

## ТЕМА НОМЕРА

# ПАЦИЕНТ

### 1 ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

**«Информация медицинского характера, которую получают пациенты, должна быть им понятна»**

О критериях пациентоориентированности – в интервью **Юрия ЖУЛЁВА**



### 2 ПОЛИКЛИНИКА

О принципах организации патронажной помощи рассказывает **Андрей ТЯЖЕЛЬНИКОВ**

### 3 СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ

О работе стационаров кратковременного пребывания рассказывают руководители московских клиник

### 4 КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Материалы двух октябрьских клинико-анатомических конференций

### 5 ИНФОРМАТИЗАЦИЯ

Сервисы ЕМИАС делают медицинскую помощь доступней для москвичей



## Журнал «Московская медицина»

### Председатель редакционного совета

**Печатников Леонид Михайлович**, заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

### Редакционный совет

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

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

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

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

**Бордин Дмитрий Станиславович**, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы

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

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

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

**Десяткин Андрей Викторович**, главный внештатный специалист по инфекционным болезням Департамента здравоохранения города Москвы

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

**Жилев Евгений Валерьевич**, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы

**Зеленский Владимир Анатольевич**, директор МГФОМС

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

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

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

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

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

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

**Назарова Ирина Александровна**, председатель Совета главных врачей города Москвы

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

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

**Плутницкий Андрей Николаевич**, врио руководителя Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области

**Погонин Алексей Владимирович**, заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

**Потекаев Николай Николаевич**, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы

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

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

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

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

**Шамалов Николай Анатольевич**, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**

Заместитель главного редактора: **Давид Валерьевич Мелик-Гусейнов**

Научный редактор: **Наталья Николаевна Камынина**

Шеф-редактор: **Ирина Георгиевна Красивская**

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

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

**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

Каждый медик дает клятву Гиппократа и всегда должен помнить, что его главная задача — оказать помощь пациенту, сделать для этого все возможное. Пациент априори находится в центре внимания всей системы здравоохранения и в фокусе внимания каждого медика.

Для того, чтобы этот постулат не оставался пустым лозунгом, в Москве делается все возможное. Все преобразования городской системы здравоохранения направлены на то, чтобы пациенты своевременно получали высококачественную медицинскую помощь. На решение этой задачи работают все составляющие системы столичного здравоохранения и каждый из нас.

В профессиональной среде значение понятия «маршрутизация пациента» объяснять не нужно. Когда говорят «маршрут», предполагают, что это оптимальный путь от некоей отправной точки к достижению цели. В случае с оказанием медицинской помощи отправная точка — проблема пациента, цель — его выздоровление в идеальном случае. Путь между появлением симптомов и излечением должен быть оптимальным, то есть учитывать как характер проблемы пациента, так и имеющиеся ресурсы системы. Именно работа над оптимизацией маршрутизации пациента в каждом конкретном случае лежит в основе всех преобразований в городском здравоохранении. Трехуровневая система оказания медпомощи, московский стандарт поликлиники, создание мощных многопрофильных стационаров, работа так называемой инфарктной сети, сервисы ЕМИАС — все это и многое другое направлено на решение задачи выстраивания оптимальных алгоритмов оказания медицинской помощи различным контингентам пациентов.

Помимо этого постоянно ведется и работа по налаживанию диалога с пациентским сообществом. При Департаменте здравоохранения города Москвы функционирует Совет общественных организаций по защите прав пациентов, на его площадках мы ведем с представителями пациентских организаций конструктивный диалог, совместно работаем над решением ключевых проблем городского здравоохранения. Выстраивается работа с пациентами на уровне клиник, постоянно повышаются стандарты обслуживания и сервисная составляющая работы медицинских учреждений столицы.

Работа с пациентом и на благо пациента не прекращается ни на минуту. Повторю, каждый врач ни на секунду не должен забывать, в чем суть его профессии, не забывать о пациенте, какую бы должность он ни занимал и какие бы задачи в городском здравоохранении ни решал.



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

**ОТ РЕДАКЦИИ**

Обращение к читателям руководителя Департамента здравоохранения  
города Москвы Алексея ХРИПУНА

**02****ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА**

**Юрий ЖУЛЁВ: пациент – не машина  
по заглатыванию таблеток**

**1****05****ПОЛИКЛИНИКА**

**Московский стандарт поликлиники: учитывать мнение  
москвичей**

**11****ПАТРОНАЖНАЯ ПОМОЩЬ**

**Андрей ТЯЖЕЛЬНИКОВ: маломобильные люди – особый  
контингент пациентов**

**2****15****ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ**

**Залог здоровья**

Развитие детско-родительских отношений в совместной  
деятельности по здоровому питанию

**17****СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ**

**В ногу со временем**

Развитие стационаров кратковременного пребывания в медицинских  
организациях государственной системы здравоохранения города Москвы

**3****24**

**Алексей ШАБУНИН: пациент должен дать согласие  
на операцию в условиях СКП**

**26**

**Марьяна ЛЫСЕНКО: работа СКП экономически  
целесообразна**

**28**

**Олег ЛАТЫШЕВИЧ: большую часть проблем пациента  
можно решить за один день**

**30****ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ**

**На службе москвичей**

Организация службы скорой медицинской помощи в Москве

**32****СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ**

**Оказание медицинской помощи детям и подросткам  
по профилю «Детская эндокринология»**

**38**

**Возможности персонифицированной медицины и мультидисциплинарного подхода в педиатрической практике** ..... 46

**Наталья ПЕЧАТНИКОВА: в стационар принимаются дети из любых регионов страны, имеющие направление** ..... 50

#### ТЕХНОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ

**Регистр пациентов как лечебный и административный инструмент** ..... 53

#### КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

**Причина смерти не вполне понятна**  
Материалы общегородской клинико-анатомической конференции от 3 октября 2016 года ..... 4 57

**Проблема – незнание пропедевтики**  
Материалы общегородской клинико-анатомической конференции от 24 октября 2016 года ..... 73

#### ИНФОРМАТИЗАЦИЯ

**Навстречу пациенту**  
ЕМИАС делает здравоохранение более доступным ..... 5 90

# ЮРИЙ ЖУЛЁВ: ПАЦИЕНТ — НЕ МАШИНА ПО ЗАГЛАТЫВАНИЮ ТАБЛЕТОК

Оспаривать тезис о том, что система здравоохранения существует для пациента, вряд ли кто-то возьмется. Однако далеко не всегда интересы пациента стоят во главе угла в той или иной ситуации при оказании ему медицинской помощи. Для того чтобы изменить такое положение дел, и была придумана концепция пациентоориентированности системы оказания медицинской помощи. О том, что это такое и как принципы этого подхода реализуются в Москве, рассказывает сопредседатель Всероссийского союза пациентов Юрий ЖУЛЁВ.

**— Какие условия должны соблюдаться в системе здравоохранения, чтобы ее можно было назвать пациентоориентированной по сути? Наверное, есть какие-то формальные критерии этого понятия?**

— Что такое пациентоориентированность? Термин впервые появился в релизе европейского бюро Всемирной организации здравоохранения, где было сказано, что в современных условиях пациент становится равноправным участником в процессе своего лечения, и его участие в принятии решений по выбору терапии имеет ключевое значение.

Такая формулировка стала возможной в связи с все большим увеличением пресса хронических заболеваний. Коль это заболевание хроническое, то лечение фактически пожизненное, и в этой ситуации пациент не должен и не может быть просто машиной по заглатыванию таблеток и получению инъекций. Пациент должен понимать суть лечения, его конечные и промежуточные цели и свою роль в процессе лечения. Важная составляющая пациентоориентированности — участие пациента и пациентских организаций в принятии решений на уровне организации работы системы оказания медицинской помощи, выработки стратегий развития национальных и региональных систем здравоохранения. Пациенты должны знать, из чего исходит власть, принимая определенные решения, принимать участие в обсуждении различного рода концепций, законодательных актов, связанных с профильными для себя заболеваниями.



**Юрий ЖУЛЁВ,**  
сопредседатель  
Всероссийского  
союза пациентов

Система здравоохранения должна быть прозрачной для пациента и пациентских организаций, власти должны думать об информировании пациентов. И здесь важный момент — информация медицинского характера, которую получают пациенты, должна быть им понятна. А это далеко не всегда так, понятно объяснить суть заболевания и лечения может далеко не каждый врач. Причем это проблема не только российская. Поэтому работа над улучшением понятности медицинской информации для пациента — неотъемлемая часть пациентоориентированного здравоохранения.

**— Как ситуация с развитием идеологии пациентоориентированности развивалась дальше?**

— Терминология была принята в феврале 2006 года в Барселоне на Втором всемирном конгрессе пациентов. Пациентоориентированность — посыл общественного

движения, принципы, лежащие в основе этой концепции, не являются обязательными к использованию. Но по своей сути подход оправдан и с медицинской точки зрения. Ведь пациентоориентированное здравоохранение концентрирует внимание не на борьбе с заболеванием как таковым, а на сохранении здоровья пациента в целом, на решении целого комплекса проблем, но главное — на изменении характера отношений между медицинским работником и пациентом, переходе от взаимодействия по принципу «главный — подчиненный» к равноправному диалогу и сотрудничеству, повышению прозрачности системы здравоохранения с тем, чтобы пациенты могли ориентироваться и взаимодействовать с органами власти в соответствии со своими



**СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ПРОЗРАЧНОЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТА И ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ВЛАСТИ ДОЛЖНЫ ДУМАТЬ ОБ ИНФОРМИРОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ.**

потребностями. Совершенствование знаний и навыков медработников в области коммуникации — тяжелейший вопрос, который нужно поднимать в том числе в части образовательных программ.

**— У нас в стране такой подход находит отклик у людей, принимающих решения на федеральном и региональном уровне?**

— Общее понимание у представителей Минздрава России есть, эти вопросы обсуждались на прошедшем Конгрессе пациентов. Но важно понимать, что желаемые изменения должны носить эволюционный характер, на них нужно время. Мы не являемся сторонниками подхода: давайте издадим приказ о пациентоориентированном здравоохранении и все наладится. Понятно, что, говоря об этой концепции, мы затрагиваем большой пласт вопросов организации системы оказания медицинской помощи в стране. И, по моему мнению, пациентоориентированность — это скорее принцип, который нужно всегда держать в голове. Об этом принципе и его проекциях на медицинскую практику постоянно должны помнить все, кто связан с медициной. При этом, конечно, реализовывать принципы пациентоориентированного здравоохранения в реальных нормативно-правовых актах надо.

**— Что в этом направлении делается в Москве?**

— Прежде всего надо сказать, что в Москве налажен конструктивный диалог с пациентским сообществом. В частности, создан Совет пациентских организаций при Департаменте здравоохранения города Москвы. Контакты на регулярной основе осуществляются также на площадках региональных отделений Общероссийского народного фронта и Общественной палаты. Я являюсь членом и московского штаба народного фронта, и заместителем председателя комиссии по здравоохранению и социальной защите Общественной палаты Москвы. Хочу подтвердить, что на всех площадках представлены очень широким фронтом

пациентские организации и идет открытый диалог. При необходимости выйти на контакт с представителями Департамента здравоохранения города, обсудить важные вопросы мы не сталкиваемся сегодня ни с какими барьерами. Фактически один из ключевых принципов пациентоориентированности начал активно реализовываться на практике в Москве.

Такой подход уже имеет вполне конкретные результаты. Недавно обстоятельно обсуждалась программа развития столичного здравоохранения на сайте ОНФ. Эксперты, включая представителей пациентских организаций, вносили свои поправки, предложения. Они, конечно же, носят рекомендательный характер, и мы еще должны посмотреть, как и что будет учтено из предложений, но сам факт того, что к голосу пациентов прислушиваются, вызывает оптимизм.

Еще один пример — диалог на площадке ОНФ позволил принять решение о том, чтобы Департамент здравоохранения города проинформировал все медицинские организации о нецелесообразности требования в отдельных случаях справки ЕДВ у пациентов. Эту справку ежегодно требовали для оформления рецептов на льготные лекарства, т.к. она подтверждала, что пациент не оформил отказ от лекарственного обеспечения в пользу денежной компенсации в рамках программы ДЛО. Для получения этой справки инвалид должен был сходить в Пенсионный фонд, отстоять там очередь, при том что ежемесячно ПФР всю необходимую информацию выгружает в информационную систему правительства Москвы. В этом случае мы говорим о полумиллионе граждан. Департамент здравоохранения города Москвы пошел навстречу, признал требование этой справки нецелесообразным. Это прекрасный пример конструктивного взаимодействия с пациентским сообществом и, главное, пример решения конкретной проблемы пациента.

Мы очень надеемся, что консультирование с профильными или общими пациентскими организациями по определенным вопросам организации оказания медпомощи станет правилом, а не исключением. Я глубоко убежден: значительной части конфликтных ситуаций удалось бы избежать, если бы вовремя подключили в диалоговом режиме пациентские организации. Прекрасный пример: при реорганизации сети столичных клиник, когда выходили на профильную пациентскую организацию, проводили встречи с руководством новых МО и обсуждали все детали новых условий работы клиники и взаимодействия с пациентами, ни одной жалобы не было от пациентов. Пусть люди приходят и задают, возможно, дурацкие вопросы, главное, на них ответить. Объяснить. Успокоить людей. Это очень важный, а сегодня фактически необходимый элемент работы любого МО.

Понятно, что руководящие органы, в частности Департамент здравоохранения города Москвы, не могут отследить все вопросы. Мне кажется, что Департамент должен поставить руководителей медицинских организаций в такие условия, при которых они должны помнить о принципах пациентоориентированности, о пациентах, они не должны забывать свою обязанность профилактировать такие конфликты и контактировать с профильными пациентскими группами. Если такая система будет налажена, многие конфликты, кажущиеся проблемами могут и не возникнуть.



**ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КОНЦЕНТРИРУЕТ  
ВНИМАНИЕ НА СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ  
ПАЦИЕНТА В ЦЕЛОМ, НА РЕШЕНИИ ЦЕЛОГО  
КОМПЛЕКСА ПРОБЛЕМ, НО ГЛАВНОЕ — НА  
ИЗМЕНЕНИИ ХАРАКТЕРА ОТНОШЕНИЙ МЕЖДУ  
МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ И ПАЦИЕНТОМ,  
ПЕРЕХОДЕ ОТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО  
ПРИНЦИПУ «ГЛАВНЫЙ — ПОДЧИНЕННЫЙ»  
К РАВНОПРАВНОМУ ДИАЛОГУ И  
СОТРУДНИЧЕСТВУ.**

**– Главврачи готовы к такого рода взаимодействию?**

— У нас есть план работы в этом направлении с Департаментом здравоохранения города Москвы. Мы планируем заслушать лучшие практики реализации механизма профилактирования и решения конфликтных ситуаций с пациентами и прийти к общему знаменателю по расширению этой системы взаимодействия. Возможно, такое взаимодействие даже можно неким образом формализовать в виде приказа Департамента или неких методических рекомендаций для клиник. В идеале было бы правильным разработать на основе оценки такой работы клиник некий критерий оценки эффективности деятельности медицинских организаций — это была бы хорошая мотивация для руководителей клиник.

В такую систему мотивации входит составляющей частью и независимая оценка качества оказываемых в медицинских организациях услуг. Она может быть реализована, в частности, через систему анкетирования самих пациентов. Пациентские организации в этой схеме должны вовремя и максимально полно информировать пациентов о такого рода программах. Во многом проблемы с пациентами или жалобы от них определены низким уровнем информированности пациентов об их же возможностях влиять на ситуацию. Сегодня у каждого москвича есть возможность принять участие в оценке деятельности городской системы здравоохранения через анкетирование. Анкеты размещены на сайте Департамента, есть и возможность получения анкеты в бумажном



**ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ЧАСТИ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ УДАЛОСЬ БЫ ИЗБЕЖАТЬ, ЕСЛИ БЫ ВОВРЕМЯ ПОДКЛЮЧИЛИ В ДИАЛОГОВОМ РЕЖИМЕ ПАЦИЕНТСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ.**

виде в лечебном учреждении по месту жительства. В Департамент за анкетой ходить никому не нужно.

Общественный контроль, к слову, конечно же, одна из частей пациентоориентированного здравоохранения. Здесь уже многое сделано, но многое и предстоит сделать. Например, если говорить о работе Совета пациентских организаций при Департаменте здравоохранения города Москвы то, на мой взгляд, было бы целесообразно повысить эффективность его работы через создание подобных структур при ключевых функциональных единицах городской системы оказания медпомощи. Например, при Центре лекарственного обеспечения (бывший ГУП «Столичные аптеки»). Уже есть приказ на этот счет, это замечательное продолжение нашей совместной с Департаментом работы. Возможно в дальнейшем и создание общественных советов при медицинских учреждениях. К этому вопросу нужно подойти внимательно, чтобы это не было профанацией, но цели и задачи таких советов уже вырисовываются — это общественный контроль за самими лечебными учреждениями, решение конфликтных ситуаций, социальная жизнь МО — проведение праздников и, возможно, привлечение внебюджетных источников к финансированию МО.

**– Если перейти к уровню взаимодействия «врач – пациент», меняется ли что-то здесь?**

— С одной стороны, понимание необходимости общения с пациентом понемногу приходит к врачам, но ситуация складывается непростая. У врача из-за чрезмерной нагрузки в реальной практике все меньше остается времени на полноценный диалог с пациентом. Здесь я вижу огромную опасность. Загруженность врача приводит к недоинформированности пациента, и это норма, когда пациент сначала читает выписку, а потом бежит в кабинет к врачу и задает уточняющие вопросы. В этой ситуации пациент зачастую недопонимает сути происходящего. Очень часто диалог врача и пациента сводится, по сути, к получению информированного согласия от

пациента. Этого, конечно же, далеко недостаточно. У врача должно быть больше времени на пациента, по моему мнению.

**— Как можно решить эту проблему, по вашему мнению, Юрий Александрович?**

— Первое — увеличение норм времени работы с пациентом и разгрузка врачей путем уменьшения бумажной писанины, максимального уменьшения отчетности.

Вроде бы работа в этом направлении уже идет сегодня.

Второе — считаю хорошей идеей включить обучение навыкам коммуникации и соответствующие критерии по результатам обучения в параметры, по которым врач будет оцениваться при аккредитации. Любому медику такого рода коммуникационные навыки просто необходимы сегодня.

Третье — мотивация руководителей клиник. Это можно делать и административными методами, и через СМИ, и как-то еще, но важно не забывать об этом. Когда главврачи будут видеть, что есть определенная политика и за ними следят в этой части, и любые инциденты анализируются, думаю, руководители МО будут озабочены формированием отлаженной и эффективной системы работы с пациентами и пациентскими организациями.

**— Вы сказали, что одна из ключевых составляющих пациентоориентированности — участие пациента в принятии решения по поводу своего лечения. Где та грань, за которой это участие может пойти не на пользу самому пациенту?**

— Проблема самолечения актуальна для всего мира. Против нее пытаются бороться, например, расширяя список рецептурных препаратов. Но это не всегда работает... Проблема остается, и если ее решить жесткими административными мерами, боюсь, эффект будет обратным.

Если мы говорим о хронических больных, здесь велика роль школ пациента, потому что где-то должен быть коридор свободы, где пациент может сам, зная свое заболевание, регулировать его, а где-то, когда поступают определенные сигналы, у каждого заболевания они свои, он должен немедленно обратиться к врачу. Он должен знать об этом, должен быть проинформирован. Играет роль общее оповещение, статьи, допустим, про инсульт, где указываются первые признаки инсульта, и, возможно, у кого-то что-то отложится, и он вспомнит об этом, почувствовав у себя определенные признаки заболевания, и вызовет скорую помощь. Это вопрос выпуска специальной литературы для пациентов, которая должна раздаваться в профильных специализированных центрах и учреждениях. Но главное — это взаимосвязь с лечащим врачом. Все-таки должен быть определенный период, когда надо показаться, даже если все спокойно, потому что пациент может упустить что-то важное в течении заболевания.

Пациент не должен сам себя лечить, но врач должен сделать пациента в процессе лечения полноправным партнером, предоставляя ему максимально полную и понятную информацию о заболевании и применяемой терапии. Должен быть баланс: не перегружать систему лишними хождениями и не допускать самолечения.

**— Много говорят об обязанностях пациента. Есть ли какие-то зафиксированные законодательством обязанности? Есть ли такое понятие?**



**ГЛАВНАЯ ОБЯЗАННОСТЬ ПАЦИЕНТА — ЗАБОТИТЬСЯ О СВОЕМ ЗДОРОВЬЕ, ВЫПОЛНЯТЬ НАЗНАЧЕНИЯ ВРАЧА. ПРИ ЭТОМ, КОНЕЧНО, ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН СОБЛЮДАТЬ ВНУТРЕННИЙ ПОРЯДОК ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ.**

— Главная обязанность пациента — заботиться о своем здоровье, выполнять назначения врача. Конечно, пациент должен соблюдать внутренний порядок лечебного учреждения. Должно быть двустороннее движение: правила этики и поведения врача, правила этики и дисциплины пациента. Я думаю, формализовать это будет очень непросто, но есть порядок внутреннего расписания больницы, который обязаны соблюдать пациенты, и от этого надо отталкиваться. Кроме того, есть общие подходы к ответственности за состояние собственного здоровья.

**— Как вы могли бы оценить сегодняшний уровень пациентоориентированности московской системы здравоохранения?**

— Сложный вопрос. Считаю, что уровень пациентоориентированности здравоохранения Москвы выше, чем во многих регионах, но есть и над чем работать. Что нужно сделать, мы обсудили, при этом хотелось бы поблагодарить медиков Москвы за то, что уже сделано. Это немало.

**— На что бы вы как пациент и представитель пациентских организаций обратили внимание московских врачей, чтобы сделать диалог еще более конструктивным?**

— С огромным уважением отношусь к людям этой профессии, и поэтому хочу призвать их хотя бы иногда отряхнуться от рутины, посмотреть в глаза пациенту и задуматься о том, что ему как врачу важно сказать пациенту, какую информацию до него донести для того, чтобы этот пациент не ушел в никуда, а все-таки занялся своим здоровьем. Нужно перейти на человеческий язык, взять пациента за руку, посмотреть ему в глаза.

Руководителям МО хочу сказать, что все зависит от них. Они организуют работу своего учреждения, они мотивируют сотрудников, они занимаются дисциплиной в МО, они должны разбирать конфликтные ситуации. Должны подумать о том, как решается вопрос информированности пациентов — не стендами, а неформально. Подумать о том, как отлажена работа в конфликтных ситуациях по жалобам пациентов. Хочу призвать их не выстраивать ненужных баррикад, а, наоборот, в этих баррикадах прорубить проходы, чтобы пациент знал: если его что-то не устраивает, что-то возмутило или он хочет что-то спросить, то у него будет такая возможность. Если пациент созрел до жалобы, то это уже предельная ситуация, до этого не надо доводить его. Руководитель МО должен сделать все для комфортного состояния пациента, чтобы не сталкивать его лбом с лечащим врачом, а спокойно разобраться в ситуации и принять меры или объяснить пациенту, что, кстати, очень часто требуется, что он просто не знает общих правил, что есть определенные правила и нормы, которые всем необходимо соблюдать. Такой механизм должен быть в каждом МО, а не секретарь, который стоит стеной и говорит, что не положено, отправляет писать жалобу к лечащему врачу. Такое «решение» как раз подталкивает пациента к шагам, которые никому не нужны в итоге. А вот четкий механизм: «У вас есть жалоба? Пожалуйста, такой-то сотрудник больницы, определенный высокопоставленный, не обязательно главный врач, займется этим, рассмотрит вашу жалобу и ответит по существу в спокойной обстановке глаза в глаза».

А к Департаменту здравоохранения города Москвы как к мозгу законодательной политики хотел бы обратиться с просьбой, как к опытному дирижеру, подумать, каким образом мы можем простимулировать и врача, и руководителя МО к реализации шагов, о которых мы говорили сегодня. Мы же со своей стороны готовы обсуждать с Департаментом, что нам делать по повышению пациентской дисциплины.

# МОСКОВСКИЙ СТАНДАРТ ПОЛИКЛИНИКИ: УЧИТЫВАТЬ МНЕНИЕ МОСКВИЧЕЙ

Вот уже более года все взрослые амбулаторные медицинские организации государственной системы здравоохранения Москвы работают в рамках «Московского стандарта поликлиники». Данный проект является успешным показателем взаимодействия власти и населения для повышения качества и доступности медицинской помощи в столице.

## В диалоговом режиме

В феврале 2015 года на портале правительства Москвы «Активный гражданин» был реализован краудсорсинговый проект «Московская поликлиника», поучаствовать в котором мог любой желающий. На специальном портале зарегистрировались свыше 58 тысяч человек, которые в течение нескольких дней обсуждали спорные вопросы: имеющиеся недостатки при посещении поликлиники, что сейчас плохо, а можно сделать хорошо, вносили предложения. Таких уникальных предложений было получено более 500, и по результатам экспертной проработки реализацию наиболее удачных из них разбили на этапы до 2018 года. По блоку вопросов, которые сейчас очевидно лежат на поверхности, подготовили ряд мероприятий по повышению качества, доступности и эффективности оказываемой помощи и назвали его «Московский стандарт поликлиники».

Помимо этого, москвичи внесли и еще ряд предложений. В том числе предлагалось освободить врачей в часы приема от участия в различного рода совещаниях и других мероприятиях, отвлекающих от приема пациентов, а также проводить информационную кампанию «Не можешь прийти на прием к врачу — не забудь отменить запись», направленную на сокращение потерь времени амбулаторного приема врачей.

Самым комментируемым оказался вопрос, связанный со сложностями, возникающими при посещении поликлиники. К нему было оставлено 9 364 комментария. Москвичей раздражали двойные очереди — по записи и «живая», несоблюдение пациентами времени записи, огромное количество желающих (и работающих, и не работающих) попасть на прием в утреннее время, несвоевременный подбор медкарт и доставка их в кабинет врача, неготовность поликлиники принимать «обратную связь» от пациентов и др. В ходе тематических обсуждений транспортной доступности поликлиник участники проекта назвали 45 маршрутов



**Алексей ПОГОНИН,**  
заместитель руководителя  
Департамента  
здравоохранения города  
Москвы

общественного транспорта, продление которых повысит транспортную доступность поликлиник, а также 26 новых остановок по требованию в существующих маршрутах транспорта.

### **Поликлиника начинается с регистратуры**

По результатам работы с мнениями и пожеланиями москвичей была модернизирована регистратура, где всегда скапливались очереди и терялись карты. Карты перенесли в специальное хранилище, откуда они заблаговременно доставляются на прием к врачу. Эта работа позволила практически исключить риск потери медицинской карты: теперь она заблаговременно доставляется в кабинет специалиста.

Следующий шаг — переход на электронные медицинские карты, процесс внедрения которых в настоящее время активно идет в рамках пилотного проекта в ряде московских поликлиник. По данным ГКУЗ «ИАЦ ДЗМ», на 02.09.2016 электронная карта внедрена в 69 объектах внедрения, оформлено 8,05 млн электронных документов, 1,49 млн электронных медицинских карт. Сервис электронный рецепт внедрен в 422 объектах, выписано 23,35 млн льготных рецептов (всего рецептов — 24,11 млн). Сервис листок нетрудоспособности внедрен в 385 объектах внедрения, выписано 1,92 млн листков нетрудоспособности (с учетом зон пилотирования).

Освободившееся в регистратуре пространство превратилось в зоны комфортного пребывания для пациентов: здесь поставили телевизоры, кулеры, диваны, цветы, чтобы пациенты могли отдохнуть после приема врача либо в комфортных условиях дождаться своей очереди, если пришли в поликлинику раньше.

Также на первом этаже организовали работу дежурного врача и информационного бюро, где пациент может получить ответы на вопросы по маршрутизации и многие другие. Возле инфоматов теперь тоже дежурит сотрудник, готовый помочь в записи на прием и ответить на текущие вопросы. Еще одна проблема, беспокоившая москвичей да и самих врачей: участковые терапевты значительную часть своего времени тратили на обслуживание вызовов на дому. Они обходили пациентов пешком, и зачастую пациент мог вызвать врача, но, не дождавись его, сам уходил в поликлинику. Очевидно, что маршрут врача был нерациональным. Теперь рабочий день участковых терапевтов полностью посвящен приему пациентов в поликлинике. Вызовы на дом осуществляют специально подготовленные врачи, в распоряжении которых есть служебный автотранспорт. Данные бригады, оснащены всем необходимым оборудованием (расширенный состав медикаментов, глюкометр, портативный ЭКГ) и способны обеспечивать высокое качество помощи на дому. Это не только значительно сократило время приезда специалиста к больным, но и позволило повысить эффективность оказания медицинской помощи населению.

Был создан и единый call-центр, который централизованно со всех филиалов поликлиники принимает вызовы на дом. Прежде чем отправить бригаду на очередной вызов, специалист call-центра проводит беседу с обратившимся пациентом по специально разработанному алгоритму. Исходя из симптомов и жалоб, медработник может передать этот вызов на неотложку либо предложить пациенту прийти в поликлинику для прохождения более углубленного осмотра.

Новая модель работы подразумевает повышение доступности медицинской помощи, сокращение очередей, а также создание комфортных условий для посетителей поликлиник. Например, пациенты с острой болью смогут без предварительной записи попасть на прием к дежурному врачу в день обращения.

### **Сестринский пост**

Внедрена и система приема пациентов средним медперсоналом на так называемом сестринском посту для выписки медицинских документов, тем самым освободив врача от излишней бумажной работы.

Стоит отметить, что, несмотря на ряд критических замечаний относительно организации сестринских постов, в целом при грамотном подходе к решению этого вопроса они доказывают свою эффективность. Прежде всего вывод медицинских сестер на медицинский пост сохраняет участковый принцип работы, поскольку нормативных актов, отменяющих участковый принцип обслуживания населения, прикрепленного к медицинской организации государственной системы здравоохранения столицы, Департаментом здравоохранения города Москвы не издавалось. А организация амбулаторного приема врача-терапевта участкового, обеспечение необходимым оборудованием, оформление и ведение медицинской документации входят в должностные обязанности участковой медицинской сестры.

Не вполне корректна и точка зрения, что функционал медицинской сестры на сестринском посту сводится только к «бумажной» работе.

Хотелось бы напомнить, что в соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 06 апреля 2016 г. № 293 «Об утверждении Методических рекомендаций по реализации мероприятий «Московский стандарт поликлиники» и критериев оценки устойчивости его внедрения», направление пациентов на медицинский пост осуществляется в следующих случаях:

- при оформлении направлений на обследование, назначенное лечащим врачом в медицинской карте, и на обследование, необходимое перед оперативным вмешательством при наличии направления;

- при необходимости измерения артериального давления, температуры тела, антропометрических данных, уровня глюкозы крови (осуществляется в случае организации кабинета доврачебного контроля и осмотра в непосредственной близости от медицинского поста или организации медицинского поста в отдельном кабинете либо другой организации медицинского поста, удовлетворяющей требованиям СанПина и обеспечивающей сохранность врачебной тайны);

- при оформлении выписок из медицинской карты;

- при оформлении справок об обращении в медицинскую организацию;

- при оформлении справок для получения санаторно-курортного лечения на основании рекомендаций, выданных лечащим врачом и зафиксированных в медицинской карте;

- при оформлении выписок, направлений на обследования, справок, оформление которых не связано с необходимостью осмотра врачом;

- при необходимости разъяснения и получения рекомендаций по подготовке к исследованиям и процедурам.

Т.е. фактически медицинская сестра выполняет те же функции, что и в кабинете врача-терапевта участкового. При этом задачи медицинского поста могут корректироваться с учетом конкретных обстоятельств медицинской организации. При этом медицинская сестра решает задачи по регулированию потоков пациентов: обеспечивает формирование и распределение пациентов по цели обращения в поликлинику, что положительно влияет на доступность медицинской помощи.

К примеру, обращения к врачу для решения вопросов, не связанных непосредственно с оказанием медицинской помощи, в среднем занимали до 40–50% его рабочего времени. Дело в том, что эти манипуляции составляют чуть ли не 50 процентов от всех приемов пациентов врачом. Благодаря появлению сестринских постов мы снижаем нагрузку на врачей, что позволяет им заниматься непосредственно лечением пациентов.

## **Обратная связь**

Огромное значение с точки зрения получения должного эффекта от внедрения «Московского стандарта поликлиники» имеет решение вопроса об обеспечении обратной связи с населением. В рамках стандарта предусмотрена целая система проверки реализации тех или иных мероприятий. В ней задействованы и представители контрольных органов, и ситуационный



**НЕСМОТЯ НА РЯД ОБЪЕКТИВНЫХ  
СЛОЖНОСТЕЙ, МОЖНО КОНСТАТИРОВАТЬ, ЧТО  
В ЦЕЛОМ ПРОЦЕСС ВНЕДРЕНИЯ СТАНДАРТОВ  
В РАБОТУ МОСКОВСКИХ ПОЛИКЛИНИК ИДЕТ  
ВПОЛНЕ УСПЕШНО.**

центр Департамента здравоохранения города Москвы в режиме ежедневного выборочного контроля. Пациенты могут оставить свои комментарии на портале «Наш город» (gorod.mos.ru), где в рамках реализации московского стандарта поликлиники регулярно добавляются новые проблемные темы. При этом каждый взрослый житель Москвы, прикрепленный к поликлинике, если он в день посетил не более одного врача и оставил свой электронный адрес, получает после визита электронное письмо. В письме ему предлагается ответить на три вопроса: «Удовлетворены ли вы результатом приема врача?»; «Удовлетворены ли вы качеством работы и отношением других работников поликлиники?»; «Удовлетворены ли вы чистотой и порядком в поликлинике?». Кроме этого он

может оставить текстовый комментарий. Это наиболее важная для нас часть голосования, когда граждане оставляют свои живые комментарии относительно того, что понравилось в поликлинике, что не понравилось и что бы они предложили изменить. В каждой поликлинике также установлены ящики для сбора отзывов и специальные анкеты, которые пациент может заполнить после приема и положить в почтовый ящик поликлиники.

Еженедельно Департамент здравоохранения города Москвы получает результаты этих опросов с тем, чтобы на основании анализа ситуации своевременно принимать необходимые меры для повышения качества медицинской помощи в конкретной поликлинике.

**Для маленьких пациентов свои стандарты**

Отдельное направление работы с точки зрения стандартизации работы амбулаторных медицинских организаций — внедрение соответствующего стандарта детской поликлиники. Этот процесс идет с августа этого года. Работа проводилась комплексно: начиная от повышения качества работы поликлиники и эффективности врача и заканчивая комфортным пребыванием маленького пациента в поликлинике. Сейчас во всех детских поликлиниках Москвы начали работу кабинеты «Здоровое детство», в котором прием пациентов ведут специально подготовленные медработники. Они выдают рецепты на молочную кухню, справки об отсутствии контактов с носителями инфекционных заболеваний, справки при оформлении ребенка в детский сад, школу и тому подобное. Среднее время приема в кабинете «Здоровое детство» составляет пять минут.

Еще одним практическим результатом работы в этом направлении стали изменения в работе детских поликлиник в преддверии начала нового учебного года. Традиционно в этот период количество желающих получить необходимые документы значительно увеличивается, что приводит к образованию очередей и излишним потерям времени. В связи с этим было принято решение об изменении графика работы детских поликлиник с тем, чтобы как можно большее количество людей могли оформить необходимые справки в последние дни летних каникул...

**Жизнь пациента и врача меняется**

Несмотря на ряд объективных сложностей, можно констатировать, что в целом процесс внедрения стандартов в работу московских поликлиник идет вполне успешно. Еще совсем недавно сотни тысяч москвичей испытывали сложности при записи к терапевту, а теперь они попадают к нему в течение одного-двух дней. Изменилась жизнь и врачей: в городе больше нет поликлиник с расписанием, в котором бы отводилось на прием пациента не более 5 минут — такой шаг сетки планировали прежде кое-где. Теперь у доктора на это всегда есть не менее 10—12 минут. Напомню: норму времени на одного больного никто «сверху» не спускает еще с 1987 года, и Департамент здравоохранения города Москвы следит за тем, чтобы врач принимал пациента столько времени, сколько требуется для оказания ему качественной помощи.

# АНДРЕЙ ТЯЖЕЛЬНИКОВ: МАЛОМОБИЛЬНЫЕ ЛЮДИ — ОСОБЫЙ КОНТИНГЕНТ ПАЦИЕНТОВ

На уровне руководства городской системой здравоохранения обсуждается идея создания отдельной службы оказания медицинской помощи маломобильным людям — патронажной. О предпосылках ее создания и принципах, на которых эта служба может работать, рассказывает главный внештатный специалист по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач КДП 121 ДЗМ Андрей ТЯЖЕЛЬНИКОВ.

## — Андрей Александрович, почему возникла такая идея — организовать городскую патронажную службу?

— Сегодня в Москве проживает определенное количество так называемых маломобильных людей: у одних подобное состояние обусловлено заболеванием нервной системы, у других — тяжелым посттравматическим периодом и другими заболеваниями.

Есть много причин, которые лишают пациента возможности перемещаться по городу. Такие люди могут получать помощь исключительно на дому, поскольку неспособны посещать поликлинику. Они могут чувствовать себя вполне нормально и не вызывать врача на дом, однако все равно нуждаются в постоянном наблюдении по поводу своего заболевания. Традиционно пациенты этой группы обслуживались участковыми терапевтами, которые работали и на приеме в поликлинике, и шли по вызовам на дом, занимаясь в том числе и патронажем — посещением маломобильных людей. Однако иногда получалось так, что данная категория пациентов выпадала из режима диспансерного наблюдения. С подобной ситуацией, конечно, нужно бороться.

Как возможное решение проблемы на уровне Департамента здравоохранения города Москвы прорабатываются подходы к созданию службы, которая станет заниматься только маломобильным контингентом пациентов: обеспечивать их медицинской помощью, осуществлять диспансерное и динамическое наблюдение. В отношении людей с установленными заболеваниями и диагнозами, требующими регламентного обслуживания, этот регламент будет выдерживать и контролировать врачи службы. Они станут определять время осмотра, давать



**Андрей ТЯЖЕЛЬНИКОВ,**  
главный внештатный специалист по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Департамента здравоохранения города Москвы

назначения, при необходимости — направлять на госпитализацию. Смысл выделения патронажной службы состоит в том, чтобы конкретные специалисты несли ответственность за определенную группу пациентов, и работа с ними велась профессионально, четко и прозрачно.

**— Чтобы работать в патронажной службе, врачу придется пройти дополнительное обучение?**

— Думаю, это может быть реализовано в первую очередь через программы повышения квалификации. Так, маломобильные люди нуждаются в особом уходе с точки зрения противопролежневой терапии, и, чтобы оценить риск развития пролежней, доктор должен иметь специальную подготовку. Медик, работающий в такой службе, должен научить правильному уходу за пациентом его родственников. Крайне важно, чтобы сотрудники патронажной службы были готовы к высокому риску развития определенных симптомов, которые могут быть у маломобильных людей, например, застойных явлений в легких или почках. Медработники должны понимать, как дифференцировать появившиеся симптомы и реагировать на них и что следует делать для профилактики подобных осложнений.

Безусловно, медики патронажной службы должны иметь соответствующую психологическую и коммуникационную подготовку. Маломобильные люди — особый контингент пациентов, склонный к депрессиям, обвинениям себя в том, что стали обузой, или общества из-за того, что на них обращают мало внимания. Врачам, которые будут работать с такими больными, требуется дополнительный психологический тренинг.

Наконец, многие из данной группы пациентов в какой-то момент переходят в разряд так называемых паллиативных больных, и специалисты патронажной службы также должны уметь оценить тяжесть состояния пациента, чтобы своевременно привлечь врача паллиативной помощи для консультации. Им самим следует владеть основами паллиативной помощи.

Все сказанное не означает, что запуск патронажной службы обязательно потребует от вовлеченных в ее работу медиков прохождения какого-то экстренного курса. Наши врачи так или иначе сталкиваются с маломобильными пациентами и самыми необходимыми в этой области знаниями обладают. Однако специальная подготовка, наличие определенных знаний и умений для медиков патронажной службы — огромный плюс.

При выделении персонала для патронажной службы нужно руководствоваться прежде всего общей квалификацией и желанием сотрудников работать в новом качестве. Дообучать их можно в процессе реализации проекта. По мере выделения особых групп пациентов имеет смысл целенаправленно тренировать медперсонал для работы с ними. На

территории одного медицинского учреждения может быть сконцентрировано больше пациентов с неврологической патологией, на территории другого — с перенесенными травмами. Следовательно, и подходы к обучению должны быть дифференцированными.

**— Подобная служба должна быть организована в каждой поликлинике или ее нужно делать централизованной?**

— Сейчас рассматриваются разные варианты. Один из них — организация патронажной службы в каждой медицинской организации. Возможно, на один филиал городской поликлиники будет достаточно одного врача патронажной службы и одной медсестры. Все будет зависеть от количества маломобильных людей на территории обслуживания конкретной медицинской организации.

А для того, чтобы это понимать, важно определить критерии отнесения пациента к категории маломобильных. Мы должны понимать, что могут быть условно маломобильные люди — те, кого можно доставить в поликлинику, допустим, на инвалидной коляске. Если это осуществимо, нужно стремиться, чтобы они попали в поликлинику, возможности которой с точки зрения диагностики многократно выше. В этом контексте крайне важно определить точное количество людей, которые не могут быть доставлены в поликлинику ни при каких обстоятельствах. Соответствующую логистику нужно тщательно продумать и спланировать. Скорее всего, окончательно это станет реальным уже в процессе функционирования службы.

**— Есть ли примеры похожей работы за рубежом, опираетесь ли вы на какой-то имеющийся опыт?**

— Подобного рода службы организованы в Израиле, хотя и не повсеместно. Там, правда, достаточно развита телемедицина, и маломобильные тяжелобольные люди имеют возможность получать консультации посредством современных информационных технологий. Такой опыт зарекомендовал себя как эффективный. Мы не можем копировать все его аспекты из-за ограничений в законодательстве. В целом же помощь на дому за рубежом не представлена как некий отдельный вид работы с пациентом. Можно сказать, сейчас рождается наше ноу-хау, и мы будем гордиться тем, что взялись за точечное решение проблем маломобильных пациентов.

**— На каком этапе находится сегодня работа по организации патронажной службы? Кто вовлечен в разработку этой идеи?**

— Создана рабочая группа, которая в рамках мероприятий усовершенствования московского стандарта поликлиники прорабатывает в том числе и вопрос патронажа. В эту группу входят главные врачи ведущих медицинских организаций, а координацию осуществляет Департамент здравоохранения города Москвы.

# ЗАЛОГ ЗДОРОВЬЯ РАЗВИТИЕ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ

О том, что правильное питание — залог здоровья, знает каждый из нас. Однако, по данным исследований сотрудников Института возрастной физиологии РАО, существенная доля детей школьного возраста питается неправильно. Например, только у 35% младших школьников рацион и режим питания соответствуют гигиеническим требованиям, хотя им предоставляется в образовательных организациях бесплатное сбалансированное питание.

**ЛЕ-ВАН Т.Н.**, к.п.н., доцент, научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья Государственного бюджетного учреждения города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

**МАКЕЕВА А.Г.**, к.п.н., старший научный сотрудник Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Институт возрастной физиологии Российской академии образования», руководитель программы «Разговор о правильном питании» ООО «Нестле Россия»

## Пять принципов здорового питания

Причин сложившейся ситуации может быть названо множество — тут и социальные, и экономические трудности. Но, вспоминая о глобальных проблемах, не нужно забывать еще об одном столь же важном обстоятельстве — низком уровне культуры питания детей и подростков, а также их семей. Что скрывать, немногие из граждан любого возраста могут сказать, что питаются регулярно (3–4 раза в день в одно и то же время), правильным рационом — когда в пищу используются преимущественно полезные блюда. В последние десятилетия дискуссия о здоровом питании приобрела особую актуальность в связи с тем, что интенсивно внедряются новые технологии производства продуктов питания (ГМО, искусственные консерванты, красители и проч.), а также получили

распространения «культурно-пищевые заболевания» (ожирение, анорексия и т.п.) и уходят в прошлое семейные традиции, связанные с питанием (совместное приготовление пищи, семейные обеды и ужины, когда обсуждались интересные для каждого события, новости, планы на будущее).

Вместе с тем, раз вопросы питания затрагивают культурный аспект, закономерно, что традиции здорового питания формируются в первую очередь в семье, а также в образовательной организации, где дети школьного возраста проводят значительную часть дня. Для родителей и детей стремление улучшить качество жизни в аспекте питания может стать стимулом для налаживания отношений, организации совместного культурного досуга. Однако эти возможности могут быть неочевидными, особенно для семей, находящихся в частых конфликтах. Обнаружить эти возможности могут помочь специалисты, работающие с такими семьями (педагоги, социальные работники, инспектора по делам несовершеннолетних).



**ПО ОЦЕНКЕ ЭКСПЕРТОВ, В НАСТОЯЩЕЕ  
ВРЕМЯ В ШКОЛАХ РОССИИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НЕ  
МЕНЕЕ 200 РАЗЛИЧНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ  
ПРОЕКТОВ, СВЯЗАННЫХ С ПИТАНИЕМ.**

Что нужно знать для организации такой работы? В первую очередь это 5 принципов здорового питания — регулярность, разнообразие, адекватность, безопасность, а также удовольствие, положительные ощущения, источником которых является пища.

Регулярность. Требование питаться регулярно, соблюдать режим питания — не прихоть диетологов, оно обусловлено важнейшей закономерностью, связанной с деятельностью нашего организма. Все процессы, протекающие в организме, носят ритмичный характер, и регулярность — непременное условие эффективного функционирования столь сложной биологической системы, которой является

наш организм. В полной мере это относится и к пищеварительной системе. Регулярное питание способствует лучшему перевариванию и усваиванию пищи. Нерегулярное питание создает дополнительную нагрузку и напряжение для организма, что может впоследствии привести к возникновению нарушений здоровья.

А каким должен быть режим питания ребенка — сколько раз в день нужно есть? Оптимальным является 4–5-разовое питание с промежутками между приемами пищи — 3–4 часа. Связано это с тем, что процесс переваривания в желудке у ребенка занимает 4–5 часов. Однако более важным оказывается даже не количество приемов пищи (конечно, их не должно быть меньше 3), а их регулярность. В этом случае организм заранее «готовится» к приему пищи, благодаря чему процесс пищеварения происходит гораздо эффективнее. Кросс-культурные исследования показали, что распространенность избыточного веса в разных странах напрямую связана с регулярностью питания. Разнообразие. Наш организм нуждается в разнообразных веществах. Нехватка какого-то из питательных веществ способна привести к серьезным сбоям в работе организма. Особое значение полноценность рациона имеет в детском возрасте. В связи с активными процессами роста и развития, протекающими в детском организме, необходимо достаточное поступление с пищей животных белков. Вегетарианство, допустимое для взрослого человека, абсолютно неприемлемо для детей.

Растущий и активно развивающийся организм нуждается в большем количестве энергии, поэтому традиционная формула соотношения белков, жиров и углеводов в рационе взрослого (1:1:4) у дошкольника и младшего школьника имеет вид 1:1:5. Потребность в углеводах может компенсироваться по-разному — за счет кондитерских изделий, сладостей, не создающих ощущение сытости на длительный период, или за счет продуктов, содержащих сложные углеводы — каши, хлопья и т.д., надолго обеспечивающие организм энергией.

**Адекватность.** Пища должна восполнять траты энергии организма, связанные с поддержанием основных жизненных функций, ростом, развитием, различными видами двигательной активности, умственной деятельностью и т.д. В среднем организм подростка тратит около 2000–2200 килокалорий в день. Однако это очень обобщенный показатель, точное значение во многом зависит от образа жизни конкретного мальчика или девочки, типа его телосложения, времени года, состояния организма и т.д. Поэтому очень важно учитывать индивидуальные особенности ребенка при планировании его рациона. Ведь и переедание, и недоедание одинаково опасны. По оценке специалистов, регулярное превышение калорийности рациона на 10–15% (несколько «лишних» булочек или конфет) в 3 раза повышает вероятность появления лишнего веса у ребенка. И наоборот, недостаток калорий, получаемых с пищей, способствует замедлению роста и развитию функциональных способностей организма.

**Безопасность.** Очевидно, что основным условием безопасности питания является употребление в пищу свежих, качественных продуктов. Однако когда речь идет о детях, необходимо также учитывать то, что функциональная устойчивость пищеварительной системы еще недостаточна. Так, у детей может возникать напряжение желудочного пищеварения, проявляемое в форме расстройства желудка. Поэтому детям не следует давать грубую, тяжелую для переваривания пищу (жирную, пережаренную), а также пищу, содержащую много острых приправ, очень кислую и соленую.

Для детей характерна повышенная проницаемость кишечной стенки, где происходят основные процессы переваривания и всасывания пищи.

Из-за этого иногда в кровь попадают нерасщепленные белковые молекулы, которые могут вызвать иммунный ответ организма. Вот почему в дошкольном и младшем школьном возрасте у детей часто могут возникать аллергические реакции на поступление в организм той или иной пищи, токсикозы. В связи с этим незнакомые, экзотические продукты нужно с определенной осторожностью вводить в рацион питания ребенка — вначале дать попробовать новое блюдо и только затем включать его в повседневное меню.

**Удовольствие.** Очень часто, говоря о правильном питании ребенка, взрослые забывают о том, что пища должна не только обеспечивать организм полезными веществами и энергией, но и служить источником положительных ощущений, необходимых нашему организму. Исходно ощущение удовольствия, получаемого от еды, выполняет важные физиологические функции. Во-первых, оно служит подтверждением безопасности еды. В процессе эволюции выработался определенный механизм, благодаря которому вкус ядовитых, опасных для нас веществ воспринимается как неприятный, горький и т.д. Во-вторых, приятные ощущения являются признаком насыщения, удовлетворения потребности организма в пище, обеспечивают своего рода профилактику переедания.

Конечно, для современного человека позитивные ощущения, которые доставляет еда, имеют дополнительное значение. Это и наслаждение гармоничностью вкуса, и возможность испытать психологическую разрядку, и т.д.

Установлено, что чем больше человек уделяет внимания еде, больше проводит времени за столом, тем меньше шанс появления у него избыточного веса. Еда на бегу, на скорую руку имеет гораздо больше негативных последствий.



**С 25 ИЮНЯ ПО 3 ОКТЯБРЯ В МОСКВЕ  
РЕАЛИЗУЕТСЯ ИНИЦИАТИВА КОМИССИИ  
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И ОХРАНЕ  
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ МОСГОРДУМЫ  
— ИНФОРМАЦИОННО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКИЙ  
ПРОЕКТ «ЗДОРОВАЯ СТОЛИЦА» ПО  
ПРОСВЕЩЕНИЮ МОСКВИЧЕЙ ПО ВОПРОСАМ  
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ. ВОПРОСАМ  
КУЛЬТУРЫ ПИТАНИЯ ОТВЕДЕНО В ЦИКЛЕ  
МЕРОПРИЯТИЙ ВАЖНОЕ МЕСТО.**

Поэтому формирование умения питаться не только полезно, но и вкусно, получать удовольствие от еды является важным условием сохранения здоровья.

### С родителями заодно

Формирование культуры правильного питания — одно из важных направлений работы школ в европейских странах. Активными участниками этого обучения являются родители. В настоящее время реализуется более 300 образовательных программ национального масштаба. Эта цифра заслуживает особого внимания. Всего в мире на сегодняшний день 197 стран. А это означает, что во многих странах работает не одна, а несколько масштабных программ обучения правильному питанию. Это ли не доказательство того, что правильное питание рассматривается как один из важнейших факторов сохранения здоровья человечества.



**ФОРМИРОВАНИЕ УМЕНИЯ ПИТАТЬСЯ НЕ ТОЛЬКО ПОЛЕЗНО, НО И ВКУСНО, ПОЛУЧАТЬ УДОВОЛЬСТВИЕ ОТ ЕДЫ ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНЫМ УСЛОВИЕМ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ.**

Так, в Германии основная функция по формированию основ культуры питания возложена на семью. В традициях немецкой семьи — совместные трапезы (хотя бы один раз в день). Уже к концу первого года жизни ребенок начинает есть практически ту же пищу, что и взрослые. За семейным столом ребенок учится правильно оценивать и регулировать свои потребности. Так, для того, чтобы научить ребенка не злоупотреблять сладким, ему предлагается самому выбрать лакомство, но только одно для каждого дня. Родителям рекомендуется не накладывать порцию заранее на тарелку ребенку, а предлагать ему самому брать из общего блюда столько еды, сколько ему хочется. Умение регулировать объем съедаемой

пищи формируется и в школьных, и в детсадовских столовых. Вначале ребенку кладут немного еды. После того, как ребенок съел первую порцию, ему предлагается добавка. Воспитание бережного отношения к пище рассматривается как одна из важных задач для школьного воспитания. Школьников учат планировать покупки, читать информацию на упаковках, правильно хранить продукты и блюда. В школах и детских садах практикуется совместный прием пищи взрослых и детей. За стол садятся воспитанники и педагоги, которые собственным примером демонстрируют модель правильного поведения, соблюдая правила этикета, используя различные столовые приборы, выбирая то или иное блюдо. У взрослого есть возможность рассказать: почему ему нравится то или иное блюдо, чем оно может быть полезно, почему оно ему нравится и т.д. За столом принято делиться своими впечатлениями о вкусе пищи, оценивать и описывать его.

В Японии с XIX века формирование культуры питания рассматривается как одна из важнейших задач образования. Сегодня в Японии действует уникальный закон, которого нет больше ни в одной из стран мира, — «Об основах воспитания через культуру питания». И в реализации этого закона большую роль играет система общественного образования: в школах и детских садах значительное внимание уделяется обучению полезным привычкам в области питания. Само обучение происходит в контексте традиционной культуры Японии. Дети осваивают правила правильного питания через знакомство с обычаями, историей, традициями своей страны. Так, весной в Японии отмечается один из самых известных праздников, связанный с цветением сакуры. В это время принято устраивать пикники: школьники вместе со своими родителями выходят на природу. Для пикника родители готовят специальный обед, который нужно взять с собой. Для приготовления такого обеда нужно использовать продукты, которые так или иначе могут ассоциироваться с сакурой, лепестки сакуры используются для украшения блюд. Летом в Японии проводится фестиваль «текущей лапши». Во время этого праздника и взрослые, и дети

должны поймать проплывающие по бамбуковым «каналам» ниточки лапши. Тарелки с лапшой украшают различными овощами, зеленью, используют приправы и соусы. Зимой проходит фестиваль рисовых лепешек. Взрослые и дети вместе готовят «тесто» для таких лепешек из вареного риса. Из этого «теста» затем выпекаются лепешки. Дети знакомятся с традициями оформления и употребления таких лепешек. Они могут заворачиваться в водоросли, их можно окунать в соус. На праздник сакуры принято готовить розовые лепешки и заворачивать их в листья сакуры.

Во Франции обучение основам культуры питания начинается практически с пеленок. Уже в 2–3 года меню юного француза практически ничем не отличается от меню его родителей. Важная задача семейного, а затем и школьного воспитания — сформировать разнообразие вкусовых предпочтений, научить ответственно и вдумчиво относиться к выбору продуктов и блюд, сформировать кулинарные навыки. С раннего возраста ребенка приучают к жесткому соблюдению режима питания. Следование этому правилу во Франции практически сродни соблюдению какого-то из государственных законов. Никакие обстоятельства не могут помешать французу вовремя сесть за стол для обеда или ужина. Дети следуют примеру взрослых. В большинстве семей традиционными являются семейные продолжительные трапезы. Обычный ужин может продолжаться два-три часа. При этом принято обсуждать вкус, достоинства каждого из блюд, сочетание его компонентов и т.д. В России активное внедрение программ правильного питания в школах началось с 2000 года и было связано с реализацией национального проекта «Образование». Один из его модулей был направлен на совершенствование системы школьного питания. Проект реализовывался на протяжении 7 лет и охватил 53 региона страны. Результатом его внедрения стало не только значительное улучшение технического оснащения школьных столовых, состава школьного меню, но и внедрение обучающих программ в практику работы школ и детских садов.



### **Поговорим о правильном питании**

Сегодня вопросы обучения правильному питанию продолжают сохранять свою важность и значимость. В Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации» и в федеральных государственных образовательных стандартах дошкольного и общего образования выделены задачи, связанные с формированием культуры здорового и безопасного образа жизни. По оценке экспертов, в настоящее время в школах России реализуется не менее 200 различных образовательных проектов, связанных с питанием, самым масштабным из которых является программа «Разговор о правильном питании». Она разработана в Институте возрастной академии образования РАО и внедряется в 56 регионах России. Ежегодно в ней принимает участие более 1 200 000 детей и подростков.

Программа состоит из трех структурных модулей, рассчитанных на детей 6–8 лет («Разговор о правильном питании»), 9–11 лет («Две недели в лагере здоровья»), подростков 12–14 лет («Формула правильного питания»). Обучение длится 3 года. В школе изучение основ правильного питания происходит главным образом во время классных часов, в рамках специальных факультативов или даже во время традиционных уроков. Так, на уроках математики дети могут считать стоимость корзины с самыми полезными продуктами, на уроках рисования — не только придумывать натюрморты из овощей и фруктов, но и анализировать их роль для организма, на уроках технологий — учиться готовить салаты и т.д.

**РАСТУЩИЙ И АКТИВНО РАЗВИВАЮЩИЙСЯ ОРГАНИЗМ НУЖДАЕТСЯ В БОЛЬШЕМ КОЛИЧЕСТВЕ ЭНЕРГИИ, ПОЭТОМУ ТРАДИЦИОННАЯ ФОРМУЛА СООТНОШЕНИЯ БЕЛКОВ, ЖИРОВ И УГЛЕВОДОВ В РАЦИОНЕ ВЗРОСЛОГО (1:1:4) У ДОШКОЛЬНИКА И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНИКА ИМЕЕТ ВИД 1:1:5.**

Помимо тем, посвященных различным продуктам и блюдам, роли режима питания, влиянию питательных веществ на организм человека и т.д., в программе есть и темы, посвященные истории кулинарии, обычаям питания народов разных стран, произведениям искусства (живопись, музыка, литература), в которых так или иначе отражается тема питания.

Содержание программы учитывает особенности российской кухни — все рассматриваемое в ней продукты, блюда хорошо знакомы и привычны для школьников и их родителей, а также доступны для семей с разным уровнем доходов. Дети знакомятся с вариантами полезных и не требующих больших материальных затрат рационов.

При обучении правильному питанию продукты и блюда не делятся на полезные и вредные. Вместо этого у детей формируется представление о продуктах и блюдах, которые обязательно должны входить в ежедневный рацион питания, — продуктах «зеленого стола», продуктах и блюдах, которые следует есть не чаще нескольких раз в неделю, — продуктах «желтого стола», а также о пище, которую следует включать в свой рацион редко или в небольших количествах (сладости, торты, пирожные и т.д.), — продуктах «красного стола». Обучение по программе строится как система игр и игровых заданий, выполняя которые ребенок осваивает тот или иной навык, связанный с правильным питанием. Поведенческая схема, которую должен освоить ребенок, «встраивается» в содержание игры, благодаря чему ребенок несколько раз «проигрывает» ее, осваивая полезный навык. Так, к примеру, для формирования навыка мытья рук перед едой у детей 6 лет используется специальный дневник. В течение недели каждый из воспитанников заполняет его — каждый раз, когда ребенок моет руки перед едой, он получает право наклеить в дневник наклейку. В конце недели подводятся итоги — подсчитывается количество наклеек. Дети с удовольствием используют эту форму, потому что она дает им возможность соревноваться и общаться со сверстниками. Однако при этом незаметно для самих воспитанников вырабатывается полезный навык.

Большое внимание в программе уделяется работе с родителями школьников. Около трети заданий в программе ориентированы на совместную работу детей и взрослых. Для родителей проводятся специальные конкурсы (фотоконкурс, конкурс семейных кулинарных рецептов, советов и рекомендаций, связанных с формированием у детей полезных привычек), чтобы привлечь их внимание к проблеме организации правильного питания в семье, стимулировать их желание готовить дома, планировать рацион питания семьи. Многочисленные творческие проекты также позволяют вовлекать родителей в работу программы. Так, в Нижегородской области школьники вместе с родителями составляют кулинарные книги традиционных рецептов своего края, района, деревни. В Пермской области проект «бабушки против фаст-фуда» объединяет не только родителей школьников, но и представителей старшего поколения. Бабушки демонстрируют свои кулинарные умения, учат своих внуков готовить вкусную и полезную еду.

### **На городском уровне**

Подобный опыт заслуживает внимания, чтобы внедряться и в столичном регионе. Так, например, большой интерес вызывают такие формы работы, как детско-родительская неделя кухонь мира, кулинарный онлайн-мастер-класс (или урок), викторины, ролевые игры и открытые лекции на тему здорового питания в общественных местах (парках). Последнее заслуживает особого внимания. Парк, особенно в теплое время года, становится не только местом отдыха, но и площадкой для реализации культурно-просветительских проектов. С 25 июня по 3 октября в Москве реализуется инициатива Комиссии по здравоохранению и охране общественного здоровья Мосгордумы — информационно-просветительский проект «Здоровая столица» по просвещению москвичей по вопросам здорового образа жизни. Безусловно, вопросам культуры питания отведено в цикле мероприятий важное место. Проект реализуется при поддержке НИИ организации здравоохранения

и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы. Каким образом можно работать над развитием детско-родительских отношений в совместной проектной деятельности по здоровому питанию? Тема питания всегда найдет отклик в любом человеке. Первым шагом в налаживании общения родителей с трудным подростком может стать выяснение его вкусовых предпочтений, предложение приготовить совместно любимое блюдо. Такой «заход» на интересы ребенка может быть воспринят младшим членом семьи первоначально настороженно, но терпение и разумное сочетание помощи и контроля в процессе приготовления пищи с доверием и предоставлением самостоятельности ребенку — залог постепенного «потепления» отношений. Такие семейные кулинарные часы могут стать регулярными. Можно готовить любимые блюда не только сына или дочери, но и старших членов семьи.

Важно при этом соблюдать простые рекомендации:

■ Никаких упреков, даже если что-то не получилось, пролилось или рассыпалось, подгорело... Ребенок должен чувствовать зону доверия и то, что здесь он будет принят таким, какой есть (ведь не бывает ни одного человека, который бы хоть раз не допустил ошибку в приготовлении пищи).

■ Не форсировать разговор: совместная деятельность предполагает, что ее участники общаются, но нельзя навязывать тему для разговора в процессе приготовления пищи, хотя именно этот процесс может способствовать обмену репликами не только о его сути, но и о семейных традициях, связанных с питанием, воспоминаниям о приятных моментах (например, о детстве ребенка, его вкусовых предпочтениях в этот период). Постепенно разговор может быть переведен и на другие темы, связанные с интересами, планами, сомнениями, чувствами ребенка.

■ Разделение обязанностей и совместная ответственность за результат. В процессе приготовления блюда у каждого должна быть посильная задача, и каждый имеет право решить ее своим способом. Если ребенок затрудняется в том, как сделать порученную работу, взрослый должен предложить (не навязать!) совет или помощь. Но итог — общий. Даже если большую часть звеньев в технологии приготовления блюда взял на себя взрослый, а ребенок лишь был рядом и немного помогал, важно подчеркнуть совместный результат, не обсуждать, у кого какая часть работы получилась лучше. Вместе с тем успех ребенка в порученной части приготовления может быть отмечен («особенно удался твой соус», «без тебя у нас не получилось бы такого оригинального вкуса» и т.п.).

Такие кулинарные часы со временем могут стать любимым семейным досугом. Ведь порадовать себя вкусной (и желательной полезной) пищей хотелось бы, наверное, каждому. И установление таких традиций в семье — возможный способ улучшения глубинных основ отношений, своего рода тренировка каждой из сторон (часто враждующих) в коллективной деятельности, умении договариваться и давать другому право на самовыражение.

## Литература

1. Безруких М.М., Макеева А.Г., Филиппова Т.А. «Разговор о правильном питании». Методическое пособие для педагога. М.: Олма Медиа Пресс, 2012.
2. Кириченко М.А. Воспитание через культуру питания в японском детском саду // Детский сад: теория и практика. 2014. № 8, с.104–113.
3. Макеева А.Г. Возможности использования образовательных программ в формировании основ культуры здоровья // Биология в школе. 2014. № 4, с. 20–28.
4. Макеева А.Г. и др. Разговор о правильном питании и здоровье. Рабочая тетрадь для школьников. — Москва, 2015.
5. Носкова А.В. Питание: методологические подходы к исследованию и повседневные практики // Вестник МГИМО Университета. — 2–14. № 6 (39). с. 209–218.

# В НОГУ СО ВРЕМЕНЕМ РАЗВИТИЕ СТАЦИОНАРОВ КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

В настоящее время развитие стационаров кратковременного пребывания (СКП) является приоритетным направлением современного здравоохранения во всем мире. В развитых европейских странах доля операций, выполненных в СКП, достигает 90% от всех плановых операций.

Преимуществами лечения в СКП для пациентов являются: лучшие методики лечения, малоинвазивные вмешательства, минимальный отрыв от повседневного образа жизни, минимальный реабилитационный период, снижение риска развития тромбозэмболии, занесения инфекции.

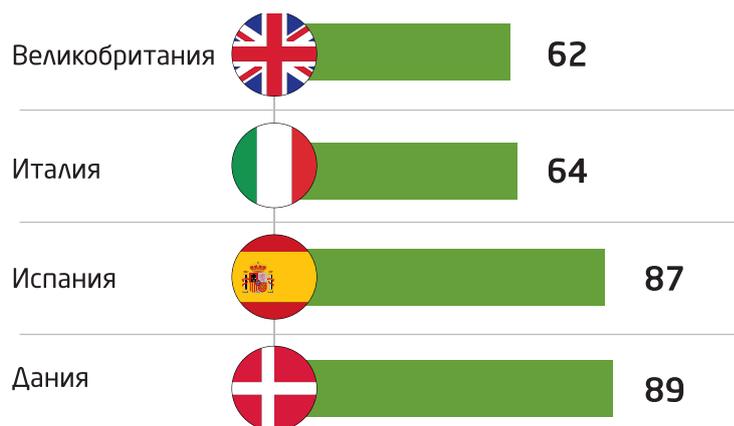
С целью внедрения современных технологий оказания медицинской помощи, формирования эффективной системы здравоохранения города Москвы согласно приказу Департамента здравоохранения города Москвы и МГФОМС от 28.04.2016 г. № 373/134 реализуется пилотный проект по организации стационаров кратковременного пребывания на базе 5 стационаров ОМС.

Период реализации пилотного проекта: 30 апреля 2016 года — 31 декабря 2017 года.

## Задачи внедрения СКП:

- снижение сроков пребывания пациентов в стационарах и оказания хирургической помощи;
- повышение эффективности операционной и финансовой деятельности стационаров;
- повышение доступности хирургической помощи краткосрочного пребывания;
- повышение финансовой эффективности стационаров.

Рисунок 1. Доля операций в СКП от всех плановых операций в некоторых европейских странах (%)



В лучших мировых практиках наиболее распространенными в работе СКП являются:

- офтальмология;
- гинекология;
- урология;
- колопроктология;
- оториноларингология;
- ортопедия;
- общая хирургия.

В настоящее время внедрены разработанные механизмы организации процесса оказания хирургической медицинской помощи с минимизацией срока пребывания пациента в стационаре по профилям: офтальмология, хирургия, гинекология и урология.

Рисунок 2. Стационары и профили СКП

Стационар	Профиль по приказу	Работающий профиль
ГКБ им. Боткина	Общая хирургия	+
	Офтальмология	+
	Гинекология	+
	Урология	+
ГКБ им. Буянова	Офтальмология	+
	Гинекология	+
ГКБ им. Спасокукоцкого	Урология	+
	Гинекология	+
ГКБ №52	Офтальмология	+
ЦПСиР	Гинекология	+

С момента старта пилотного проекта в СКП пролечено около 4000 пациентов (до 27 000 пациентов в год после завершения пилотного проекта).

Имеется большой потенциал расширения профилей и нозологий для лечения в СКП.

# АЛЕКСЕЙ ШАБУНИН: ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН ДАТЬ СОГЛАСИЕ НА ОПЕРАЦИЮ В УСЛОВИЯХ СКП

От 60 до 80% всех пациентов в мире оперируются в стационарах кратковременного пребывания. В Дании и Испании доля таких пациентов достигает 87-89%. Данная форма организации оказания медицинской помощи на базе стационаров позволяет минимизировать время пребывания пациента в стационаре до нескольких часов при неизменно высоком качестве оказания помощи. О работе СКП хирургического профиля рассказывает главный внештатный специалист хирург Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач городской клинической больницы имени С.П. Боткина Алексей ШАБУНИН.



**Алексей ШАБУНИН**,  
главный внештатный  
специалист хирург  
Департамента  
здравоохранения  
города Москвы,  
главный врач  
городской клинической  
больницы имени  
С.П. Боткина

В мае 2016 года в столице стартовал пилотный проект Департамента здравоохранения города Москвы по внедрению стационаров кратковременного пребывания. До его запуска доктора нескольких городских больниц изучили передовой европейский опыт: побывав в Швеции, посмотрели, как там выстроена система оказания помощи в рамках СКП, и убедились, что больных действительно можно и нужно оперировать в СКП. В настоящее время на основной базе ГКБ им. С.П. Боткина развернуты тридцать коек СКП общехирургического профиля.

Пациенты, отбираемые для таких операций, должны соответствовать конкретным требованиям: быть жителями Москвы, иметь страховой полис и иметь показания, при которых оперативное вмешательство возможно осуществить в рамках СКП. Речь не идет о проведении сложных полостных операций или оперировании пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

При этом группа патологий, при которых возможно хирургическое вмешательство в рамках СКП, достаточно обширна: желчнокаменная болезнь, грыжи небольших размеров — паховые, пупочные, бедренные, когда можно применить как менее инвазивные вмешательства, так и проколы, и небольшие разрезы; липомы, папилломы, фибромы, пигментные невусы, варикоз, небольшие анальные трещины, геморрой небольших

размеров. Также возможны эндоскопические вмешательства по удалению полипов толстой кишки, полипов желудка, небольших доброкачественных опухолей молочной железы.

Немаловажно, что пациент должен дать согласие на операцию в условиях СКП, понимая, что вечером того же дня ему придется уйти домой. Если он отказывается от такой операции, заставлять никто не будет. Согласившись на операцию в СКП, больной заранее проходит амбулаторное обследование, встречается и обсуждает все интересующие его вопросы со своим врачом — оперирующим хирургом, узнает подробности предстоящей операции и послеоперационного периода. Утром в день операции приходит в СКП: его осматривают, проводят операцию, наблюдают до вечера и отправляют домой. После операции пациент контактирует с врачом по телефону и, если необходимо, может приехать на контрольный осмотр, но наблюдается уже в своей поликлинике. В рамках СКП мы проводим малоинвазивные вмешательства, операции выполняются малотравматичным способом, необходимость круглосуточного наблюдения врача в стационаре отсутствует.

Вся логистика ведения пациента четко выстроена: от первого визита пациента в регистратуру до выдачи ему памятки о послеоперационном периоде. Можно сказать, все расписано по минутам, вплоть до того, сколько пациентов будет прооперировано в неделю, сколько времени требуется на операцию; если операция более сложная и длительная, она проводится в первую очередь, чтобы пациент имел возможность восстановиться. После операции он поступает в палату, отдельную от больных круглосуточного пребывания. На мой взгляд, это правильно: подходы к работе у медиков в СКП несколько отличаются от таковых в стационаре в целом, психология общения с пациентом также иная.

Сегодня все чаще оперируются в СКП молодые люди с активной жизненной позицией, которые ценят свое рабочее время и не хотят лежать пять-шесть дней в больнице. Они заинтересованы в быстром восстановлении после операции в комфортных домашних условиях и скором выходе на работу.

Подобный подход имеет множество преимуществ как для самих пациентов, так и для медицины в целом. Понятно, что никто не заставляет делать самые сложные операции в рамках СКП, но небольшие операции, сделанные подобным образом, а у нас большой поток пациентов с желчнокаменной болезнью, грыжей, помогут уменьшить очередь на более сложные оперативные вмешательства, освободить больничную койку, в том числе для экстренной неотложной помощи. Безусловно, внедрение СКП экономически выгодно.

Еще один плюс СКП в том, что работает единая команда специалистов, заточенная под конкретные операции. Очевидно, есть разница, когда врач делает две-три операции в неделю или когда он ежедневно проводит пять-семь подобных операций, оттачивая технику ее проведения до совершенства. В итоге и время проведения операции минимально, и риск развития осложнений сведен к нулю. Когда технология поставлена на поток,



**В РАМКАХ СКП МЫ ПРОВОДИМ  
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА,  
ОПЕРАЦИИ ВЫПОЛНЯЮТСЯ  
МАЛОТРАВМАТИЧНЫМ СПОСОБОМ,  
НЕОБХОДИМОСТЬ КРУГЛОСУТОЧНОГО  
НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧА В СТАЦИОНАРЕ  
ОТСУТСТВУЕТ.**

риск развития негативных последствий у пациентов минимален.

В рамках внедрения СКП было проведено два семинарских занятия с хирургами городских поликлиник для выстраивания четкой системы взаимодействия с поликлиническим звеном. Каких пациентов хирурги в поликлиниках могут к нам направить и как работать с пациентом после того, как мы сделали ему операцию.

Пилотный проект по СКП будет идти в течение года, после чего этот опыт распространят на другие, самые продвинутые городские больницы. Хирургию мы уже, можно сказать, обкатали. Сегодня в СКП по профилю «общая хирургия» нашей больницы ежедневно выполняются от 10 до 20 операций. Планируем развивать эту форму организации оказания медпомощи и по другим профилям. Уверен, со временем нам удастся не только достигнуть европейского уровня в организации лечения пациентов в СКП, но и создать свою более прогрессивную систему. Работы предстоит много, и сегодня, участвуя в пилотном проекте, мы понимаем, что развитие СПК в Москве во многом зависит от того, как покажем и зарекомендуем себя. На первых порах мы перестраховывались, переживали: насколько правильно отпускать больного домой в день операции, однако настрой самих пациентов подтверждает правильность выбранного нами направления.

# МАРЬЯНА ЛЫСЕНКО: РАБОТА СКП ЭКОНОМИЧЕСКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНА

Более пятисот пациентов уже получили помощь в стационаре кратковременного пребывания офтальмологического профиля ГКБ № 52. По мнению главного врача клиники Марьяны ЛЫСЕНКО, недостатков у системы оказания помощи в формате СКП нет, зато преимуществ множество.



**Марьяна ЛЫСЕНКО,**  
главный врач ГКБ  
№52 ДЗМ

Безусловно, алгоритм работы стационара кратковременного пребывания требует еще регулировки в некоторых своих аспектах, но когда работа СКП будет отлажена, никаких сложностей в организации на базе стационара такого вида оказания медицинской помощи не будет возникать.

В целом алгоритм работы СКП прост: поликлиника направляет пациента в СКП в соответствии с перечнем диагнозов, указанных в соответствующем приказе Департамента здравоохранения города Москвы по пилотному проекту. Пациенту выдается перечень анализов, которые он должен сдать перед операцией. Собственно говоря, этот этап ничем не отличается от подготовки к привычной плановой госпитализации. Однако за счет увеличения оборота койки и, как следствие, потока пациентов сроки ожидания плановой операции сведены к минимуму. Пациент приносит результаты исследований врачу накануне госпитализации. На этом этапе состояние пациента оценивает не только тот врач, который будет его оперировать, но и анестезиолог. Следующим утром пациент приезжает в стационар, где его уже ожидает бригада медиков. С момента приезда и поступления в стационар больного сопровождает медицинская сестра, что очень важно для пациентов офтальмологического профиля, потому что в основном к нам обращаются пожилые люди старше 80 лет.

Еще один важный для пациента момент связан с тем, что не всегда родственники могут забрать его после операции, и в таком случае мы стараемся решить проблему, нередко на своей машине отвозим больного домой. Учитывая, что большинство пациентов проживают в нашем округе, проблем с доставкой их домой не возникает.

Перед внедрением стационара кратковременного пребывания мы опасались негативной реакции возрастных пациентов, для которых такая форма получения медицинской помощи была в новинку. Однако по факту никаких нареканий со стороны пациентов не было и нет.

Со своей стороны мы постарались создать максимально комфортные условия для пациентов СКП. У нас предусмотрено две зоны — мужская и женская, но это не палаты в привычном понимании, а, скорее, комнаты ожидания с удобной мебелью, телевизором, возможностью перекусить после операции — пациенты получают ланч-боксы перед выпиской.

Важный в организации СКП момент, на мой взгляд, заключается в том, что бригада врачей и медсестер, работающая в операционной, находится на месте все время. Бригада медиков сосредоточена на операции, не отвлекается от пациентов, поступающих к ним. В день удается прооперировать порядка 20 пациентов. Пока СКП у нас работает 4 дня в неделю. Это связано с тем, что он организован на площадях больницы, выделенных для обычного стационара. Но в скором времени СКП переедет в другой корпус, получит новое оборудование и будет работать шесть дней в неделю.

С мая в нашем СКП прооперирован 531 пациент. Если раньше пациентам, нуждающимся в операции, приходилось до полутора месяцев ожидать своей очереди, то сейчас ее фактически нет.

Во время первичного приема после направления пациента из амбулаторного звена его информируют о всех возможностях и нюансах лечения. Учитывая, что у нас в основном возрастные пациенты, первичное консультирование занимает достаточно много времени. Врач рассказывает, что такое СКП, кто и когда отвезет пациента домой, кто будет его сопровождать, как его будут кормить, где он будет находиться до и после операции, что будет на следующий день, с кем можно будет связаться, если после операции что-то будет настораживать. Все эти вопросы обговариваются не один раз. Уже накануне самой операции пациент еще раз информируется о принципах работы СКП и подписывает информированное добровольное согласие. Бывают ситуации, когда врач понимает, что пациента целесообразно перевести в стационар круглосуточного пребывания, и это делается автоматически.

Подчеркну, что для СКП любых хирургических направлений принципиально важна слаженность операционной команды, ее умение работать нон-стоп с большими объемами операций, понимание друг друга — времени на переговоры и уточнения во время операции нет, они должны понимать друг друга с полуслова. А этого можно достичь только в том случае, если состав бригады укомплектован и неизменен.

Я считаю формат стационара кратковременного пребывания весьма перспективным, его можно использовать для операций по самым различным профилям. Надеюсь, пилотный проект будет оценен положительно, потому что при подобной схеме работы мы получаем натренированный персонал, который изо дня в день производит одни и те же манипуляции, и благодаря этому вероятность возможных осложнений довольно низкая. Кроме того, работа СКП экономически целесообразна для клиники.

Пациенту тоже такой формат оказания медицинской помощи удобен. В домашних условиях восстановление после операции часто идет лучше. Даже наши возрастные пациенты зачастую не хотят надолго задерживаться в больнице, что уж говорить о молодых людях, для которых буквально время — деньги.

Хочу подчеркнуть, что оказание помощи на базе стационара кратковременного пребывания принципиально отличается от работы дневного стационара. Отличается тем, что пациента ведут от момента получения направления на операцию и до момента восстановления — выстраивается преемственность лечения вокруг конкретного человека. Это крайне важно. Сотрудники, занятые в СКП, знают каждого пациента, с какой проблемой он обратился, как его лечат и куда передадут после операции. У пациента есть контакт со своим лечащим врачом, и он может у него проконсультироваться, если это необходимо. Персонал СКП обязан после операции позвонить пациенту, чтобы узнать, как он себя чувствует. Это очень важно, особенно при работе с пожилыми людьми.

В СКП вся оказываемая помощь отработана до мелочей, имеет определенный регламент, и, я уверена, этот формат работы в дальнейшем будет еще более востребован пациентами.

# ОЛЕГ ЛАТЫШЕВИЧ: БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА МОЖНО РЕШИТЬ ЗА ОДИН ДЕНЬ

Стационары кратковременного пребывания — перспективная форма организации оказания медицинской помощи как с точки зрения пациентов, так и с точки зрения руководителя клиники. Пациенты ценят возможность вернуться домой в день операции, для стационара — это возможность максимально эффективно использовать свои ресурсы без потери качества оказания медпомощи. О СКП гинекологического профиля рассказывает главный врач Центра планирования и репродукции семьи Олег ЛАТЫШЕВИЧ.



**Олег ЛАТЫШЕВИЧ,**  
главный врач Центра  
планирования  
и репродукции семьи

Идея организации стационара кратковременного пребывания принадлежит руководителю Департамента здравоохранения города Москвы Алексею Ивановичу Хрипуну. Перед тем, как внедрить этот принцип работы в Москве, мы побывали в нескольких странах, изучили международный опыт работы в формате СКП. Например, в Стокгольме достаточно большой процент пациентов гинекологического отделения не нуждается в стационарном лечении, и 80% пациентов проходят через СКП.

Исходя из своего личного опыта, я убежден: большую часть проблем пациента можно решить за один день. Учитывая хорошую связь между амбулаторным звеном и стационаром, после обследования пациента и принятия решения об оперативном лечении больной направляется в стационар кратковременного пребывания.

Отмечу, что мы постарались минимизировать количество посещений стационара: пациентка приходит к нам один раз до операции, ее осматривают акушер-гинеколог и анестезиолог, после чего, в зависимости не от очереди в стационар, а от ее физиологических часов, назначается время операции.

Никакой очереди в стационар кратковременного пребывания сейчас нет. В день операции пациентка приезжает сама либо ее привозят родственники, размещается в специально организованном небольшом отделении на 15 коек, затем проводится операция. После операции пациентка возвращается в это отделение на выделенную для нее кровать, причем, по ее желанию, рядом могут находиться родственники. Для пациентов СКП предусмотрены максимально комфортные условия, хорошие палаты. Палаты просторные, есть двухместные и четырехместные. Хотя, как показал опыт наших коллег из Стокгольма, после операции палата как таковая и не требуется. У них, например, вместо палат — шесть кресел для пробуждения пациентов, которые после пробуждения от небольшой внутривенной анестезии пьют чай и уходят домой.

За последние полгода в формате СКП пролечено более тысячи пациенток. Один или два раза мы отказались проводить операции в стационаре СКП пациентам с экстрагенитальной патологией, но мы их никуда не перенаправляли, а перевели в свой стационар длительной госпитализации и после прооперировали.

Чтобы в день операции не было никаких эксцессов, мы и принимаем пациентов заранее, беседуем с ними, смотрим результаты обследования, которое они должны пройти заранее. Если понимаем, что по каким-то причинам пациентка не может быть отпущена домой в день операции, госпитализируем ее в стационарное отделение.

Помню, когда мы работали традиционно в гинекологическом отделении, основная часть пациентов, которым проводились малые операции, сами торопились вернуться домой, но тогда сложно было получить оплату по МЭС, если пациент покидал стационар раньше указанных в стандарте сроков. Теперь же, благодаря совместной работе МГФОМС и Департамента здравоохранения города Москвы, нам оплачивается полностью тариф по МЭС за пролеченный случай вне зависимости от срока пребывания пациента в стационаре.

Как главный врач, как экономист, я, конечно, считаю траты на пациентов, которые долго лежат в стационаре. Введя стационар кратковременного пребывания, мы смогли уменьшить расходы на белье, питание, уборку. Надо сказать, когда мы организовали СКП, я сокращал четвертую часть сотрудников своего гинекологического отделения, но не уволил ни одного из них, а перевел некоторую часть в СКП. Многим врачам и медсестрам было предложено перейти в стационар кратковременного пребывания. Некоторые не захотели переходить — в основном, те, кто живет далеко от работы, им удобнее суточное дежурство, а те, у кого нет подобных сложностей, выбрали дневную работу, перешли в СКП.

Сегодня в СКП работают одни из самых опытных врачей Центра планирования семьи и репродукции. Команда, которая сегодня работает в стационаре кратковременного пребывания, ориентирована на малые гинекологические операции. Нельзя сказать, что они потеряли какие-то навыки в связи с такого рода узкой специализацией, у них тоже есть возможность развиваться: надеюсь, в ближайшее время они будут делать лапароскопические операции, а это уже большая хирургия. В ближайшем будущем мы планируем проводить в формате СКП лапароскопические операции, что тоже подсмотрели в Стокгольме, где после небольшой лапароскопической операции пациенты в этот же день либо утром на следующий уходят домой. Сейчас в СКП работают несколько врачей-совместителей, но, мне кажется, правильнее в будущем разделить и зафиксировать кадры на конкретном направлении работы, потому что в СКП своя специфика, здесь большая ответственность, и врачам не стоит распыляться.

В день в СКП оперируем примерно десять пациентов. У нас есть возможность работать в две смены: как правило, пациенты, прооперированные в первой половине дня, уходят домой через два-три часа после операции, и мы можем оперировать во вторую смену. График СКП предусматривает работу до последнего пациента, в среднем до восьми часов вечера, и пациенты, прооперированные в обед, могут также спокойно прийти в себя после операции, дождаться родственников. Если по каким-то причинам мы считаем, что прооперированную пациентку нельзя отпустить домой, переводим ее в соседнюю палату — стационар гинекологического отделения, но, как правило, таких пациентов мало.

На мой взгляд, у стационаров кратковременного пребывания большие перспективы. Учитывая, что мы часто рассказываем о таком формате работы, к нам регулярно приезжают коллеги — заведующие гинекологическими отделениями других больниц, перенимают опыт. Интерес к этой форме работы большой. Понятно, что СКП выгоден во всех смыслах. Зачем держать пациента четыре дня в стационаре, когда можно в день операции отпустить его домой? Выгода очевидна не только для пациентов, но и для руководства, и для сотрудников медучреждения. Главное, подойти к организации СКП с умом, все просчитать. Перед тем, как внедрить СКП, я посчитал, сколько пациентов в сутки находится в нашем гинекологическом отделении, которые в этот же день уходят домой. Оказалось, таких пациентов — четвертая часть, их и перевели в СКП. У нас в СКП сейчас 15 коек, учитывая, что операции могут проводиться в две смены, в день мы можем оперировать 30 больных. Но как только появится в этом потребность, СКП перейдет на ежедневный режим работы, и в выходные будем оперировать еще 60 пациенток.

Внедрение СКП эффективно и выгодно не только в области гинекологии. Большое количество пациентов можно прооперировать в рамках СКП в офтальмологии, урологии, общей хирургии. Важно, что с такими пациентами налажена четкая обратная связь на послеоперационном этапе. Телефон, указанный в памятке, которую получают пациенты после операции, работает круглосуточно. В данный момент СКП работает с мощностью в 40%, и всех этих пациентов отслеживают заведующие отделениями. Когда у нас будет большой поток пациентов через стационар кратковременного пребывания, отследить такое количество прооперированных одному человеку будет сложно, но у нас есть круглосуточный стационар, сотрудники которого могут ответить на все вопросы. Кроме того, совместная работа СКП и гинекологического отделения позволит исключить проблемы, связанные с осложнениями. Пока, к счастью, никаких осложнений не было, это связано в том числе с тем, что и оборудование у нас самое современное, и сотрудники, работающие в СКП, — одни из лучших в своей профессии.

# НА СЛУЖБЕ МОСКВИЧЕЙ ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МОСКВЕ

Москва — мегаполис с постоянно растущим населением, а также с большим количеством приезжих и временно проживающих в городе людей. Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова является уникальной медицинской организацией города Москвы. За годы ее существования выработаны и постоянно совершенствуются принципы и методы оказания скорой медицинской помощи населению столицы.



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

## На принципах централизованного управления

Бригады СМП станции оказывают медицинскую помощь гражданам в рамках территориальной программы ОМС бесплатно вне зависимости от их социального статуса, национальности и вероисповедания, места нахождения, наличия или отсутствия постоянного места жительства, в том числе вне зависимости от наличия медицинского полиса или документов, удостоверяющих личность.

По телефону «103» каждый больной и пострадавший (или окружающие его люди) при необходимости могут обратиться за медицинской помощью и вызвать бригаду СМП, которая прибудет на вызов, окажет медицинскую помощь, а при наличии показаний осуществит экстренную медицинскую эвакуацию в профильный стационар.

Работа станции организована на принципах централизованного управления с децентрализованной обеспечивающей сетью, которая состоит из 58 подстанций и 90 постов скорой медицинской помощи (СМП). Указанные структурные подразделения станции равномерно развернуты на административной территории города: 58 подстанций с учетом доезда до вызова не более 20 минут (зона оперативной ответственности подстанции), 28 постов дислоцируются на крупных магистралях и МКАД, 62 поста при медицинских организациях Департамента здравоохранения города Москвы.

В настоящее время скорая (в том числе скорая специализированная) медицинская помощь в городе Москве регламентируется Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и приказами Министерства здравоохранения РФ от 20 июля 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи» и Приказом Министерства здравоохранения РФ от 22.01.2016 г. № 33н «О внесении изменений в Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н»), которыми предусмотрены доступность, своевременность и высокое качество медицинской помощи в экстренной форме (при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента) и неотложной форме (при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента).

### **Автоматизированная система**

Все обращения от населения по каналу «103» поступают в оперативный отдел станции, где осуществляется прием, сортировка и передача вызовов на исполнение бригадам СМП и в соответствии с поводом в отделения неотложной медицинской помощи взрослому или детскому населению.

Прием обращений от населения осуществляется по телефонной связи через единую автоматизированную систему приема вызовов AVAYA с обязательной аудиозаписью всех телефонных разговоров. Данная система, введенная в эксплуатацию с 2012 года, позволяет объединить операторов в группы по роду своей деятельности и избежать привязанности абонента к одному оператору. Формирование групп операторов позволило избежать возникновения очереди и сократить время ответа абоненту, а также вести круглосуточный мониторинг в режиме реального времени за нагрузкой операторов «103» и при необходимости в случае ее увеличения привлекать к работе дополнительные резервные пульты (50–60 автоматизированных рабочих мест).

При обращении абонента по телефону происходит автоматическое определение входящего телефонного номера абонента. Это позволяет осуществлять обратную связь при прерывании телефонного звонка по

каким-либо причинам. Если вызов оформляется, ему присваивается индивидуальный номер наряда, при этом каждый вызов является уникальным. В течение всего периода оформления адресной части, ввода персональных данных и выполнения вызова на данный номер наряда вносится информация по данному больному. Если позволяет состояние пациента, производится его опрос и/или опрос иного абонента в соответствии с алгоритмом приема вызова, который позволяет сформировать повод к вызову, определить форму оказания скорой медицинской помощи (экстренная или неотложная) и в дальнейшем провести медицинскую сортировку, целью которой служит наиболее раннее и качественное оказание экстренной медицинской помощи выездной бригадой СМП соответствующего профиля. После завершения выполнения вызова информация архивируется в базе комплексной автоматизированной системы управления станции.

Для выработки оперативных и оптимальных управленческих решений по организации выполнения экстренных вызовов бригадами СМП на станции создана автоматизированная навигационно-диспетчерская система управления (АНДСУ), позволяющая осуществлять постоянный мониторинг перемещения по территории города бригад СМП, определения их местонахождения и статусного состояния. С этой целью все бригады СМП оснащены аппаратно-мобильными устройствами, работающими в системе ГЛОНАСС и GPS.

Автоматизация работы оперативного отдела станции позволила оптимизировать оперативные показатели выполнения вызова «103». В первом полугодии 2016 года:

- среднее время ответа оператора абоненту составило 10 секунд;
- среднее время прибытия бригады СМП на место вызова — 12,7 минуты;
- среднее время прибытия бригады СМП на место вызова к пострадавшему в ДТП — 8 минут;
- среднее время «103 — стационар» пациентов с ОКС и ОНМК — 70,5 и 70,9 минуты соответственно.

### **Основная функциональная единица**

Основной функциональной единицей станции является выездная бригада СМП. На станции работают бригады, профили которых утверждены приказом МЗ РФ от 20.06.2013 г. № 388н и Приказом МЗ РФ от 22 января 2016 г. № 33н:

- общепрофильные (врачебные — 391 и фельдшерские — 459) выездные бригады;



■ специализированные выездные бригады (анестезиологии и реанимации — 16, педиатрические — 61 педиатрическая анестезиологии и реанимации — 4, психиатрические — 20), а также специализированные выездные бригады акушерско-гинекологические — 2 и специализированные выездные бригады экстренной консультативной скорой медицинской помощи различных профилей (кардиологическая — 2, неврологическая — 2, инфекционная — 2).

Оснащение выездных бригад СМП оборудованием, лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения осуществляется в соответствии с действующими нормативными документами. На бригадах имеется медицинская аппаратура, необходимая для диагностики и оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи больным и пострадавшим на этапе скорой медицинской помощи, современная портативная наркозно-дыхательная аппаратура, электрокардиографы, кардиомониторы и дефибрилляторы. В частности, общепрофильная выездная бригада СМП оснащена 79 комплектами медицинского оборудования и изделий медицинского назначения, в том числе 28 единицами медицинского оборудования и 10 наборами и укладками для оказания скорой медицинской помощи. В состав укладки общепрофильной бригады входит 34 фармакологические группы лекарственных препаратов 97 наименований. Ежедневно бригадами станции выполняется 10–12 тысяч вызовов к больным и пострадавшим на территории города Москвы.

### Для снижения непрофильной нагрузки

Продолжена работа по возможности получения скорой помощи в неотложной форме путем организации единых окружных диспетчерских центров, отделений неотложной медицинской помощи взрослому и детскому населению города Москвы. В целях снижения непрофильной нагрузки на выездные бригады СМП и повышения оперативности их прибытия на экстренные вызовы службы неотложной медицинской помощи поликлиник работают в едином информационном пространстве и тесном оперативном взаимодействии со станцией. Это позволяет оперативно проводить сортировку поступающих вызовов и передавать их в отделения неотложной медицинской помощи детскому населению и отделения неотложной медицинской помощи взрослому населению. В настоящее время в городе работают 200 бригад отделений неотложной медицинской помощи — 111 для оказания медицинской помощи взрослому населению и 89 для детского населения. Ежедневно бригадами ОНМП выполняется более 3,5 тысячи вызовов.

### В чрезвычайных ситуациях

Организация работы по медицинскому обеспечению чрезвычайных ситуаций (медицина катастроф) проводится в соответствии с нормативными и распорядительными документами — постановлением правительства Москвы от 24 февраля 2009 года № 124-ГС «Об организации планирования действий по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций» совместно с

«Научно-практическим центром экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы» (НПЦ ЭМП ДЗМ). Важнейшей задачей НПЦ ЭМП ДЗМ является организация и оперативное управление всеми силами и средствами городского здравоохранения в чрезвычайных ситуациях.

Увеличено количество авиамедицинских эвакуаций с применением трех вертолетов БК-117. Основными поводами вылета вертолета явились массовые дорожно-транспортные происшествия, взрывы различного характера, техногенные происшествия, крупные пожары, нестандартные и чрезвычайные происшествия, вызовы от медицинских работников бригад СМП, в первую очередь к пациентам кардиологического и неврологического профиля, которым необходима высокотехнологическая медицинская помощь, а также к тяжелым больным с учетом сложной дорожной обстановки. В 2015 году авиамедицинскими бригадами совершено 597 вылетов, из них — 222 вылета к пациентам с соматической патологией, структура которых составила: острый коронарный синдром — 119, острые нарушения мозгового кровообращения — 60, травмы и отравления — 35, прочие экстренные состояния — 8 вылетов. Вертолеты за 6 месяцев 2016 года осуществили 432 эвакуации пациентов и пострадавших.

### **Выбор оптимального места госпитализации**

На станции внедрена и работает автоматизированная система учета, распределения и анализа коечного фонда всех медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы — АС «Стационар». Автоматизированная информационная система, используемая на станции, позволяет формировать и вести структуру коечного фонда медицинских организаций города с учетом его загруженности, осуществлять выбор оптимального места для экстренной медицинской эвакуации.

Организация высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с ОКС и ОНМК на станции направлена на своевременное выявление пациентов для эндоваскулярного лечения, оптимизацию маршрутизации с минимизацией временных затрат как на этапе СМП, так и на госпитальном этапе.

Все пациенты с ОКС направляются для госпитализации в реанимационные отделения стационаров с учетом работающего свободного ангиографа и возможностью проведения эндоваскулярных вмешательств. Пациенты с ОНМК доставляются в региональные сосудистые центры или первичные сосудистые отделения города

Москвы, где имеются все возможности для проведения нейровизуализации, тромболитической или эндоваскулярной терапии. Информация в стационары о медицинской эвакуации передается в режиме реального времени по системе АС «Стационар».

Внедрение современных информационных систем в управление работой бригад СМП наряду с другими организационными мероприятиями позволило сделать службу более оперативной, что в первую очередь привело к сокращению времени прибытия медицинской бригады на место вызова и уменьшению времени доставки пациента до специализированного стационара. Среднее время от вызова «103» до доставки пациента в стационар при ОКС составило — 70,5 минуты, при ОНМК — 70,9 минуты.

С целью выявления пациентов с ОКС, контроля эффективной медикаментозной терапии общепрофильными фельдшерскими выездными бригадами СМП (включая проведение тромболитической терапии и профильной медицинской эвакуации для проведения экстренного первичного чрескожного коронарного вмешательства) на станции функционирует кардиологический дистанционный консультативный пульт с телеметрической системой приема—передачи ЭКГ. Совершенствование работы кардиологического дистанционного консультативного пульта проводилось путем поиска возможности внедрения новой технологии с использованием альтернативных цифровых каналов передачи данных для сокращения временных затрат, а также рационального взаимодействия врачей-консультантов кардиологического пульта с фельдшерами общепрофильных выездных бригад СМП.

### **В экстренных случаях**

Для совершенствования оказания скорой специализированной и экстренной консультативной медицинской помощи пациентам в медицинских организациях при отсутствии в них профильных специалистов на станции организовано отделение экстренной консультативной скорой медицинской помощи с бригадами следующих профилей: нейрохирургическая, сосудистая хирургическая, офтальмологическая, урологическая, детская кардиологическая, бригада анестезиологии и реанимации новорожденных.

Для поддержания кадровой обеспеченности на станции разработана и внедрена система подготовки и привлечения медицинского персонала. Заключены договоры о совместной подготовке специалистов со средним профессиональным образованием с образовательными профессиональными организациями среднего

образования ДЗМ, осуществляющими подготовку специалистов по специальности «Лечебное дело». В рамках договоров осуществляется разработка и совместное утверждение рабочих программ, программ практик, организация и проведение практических занятий, учебной и производственной практики для всех студентов, обучающихся по профессиональным модулям ПМ.03 «Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе» и ПМ.06 «Организационно-аналитическая деятельность».

## Подготовка кадров

Подготовка, переподготовка и повышение квалификации медицинских работников осуществляется путем непрерывного дополнительного профессионального образования работников.

Основные направления обучения и развития персонала на станции:

- повышение общего уровня профессиональной квалификации;
- подготовка кадрового резерва;
- адаптационная подготовка специалистов;
- инновационная подготовка персонала.

Непрерывность обучения работников обеспечивают следующие его виды:

1. Повышение квалификации в образовательных организациях высшего и дополнительного профессионального образования. Порядок совершенствования работниками станции профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях, а также продолжительность данного обучения определяются в соответствии с действующими нормативно-правовыми документами. Сроки, формы и содержание обучения по дополнительным профессиональным программам определяются образовательными и научными организациями, реализующими соответствующую образовательную программу, самостоятельно с учетом требований государственных образовательных стандартов среднего и высшего профессионального образования по соответствующему направлению подготовки (специалистов) и потребностью работодателя.

Направление работников на повышение квалификации, в том числе на сертификационные циклы, осуществляется в соответствии с квалификационными требованиями по специальности и с учетом номенклатуры специальностей.

Для среднего медицинского и фармацевтического персонала:

- Скорая медицинская помощь.
- Лечебное дело.
- Акушерское дело.
- Сестринское дело.
- Анестезиология и реаниматология.

Для специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием:

- Скорая медицинская помощь.
- Кардиология.
- Неврология.
- Анестезиология и реаниматология.
- Акушерство и гинекология.
- Инфекционные болезни.
- Организация здравоохранения и общественное здоровье.
- Педиатрия.
- Психиатрия.
- Фармация.

Организация повышения квалификации работников осуществляется в соответствии с ежегодным планом.

Повышение квалификации работников на сертификационных циклах проводится не реже одного раза в 5 лет.

2. Краткосрочное тематическое усовершенствование по отдельным направлениям профессиональной деятельности.

Осуществляется по мере необходимости по месту работы или в образовательных организациях высшего или дополнительного профессионального образования.

3. Участие не реже одного раза в месяц в постоянно действующих обучающих мероприятиях:

— перманентное обучение медицинского персонала (семинары, лекции и практические занятия) в целях совершенствования теоретических знаний и практических навыков выездного медицинского персонала состоит из трех этапов: теоретическая подготовка на подстанциях; практические занятия в учебных классах по сердечно-легочной реанимации, интубации, дефибриляции, работе с наркозно-дыхательной аппаратурой, транспортной иммобилизации, коникотомии, внутривенной инфузии, по сердечно-легочной реанимации детям; проведение занятий в симуляционном центре станции и медицинском симуляционном центре городской клинической больницы им. С.П. Боткина.

Обучение проводится как непрерывно, так и поэтапно посредством освоения отдельных тем и курсов, с целью последовательного и непрерывного совершенствования профессиональных знаний, умений и навыков. Система перманентного обучения специалистов в том числе позволяет осуществлять постоянный контроль за уровнем подготовки специалистов.



— циклы занятий «Школа инсульта», «Школа неотложной кардиологии», «Школа неотложной педиатрии», «Школа терапевта», «Школа акушерства и гинекологии» и другие тематические занятия по актуальным вопросам организации профессиональной деятельности медицинского персонала. Обучение проводится на регулярной основе по ежегодному плану врачами-специалистами, главными внештатными специалистами станции, а также специалистами медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы и образовательных организаций высшего и дополнительного профессионального образования.

4. Систематическое самостоятельное обучение медицинского персонала (самообразование).

5. Направление для обучения в целевой интернатуре по специальностям «Скорая медицинская помощь», «Педиатрия», «Анестезиология и реаниматология».

6. Система адаптации молодых и вновь принятых на станцию специалистов проводится с целью обеспечения максимально быстрой готовности к самостоятельной профессиональной деятельности и включает в себя: профессиональную и психологическую адаптацию специалистов, совершенствование теоретических знаний и практических навыков в «Школе молодого специалиста», организацию системы наставничества.

7. Стажировка специалистов для подготовки к работе в должностях руководителей среднего звена структурных подразделений станции.

В целях определения деловых качеств, необходимых для работы в условиях скорой медицинской помощи в городе Москве, перед приемом на работу, при изменении условий трудового договора (работа в новой должности или изменение должностных обязанностей) со

специалистами, имеющими высшее и среднее профессиональное образование, проводится собеседование, правила и порядок проведения которого определяются локальными нормативными актами станции.

Сотрудники станции совместно с кафедрой скорой медицинской помощи лечебного факультета ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения России активно участвуют в городских научно-практических конференциях, съездах, симпозиумах и форумах в форме тезисов, докладов, статей, в подготовке учебно-методических пособий и рекомендаций.

## **В новых экономических условиях**

Дальнейшее совершенствование службы скорой медицинской помощи требует поиска новых механизмов повышения качества, доступности и своевременности оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в городе Москве. Разработка нового программного обеспечения (АРМ Бригада) с возможностью интеграции с базами данных ЕМИАС для организации работы бригад СМП и бригад отделений неотложной медицинской помощи в едином информационном пространстве. Приобретение и установка мобильных абонентных комплектов нового поколения (на базе планшетной технологии на платформе Android). В новых экономических условиях необходим пересмотр традиционных принципов формирования системы внутреннего контроля качества в организации скорой медицинской помощи. Ориентиром для ее создания служит система менеджмента качества с использованием методической основы международных стандартов качества.

# ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ ПО ПРОФИЛЮ «ДЕТСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»

По актуальным статистическим данным, в Москве живут около 1 млн 800 тысяч детей. По последним отчетам за 2014-2015 гг., общее количество московских детей и подростков, страдающих эндокринной патологией, стабилизировалось — приблизительно 80 тысяч пациентов с рождения до 18 лет.

**ПЕТРЯЙКИНА Е.Е., НОВИЦКАЯ А.И., КОЛТУНОВ И.Е.**  
ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЭМ»

Согласно Федеральному закону № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», обеспечение доступности и качества медицинской помощи — один из основополагающих принципов охраны здоровья детского населения. Необходимость постоянного повышения эффективности, качества и доступности многопрофильной медицинской помощи детям и подросткам является актуальной задачей московского здравоохранения на современном этапе.

Качество детской эндокринологической помощи в городе Москве — это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора профилактики,

диагностики, лечения и реабилитации детям и подросткам с эндокринными заболеваниями, а также степень достижения запланированного результата. Общая заболеваемость эндокринной патологией у пациентов до 18 лет выросла с 2000-го до 2015 г. в 2,5 раза. При проведении диспансеризации детей и подростков с включением осмотра детского эндокринолога, примерно у 17% осмотренных детей и подростков впервые выявляется различная эндокринная патология. Эти данные демонстрируют, что детей и подростков с эндокринными нарушениями больше, чем официально зарегистрированных и состоящих на диспансерном учете пациентов.

Целевая модель организации медицинской помощи детям и подросткам в Москве базируется на уже работающей трехуровневой системе здравоохранения. Для совершенствования оказания медицинской помощи детям разработана городская целевая среднесрочная программа развития здравоохранения «Столичное здравоохранение 2013–2016 гг.». Программа предусматривает совершенствование консультативно-диагностической, профилактической и организационной помощи детям и подросткам, в том числе с эндокринной патологией.

В Москве детская эндокринологическая служба работает по утвержденному приказу Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2012 г. № 910н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Детская эндокринология».

В таблице 1 представлена структура и кадровое обеспечение детской эндокринологической службы города в 2013–2015 гг., в таблице 2 — данные о количестве детских эндокринологов на 1 уровне оказания медицинской помощи.

Первый уровень: первичная специализированная медико-санитарная помощь.

Оказывается детскими эндокринологами в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях административных округов.

Второй уровень: консультативно-диагностическая специализированная медико-санитарная помощь в детских амбулаторно-поликлинических центрах (АПЦ) в административных

округах Москвы. В 2014 г. в Москве работало 42 детских АПЦ; 116 филиалов; 5 детских поликлинических отделений во взрослых АПЦ.

В 2015 г. — 45 детских АПЦ, 116 филиалов, 5 детских поликлинических отделений во взрослых АПЦ. В таблице 3 представлено кадровое обеспечение детской эндокринологической службы города в 2013–2015 гг. на втором уровне оказания медицинской помощи. Всего на первом и втором уровнях оказания медицинской помощи по профилю «детская эндокринология» в 2014 г. работало 102 кабинета, в 2015 г. 77 кабинетов детских эндокринологов в административных округах Москвы.

Третий уровень: специализированная консультативно-диагностическая, в том числе высокотехнологическая, медицинская помощь оказывается: в детском отделении ГБУЗ «Эндокринологический диспансер ДЗМ», в эндокринологических отделениях ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» и «ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ». Укомплектованность детскими эндокринологами на третьем уровне оказания медицинской помощи по профилю «Детская эндокринология» в 2015 г. составляла 74,2 %; в 2014 г. — 94%.

По специальности «детская эндокринология» в медицинских организациях города работают врачи: 1 профессор, 3 доктора медицинских наук; 4 кандидата медицинских наук, 21 врач высшей квалификационной категории, 11 врачей первой квалификационной категории, 2 врача второй квалификационной категории.

Таблица 1. Штатная численность детских эндокринологов в московских медицинских организациях за 2013–2015 гг.

	Штаты			Амбулаторные			Стационарные		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
всего	149,5	147,25	136,75	134,75	135,25	121,5	14,75	12	15,25
занято	126,7	126,25	115,5	115,75	114,25	102,5	10,95	12	13
физических лиц	104	109	103	93	98	92	11	11	11
% укомплектованности	82%	86%	84,5%	80%	86%	84%	74,24%	92%	85,25%

Таблица 2. Количество специалистов детских эндокринологов по АО на первом уровне оказания медицинской помощи

годы	ЦАО	САО	СВАО	ВАО	ЮВАО	ЮАО	ЮЗАО	ЗАО	СЗАО	Зеленоград	ТиНАО	итого
2013	1	10	12	6	2	2	2	4	3	2	2	46
2014	1	3	3	0	1	0	2	0	2	0	0	11
2015	1	3	3	0	1	0	2	0	2	0	0	12

Таблица 3. Количество специалистов детских эндокринологов по АО на втором уровне оказания медицинской помощи

Годы	ЦАО	САО	СВАО	ВАО	ЮВАО	ЮАО	ЮЗАО	ЗАО	СЗАО	Зеленоград	ТиНАО	итого
2013	3	4	4	4	5	6	6	4	3	1	1	41
2014	2	2	4	4	8	6	11	6	2	2	1	48
2015	3	5	8	9	9	10	6	7	3	2	3	65

Таблица 4. Анализ зарегистрированной эндокринной патологии у детей и подростков Москвы по годам за 2013–2015 гг. (по данным 12 формы)

Наименование заболеваний	2010 кол-во детей	2011 кол-во детей	2012 кол-во детей	2013 кол-во детей	2014 кол-во детей	2015 кол-во детей
Болезни эндокринной системы	67 594 + 7,8%	74 536 +10,3%	76 600 +2,8%	76 861 + 0,34%	76 113 -1%	75 716 0,5%
Из них: болезни щитовидной железы	12 494 (неполные данные) - 8%	16 896 (22,7% от общего кол-ва больных)	16 689 (-2,2% от 2011 г.) 21,8% от общего кол-ва больных	15 590 (-7,7% от 2012 г.) 20,1% от общего кол-ва больных	17 287 (+11% от 2013 г.)	18 537 (+7,2% от 2014 г.)
Сахарный диабет	1 987 (+2% от 2009 г.) (2,9% от общего кол-ва больных)	2 093 (+5,3% от 2010 г.) (2,8% от общего кол-ва больных)	2 331 (+11,4% от 2011 г.) (3,04% от общего кол-ва больных)	2 490 (+6,8% от 2012 г.) (3,24% от общего кол-ва больных)	2 770 +11%	2 943 +6,3%
Гиперфункция гипофиза	271	317	320	133	115	125
Гипофизарный нанизм	328	334	380	345	367 +6,4%	345
Несахарный диабет	40	29	28	31	21	27
Адреногенитальные расстройства	143	165	179	152	148	156
Дисфункция яичек	54	29	29	28	36	47
Ожирение	21 041 +13% (2009 г.) 31,1% от общего кол-ва больных	23 218 +10,3% (2010 г.) 31,2% от общего кол-ва больных	23 222 30,3% от общего кол-ва больных	23 758 30,9% от общего кол-ва больных	25 757 34% от общего кол-ва больных	22 749 +30% от общего кол-ва больных

Таблица 5. Анализ общей заболеваемости эндокринной патологии у детей и подростков Москвы за 4 года (на 100 тыс. детского населения, по данным 12 формы)

Наименование заболевания	2012		2013		2014		2015	
	дети	подростки	дети	подростки	дети	подростки	дети	подростки
Болезни эндокринной системы	3455,4	8 484,1	3 521,0	7 996,6	3 558,4	8 356,9	3 446,0	8 012,7
Из них: болезни щитовидной железы	684,6	2 332,4	644,0	2 107,2	719,2	2 434,2	770,2	2 425,9
Сахарный диабет	102,1	279,8	110,3	285,0	122,5	309,8	135,8	300,7
Гиперфункция гипофиза	7,2	86,5	5,4	18,5	6,2	18,5		9,5
Гипофизарный нанизм	16,3	47,8	15,9	34,9	16,0	46,1	15,0	40,2
Несахарный диабет	1,0	5,2	1,2	5,1	1,0	2,2	1,2	3,2
Адреногенитальные расстройства	9,5	9,5	7,8	10,1	8,1	10,3	8,5	7,2
Дисфункция яичек	0,5	6,5	0,7	6,7	0,4	6,8	0,3	16,7

В 2015 г. в эндокринологическом отделении ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» продолжала работать круглосуточная консультативная помощь врачам и пациентам в рамках «горячей линии» по всем проблемам детской эндокринологии (открыта в 2009 году). В 2015 г. на «горячую линию» обратились около 1620 родителей пациентов, подростков, взрослых пациентов, страдающих эндокринными заболеваниями, а также врачи различных специальностей из детских и взрослых стационаров и поликлиник не только Московского региона, но из других регионов Российской Федерации.

В таблице 4 представлен анализ зарегистрированной эндокринной патологии у детей и подростков в 2013–2015 гг. Данные статистики в 2014–2015 гг. свидетельствуют о тенденции к снижению количества эндокринной патологии в

детской популяции города Москвы, что может быть связано с развитием профилактических мероприятий в городе по ожирению, йоддефицитным состояниям.

Отмечается небольшое снижение абсолютного числа пациентов с эндокринными заболеваниями, а также отмечено незначительное снижение показателей заболеваемости в 2015 г. — таблицы 5, 6.

В 2015 году отмечено увеличение количества детей и подростков с впервые выявленными эндокринными заболеваниями, остальные показатели соответствуют показателям предыдущих лет.

Лекарственное обеспечение больных с эндокринными заболеваниями велось в соответствии с Федеральным перечнем льготных лекарственных препаратов и Федеральными

Таблица 6. Анализ первичной заболеваемости детей и подростков с эндокринной патологией в Москве (на 100 тыс. детского населения, по данным 12 формы) 2012—2015 гг.

Наименование заболевания	2012		2013		2014		2015	
	дети	подростки	дети	подростки	дети	подростки	дети	подростки
Болезни эндокринной системы	1 713,0	1 919,6	1 589,1	1 745,5	1 527,8	1 972,3	1 506,1	2 230,2
Из них: болезни щитовидной железы	289,6	625,9	237,1	445,9	301,6	635,9	328,7	655,5
Сахарный диабет	17,7	18,1	18,4	18,1	20,4	28,1	23,1	25,3
Гиперфункция гипофиза	2,2	21,5	1,3	8,4	1,7	5,4	1,4	3,6
Гипофизарный нанизм	3,4	6,0	3,0	4,2	3,4	5,7	2,3	4,4
Несахарный диабет	0,1	0,4	0,4	0,4	0,1	0,3	0,1	0,4
Адреногенитальные расстройства	1,0	0,9	1,2	1,1	1,3	1,1	1,4	1,2
Дисфункция яичек	0,5	6,5	0,7	6,7	0,4	6,8	0,1	6,4
Ожирение	371,1	652,2	375,2	669,3	382,3	655,2	361,1	618,5

Таблица 7. Анализ диспансерного обследования детей Москвы детскими эндокринологами за 2010—2015 гг. (по отчетам окружных детских эндокринологов)

Годы	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Всего осмотрено детскими эндокринологами, из них:	163 923 +6,3%	194 971+18,9%	206 818+ 6,1%	212 936 + 3%	225 123 +5%	113 641
Девочки	86 068	96 952	110 022	109 671(51,5%)	117 919	58 577
Мальчики	77 855	98 019	96796	103 265(48,5%)	107 204	55 064
% выявленной патологии	15,5%	17,5%	18,1%	22%	22,1%	17%
Заболевание щитовидной железы	6 779	7 951	9 583	8 330	11 559	6 395
% выявленной патологии	4,1%	4,1%	4,8%	3,9 %	5,1%	10%
Ожирение	15 295	18 478	19 770	26 203	27 826	11 898
% выявленной патологии	9,3%	9,5%	9,6%	12,3%	12,4%	10,5%
Нарушение полового развития	1028	1 721	1 140	1 027	1 463	628
% выявленной патологии	0,6%	0,9%	0,6%	0,5%	0,65%	0,5%

стандартами лекарственной терапии основных заболеваний. Для раннего выявления эндокринной патологии в детской популяции москвичей детскими эндокринологами проводится диспансерное обследование различных возрастных групп детей. При диспансерном обследовании в 2014 г. выявлено 22% эндокринной патологии от всех детей, которым проводилась диспансеризация, в 2015 г. эта цифра составила 17% — таблица 7.

Организация помощи детям с сахарным диабетом 1-го типа в Москве.

Сахарный диабет — это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. Хроническая гипергликемия при сахарном диабете сопровождается повреждением, дисфункцией и недостаточностью различных органов, особенно глаз, почек, нервов, сердца и кровеносных сосудов. Сахарный диабет 1-го типа в детском и подростковом возрасте — это около 80% всей эндокринной

патологии с рождения до 18 лет. Статистические данные по сахарному диабету с рождения до 18 лет в Москве представлены в таблице 8.

Течение сахарного диабета 1-го типа (СД1) у детей и подростков характеризуется лабильными показателями гликемии, склонностью к гипогликемическим состояниям (скрытые и тяжелые гипогликемии). Для предотвращения развития осложнений на фоне длительного течения СД 1 у детей, инвалидизации и сохранения трудоспособности в городе проводится большая работа. Активно используется один из высокотехнологических методов исследования — непрерывный мониторинг гликемии в течение 3 суток — CGMS. В 2015 г. данный мониторинг проведен в медицинских организациях ДЗМ 497 детям. Интегральным показателем компенсации СД 1 является гликированный гемоглобин (HbA1c) — таблицы 9, 10.

Средние данные из городского регистра сахарного диабета отличаются от данных Морозовской ДГКБ ДЗМ, но следует отметить, что обследованные в стационаре дети

Таблица 8. Зарегистрировано больных, по данным статистики ДЗМ (Е10-14 - форма 12)

Годы	2011	2012	2013	2014	2015
Сахарный диабет всего	2 093 (+5,3%)	2 331 (+11,4%)	2 490 (+6,8%)	2 770 +11%	2 967 +6,3%
Дети	1 510 (+5,3%)	1 681 (+11,3%)	1 813 (+ 8%)	2 051 +13%	2 211
Подростки	583 (+5,4%)	650 +11,5%	677 +4,2%	719 +6,2%	756
Из них впервые выявлено	325	357	346	398	443
Сахарный диабет 1-го типа	2 065	2 297	2 439	2 706	2 923
Дети	1 498	1 668	1786	2 001	2 187
Подростки	567	629	653	705	736
Из них впервые выявлено	272	328	330	398	69
Сахарный диабет 2-го типа	28	34	51	64	44
Дети	12	13	27	50	24
Подростки	16	21	24	14	20
Из них впервые выявлено	7	10	16	34	10

Таблица 9. Средний гликированный гемоглобин у детей и подростков с СД 1 (данные городского регистра сахарного диабета)

Годы	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Дети	8,17	8,07	8,01	7,8	7,9	7,9
Подростки	8,88	8,67	8,25	8,1	8,1	8,2

Таблица 10. Гликированный гемоглобин в 2012–2015 гг. в группах детей с различными сроками заболевания сахарным диабетом 1-го типа (по данным Морозовской ДГКБ ДЗМ)

	До года	от 1 до 3 лет	от 3–10 лет	старше 10 лет	Средний
2012	8,9	10,4	9,1	9,7	9,3
2013	8,9	10,4	9,1	9,7	9,3
2014	8,8	10,2	9,0	9,1	9,27
2015	8,8	8,9	9,3	10,0	9,1

и подростки — это госпитальная выборка, куда входят дети и подростки с неудовлетворительной компенсацией заболевания. Именно по этим причинам в большинстве случаев они были госпитализированы. Сравнительные значения HbA1c за прошедшие годы говорят о его стабилизации среднего уровня как в детской, так и в подростковой группе, что соответствует аналогичным показателям детей и подростков с СД 1 в развитых странах Европы и в рамках доказательной медицины снижает риск развития сосудистых осложнений.

Данные заболеваемости СД 1 у детей и подростков, возрастной состав данных детей в Москве, осложнения СД 1 за 2011–2015 гг. представлены в таблицах 11, 12 и 13.

Почти каждый третий ребенок с впервые выявленным сахарным диабетом 1-го типа (ВВ СД 1) поступает в отделение в критическом и неотложном состоянии, что требует дальнейшего совершенствования диагностики сахарного диабета

1-го типа на первом уровне первичной специализированной медико-санитарной помощи, которую оказывают детские эндокринологи в кабинетах детских амбулаторных медицинских организаций.

Количество детей с СД 1, поступающих в состоянии ДКА, в 2014 г. — 85 чел., или 21,3%, в 2015 г. — 165, или 11,1% от общего числа детей с СД 1. Причинами развития ДКА у детей с СД 1 следует считать позднюю диагностику СД 1 у педиатров и детских эндокринологов в округах, у болеющих детей и подростков, членов их семей — неадекватное отношение к своему заболеванию, грубое нарушение режима питания и лечения. Эти данные требуют активизации профильной работы педиатров, детских эндокринологов в детских поликлиниках административных округов на 1 и 2 уровнях, а также в центрах здоровья, в дневных стационарах и школах самоконтроля.

Таблица 11. Динамика показателей заболеваемости и первичной заболеваемости сахарным диабетом 1-го типа у детей и подростков (на 100 тыс. детского населения Москвы)

Сахарный диабет	2012 г.		2013 г.		2014 г.		2015 г.	
	дети	подростки	дети	подростки	дети	подростки	дети	подростки
Заболеваемость	102,1	279,8	110,3	285,0	122,5	303,7	135,8	300,7
Первичная заболеваемость	17,7	18,1	18,4	18,1	20,4	26,4	23,1	25,9

Таблица 12. Распределение детей и подростков, страдающих сахарным диабетом 1-го типа, по возрастным группам (данные по отчетам детских эндокринологов, абсолютные цифры)

Возраст	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
0–3 года	74 – 3,6%	74 – 3,4%	61 – 2,5%	74	82
3–7 лет	344 – 17%	346 – 16%	332 – 14%	459	546
7–15 лет	984 – 48,3%	1103 – 60%	1223 – 51%	1288	1121
15–18 лет	637 – 31,1%	657 – 20,6%	788 – 32,5%	932	1194
Итого	2 039	2 169	2 404	2 753	2 967

Таблица 13. Случаи диабетического кетоацидоза (ДКА) (данные Морозовской ДГКБ)

Годы	ДКА	% от всех детей с СД 1-го типа, поступивших за год в отделение ДКА
2012	128	13,2
2013	134	11,7
2014	158	12,3
2015	165	11,1

Таблица 14. Количество детей с сахарным диабетом 1-го типа, использующих инсулиновые дозаторы (помпы)

2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
338 (7*)	408 (19,5*)	484 (22,0*)	586 (24,0*)	667 (25,7*)	874 (30*)
* % от общего количества детей с СД 1					

Все дети и подростки Москвы обеспечиваются только высокоочищенными генно-инженерными инсулинами человека и их аналогами (аналоги — 97%).

Большое внимание уделяется:

■ обучению методам самоконтроля сахарного диабета детей и их родителей;

■ внедрению высокотехнологических методов диагностики скрытых гипо- и гипергликемических состояний (CGMS);

■ внедрению альтернативных способов введения инсулинов с использованием дозаторов инсулинов (помп) — таблица 14.

Помповая терапия в Московском регионе находит все большее распространение и ассоциирована с улучшением гликемического контроля и удобства для пациентов. Уменьшение риска осложнений при помповой терапии достигается теми же методами, которые рекомендуются для обеспечения безопасности традиционной инсулинотерапии у всех пациентов с СД 1, и в первую очередь — тщательным и грамотным самоконтролем! Наличие региональной закупки расходных

материалов для инсулиновых дозаторов (помп) является значительной помощью для детей с сахарным диабетом 1-го типа в Москве.

В 2015 году сумма реализации лекарственных препаратов (ЛП) и изделий медицинского назначения (ИМН) составила 134 515 191,98 руб., в 2014 г. 141 556 040,30 руб. Стоимость 1 пациента с СД 1 в 2014 году в среднем составила 45 182,27 руб., в 2015 г. — 49 308,83 руб.

Динамика наблюдения заболевания ожирением у детей в московской популяции дала возможность установить, что в 2013–2014 гг. ожирение встречается от 0 до 3 лет 373 раза — 3 %, от 3 до 7 лет — 2 484 — 20%, от 7 до 14 лет — 6 972 — 57%, старше 14 лет — 2 488 — 20% от всех случаев заболевания детей ожирением, которые зарегистрированы у детских эндокринологов в данном году. В 2015 г. процентное отношение по возрастам соответственно 5,7–19,3–43,8–31,2. Статистические данные свидетельствуют, что дети страдают ожирением уже с раннего возраста, но наиболее опасный возраст от 7 до 14 лет, что говорит о необходимости

проведения превентивных мероприятий у детей и подростков, находящихся в группе риска по развитию ожирения. Эти данные демонстрируют необходимость организации школ по профилактике ожирения во всех округах города (школы здоровья) в детских АПЦ.

Заболевания щитовидной железы занимают лидирующее положение по количеству пациентов среди всей эндокринной патологии у детей, а первое место в этой структуре принадлежит диффузному нетоксическому зобу, который включает в себя эндемический зоб, аутоиммунный тиреоидит и дисгормональный зоб. Москва является регионом с подтвержденным легким йодным дефицитом, что требует постоянного проведения лечебно-профилактических мероприятий. Врожденный гипотиреоз — достаточно частая патология щитовидной железы у детей. Диагностика в ранний постнатальный период врожденного гипотиреоза позволяет предотвратить риск необратимого повреждения мозга и не допустить задержки психомоторного и физического развития детей. Ранняя диагностика стала возможной благодаря внедрению государственной системы неонатального скрининга на врожденный гипотиреоз. Скрининг позволяет поставить диагноз в первые недели жизни ребенка и избежать тяжелых и необратимых последствий. Частота встречаемости

врожденного гипотиреоза в Московском регионе в 2014 г. составила в среднем 1 заболевший на 2955 новорожденных, в 2015 г. — 1 на 2774, что сопоставимо с данными по РФ в 2015 году — 1 на 4132 новорожденных. По московским статистическим данным, продолжается рост тиреоидита как в абсолютных цифрах на 2%, так и рост заболеваемости у детей и подростков.

Своевременная диагностика СТГ-дефицита (гипофизарного нанизма) у детей с задержкой физического развития различной этиологии дает возможность вовремя выявить и назначить заместительную терапию гормоном роста, что позволяет обеспечить благоприятный прогноз, достичь прогнозируемого и социально приемлемого роста, избежать инвалидизации и улучшить качество жизни ребенка. Правильно организованный мониторинг детей и подростков с соматотропной недостаточностью, получающих лечение гормоном роста (ГР), позволил вовремя проводить коррекцию доз ГР по уровню инсулиноподобного фактора роста в крови (ИФР-1), а своевременный гормональный мониторинг позволил подключать половые стероиды, тиреоидные гормоны и гормоны надпочечников, что исключило возникновение осложнений и значительно снизило инвалидизацию у данной группы больных.

#### Достижения детской эндокринологии Москвы

- В 2012 году авторская методика лечения ДКА, созданная в отделении эндокринологии Морозовской ДГКБ ДЗМ, удостоилась Премии мэра Москвы по медицине.
- В 2014 г. данная авторская методика ДКА официально рекомендована в Федеральных клинических рекомендациях (протоколах) по ведению детей с эндокринными заболеваниями Российской ассоциации эндокринологов.
- Впервые в РФ в Москве была успешно применена помповая инсулинотерапия и мониторинг гликемии в режиме реального времени у пациентов с манифестным сахарным диабетом и гиперинсулинизмом, в том числе у пациентов до 7 лет.
- Впервые в РФ в Москве был применен непрерывный мониторинг гликемии в режиме реального времени для диагностики доклинической стадии сахарного диабета, что позволило оптимизировать не только обследование, но и наиболее точно назначить терапию и установить тип сахарного диабета.
- В сотрудничестве с иммуногенетическими лабораториями Эндокринологического научного центра МЗ РФ, Медико-генетическим центром РАН было внедрено молекулярно-генетическое обследование детей до 1 года, страдающих сахарным диабетом, на выявление генетических мутаций, приведших к заболеванию, для установления причин неонатального сахарного диабета у детей до 1 года. Были выявлены некоторые генетические мутации, описанные впервые в РФ и в мире.
- Полученные данные позволили впервые в РФ осуществить перевод терапии сахарного диабета с инвазивного режима многократных инъекций инсулина на терапию препаратами сульфонилмочевины в таблетках внутрь с достижением идеальной компенсации углеводного обмена, а у некоторых — с выходом в стойкую ремиссию заболевания, независимо от длительности заболевания.
- В 2014 г. впервые ДЗМ закуплено и в Центре детской эндокринологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» установлено 50 инсулиновых дозаторов для московских детей с сахарным диабетом 1-го типа, в 2015 году закуплено уже 100 инсулиновых дозаторов, что позволило уже сейчас в Москве добиться того, что практически каждый третий пациент до 18 лет с СД 1 получает помповую инсулинотерапию со снижением инвазивности лечения при увеличении его эффективности. Такие показатели соответствуют данным ведущих мировых детских клиник.

### **В 2015 году**

- Организовано ведение городского регистра пациентов — жителей Москвы с СД 1 на помповой инсулинотерапии до 18 лет в рамках работы кабинета помповой инсулинотерапии городского детского Центра специализированной помощи — Центра детской эндокринологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ».
- Организовано наблюдение и проведение повторного скрининга детей с врожденным гипотиреозом и врожденной дисфункцией коры надпочечников в городском детском центре специализированной медицинской помощи — Центре неонатального скрининга городского регионального Референс-Центра врожденных наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ».
- Организовано проведение объективного и лабораторно-инструментального обследования для выявления ассоциированных с ожирением заболеваний.

### **В 2016 году**

- Работа школ самоконтроля по сахарному диабету на втором уровне оказания амбулаторно-поликлинической помощи детям в детских амбулаторных центрах административных округов Москвы.
- Внедрение городских регистров пациентов, диагноз которых верифицирован по неонатальному скринингу — врожденного гипотиреоза и врожденной дисфункции коры надпочечников в ЕМИАС.
- Внедрение ведения данных региональных сегментов Федеральных регистров по «7 нозологиям» и орфанным заболеваниям в части, касающейся детской эндокринологии (гипофизарный нанизм, преждевременное половое созревание), по профильным пациентам до 18 лет по округам, окружному специалисту детскому эндокринологу с последующим объединением данных в городском Центре детской эндокринологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ».
- Организация школ по профилактике ожирения во всех округах города в детских АПЦ, возможно, с участием сотрудников кабинетов ЛФК детских поликлиник, организацией «групп здоровья» для детей с избытком веса и ожирением, проведение регулярных занятий физическими упражнениями с подсчетом калорийности суточного рациона.
- Проведение очередной городской научно-практической конференции детских эндокринологов «Эндокринологические аспекты в педиатрии» в рамках II Московского городского съезда педиатров в ноябре 2016 г.
- Проведение обучающего цикла «Заболевания щитовидной и паращитовидных желез у детей и подростков» для детских эндокринологов Москвы.

Стабилизация в 2013–2014 гг. и некоторое снижение показателей заболеваемости и первичной заболеваемости соматотропной недостаточности у детей и подростков в 2015 г. в Московском регионе говорят о правильности выбранного метода выявления и лечения данной группы больных по утвержденному консенсусу по соматотропной недостаточности в РФ. Многолетний отечественный опыт по изучению побочных эффектов применения рекомбинантного ГР (Растан) у детей с дефицитом ГР показал безопасность и эффективность проводимого лечения.

Побочные эффекты на фоне лечения Растаном минимальны, оформление нежелательных явлений происходит в городе в соответствии с актуальным законодательством, с заменой препарата.

Городские эндокринологи, помимо московских, российских и международных конгрессов и конференций, ежемесячно посещают секцию детских эндокринологов Московского общества детских врачей, где профильные лекции и мастер-классы в рамках непрерывного медицинского образования проводят лучшие врачи-специалисты Москвы и России.

# ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРСониФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Дети — это особый контингент населения, с особенностями развития в разные возрастные периоды, что требует особого подхода к охране здоровья.

**Ирина ВИТКОВСКАЯ**, заведующая организационно-методическим отделом по педиатрии НИИ ОЗММ ДЭМ,  
**Игорь КОЛТУНОВ**, главный врач Морозовской ДГКБ ДЭМ

Каждая страна должна гордиться здоровьем своего населения, которое является своего рода визитной карточкой социально-экономической зрелости, культуры, процветания государства.

Для прогнозирования тенденции общественного развития необходимо оценить имеющиеся ресурсы национального здоровья, осмыслить предшествующий опыт, проанализировать объективные факторы, накладывающие отпечаток на процессы формирования здоровья. Состояние здоровья современных российских граждан формирует здоровье будущих поколений. Принятие радикальных государственных мер по укреплению здоровья населения базируется на информации о численности населения, его возрастном, половом и трудовом потенциале, потребностях в оказании медико-социальной помощи.

Внедрение медицинской науки в практическую деятельность на уровне донозологической диагностики, лечения и

профилактики, проведение малоинвазивных и органосохраняющих хирургических вмешательств оптимизируют перспективные демографические показатели. По прогнозам ООН, в ближайшие десятилетия Россия будет опережать по демографическим показателям такие страны, как США, Западная Европа и Китай.

Особый статус в стране принадлежит Москве.

Город Москва — это не только столица нашей Родины. Это многофункциональный город с исторически сложившейся культурой; это центр политического, экономического, научного и образовательного развития.

Москва занимает огромную территорию, на которой, по данным Росстата, проживает 10% всего населения страны. Перспективное политико-экономическое и социально-демографическое развитие страны было сформировано в «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года».

Эта концепция получила дальнейшее развитие с формированием поэтапного плана и мероприятия действий в Государственной программе города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение) на 2012–2020 годы», разработанной с учетом уточненных целей, задач, приоритетов и целевых показателей, отраженных в «концепции демографической политики Российской Федерации до 2025 года».

Будущее столицы определяется благополучием детского населения. Согласно проекту «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение) на 2012–2020 годы» определены основные направления и целевые показатели улучшения таких демографических показателей, как стимулирование рождаемости, поддержка семей с детьми, укрепление семьи.

В период с 2013 по 2015 г. уровень заболеваемости среди детей (0–14 лет) увеличился (+3,6%), а среди подростков (15–17 лет) сократился на 10,1%.

Следует отметить, что уровень общей заболеваемости и заболеваемости по классам болезней демонстрирует необходимость диспансерного учета и наблюдения за лицами с определенными нозологиями, с неблагоприятным течением заболевания, с впервые выявленными заболеваниями.

Несмотря на то, что в общей численности детского населения Москвы дети-инвалиды составляют 1,95 %, именно дети этой группы особенно нуждаются в повышенном внимании врачей детской практики с целью улучшения их здоровья и социализации.

Рост хронических заболеваний и инвалидности требовал кардинального изменения в системе здравоохранения, направленного на повышение качества лечебно-диагностической, оздоровительной и профилактической работы.

Трехуровневая система оказания медико-санитарной помощи детям с использованием высокотехнологичных диагностических методов (КТ, МРТ, УЗИ, генетических, иммунологических и др.) повышает выявляемость многих заболеваний и способствуют назначению адекватных методов лечения для профилактики инвалидизации и смертности.

Следующим этапом развития медико-санитарной помощи было создание городских центров специализированной помощи в стационарных учреждениях (III уровень). Городские центры повышают доступность и качество специализированной медицинской помощи, оказывают полный перечень медицинских услуг педиатрического и хирургического профилей от узконаправленных

манипуляций до высокотехнологичной медицинской помощи в одном учреждении с возможностью привлечения для диагностики и лечения врачей-специалистов различных профилей, мультидисциплинарных, лечебно-диагностических бригад. Таким образом, пациент в одной медицинской организации получает полный спектр медицинских услуг от диагностики и лечения до медицинской реабилитации и обеспечения мер социальной поддержки на современном уровне в режиме «одного окна» с реализацией персонализированного подхода «один врач-один пациент».



**БЛАГОДАря ПОДДЕРЖКЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА  
ГОРОДА МОСКВЫ, МИНИСТРА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ И  
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА  
МОСКВЫ, В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ БОЛЕЕ 80%  
ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ  
НАХОДИТСЯ ПОД ДИНАМИЧЕСКИМ  
НАБЛЮДЕНИЕМ В ГОРОДСКИХ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ЦЕНТРАХ ОКАЗАНИЯ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.**

Благодаря поддержке правительства города Москвы, министра здравоохранения города Москвы и Департамента здравоохранения города Москвы, уже более 80% пациентов, жителей города Москвы, с хронической патологией находятся на динамическом наблюдении в городских специализированных центрах оказания медицинской помощи.

С 2014 года в столице организована работа 23 центров специализированной медицинской помощи.

Все городские центры специализированной медицинской помощи для детей можно классифицировать по:  нозологическим формам заболеваний детей и подростков;

 оказанию медицинской помощи (видам, формам и условиям оказания);

■ предоставлению мер социальной поддержки. На базе ГБУЗ «НИИ НДХиТ ДЗМ» работают пять центров, которые оказывают специализированную медицинскую помощь детям и подросткам при неотложных и критических состояниях с дальнейшим динамическим наблюдением:

■ Центр лечения тяжелой механической и сочетанной травмы;

■ Центр лечения спортивной травмы;

■ Центр ран и раневых инфекций;

■ Центр неотложной нейрохирургической помощи.

Во всех центрах дети получают специализированную медицинскую помощь как в стационарных, так и в амбулаторных (консультативная помощь) условиях. Проводятся диагностические обследования, включающие высокотехнологичные аппаратные и лабо-



**ГОРОДСКИЕ ЦЕНТРЫ ПОВЫШАЮТ ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЮТ ПОЛНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЕЙ ОТ УЗКОНАПРАВЛЕННЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ ДО ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОДНОМ УЧРЕЖДЕНИИ С ВОЗМОЖНОСТЬЮ ПРИВЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ РАЗЛИЧНЫХ ПРОФИЛЕЙ, МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫХ, ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ БРИГАД.**

раторные исследования. Ведется катamnестическое наблюдение, этапная реабилитация и социальная адаптация детей и подростков.

Госпитализация в центры осуществляется в плановом и экстренном порядке при наличии соответствующих показаний. Для совершенствования организации медицинской помощи детям и подросткам

с эпилепсией и пароксизмальными состояниями в ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» создан Центр по лечению эпилепсии и пароксизмальных состояний у детей и подростков. Консультативная специализированная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях, осуществляется оптимизация системы реабилитации и социальной адаптации данной группы детей.

На базе центра работает Экспертный совет по эпилепсии и пароксизмальным состояниям у детей и подростков, который рассматривает вопросы проведения диагностики, лечения и реабилитации детей и подростков с эпилепсией, пароксизмальными состояниями и другими заболеваниями нервной системы. В ГБУЗ «ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ» функционируют:

■ Детский центр анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии с экстракорпоральной поддержкой жизни;

■ Центр лечения аномалий развития и заболеваний гепатобилиарной системы у детей.

Особенностью центров является оказание медицинской помощи в экстренной форме с тяжелой сердечно-легочной недостаточностью, внедрение эффективных методов интенсивной терапии (экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО)). Госпитализация в центры осуществляется в плановом и экстренном порядке при наличии соответствующих показаний.

Центр по лечению хронических вирусных гепатитов в ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница № 1 ДЗМ» оказывает специализированную медицинскую помощь пациентам с хроническими вирусными гепатитами В и С и циррозами печени вирусной этиологии. Центр ведет городской регистра больных хроническими вирусными гепатитами В и С и осуществляет отбор пациентов, подлежащих специфическому лечению по профилю. Назначает и проводит противовирусную терапию; формулирует рекомендации по лечению/ведению больных по месту их постоянной/временной регистрации.

На основании регистра больных в центре планируется потребность и предоставляются заявки на лекарственные препараты для лечения пациентов с хроническими вирусными гепатитами В и С.

На базе ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» работают:

■ Центр детской ревматологии;

■ Центр для лечения цереброваскулярной патологии у детей и подростков;

- Консультативно-диагностический центр амбулаторной неврологии и семейной психотерапии;
  - Центр репродуктивного здоровья детей и подростков;
  - Центр детской эндокринологии;
  - Центр гастроэнтерологии;
  - Центр детской онкологии и гематологии;
  - Центр орфанных и других редких заболеваний;
  - Центр неонатального скрининга;
  - Референс-центр врожденных наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний;
  - Центр по лечению детей с болезнью Виллебранда.
- Особенностью данных центров является работа круглосуточных мультидисциплинарных врачебных бригад, позволяющих оказывать лечебно-диагностическую медицинскую помощь в полном объеме профильным пациентам, в том числе при сочетанной патологии, развитии интеркуррентных заболеваний и «трудном диагнозе».

В центрах ведется динамическое наблюдение, ведутся регистры, выписываются лекарственные препараты и составляются персонализированные заявки на закупку дорогостоящих лекарственных препаратов и продуктов лечебного питания.

Организация работы данных подразделений ГБУЗ «Морозовской ДГКБ ДЗМ» позволяет обеспечить доступность консультаций врачами-специалистами как на амбулаторном уровне, так и при лечении в стационаре.

Все центры данного стационара, являются центрами для лечения детей с хроническими, генетическими заболеваниями, приводящими к инвалидизации, которые обеспечивают всех детей, жителей города Москвы, имеющих право на меры социальной поддержки, лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания и расходными материалами.

Референс-центр врожденных наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний, оказывает медицинскую помощь пациентам по всем ее видам, формам и условиям оказания.

Редкие (орфанные) заболевания — наследственные болезни обмена, встречающиеся с частотой не более 10 случаев на 100 тысяч населения, однако летальность от этих болезней крайне велика, а при своевременной постановке диагноза и начале терапии жизнь ребенка может быть спасена.

14 июня 2016 г. вышел приказ Департамента здравоохранения города Москвы № 500 «Об организации

проведения селективного скрининга». Этот метод диагностики по одному анализу крови на ТМС (тандемная масс-спектрометрия) позволяет исключить более 200 наследственных заболеваний из группы нарушений обмена веществ. Метод селективного скрининга существенно повышает диагностику наследственных болезней обмена веществ. Дети с выявленными нарушениями обмена веществ в максимально короткие сроки начинают получать специализированное лечение, что снижает детскую смертность и инвалидизацию этой группы.

Деятельность всех центров специализированной медицинской помощи является для Департамента здравоохранения города Москвы, ГБУ «Центр координации и проведения клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения ДЗМ» и ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ» основанием опти-



**СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ ПОЗВОЛЯЕТ УЛУЧШИТЬ ДОСТУПНОСТЬ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ЛОГИСТИЧЕСКИ ЦЕНТРАЛИЗОВАТЬ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВСЕХ ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ.**

мизации усилий по обеспечению лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения детей, имеющих право на меры социальной поддержки.

Все городские центры специализированной медицинской помощи в Москве оказывают амбулаторную и стационарную медицинскую помощь детям под руководством главных внештатных специалистов Департамента здравоохранения города Москвы.

Стратегия развития специализированных медицинских центров позволяет улучшить доступность, эффективность и качество медицинской помощи, логистически централизовать обеспечение всех пациентов, имеющих право на меры социальной поддержки (лекарственное обеспечение, специализированные продукты лечебного питания, расходные материалы).

# НАТАЛЬЯ ПЕЧАТНИКОВА: В СТАЦИОНАР ПРИНИМАЮТСЯ ДЕТИ ИЗ ЛЮБЫХ РЕГИОНОВ СТРАНЫ, ИМЕЮЩИЕ НАПРАВЛЕНИЕ

Среди множества заболеваний, с которыми врачи сталкиваются ежедневно, есть малораспространенные, но в некоторых случаях чрезвычайно серьезные наследственные и редкие заболевания. Сегодня они под контролем Городского центра орфанных и других редких заболеваний у детей и подростков. О работе центра рассказывает его руководитель Наталья ПЕЧАТНИКОВА.



**Наталья ПЕЧАТНИКОВА,**  
руководитель Городского центра орфанных и других редких заболеваний у детей и подростков

Наш центр создан с целью централизации работы с пациентами с наследственными и редкими заболеваниями. Раньше такие больные наблюдались, где придется, в основном в стационарах и поликлиниках по месту жительства, и нередко, ввиду загруженности врачей, не могли попасть к доктору, который вел их прежде, попадали к «случайному» врачу, который был не в курсе ситуации.

Значительная часть проблем связана с тем, что у большинства пациентов с наследственными болезнями обмена заболевания имеют кризовое течение: при наличии каких-то провоцирующих факторов (инфекционный процесс, оперативное лечение и др), состояние больного резко ухудшается в связи с развитием каскада биохимических реакций, так называемый метаболический криз — резкое ухудшение состояния, маленький пациент попадает в реанимацию, и дело может дойти до летального исхода. В такой момент крайне важно, чтобы рядом с пациентом оказалась команда специалистов, знающих в чем особенность заболевания и каковы тонкости ведения таких больных. К сожалению, когда ребенок даже с подтвержденным «редким» диагнозом попадал в реанимацию из-за ухудшения состояния, у врачей не было возможности проконсультироваться со специалистом в данной области, хотя бы дистанционно.

В 2012 году вышел указ Президента РФ об улучшении организации помощи детям-инвалидам с редкими наследственными заболеваниями. В соответствии с этим указом администрация Морозовской больницы провела мониторинг, чтобы выяснить, где наблюдаются дети с редкими заболеваниями, кто ими занимается. Результаты были неутешительными: пациентами в лучшем случае занимались увлеченные педиатры, но, как правило, дети оставались без должного внимания. Тогда и было принято решение о создании на базе Морозовской больницы специализированного центра.

Результатом этой инициативы стало появление в феврале 2015 года Городского центра орфанных и других редких заболеваний у детей и подростков. Здесь работают профессионалы, знающие особенности ведения таких пациентов и понимающие, как реагировать в сложных ситуациях: в случае простудного заболевания усилят метаболическую терапию, а если сломана нога или требуется оперативное лечение — учтут особенности введения анестезии данному больному. Поскольку центр существует на базе многопрофильного стационара, больные с подозрением или с подтвержденным наследственным заболеванием могут находиться в узкоспециализированном отделении в зависимости от ведущего клинического симптома.

Наш центр состоит из стационарного и амбулаторного звена. Амбулаторное включает в себя центр неонатального скрининга: все новорожденные, выявленные благодаря территориальной программе скрининга, автоматически попадают под наблюдение докторов амбулаторного звена. Однако пациенты, которых что-то беспокоит, которым не хватает резерва амбулаторного звена, всегда могут перейти в стационар и, наоборот, дети, не нуждающиеся больше в стационарном лечении, могут наблюдаться в амбулаторном звене того же центра. Отмечу, что в стационар принимаются дети из любых регионов страны, имеющие направление.

Мы постарались выстроить удобную для пациентов систему лекарственного обеспечения: детям, получающим за счет московского бюджета специфический фермент или лечебное питание, прямо в центре (в поликлиническом отделении) выпишут рецепт и выдадут лекарство в аптеке, которая находится там же в поликлинике.

Одна из важнейших задач нашего центра в том, чтобы помогать нашим коллегам «на местах» распознавать среди множества заболеваний редкие наследственные, которые тем не менее, будучи вовремя диагностированными, лечатся, по крайней мере, являются курабельными. Получается, если врач вовремя установит диагноз, начнет проводить соответствующее лечение, он действительно поможет ребенку и его семье, а в некоторых случаях просто спасет жизнь маленького пациента. Мы стараемся, как можем, участвовать в реализации образовательных



**ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ ПРОБЛЕМ СВЯЗАНА С ТЕМ, ЧТО У БОЛЬШИНСТВА ПАЦИЕНТОВ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ ОБМЕНА ЗАБОЛЕВАНИЯ ИМЕЮТ КРИЗОВОЕ ТЕЧЕНИЕ: ПРИ НАЛИЧИИ КАКИХ-ТО ПРОВОЦИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО РЕЗКО УХУДШАЕТСЯ. В ТАКОЙ МОМЕНТ КРАЙНЕ ВАЖНО, ЧТОБЫ РЯДОМ С ПАЦИЕНТОМ ОКАЗАЛАСЬ КОМАНДА СПЕЦИАЛИСТОВ, ЗНАЮЩИХ, В ЧЕМ ОСОБЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ И КАКОВЫ ТОНКОСТИ ВЕДЕНИЯ ТАКИХ БОЛЬНЫХ.**



**ПОСКОЛЬКУ ЦЕНТР СУЩЕСТВУЕТ НА БАЗЕ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА, БОЛЬНЫЕ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА НАСЛЕДСТВЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ С ПОДТВЕРЖДЕННЫМ ДИАГНОЗОМ МОГУТ НАХОДИТЬСЯ В ТОМ ИЛИ ИНОМ УЗКОСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ОТДЕЛЕНИИ – В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕДУЩЕГО КЛИНИЧЕСКОГО СИМПТОМА.**



**ЦИКЛЫ ПО НАСЛЕДСТВЕННЫМ БОЛЕЗНЯМ, РЕДКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ДОЛЖНЫ ВКЛЮЧАТЬСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ ВСЕХ ВРАЧЕЙ, ПОТОМУ ЧТО ЛЮБОЙ ДОКТОР МОЖЕТ ВСТРЕТИТЬСЯ С ТАКИМИ ПАЦИЕНТАМИ.**

программ для коллег. Читаем лекции. Проводим семинары, участвуем в конференциях. Если в наш центр все же попадает пациент с неизвестным диагнозом, мы пытаемся разобраться в ситуации, понять, чем можно помочь ребенку. Даже если на данном этапе обнаруженное наследственное заболевание считается неизлечимым, его все равно важно диагностировать — важно для семьи, с точки зрения планирования следующей беременности. К тому же всегда остается надежда, что в скором времени будет изобретено необходимое лекарство и мы сможем помочь больному. Диагностика редких заболеваний — очень сложная проблема. И врачи должны знать обо всех новых методиках. Например, врач, который всю жизнь лечит *Helicobacter pylori* по устоявшейся и зарекомендовавшей себя схеме, должен знать, что симптомы, указывающие на язву желудка, в одном проценте случаев могут сигнализировать о редком заболевании, и определенное сочетание симптомов его должно насторожить. Список симптомов постоянно пополняется, поскольку постоянно выявляются заболевания нового клинического фенотипа.

Мы занимаемся только детьми и подростками, для взрослых такого центра пока нет. Ведь раньше большинство детей с редкими и наследственными заболеваниями не доживали до взрослого возраста...

Сейчас ситуация изменилась, нам нужно передавать наших пациентов во взрослую сеть, нужна преемственность. С амбулаторным звеном в этом плане несколько легче: врачи-генетики имеют право осуществлять помощь и взрослым, и детям. Нам же в рамках детского стационара приходится персонально каждого подросткового пациента «пристраивать» во взрослую сеть.



**ДИАГНОСТИКА РЕДКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ — ОЧЕНЬ СЛОЖНАЯ ПРОБЛЕМА. И ВРАЧИ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ ОБО ВСЕХ НОВЫХ МЕТОДИКАХ.**

По некоторым заболеваниям ведется регистр пациентов, но если даже ребенок не включен в регистр, мы в дальнейшем поддерживаем с ним связь, принимаем на плановую госпитализацию, если нужно. Но часто лечащие врачи на местах сами прекрасно справляются, а мы лишь консультируем коллег по мере необходимости. В любом случае, мы просим наших пациентов периодически сдавать определенные анализы, чтобы мы были уверены, что все под контролем.

К сожалению, в России сегодня не готовят специалистов по наследственным болезням обмена, нет соответствующих курсов в вузах, нет программы в рамках повышения врачебной квалификации. Нет у нас пока и некоторых врачебных специальностей, чтобы в полной мере помочь такого рода пациентам. Нам приходится самим и диагноз ставить, и в реанимации помогать, и диету рассчитывать, и это, надо признать, работает не в пользу больных. Гораздо эффективнее идет процесс лечения, когда пациентом с редким заболеванием занимается целая команда: невролог, педиатр, физиотерапевт, диетолог, у каждого из них своя зона ответственности, а общий план лечения они составляют вместе. Мы стремимся к этому идеалу. В целом же понятно, что циклы по наследственным болезням, редким заболеваниям должны включаться в образовательные программы подготовки всех врачей, потому что любой доктор может встретиться с такими пациентами.

# РЕГИСТР ПАЦИЕНТОВ КАК ЛЕЧЕБНЫЙ И АДМИНИСТРАТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ

Значение ведения регистров пациентов для современной системы оказания медицинской помощи трудно переоценить. Мало того, что это инструмент в руках врачей и управленцев, регистр гарантирует пациенту оказание максимально эффективной помощи по профильному заболеванию.

**ЖИЛЯЕВ Е. В.<sup>1,3</sup>, КОЛЬЦОВА Е. Н.<sup>2</sup>, МЕЗЕНОВА Т. В.<sup>2,3</sup>, МУРТАЗАЛИЕВА Д. А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ЗАО «Юропиан медикал сентер»

<sup>2</sup>НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ

<sup>3</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

## Использование медицинских регистров

Сбор данных, включающих разнородные популяции пациентов, может преследовать различные цели.

Административные цели направлены на учет и контроль распределения лекарственных средств и других медицинских ресурсов, прогнозирование потребности в этих ресурсах в ближайшем и отдаленном будущем. Полученные данные в ряде случаев могут отражать лечебную тактику и, таким образом, служить инструментом для выявления дефектов оказания медицинской помощи.

Медицинские регистры могут быть использованы и для клинических целей. Так, если они аккумулируют данные о проявлениях заболевания, последние могут быть использованы для анализа состояния пациента на протяжении периода наблюдения. Сбор медицинских данных может осуществляться и в научных целях. Практически любой медицинский регистр может рассматриваться как когортное исследование.

Такие исследования часто позволяют получать уникальную информацию о долговременной эффективности препарата, о частоте различных побочных эффектов, выявлять редкие и отдаленные нежелательные явления, осуществлять поиск предикторов эффективности и переносимости различных видов лечения. Регистры обладают и некоторыми важными преимуществами в сравнении с рандомизированными клиническими исследованиями (РКИ). Прежде всего регистры отражают реальную клиническую практику и реальные популяции пациентов, кроме того, они являются значительно более экономичными, и поэтому могут включать большие контингенты пациентов и наблюдать их в течение длительного времени. Во многих случаях данные регистров позволяют одновременно анализировать и сравнивать различные варианты лечения.

В современной ревматологии значение регистров быстро возрастает. На данных, полученных в регистрах,

перепроверяются результаты РКИ, уточняются показания к применению различных препаратов, а в ряде случаев даже вводятся новые показания к использованию лекарственных средств. Расширяющееся в течение последнего десятилетия использование в ревматологии дорогостоящих таргетных противовоспалительных препаратов, к которым относятся генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) и синтетические таргетные противовоспалительные препараты (СТПВП), и льготное обеспечение отдельных категорий граждан такими средствами ставят новые задачи перед медицинскими сотрудниками. И прежде всего при использовании дорогостоящих таргетных противовоспалительных препаратов необходим тщательный контроль их эффективного применения и распределения.

### Структура и организация Московского единого регистра артритов (МЕРА)

Регистр МЕРА спроектирован и используется для решения административных, медицинских и научных задач.

В 2011 году начато включение пациентов в регистр. На первом этапе включались пациенты с ревматоидным артритом (РА), получающие ГИБП или СТПВП за счет средств федерального или регионального бюджета. С 2014 года начато включение также больных с псориатическим артритом, находящихся на лечении ГИБП или СТПВП. С 2015 года в регистре аккумулируются данные пациентов с ревматоидным артритом, получающих традиционную базисную противовоспалительную терапию.

Все пациенты, включаемые в регистр, подписывают информированное согласие на участие в исследовании, обработку и научное использование собираемых данных. При включении пациента в регистр путем анкетирования собираются следующие данные:

- демографические: пол, дата рождения, социальный статус, наличие стойкой нетрудоспособности, уровень образования, семейное положение;
- клинические: даты появления симптомов и установления диагноза РА, характер начала заболевания (острое или постепенное), повышение температуры, потеря массы тела, слабость, боль и припухлость в различных суставах, боль в различных отделах позвоночника в дебюте и в течении заболевания, связь начала РА с другими заболеваниями и состояниями (респираторные инфекции, инфекции мочевыводящей системы, воспалительные заболевания половых органов, кишечные инфекции, другие заболевания);
- семейный анамнез (РА и другие заболевания суставов у родственников первой степени);
- предшествовавшие и сопутствующие заболевания и состояния;

- проводимая ранее терапия РА;
- терапия на момент включения.

При включении и на каждом последующем визите:

- пациент заполняет опросники HAQ, EQ-5D, оценивается общее самочувствие по визуальной аналоговой шкале (ВАШ);
- по предоставляемой пациентом медицинской документации собираются данные о заболевании (наличие ревматоидного фактора, антител к циклическому цитруллинированному пептиду в крови, клиническая и рентгенологическая стадии, наличие эрозий в суставах, функциональный класс, осложнения), результаты лабораторных тестов (клинического анализа крови, СОЭ, С-реактивного белка);

- врачом оцениваются количество болезненных и припухших суставов из 28, наличие внесуставных проявлений заболевания.

На всех повторных визитах по результатам анкетирования пациентов собираются данные всех медицински значимых событий, произошедших после предыдущего визита (включая новые заболевания и состояния, их обострения, предполагаемые побочные эффекты препаратов), а также изменения в проводимой лекарственной терапии.

Повторные визиты планируются через 3 месяца после изменений в базисной терапии заболевания или каждые 6 месяцев (сроки плановых осмотров ревматологом, установленные современными рекомендациями по ведению больных с хроническими артритами).

### Результаты работы регистра

Динамика числа включенных в регистр МЕРА пациентов представлена на следующих диаграммах. К июлю 2016 года в регистре накоплены данные о 1167 визитах пациентов с ревматоидным артритом и 98 визитах пациентов с псориатическим артритом.

### Административные и лечебные результаты

На основании данных регистра рассчитаны длительности удержания на терапии различными таргетными препаратами больных с ревматоидным артритом (РА), что с учетом динамики новых назначений позволяет прогнозировать изменение потребности в препаратах в долгосрочной перспективе.

Данные регистра позволили оценить результаты применения генно-инженерных препаратов у больных РА. Оценка активности заболевания у пациентов, получавших ГИБП на протяжении не менее 6 месяцев до включения в регистр, в 2014 году продемонстрировала неудовлетворительно низкий процент пациентов, достигших на фоне лечения целевых уровней активности заболевания (то есть ремиссии

Рисунок 1а. Динамика числа пациентов, с ревматоидным артритом в регистре МЕРА

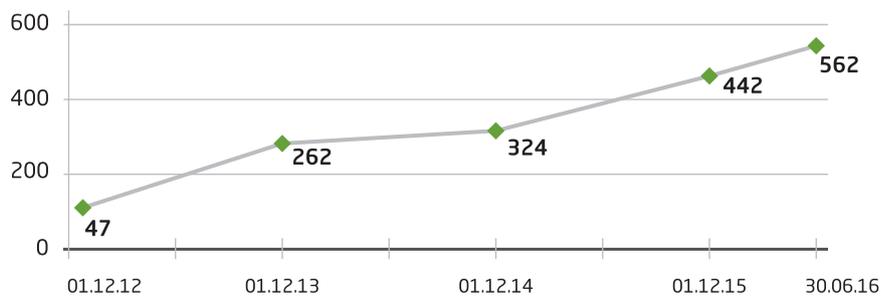


Рисунок 1б. Динамика числа пациентов, с псориатическим артритом в регистре МЕРА

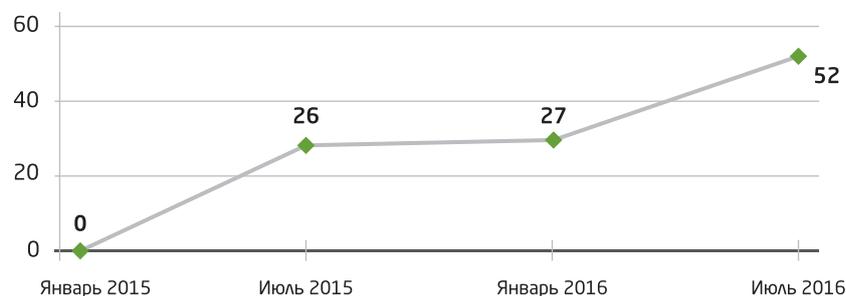
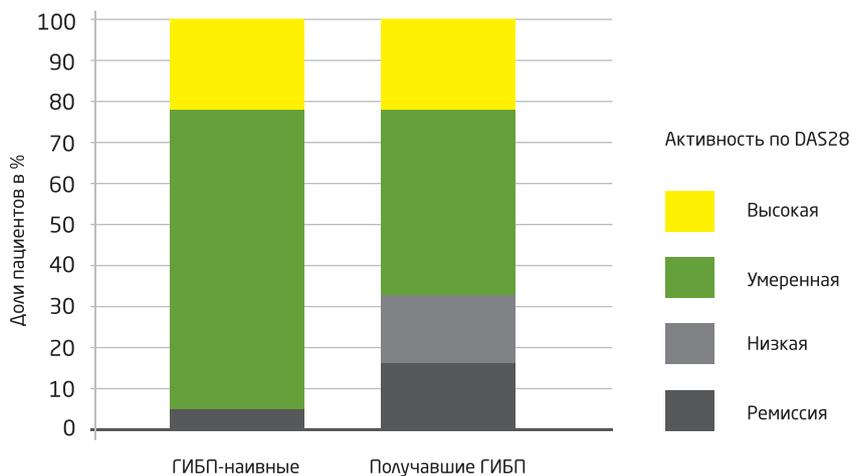


Рисунок 2.

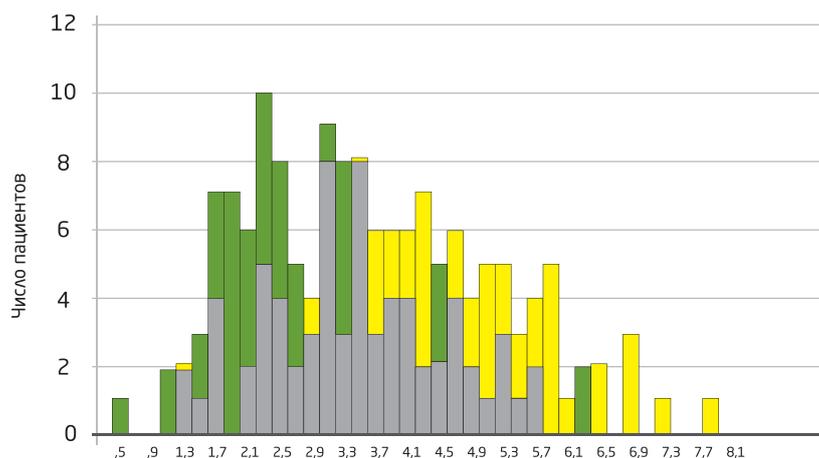


или низкой активности). Результаты представлены на рисунке 2. Суммарная доля пациентов, достигших целевой активности среди пациентов на лечении ГИБП составила 28,3% (в анализ включен 131 пациент).

Анализ этих данных стал основой для внесения изменений в тактику ведения пациентов с РА, получающих

ГИБП и ТСПВП. Результаты были обсуждены с окружными специалистами ревматологами и руководителями ревматологических стационаров г. Москвы. Приняты меры к своевременной смене ГИБП в случае их недостаточной эффективности у пациента, интенсификации традиционной базисной противовоспалительной терапии.

Рисунок 3. Изменение распределения пациентов по величине индекса активности заболевания DAS28(COЭ) в ходе наблюдения в регистре



Проведенное сравнение с достигнутой активностью у тех же пациентов через  $403 \pm 209$  дней продемонстрировало значительную и высокодостоверную положительную динамику (рис. 3). При этом доля больных, достигших целевой активности, почти удвоилась, достигнув 55,7%. Этот показатель сравним с аналогичным большинством зарубежных регистров. Таким образом, анализ данных регистра позволил сделать и важный научный вывод: само по себе наблюдение пациента в регистре приводит к значительному улучшению результатов лечения.

Количество пациентов с псориатическим артритом (ПсА), включенных в регистр MEPA, значительно уступает таковому пациентов с РА. Однако анализ данных и этого сегмента регистра позволил выявить сходные тенденции в лечении больных, что может стать в дальнейшем основой для принятия мер по его улучшению.

Примечания: красные столбики отражают гистограмму величины DAS28(COЭ) на момент включения в регистр, зеленые — при повторной оценке. Вертикальные пунктирные линии разбивают гистограмму на зоны, соответствующие (слева направо) ремиссии, низкой активности, умеренной активности и высокой активности заболевания.

Анализ данных регистра MEPA позволяет получать и другие важные научные результаты. К наиболее интересным результатам можно отнести выявление научно обоснованных предикторов для выбора таргетного препарата у каждого конкретного пациента с ревматоидным артритом, выявление значимых различий между используемыми препаратами в длительности удержания на терапии.

### Заключение

Соответствующим образом спланированный регистр может использоваться одновременно как для административных, так и для клинических и научных целей. Медицинские регистры могут быть эффективным инструментом для повышения эффективности оказания медицинской помощи пациентам. В этой связи следует рассмотреть вопрос о расширении применения регистров различной конструкции в учреждениях здравоохранения города Москвы. Представляется возможным построение регистров на основе данных, аккумулируемых системой ЕМИАС.

# ПРИЧИНА СМЕРТИ НЕ ВПОЛНЕ ПОНЯТНА

На общегородской клиничко-анатомической конференции, состоявшейся 3 октября, обсуждалась история болезни пациента, причиной смерти которого были названы мелкоклеточный рак легкого, жизнеугрожающая аритмия и «иные причины». Вокруг обсуждения окончательного диагноза разгорелась интересная дискуссия.

## Поликлиника

— Пациент, 69 лет, — сообщила заведующая филиалом № 140 ГП № 209 ДЗМ Зоя Кумалагова, — был неработающим пенсионером с 2001 года. До этого он работал инженером в «Роскосмосе», наблюдался в ведомственной поликлинике. Аллергологический анамнез, наследственность не отягощены. Курил по одной-две пачки сигарет в день около 40 лет. С 2001 года по 28 января 2015 года за медицинской помощью не обращался. В этот день пациент впервые обратился к врачу-неврологу филиала № 140 с жалобами на боли в шейном отделе позвоночника тянущего характера, иррадиирующие в затылочную область, усиливающиеся при поворотах головы. Указанное ухудшение наступило неделю назад после физической нагрузки. Из опроса больного выяснилось, что остеохондрозом шейного отдела позвоночника он страдал 15 лет. Болевой синдром купировался приемом НПВС. Из перенесенных заболеваний пациент рассказал только об ОРВИ.

Пациенту был установлен диагноз: остеохондроз шейного отдела позвоночника, цервикокраниалгия и рекомендовано амбулаторное наблюдение, ограничение физической нагрузки, ЛФК, лечение мазью ибупрофен.

Даны направления на обследование: общий анализ крови и мочи, ЭКГ, биохимический анализ крови, рентгенография шейного отдела позвоночника, флюорография, определение простатического специфического антигена (ПСА), дуплексное сканирование магистральных артерий головы, УЗИ органов брюшной полости и почек.

— Показатели общего анализа крови и мочи, а также ПСА оказались без изменений, — сообщила Зоя Кумалагова. — В биохимическом анализе крови единственным отклонением оказалось умеренное повышение уровня мочевины и холестерина.

## ОТ РЕДАКЦИИ

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

### **Флюорография органов грудной клетки от 28.01.2015**

Возрастные изменения. Диффузный пневмосклероз.

### **Рентгенография шейного отдела позвоночника от 16.02.2015**

Остеохондроз межпозвонковых промежутков. Спондилез С3-Th1 с обызвествлением передней продольной связки. Дегенеративно-дистрофическая клиновидная деформация С4-С5.

### **ЭКГ от 02.02.2015**

Синусовая тахикардия с ЧСС 102 в минуту. Электрическая ось сердца (ЭОС) расположена горизонтально, единичные желудочковые экстрасистолы. Умеренные изменения миокарда с нарушением внутрижелудочковой проводимости.

### **Дуплексное сканирование магистральных артерий головы от 03.02.2015**

Атеросклероз брахиоцефальных артерий со стенозированием просвета общей сонной артерии на всем протяжении с обеих сторон на 20–25%. Гемодинамически значимая извитость правой внутренней сонной артерии в среднем отделе. Асимметрия по диаметру позвоночных артерий. Непрямолинейность хода позвоночных артерий между поперечными отростками шейных позвонков, что, очевидно, обусловлено наличием остеохондроза шейного отдела позвоночника. Кровоток по позвоночным артериям в позвоночном канале снижен с обеих сторон.

### **УЗИ органов брюшной полости и почек от 10.02.2015**

Диффузные изменения поджелудочной железы, микролиты обеих почек.

— По результатам этих обследований, — продолжила Зоя Кумалагова, — 5 февраля 2015 года невролог назначил пациенту лечение в таблетках нимесулидом, тизанидином, Тромбо АСС, а также мазью ибупрофен. В дальнейшем пациент проходил лечение у невролога. Им дополнительно были назначены комбилипен и хондрогард, рекомендована консультация терапевтом. Но пациент обратился к этому доктору только 30 сентября 2015 года с целью получения направлений на обследования по поводу планируемого оперативного лечения катаракты.

### **Заключение по осмотру участковым терапевтом**

Больной жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Нормостеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, в верхних отделах с жестким оттенком, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены. Пульс и ЧСС — 74 в минуту. АД 125/85 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Стул, мочеиспускание без особенностей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

### **Диагноз терапевта от 30.09.2015**

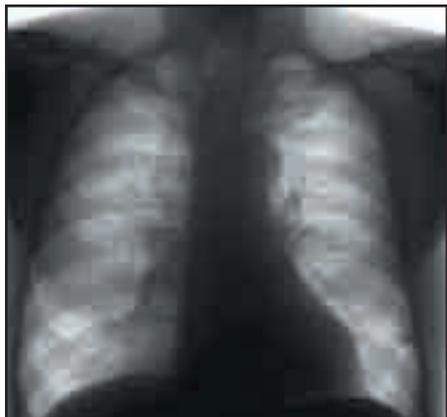
ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, нарушение ритма сердца, единичные желудочковые экстрасистолы, нарушение цереброваскулярного кровообращения начальной стадии. Атеросклероз магистральных артерий головы с сужением просвета на 20–25%. Остеохондроз шейного отдела позвоночника. Противопоказаний к хирургическому лечению катаракты нет.

Назначены бисопролол, Тромбо АСС, аторвастатин. Рекомендован стол № 10, повторное посещение терапевта после операции для постановки на учет диспансерного наблюдения.

Попросив вернуть слайд с флюорограммой, Леонид Печатников попросил прокомментировать его главного внештатного специалиста по лучевой диагностике Департамента здравоохранения города Москвы, директора НПЦ медицинской радиологии ДЗМ Сергея Морозова. — Справа на этом изображении легких есть признаки объемного центрального образования

и потери корнем легкого его структуры. Я вернусь к этому вопросу в моей рецензии на оказание медицинской помощи больному, — прокомментировал Сергей Морозов.

Рисунок 1. Флюорография органов грудной клетки пациента от 28.01.2015 г.



— 22 сентября 2015 года, — продолжила Зоя Кумалагова, — были проведены повторные общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи. Отклонений от нормы обнаружено не было. 8 октября в филиале № 1 ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ пациенту была выполнена факэмульсификация катаракты с имплантацией искусственного хрусталика. Послеоперационный период протекал без осложнений. Затем с ноября 2015 года по апрель 2016 года пациент в поликлинику не обращался. И только 27 апреля 2016 года он обратился к врачу-неврологу с жалобами на боли в области шеи. Был поставлен диагноз: остеохондроз позвоночника, обострение; хроническая цервикокраниалгия, клиновидная деформация С4, С5 позвонков. Больному было рекомендовано продолжить лечение, которое он получал.

13 июля 2016 года пациент снова обратился в поликлинику уже к врачу-терапевту. Состояние пациента ухудшилось. Его беспокоила слабость, одышка при минимальной физической нагрузке и в покое.

#### **Состояние больного при осмотре 13 июля 2016 года**

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые обычной окраски и влажности. Температура тела 36,6 °С. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких дыхание жесткое. Выслушиваются единичные сухие хрипы. Число дыханий 20 в минуту. Тоны сердца приглушенные, аритмичные. Пульс 98 ударов в минуту. Артериальное давление 115/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный.

ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, нарушение ритма сердца, единичные желудочковые экстрасистолы, нарушение цереброваскулярного кровообращения начальной стадии. Атеросклероз магистральных артерий головы с сужением просвета на 20–25%. Остеохондроз шейного отдела позвоночника. Противопоказаний к хирургическому лечению катаракты нет.

Назначены бисопролол, Тромбо АСС, аторвастатин. Рекомендован стол № 10, повторное посещение терапевта после операции для постановки на учет диспансерного наблюдения.

По словам Зои Кумалаговой, пациенту были выданы направления на консультации кардиолога, пульмонолога, гастроэнтеролога. Однако 21 июля 2016 года, учитывая ухудшение

состояния пациента, нарастающую одышку и появление сильного кашля, участковый терапевт направил пациента на неотложную госпитализацию в ГКБ № 51 ДЗМ.

— Но оказалось, что в этой больнице пациент уже побывал до этого, — заметил Леонид Печатников. — Первый раз он лечился в этом стационаре с 23 июня по 12 июля 2016 года. Причем прибыл сюда не самостоятельно, а был доставлен бригадой СМП.

### Скорая медицинская помощь

— 23 июня 2016 года в 13:53 на станцию СМП обратилась жена пациента с просьбой направить бригаду СМП к ее мужу в связи с приступом аритмии, — рассказал заместитель главного врача Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова ДЗМ Георгий Введенский. — Больной жаловался на учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, слабость, одышку. Ухудшение состояния наступило 20 июня. Самостоятельно принимал корвалол, валокордин с незначительным положительным эффектом.

#### Данные осмотра пациента

##### *Сердечно-сосудистая система*

АД — 140/80 мм рт. ст., тоны сердца приглушены, пульс — 188 в мин, ЧСС — 200 в мин, дефицит пульса — 12 ударов. Пульс аритмичный, удовлетворительного наполнения.

*Результаты ЭКГ:* ритм неправильный, фибрилляция предсердий, ЧСС — 188–207 в мин. Горизонтальное положение ЭОС, гипертрофия левого желудочка. Очаговых изменений нет.

##### *Органы дыхания*

Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД — 20 в мин.

##### *Неврологический статус*

Поведение спокойное, сознание ясное, шкала Глазго — 15 баллов, координаторные пробы выполняет правильно, менингеальные симптомы отрицательные.

##### *Лечебные мероприятия*

Введены в/в растворы: дигоксина 0,25% — 10,0 на физрастворе, гепарина 4000 ЕД. Несмотря на проведенную терапию, ЧСС осталась на уровне 180 в мин.

С диагнозом «пароксизмальная форма фибрилляции предсердий» больной был доставлен в ГКБ № 51 ДЗМ.

### Стационар

— При поступлении в наш стационар больной сообщил, что за 10 дней до настоящей госпитализации у него впервые в жизни появилась одышка при небольшой физической нагрузке, — начал свое выступление заведующий отделением неотложной кардиологии ГКБ № 51 ДЗМ Дмитрий Привалов. — Значительно увеличился в объеме живот. Из-за этого последние 5 дней он был вынужден спать сидя. Также больной отмечал длительный сухой кашель. Кардиологические заболевания, диабет, аллергию, туберкулез, бронхиальную астму и язвенную болезнь в анамнезе пациент отрицал.

— После консультации кардиологом, — рассказал Дмитрий Привалов, — был поставлен диагноз: «стенокардия напряжения 3 функционального класса, впервые выявленная мерцательная аритмия, асцит, правосторонний гидроторакс, сердечная астма от 23 июня 2016 года, хронический бронхит». Пациент был госпитализирован в отделение кардиореанимации. Здесь началась терапия кислородом, нитратами, мочегонными, ритмоурежающими препаратами и антикоагулянтами. При эхокардиографии, проведенной на фоне высокой частоты сердечного ритма, было выявлено до 200 сокращений в минуту. Фракция выброса составила 47%. Размер камер сердца был незначительно увеличен.

Клапаны без особенностей. Выпот в перикард отсутствовал. 25 июня был выполнен плевростомия правой плевральной полости. Было удалено 1500 мл светло-желтой жидкости и проведено ее исследование.

#### **Осмотр в приемном отделении ГКБ № 20**

Состояние тяжелое, сознание ясное. Вес 82 кг, рост 182 см.

Сердце: тоны ясные, аритмичные. Аритмичный сердечный ритм до 200 в минуту при пульсе до 160 в одну минуту.

АД 140/80 мм рт. ст. На ЭКГ регистрируется ЧСС 184 в минуту, мерцание предсердий с частотой до 200 в минуту.

Ослабленное дыхание не проводится в нижние отделы (притупление перкуторного звука справа). Хрипы сухие над всей поверхностью легких, влажные до угла лопатки с двух сторон. SpO<sub>2</sub> — 90%, ЧДД 23–26 в минуту.

Отеки нижних конечностей до средней трети бедра.

Живот увеличен в объеме за счет асцита. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги.

#### **Результаты обследований пациента, проведенные в приемном отделении 23.06.2016 г.**

Рентгенография грудной клетки: гидроторакс справа.

УЗИ плевральных полостей: выпот 1300 мл жидкости в полости справа.

УЗИ брюшной полости: небольшое количество жидкости в брюшной полости, умеренное увеличение размеров печени.

В остальном без патологии.

#### **Общеклиническое исследование жидкости**

Цвет светло-желтый, прозрачность не полная.

Удельный вес — 1015, белок — 28,9 г/л.

Проба Ривольта (характер выпота) — положительная.

Мезотелиальные клетки 5–7 в п/зр.

Эритроциты 60–80 в п/зр, лейкоциты 15–20 в п/зр.

Нейтрофилы 53%, лимфоциты 47%, микобактерии не обнаружены.

#### **Цитологическое исследование**

Реактивный выпот с наличием пролиферирующих клеток мезотелия и элементов воспаления.

— Судя по положительной пробе Ривольта и результатам цитологического исследования, у больного были явные признаки воспалительного процесса в плевральной полости. С чем вы связали это воспаление? — спросил Леонид Печатников.

— В тот момент времени не связывали ни с чем, — ответил Дмитрий Привалов. — Но мы продолжили обследовать больного для того, чтобы в этом разобраться. При повторной рентгенографии легких был снова выявлен малый гидроторакс справа. В общем анализе крови обращало на себя внимание повышение лейкоцитов. В биохимических анализах крови и анализах мочи существенных изменений не было. С учетом усиления сухого кашля мы заподозрили обострение бронхита. И по этому поводу провели антибактериальную терапию. В результате кашель значительно уменьшился, явлений интоксикации не было, температура не повышалась. Тем не менее лейкоцитоз сохранился. В целях подготовки к установлению сердечного ритма и проведению чреспищеводной эхокардиографии (ЧП ЭхоКГ) пациенту была выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). И здесь обнаружилось сразу несколько нарушений.

#### **Результаты ЭГДС от 28 июня 2016 года**

Недостаточность кардии. Деформация антрального отдела желудка. Множественные язвы антрального отдела желудка в стадии активности. Хронический гастродуоденит, обострение.

Однако от проведения ЧП ЭхоКГ пациент отказался. По результатам нарушений, выявленных при ЭГДС, гастропротективное лечение было добавлено к антикоагулянтным препаратам, терапии сердечной недостаточности и муколитика, которые были назначены пациенту. Проводимое ритмурежающее лечение включало последовательный подбор препаратов и проводилось по следующей схеме:

- Дигоксин 0,25 мг (назначался с начала госпитализации).
- Карведилол с 12,5 мг до 25 мг в день (назначался 2 дня, результат — отсутствие уменьшения ЧСС).
- Метопролол 100 мг (результат — нарастание одышки, недостаточное уменьшение ЧСС).
- Бисопролол до 10 мг (результат — нарастание одышки).
- Замена бета-адреноблокатора на верапамил (результат положительный — уменьшение ЧСС до 100–110 в мин, при отсутствии нарастания сердечной недостаточности).

— Вы предпринимали попытки медикаментозного восстановления ритма? — задал вопрос Леонид Печатников.

— Риск тромбоземболических осложнений был высоким, поэтому мы не пытались это сделать, — заметил Дмитрий Привалов. — Но нам удалось снизить пульс до 110 в минуту. Результатом госпитализации также стало полное регрессирование отеков, снижение веса на 12 кг, уменьшение частоты дыхания до 18 в минуту. При контрольной эхокардиографии на фоне более низкой частоты сердечных сокращений фракция выброса оказалась на уровне уже не 47, а 50%. Больной был выписан с диагнозом: «стенокардия напряжения 3 функционального класса, впервые выявленная мерцательная аритмия, недостаточность кровообращения 3 функционального класса, асцит, гидроторакс, плевроцентез от 25 июня, сердечная астма от 23 июня. Сопутствующие заболевания: хронический бронхит курильщика, обострение. Множественные язвы антрального отдела желудка.

Рекомендации при выписке больного из стационара 12 июля 2016 года были следующие:

- антикоагулянтная подготовка к кардиоверсии и повторная госпитализация для восстановления синусового ритма;
- консультация пульмонолога;
- лечение омепразолом, маалоксом исукральфатом под контролем ЭГДС, а также прием препаратов: спиронолактон, фуросемид, верапамил и дигоксин.

### Скорая помощь

Второй раз жена пациента вызвала бригаду СМП 20 июля 2016 года в 00:46. По ее словам, мужу было очень плохо, он не мог дышать. Больной жаловался на одышку с затрудненным выдохом. Ухудшение состояния наступило утром этого дня. Самостоятельно лекарственные препараты больной до приезда «скорой помощи» не принимал.

Больной был оставлен на месте с диагнозами: «ХОБЛ среднетяжелого течения, дыхательная недостаточность». Обеспечено динамическое наблюдение врачом территориальной поликлиники.

### Стационар

В следующий раз пациент был госпитализирован в ГКБ № 51 ДЗМ 22 июля 2016 года по направлению из ГП № 209. При поступлении он жаловался на резко усилившийся за последние два дня кашель, отмечал появление отеков на ногах в течение последних 5 дней. Рекомендованные препараты, по его словам, принимал в полном объеме. При осмотре обнаружилось учащение ритма до 130–160 в минуту. Печень выступала на 1,5 см из-под края реберной дуги. Дыхание в легких жесткое, рассеянные сухие хрипы над всей поверхностью. В нижних отделах легких оно было ослаблено, больше справа. На ЭКГ сохранялась тахиформа мерцательной аритмии. При эхокардиографии на фоне тахисистолии были выявлены те же изменения, что и при обследовании в нашем стационаре 23 июня 2016 года. В общем анализе крови сохранялся лейкоцитоз. В биохимических анализах крови значимых отклонений не было.

### **Данные осмотра пациента бригадой СМП 20.07.2016 г.**

#### *Сердечно-сосудистая система*

АД — 130/90 мм рт. ст., тоны сердца приглушены, пульс — 96 в мин, ЧСС — 100 в мин, дефицит пульса — 4 уд. Пульс аритмичный, удовлетворительного наполнения.

*Результаты ЭКГ:* фибрилляция предсердий, ЧСС — 75–130 в мин. Горизонтальное положение ЭОС, диффузные изменения миокарда, острых очаговых изменений нет.

#### *Органы дыхания*

Дыхание жесткое, экспираторная одышка, сухие, свистящие хрипы с обеих сторон. Сухой кашель с трудноотделяемой мокротой, ЧДД — 30 в мин (SpO<sub>2</sub> — 93%).

#### *Неврологический статус*

Поведение спокойное, сознание ясное, шкала Глазго — 15 баллов, речь четкая. Координаторные пробы выполняет правильно, менингеальные симптомы отрицательные. Фотореакция без патологии.

#### *Лечебные мероприятия*

Дважды введены растворы беродуала (20 мг) и пульмикорта (2 мг) через небулайзер. В/в введены растворы эуфиллина 2,4% — 10,0 и преднизолона 60 мг на физиологическом растворе. Терапия с положительным эффектом: ЧДД снизилась до 20 в мин, ЧСС — до 90 в мин, АД уменьшилось до 120/80 мм рт. ст. Показатель SpO<sub>2</sub> увеличился до 97%.

### **Рентгенография легких 22 июля 2016 года в ГКБ № 51**

Снижение прозрачности легочной ткани в нижней доле правого легкого за счет выпота до среднего отрезка 7-го ребра с тонкой косой верхней границей. Легочный рисунок с преобладанием сосудистого компонента, сгущен в нижней доле правого легкого. Междолевая плевра подчеркнута. Положение средостения и купола диафрагмы обычное. Правый купол диафрагмы не определяется за счет выпота. Корни легких уплотнены, расширены, малоструктурны. Плевральный синус без особенностей. Тень сердца расширена в поперечнике. Аорта кальцинирована.

*Заключение:* рентгенологические признаки правостороннего малого гидроторакса без свежих очаговых и инфильтративных теней.

В плазме крови было обнаружено снижение уровня калия. Расстройство было устранено после в/в введения указанного микроэлемента.

— После этих обследований, — рассказал Дмитрий Привалов, — был выставлен диагноз: атеросклеротическая болезнь сердца, пароксизм мерцательной аритмии, недостаточность кровообращения 3 функционального класса, правосторонний малый гидроторакс, хронический бронхит курильщика, множественные язвы желудка. Пациенту проводилось лечение антикоагулянтами, диуретиками и антиаритмическими препаратами, сердечными гликозидами, муколитиками, гастропротекторами. С учетом вновь усилившегося сухого кашля мы решили назначить антибиотики и проконсультировали пациента у пульмонолога.

### **Консультация пульмонолога 26 июля 2016 года**

Основной пульмонологический диагноз: «бронхообструктивный синдром», требующий дообследования. Рекомендовано: спирометрия, магнитная спиральная компьютерная томография органов грудной клетки. После этих обследований необходима повторная консультация.

25 июля 2016 года на фоне учащения сердечного ритма у пациента развился отек легких. Пациент был переведен в кардиореанимацию. Синусовый ритм был восстановлен электроимпульсной терапией. Отек легких купирован.

Но в последующем 27 и 29 июля вновь происходили срывы синусового ритма с развитием острой левожелудочковой недостаточности. Ритм вновь восстанавливался электроимпульсной терапией.

30 июля на фоне синусового ритма у пациента развилась желудочковая тахикардия с переходом в фибрилляцию и в дальнейшем в асистолию. Реанимационные мероприятия оказались неэффективными. 30 июля 2016 года в 09:00 часов была констатирована смерть больного.

### **Заключительный клинический диагноз**

#### *Основной диагноз*

ИБС. Атеросклеротическая болезнь сердца.

Хронический обструктивный бронхит, обострение.

#### *Осложнения*

Нарушения ритма сердца: персистирующая форма фибрилляции предсердий. Фибрилляция желудочков от 30.07.2016. Электроимпульсная терапия от 30.07.2016. Рецидивирующая острая левожелудочковая недостаточность. Правосторонний малый гидроторакс. Отек легких и головного мозга.

#### *Сопутствующие заболевания*

Язвенная болезнь желудка. Цереброваскулярная болезнь. Хроническая ишемия головного мозга 3 степени.

— В правом легком, — сообщила заведующая патологоанатомическим отделением ГKB № 51 Наталья Липатова, — в средней доле в прикорневых отделах обнаружилось уплотнение. Здесь же на разрезе определился узел каменистой плотности, серо-белого цвета 8 см в диаметре, с ростом этого новообразования преимущественно перибронхиально и с переходом на паренхиму легкого. В остальных частях легкого ткань оказалась без патологии. При гистологическом исследовании этот узел был идентифицирован как мелкоклеточный рак легкого. И при проведении иммуногистохимического исследования было подтверждено наличие характерного для опухолевой ткани окрашивания.

Рисунок 2. Узловое образование в средней доле правого легкого



— Паратрахеальные и бифуркационные лимфатические узлы были увеличены до 1–2 см в диаметре. При разрезе на темно-серой ткани лимфатического узла

определялись серовато-белые вкрапления. Полость перикарда содержала незначительное количество прозрачной жидкости. Сердце в массе 390 г. Толщина миокарда 1,7 см. Коронарные артерии сужены до 30%. При микроскопическом исследовании определялась картина атеросклеротического кардиосклероза. Почки массой 260 г, обе с явлениями артериолонефросклероза. В головном мозге склероз сосудов основания мозга с сужением их просвета до 30%. Была обнаружена также бурая атрофия миокарда, печени, скелетных мышц.

### **Патологоанатомический диагноз**

#### *Основное заболевание*

Центральный рак средней доли правого легкого T3N1M0 (гистологически — мелкоклеточный рак), метастазы в бифуркационные и паратрахеальные лимфоузлы.

#### *Осложнения основного заболевания*

Раковая кахексия, бурая атрофия миокарда, печени, скелетных мышц. Общее венозное полнокровие и дистрофические изменения паренхиматозных органов. Отек головного мозга с дислокацией ствола.

#### *Сопутствующие заболевания*

Атеросклероз аорты (2 степень, 2 стадия). Атеросклероз артерий основания головного мозга (2 стадия, 2 степень, стеноз до 30%). Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Атеросклероз коронарных артерий сердца (2 стадия, 2 степень, стеноз до 30%). Гипертоническая болезнь: концентрическая гипертрофия миокарда (толщина миокарда левого желудочка 1,7 см, правого — 0,4 см, масса сердца 390 г), артериолонефросклероз. Хронический пиелонефрит. Хронический бронхит. Пневмосклероз. Эмфизема легких.

Заключение о причине смерти: смерть наступила от рака средней доли правого легкого, осложнившегося раковой интоксикацией.

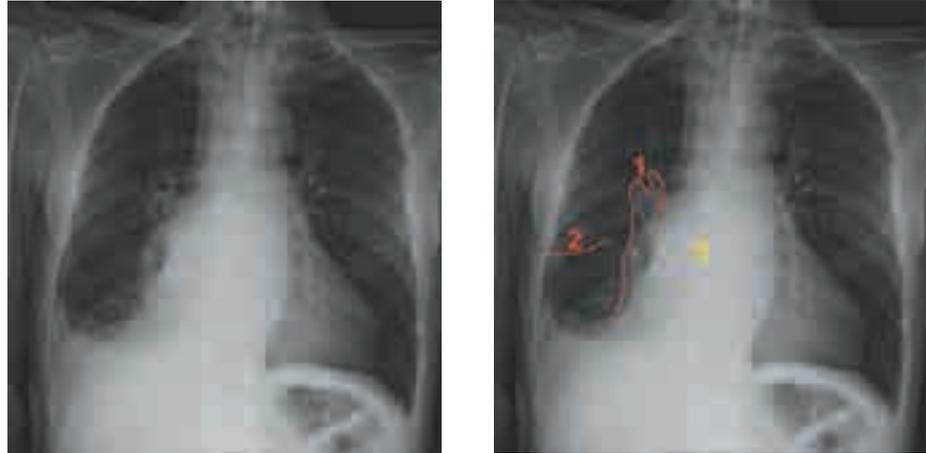
### **Выступления рецензентов**

Первым из рецензентов взял слово главный внештатный специалист по лучевой диагностике Департамента здравоохранения города Москвы Сергей Морозов: — На рецензию по качеству обследований больного с использованием методов лучевой диагностики были представлены несколько изображений, в том числе флюорограмма от 28 января 2015 года, выполненная в поликлинике, и рентгенограмма от 22 июля 2016 года. Она была зарегистрирована уже в стационаре. Конечно, потеря структуры корня правого легкого выявлялась на снимке от 28 января 2015 года достаточно отчетливо. Но поставить диагноз «рак легкого» только по этому снимку нельзя.

Тем не менее поликлинические врачи не должны были пропустить эти изменения на снимке. Они должны были назначить пациенту как минимум полноценное рентгенологическое обследование легких, а в лучшем случае — КТ. Кроме того, надо было проконсультировать пациента у пульмонолога. Ведь пациент курил с 9 лет по 1–2 пачки сигарет в день и поэтому находился в группе очень высокого риска по раку легких. И подчеркну, что в настоящий момент к флюорограмме сложилось неверное отношение в клинической практике. Флюорограмма — это не метод постановки окончательного диагноза. Но это инструментальный

диагностический способ скрининга и исключения социально значимого заболевания — туберкулеза. Скрининговым же методом выявления рака легкого является только КТ.

Рисунок 3. Рентгенография от 22 июля 2016. Прямая проекция

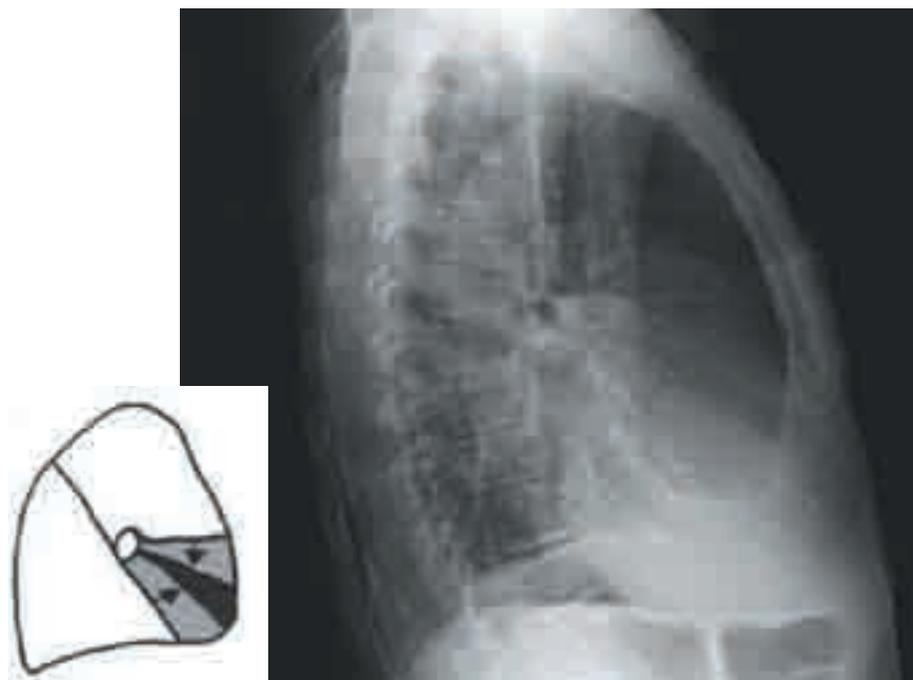


— Снимок от 22 июля 2016 года был сделан уже в стационаре, — продолжил Сергей Морозов, — после того, как из плевральной полости была эвакуирована жидкость. На этом изображении обращает на себя внимание ателектаз верхней, средней и нижней доли правого легкого. И, обратите внимание, как выглядит схематически ателектаз средней доли. Видна дополнительная тень вблизи средостения по правому контуру сердечной тени. Очень похоже выглядит и ателектаз нижней доли. Но здесь смещение происходит в другом направлении, поэтому оно становится заметным только в боковой проекции. Так же, как и флюорограмма, выполненная в поликлинике, этот снимок не давал достаточно информации для уточнения диагноза легочной патологии у пациента. С учетом рецидивирующих клинических и рентгенологических симптомов необходимо было срочно провести КТ-исследование легких. В условиях стационара это можно было сделать предельно оперативно. Но такой анализ был назначен с опозданием и в итоге так и не был проведен. Общим недостатком лучевых обследований пациента я считаю то, что не соблюдался принцип преемственности оценки рентгенологических и намного более точных КТ-данных на амбулаторном этапе и при госпитализациях.

#### **Заключение по рецензии Сергея Морозова на качество лучевых обследований пациента**

Выполненные рентгенологические исследования не содержали достаточной информации для уверенной диагностики центрального рака легкого на уровне среднедолевого бронха в связи с малой выраженностью симптомов. Но рентгенологический симптомокомплекс предполагал проведение дополнительного исследования — КТ с целью уточнения состояния корня легкого, среднедолевого бронха, средней доли и средостения. Наиболее отчетливо данные симптомы проявились на флюорографии от 28 января 2016 г. Но она была оценена неверно, и на амбулаторном этапе так и не назначена рентгенография или КТ органов грудной клетки. Не была проведена контрольная рентгенография после торакоцентеза в течение 1-й госпитализации пациента в ГKB № 51, которая продолжалась с 23 июня по 12 июля 2016 года. С учетом рецидивных клинических и рентгенологических симптомов несвоевременно была назначена КТ органов грудной клетки при 2-й госпитализации 22–30 июля 2016 года.

Рисунок 4. Рентгенография от 22 июля 2016. Боковая проекция.



— Завершая выступление, — подчеркнул Сергей Морозов, — замечу, что рак легкого представляет сейчас в Москве большую проблему. Диагностика этой опухолевой болезни проводится в 75% случаев на 3–4 стадии. Смертность в течение 1-го года этой патологии составляет в Москве 50%. В то же время, учитывая опыт западных стран, с использованием эффективного скрининга рака легкого есть возможность снизить смертность по причине данной болезни примерно на 20%.

— Сергей Павлович, — сказал Леонид Печатников, — прошу вас теперь попытаться те рентгенологические симптомы, которые на представленных вами снимках могли быть следствием рака.

— Это дополнительная тень в проекции правого корня, небольшое смещение вниз малой междолевой щели (симптом гиповентиляции средней доли), обогащение легочного рисунка в нижней зоне правого легкого. Наконец, то, что структура корня правого легкого не дифференцируется, — ответил Сергей Морозов. — А существуют иные возможные причины выявленных таких рентгенологических симптомов? — попросил уточнить Леонид Печатников.

— Такowymi причинами, — ответил Сергей Морозов, — могли стать увеличенный лимфатический узел, суммация теней, венозный застой по малому кругу кровообращения, двигательные артефакты пульсации тени сердца, склеротические изменения средней доли, малый объем вдоха при исследовании, эффект суммации с тенью жидкости в плевральной полости. Таким образом, имеющиеся изменения на обсужденных нами снимках могли соответствовать и предварительному «неонкологическому» диагнозу заболеваний легких, выставленному пациенту. Но все-таки это были неоднозначные, сказал бы, подозрительные симптомы, разобраться с которыми помогло бы только КТ-исследование. А оно проведено не было.

Следующую рецензию представила главный внештатный специалист по кардиологии Департамента здравоохранения города Москвы Елена Васильева:

— Начнем с первичного осмотра больного, проведенного врачами дежурной бригады в ГКБ № 51 25 июня 2016 года. Ведущей жалобой пациента была одышка. Возможные причины одышки: заболевания сердца, легких, поражения сосудов малого круга кровообращения, ожирение, детренированность, опухли средостения, спонтанный пневмоторакс, массивный плевральный выпот или асцит. Возможна и одышка психогенной природы. На первое место врачи дежурной бригады поставили заболевания сердца и легких. Что вполне оправданно. Но что же эти доктора узнали из анамнеза пациента? Стаж курения 60 лет. В анамнезе нет указания на перенесенный инфаркт миокарда. Однако есть указание на резкое снижение массы тела в течение последнего времени. К тому же пациента длительное время беспокоит слабость. Уже эти факты «намекали» на возможный диагноз злокачественного новообразования легких и должны были вызвать онкологическую настороженность врачей, осматривавших пациента. Но они ее не проявили, как и не разобрались до конца с причиной одышки у этого пациента.

Далее врачи указывают, что обнаружили перкуторно ясный легочный звук над легкими. Но в том же медицинском документе по результатам осмотра говорится, что имеются сухие и влажные хрипы в нижних отделах легких. Как одно соотносится с другим? Оставим этот вопрос на совести врачей из 51-й больницы. Спустя всего 2 часа после осмотра те же доктора провели плевральную пункцию. Было эвакуировано полтора литра жидкости. И снова вопрос — как одно соотносится с другим: почему при прослушивании выявляется ясный легочный звук, и вдруг столь большое количество жидкости в плевральной полости? И вот еще одна удивительная находка врачей, выявленная с помощью физикальных методов обследования пациента. Я бы была благодарна, коллеги, если бы кто-то из вас научил меня на слух подсчитать 200 пульсовых ударов в минуту. Я не умею это делать. Получается, что частота пульса составляет 3,5 удара в секунду. Технически, по-моему, в этой ситуации подсчет на слух невозможен. Но, врачи из 51-й больницы справились с этой задачей. И мы должны верить, что именно таков оказался пульс пациента.

Далее врачи написали, что у больного — типичная картина отека легких. Но где тогда, спрашивается, клинические признаки этого тяжелейшего состояния, помимо одышки? Указывается также, что у пациента асцит. Но попытки инструментально доказать присутствие данного нарушения и измерить количество скопившейся жидкости не предпринимались. Описано также, что у больного стенокардия. Но на основании чего ставится такой диагноз? Получается, что он был выставлен только на основании того, что у больного одышка. Это явно ошибочная логика. Столь же необоснованным мне кажется поставленный пациенту диагноз сердечной недостаточности 3-й степени. Если соединить все эти ошибочные заключения, то оказывается, что на данные физикального осмотра вряд ли можно опираться.

Что же мы имеем по итогам инструментальных исследований? При суточном мониторинге ЭКГ, которое, как я считаю, вообще не надо было проводить данному пациенту, среднесуточная частота сердечных сокращений оказалась менее 100 в минуту. То есть никаких 200 сокращений в минуту не было. И вспомним, что ЧСС на уровне 100 в минуту — это не повод для критической декомпенсации сердечной деятельности. Далее оказалось, что по результатам УЗИ сердца оно имеет нормальные размеры левого желудочка. Подчеркиваю — нормальные размеры левого желудочка. И к тому же без грубых нарушений сократимости сердца. А следовательно,

надежных доказательств того, что больной страдал сердечной недостаточностью, ни инструментальных, ни физикальных, не было. Главным недостатком в оказании кардиологической медицинской помощи пациенту я считаю небрежное и неверно оцененное обследование больного, гипердиагностику сердечной недостаточности и стенокардии. На фоне этих ошибок был пропущен основной диагноз больного, не обнаружена вовремя онкологическая болезнь. Поэтому хотелось бы в заключение сказать следующее. Дорогие кардиологи, в кардиологические отделения могут попадать пациенты и с другими нозологиями!

Затем с рецензией выступил главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы Николай Шаманов:

— Большинство обращений пациента в поликлинику были связаны с обострениями хондроза шейного отдела позвоночника. Дважды выполнялась рентгенография этого отдела, где была выявлена дегенеративно-дистрофическая деформация позвонков. Кроме того, пациенту было выполнено дуплексное сканирование магистральных артерий головы и шеи. Были обнаружены относительно небольшие стенозы. Пациенту назначались НПВС, миорелаксанты и другие препараты. Не буду перечислять подробнее проведенные по назначению невролога обследования и назначенные им препараты, поскольку я считаю, что диагностика и терапия неврологических заболеваний пациента соответствовали российским медицинским стандартам, и замечаний у меня нет.

— Олег Олегович, — обратился Леонид Печатников к главному внештатному специалисту по патологической анатомии ДЗМ Олегу Орехову, — перед тем, как мы услышим вашу рецензию, прошу ответить на вопрос, отчего умер больной? Я не понял этого. У него был крайне агрессивный мелкоклеточный рак, с которым больной тем не менее жил уже минимум два года. И опухоль еще никуда не метастазировала, за исключением ближайших лимфоузлов. Это, согласитесь, для мелкоклеточного рака ситуация уникальная. Еще я увидел ателектаз средней доли правого легкого. Известно, что одышка, нарастающий дыхательный дискомфорт, сердцебиения и боли в груди по типу стенокардических, иногда сопровождающиеся расстройствами сердечного ритма, — все это у больных, страдающих раком легкого, может быть связано как с «выключением» из дыхания значительных отделов легкого и сокращением сосудистого русла малого круга кровообращения, так и со сдавлением анатомических структур средостения. Появление таких симптомов чаще всего свидетельствует о далеко зашедшем раке. Но ателектатические поражения легких не достигли у этого больного критических стадий. И я не увидел у него ни одного другого сколько-то серьезного, а тем более смертельного осложнения этого рака. Вот что меня волнует. Может быть, вы нашли что-то? Ведь, чтобы умереть от рака, мало страдать этим заболеванием. Опухоль должна вызвать смертельные осложнения.

— Судя по результатам патологоанатомического исследования, средняя доля правого легкого действительно была выключена из дыхательной деятельности по причине рака. Но это, конечно, не могло послужить причиной смерти, — высказал свое мнение Олег Орехов. — Но на вскрытии было установлено лишь умеренное поражение коронарных артерий с сохраненным просветом, что свидетельствует против ишемической болезни сердца. Пациент не страдал этим заболеванием и потому, что у него не было клинических признаков стенокардии. Не было и признаков гипертрофии левого желудочка, хотя гипертрофия правого желудочка присутствовала. Я считаю, что фатальная аритмия, наступившая у больного в ГКБ № 51, стала проявлением паранеопластического синдрома (ПНС). И именно это расстройство могло стать непосредственно причиной смерти.

Как пояснил рецензент, ПНС — это клинико-лабораторное проявление злокачественной опухоли, обусловленное не ее ростом, а неспецифическими реакциями со стороны различных органов или эктопической продукцией опухолью биологически активных веществ. Паранеопластические синдромы распространены у пациентов пожилого возраста. Наиболее часто они развиваются при раке легких, молочной железы, яичников. Иногда симптомы паранеопластического синдрома манифестируют еще до диагностики опухоли. Это, возможно, и произошло в обсуждаемом клиническом случае.

— Известна разновидность ПНС, — сообщил Олег Орехов, — которая и могла стать причиной смерти пациента. Это синдром эктопической продукции вазопрессина. Впервые данное расстройство было описано у пациентов с раком легкого, у которых также наблюдалась гипонатриемия. С помощью радиоиммунного исследования удалось установить, что вазопрессин содержится в большинстве мелкоклеточных опухолей легкого. И примерно у 15% больных с этим злокачественным новообразованием развивается синдром эктопической продукции вазопрессина. Данный гормон связывается с рецепторами в собирательных трубочках и восходящем колоне петли Генле. В результате этого реабсорбируется вода, а ионы натрия двигаются к дистальному отделу нефрона. Опухолевые клетки продолжают выделять вазопрессин, несмотря на сниженную осмолярность, что приводит к гипонатриемии. При длительном развитии синдрома эктопической продукции вазопрессина у больных раком легких одним из самых частых признаков прогрессирования болезни являются учащение сердцебиения и нарушение ритма сердца. Итак, нельзя исключить, что наступившая у больного 30 июля 2016 года желудочковая тахикардия с переходом в асистолию оказалась проявлением паранеопластического синдрома.

Последним из рецензентов выступал главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения города Москвы Игорь Хатьков:

— Вернемся к диагнозам, которые были выставлены пациенту. Основной заключительный клинический диагноз: «ИБС, атеросклеротическая болезнь сердца, ХОБЛ. Осложнения: персистирующая форма фибрилляции предсердий, фибрилляция желудочков, острая левожелудочковая недостаточность, правосторонний гидроторакс, отек легких и мозга». Основной патологоанатомический диагноз: «центральный рак легкого, метастазы в лимфоузлы. Осложнения основного заболевания: раковая кахексия, бурая атрофия миокарда, печени, скелетных мышц. Общее венозное полнокровие и дистрофические изменения паренхиматозных органов, отек головного мозга с дислокацией ствола. Налицо расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов второй категории».

Медицинская помощь на амбулаторном этапе заключалась в том, что пациент состоял на диспансерном учете по поводу ИБС и язвенной болезни желудка, было проведено рентгенологическое исследование грудной клетки, пациент был направлен на лечение в стационар по поводу аритмии. Проводилась и терапия неврологического заболевания. При этом пациент с тяжелой формой ХОБЛ не состоял на диспансерном учете по поводу именно этой болезни, а главное — не была выполнена мультиспиральная КТ легких пациенту с высоким риском онкологического заболевания: пациент был активный курильщик, и у него была хроническая патология бронхолегочной системы. Теперь о том, что не было сделано на стационарном этапе. При нарастании симптомов дыхательной недостаточности не в полном объеме был выполнен онкологический поиск. Я имею в виду бронхоскопию и опять-таки мультиспиральную КТ. Не было проведено цитологическое исследование плевральной

жидкости, полученной после торакоцентеза. Были недооценены факты одностороннего характера плеврита, значительной потери веса в короткий промежуток времени — 20% за 2 последних месяца.

— У больного не было никаких специфических симптомов, которые позволили бы заподозрить рак легкого?— спросил Леонид Печатников.

— Мелкоклеточный рак легкого — это опухоль, возникающая из мультипотентных стволовых клеток эпителия центральных крупных бронхов. Она протекает весьма агрессивно и проявляется высокой чувствительностью к химио- и лучевой терапии. На ранних стадиях это заболевание протекает практически бессимптомно, — ответил Игорь Хатьков. — 97% случаев мелкоклеточного рака связано с курением. Данную опухоль отличает раннее метастазирование в головной и костный мозг, печень. И только после появления метастазов наступает быстрое развитие симптомов заболевания. К ним относится одышка, кашель, кровохарканье, боли в груди, синдром сдавления верхней полой вены, а также, о чем уже говорил предыдущий рецензент, высокая частота паранеопластических синдромов. Проявлениями этих синдромов становятся, в частности, нарушения сердечного ритма.

В 2015 году в Москве смертность по причине этого вида рака составила 1,887 случая на 100 тыс. населения, а заболеваемость — 2,671 случая. По распространенности рак легких и бронхов занимает в нашем городе четвертое место после опухолей молочной железы, колоректального рака и рака простаты. Стадия процесса — решающий прогностический фактор для исхода заболевания. Только 5% больных имеют шансы излечения химиолучевой терапией. Усредненная медиана выживаемости составляет 10 месяцев, причем при локальной форме этого рака медиана выживаемости составляет 17 месяцев, а при распространенной форме — всего 7. Выживаемость больных с мелкоклеточным раком легкого не изменилась за последние 25 лет.

— А как сегодня осуществляется скрининг рака легкого, — поинтересовался Леонид Печатников.

— Низкодозовая КТ органов грудной клетки должна проводиться ежегодно, — объяснил Игорь Хатьков. — Применение с целью скрининга рака легкого рентгенографии грудной клетки и цитологического исследования мокроты не позволяет снизить смертность от этой болезни. В программу скрининга должны включаться лица в возрасте 55–77 лет, курящие или прекратившие курить за последние 15 лет, а также люди, курящие на момент начала скрининга 30 и более пачко-лет.

Итоги клинической конференции подвел Леонид Печатников:

— Мне очень жаль, что в описании вскрытия пациента не был отражен целый ряд легочных и сердечно-сосудистых заболеваний. Это ХОБЛ, эмфизема легких, пневмосклероз, хронический бронхит курильщика, а также правосердечная недостаточность и легочная гипертензия. Патологоанатомы из ГКБ № 51, неожиданно увидев на секции признаки рака, как бы решили, что вопрос с этим больным закрыт, и дальше вскрывать не стали. У меня создалось именно такое впечатление. И мне казалось, что это упущение будет замечено в рецензии Олега Орехова. Однако его настолько увлекли проблемы паранеопластических синдромов, присутствие которых можно было только заподозрить у этого больного, но они не были подтверждены никакими исследованиями, что наш коллега практически не обратил внимания на эти недоработки патологоанатомов. И представил точно такой же заключительный диагноз, какой мы получили из ГКБ № 51. Однако было ли достаточно всех перечисленных заболеваний, чтобы больной скончался? Скорее всего, нет. Он бы еще пожил до того, пока рак не начал агрессивно метастазировать. Но наступление его

смерти могла ускорить одна ошибка врачей. Вспомним, что кардиологи главным образом занимаются левым желудочком, а пульмонологи — правым. Это их вотчина потому, что гипертрофия этого отдела сердца, как и правожелудочковая сердечная недостаточность и застой по малому кругу кровообращения, обычно развиваются из-за заболеваний легких. На фоне легочного сердца и собственного растяжения правый желудочек становится чрезвычайно чувствителен к сердечным гликозидам. И больным с «правожелудочковыми проблемами» мы предпочитаем не назначать эти лекарства, поскольку они часто становятся пусковыми факторами для фатальных нарушений ритма сердца. На фоне же усугубления под влиянием приема сердечных гликозидов правосердечной недостаточности нередко возникает мелкая тромбоэмболия ветвей легочной артерии. Она и становится причиной смерти в этих ситуациях. Пациент получал сердечные гликозиды во время обеих госпитализаций, тогда как эти лекарства были противопоказаны ему. Считаю, что такое лечение, если и не стало причиной его смерти, то могло ухудшить его состояние. Считаю, что руководству Департамента здравоохранения города Москвы необходимо проверить работу ГП № 209, а также ГКБ № 51 в отношении отделения неотложной кардиологии и патологоанатомического отделения. Считаю, что и в поликлинике, и в стационаре диагностика проводилась на низком уровне. А в ГКБ №51 то же относится к лечению кардиологических больных и к секционной работе патологоанатомов.



**НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА**

Организация деятельности медицинского персонала в соответствии с национальными стандартами является основой для оценки полноты и качества выполняемых услуг, их стоимости; защиты прав персонала и пациента. Сотрудничество медицинских организаций с нашим институтом призвано способствовать этому.



**ЮЛИЯ БУРКОВСКАЯ**

НАУЧНЫЙ СОТРУДНИК ОТДЕЛА ИССЛЕДОВАНИЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

“ Конечной целью внедрения стандартов медицинской помощи является достижение наилучших возможных результатов для людей

- УЧАСТИЕ В АДАПТАЦИИ СТАНДАРТОВ И ТЕХНОЛОГИЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ОРГАНИЗАЦИЯХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
- МЕТОДИЧЕСКАЯ И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
- АНАЛИЗ И МОНИТОРИНГ В ОБЛАСТИ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК ОСНОВА ДЛЯ ПРИНЯТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ

**www.niozmm.org**  
+7 (495) 951-20-54  
niozmm@zdrav.mos.ru  
115184, Москва,  
Большая Татарская, 30

# ПРОБЛЕМА — НЕЗНАНИЕ ПРОПЕДЕВТИКИ

На общегородской клиничко-анатомической конференции, состоявшейся 24 октября 2016 года, обсуждалась история болезни пациента, причиной смерти которого стал антифосфолипидный синдром.

## Поликлиника

Излагать историю ведения пациента начала главный врач городской поликлиники № 36 ДЗМ Елена Тихоновская:

— Пациент, 59 лет, клинический случай которого мы обсудим, проживал на территории обслуживания филиала № 2 нашего центра. Впервые в жизни пациент был госпитализирован 19 марта 2008 года в ГКБ № 15 ДЗМ с подозрением на венозный тромбоз мезентериальных сосудов. Была произведена резекция тонкой кишки протяженностью 225 см. Больной был выписан в удовлетворительном состоянии. Следующая госпитализация состоялась в августе 2008 года в ту же больницу по поводу желудочно-кишечного кровотечения. Диагноз при выписке был сформулирован как цирроз печени в стадии компенсации, варикозное расширение вен пищевода, состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение, анемия смешанного генеза и острый пиелонефрит.

По словам Елены Тихоновской, очередная госпитализация пациента после этого была проведена уже 25 сентября 2008 года в ГКБ № 20. В клинике была выполнена гастротомия с закрепляющим прошиванием варикозно расширенных вен желудка и пищевода. Учитывая сложность совокупности диагнозов у данного пациента, он был направлен на консультацию в Гематологический научный центр Минздрава РФ. По результатам выполненной там трепанобиопсии в костном мозге первичного патологического процесса обнаружено не было. Однако был впервые поставлен диагноз антифосфолипидного синдрома с циркулирующим волчаночным антикоагулянтом (АСВА). После трех госпитализаций пациент обратился в поликлинику № 36 для оформления 2 группы инвалидности. После этого он регулярно наблюдался в поликлинике.

## ОТ РЕДАКЦИИ

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

— А почему был поставлен диагноз цирроза печени, а не, например, вирусный гепатит? — поинтересовался Леонид Печатников.

— Больной неоднократно обследовался по поводу гепатитов В и С, — ответила Елена Тихоновская. — Но вирусносительство не подтвердилось. В ходе операции гастротомии была выполнена и биопсия печени. В заключении патоморфолога указано: формирующийся цирроз печени смешанного генеза.

— Были ли назначены пациенту антикоагулянты как золотой стандарт фармакотерапии при АСВА? — спросил Леонид Печатников.

— Нет, в течение 2008 года эти лекарства не назначались, — сказала Елена Тихоновская. — Это было упущение моих коллег. Переходим теперь к 2009 году. В течение 2009 года пациент госпитализировался дважды. В феврале он лечился в ГКБ № 20 по поводу повторного тромбоза воротной вены и ее притоков, а также динамической кишечной непроходимости. Там пациенту впервые был назначен антикоагулянтный препарат варфарин в дозе 5,0 мг в сутки, который впоследствии он принимал регулярно.

— Вторая госпитализация в 2009 году состоялась в марте и опять в ГКБ № 20, — продолжила Елена Тихоновская. — В условиях стационара пациенту проводилась гемостатическая терапия и подбор антикоагулянтов. Была рекомендована дозировка варфарина 2,5–5,0 мг под контролем МНО.

3,95 единицы. Врач выписал варфарин в дозе 5,0 мг в сутки. В последующем контроль МНО проводился нерегулярно, но периодически этот анализ все же выполнялся. И пациент, как мы знаем, постоянно принимал варфарин. В декабре 2009 года пациент был снова проконсультирован в Гематологическом научном центре. Диагноз АСВА был подтвержден.

— Подведем итоги 2008—09 годов, — предложил Леонид Печатников. — Проводится терапия варфарином под не очень надежным контролем МНО. Основные диагнозы таковы: «антифосфолипидный синдром», «цирроз печени с портальной гипертензией и периодическими кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка». Но после того, как больному легировали вены пищевода, кровотечения уже не повторялись?

— Нет, — ответила Елена Тихоновская. — И поскольку портальная гипертензия была, как тогда казалось, связана с циррозом печени, то к началу 2010 года оставались только два подтвержденных диагноза: АСВА и «цирроз печени».

Как рассказала Елена Тихоновская, в 2010 году больной был проконсультирован в Центре молекулярной генетики, а также госпитализировался в ЦНИИ гастроэнтерологии Минздрава России.

— Обращаю внимание, — сказала Елена Тихоновская, — что в ЦНИИ гастроэнтерологии пациент обследовался и по поводу стойкой доброкачественной

### Диагноз при выписке из ГКБ № 20

Наследственная тромбофилия. Повторные тромбозы и гипертензия сосудов портальной системы. Состояния после резекции тонкой кишки, а также гастротомии и прошивания варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Кумуляция антикоагулянтных препаратов. Спонтанная гематома правой ягодичной области. Микрогематурия.

— В апреле 2009 года, — заметила Елена Тихоновская, — уже в условиях нашей поликлиники для пациента продолжился контроль МНО. Этот показатель при первом определении соответствовал

гипербилирубинемии, которая была обусловлена повышением уровня непрямой фракции билирубина. Было установлено, что уровень прямого билирубина при этом оставался в норме.

### Обобщенный диагноз по итогам консультаций в Центре молекулярной генетики и ЦНИИ гастроэнтерологии Минздрава России

Хронический гепатит неуточненной этиологии минимальной активности. АСВА. Повторные тромбозы сосудов портальной системы. Внепеченочная портальная гипертензия. Варикозные расширения и кровотечения вен пищевода и желудка. Резекция тонкой кишки по поводу ее некроза и в связи с венозным тромбозом мезентеральных сосудов. Синдром короткой тонкой кишки. Тромбоцитопения смешанного генеза (гиперспленизм и АСВА). Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Хронический гастрит. Синдром Жильбера под вопросом.

— Что совершенно нехарактерно для цирроза печени, — прокомментировал Леонид Печатников. — В итоге диагноз цирроза был снят?

— Верно, — подтвердила Елена Тихоновская. — И дальше указанный диагноз сохранялся в истории болезни пациента для того, чтобы сохранить ему статус инвалида.

При выписке из ЦНИИ гастроэнтерологии больному было рекомендовано лечение варфарином под контролем МНО, карсилем, ферментами, наблюдение гастроэнтеролога и гематолога по месту жительства, а также консультация в Клинике нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева. По итогам этой консультации диагнозы АСВА и синдрома Жильбера подтвердились.

— В течение всего 2010 года пациент регулярно наблюдался в нашей поликлинике, — продолжила Елена Тихоновская. — В конце сентября лечащий врач направил его на консультацию к онкологу. Поскольку этот специалист поставил предварительный диагноз «реактивная лимфаденопатия», решено было госпитализировать пациента для углубленного обследования в отделение химиотерапии лейкозов Гематологического научного центра. Там с 27 января по 14 марта 2011 года пациент проходил многосторонние обследования. Онкологической патологии выявлено не было, в том числе и по результатам повторной трепанобиопсии. К тем диагнозам, о которых я уже сообщала, после обследования в Гематологическом научном центре добавились следующие: «мочекаменная болезнь», «гастро- и колит», «иммунная цитопения».

Как уточнила Елена Тихоновская, в Гематологическом научном центре была выполнена КТ легких и грудной клетки больного.

других расстройств системы крови показатели МНО имели плавающий характер. Это очень затрудняло контроль МНО. Была назначена фолиевая кислота и антитромботическое и гиполипидемическое средство сулодексид. Этот препарат угнетает агрегацию тромбоцитов, понижает содержание фибриногена в плазме крови, повышает уровень активатора тканевого плазминогена и снижает содержание в крови ингибитора тканевого плазминогена. Добавлю, что в 2011 году пациент также лечился в стационарах по поводу правосторонней паховой грыжи, а также обострения хронического правостороннего гнойного мезотимпанита и хронической нейросенсорной тугоухости.

2012 год прошел для пациента относительно спокойно, без признаков прогрессирования его основного заболевания и ухудшения состояния. Пациент постоянно наблюдался участковым терапевтом, гематологом и онкологом. За это время была только одна госпитализация — в ГКБ № 68. Диагноз при выписке: АСВА, «мочекаменная болезнь, рентгеноотрицательный камень в левой почке, камень в нижней трети левого мочеточника; почечная колика слева», которая была купирована медикаментозно.

В течение первой половины 2013 года пациент чувствовал себя удовлетворительно и только в июне обратился в поликлинику. Участковый врач-терапевт поставил предварительный диагноз «ТЭЛА мелких ветвей легочной артерии и внебольничная пневмония», затем вызвал бригаду СМП. Однако пациент от госпитализации отказался. Рентгенография легких от 24 июня подтвердила диагноз нижнедолевой пневмонии слева.

— В июле этого года, — продолжила Елена Тихоновская, — было проведено разностороннее обследо-

#### **Заключение по КТ от 28 января 2011 года, проведенного в Гематологическом научном центре**

Обнаружены изменения легочной паренхимы в заднебазальных сегментах левого легкого. Данные нарушения следует дифференцировать с карнифицирующей пневмонией и пневмофиброзом.

— Итак, в начале 2011 года к «пышному букету» диагнозов нашего больного добавилась еще и патология легких? — уточнил Леонид Печатников.

— Совершенно верно, — согласилась Елена Тихоновская. — И еще в этом году для больного было отменено лечение варфарином. Причина в том, что из-за рецидивирующих носовых кровотечений и комплекса

визуальных изменений в условиях поликлиники. По данным ЭКГ был выявлен синусовый ритм без признаков очаговой патологии. Эхокардиография не обнаружила проявлений легочной гипертензии. В анализе крови единственными отклонениями были умеренные гипербилирубинемия, лейкоцитоз без сдвига лейкоцитарной формулы влево, небольшое увеличение

показателя активированного частичного тромбопластинового времени на коагулограмме. Анализ мочи оказался без особенностей. Общий билирубин и МНО в пределах нормы. В ходе единственной для этого больного госпитализации в 2013 году были выполнены повторный рентген органов грудной клетки, а также КТ и сцинтиграфия этой части тела. Диагноз «ТЭЛА» не подтвердился. Все остальные пульмонологические показатели были в пределах нормы.

В 2014 году больной продолжал принимать сулодексид и неоднократно осматривался терапевтом в поликлинике.

В апреле пациент прошел лечение в ГКБ № 68 по поводу мочекаменной болезни, где ему была выполнена дистанционная литотрипсия конкремента в верхней трети мочеточника. Операция прошла успешно, но в течение всех последующих месяцев 2014 года пациент неоднократно вызывал бригады СМП в связи с обострениями мочекаменной болезни. После введения обезболивающих препаратов и медикаментозного купирования колик пациент, как правило, отказывался от госпитализаций.

— В 2015 году пациент еще чаще вызывал бригаду СМП в связи с его нефрологическим заболеванием, — подчеркнула Елена Тихоновская. — Но при анализе медицинских документов, которые заполняли врачи СМП, у нас сложилось впечатление, что больного беспокоили не только почечные колики. Так, приехавшая 20 апреля 2015 года бригада СМП доставила пациента в ГКБ № 57 по поводу желудочно-кишечного кровотечения.

—То есть у него все-таки был рак? — спросил Леонид Печатников.

— Действительно, вопрос метастатического поражения легких был поставлен на повестку дня, — ответила Елена Тихоновская. — Подозрения на опухолевую болезнь у этого пациента усилились после его второй за 2015 год госпитализации в октябре в ГКБ № 13. В этом стационаре больному была снова выполнена КТ органов грудной клетки.

— Не хотелось бы еще больше усложнять крайне запутанную диагностическую картину у пациента, — заметила Елена Тихоновская, — но сообщу, что в ГКБ № 13 были выставлены два новых диагноза. Это «остеопороз», который в сочетании с метастатическим поражением мог вызвать компрессионные переломы грудных позвонков, и «системная красная волчанка хронического течения с проявлениями серозита». Пациент был направлен на консультации в НИИР им. В.А. Насоновой и РОНЦ им. Н.Н. Блохина. И еще об одном осложнении состояния пациента: с начала 2015 года у него периодически наступали эпизоды гипертермии до 40 °С. Они происходили один раз в 2–3 месяца и продолжались в течение 1–2 дней. Пациент купировал такие приступы самостоятельно. До консультации ревматологами вопрос о том, из-за чего наступала столь выраженная лихорадка, оставался неясным.

— Согласитесь, коллеги, насколько замечательными были результаты обеих консультаций! — сказал Леонид Печатников, обращаясь к залу. — В НИИР сказали: данных за системную красную волчанку у вас нет. А чем болеете и как вас лечить — неизвестно. Словом, живите дальше как можете с вашими проблемами. Мы тут ни при чем. В РОНЦ им. Н.Н. Блохина сказали: у вас 4-я стадия

#### Диагноз при выписке из ГКБ № 57

АСВА, внепеченочная форма портальной гипертензии, асцит. Варикозно расширенные вены пищевода и желудка 3 степени. Желудочно-кишечное-кровотечение. Перевязка варикозно расширенных вен пищевода в анамнезе. Анемия смешанного генеза средней тяжести. Подозрение на метастазы в легкие.

#### Заключение по результатам КТ в ГКБ № 13

Картина периферических образований в нижней доле правого легкого с прорастанием в плевру под вопросом. Изменения в 8-м сегменте левого легкого необходимо дифференцировать между перибронхиальным ростом и пневмонией. Деструкция тел 8 и 11 грудного позвонка, вероятнее всего, метастатического характера. Жидкость в плевральной полости. Рекомендована консультация онколога в связи с выявленными изменениями в легких и позвонках.

### **Заключение по итогам консультации в НИИР им. В.А. Насоновой**

Данных за системную волчанку нет. На фоне синдрома резецированного кишечника развился остеопороз, который привел к компрессионным переломам грудных позвонков с интенсивным болевым синдромом. С целью обезболивания пациент неадекватно принимал НПВС (диклофенак). Это привело к токсическому эффекту и усугубило уже имеющееся снижение уровня гемоглобина, лейкоцитов, тромбоцитов вплоть до агранулоцитоза. Последнее нарушение сопровождалось лихорадкой, присоединением вторичной пульмонологической инфекции, повышением острофазовых показателей.

### **Заключение по итогам консультации в РОНЦ имени Н.Н. Блохина**

Нельзя исключить периферический рак правого легкого с метастазами в легкие, а также двусторонний плеврит, перикардит. Однако, учитывая выраженную множественную сопутствующую патологию, специфическое противоопухолевое лечение не показано, что в настоящее время делает верификацию диагноза нецелесообразной. Показано наблюдение онколога, гематолога, ревматолога, а также повторная консультация в Гематологическом научном центре на предмет возможности выполнения торакоскопии и биопсии узловых образований в легком.

периферического рака легкого со всеми осложнениями. Но это не окончательный диагноз. А вот что у вас на самом деле и как вас лечить, мы сказать не можем. Потому что вы — очень сложный полиморбидный пациент. Теперь продолжим нашу историю. Что же принес больному 2016 год?

Как сообщила Елена Тихоновская, 11 февраля 2016 года пациент был помещен в ГКБ № 15.

— 19 февраля 2016 года анализ мокроты больного не обнаружил ни атипичных, то есть опухолевых клеток, ни кислотоустойчивых микобактерий, — добавила Елена Тихоновская. — Выполненный в тот же день цитологический анализ плевральной жидкости выявил геморрагический выпот с лимфоцитарной реакцией, единичные нейтрофильные лейкоциты, много клеток мезотелия. Но опухолевые клетки найдены не были.

### **Заключение по КТ грудной клетки и позвоночника 6 апреля 2016 года, РОНЦ им. Н.Н. Блохина**

Данных за опухолевое поражение легких нет. Сохраняются деструктивные изменения тел и уплотнение паравертебральных тканей на уровне Th8-Th11 позвонков.

### **Заключение по МР томографии грудной клетки, позвоночника, органов брюшной полости 29 апреля 2016 года, РОНЦ им. Н.Н. Блохина**

Изменения в грудном отделе позвоночника в большей степени соответствуют спондилиту (вероятно, специфической этиологии — туберкулез?) с формированием патологических компрессионных переломов тел Th9-Th10 позвонков. Признаки компрессии спинного мозга и нервных корешков. Выраженная спленомегалия. Убедительных данных за опухолевое поражение грудного отдела позвоночника нет.

### **Консультация онколога 5 мая 2016 года, РОНЦ им. Н.Н. Блохина**

Согласно данным КТ и МР обследований, а также динамического наблюдения, опухолевой патологии не выявлено. Узловые образования в легких в настоящее время не определяются. Данных за метастатическое поражение костей скелета нет. Рекомендовано наблюдение ревматолога, терапевта, гематолога и ортопеда в амбулаторных условиях.

### Диагноз при поступлении в ГКБ № 15

Первичный АСВА. Наследственная тромбофилия. Рецидивирующие тромбозы глубоких вен голеней, мезентеральных, печеночных вен. Посттромбофлебитический синдром правой нижней конечности. Образования в s9 и s10 правого легкого. Гидроторакс слева. Деструкция тел Th8-Th11 позвонков. Мочекаменная болезнь. Кисты правой почки. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, ремиссия.

— Значит, онкологический диагноз был снят? — спросил Леонид Печатников.

В подтверждение этого предположения Елена Тихоновская привела следующие данные.

— В связи с сильными болями в спине, которые беспокоили пациента с 2015 года, он продолжил принимать в дополнение к сулодексиду препараты из группы НПВС, — продолжила Елена Тихоновская. — 15 мая пациент был помещен в ГКБ № 68 с повторным желудочно-кишечным кровотечением. Следующая госпитализация состоялась 28 августа 2016 года. Бригада СМП доставила больного в ту

же больницу с направительным диагнозом: «инсульт под вопросом и неспецифический спондилит Th9-Th11 позвонков».

### Стационар

— Пациент поступил к нам 28 августа 2016 года в 22:40 и провел в больнице 4 дня, — сообщил заместитель главного врача по медицинской части ГКБ № 68 Николай Карпун. — По данным бригады СМП, поводом для госпитализации явилось то, что еще 27 августа родственники обратили внимание на нарастание общей слабости больного, появление

### Первичный осмотр врачом-неврологом в смотровом кабинете ОРИТ ГКБ № 68

Общее состояние пациента тяжелое. Больной пониженного питания, в сознании, заторможен, самостоятельно не передвигается. На вопросы отвечает правильно, односложно. Оценка по шкале комы Глазго — 13 баллов. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо, тургор кожи снижен. Кожные покровы бледные. Склеры иктеричные. Рост 177 см. Вес 60 кг. ИМТ = 19,1 кг/м<sup>2</sup>. Температура тела 36,7 °С. Отмечается пастозность голеней.

#### Органы дыхания

Аускультация: в легких дыхание проводится с обеих сторон. В нижних отделах, больше справа, оно ослаблено. ЧДД — 20 в минуту.

#### Органы кровообращения.

АД = 105/60 мм рт. ст. Пульс — 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

#### Органы пищеварения

Язык сухой, обложен белым налетом. Печень увеличена, выступает из-под края реберной дуги на 4 см, край печени плотный.

#### Неврологический статус

Умеренно выраженный нижний парапарез. Тонус мышц уменьшен с двух сторон. Сила в нижних конечностях снижена до 3 баллов. Тазовые функции не контролирует. Данное нарушение может быть обусловлено миелопатией грудного отдела спинного мозга вследствие деструкции тел Th9-Th11 позвонков. Ношение памперса. На момент осмотра убедительных клинических данных за острое нарушение мозгового кровообращения нет. Назначена нейровизуализация головного мозга.

### Мультиспиральная компьютерная томография головного мозга 29 августа 2016 года в ГКБ № 68

Очаговых изменений головного мозга не выявлено. Умеренно выраженная наружная гидроцефалия. Правосторонний отосклероз.

Рисунок 1. Общий и биохимический анализы крови

Показатель	29.08.2016 00:10
Эритроциты (RBC) [ $10^{12}/л$ ]	2,3
Гематокрит (HCT) [%]	18,7
MCV [фл]	81
Гемоглобин (HGB) [г/л]	64
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH) [пг]	28,0
МСНС [г/л]	344
Тромбоциты (PLT) [ $10^9/л$ ]	49,0
Лейкоциты (WBC) [ $10^9/л$ ]	8,6
Лимфоциты [%]	9,6
Моноциты [%]	3,0
Гранулоциты [%]	87,4

Рисунок 2. Биохимический анализ крови

Показатель	29.08.2016 23:43
Общий белок [г/л]	62,1
Мочевина [ммоль/л]	30,4
Креатинин [мкмоль/л]	627,6
Билирубин общий [мкмоль/л]	33,9
Холестерин общ. [мкмоль/л]	3,4
Триглицериды [ммоль/л]	1,8
АлАТ [МЕ/л]	35,9
АсАТ [МЕ/л]	40,3
ЛДГ общая [МЕ/л]	204,5
ЩФ [МЕ/л]	170,5
КФК общ [МЕ/л]	550,8
МВ-фракция КФК [МЕ/л]	54,6

Рисунок 3. Коагулограмма

Показатель	29.08.2016 23:42
Активиров. частичное тромбиновое время [сек]	64,70
АЧТВ отношение (R)	2,193
Протромбин по Квику [%]	37,79
Протромбиновое время [сек]	20,20
МНО [ед]	1,81

Рисунок 4. КОС и газовый состав крови

Показатель	29.08.201601:30	
	Артерия	Центральная вена
pH	7,06	7,07
pO <sub>2</sub> [ммHg]	127,9	32,9
pCO <sub>2</sub> [ммHg]	13,0	18,3
sO <sub>2e</sub> [%]	96,7	49,7
F <sub>O2Hbe</sub> [%]	93,4	49,0
F <sub>NNbe</sub>	3,2	49,6
tHb [г/л]	52,00	71,00
cK <sup>+</sup> [ммоль/л]	4,17	3,92
cNa <sup>+</sup> [ммоль/л]	148,2	146,8
cCa <sup>2+</sup> [ммоль/л]	1,07	1,25
cCl [ммоль/л]	134,0	134,0
cLac [ммоль/л]	2,23	
cBase(Ecf)c [ммоль/л]	-26,7	-25,1
cHCO <sub>3</sub> (Pst)e [ммоль/л]	5,7	6,5
cGlu [ммоль/л]		5,20
p50e [ммHg]		24,4
APACHE II = 24 балла ; SOFA =11 баллов.		

### Результаты ЭКГ в ГКБ № 68

Ритм синусовый, ЧСС 74 в 1 минуту. ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Данных за острое очаговое повреждение миокарда нет.

### Рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции

Рентгенологическая картина нижнедолевой пневмонии, малого гидроторакса справа.

### УЗИ органов брюшной полости

Гепатомегалия, спленомегалия, диффузные изменения печени (повышенная эхогенность и неоднородность эхоструктуры), множественные портокавальные анастомозы. Расширение воротной вены, селезеночной вены. Почки средних размеров, паренхима однородная, признаков расширения чашечно-лоханочной системы нет. Умеренное количество свободной жидкости в брюшной полости.

### Основной диагноз в ГKB № 68

Цирроз печени класс «С» (по классификации Чайльд — Пью), стадия декомпенсации. Системная красная волчанка. Наследственная тромбофилия. Антифосфолипидный синдром.

#### Осложнения

Синдром портальной гипертензии, анемия, тромбоцитопения. Правосторонняя нижнедолевая внебольничная пневмония. Печеночная недостаточность. Хроническая болезнь печени 3 стадии. Хроническая почечная недостаточность.

#### Сопутствующие заболевания

Состояние после резекции тонкой кишки (2008 год), гастротомии с прошиванием варикозно расширенных вен пищевода (2008 год). Синдром Жильбера. Остеопороз. Неспецифический хронический спондилит тел Th9-Th11 позвонков. Миелопатия грудного отдела спинного мозга с развитием нижнего парапареза и нарушением функции тазовых органов. Мочекаменная болезнь. Конкременты обеих почек. Обострение хронического пиелонефрита.

#### Примечание

Тяжесть состояния пациента в момент его нахождения в отделении общей реанимации обусловлена полиорганной недостаточностью: почечной, энцефалопатией смешанного генеза, тяжелой анемией, коагулопатией, грубыми метаболическими и водно-электролитными нарушениями, белково-энергетической недостаточностью.

Рисунок 6. Динамика биохимических анализов крови 29.08–31.08.2016 г.

Показатель	29.08.16	29.08.16	30.08.16	31.08.16
Общий белок [г/л]	62,1	60,0	54,2	57,3
Мочевина [ммоль/л]	30,4	31,3	37,7	36,4
Креатинин [мкмоль/л]	627,6	619,2	594,6	602,3
Билирубин общий [мкмоль/л]	33,9	33,7		
Холестерин общий [мкмоль/л]	3,4			
Триглицериды [ммоль/л]	1,8			
АлАТ [МЕ/л]	35,9	37,4	35,1	39,1
АсАТ [МЕ/л]	40,3	39,6	39,7	35,4
ЛДГ общая [МЕ/л]	204,5			
ЩФ [МЕ/л]	170,5			
Билирубин прямой [мкмоль/л]			28,1	46,7
Билирубин непрямой [мкмоль/л]			118,1	165,8
Железо [мкмоль/л]			34,40	
С-РБ [мг/л]			87	
Трансферрин [г/л]			1,59	

Рисунок 7. Динамика КОС и газового состава крови 29.08–31.08.2016 г.

Показатель	29.08.16	30.08.16	31.08.16
pH	7,30	7,23	7,39
pO <sub>2</sub> [ммHg]	44,6	39,3	35,3
pCO <sub>2</sub> [ммHg]	22,1	32,7	43,3
sO <sub>2</sub> e [%]	76,0	62,7	64,4
FO <sub>2</sub> Hbe [%]	74,8	61,4	68,8
tHb [г/л]	60,00	79,00	75,00
cK <sup>+</sup> [ммоль/л]	2,61	2,80	4,18
cNa <sup>+</sup> [ммоль/л]	155,4	156,6	161,9
cCa <sup>2+</sup> [ммоль/л]	1,11	1,16	1,14
cCl [ммоль/л]	130,0	131,0	126,0
cLac [ммоль/л]	2,03		1,80
cHCO <sub>3</sub> (Pst)e [ммоль/л]	12,8	13,5	24,3
cGlu [ммоль/л]		6,60	5,80

Рисунок 8. Гемодинамика и гидробаланс при обследованиях пациента 29.08–31.09.2016 г.

Дата	29.08	30.08	31.08	01.09	01.09
Параметр	08:00	09:00	09:00	09:00	11:20
АД сист/диа	100/45	122/59	129/65	95/55	85/40
ЧСС уд/мин	81	76	65	108	122
ЦВД см вод ст	3,0	7,0	5,0	7,5	
Всего введено	1000	2850	3680	4000	2000
Диурез	300	3100	3200	4300	200
Σ гидробаланс	+700	- 1250	+480	- 300	+1800

### Заключительный клинический диагноз в ГКБ № 68

*Основной диагноз.* Цирроз печени класс «С», стадия декомпенсации. Системная красная волчанка.  
*Фоновое заболевание.* Синдром Жильбера.

*Осложнения.* Антифосфолипидный синдром, панцитопения, асцит, портальная гипертензия, гепаторенальный синдром, гипербилирубинемия. Рецидивирующие кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода, к которым присоединилось массивное желудочно-кишечное кровотечение 01.09.16. Пневмония, малый гидроторакс, рецидивирующий тромбоз глубоких вен голени, мезентериальных и печеночных вен. Отек легких и мозга.

Сопутствующие заболевания указаны так же, как и при поступлении больного в стационар 28 сентября.

заторможенности. Он стал хуже вступать в контакт, снизилась самокритичность, поведение стало неадекватным.

После обследований в связи с тяжестью состояния пациент был оставлен в отделение общей реанимации. Утром 29 августа ему были выполнены общий и биохимический анализы крови, определение коагулограммы, а также кислотно-основного состояния (КОС) и газового состава крови.

— По результатам этих анализов обращает на себя внимание выраженная анемия, тромбоцитопения, гипокоагуляция, умеренная гипопроотеинемия, признаки почечной недостаточности, выраженный метаболический ацидоз на стадии декомпенсации, — сообщил Николай Карпун.

29 августа были проведены и инструментальные обследования больного.

— Мы тщательно изучили все предыдущие обследования и диагнозы больного, как и данные наших анализов. В результате мы сформулировали диагноз, отличающийся от предыдущих и особенно от самых последних, которые были выставлены в этом году, — продолжил Николай Карпун.

— На каком основании был выставлен диагноз цирроза печени? — уточнил Леонид Печатников.

— Судя по клиническим признакам и результатам анализов, — ответил Николай Карпун.

— Вот и разберемся в этом вопросе, — предложил Леонид Печатников. — Известно четыре синдрома, на основании которых уточняется диагноз «цирроз печени». Первый из них — синдром цитолиза. Он характеризуется прежде всего повышением уровня трансаминаз, то есть гиперферментемией, наступающей из-за некроза гепатоцитов. В нашем случае этого точно не было. Далее речь идет о синдроме холестаза. Его отличает повышение уровня в плазме крови прямого билирубина и щелочной фосфатазы. Но ведь такие показатели у больного З.И. были нормальными. Третий синдром — это синдром печеночной недостаточности. Мы говорим о нарушении синтетической функции печени. В этой ситуации наступает гипопроотеинемия. Но это расстройство у больного было весьма умеренное. Зато уровни протромбина и холестерина оказались в пределах нормы. Следовательно, синдрома печеночной недостаточности не было. Таким образом, из четырех синдромов цирроза печени у З.И. налицо был только один — портальная гипертензия. Этого явно недостаточно для постановки диагноза цирроза. Верно? Николай Карпун согласился с таким заключением.

— Теперь, думаю, вы поняли, о чем надо говорить с вашими докторами на ближайшей конференции. Надеюсь, что по итогам этого собрания ваши коллеги начнут ориентироваться в элементарных биохимических анализах крови. Следующим основным диагнозом вы поставили системную красную волчанку. Хотя в НИИР им. В.А. Насоновой такую болезнь у пациента не подтвердили. Тогда почему вы все-таки решили, что он страдает этой патологией?

— Подтвержденное присутствие волчаночного антикоагулянта, полисерозит и тромбоцитопения, — ответил Николай Карпун.

— Но известно, — возразил Леонид Печатников, — что волчаночный антикоагулянт, иначе говоря, иммуноглобулин класса IgG — это антитело против фосфолипидов, ферментов крови. Хотя данная молекула и получила свое название в связи с тем, что впервые была выявлена в крови у больных системной красной волчанкой, но она обнаруживается далеко не у всех таких пациентов. И она не является столь же точным признаком этого заболевания, как для антифосфолипидного синдрома. Полисерозит и тромбоцитопения тоже не считаются первостепенными признаками красной волчанки. Зато у нашего пациента никогда не было типичных проявлений красной волчанки: сыпи, характерных болей в мелких суставах по причине артрита, LE-клеточного феномена в анализах крови, гипертонии, люпус-нефрита, невро-психических синдромов и так далее. И вспомним, что системная красная волчанка — это болезнь молодых женщин. А у 59-летних мужчин она встречается исключительно редко. Таким образом, мне трудно согласиться с тем, как вы сформулировали два ключевых диагноза у больного. Как дальше развивалась ситуация с этим пациентом в вашей больнице?

— В отделении реанимации, — сообщил Николай Карпун, — проводилось лечение, направленное на коррекцию кислородотранспортной функции крови. А также инфузионно-трансфузионная, антибактериальная, гепатопротекторная, противоязвенная терапия. Выполнялись переливания эритроцитной массы и сверхзамороженной плазмы, как и кристаллоидных комбинированных растворов. Были назначены препараты ингибиторы протонной помпы. Пациент получал энтеральное и парентеральное питание с целью коррекции белковой и энергетической недостаточности. Однако динамика лабораторных анализов крови, показателей сердечной деятельности и гидробаланса развивалась как резко отрицательная и жизнеугрожающая.

Как сообщил далее Николай Карпун, 1 сентября в 07:45 у пациента развилось профузное кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Это подтвердили результаты экстренной эзофагогастродуоденоскопии. Ухудшение состояния пациента было обусловлено как состоявшимся массивным кровотечением, так и прогрессирующей анемией, коагулопатией, полиорганной недостаточностью.

Был установлен зонд Блэкмора. Но при контроле оказалось, что кровь по зонду не поступает. Была также начата трансфузионная и поддерживающая вазопрессорная терапия. В 09:00 пациента перевели на искусственную вентиляцию легких. Проявления энцефалопатии и ухудшения сердечно-сосудистой деятельности нарастали, несмотря на проводимые реанимационные мероприятия. В 12:00 была констатирована биологическая смерть пациента.

### Патолого-анатомическое заключение

Результаты патолого-анатомического исследования больного представила заведующая патолого-анатомическим отделением ГКБ № 68 Людмила Гундорова:

— В нижней трети пищевода были обнаружены эрозии над варикозно расширенными венами. Значительная часть тонкой кишки отсутствует. В плевральных полостях распространены спайки в области верхушек. По 300 мл прозрачной желтоватой жидкости присутствует справа и слева. Листки плевры тусклые, шероховатые. При вскрытии брюшной полости отмечен тромбоз воротной вены, а также ее вне- и внутривенных ветвей. Печень весом 2400 граммов, на разрезе коричневая, со множественными тромбами в просветах внутривенных ветвей воротной вены. Структура печени не нарушена. Почки имели размеры 9 x 6 x 3,5 см каждая. Вокруг правой почки паранефральная клетчатка

### Патолого-анатомический диагноз

*Основное заболевание.* Системная красная волчанка: фокальный мезангиальный пролиферативный гломерулонефрит, полисерозит (ограниченный фиброторакс, слипчивый перикардит), антифосфолипидный синдром (распространенный венозный тромбоз в портальной системе), гематологические нарушения (анемия, лейкопения, тромбоцитопения).

*Сочетанные заболевания.* МКБ: множественные камни чашечек обеих почек. Хронический двухсторонний пиелонефрит в стадии обострения с явлениями апостематоза. Туберкулема нижней доли правого легкого с диссеминацией процесса (множественные милиарные очаги в нижней доле). Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Атеросклероз коронарных артерий. Резекция тонкой кишки по поводу мезентериального тромбоза. Гастротомия с прошиванием расширенных вен пищевода и желудка. Синдром Жильбера.

*Осложнения.* Внепеченочная портальная гипертензия вследствие тромбоза портальной системы. Гепатоспленомегалия, асцит, двухсторонний гидроторакс. Варикозное расширение вен пищевода с состоявшимся кровотечением, острая постгеморрагическая анемия. Печеночно-почечная недостаточность. Паренхиматозная желтуха. Кахексия.

### Заключение о причине смерти

Смерть больного наступила от системной красной волчанки, сопровождавшейся антифосфолипидным синдромом в сочетании с мочекаменной болезнью и туберкулезом легких, осложнившихся внепеченочной портальной гипертензией и кровотечением из варикозных вен пищевода. Непосредственная причина смерти — острая постгеморрагическая анемия.

пропитана гноем. Микроскопически в ткани почки определяется диффузная очаговая лейкоцитарная инфильтрация. Картина острых абсцессов.

— То есть, — переспросил Леонид Печатников, — имел место апостематозный или мелкоочаговый нефрит, но без признаков пиелонефрита?

— Скорее протекал комбинированный патологический процесс, — ответила Людмила Гундорова. — Теперь о том, что мы обнаружили в легких. В правом легком, в правой нижней доле был выявлен субплевральный очаг творожистого некроза размером 4 x 2 см. В этой же доле определяются множественные просовидные очажки бледно-желтого цвета до 0,3 см в диаметре. Микроскопически в этой зоне выявляется фибриноидный некроз стенки артерий, тромбы в просветах мелких артерий. А также множественные макрофаги и лимфогистиоцитарная инфильтрация. Кроме того, в обоих легких мы обнаружили множественные гранулемы с типичными клетками Пирогова — Ланганса и гиалиновыми тромбами в просветах мелких капиллярных ветвей легочной артерии. Напомню, что распространенные рецидивирующие тромбозы в разных органах с последующими кровотечениями — это и есть основной патоморфологический признак системной красной волчанки с антифосфолипидным синдромом.

## Выступления рецензентов

Первым из рецензентов выступил главный внештатный специалист по патологической анатомии ДЗМ Олег Орехов:

— Полиморфизм клинических проявлений с длительным неоднократным обследованием в стационарах, консультациями специалистов ведущих клиник города Москвы, противоречивыми диагнозами свидетельствует о крайне сложном и противоречивом в диагностическом плане случае данного пациента. В частности, патолого-анатомический диагноз больного был пересмотрен в МГНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ. Согласно заключению фтизиатров, изменения в легком соответствуют туберкулезу нижней доли правого легкого с признаками мелкоочаговой бронхогенной диссеминации (подострый процесс). Туберкулез в данном случае был расценен как сопутствующая патология. Она не сыграла решающей роли в танатогенезе. По данным патолого-анатомического вскрытия, цирроз печени не выявлен. И обнаружены массивные тромбозы в системе воротной вены. При детальном изучении протокола вскрытия диагноз

системной красной волчанки, который моя коллега сформулировала как основной, вызывает сомнения. Достоверным является только диагноз антифосфолипидного синдрома, объективно подтвержденный клинико-лабораторными данными. Это заболевание и следует считать первоначальной причиной смерти, как и смертельное кровотечение из вен пищевода.

Олег Орехов перечислил критерии диагностики системной красной волчанки, сформулированные Американской ассоциацией ревматологов (1982). К этим критериям относятся: эритема на щеках, дискоидные очаги волчанки, фотосенсибилизация, язвы в полости рта или носа, неэрозивный артрит, плеврит или перикардит, персистирующая протеинурия, судороги и психозы, гемолитическая анемия или лейкопения или тромбоцитопения, наличие LE-клеток, присутствие антител к фосфолипидам.

Наличие не менее чем 4-х из перечисленных признаков делает диагноз красной волчанки достоверным. Однако у пациента было выявлено только 2 признака.

— Считаю, что заключение о причине смерти больного, — сообщил Олег Орехов, — надо изложить следующим образом. Смерть наступила от антифосфолипидного синдрома с волчаночно-подобными проявлениями, осложнившегося рецидивирующим тромбозом воротной вены, внепеченочной портальной гипертензией и кровотечением из варикозных вен пищевода. Непосредственная причина смерти — острая постгеморрагическая анемия.

Продолжил обсуждение главный внештатный специалист ревматолог ДЗМ Евгений Жилев:

— Судя по тому, что указано в федеральных клинических рекомендациях Ассоциации ревматологов России (2013) по лечению антифосфолипидного синдрома, речь идет о симптомокомплексе, включающем рецидивирующие тромбозы, артериальные или венозные, а также гематологическую патологию, чаще включающую синдром потери плода. Антифосфолипидный синдром связан с синтезом антифосфолипидных антител. Ими могут быть антикардиолипиновые антитела, волчаночный антикоагулянт либо антитела к 2-гликопротеину. По нозологической принадлежности выделяют первичный и вторичный антифосфолипидный синдром. Первичный синдром встречается чаще и является самостоятельным заболеванием. Вторичный синдром развивается на фоне других аутоиммунных патологий. В большинстве случаев это системная красная волчанка. Антифосфолипидный синдром высокого риска, а этой болезнью и

страдал наш пациент, отличается позитивной реакцией на волчаночный антикоагулянт и наличием в плазме крови больного всех трех классов указанных мной антител. Больным с данным синдромом после первого же венозного тромбоза рекомендуется назначение антагонистов витамина К с целевым значением МНО 2,0–3,0. Затем такие пациенты должны пожизненно получать антитромботическую терапию. — Давайте уточним, какую именно, — предложил Леонид Печатников.

— Это справедливый вопрос, — ответил Евгений Жилиев, — поскольку варфарин, который сначала был назначен больному, он в дальнейшем получать больше не мог. Отмена этого лекарства была оправданной. Альтернативные подходы к лечению антифосфолипидного синдрома предполагают использование нефракционированного гепарина. Есть и данные наблюдательных исследований по применению современных пероральных антикоагулянтов, например, ривероксабана. В качестве дополнительных средств при рецидивирующих тромбозах могут использоваться гидроксихлорохин и статины.

— А сулодексид? — спросил Леонид Печатников.

— Нам не удалось обнаружить убедительных публикаций относительно применения сулодексидов для лечения антифосфолипидного синдрома, — ответил Евгений Жилиев. — Строго говоря, я нашел только одну работу в румынском журнале. Описывались три случая антифосфолипидного синдрома низкого риска. Назначение сулодексидов было малоэффективным. Поэтому выбор заменяющего варфарин препарата мне представляется сомнительным. Однако лечение развивавшихся осложнений, то есть кровотечений из вен пищевода, было адекватное и результативное. Думается, что подобрать эффективную анти тромботическую терапию для этого пациента было очень трудно. Вспомним, что у пациента были выявлены наследственные факторы риска тромбозов. Хотя ни один из них не является признаком тяжелой тромбофилии, но это, безусловно, усугубляющий фактор для течения антифосфолипидного синдрома. Еще одним усугубляющим фактором явилась кахексия. Пациент потерял 40 кг массы тела.

— И все-таки, — поинтересовался Леонид Печатников, — была ли у него системная красная волчанка? — Он не страдал этой болезнью, — подчеркнул Евгений Жилиев. — Кровь пациента практически каждый год исследовалась на антинуклеарный фактор, то есть антинуклеарные антитела. Всякий раз

результаты были отрицательными. Антинуклеарный фактор — это хороший скрининговый тест на целый ряд аутоиммунных заболеваний, как и на системную красную волчанку. Чувствительность теста в отношении данной патологии составляет 95–100%. Кроме того, все симптомы, приписываемые волчанке, у нашего пациента имели более естественное объяснение. В частности, спленомегалия была явно связана с портальной гипертензией и тромбозом селезеночной вены; тромбоцитопения и панцитопения — с гиперспленизмом, а лимфоаденопатия и серозиты — с туберкулезом. Так что диагноз системной красной волчанки я считаю абсолютно неправдоподобным. Следующим словом взял главный внештатный специалист гастроэнтеролог ДЗМ Дмитрий Бородин:

— Портальная гипертензия — это часто встречающийся клинический синдром. С точки зрения нарушения гемодинамики он характеризуется патологическим увеличением градиента давления в воротной вене. Портальная гипертензия приводит к образованию портосистемных коллатералей, через которые отводится часть кровотока из воротной вены в системный кровоток в обход печени. Причины портальной гипертензии могут быть классифицированы как подпеченочные (с вовлечением селезенки, брыжеечной или воротной вены), внутрипеченочные (заболевания печени) и надпеченочные. Это заболевания, приводящие к блокированию венозного оттока выше печени. Цирроз печени обуславливает около 90% случаев портальной гипертензии. Нецирротическая же портальная гипертензия (НПГ), которой и страдал обсуждаемый нами пациент, составляет от 10 до 20% из всех случаев развития данного синдрома. Как уточнил Дмитрий Бородин, наиболее распространенной причиной НПГ является тромбоз воротной вены. У взрослых до 70% случаев развития тромбоза обусловлены тромбофилическими синдромами, врожденными или приобретенными. Диагноз обычно подтверждают данные методов визуализации: УЗИ брюшной полости с доплерографией и КТ-ангиографическое исследование. Хронический тромбоз воротной вены характеризуется образованием коллатеральных сосудов, которые создают шунт, минуя препятствия току крови. Поэтому у пациентов с данным расстройством первым признаком портальной гипертензии часто служит эпизод кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода, которые и играют роль таких коллатералей. — Указанные расстройства наблюдались многократно у пациента, как и нередкое осложнение тромбоза воротной вены — печеночная недостаточность,

— подчеркнул Дмитрий Бородин. — Однако у части пациентов начальным признаком портальной гипертензии становится спленомегалия. Ее выраженность зависит от уровня обструкции и величины давления в портальной системе. Спленомегалия может сочетаться с гиперспленизмом — синдромом, характеризующимся анемией, тромбоцитопенией, лейкопенией и развивающимся в результате повышенного разрушения и частичного депонирования в селезенке форменных элементов крови. У пациента спленомегалия и гиперспленизм оказались весьма выраженными, но не первыми признаками НПГ.

— А почему, по вашему мнению, — спросил Леонид Печатников, — больному неоднократно выставлялся диагноз цирроза печени, потом снимался и снова всплывал?

— Причиной таких ошибок явилось нарушение принципов клинического подхода к диагностике, — пояснил Дмитрий Бородин. — Гипердиагностика цирроза печени в течение всей многолетней истории болезни пациента изначально была обусловлена ошибочным заключением, составленным в 2008 году морфологами из ГКБ № 20. В этом документе указывалось на возможную трансформацию присутствующего у больного заболевания в цирроз. Но ведь в тот период, несмотря на выраженные признаки портальной гипертензии, отсутствовали все другие клинические проявления цирроза, в частности, гепатодепрессия. В последующем не были учтены результаты обследования в ЦНИИ гастроэнтерологии в феврале 2010 года, где диагноз цирроза не был подтвержден. Основанием для отклонения такого диагноза послужили следующие аргументы. Отсутствовали признаки гепатодепрессии. И, по данным фиброэластометрии печени, изменения эластичности этого органа соответствовали лишь минимальным проявлениям фиброза. Это и позволило специалистам из ЦНИИГ расценить портальную гипертензию как имеющую нецирротический характер. В сентябре 2010 года при консультации пациента в Клинике нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева были также оценены готовые препараты пункционной биопсии печени, выполненной для данного больного еще в 2008 году в ГКБ № 20. Никаких признаков цирроза выявлено не было. И на протяжении всего периода наблюдения с 2008 года в биохимических анализах крови пациента стойко отсутствовали признаки гепатодепрессии и синдрома цитолиза. То есть уровень альбумина и трансаминаз

оставался в пределах референсных значений.

— А что вы думаете о значимости синдрома Жильбера и туберкулеза для общего развития ситуации с этим больным? — задал вопрос Леонид Печатников. — Клинической значимости в развитии заболеваний пациента синдром Жильбера не имел и мог расцениваться лишь как сопутствующее генетически обусловленное нарушение обмена билирубина, — ответил Дмитрий Бородин. — При последней госпитализации эта патология была оценена как фоновое, а не основное заболевание. Это было правильное решение. И я считаю серьезным упущением то, что пациенту с длительной лихорадкой и частыми пневмониями не проводилось углубленное обследование на туберкулез.

Одним из последних слово взял заместитель главного врача по медицинской части МГНПЦ борьбы с туберкулезом Михаил Синицин:

— Постараемся понять, в какой период времени и с какой вероятностью в легких пациента могли развиваться специфические для туберкулеза изменения. Еще с 2010 года он периодически предъявлял жалобы, характерные для поражения респираторной системы. И при лучевых исследованиях органов грудной клетки выявлялись изменения, которые прослеживались вплоть до 29 августа 2016 года и позволяли заподозрить диагнозы: «пневмония», «опухоль легкого», «плеврит», «ТЭЛА». Но эти изменения не были характерны для туберкулеза. А имевшиеся жалобы полностью укладывались в поставленные «нетуберкулезные» диагнозы. Однако вероятность заболеть туберкулезом у данного пациента была намного выше, чем среднепопуляционная для его сверстников. Пациент имел целый ряд оснований для отнесения в группу риска по развитию туберкулеза. В первую очередь это несколько заболеваний, приведших к серьезным нарушениям в системе пищеварения. Пациент не мог полноценно питаться. Наступила кахексия. Он не мог быть компенсированным по белковому, углеводному, жировому составу, микроэлементам. Все это могло способствовать развитию иммунодефицитного состояния, снижению реактивности организма и повышению риска активизации микобактериальной инфекции. Поэтому серьезнейшей ошибкой в ведении этого пациента оказалось то, что он был осмотрен фтизиатром только раз в 2010 году, в Клинике нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева, где было выдано заключение, согласно которому данных за туберкулез у пациента нет. Было рекомендовано дообследование в объеме иммунологических

**Заключение по рецензии Е.М. Богородской и М.В. Сеницына, специалистов МГНПЦ борьбы с туберкулезом**

У пациента было весьма вероятным присоединение туберкулезной инфекции на фоне основного заболевания, сопровождающегося нарушением переваривания и всасывания в ЖКТ, свертываемости крови, периодическими эпизодами иммуносупрессивной терапии. Однако настороженность специалистов различных медицинских организаций в отношении туберкулеза у этого больного из группы высокого риска проявлена не была. В результате диагноз туберкулеза прижизненно не был установлен. Пропуск туберкулеза при последней госпитализации больного не мог повлиять на исход заболевания.

тестов и КТ органов грудной клетки в динамике. Но пациент эти обследования не прошел. И больше ни разу не обращался к фтизиатрам, хотя в ходе различных консультаций, которые он проходил в 2010—16 годах, ему рекомендовались осмотры у фтизиатра. Главную вину за это, по-моему, несут поликлинические участковые терапевты. Это они должны были убедить пациента в необходимости обращения к фтизиатрам.

Итог обсуждению подвел Леонид Печатников:

— Ситуация с этим пациентом действительно была очень сложная. Лечение достаточно редкого заболевания антифосфолипидного синдрома — это трудная проблема и для терапевтов, и для хирургов. Но очень досадно то, что в обсужденном нами случае возникли и проблемы отнюдь не научно-медицинского характера. Не один, а многие специалисты московского здравоохранения в течение многих лет не могли поставить правильный диагноз на стадии, когда это уже вполне можно было сделать. Только на

основании портальной гипертензии несколько раз выставлялся ошибочный диагноз цирроза печени. Лишь по причине выявления волчаночного антикоагулянта, но без каких-либо характерных признаков системной красной волчанки выставлялся диагноз этого заболевания. Кроме гипердиагностики двух этих патологий, красной нитью через все историю болезни проходила и гипердиагностика рака. И мы, безусловно, несем ответственность за то, что у этого пациента вовремя не был диагностирован туберкулез. Убежден, что весь арсенал врачебных ошибок, о которых мы сегодня узнали, основан на одном — незнании пропедевтики. Я прошу присутствующих здесь руководителей обратить особое внимание на познания ваших подчиненных в области пропедевтики как учения о методах распознавания болезней. Эту науку они должны знать назубок, и без понимания пропедевтики никакие самые современные методы анализов не помогут правильно поставить диагноз.



**НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА**

Осуществляет научно-практические разработки в области внедрения систем менеджмента качества (СМК) в сфере здравоохранения



**АЛЕКСАНДР ЦИБИН**

НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ОРГАНИЗАЦИИ И КОНТРОЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ:

“ Эффективное функционирование системы здравоохранения невозможно без повсеместного внедрения принципа стандартизации и полноценного контроля за его соблюдением в повседневной работе врача.

- ПОДГОТОВКА К ВНЕДРЕНИЮ СИСТЕМ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В РАЗЛИЧНЫХ СФЕРАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
- ПРОВЕДЕНИЕ ОБУЧАЮЩИХ СЕМИНАРОВ И ТРЕНИНГОВ ПО РАБОТЕ С СМК ДЛЯ ВРАЧЕЙ И РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
- МЕТОДИЧЕСКАЯ И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ВНЕДРЕНИИ СМК

**www.niozmm.org**  
+7 (495) 951-20-54  
niozmm@zdrav.mos.ru  
115184, Москва,  
Большая Татарская, 30



# НАВСТРЕЧУ ПАЦИЕНТУ ЕМИАС ДЕЛАЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ БОЛЕЕ ДОСТУПНЫМ

Внедрение в систему городского здравоохранения сервисов Единой медицинской информационной автоматизированной системы (ЕМИАС) позволило существенно облегчить работу врачей, но что более важно — сделать оказываемую в московских клиниках медицинскую помощь более доступной жителям города.

По данным статистики, накопленной за 5 лет существования ЕМИАС, теперь попасть к самым востребованным врачам — терапевтам и педиатрам — с помощью сервисов системы можно в девять раз быстрее. Если в 2011 году запись на прием была возможна только в поликлинике через регистратуру, то сегодня 58% москвичей записываются самостоятельно, при этом 30% используют дистанционные каналы — интернет, мобильные приложения, телефон.

Более 192 миллионов приемов пациентов зафиксировано в Единой медицинской информационно-аналитической системе (ЕМИАС) с момента ее запуска в 2011 году.

Сегодня ЕМИАС работает в 660 детских и взрослых поликлиниках, диспансерах и диагностических центрах Москвы. Система охватывает девять миллионов уникальных пациентов — 75% жителей столицы. Ежедневно в системе совершается 500 тысяч различных транзакций: запись на прием, оформление электронных рецептов или больничных. Для сравнения: в 2011 году количество транзакций не превышало 70 тысяч. В 27 раз увеличилось ежегодное количество приемов в системе:

- в 2011 году — 2,3 миллиона;
- в 2015 году — 63 миллиона.

# Как записаться к врачу



В числе ключевых сервисов, помогающих пациенту своевременно получить качественную медицинскую помощь, электронный рецепт и электронная медицинская карта.

# Электронный РЕЦЕПТ



## В ГОД В МОСКВЕ ВЫПИСЫВАЕТСЯ

12,5 млн  
льготных рецептов



13,5 млн  
рецептов



97%  
льготных лекарственных  
назначений выписывается  
в электронном виде

### РАНЬШЕ

1. Печать бланков рецептов
2. Логистика рецептов по поликлиникам
3. Хранение и учет бланков и выписанных рецептов (3-7 журналов)
4. Врач выписывает рецепт 3,5 минуты на 1 рецепт
  - Каллиграфическим почерком без исправлений
  - Данные врача и пациента заполняет вручную на каждом рецепте
5. Пациент приходит в аптечный пункт
6. Фармацевт проверяет наличие лекарства. Если лекарства нет в наличии, надо идти в другой аптечный пункт или к врачу за другим рецептом
7. Пациент получает лекарство
8. Учет отпущенных по льготным рецептам лекарств вручную операторами
9. Отчет перед городом
10. Планирование закупок лекарственных средств

### СЕЙЧАС

1. Врач выписывает рецепт 0,5 минут на 1 рецепт
  - 12,5 млн льготных рецептов в год
  - 600 тыс. часов рабочего времени врачей
  - 6 поликлиник в год
  - Данные врача и пациента заполнены автоматически
  - Видны рецепты других врачей
  - Видно наличие лекарств в ближайших аптечных пунктах
  - Пациент может увидеть свои рецепты в инфомате или мобильном приложении
2. Пациент приходит в нужный аптечный пункт
3. Фармацевт сканирует полис ОМС и видит рецепты
4. Фармацевт отпускает лекарство и отмечает это в системе. Учет ведется автоматически
5. Город сразу видит отчетность и грамотно планирует будущие закупки



# Первый миллион электронных медкарт

Сегодня полтора миллиона москвичей получили свою иЭМК. О том, что на самом деле скрывается за словами «идёт активное внедрение» — в инфографике ЕМИАС.



- 1 Собирает и хранит важную медицинскую информацию
- 2 Предоставляет ее авторизованному врачу
- 3 Дает возможность пользоваться стандартизированными протоколами

## Три фронта внедрения иЭМК (интегрированной Электронной Медицинской Карты)



### Поправки в законодательную базу

- Электронные документы должны быть эквивалентны бумажным, что позволит не распечатывать результаты осмотра

- ✓ Подготовлен законопроект
- ✓ Получено положительное заключение правительства
- ✓ Ведется работа с депутатами



### Методологическое усовершенствование иЭМК

- Доработка протокола осмотра разных специалистов
- Обработка обратной связи от врачей
- Адаптация иЭМК для разных врачебных специальностей



### Интенсивное внедрение

- Обучение врачей работе с иЭМК на местах



ПОЛИКЛИНИК

129

192

Поликлиники, где запланировано внедрение

66

Поликлиник, где иЭМК частично внедрена

Поликлиник, где полностью внедрена иЭМК



1,5 млн

млн электронных медкарт заведено на сегодняшний день



8,5 млн

млн привнесены в электронные медкарты



11 тыс.

новых медкарт ежедневно создается



69 тыс.

записей создается в иЭМК ежедневно



17%

доля пациентов, у которых есть иЭМК



33%

поликлиник, в которых все врачи перешли на иЭМК



4,1%

общая доля врачей, владеющих иЭМК



### ПЛЮСЫ ДЛЯ ВРАЧА

- Полная и достоверная клиническая картина состояния здоровья пациента
- Сокращение времени на поиск и внесение информации
- Поддержка принятия решений
- Упрощенное формирование административных документов



### ПЛЮСЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

- Преемственность информации в разных медицинских учреждениях
- Обоснованные решения о назначениях
- Безопасность данных за счет разграничения прав доступа к медицинской информации пациентов

Пристальное внимание уделяется в системе защиты медицинских и персональных данных москвичей.

# Безопасность данных в ЕМИАС

Единая медицинская информационно-аналитическая система использует три уровня защиты информации своих пациентов



Персональные данные пациента обязывают защищать статьи 22–24 Конституции РФ и федеральный закон «О защите персональных данных». Кодекс врачебной этики предписывает не разглашать медицинские данные.

**ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ**

ФИО \_\_\_\_\_  
 Пол \_\_\_\_\_  
 Дата рождения \_\_\_\_\_  
 Номер полиса \_\_\_\_\_

**МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ**

Предыдущие визиты к врачу \_\_\_\_\_  
 Направления \_\_\_\_\_  
 Рецепты \_\_\_\_\_  
 Листы нетрудоспособности \_\_\_\_\_  
 Результаты исследований \_\_\_\_\_  
 Процедуры \_\_\_\_\_



**ФИЗИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ ЗАЩИТЫ ДАННЫХ**

- Современное серверное оборудование
- Серверы расположены в подземных помещениях
- Система контроля доступа к серверам

**ЦИФРОВАЯ ЗАЩИТА**

- Данные передаются в зашифрованном виде по защищенным каналам связи
- Информацию можно получить только по одному пациенту одновременно
- Данные нельзя скопировать, сохранить, случайно удалить

**АВТОРИЗАЦИЯ**

- Двухфакторная идентификация пациента по полису ОМС и дате рождения
- Доступ в систему только для авторизованных пользователей
- Идентификация врача по персональной смарт-карте

**МГ ФОМС**  
 Московский городской фонд обязательного медицинского страхования

**ЕМИАС**  
 Единая медицинская информационно-аналитическая система

## ЭЛЕКТРОННЫЕ ДАННЫЕ ЗАЩИЩЕНЫ ЛУЧШЕ, ЧЕМ БУМАЖНЫЕ

**Бумажная карта**  
 Бумажная карта может быть утеряна

**Электронная медицинская карта (ЭМК)**  
 Невозможно потерять  
 Строгое разграничение прав доступа каждого пользователя

**В ПЕРСПЕКТИВЕ**  
 Пациент получит доступ к ЭМК в личном кабинете  
 Информация о пациенте станет доступна врачам всех медучреждений, которые будут подключены к ЕМИАС

Работают сервисы ЕМИАС и на установление обратной связи с пациентом, делая систему здравоохранения города более прозрачной.

# Мобильное приложение: ЕМИАС города Москвы



## ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПИСИ К ВРАЧУ ЧЕРЕЗ ПРИЛОЖЕНИЕ



1

Скачайте приложение  
(AppStore, PlayMarket,  
Windows Phone)



2

Создайте свой профиль  
(Необходим полис ОМС и  
прикрепление к поликлинике)



3

Выберите врача,  
дату и время приема



4

Приходите на прием  
в указанное время

## Приложение

«ЕМИАС города Москвы» — это:

- ✓ Удобно — приложение всегда и везде под рукой;
- ✓ Быстро — авторизованные пользователи могут записаться в несколько кликов;
- ✓ Просто — понятный интерфейс;
- ✓ Безопасно — для входа необходимы пароль или Touch ID;
- ✓ Универсально — создано для всех операционных систем (iOS, Android, Windows).



## С ПОМОЩЬЮ ПРИЛОЖЕНИЯ ВЫ МОЖЕТЕ:



Записаться:

- на прием к врачу
- на процедуру по направлению



Записывать на прием себя  
и своих близких



Напомнить о том, что Вы  
записаны на прием



Посмотреть выписанный рецепт,  
записи на процедуры



Отменить запись



Перенести прием



Найти медицинское  
учреждение на карте

Мобильное приложение: ЕМИАС города Москвы

# Опрос

## удовлетворенности пациентов

Правительство города Москвы и Департамент здравоохранения на основании заполненных анкет будут разрабатывать мероприятия по улучшению качества работы поликлиник.



Поликлиники становятся лучше благодаря вашим ответам

Присоединиться

Чтобы присоединиться к возможности отправлять обратную связь, нужно только сообщить адрес электронной почты в регистратуру поликлиники или пройти регистрацию на [PGU.MOS.RU](http://PGU.MOS.RU)



**ДЕПАРТАМЕНТ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ГОРОДА МОСКВЫ**