



Материалы форума организаторов  
столичного здравоохранения

# «КЛИНИКИ МОСКВЫ: ПРАКТИКИ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ»



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

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА ОРГАНИЗАТОРОВ  
СТОЛИЧНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
«КЛИНИКИ МОСКВЫ: ПРАКТИКИ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ»

Москва  
2019

УДК 61  
ББК 51  
М34

М34 **Материалы форума организаторов столичного здравоохранения «Клиники Москвы: практики устойчивого развития».** – М.: Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 2019. – 69 с.

**ISBN 978–5–907251–64–9**

В сборник включены тезисы докладов, представленные 5–6 декабря 2019 года на панельных секциях организационно-методических отделов ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» в рамках форума организаторов столичного здравоохранения «Клиники Москвы: практики устойчивого развития», организованного ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» при поддержке Департамента здравоохранения города Москвы.

В тексте настоящего сборника полностью сохранены содержание и стиль, использованные авторами представленных материалов.

УДК 61  
ББК 51

**ISBN 978–5–907251–64–9**

© Научно-исследовательский институт  
организации здравоохранения  
и медицинского менеджмента Департамента  
здравоохранения г. Москвы, 2019  
© Коллектив авторов, 2019

## Содержание

ФОРУМ ОРГАНИЗАТОРОВ СТОЛИЧНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «КЛИНИКИ МОСКВЫ: ПРАКТИКИ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ» .....	5
ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИХ ОТДЕЛОВ, ВХОДЯЩИХ В СТРУКТУРУ ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».....	5
Точка зрения пациента на проблему заболеваний кишечника.....	5
Организация непрерывного образования амбулаторных хирургов. Мультидисциплинарный подход .....	6
Проведение клинических исследований в муниципальной гематологической клинике: подходы, проблемы, пути решения .....	7
Современное состояние проблемы трансплантации тканей и клеток: организационно-методологическое обеспечение.....	9
Реализация Программы развития организационно-методического отдела по диетологии 2019–2021 гг. по итогам за 2019 г. ....	10
Роль организационно-методического отдела в оказании медицинской помощи пациентам с патологией почек .....	12
Скрининг колоректального рака в Москве .....	13
Критерии качества проведения колоноскопии как элемент организации медицинской помощи при новообразованиях толстой кишки.....	15
Результаты и перспективы деятельности ОМО по анестезиологии–реаниматологии.....	17
Развитие кадрового потенциала .....	18
Состояние анестезиолого-реанимационной службы для детей Департамента здравоохранения города Москвы.....	19
Программа «Московский врач» в анестезиологии-реаниматологии.....	19
Статистика проведения ДОП «Московский врач» 2017–2019 гг. ....	19
Маршрутизация пациентов, получающих лечение программным гемодиализом в городе Москве.....	20
Ожидаемые результаты программы развития организационно-методического отдела по стоматологии.....	21
Служба клинической фармакологии в Москве: реалии и перспективы развития .....	22
Состояние антибиотикорезистентности в городе Москве .....	22
Клинико-организационные вопросы оказания травматолого-ортопедической помощи пациентам пожилого и старческого возраста.....	23
Популяризация органного донорства и трансплантологии. Московский опыт .....	26
О подготовке клинических рекомендаций по специальности «Стоматология детская» .....	27
Опыт работы «Школы по уходу за тяжелобольными» в ГБУЗ «ГКБ № 51 ДЗМ» .....	27
ОМО по клинической фармакологии. Ожидаемые результаты работы до 2021 года.....	28
Актуальные вопросы фармаконадзора и лекарственной безопасности – составных частей внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в условиях столичного здравоохранения.....	28
Образовательные программы по специальности «Клиническая лабораторная диагностика» для специалистов медицинских организаций ДЗМ .....	30
Организация работы онкологической службы .....	31

Ожидаемые результаты внедрения программы развития организационно-методического отдела по неонатологии в 2019 г. ....	32
Цитогенетические и молекулярно-генетические исследования – необходимая составляющая для верификации гематологических заболеваний в соответствии с современными международными и отечественными критериями.....	34
Развитие гематологической службы города Москвы.....	35
Перспективный проект – высокопоточные клиники. Опыт стентирования толстой кишки в лечении опухолевой обтурационной непроходимости в условиях высокопоточной клиники.....	37
Роль организационной составляющей в развитии системы органного донорства и трансплантации.....	38
Повышение транспарентности системы через достоверную отчетность и аналитику.....	39
Патологическая анатомия – золотой стандарт диагностики заболеваний в XXI веке.....	40
Участие ОМО по неврологии в проектах правительства и Департамента здравоохранения города Москвы. ДОП «Московский врач». Аттестация, аккредитация и сертификация специалистов-неврологов. Образовательные программы, семинары. «Клинический комитет». «Школа профессионального роста».....	43
Индивидуальный подход к оценке стереотипа питания пациентов с мочекаменной болезнью.....	45
Особенности приема и обезболивания в геронтостоматологии.....	46
Организация заместительной почечной терапии в неотложной медицине Департамента здравоохранения города Москвы.....	47
Опыт оказания паллиативной медицинской помощи детям в ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ».....	48
Организация работы и результаты внедрения «инфарктной сети» в Москве.....	49
Программа лекарственного обеспечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в Москве.....	49
Программа развития организационно-методического отдела по паллиативной медицине ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» Департамента здравоохранения города Москвы.....	51
Итоги научной и организационной работы московской ревматологии в 2019 году.....	52
Основные подходы к обеспечению пациентов с ВЗК необходимыми лекарственными препаратами.....	54
Перспективы развития московского акушерства.....	55
Итоги организационно-методической и консультативной работы ОМО по клинической фармакологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».....	56
Стационарозамещающие технологии. Трехлетний опыт работы стационара кратковременного пребывания №1 (хирургического) ГKB им. С. П. Боткина.....	58
Состояние хирургической службы ДЗМ. Основные векторы развития.....	61
Результаты работы гастроэнтерологической службы города Москвы по итогам реализации программы развития ОМО по гастроэнтерологии за 2019 год.....	63
Организация специализированной неотложной хирургической и травматологической помощи детям в медицинских учреждениях государственной системы здравоохранения города Москвы.....	65
Организация цели и задач ОМО по нейрохирургии.....	66
Скрининги в онкологии.....	69
Регистры в онкологии.....	69

## ФОРУМ ОРГАНИЗАТОРОВ СТОЛИЧНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «КЛИНИКИ МОСКВЫ: ПРАКТИКИ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ»

5 и 6 декабря 2019 года в рамках Российской недели здравоохранения в «Экспоцентре» ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» провел двухдневный форум организаторов столичного здравоохранения «Клиники Москвы: практики устойчивого развития». Всеобщая цифровизация и глобализация национальных экономик изменяет формат систем здравоохранения города, региона, страны. Здравоохранение трансформируется и приобретает очертания уникального элемента, определяющего культурный и технологический код страны. Какие медицинские технологии формируют ландшафт медицины будущего? Зачем нужны маркетинговые стратегии государственным медицинским организациям? В рамках форума ведущие эксперты здравоохранения России говорили о пациентоориентированности в медицине, развитии бренда государственных клиник, высоких технологиях и эффективном управлении.

5 декабря форум открылся пленарным заседанием. С приветственным словом выступил Хрипун Алексей Иванович, министр здравоохранения города Москвы, руководитель Департамента здравоохранения города Москвы.

В программе пленарного заседания выступили главные внештатные специалисты ДЗМ, главные врачи крупнейших московских медицинских организаций: Вечорко Валерий Иванович, главный врач ГКБ №15 им. О. М. Филатова ДЗМ, канд. мед. наук; Петриков

Сергей Сергеевич, директор НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ, профессор РАН, д. мед. наук; Жечко Олег Олегович, заместитель начальника отдела развития информатизации контрольной деятельности Главного контрольного управления города Москвы; Плавунин Николай Филиппович, главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи, главный врач Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А. С. Пучкова ДЗМ, д. мед. наук, профессор; Погонин Алексей Владимирович, главный врач ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого ДЗМ, канд. мед. наук.

На форуме были представлены панельные секции организационно-методических отделов, входящих в структуру ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», посвященные актуальным вопросам организационно-методической работы по направлениям: акушерство и гинекология, анестезиология и реаниматология, гастроэнтерология, гематология, диетология, кардиология, клиническая лабораторная диагностика, неврология, нейрохирургия, неонатология, нефрология, неотложная детская хирургия, онкология, офтальмология, паллиативная медицина, патологическая анатомия, первичная медико-санитарная помощь, ревматология, стоматология, терапия, травматология и ортопедия, трансплантология, хирургия и клиническая фармакология.

## ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИХ ОТДЕЛОВ, ВХОДЯЩИХ В СТРУКТУРУ ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

**Е. А. Аверьянова**

*Руководитель Московского отделения Межрегиональной общественной организации «Доверие»*

### Точка зрения пациента на проблему заболеваний кишечника

Межрегиональная общественная организация поддержки пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника была зарегистрирована 14 июля 2011 года. В состав общественной организации входит 42 отделения на территории Российской Федерации, состоящих из пациентов или родственников пациентов с ВЗК.

Целью работы организации является социальная и психологическая поддержка людей с ВЗК, содействие им в социальной и трудовой адаптации, установление личных контактов, общение членов Общества, оказание взаимной поддержки и помощи, а также создание

интернет-сайтов для привлечения внимания общественности к целям создания и деятельности организации и средств массовой информации к актуальным проблемам пациентов с ВЗК. «Мы понимаем проблемы и нужды пациентов изнутри, так как сами ежедневно с ними сталкиваемся», – сказала Е. А. Аверьянова.

По результатам активной работы секции, перед ОМО по гастроэнтерологии были выдвинуты дополнительные задачи по улучшению оказания качества медицинской помощи пациентам с ВЗК, которые учитывали предложения и замечания всех участников секции.



## А. А. Агеева<sup>1</sup>, Ю. И. Логвинов<sup>2</sup>, А. В. Климаков<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ведущий специалист организационно-методического отдела по хирургии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

<sup>2</sup> Заведующий Медицинским симуляционным центром ГБУЗ ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ

<sup>3</sup> Заместитель заведующего Медицинским симуляционным центром ГБУЗ ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ

### Организация непрерывного образования амбулаторных хирургов. Мультидисциплинарный подход

За последние годы условия работы амбулаторных хирургов (АХ) и требования к ним претерпели изменения. Внедрение малоинвазивных технологий в хирургию, наличие пациентов с заболеваниями из узкоспециализированной хирургии, а также смежных дисциплин привели к тому, что врач на приеме «получает» пациентов в раннем послеоперационном периоде и с мультифакториальными нозологиями. Дополнительно действии Приказа № 901н от 12 ноября 2012 г. МЗ РФ предписывает АХ оказывать первичную специализированную помощь пациентам по профилю «Травматология и ортопедия». Вместе с этим меняются также и требования к профессиональной компетентности хирургов.

Обучение АХ в рамках системы «традиционного» постдипломного образования не в полной мере отвечает потребностям врачей для подготовки к повседневной работе в поликлинике. В учебных программах отсутствует разделение хирургов на амбулаторных и тех, кто работает в стационаре. Редко встречаются темы, касающиеся оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе. Отсутствуют темы, касающиеся смежных дисциплин: патологии опорно-двигательного аппарата, периферических нервов, психологии общения с пациентом, снятия стресса и др. Недостаточно освещаются вопросы медицинской реабилитации пациентов после различных операций, очень ограничены возможности отработки практических умений по выполнению инвазивных вмешательств на пациентах.

Одной из основных причин сложившейся ситуации является отсутствие сформулированных требований к обучению АХ, отвечающих современным условиям работы.

В Учебном центре для медицинских работников – Медицинском симуляционном центре Боткинской больницы начиная с января 2017 года были внедрены три дополнительные программы повышения квалификации (ДПП) для АХ в рамках системы НМО. Обучено 340 врачей, что составляет 62% от общего количества амбулаторных хирургов ДЗМ. Из них прошли 1 программу – 221 человек, прошли 2 программы – 91 человек, прошли все 3 программы – 28 человек.

Проведен анализ трудовых функций, указанных в профстандартах «Врач-хирург» (Приказ № 743н Министерства труда и социальной защиты РФ от 26.11.2018 г., код А) (далее ПСХ) и «Врач-травматолог-ортопед» (Приказ № 698н от 12 ноября 2018 г. Министерства труда и социальной защиты РФ, код А) (далее ПСТ).

В общей сложности от АХ требуется владение 77 практическими (мануальными) умениями плюс оказание медицинской помощи при критических состояниях.

Из положений ПСХ и ПСТ, определяющих ПК АХ, вытекают современные требования к постдипломному обучению АХ. Для того, чтобы обеспечить следование этим требованиям в процессе обучения, необходима комплексная система обучения АХ (КСО АХ).

Критериями КСО являются: развитие ПК АХ, определенных в профессиональных стандартах; отбор учебного материала осуществляется по принципу приоритетности с точки зрения потенциальных слушателей; практические мануальные действия, подлежащие освоению до уровня «умение», определяются также приоритетной потребностью врачей; форма обучения: очная, групповая (до 10 слушателей); продолжительность – 18 академических часов; применение различных методов обучения: лекций, семинаров, разборов клинических случаев, отработки практических заданий; применение симуляционных технологий для обучения практическим умениям; взаимосвязь и взаимодополнение всех компонентов, преследующих единую общую цель – развитие профессиональных компетенций АХ.

Анализ структуры трех ДПП для АХ показал, что: проблемам патологии ОДА в разных ДПП посвящено от 31% до 61% учебного времени; тактике ведения пациентов с гнойными заболеваниями мягких тканей и осложнениями костной травмы уделено 11-17% времени; патологии периферических сосудов уделено 11-17%; всего практическим мануальным умениям отводится 6-8% учебного времени.

При сопоставлении ДПП для АХ, реализованных в МСЦ, с критериями КСО выявлена высокая степень соответствия системы обучения АХ в МСЦ с КСО.

Для того чтобы оценить ДПП на соответствие требованию полезности учебного материала для АХ, было проведено анонимное анкетирование слушателей программы «Мультидисциплинарный подход в практике амбулаторного хирурга». Изучены 6 показателей: удовлетворенность обучением, материально-техническим оснащением учебного процесса, работой преподавателей, получение новой информации, соответствие практической работе, соответствие ожиданиям слушателей.

Результаты анкетирования свидетельствуют о высокой степени удовлетворенности слушателей и соот-



ветствии их ожиданиям и потребностям (93-100%). Решением вышеуказанных проблем и средством достижения целей обучения может стать внедрение комплексной системы обучения (КСО) для АХ в условиях Медицинского симуляционного центра.

Разнообразию нозологий, с которыми вынуждены работать хирурги амбулаторного звена, диктуют осо-

бенности подхода к системе непрерывного обучения, основными базисными элементами которой должны являться не только элементы общей хирургии, но и глубокие знания узкоспециализированной хирургии, смежных дисциплин хирургической направленности, а также исчерпывающие знания параклинических специальностей, формирующих понятие амбулаторного хирурга как мультидисциплинарного специалиста.

**Е. И. Адо<sup>1</sup>, Т. Н. Царева<sup>2</sup>, О. Ю. Виноградова<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Ведущий специалист организационно-методического отдела по гематологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

<sup>2</sup> Статистик организационно-методического отдела по гематологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

<sup>3</sup> Заведующая организационно-методическим отделом по гематологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

### **Проведение клинических исследований в муниципальной гематологической клинике: подходы, проблемы, пути решения**

В августе 2019 года Правительство РФ утвердило «Стратегию развития экспорта услуг до 2025 года». В этом документе сказано, что финансовая поддержка медицинских организаций на аккредитацию по международным стандартам JCI (Joint Commission International – Объединенной международной комиссии, ОМК) является одной из приоритетных задач. В многопрофильном городском стационаре города Москвы – ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ» с сентября 2019 года стартовал процесс внедрения вышеуказанной серии стандартов. Согласно принципам Всеобщего управления качеством (TQM), ориентация на пациента во время всего цикла оказания медицинской помощи в условиях клиники является основным, что соответствует положениям ОМК. Опыт внедрения этой системы в медицинских учреждениях РФ практически отсутствует, всего четыре организации имеют аккредитацию по JCI.

Московскому городскому гематологическому центру (МГГЦ), одному из специализированных подразделений ГБУЗ «ГКБ им.С. П. Боткина ДЗМ», в рамках внедрения ОМК был поручено создание стандартной операционной процедуры (СОП) процесса проведения клинических исследований лекарственных средств (ЛС). Полученное задание состояло из двух этапов. Первый шаг состоял в проведении внутреннего консультационного аудита, в ходе которого планировалось выявить проблемы и «триггерные зоны» процесса проведения клинических исследований ЛС, получить практическую информацию для выполнения второго этапа, а именно написания СОП по процессу проведения клинических исследований ЛС в условиях многопрофильной муниципальной клиники. Информационный поиск в данном случае необходим прежде всего потому, что в методологии внедрения стандартов ОМК (JCI) и оформлению локальных нормативных актов (СОП) эксперты не дают четких рекомендаций и ставят конкретные цели без детализации и способов их достижения, что дает возможность каждой медицинской организации исходить из специфики своих

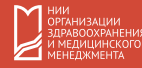
характеристик и компетенций штатных сотрудников. Регламентация стандартных рабочих процедур представляет собой положения и инструкции, соответствующие особенностям рассматриваемой медицинской организации, которые соответствуют стандартам JCI и служат практическим руководством для исполнительцев всех уровней.

Цель проведения внутреннего аудита была сформулирована следующим образом: проанализировать порядок проведения клинических исследований ЛС как часть формирования системы безопасности и эффективного лечения в рамках внедрения JCI. В результате были проверены и проконсультированы шесть локальных центров проведения клинических исследований ЛС. Итоговые данные аудита были поделены на две группы: быстро устранимые недочеты с деталями, полезными при написании СОП, и проблемы, требующие обсуждения и комплексного решения, необходимые при написании СОП.

К первой группе были отнесены: нехватка или отсутствие отдельных помещений для хранения документов текущих клинических исследований; временное хранение лекарственных препаратов клинических исследований вместе с препаратами больницы; нехватка документов по поверкам оборудования к моменту инициации исследований. Выявленные нарушения были ликвидированы в течение трех дней после аудита.

Вторая группа потребовала более детального разбора. Анализу внутренних и внешних факторов были подвергнуты следующие процессы: набор пациентов в клиническое исследование, архивирование документов, подготовка к внутренним и внешним аудитам.

Планируемое число пациентов, включаемых в клиническое исследование, часто не соответствовало и превышало число участников, реально включенных в отдельный взятый протокол. При детальном разборе каждого случая были выявлены ряд причин. Наиболее зна-



чимыми и требующими отдельного изучения являлись: отсутствие отработанных информационных механизмов поиска вне центра; отсутствие подрядных исследовательских организаций; недостаточно тщательный анализ критериев включения\исключения пациентов, проводимый главным исследователем на этапе инициации исследования, включая запрос дополнительных материалов у спонсора; частые заблуждения и возражения пациентов при ознакомительной беседе.

Архивирование документов – достаточно распространенная проблема не только в медицинских организациях, но и на предприятии любого профиля, так как соблюдение достаточно строгих требований к хранению бумажных носителей – процесс емкий и многофакторный. В Российской Федерации не узаконено хранение в электронном виде, действительны только бумажные носители. Интересно, что основной закон об обязательном выполнении ведения медицинских архивов датируется 30 сентября 1949 года. Более поздние документы дополняют этот приказ: например, Приказ МЗ РФ от 15 декабря 2014 года № 834н или Письмо МЗ РФ от 7 декабря 2015 года № 13-2/1538.

В нормативных документах по архивному делу мы нашли только один пункт, ближе всего по смыслу подходящий к процессу хранения карт пациентов, включенных в клинические исследования. Это пункт «в» из списка критериев оценки ценности медицинских карт при проведении экспертизы согласно приказу МЗ СССР от 30 мая 1974 года № 493. Сформулирован он как «описание новых эффективных методов лечения».

В процессе аудита, а в последующем при написании СОП по клиническим исследованиям авторы руководствовались последними регуляторными документами Российской Федерации, в том числе приказом МЗ РФ от 01.04.2016 г. № 200н «Об утверждении правил надлежащей клинической практики». Все эти документы перекрывают юридические казусы, касающиеся архивирования медицинской документации.

Наконец, третья область, требующая индивидуального подхода к разработке СОП с последующим обучением

сотрудников медицинской организации, – подготовка исследовательских локальных коллективов (групп) к инспекциям различного уровня. Основная цель любого аудита – подтвердить или опровергнуть соответствие исследования условиям протокола и нормативным требованиям, оценить достоверность полученных данных, которые в последующем с большой вероятностью будут включены в досье при подготовке к регистрации исследуемого ЛС. Любая комиссия – это большой стресс для проверяемой группы специалистов, и порой результат инспекции определяет умение собранно и структурировано подойти к процессу подготовки и проведения аудита клинических исследований. Поэтому в рамках этапа обучения персонала при внедрении ОМК целесообразно разработать курс обучения исследовательских групп навыкам подготовки и прохождения инспекций – от практического применения до поведенческих приемов в период инспекции.

Таким образом, процесс создания регламентирующего документа, обеспечивающего универсальный алгоритм действий членов исследовательской команды при проведении клинических исследований, представляет интерес не только в практическом, но и в научном плане. Он содержит элементы обучения и требует ставить исполнителям все новые задачи. Представляется целесообразным разработать в рамках СОП дополнительные обучающие программы для врачей-исследователей по работе с пациентами на этапе подбора участников исследования и правовой практики аудитов.

Проведение внутренних аудитов в рамках внедрения систем стандартов управления качеством оказания медицинской помощи позволяет устранить имеющиеся недочеты в процессе проведения клинических исследований и является важным звеном в системе подготовки к инспекциям.

Планируется, что СОП «Порядок проведения клинических исследований» будет пошаговым алгоритмом по ведению клинических исследований, строгое выполнение инструкций документа обеспечит правовую защиту, безопасность пациентов, включенных в протоколы.

Н. В. Боровкова<sup>1</sup>, А. С. Миронов<sup>2</sup>, Пономарев И. Н.<sup>3</sup>, А. А. Будаев<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Д-р мед. наук, заведующая научным отделением биотехнологий и трансфузиологии НИИ СП им. Н. В. Склифосовского

<sup>2</sup> Канд. мед. наук, заведующий отделением консервирования тканей и производства трансплантатов НИИ СП им. Н. В. Склифосовского

<sup>3</sup> Канд. мед. наук, научный сотрудник отделения биотехнологий и трансфузиологии НИИ СП им. Н. В. Склифосовского

<sup>4</sup> Научный сотрудник отделения биотехнологий и трансфузиологии НИИ СП им. Н. В. Склифосовского

### Современное состояние проблемы трансплантации тканей и клеток: организационно-методологическое обеспечение

На сегодняшний день аллогенные тканевые трансплантаты являются наиболее эффективными средствами для восстановления поврежденных и утраченных тканей и востребованы в реконструктивной хирургии, травматологии, ортопедии, комбустиологии и стоматологии. Первые случаи успешного использования аллогенных тканей в лечении пациентов описаны в середине XIX века. На рубеже XIX и XX веков было выяснено, что ткани сохраняют свою жизнеспособность в течение некоторого времени после смерти человека. Это послужило началом широкого внедрения в лечение пациентов переживающих аллогенных тканей.

Бурное развитие трансплантации тканей потребовало организации специализированных отделений, задачами которых являлась разработка методов селекции доноров, эксплантации тканей, их модификации, консервирования, стерилизации, учета и хранения, а также обеспечения биологической безопасности.

Первые «банки тканей» появились в США в 1949 году, в Чехословакии в 1952, в Великобритании в 1955. В Советском Союзе также были созданы специализированные отделения: так, в НИИ СП им. Н. В. Склифосовского на базе лаборатории крови в 1959 году было создано отделение крови и тканей, преобразованное в 1971 году в банк тканей. В результате работы специалистов отделения в клиническую практику московского здравоохранения были внедрены трансплантаты кожи, твердой мозговой оболочки, сухожилий, костей, коллагеновых покрытий.

Развитие трансплантации тканей в СССР привело к созданию банков тканей по всей стране. Так, в каждом городе с населением более 1 млн человек функционировало специализированное подразделение, а в реестре врачебных специальностей был выделен врач отделения консервирования тканей. В 1972 году вышел Приказ № 482 МЗ СССР «Об улучшении обеспечения лечебно-профилактических учреждений и клиник трупными тканями, костным мозгом и кровью», регламентирующий работу с тканями человека. В дальнейшем приказ был отменен, на смену ему пришли указы и постановления, направленные преимущественно на регулирование работы по трансплантации органов. Кроме того, в действующем на сегодняшний день Приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 июня 2016 года № 355н «Об утверждении порядка учета донорских органов и тканей человека, доноров органов и тканей, пациентов (реципиентов), форм медицинской документации и формы статистической от-

четности в целях осуществления учета донорских органов и тканей человека, доноров органов и тканей, пациентов (реципиентов) и порядка их заполнения» из списка тканей, разрешенных к забору, исключены твердая мозговая оболочка, кости и эпидермальный слой кожи. Несовершенство законодательства в области тканевой трансплантации привело к утрате методик и специалистов, к закрытию многих отделений консервирования тканей в нашей стране.

В то же время в мировой практике развитию трансплантации тканей и клеток уделялось большое внимание. Локальные и региональные банки тканей были объединены в национальные или межнациональные ассоциации. Например, Американская, Европейская, Азиатско-Тихоокеанская ассоциации банков тканей, основной целью которых является разработка механизмов регулирования предоставления человеческих материалов для трансплантации и применения единых международных стандартов «банкинга тканей». В 2005 году был создан Всемирный союз ассоциаций банков тканей (WUTBA) как совместное усилие передовых международных органов в области банкинга тканей и клеток с целью обеспечения доступа к безопасным и высококачественным донорским тканям человека, предназначенных для трансплантации будущими реципиентами во всем мире.

Таким образом, для восстановления и дальнейшего развития такого важного направления в отечественной медицине, как трансплантация тканей, необходимы:

- совершенствование законодательной базы, регламентирующей работу с тканями человека;
- государственная поддержка;
- оптимизация протоколов обследования донора и биоматериала в объеме, необходимом и достаточном для обеспечения биологической безопасности;
- разработка и внедрение государственных стандартов производства тканевых и клеточных трансплантатов;
- включение в перечень медицинских специальности «врач-биотехнолог» (тканевой трансплантолог) отделения консервирования тканей;
- создание образовательных программ подготовки специализированных кадров.



## Брумберг А. А.<sup>1</sup>, Егорова В. В.<sup>2</sup>, Стародубова А. В.<sup>3</sup>, Брежнева Т. Ю.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Специалист организационно-методического отдела по диетологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

<sup>2</sup> Заведующая организационно-методическим отделом по диетологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

<sup>3</sup> Д-р мед. наук, заместитель директора по научной и лечебной работе ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»

<sup>4</sup> Главный внештатный детский специалист диетолог ДЗМ, врач-диетолог ГБУЗ «Детская городская клиническая больница им. З. А. Бахляевой ДЗМ»

### Реализация Программы развития организационно-методического отдела по диетологии 2019–2021 гг. по итогам за 2019 г.

Организационно-методический отдел по диетологии (ОМО по диетологии) является экспертом медицинского профиля по своему направлению и осуществляет методическую и координационную работу по внедрению комплекса мероприятий, позволяющих реализовать в клинической практике диетотерапию как неотъемлемую часть лечебного процесса, а также по внесению рекомендаций по развитию и совершенствованию в соответствии с Программой развития отдела на 2019–2021 годы.

Деятельность ОМО по диетологии осуществляется по следующим направлениям: организационно-методическая работа (экспертная работа, работа по обращениям граждан, взаимодействие со специалистами, работа по проектам ДЗМ и НИИОЗММ); образовательная деятельность (школы для населения, школы для специалистов, санитарно-просветительская работа, работа со СМИ); научная деятельность (публикации, научные конференции, методические рекомендации). Работа ведется в соответствии с дорожной картой реализации программы развития ОМО по диетологии.

В 2019 году ОМО по диетологии принял участие в проектах Департамента здравоохранения города Москвы и ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»: марафон здоровья «Быть здоровым просто!», Нефро-марафон-2019, Всемирный день здоровья, «Здоровье сотрудников – будущее компании», «ЗОЖ через молодежь», «Здоровая Москва», форум «Мой район», «Беги к врачу», виртуальный кабинет диетолога на сайте НИИОЗММ. Велась экспертная работа, а именно: участие в целевых проверках с целью контроля качества медицинской помощи и исполнения приказов и законодательных актов в МО ДЗМ (10); экспертный анализ медицинской документации (3); работа с обращениями граждан (7); подготовка информационных писем и инструкций (5), аналитических справок для ДЗМ (7); подготовка отчетов и аналитических справок для главных внештатных специалистов (78); работа с обращениями врачей-диетологов (73); 463 пациентам была оказана очная консультативная помощь в рамках мероприятий ДЗМ.

Также был проведен анализ данных мониторинга по укомплектованности кадрового состава диетологической службы учреждений за 2018 год. Прослежива-

ется положительная тенденция по данному показателю по сравнению с данными 2017 года. Повышение кадрового обеспечения медицинской диетологической службы позволит более эффективно осуществлять персонализированный подход к диетотерапии и нутритивной поддержке пациентов с различными заболеваниями и состояниями, в том числе с использованием специализированных продуктов питания.

В рамках мероприятий ДЗМ проводилось анкетирование населения по вопросам информированности о принципах здорового питания. По данным опроса, было выявлено, что для респондентов, представляющих население города Москвы, характерно недостаточное потребление фруктов и овощей, молочных продуктов, круп и продуктов из цельного зерна или муки грубого помола. Также отмечалась низкая приверженность к регулярным физическим нагрузкам. Из данного анализа следует вывод о необходимости образовательных программ для всех возрастных групп населения по вопросам оптимального питания и здорового образа жизни. Планируется проводить аналогичные опросы населения и дальше, полученные данные будут проанализированы уже в следующем, 2020 году.

ОМО по диетологии разработал информационно-методические материалы по теме «Здоровое питание – основа лечения ожирения» в помощь врачам общей практики для проведения лекций и семинарских занятий в медицинских организациях, оказывающих амбулаторную помощь (школа для пациентов). Также разработал памятки по питанию больных ХБП и в целом по здоровому питанию.

В рамках санитарно-просветительской работы сотрудники ОМО по диетологии активно сотрудничали со СМИ (14 интервью на радио, телевидении, в печатной прессе), при их участии подготовлены 32 публикации на сайтах ДЗМ и НИИОЗММ. В рамках проектов «Здоровая Москва», «Выбери здоровую Жизнь», «Нефро-марафон», «III Форум социальных инноваций регионов» ими были прочитаны 22 лекции и проведены 2 мастер-класса по правильному питанию и ЗОЖ, проводились беседы о питании, ответы на вопросы, блиц-анкетирование.

Сотрудники ОМО по диетологии участвовали в организации и проведении 4 Школ для специалистов, провели Всероссийский вебинар. На 22 посещенных

научно-практических мероприятиях сотрудниками ОМО по диетологии были представлены 11 докладов. Опубликованы материалы: «Принципы питания людей пожилого и старческого возраста» (РИНЦ) (журнал «Московская медицина», 2019, №2), «Алгоритм назначения витаминов и минералов» (ВАК) (журнал «Профилактическая медицина»), «Требования к организации лечебного питания для лиц пожилого и старческого возраста» (журнал «Практическая диетология» 4(32)). Поданы тезисы в сборник научных трудов НИИОЗММ «Анализ особенностей питания жителей города Москвы».

Ведется работа по созданию методических рекомендаций (МР) «Целиакия: этиология, патогенез, клиника и диагностика, диетотерапия в стационаре» (совместно с ОМО по гастроэнтерологии), получена рецензия по своему разделу. МР «Уратный нефролитиаз: комплексная профилактика, лечение, диетотерапия» (совместно с ОМО по урологии). МР «Подагра: этиология, патогенез, клиника и диагностика, диетотерапия» (совместно с ОМО по ревматологии).

Целями развития отдела является:

- дальнейшее совершенствование диетологической службы города Москвы;
- повышение качества организации лечебного и профилактического питания;
- развитие персонифицированного подхода к диетотерапии при различных заболеваниях и состояниях;
- повышение приверженности населения принципам здорового питания в целях профилактики неинфекционных заболеваний;
- укрепление кадрового потенциала службы.

Программой развития ОМО по диетологии поставлены следующие задачи:

- проведение мониторинга по вопросам обеспеченности МО кадрами медицинской диетологической службы, анализ результатов;
- участие в проведении контроля качества и безопасности диетического лечебного и профилактического питания;
- оказание методической поддержки врачам-диетологам, врачам других специальностей, специалистам, отвечающим за организацию питания;
- повышение информированности населения о ведении здорового образа жизни и принципах рационального питания;
- ежегодный анализ приверженности населения принципам здорового питания на основании анкетирования

в рамках мероприятий проводимых ДЗМ, ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»;

- участие в обучающих программах по диетотерапии для врачей других специальностей.

Основные тенденции развития медицинского профиля:

1. Изучение проблем безопасности пищи, внесение предложений по изменениям в нормативные правовые акты, регламентирующие требования к производству продуктов питания, их рецептуре, хранению.
2. За счет информированности населения по вопросам здорового и профилактического питания добиться снижения распространенности наиболее социально значимых заболеваний, связанных с алиментарным фактором.
3. Разработка и внедрение объективных методов оценки пищевого статуса и фактического питания, персонализация диетологии с использованием современных методов оценки композиционного состава тела, энерготрат покоя и нагрузки, содержания основных витаминов и микронутриентов. Внедрение принципов доказательной медицины в диетологию.
4. Внедрение современных технологий дистанционного обследования с использованием индивидуальных аналитических приборов и/или приложений для электронных устройств (в том числе с применением возможностей телемедицины).
5. Изучение эпигенетических факторов и развитие нутригенетики. Использование методологии «больших данных» для анализа индивидуальных потребностей человека с учетом данных генетики, нутригеномики, метаболомики, протеомики и липидомики. Внедрение в практику питания, основанного на генетических особенностях человека.
6. Изучение влияния микрофлоры кишечника на здоровье человека. Разработка методов профилактики неинфекционных заболеваний путем коррекции видового состава микрофлоры. Внедрение методов пищевой коррекции видового состава кишечной микрофлоры.
7. Разработка и внедрение вариантов питания для людей со специальными требованиями, в том числе с применением специализированных и функциональных продуктов.

Главный внештатный специалист диетолог ДЗМ Стародубова А. В. в своем докладе «Доказательная диетология» рассмотрела актуальные вопросы оказания специализированной диетологической помощи и диетотерапии, основанной на принципах доказательной



медицины. В рамках мультидисциплинарного подхода к ведению коморбидных пациентов, показала роль питания в профилактике социально значимых неинфекционных заболеваний.

Главным внештатным детским специалистом диетологом ДЗМ Т. Ю. Брежневой в докладе «Инновации в детском питании» были освещены актуальные вопросы организации питания различных групп детского населения. Особое внимание было уделено рациональному вскармливанию детей грудного возраста, определяющему адекватный рост и развитие ребенка, а также высокое качество жизни как в раннем детском возрасте, так и в последующие годы. Было

подчеркнуто, что оптимальным продуктом питания для ребенка первых месяцев жизни является материнское молоко, соответствующее особенностям его пищеварительной системы и обмена веществ, обеспечивающее адекватное развитие детского организма. При этом протективные свойства женского молока не ограничиваются только противоинфекционной защитой. Грудное вскармливание снижает риск развития в последующие годы таких заболеваний, как атеросклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ожирение и некоторые онкологические заболевания. В связи с этим введение докорма или перевод ребенка на полное искусственное вскармливание должны быть строго обоснованными.

**Н. В. Васина<sup>1</sup>, О. Н. Котенко<sup>2</sup>, С. И. Рей<sup>3</sup>, Л. В. Марченкова<sup>4</sup>, В. Е. Виноградов<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Канд. мед. наук, заведующий организационно-методическим отделом по нефрологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

<sup>2</sup> Канд. мед. наук, главный внештатный специалист по нефрологии ДЗМ, руководитель Московского научно-практического центра нефрологии и патологии трансплантированной почки ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

<sup>3</sup> Канд. мед. наук, ведущий специалист организационно-методического отдела по нефрологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», старший научный сотрудник, ГБУЗ «НИИСП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ»

<sup>4</sup> Канд. мед. наук, специалист организационно-методического отдела по нефрологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

<sup>5</sup> Специалист организационно-методического отдела по нефрологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», заведующий консультативно-нефрологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

## **Роль организационно-методического отдела в оказании медицинской помощи пациентам с патологией почек**

Цель: усовершенствование организации нефрологической службы города Москвы.

Основные задачи:

- Усовершенствование амбулаторной нефрологической службы: выявление хронической болезни почек методом скрининга лабораторных данных и ведение регистра пациентов ХБП на ранних стадиях.
- Повышение качества организации и оказания специализированной медицинской помощи жителям города Москвы, страдающим ХБП 5.
- Осуществление контроля лечения больных с острым почечным повреждением в медицинских организациях, оказывающих круглосуточную помощь по профилю «нефрология» и/или «анестезиология и реанимация».
- Обучение врачей-терапевтов амбулаторного звена по программе «Хроническая болезнь почек».
- Проведение коммуникационных мероприятий с пациентами.
- Нефрологическая служба Департамента здравоохранения города Москвы оказывает населению амбулаторную помощь, помощь в условиях дневного ста-

ционара и стационарную помощь в специализированных отделениях медицинских организаций ДЗМ.

В структуру медицинских организаций по профилю деятельности ОМО по нефрологии входят: государственные медицинские учреждения ДЗ города Москвы, имеющие в своей структуре отделения нефрологии, отделения гемодиализа, отделения перитонеального диализа; центры гемодиализа частногосударственного партнерства; государственные медицинские учреждения федерального значения; государственные медицинские учреждения ДЗ города Москвы, осуществляющие заместительную почечную терапию и экстракорпоральную гемокоррекцию пациентам с острым почечным повреждением в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

Развитие ранней диагностики и учета больных (скрининг и регистр ХБП) позволит обеспечить повсеместную доступность биопсии почки на ранних стадиях протеинурических нефропатий, что значительно улучшит качество нефрологической помощи населению города Москвы.

В городе Москва для улучшения обеспечения населения стационарной помощью по профилю «нефрология» необходимо не менее 40 нефрологических коек на 1 млн населения, что потребует создания новых отделений по профилю «нефрология». Экономически

целесообразным является развитие службы перитонеального диализа, которая не требует первоначального капиталовложения на подготовку диализного центра, закупки оборудования и подготовку медицинского персонала. В настоящее время доля пациентов на перитонеальном диализе из всех получающих ЗПТ составляет не более 7%. Увеличение доли пациентов на перитонеальном диализе позволит сократить расходы на лечение пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью.

В перспективе планируется организация нефрологических центров на базе следующих медицинских организаций: ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», ГБУЗ «ГКБ № 15 им. Филатова ДЗМ», ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ» и ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Юдина ДЗМ». В структуру нефрологических центров будут включены консультативно-диагностические отделения, отделения гемодиализа, отделения нефрологии, отделения перитонеального диализа, отделения сосудистой хирургии.

С целью усовершенствования организации нефрологической службы города Москвы разработана дорожная карта программы развития ОМО, включающая 3 этапа.

1-й этап (2019 г.). Совершенствование инфраструктуры нефрологической службы: централизация, контроль сбора статистических материалов по МО нефрологического профиля. Организация постоянно действующей школы нефрологов и школы «пациентов с ХБП».

2-й этап (2020–2021 гг.). Утверждение приказа ДЗМ «О дальнейшем совершенствовании организации оказания специализированной медицинской помощи

по профилю «нефрология» в МО города Москвы». Утверждение Регламента и инструкции оказания нефрологической помощи взрослому населению города Москвы в МО ДЗМ. Совместная разработка методических рекомендаций ДЗМ по диагностике и лечению нефрологических заболеваний. Организация и контроль проведения научно-практических семинаров, конференций, мероприятий по научной, образовательной деятельности.

3-й этап (2021 г.). Совместная организация первичной специализированной аккредитации врачей по специальности «нефрология». Совместная организация и проведение мероприятий по реализации столичного проекта по непрерывному повышению уровня квалификации врачей с присвоением статуса «Московский врач» по специальности «нефрология». Организация и контроль ОМО по нефрологии за подготовкой кадров по специальности, регулирование направления кадров на обучение на постоянно действующие циклы, участия в НМО, научной и научно-практической деятельности структурных подразделений.

Мероприятия, организуемые ОМО по нефрологии по согласованию с главным внештатным специалистом нефрологом ДЗ города Москвы, совместно с мероприятиями Столичной Ассоциации нефрологов, научно-практическим рецензируемым журналом «Клиническая нефрология», другими средствами массовой информации (радио, ТВ, газета «Московская медицина. Сито») направлены на публичное представление результатов программы развития, обсуждение содержания программы с информированием на системной основе участников системы столичного здравоохранения.

### А. В. Веселов

*Канд. мед. наук, руководитель отдела по организационной работе и развитию колопроктологической службы ФГБУ «ГНЦК им. А. Н. Рыжих» Минздрава России*

## Скрининг колоректального рака в Москве

Колоректальный рак (КРР), по данным международного проекта GLOBOCAN, является третьим по распространенности у мужчин (10% от общего числа злокачественных новообразований) и вторым у женщин (9,2% от общего числа злокачественных новообразований). В последнее десятилетие в связи с усовершенствованием методов лечения КРР наблюдалось умеренное улучшение исходов заболевания и продолжительности жизни пациентов с диагнозом «колоректальный рак», включая метастатические формы.

Вместе с тем увеличение затрат на лечение таких пациентов превзошло улучшение результатов лечения. Учитывая данные факты, были проведены модельные исследования, которые показали, что экономиче-

ски выгодным является развитие скрининга данного заболевания.

Скрининг – это систематическое использование скрининговых исследований в бессимптомной популяции. Различают популяционный (систематический, программный, организованный) и оппортунистический скрининг. Оппортунистический подразумевает под собой несистематическое применение скрининговых исследований в обычной медицинской практике, то есть при обращении человека за любой медицинской помощью или консультацией специалиста.

В 2003 году Совет Европы призвал все входящие в состав государства к разработке программ скрининга



для проведения первичной профилактики и ранней диагностики КРР, включающие в себя ежегодные или двухгодичные обследования на основе гваяковой пробы кала на скрытую кровь и дальнейшее проведение колоноскопии у лиц с положительными результатами. К 2015 году 24 страны Европы уже внедрили общенациональные программы скрининга КРР или находятся в процессе их активного развертывания. В странах, где активно внедряются программы скрининга КРР, удалось за последние десятилетия существенно снизить показатели заболеваемости и смертности по данному заболеванию. Наглядным примером являются Соединенные Штаты Америки, где смертность от КРР к 2014 году снизилась вдвое по сравнению с 1975 годом (с 28 до 14 на 100 тыс. населения). Снижение смертности в период с 1975 по 2000 г. на 53% объясняется внедрением скрининга КРР, а также улучшением лечения (12%) и изменением в факторах риска КРР (35%). Более того, немаловажен тот факт, что темпы снижения увеличились с 2005 по 2014 год, смертность от КРР снижалась в среднем на 2,5% в год. Необходимо отметить, что в связи с отсутствием в США как общенациональной системы медицинского страхования (за исключением государственных Medicare и Medicaid), так и государственной системы медицинского обслуживания скрининг КРР в основном является оппортунистическим.

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Российской Федерации КРР занимает одно из ведущих мест, а показатели заболеваемости и смертности, имеют неблагоприятную тенденцию. Заболеваемость КРР в России неуклонно растет, более того, отмечается непрерывный рост данных показателей. По данным онкологического института им. П. А. Герцена (проф. А. Д. Каприна), в 2014 году в РФ зарегистрировано 65 196 впервые выявленных случаев, а в 2015 году – 68 064 новых случаев колоректального рака, что на 3000 больше. Показатели смертности от КРР наряду с заболеваемостью также демонстрируют определенный рост. В 2015 году в России от генерализации данного заболевания умерло 40 208 пациентов, что на 1500 случаев больше, чем в 2014 году, где количество летальных исходов от КРР составило 38 263.

В настоящее время в России не разработаны организованные программы скрининга КРР. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взросло-

го населения» предусмотрено обследование, направленное на выявление КРР в рамках диспансеризации. Для диагностики колоректального рака на I этапе диспансеризации для граждан в возрасте от 48 лет до 75 лет проводится исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (1 раз в 2 года). Дополнительное обследование проводится по медицинским показаниям, выявленным по результатам I этапа диспансеризации. Это осмотр (консультация) врача-хирурга или врача-колопроктолога, включая проведение ректороманоскопии (для граждан в возрасте от 40 до 75 лет включительно с выявленными патологическими изменениями по результатам скрининга на выявление злокачественных новообразований толстой прямой кишки, при отягощенной наследственности по семейному аденоматозу и/или злокачественным новообразованиям толстой кишки, при выявлении других медицинских показаний по результатам анкетирования, а также по назначению врача-терапевта, врача-уролога, врача-акушера-гинеколога в случаях выявления симптомов злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки). Таким образом важно различать такие понятия, как «диспансеризация» и «скрининг», учитывая, что целью скрининга является не обнаружение болезни или состояния, а снижение заболеваемости и смертности в целевой популяции.

Учитывая возможное введение программ оппортунистического скрининга в медицинских организациях Департамента здравоохранения города Москвы, потребность в случаях госпитализации в системе ОМС была рассчитана на 2020 год с учетом роста числа пациентов, которым будут выполнены вмешательства по поводу общепроктологических заболеваний и доброкачественных новообразований толстой кишки. Так, количество госпитализаций по МЭСу «Доброкачественные новообразования толстой и прямой кишки» в 2017 году составило 8 344, в 2018 – 9 759, в 2019 (учитывая темпы госпитализации за 9 месяцев) – около 11 380. Учитывая тенденции ежегодного увеличения, на 2020 год предварительно запланировано не менее 13 000 случаев госпитализации.

Для успешной реализации программ скрининга КРР, счел целесообразно проведение ряда научно-практических мероприятий мультидисциплинарной командой, которая включает терапевтов, хирургов, гастроэнтерологов, колопроктологов и эндоскопистов. Популяризация программ скрининга позволит увеличить количество пациентов, у которых будут диагностированы доброкачественные новообразования как предшественники КРР.



### З. В. Галкова

*Канд. мед. наук, ведущий специалист организационно-методического отдела по гастроэнтерологии  
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»*

## **Критерии качества проведения колоноскопии как элемент организации медицинской помощи при новообразованиях толстой кишки**

В течение последних десятилетий показатели заболеваемости и смертности от КРР снижаются, особенно в странах Европы, в США и Японии, где широко внедряются программы скрининга КРР. В нашей стране эти показатели имеют тенденцию к росту, что может быть обусловлено недостаточным внедрением в клиническую практику методов скрининга и эффективной диагностики и лечения предопухоловой патологии. Из всех методов скрининга эндоскопическое исследование толстой кишки — колоноскопия — является наиболее эффективным в диагностике предопухоловой патологии и рака на ранних стадиях развития опухолевого процесса. Однако в России количество выполняемых колоноскопий недостаточно.

Скрининг – это система маршрутизации пациентов, направленная на раннее выявление заболеваний, улучшение в итоге качества жизни, снижение общей смертности, уменьшение финансовой нагрузки на систему здравоохранения. При этом цель скрининговой колоноскопии – не только выявить, но и удалить ранний рак толстой кишки и его предшественников. Главная ценность колоноскопии как скринингового метода зависит от качества проведенного осмотра слизистой оболочки толстой кишки, а результаты являются решающим фактором для определения интервала последующих колоноскопий. Европейское Общество Gastrointestinal Endoscopy (European Society of Gastrointestinal Endoscopy — ESGE) и Европейское Общество Gastroэнтерологов (United European Gastroenterology) разработали список ключевых показателей качества колоноскопии:

- качество подготовки толстой кишки к исследованию;
- частота достижения купола слепой кишки;
- уровень выявления аденом (ADR – Adenoma Detection Rate);
- время осмотра на выходе;
- макроскопическое описание выявленных образований;
- методика удаления выявленных образований;
- протокол, фотофиксация результатов исследования;
- частота осложнений;
- сроки выполнения контрольной колоноскопии.

Важно качество подготовки толстой кишки. Врач-эндоскопист должен зарегистрировать качество подготовки толстой кишки в отчете по проведенной колоноскопии. Для оценки уровня очистки толстой кишки используют различные оценочные шкалы. Но можно также использовать термины «адекватная» и «неадекватная», характеризующие подготовку к колоноскопии. Качество подготовки толстой кишки напрямую влияет на интервал перед последующей колоноскопией. Повторная колоноскопия при «неадекватной» подготовке толстой кишки должна быть проведена повторно в течение 1 года. Согласно рекомендациям ESGE, уровень очистки толстой кишки перед колоноскопией должен быть оценен и должен быть адекватным (хорошая и отличная подготовка кишечника по данным оценочной шкалы) не менее чем в 90% проведенных скрининговых колоноскопий.

В клинической практике применяются различные схемы очистки толстой кишки с использованием лекарственных препаратов: одноэтапная вечерняя, двухэтапная (раздельный прием дозы препарата вечером накануне и утром в день исследования), одноэтапная утренняя. Одноэтапная вечерняя схема, при которой весь объем препарата принимается вечером накануне исследования или операции, подходит в основном для хирургических вмешательств на кишечнике.

Одноэтапную вечернюю схему настойчиво не рекомендуется использовать перед эндоскопическими исследованиями из-за физиологических особенностей работы кишечника. При данной схеме из-за большого временного промежутка между окончанием приема препарата и началом эндоскопического исследования правые отделы толстой кишки вновь заполняются кишечным содержимым, что затрудняет детальный осмотр слизистой оболочки и приводит к неполноценному объему исследования.

Для колоноскопии рекомендуется двухэтапная (раздельная) схема (рекомендации европейского и американского гастроэнтерологических обществ), а также одноэтапная утренняя схема в зависимости от времени назначенного исследования и организационных условий конкретной клиники.

Бостонская шкала оценки качества подготовки толстой кишки к колоноскопии оценивает уровень подготовки толстой кишки также в трех различных сегментах: в правом фланге, в поперечной ободочной кишке и в левом фланге, затем эти три числа складывают и получают общую оценку уровня подготовки толстой



кишки в целом. При колоноскопии обязательно проведение колоноскопа до купола слепой кишки с четкой идентификацией и фотографиями основных анатомических ориентиров слепой кишки. Низкий уровень интубации слепой кишки ассоциирован с высоким риском развития интервального проксимального рака толстой кишки.

Время выведения колоноскопа (ColonoscopyWithdrawalTime — CWT) должно быть измерено. Целевой показатель: >98%. При скрининговой колоноскопии без выявления патологии время выведения колоноскопа должно превышать 6 минут.

При описании морфологии неполипозидных образований необходимо использовать международную терминологию по Парижской классификации.

Показатель выявления аденом (ADR) — отношение числа колоноскопий, при которых выявлена одна или несколько гистологически подтвержденных аденом, к общему числу выполненных диагностических (скрининговых) колоноскопий. Минимальный стандарт:  $\geq 25\%$ . Показатель выявленных аденом коррелирует с показателем пропущенного КРП. Увеличение показателя выявления аденом на 1% снижает заболеваемость КРП на 3% и сокращает смертность от КРП на 5%.

В России на настоящий момент нет клинических рекомендаций по ведению пациентов с эпителиальными неоплазиями толстой кишки, нет единых стандартов удаления выявленных образований и четкой маршрутизации пациентов для выполнения эндоскопических операций при данной патологии. Эндоскопическое удаление в стране проводится по устаревшим стандартам с предварительным диагностическим исследованием (колоноскопией), выполнением биопсии из выявленных полипов с гистологическим исследованием, применяется широкий спектр обследования для госпитализации в стационар, удаление полипов любого размера и морфологии в условиях стационара с повторной колоноскопией, удалением, гистологическим исследованием и нахождением в стационаре в течение нескольких дней. При этом современная тактика в соответствии с международными клиническими рекомендациями подразумевает удаление всех полипов (эпителиальных образований) толстой кишки за исключением мелких ( $\leq 5$  мм) очагов гиперплазии

в прямой кишке и области ректосигмоидного изгиба. Причем до 80% полипов имеют размер не более 1 см. Современная тактика заключается в одномоментном удалении полипов до 2 см в амбулаторных условиях при первичном диагностическом исследовании (колоноскопии). Биопсия из эндоскопически удалимых полипов толстой кишки не проводится — она не меняет тактику лечения, вызывает подслизистый фиброз, что увеличивает риск осложнения (перфорации кишки) в 1,9 раза, при этом после биопсии сложно повторно обнаружить небольшие образования. Биопсия необходима лишь при инвазивной форме рака кишки, когда эндоскопическое удаление противопоказано. Таким образом удаление большинства полипов толстой кишки должно быть при их первичном выявлении — не надо разбивать на два этапа.

Необходимыми условиями для возможности выполнения амбулаторной полипэктомии являются: опытные специалисты — врачи-эндоскописты и медсестры, морфологи (зубчатые образования); полный объем необходимого оснащения — оборудование, инвентарий, измененные тарифы ОМС для соответствующего обеспечения операций; соблюдение и анализ (!) стандартов качества колоноскопии (высокий процент адекватной подготовки, известный высокий ADR, фотофиксация результатов и т. д.)

Для повышения качества колоноскопии в России рекомендуем:

- внедрить и анализировать показатели качества эндоскопических исследований;
- информатизировать эндоскопическую службу;
- ввести единую документацию — информированное добровольное согласие, чек-ап лист, стандартный протокол эндоскопического исследования и операции;
- пересмотреть тарифы ОМС;
- создать рекомендации по обеспечению качества колоноскопии;
- создать рекомендации по амбулаторной полипэктомии;

Е. В. Гутова<sup>1</sup>, Ю. В. Никифоров<sup>2</sup>, В. С. Суряхин<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Канд. мед. наук, заведующий организационно-методическим отделом по анестезиологии и реаниматологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

<sup>2</sup> Д-р мед. наук, ведущий специалист организационно-методического отдела по анестезиологии и реаниматологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

<sup>3</sup> Канд. мед. наук, ведущий специалист организационно-методического отдела по анестезиологии и реаниматологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

## Результаты и перспективы деятельности ОМО по анестезиологии-реаниматологии

Организационно-методический отдел (ОМО) по анестезиологии и реаниматологии функционирует с 1996 года. Основная роль – координация деятельности анестезиолого-реанимационной службы медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы. Отдел планирует и организует свою работу в соответствии с планами работы Департамента здравоохранения и главного внештатного специалиста анестезиолога-реаниматолога ДЗМ и НИИОЗММ ДЗМ. ОМО по анестезиологии и реаниматологии является методическим центром, участвующим в разработке организационных, методических, правовых и иных аспектов деятельности анестезиолого-реанимационной службы, направленных на совершенствование лечебно-диагностического процесса и контроля за его качеством.

Наиболее значимые итоги работы ОМО по анестезиологии и реаниматологии за 2019 год:

- Подготовлена и проведена Коллегия ДЗМ «О материально-техническом состоянии службы анестезиологии и реаниматологии». В ходе подготовки проведен полный аудит материально-технической базы всех подразделений анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.
- Проведен анализ медицинской документации и дана экспертная оценка качества оказания анестезиолого-реанимационной помощи по 30 клиническим случаям.
- Подготовлены и представлены руководству ДЗМ аналитические справки о состоянии анестезиолого-реанимационной службы и перспективах ее развития, по анализу смертности лиц в возрасте старше 65 лет и дополнительным мерам по ее снижению, о причинах перегруза реанимационных отделений и предложениях по оптимизации загрузки реанимационного коечного фонда, по модернизации материально-технического обеспечения анестезиолого-реанимационных подразделений.
- Сотрудники ОМО по анестезиологии и реаниматологии под руководством главного внештатного специалиста анестезиолога-реаниматолога Д. Н. Проценко регулярно принимают участие в организации образовательных мероприятий для специалистов в области анестезиологии-реаниматологии. В 2019 году

проведен IV Московский городской съезд анестезиологов-реаниматологов, три рабочие встречи САРС (сообщества анестезиологов-реаниматологов столицы) по актуальным вопросам анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, круглый стол по управляемой гипотермии.

- Подготовлена к печати статья «Состояние анестезиолого-реанимационной службы по итогам 2018 года» для журнала «Неотложная медицина» серии «Медицинский алфавит». Подготовлены тезисы для сборников НИИОЗММ ДЗМ: «Менеджмент в анестезиологии-реаниматологии: цель, задачи, перспективы развития», «Нозологическая структура летальности в многопрофильном стационаре». Разработаны методические рекомендации «Патогенетическая терапия грамотрицательного сепсиса методом селективной гемосорбции липополисахаридов (LPS)».

В перспективах на ближайшие годы – переход на электронные формы статистической отчетности (по мере внедрения проекта «Цифровая реанимация» в медицинских организациях) и, совместно с МФОМС, совершенствование формирования тарифов на медицинские услуги отделений реанимации и интенсивной терапии, в зависимости от объективной оценки тяжести состояния пациента.

Организационные аспекты анестезиолого-реанимационной службы Департамента здравоохранения города Москвы.

В состав анестезиолого-реанимационной службы ДЗМ для взрослого населения входят 46 медицинских организаций стационарного типа и 1 амбулаторного типа, где функционируют 211 отделений, в которых развернуты 2087 реанимационных коек, 750 операционных столов, из них 223 – для экстренных операций.

За 2018 год подразделениями анестезиологии и реаниматологии проведено 577 907 анестезиологических пособий. Сохраняется тенденция к увеличению количества проведенных анестезиологических пособий, на фоне увеличения общего количества оперативных вмешательств. В деятельности подразделений анестезиолого-реанимационной службы широко используются все современные методики общей, регионарной и сочетанной анестезии.



При анализе деятельности анестезиолого-реанимационной службы за 2018 год следует отметить, что сохраняется тенденция к продолжающемуся росту количества пролеченных больных реанимационного профиля. За 2018 год пролечено 376 209 пациентов. По сравнению с 2017 годом количество реанимационных больных в 2018 году возросло на 5,5%. Ежегодный прирост данного показателя в предыдущие годы составлял 2,5–7%. За последние 10 лет количество пролеченных больных реанимационного профиля увеличилось на 55%. Имеется тенденция к снижению среднего показателя летальности в некоторых группах подразделений реанимации и интенсивной терапии (общей, кардио-, нейро-). Однако в ряде подразделений, работающих с максимальным перегрузом, уровень летальности достигает 30% и выше. Следует отметить, что свыше 65% пациентов отделений реани-

мации и интенсивной терапии составляют лица старше трудоспособного возраста, летальность в этой группе больных – 20,5%.

Процент реанимационных коек от общего числа развернутых коек для взрослого населения в медицинских организациях Департамента здравоохранения в 2018 г. увеличился до 5,12% (2017 г. – 4,93%; 2016 г. – 4,66%), в основном за счет уменьшения количества профильных коек. Продолжает нарастать перегрузка подразделений службы. При увеличении в 2018 г. среднего показателя работы реанимационной койки по медицинским организациям Департамента здравоохранения до 387 дней (372 – 2017 г.; 358 – 2016 г.), в 96 подразделениях службы данный показатель превышает средний уровень, а в 31 из них среднее число дней работы койки в году превышает 500 дней.

## Развитие кадрового потенциала

При анализе развития кадрового состава анестезиолого-реанимационной службы за последние 20 лет следует отметить, что на фоне увеличения реанимационного коечного фонда на 190% и интенсификации анестезиологической деятельности практически в два раза увеличение штатов врачей анестезиологов-реаниматологов составило 171%, а количество физических лиц возросло на 200%. Укомплектованность штатов врачей анестезиологов-реаниматологов увеличилась с 60% до 71%.

Постоянно растущий объем выполняемой специализированной медицинской помощи в условиях объективного дефицита коечного реанимационного фонда и кадрового состава ведет к хроническому увеличению производственной нагрузки на персонал отделений анестезиологии-реаниматологии, что в конечном счете может приводить к снижению эффективности лечебного процесса медицинского учреждения.

Одним из направлений совершенствования медицинской помощи населению может быть структурная и кадровая корректировка службы анестезиологии-реаниматологии конкретного лечебного учреждения на основе современного медицинского менеджмента.

Менеджмент в анестезиологии-реаниматологии – это: рациональное управление, регулирование и контроль имеющихся трудовых и материальных ресурсов с целью повышения безопасности оказываемой специализированной анестезиологической и реанимационной помощи пациентам и достижение высокой ее эффективности в конкретном лечебном учреждении системы здравоохранения.

Таким образом, реальным путем совершенствования службы анестезиологии-реаниматологии в стационарах Департамента здравоохранения г. Москвы является развитие ее кадрового потенциала, а именно:

- повышение престижа профессии и стабильной материальной заинтересованности специалистов в области анестезиологии и реаниматологии;
- усиление позиции специалиста анестезиолога-реаниматолога в лечебных учреждениях путем создания должности заместителя главного врача по анестезиологии-реаниматологии;
- решение вопросов организации первичной специализации по анестезиологии-реаниматологии среднего медицинского персонала и повышения их профессионального статуса в структуре медицинского учреждения. Введение в программу медицинских колледжей курсов по подготовке младших медицинских сестер по уходу за больными в отделениях реанимации и интенсивной терапии;
- постоянное повышение квалификации врачебного и среднего медицинского персонала путем организации образовательных мероприятий на учебных и научных платформах ДЗМ – проведение профессиональных съездов, конференций, мастер-классов, рабочих встреч САРС (сообщества анестезиологов-реаниматологов, организованного в 2017 году), семинаров, междисциплинарных совещаний, занятий в городском симуляционном центре, зарубежных стажировок, участия в проекте «Московский врач»;
- принятие мер по повышению укомплектованности (идеально до 100%) подразделений анестезиологии-реаниматологии кадрами;
- пересмотр штатного расписания медицинских организаций в сторону увеличения штата среднего медицинского персонала;

- восстановление в штатном расписании отделений реанимации и интенсивной терапии должности младших медицинских сестер по уходу за больными

и санитаров в соответствии с действующим приказом МЗ РФ.

## Состояние анестезиолого-реанимационной службы для детей Департамента здравоохранения города Москвы

Анестезиолого-реанимационная помощь детям оказывается в 35 медицинских организациях: 32 стационарах: 9 детских и 23 для взрослых (реанимационные койки в акушерских подразделениях) и 3 амбулаторных лечебных учреждениях. Реанимационный коечный фонд для оказания помощи детям составляет 574 койки (2017 г. – 562 коек), из них 372 – для новорожденных.

В 2018 г. детям проведено 94 687 анестезий (2017 г. – 87416; 2016 г. – 81357), из них плановых – 65%, экстренных – 35%. Амбулаторная анестезиолого-реанимаци-

онная помощь детям оказывается в трех стоматологических поликлиниках. В 2018 году в них проведено 2 183 ингаляционных анестезии.

В 18 функционирующих отделениях анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии для детей развернуто 181 койка. В 36 медицинских организациях имеются реанимационные отделения для новорожденных на 372 койки. Пролечено в 2018 году 32 424 пациента. Средний койко-день составил 4,5; летальность – 1,9%. Данные показатели соответствуют международным среднестатистическим данным.

## Программа «Московский врач» в анестезиологии-реаниматологии

Статус «Московский врач» – это результат признания со стороны медицинского сообщества профессиональных компетенций специалиста, в том числе с учетом особенностей московского здравоохранения и утвержденный отраслевым органом исполнительной власти города Москвы, осуществляющим функции по реализации государственной политики в сфере здравоохранения, после успешного прохождения специалистами добровольных оценочных процедур по присвоению статуса «Московский врач».

Основные цели программы «Московский врач»: повышение качества оказания медицинской помощи на территории города Москвы, престижа профессии врача, доверия пациента, стимулирование непрерывного и целенаправленного повышения уровня квалифика-

ции врачей медицинских организаций, необходимого для применения современных медицинских технологий, повышения их профессиональной культуры, личностного и профессионального роста, в том числе путем установления дополнительных стимулирующих выплат специалистам, имеющим статус «Московский врач». Размер стимулирующей выплаты устанавливается соответствующим постановлением Правительства Москвы. Создание нового механизма развития кадрового потенциала системы здравоохранения города Москвы. Выявление лучших профессионалов среди специалистов, имеющих статус «Московский врач», для создания «кадрового резерва» в системе московского здравоохранения при назначении на вакантные должности руководителей медицинских организаций и/или их структурных подразделений (филиалов).

## Статистика проведения ДОП «Московский врач» 2017–2019 гг.

Анестезиология-реаниматология:

- Проведено процедур – 15
- Подано заявок в ДЗМ – 205
- Количество пришедших – 153 человек
- Количество сдавших – 65 человек, или 48,8% от пришедших

Дальнейшие планы проекта «Московский врач» по профилю анестезиология-реаниматология:

- плановое увеличение банка тестовых заданий;
- плановое увеличение банка клинических задач;
- увеличение проверяемых практических навыков в симуляционном центре (введение симулятора «неотложная помощь»).



## А. Л. Дашкова<sup>1</sup>, В. Е. Виноградов<sup>2</sup>, О. Н. Котенко<sup>3</sup>, Н. В. Васина<sup>4</sup>, Л. В. Марченкова<sup>5</sup>

- <sup>1</sup> Заведующий отделом медицинской эвакуации ГБУЗ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А. С. Пучкова»
- <sup>2</sup> Специалист организационно-методического отдела по нефрологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», заведующий консультативно-нефрологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»
- <sup>3</sup> Канд. мед. наук, главный внештатный специалист по нефрологии ДЗМ, руководитель Московского научно-практического центра нефрологии и патологии трансплантированной почки ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»
- <sup>4</sup> Канд. мед. наук, заведующая организационно-методическим отделом по нефрологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
- <sup>5</sup> Канд. мед. наук, специалист организационно-методического отдела по нефрологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

### Маршрутизация пациентов, получающих лечение программным гемодиализом в городе Москве

Цель работы: показать роль ОМО по нефрологической помощи и отдела медицинской эвакуации ГБУ «ГБУЗ ССиНМП им. А. С. Пучкова ДЗМ» в организации специализированной медицинской помощи пациентам с хронической болезнью почек (ХБП5).

Регламентирующими документами по организации специализированной медицинской помощи, в том числе и маршрутизации пациентов, получающих заместительную почечную терапию, являются: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с изменениями, вступившими в силу с 09.06.2019 г. (статьи 21, 34, 37), приказ МЗ и социального развития РФ № 17н от 18.01.2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология», приказ ДЗМ от 15 августа 2014 года № 738 «О порядке организации транспортировки больных с хронической почечной недостаточностью для проведения амбулаторного гемодиализа, по медицинским показаниям нуждающихся в медицинском сопровождении бригад «ГБУЗ ССиНМП им. А. С. Пучкова ДЗМ».

Основные задачи: 1. Ведение регистра пациентов с ХБП 5. 2. Регистр направлений на лечение программным гемодиализом в Москве. 3. Работа по оптимизации.

В соответствии с приказом № 738 «О порядке организации транспортировки больных с хронической почечной недостаточностью для проведения амбулаторного гемодиализа, по медицинским показаниям нуждающихся в медицинском сопровождении бригад ГБУЗ «ССиНМП им. А. С. Пучкова ДЗМ» выдача направлений на процедуру гемодиализа в диализные центры осуществляется по территориальному принципу. Работа по оптимизации направлена на уменьшение временных затрат на транспортировку пациентов для проведения программного гемодиализа. На сегодняшний день в регистре зарегистрировано 5236 пациентов. Нуждающихся в медицинском сопровождении в городе Москве 2588 человек. Работа по оптимизации проводится в связи с открытием новых диализных центров, а также с целью сокращения времени транспортировки и тем самым предотвращения рисков для здоровья, связанных с длительностью транспортировки. В течение года 440 пациентов были переведены в диализные центры,

ближайшие к месту жительства. Экономический эффект составил 1 266 564 км в год.

Регламент организации транспортировки больных с хронической почечной недостаточностью, по медицинским показаниям нуждающихся в сопровождении медицинского персонала бригад ГБУЗ «ССиНМП им. А. С. Пучкова ДЗМ» для проведения процедуры гемодиализа и обратно:

- транспортировка производится только в пределах административных границ города Москвы; транспортировка осуществляется в диализные центры МО государственной системы здравоохранения города Москвы и другие медицинские организации, выполняющие амбулаторный гемодиализ в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве;
- транспортировка назначается в соответствии с медицинскими показаниями и осуществляется для пациентов, постоянно зарегистрированных на территории города Москвы;
- данные пациента вносятся в регистр, и ему присваивается индивидуальный номер.

Согласно регламенту организации транспортировки больных с хронической почечной недостаточностью, по медицинским показаниям нуждающихся в сопровождении медицинского персонала бригад ГБУЗ «ССиНМП им. А. С. Пучкова ДЗМ» для проведения процедуры гемодиализа и обратно, вызов санитарного транспорта для транспортировки пациентов после проведения процедуры гемодиализа осуществляется врачом отделения гемодиализа. Отделом госпитализации ГБУ «ССиНМП имени А. С. Пучкова в режиме реального времени формируются групповые маршруты сбора и доставки пациентов. Транспортировка пациентов к месту проведения амбулаторного гемодиализа и после его проведения осуществляется бригадами ГБУЗ «ССиНМП им. А. С. Пучкова» согласно сформированным маршрутам. Пациент может прикрепиться к выбранному диализному центру по его заявлению, при этом транспортировка будет осуществляться им самостоя-

тельно без привлечения бригад ГБУ «СС и НМП имени А. С. Пучкова.

Показания для транспортировки больных в сопровождении медицинского персонала ГБУ «ССиНМП им. А. С. Пучкова ДЗМ» для проведения процедуры гемодиализа и обратно: тяжелое течение сахарного диабета; хроническая сердечная недостаточность 3–4 ФК; стенокардия напряжения 4 ФК; врожденные и приобретенные пороки сердца; недостаточность кровообращения 2Б–3-й степени; остаточные явления перенесенного ОНМК с парезами и параличами при невозможности передвигаться самостоятельно (костыли, коляска); макроангиопатия любой этиологии с поражением периферических артерий при невозможности самостоятельно передвигаться (костыли, коляска); хронические неспецифические заболевания легких с явлениями дыхательной недостаточности 2–3-й степени; слепота;

онкологические заболевания III или IV стадии; патология опорно-двигательного аппарата любой этиологии при невозможности передвигаться самостоятельно; артериальная гипертензия с уровнем АД от 170/100 мм рт. ст. и выше; артериальная гипотония с уровнем АД ниже 100 мм рт. ст.; анемия с уровнем Hb ниже 100 г/л; тяжелая полинейропатия; тяжелые заболевания центральной нервной системы (энцефалопатия с выраженными когнитивными расстройствами, эпилепсия); кахексия.

Выводы. Ведение регистра пациентов с ХБП5, получающих лечение программным гемодиализом в городе Москве; формирование направлений на лечение программным гемодиализом в Москве; оптимизация услуги транспортировки на процедуру гемодиализа по территориальному принципу направлены на улучшение качества оказания медицинской помощи пациентам с ХБП5.

### А. И. Еремин<sup>1</sup>, Н. А. Василевская<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Заведующий организационно-методическим отделом по стоматологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

<sup>2</sup> Ведущий специалист организационно-методического отдела по стоматологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

## Ожидаемые результаты программы развития организационно-методического отдела по стоматологии

В государственную структуру организации оказания стоматологической помощи населению города Москвы входят 34 взрослые стоматологические поликлиники, 24 детские стоматологические поликлиники, ГБУЗ «Челюстно-лицевой госпиталь для ветеранов войн Департамента здравоохранения города Москвы» (далее – ЧЛГВВ), специализированное отделение ГБУЗ «Городская психиатрическая больница №1 им. Н. А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» (ранее – ГБУЗ «Городская психиатрическая больница №14 Департамента здравоохранения города Москвы») (далее – Специализированное отделение ПБ №1), 5 городских больниц ТиНАО, 3 коммерческие медицинские организации.

Основными стоматологическими заболеваниями, с которыми население города Москвы обращается в стоматологические поликлиники, являются поражение зубов кариесом и его осложнениями (пульпит, периодонтит), болезни пародонта, некариозные поражения зубов, заболевания слизистой полости рта, а также частичная или полная потеря зубов. В последние годы пациенты стали обращаться по поводу восстановления эстетических параметров зубов, имплантации и протезирования на имплантатах.

Основными целями и задачами развития стоматологической службы города Москвы являются повышение качества оказания специализированной первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология», выявление новых формирующихся потребностей населения в медицинских услугах и их обеспечение,

проведение нормирования труда и штатного расписания, привлечение дополнительных источников финансирования, организация плановых мероприятий по повышению квалификации врачей-стоматологов всех специальностей, средних медицинских работников и другого персонала стоматологических поликлиник всех уровней управления, разработка организационно-методических мероприятий по медицинскому обслуживанию населения города Москвы, внедрение новых методов диагностики и лечения.

В 2019 году был проведен анализ показателей деятельности взрослых и детских стоматологических поликлиник города Москвы, анализ финансовых показателей учреждений, социологический опрос населения о качестве оказания стоматологической помощи, выявлены новые формирующиеся потребности населения в медицинских услугах.

На 2020–2021 гг. запланирована организация плановых мероприятий по повышению квалификации врачей, средних медицинских работников и другого персонала стоматологических поликлиник всех уровней управления. Плановые мероприятия включают в себя разработку и внедрение обучающих программ, издание методических рекомендаций, совершенствование нормативно-правовой базы, повышение онкологической настороженности у врачей-стоматологов, выездные семинары совместно с организационно-методическим отделом по онкологии, проведение «Школ здоровья» для населения (также совместно с организационно-методическим отделом по онкологии), по-



священных ранним признакам злокачественных новообразований полости рта, внедрение новых методов диагностики и лечения, внедрение светоотверждаемых материалов на приеме в рамках территориальной программы ОМС, повсеместное внедрение стоматологической дентальной имплантации, запуск мобильного стоматологического комплекса, дооснащение медицинских организаций современным медицинским оборудованием (КТ, микроскопы и т. д.), разработка совместно с организационно-методическим отделом по онкологии информационных материалов, посвященных ранней диагностике злокачественных новоо-

бразований полости рта для размещения на стендах в медицинских организациях. Ожидаемыми результатами развития стоматологической службы города Москвы являются повышение качества оказания специализированной первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология», повышение образовательного уровня врачей-стоматологов, а также руководящего состава медицинских организаций, увеличение количества сотрудников, имеющих квалификационные категории, уменьшение количества жалоб от населения.

### М. В. Журавлева<sup>1</sup>, Т. Р. Каменева<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Д-р мед. наук, профессор, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России, главный внештатный специалист – клинический фармаколог ДЗМ

<sup>2</sup> Канд. мед. наук, доцент, ГБУЗ «ГКБ им. М. П. Кончаловского ДЗМ», главный окружной внештатный специалист – клинический фармаколог ДЗМ по Зеленоградскому округу

## Служба клинической фармакологии в Москве: реалии и перспективы развития

Задачи клинического фармаколога (отдела): консультирование по вопросам антимикробной терапии, создание паспорта локальной антибиотикорезистентности, разработка, создание и внедрение формуляра АМП, определение основного и резервного перечня АМП, внедрение программы периоперационной антибиотикопрофилактики, экспертная оценка протоколов антимикробной терапии, организация и проведение клинико-экономического анализа применения АМП, участие в организации и проведении образователь-

ных программ, анализ потребления АМП. Сфера деятельности врачей – клинических фармакологов в государственных медицинских учреждениях Москвы – это не только лекарственная безопасность и фармаконадзор, в зоне их внимания находится вся сфера рационального применения лекарственных средств в медицинских учреждениях. Она включает в себя микробиологический мониторинг, анализ и предотвращение антибиотикорезистентности в данном медицинском учреждении.

## Состояние антибиотикорезистентности в городе Москве

По официальным данным карты AMR, наиболее распространенными возбудителями нозокомиальных инфекций в медицинских организациях стационарного типа ДЗМ являются клебсиелла, синегнойная палочка, кишечная палочка, стафилококк ауреус и ацинетобактер. Сегодня есть антимикробные препараты, которые имеют практически 100%-ю резистентность, то есть они в настоящее время исчерпали свой потенциал. Это вызывает сложности с подбором антибактериальной терапии тяжелым пациентам в отделениях реанимации. С каждым годом ситуация становится все критичнее. Если не предпринимать серьезных действий, к 2050 году количество смертей, связанных с развитием резистентности к антибиотикам, будет превышать по данным ВОЗ смертность по нозологиям онкология, ССЗ, сахарный диабет.

Стратегия предупреждения распространения антимикробной резистентности (СКАТ) утверждена 25 сентября 2017 года распоряжением правительства РФ № 2045-р. Она была разработана с учетом стратегии национальной безопасности России (утверждена Указом Президента России от 31 декабря 2015 года

№ 0683), основ государственной политики в области обеспечения химической и биологической безопасности России на период до 2025 года и дальнейшую перспективу (утверждены Президентом России от 1 ноября 2013 года № Пр-2573), глобального плана действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам, принятого на 68-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2015 года.

Основные задачи программы СКАТ: профилактика распространения возбудителей нозокомиальных инфекций, резистентных к антибиотикам, рациональное применение АМП с лечебной и профилактической целью, повышение эффективности эмпирической антибактериальной терапии, оптимизация расходов ЛПУ на антимикробные средства, пребывание пациента в стационаре, лечение нозокомиальных осложнений.

Для реализации программы СКАТ в стационаре необходимы: отдел клинической фармакологии, группа по контролю нозокомиальных инфекций и антибиотикорезистентности, современная микробиологическая лаборатория, документы по рационализации исполь-



зования АМП и контролю нозокомиальных инфекций и антибиотикорезистентности, утвержденные главным врачом ЛПУ.

В рамках стратегии предупреждения антимикробной резистентности, утвержденной Правительством РФ в 2017 году, разработана и внедряется в жизнь программа СКАТ-М (Стратегия контроля антимикробной терапии в Москве). Стратегия и тактика программы СКАТ-М, реализуемой в МО города Москвы, состоит из формирования перечня МО (стационары, первичная МСП), разработки критериев оценки эффективности, безопасности АМТ, определения индекса резистентности, определения потребностей МО в АМП, базового исследования для изучения реальной ситуации в МО и оценки эффективности внедрения программы, обучения и проведения школ, обучающих семинаров, создания группы контроля НИ и АБР на уровне МО региона.

Сегодня в СКАТ-М принимают участие и активно работают более 15 многопрофильных стационаров, созданы и внедрены протоколы антибактериальной терапии для отделений хирургии, урологии, реанимации и интенсивной терапии, пульмонологии, терапии. В перспективе к 2030 году планируется, что все медицинские организации стационарного типа ДЗМ будут применять данную стратегию. Программа СКАТ-М нужна, чтобы сделать антибиотикотерапию рациональной: правильное лекарство, правильная доза, правильное время, правильная продолжительность. Это приведет к снижению смертности пациентов, сдерживанию антибиотикорезистентности, снижению экономических затрат, повышению качества медобслуживания, снижению частоты госпитализаций. В рамках стратегии по предупреждению устойчивости к антибиотикам проводится мониторинг различных возбудителей.

Благодаря ОМО по клинической фармакологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» под руководством главного внештатного специалиста по клинической фармакологии Департамента здравоохранения города Москвы профессора М. В. Журавлевой в 2019 году был разработан регистр пациентов, перенесших инфекцию, вызванную карбапенемрезистентными грамотрицательными возбудителями, в стационарах города Москвы. Он одобрен Московским городским этическим комитетом, активно внедряется протокол регистрового наблюдательного исследования. В него войдут все пациенты, которые перенесли инфекцию, вызванную карбапенемрезистентными грамотрицательными возбудителями. Цель исследования – изучить распространенность инфекций, вызванных карбапенемрезистентными грамотрицательными возбудителями в различных отделениях стационаров города Москвы, и их исходов в течение 1 года после индексного события. Это поможет оптимизировать подходы к ведению данных пациентов.

Поддержка врачебных решений: в 2019 году создан клинический комитет по клинической фармакологии под руководством Главного внештатного специалиста по клинической фармакологии Департамента здравоохранения города Москвы профессора М. В. Журавлевой. Стартовала большая работа по разработке программ поддержки врачебных решений по фармакотерапии для врачей общей практики. В дальнейшем мы планируем ее активно продолжать.

Важные итоги 2019 года – это создание организационно-методического отдела по клинической фармакологии при НИИОЗММ, а также Клинического комитета по клинической фармакологии при Департаменте здравоохранения Москвы по внедрению электронной системы в целях поддержки принятия врачебных решений в области клинической фармакологии и фармакотерапии для врачей общей практики.

**Ю. С. Злобина<sup>1</sup>, А. А. Шелупаев<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Канд. мед. наук, заведующая организационно-методическим отделом по травматологии и ортопедии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

<sup>2</sup> Специалист организационно-методического отдела по травматологии и ортопедии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

### **Клинико-организационные вопросы оказания травматолого-ортопедической помощи пациентам пожилого и старческого возраста**

До 2011 года ОМО по травматологии и ортопедии в г. Москве выполнял в основном функции статистического учета, а в 2011 году и вовсе был ликвидирован. В 2016 году создано принципиально новое подразделение – ОМО по травматологии и ортопедии в составе НИИОЗММ ДЗМ, которое начинает работу с нуля. На момент начала работы отсутствуют систематизированные данные о работе отделений травматологии и ортопедии медицинских организаций г. Москвы, нет информации об отдаленных результатах лечения травматолого-ортопедических пациентов, нет единой

системы оценки работы медицинских организаций по профилю «травматология и ортопедия», отсутствует оценка обеспеченности медицинских организаций имплантатами и причин неравномерного обеспечения, не имеется системной оценки обеспеченности оборудованием и т. д.

Возрожденный ОМО наделяется принципиально новыми функциями, перед ним стоят новые задачи. Аналитика и мониторинг, пришедшие на смену старой статичной системе, являются одними из первостепенных



шагов. В рамках этой работы проводится мониторинг качества работы медицинских организаций по профилю «травматология и ортопедия», подготовка аналитических отчетов для ДЗМ, разработка проектов нормативных правовых актов ДЗМ по результатам мониторинга и т. д.

Немаловажной является и экспертная оценка медицинской документации, протоколов лечения, эффективности внедрения новых медицинских технологий, проведение клинко-анатомических разборов с целью предотвращения ошибок в дальнейшем.

Научная и методическая работа ОМО определяется прежде всего разработкой клинических и методических рекомендаций. Кроме того, на основании анализа сформированных информационных баз данных ОМО осуществляет планирование потребности в бюджетных ассигнованиях медицинских организаций ДЗМ.

Технологии не стоят на месте, благодаря интернету пациенты имеют возможность обратиться непосредственно к руководителю ДЗМ, министру здравоохранения и даже президенту страны. А для ОМО это становится своеобразным «звоночком» для осуществления контроля качества оказания медицинской помощи в той или иной медицинской организации, проверки документов, проведения совещаний с руководством и докторами, решения проблем на самом начальном этапе.

Одной из важнейших задач на современном витке развития медицины, да и других наук, является непрерывное образование. ОМО по травматологии и ортопедии совместно с ведущими российскими и зарубежными травматологами-ортопедами ежегодно организуются семинары, конференции, вебинары, трансляции из операционных, мастер-классы и т. д. Растут и требования к московским врачам: в уходящем году разработана принципиально новая система оценки знаний врачей, как теоретических, так и практических, подготовка к этому экзамену также является частью образовательных мероприятий для врачей травматологов-ортопедов.

После трех лет работы возрожденного ОМО по травматологии и ортопедии мы можем без лишней скромности доложить о ее результатах.

- Создана развернутая статистическая база оценки работы травматолого-ортопедической службы города, от общих данных до таких деталей, как пары трения установленных эндопротезов, ранние и поздние послеоперационные осложнения, причины госпитализации, малоинвазивные высокотехнологические операции по локализациям и видам и т. д.
- Разработаны 42 технологические карты, на основании которых формируется бюджетное обеспечение по профилю «травматология и ортопедия» на последующие годы.

- Издан разработанный ОМО приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 29.12.2018 г. № 903 «Об организации оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях в городе Москве».
- Готовы к изданию Приказ «Об организации оказания медицинской помощи при переломах проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) взрослому населению города Москвы» и Приказ «Об организации оказания медицинской помощи больным с термическими поражениями в городе Москве».
- Начата работа над Приказом об оказании помощи при сочетанной травме.
- Ежегодно ОМО совместно с медицинскими организациями ДЗМ проводится более 15 образовательных и конгрессно-выставочных мероприятий.
- Построена система стратегии и тактики развития травматолого-ортопедической службы и ее финансового обеспечения.
- Ежегодно сотрудниками ОМО рассматривается более 150 жалоб и обращений граждан с проведением клинических разборов, экспертиз, совещаний и т. д.
- Создана база данных по пациентам, страдающим несовершенным остеогенезом, старше 18 лет.
- Выявлены основные проблемы травматолого-ортопедической службы города, такие как низкая оперативная активность в первые сутки с момента поступления, недостаточное финансовое обеспечение травматолого-ортопедической помощи при травмах и заболеваниях верхних конечностей, травмах таза, тяжелой сочетанной травме, возрастающее число пациентов, нуждающихся в ревизионном эндопротезировании, длительный период ожидания оперативного лечения пациентами с перипротезными и периимплантными переломами, нерациональное использование врачебного персонала (врачей травматологов-ортопедов) при операциях, производимых под рентгенологическим контролем, для работы с ЭОПом. По каждой из этих проблем разработан план их решения.

Определены основные направления развития травматолого-ортопедической службы города Москвы на ближайшие годы.

1. Развитие программы повышения квалификации врачей.
2. Реорганизация амбулаторной травматолого-ортопедической службы.
3. Коррекция нормативно-правовой базы по профилю «травматология и ортопедия».

4. Субспециализация медицинских организаций ДЗМ.
5. Создание экспертного междисциплинарного консультативного центра диагностики заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата.
6. Развитие наукоемких и органосохраняющих технологий (компьютерная навигация и роботизация, 3D-принтинг и т. д.)
7. Своевременное лечение периимплантных и перипротезных переломов, ревизионное эндопротезирование.
8. Круглосуточная возможность проведения травматологических операций.
9. Развитие программы повышения квалификации врачей.

Во втором докладе специалиста ОМО по травматологии и ортопедии НИИОЗММ ДЗМ А. А. Шелупаева «Проект организации оказания медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости. Задачи и решения» были изложены результаты работы ОМО по травматологии и ортопедии по совершенствованию оказания медицинской помощи пациентам с переломами проксимального отдела бедренной кости (далее – ППОБК).

Встречаемость переломов проксимального отдела бедра составляет 100 пациентов на 100 000 взрослого населения в год. Средний возраст пациентов – 78 лет. Консервативное лечение приводит к декомпенсации сопутствующих заболеваний и высокой смертности в данной группе пациентов, которая составляет 71,8% в течение первых двенадцати месяцев и 62% в течение первых 120 дней после травмы. Основными причинами смерти при консервативном лечении являются болезни системы кровообращения и пневмония. Оперативное лечение в первые 48 часов после травмы позволяет снизить смертность до 20% в течение первых двенадцати месяцев.

Задачами проекта являются: увеличение количества прооперированных пациентов с ППОБК до 95%, увеличение количества прооперированных пациентов в первые 48 часов до 80%, увеличение количества операций эндопротезирования при переломах шейки бедренной кости, создание междисциплинарного регламента оказания медицинской помощи при ППОБК, повышение доступности второго этапа реабилитации для пациентов с ППОБК.

В результате работы по совершенствованию оказания медицинской помощи пациентам с ППОБК удалось увеличить оперативную активность с 69,7% в 2016 г. до 87,9% в 2018 г. в этой группе пациентов. Процент прооперированных пациентов в сроки до 48 часов при выполнении операций остеосинтеза уве-

личился с 54,9% до 80,7%, при эндопротезировании – с 28,8% до 44%, что связано с тем, что операции эндопротезирования должны выполняться подготовленными бригадами, в операционных с достаточным оснащением.

В течение 2018 года разработана и согласована с МГФОМС технологическая карта лечения пациентов с переломами шейки бедренной кости (код по МКБ 10 S72.0) с установкой эндопротеза. С 1.01.2019 г. введен тариф «Перелом шейки бедренной кости (с установкой эндопротеза)» на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по законченным случаям лечения заболевания в рамках Территориальной программы ОМС. Стоимость оплаты данной медицинской помощи увеличилась со 103 000 рублей до 253 510 рублей.

Организационно-методическим отделом по травматологии и ортопедии совместно с организационно-методическими отделами и главными внештатными специалистами Департамента здравоохранения г. Москвы по анестезиологии-реаниматологии, терапии, скорой и неотложной медицинской помощи и медицине катастроф, психиатрии, клинической фармакологии, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению подготовлены методические рекомендации «Переломы проксимального отдела бедренной кости (Код МКБ 10 S72.0, S72.1, S72.2)». Методические рекомендации утверждены на Экспертном совете по науке Департамента здравоохранения г. Москвы 27 ноября 2019 г. Подготовлен проект Приказа Департамента здравоохранения г. Москвы «Об организации оказания медицинской помощи при переломах проксимального отдела бедренной кости взрослому населению города Москвы». Наличие нормативных документов позволит внедрить междисциплинарный подход в лечении пациентов, снизить количество осложнений и увеличить выживаемость у пациентов с ППОБК.

Далее заведующими травматолого-ортопедическими отделениями медицинских организаций ДЗМ были сделаны следующие доклады:

- «Перелом лучевой кости в типичном месте у пожилых: особенности выбора тактики лечения» (Б. И. Максимов, окружной специалист-травматолог-ортопед ГКУ ДКД МО ДЗМ (ЮВАО), заведующий травматологическим отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница № 29 им. Н. Э. Баумана Департамента здравоохранения города Москвы», к. м. н.)
- «Лечение переломов проксимального отдела плечевой кости у пациентов старших возрастных групп» (А.В. Мильников, заведующий травматологическим отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница им. М. П. Кончаловского ДЗМ»).
- «Сенильные переломы позвоночника: что делать?» (М. Ю. Воронков, заведующий травматологическим



отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В. В. Вересаева Департамента здравоохранения города Москвы»).

Таким образом, в результате проведения секции по травматологии и ортопедии «Клинико-организационные вопросы оказания травматолого-ортопедической помощи пациентам пожилого и старческого возраста в городе Москве» были раскрыты не только

особенности лечения, современные проблемы диагностики и оперативной техники, профилактики возраст-ассоциированных переломов, но и стратегия развития травматолого-ортопедической службы города, цели и задачи на ближайшее время, имеющиеся трудности и пути их решения. Также были представлены результаты работы ОМО по травматологии и ортопедии за четыре года.

## И. Е. Кандидова<sup>1</sup>, Ж. В. Пичевская<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Канд. мед. наук, врач-нефролог ГБУЗ «НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ»

<sup>2</sup> Главный специалист организационно-методического отдела по трансплантологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

### Популяризация органного донорства и трансплантологии. Московский опыт

По статистике в России более 60% респондентов считают, что трансплантология не является важной составляющей отечественной медицины, да и сама тема уже ассоциативно связана чуть ли не с криминалом. Факт остается фактом: высокотехнологичная помощь, которая может понадобиться абсолютно каждому россиянину, независимо от пола, возраста, национальной принадлежности, воспринимается через призму, мягко сказать, недоверия. Российская Федерация находится на 47-м месте из 57 стран по количеству посмертных доноров на 1 млн населения. 47-е место с количеством населения более 146 млн жителей, проживающих в нашей стране.

Темпы развития трансплантологии в нашей стране по-прежнему несопоставимы с общемировыми. И здесь объединены многие факторы. Помимо проблем с организацией здравоохранения, существенную роль в стагнации играет несформированность представлений в отношении донорства органов на уровне населения.

В странах Европы и Америки благодаря популяризации донорство воспринимается как естественный уход из жизни. В отличие от западных СМИ, российские государственные каналы используют тему донорства ради сенсации. Пример – выпуск популярной программы под громким слоганом «Хотели взять органы у живого». Таким образом формируется негативное отношение к донорству органов, и в сознании многих это выглядит преступно.

Первым шагом к популяризации отрасли была инициатива главного внештатного специалиста-трансплантолога ДЗМ о создании информационного ресурса о трансплантологии. Инициатива была поддержана Департаментом здравоохранения г. Москвы. Так появился информационный ресурс [mostransplant.ru](http://mostransplant.ru).

Ресурс получил широкий отклик в лице региональных представителей Московского общества трансплантологов и пациентов как в Москве, так и в других регионах России. Успешный опыт московского ресурса стал основой создания информационного портала [rustransplant.com](http://rustransplant.com), объединяющего трансплантологов и пациентов всей страны.

ОМО по трансплантологии активно взаимодействует с Московским обществом трансплантологов в части создания, размещения и продвижения информационного контента о московской трансплантологии. Создание информационного поля, направленного на повышение осведомленности, необходимо для устранения негативизма и предрассудков, а также популяризации данного вида высокотехнологической медицинской помощи.

Только совместными усилиями, прежде всего создав единую информационную базу, которая работала бы не в интересах какого-то медицинского центра или группы врачей, а объединила бы и медиков, и пациентов, нуждающихся в пересадке или уже перенесших оную, и общественность нашей страны в целом, можно наладить работу единого трансплантологического механизма. Необходимо научиться слушать, слышать, быть там, где нужны, и суметь вовремя сказать правильные слова. Достучаться до других сердец – это значит открыть свое. Хочется верить, что и в нашей стране слова «пересадка органов» будут ассоциироваться с актом милосердия, добра и спасения жизней. Трансплантология – это не узкоспециализированная область медицины. Это касается всех без исключения. И иногда жизнь не заканчивается – дарит новую. И тем торжествует!

Л. П. Кисельникова<sup>1</sup>, Е. С. Бояркина<sup>2</sup>, П. И. Попов<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой детской стоматологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России, заместитель главного внештатного специалиста стоматолога по детской стоматологии ДЗМ

<sup>2</sup> Канд. мед. наук, ассистент кафедры детской стоматологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова

<sup>3</sup> Ведущий специалист организационно-методического отдела по стоматологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

## О подготовке клинических рекомендаций по специальности «Стоматология детская»

В связи с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 28 февраля 2019 г. №103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации» актуальным остается вопрос о разработке и внедрении клинических рекомендаций в практику врача-стоматолога детского.

Клинические рекомендации – это документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, включая описание последовательности действий медицинского работника, с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты лечения.

Клинические рекомендации являются документами, которые устанавливают алгоритм ведения больного, диагностики, профилактики и лечения. Они содержат логическую структуру действий врача с использованием доказавших свою эффективность методов диагностики и лечения, выбор которых определяется индивидуальными особенностями течения болезни, сопутствующими заболеваниями и другими факторами. Вместе с тем лечение больного всегда индивидуально, и определение тактики лечения в каждом конкретном случае остается в компетенции лечащего врача.

В настоящее время по специальности «Стоматология детская» разработаны клинические рекомендации для возрастной категории «дети» по следующим нозологиям: «острый герпетический стоматит (герпетический гингивостоматит)», «кариес зубов у детей», «острая травма зубов у пациентов детского возраста», «пульпит у детей (временных и постоянных зубов)», «периодонтит у детей (временных и постоянных зубов)», «гипоплазия эмали». Активно ведется работа над созданием клинических рекомендаций «эндемическая (флюорозная) крапчатость эмали (флюороз зубов)», «Наследственные нарушения структуры зуба, неклассифицированные в других рубриках: незавершенный амелогенез, незавершенный дентиногенез, незавершенный одонтогенез».

Вопросы профилактики тех или иных нозологических форм включены во все клинические рекомендации по специальности «стоматология детская». Профилактика стоматологических заболеваний наиболее эффективна в детском возрасте; кроме того, она традиционно является важной составляющей частью функционирования детской стоматологической службы как с организационной, так и с клинической точки зрения. Клинические рекомендации по специальности «стоматология детская» обеспечат базовый алгоритм профессиональной деятельности детским врачам-стоматологам, который позволит в многообразии ситуаций найти правильное решение и профессионально реализовать его.

**Е. В. Кондратьев**

*Специалист организационно-методического отдела по паллиативной медицине ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», заведующий отделением паллиативной медицинской помощи ГБУЗ ГKB № 51 ДЗМ*

## Опыт работы «Школы по уходу за тяжелобольными» в ГБУЗ «ГКБ № 51 ДЗМ»

В настоящее время в Российской Федерации сохраняется тенденция увеличения доли пожилых людей и инвалидов в структуре населения, страдающих хроническими заболеваниями. Особенности их образа жизни и имеющиеся социально-экономические проблемы выдвигают новые требования к оказанию социально-медицинской помощи. Маломобильные граждане и инвалиды наряду с оказанием им непосредственной медицинской помощи нуждаются также в проведении мероприятий, направленных на улучшение качества

жизни, обеспечение условий для их проживания в собственном доме более продолжительное время посредством правильного ухода со стороны родственников и других лиц, осуществляющих уход. С целью улучшения качества жизни маломобильных граждан и инвалидов, обеспечения данной категории лиц доступной среды жизнедеятельности и повышения качества медицинского обслуживания населения в ГБУЗ ГKB № 51 ДЗМ создана «Школа ухода» за маломобильными гражданами. Организация Школы предусматривает



создание условий, при которых лица, осуществляющие уход, могли бы получить теоретические основы по вопросам ухода, овладеть практическими навыками и приемами в данном направлении. Родственники

и опекуны будут обучаться навыкам ухода за маломобильными гражданами, в том числе утратившими способности к самообслуживанию.

### Е. В. Кузнецова

*Заведующая организационно-методическим отделом по клинической фармакологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»*

## **ОМО по клинической фармакологии. Ожидаемые результаты работы до 2021 года**

Основная цель программы развития организационно-методического отдела по клинической фармакологии до 2021 года – совершенствование деятельности в области организации здравоохранения и общественного здоровья, направленное на повышение эффективности, безопасности и результативности деятельности системы здравоохранения города Москвы, сохранение и укрепление здоровья граждан, достижение нового качества жизни всех поколений москвичей посредством:

- совершенствования работы по фармаконадзору и внутреннему контролю качества безопасности и эффективности медицинской деятельности в медицинских организациях города Москвы;
- изучения и внедрения современных практических методов управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в повседневную практику медицинских организаций города Москвы, активизации перехода на «новую модель» медицинских организаций столицы;
- оптимизации антимикробной фармакотерапии и сдерживания антибиотикорезистентности;

- повышения квалификации врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, повышение квалификации врачей – клинических фармакологов до надлежащего уровня компетенций специалиста;
- непрерывного совершенствования качества лекарственного обеспечения, внедрения и поддержания формулярной системы в стационарах ДЗМ в целях сокращения объемов совокупных затрат, необходимых для качественного лечения пациентов и упрощения процесса закупок лекарственных препаратов;
- содействия развитию науки в области клинической фармакологии и смежных областей медицины, проведения пациент-ориентированной, рациональной фармакотерапии, обоснования качества фармакотерапии с оценкой эффективности и безопасности, борьбы с полипрагмазией в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы.

### Кузнецова Е. В.

*Заведующая организационно-методическим отделом по клинической фармакологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»*

## **Актуальные вопросы фармаконадзора и лекарственной безопасности – составных частей внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в условиях столичного здравоохранения**

В 2019 году изменились требования к организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях, которые закреплены в статье 90 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в (в ред. Федерального закона от 25.12.2018 № 489-ФЗ). До недавнего времени система внутреннего контроля в медицинской организации была не всегда эффективна. Законодательно не было установлено единых стандартных требований к организации и проведению внутреннего контроля. Теперь внутренний контроль осуществляется организациями государственной, му-

ниципальной и частной систем здравоохранения в соответствии с требованиями, утвержденными Минздравом Российской Федерации.

Одними из самых актуальных направлений контроля качества, эффективности и безопасности медицинской деятельности в условиях столичного здравоохранения являются лекарственная безопасность и фармаконадзор.

Почему это так важно сейчас? Зачем медицинские и фармацевтические работники должны контролировать безопасность лекарственных препаратов, относиться с осторожностью к фармакотерапии?

Нежелательные лекарственные реакции являются причиной госпитализации до 20% больных во всем мире. На проблемы, вызванные лекарственными средствами, тратится до 15-20% бюджетов здравоохранения разных стран. Наиболее частые нежелательные реакции связаны с назначением антибиотиков, химиотерапевтических средств, анальгетиков, психотропных средств, сердечных гликозидов, мочегонных, инсулина, препаратов калия. Но большинство осложнений, возникающих при использовании лекарственных средств, предотвратимо.

В Москве, как и на территории всей Российской Федерации, применяется трехуровневый контроль качества эффективности и безопасности медицинской деятельности. Государственный контроль, который осуществляется Росздравнадзором, ведомственный – органами исполнительной власти в сфере здравоохранения. В столице это Департамент здравоохранения города Москвы. И наконец, третий – внутренний контроль качества, который осуществляется непосредственно внутри государственных, муниципальных и частных медицинских организаций согласно существующей нормативно-правовой базе.

В настоящее время внутреннему контролю качества в медицинских учреждениях придается большое значение, повышается его роль в общей структуре контроля качества эффективности и безопасности медицинской деятельности. Утверждены новые законодательные требования в области мониторинга эффективности и безопасности лекарственных препаратов, внесены поправки в существующие нормативные акты. Именно внутренний контроль качества безопасности медицинской деятельности как в стационарах, так и поликлиниках может выступать гарантом лекарственной безопасности и достойного качества медицинской помощи в столице; кроме того, организация и проведение внутреннего контроля в медицинской организации является лицензионным требованием.

Рост количества принципиально новых лекарственных препаратов и доли воспроизведенных препаратов на фармацевтическом рынке требует уделять больше внимания вопросам не только безопасности лекарств, но и их эффективности. Для оптимального функционирования этой системы необходимо тесное и добросовестное взаимодействие на всех этапах от разработки лекарственного препарата до эффективной фармакотерапии. Роль клинической медицины, практических врачей и фармацевтических работников состоит в тщательном сборе и предоставлении сведений о нежелательных реакциях применения лекарственных препаратов (НР). Эффективно организованная система контроля качества лекарственных препаратов играет жизненно важную роль в решении задач, возникающих в результате постоянного увеличения ассортимента лекарств, которые обладают неизбежным и иногда непредсказуемым потенциалом нанесения вреда.

Врач – основная ключевая фигура по выявлению нежелательных реакций на лекарственную терапию, и если он не будет выполнять эту функцию, то дефект его работы не сможет быть исправлен на других уровнях. Доля врачей, владеющих знаниями и практическими навыками репортирования регуляторным органам информации о нежелательных реакциях на лекарственный препарат, чрезвычайно мала. Собираемость Извещений о нежелательных реакциях Росздравнадзором растет недостаточными темпами. Опыт показывает, что, если большинство врачей, безусловно, умеют распознавать побочные эффекты лекарственных препаратов, но зачастую серьезность выявленных эффектов недооценивается и крайне редко выявленные реакции должным образом учитываются и анализируются, статистика по нежелательным событиям остается недостоверной. Практически не учитывается опыт среднего медперсонала по выявлению НР, а ведь нередко именно медсестра видит развитие НР непосредственно во время введения лекарства пациенту. Исключены из системы фармаконадзора провизоры и фармацевты, имеющие знания и опыт в сфере клинической фармакологии, лекарственного взаимодействия, фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств.

Регулярный анализ выявленных случаев нежелательной реакции или неэффективности лекарственных препаратов позволяет не только выбирать схемы с наиболее безопасными лекарственными препаратами, отказавшись от использования опасных и неэффективных лекарств, но и организовать систему раннего выявления и предотвращения нежелательных реакций, лекарственного мониторинга. Мониторинг эффективности и безопасности лекарственных препаратов на региональном уровне в соответствии с приказом ДЗМ от 01 декабря 2017 г. № 836 «Об организации деятельности по мониторингу эффективности и безопасности лекарственных препаратов» усилит безопасность и эффективность фармакотерапии, что, в первую очередь, пойдет на благо пациентов московских клиник. Важной остается и проблема обеспечения полноты и качества сообщений о нежелательных реакциях, правильности заполнения Извещений о нежелательной реакции или отсутствии терапевтического эффекта лекарственного препарата.

Важно, чтоб во всех стационарах и особенно поликлиниках государственной системы московского здравоохранения была организована служба по качеству, назначены руководителем МО, ответственные за мониторинг эффективности и безопасности лекарственных препаратов, за сбор, обработку и представление в Росздравнадзор информации о нежелательных реакциях лекарственных препаратов, о сроках передачи извещений, алгоритме взаимодействия сотрудников всех подразделений медицинской организации. Отсутствие службы по качеству, внутренних приказов и их несоблюдение подлежит контролю со стороны Росздравнадзора.



## М. Ф. Латыпова

Канд. биол. наук, главный специалист ОМО по клинической лабораторной диагностике ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

### **Образовательные программы по специальности «Клиническая лабораторная диагностика» для специалистов медицинских организаций ДЗМ**

Для врачей по клинической лабораторной диагностике, работающих в медицинских организациях ДЗМ, разработана образовательная программа для получения статуса «Московский врач» и дополнительная профессиональная программа повышения квалификации по специальности «Клиническая лабораторная диагностика» с выдачей сертификата специалиста.

«Московский врач» – столичный проект по непрерывному повышению уровня квалификации врачей. Запуск проекта регламентирован Постановлением Правительства Москвы от 11 апреля 2017 г. №178-ПП «О реализации в городе Москве пилотного проекта «О присвоении статуса «Московский врач». Проведение оценочных процедур для присвоения статуса «Московский врач» по клинической лабораторной диагностике (КЛД) организовано на базе Сеченовского университета с 01 апреля 2019 года на бесплатной основе. Утвержден состав экспертной и апелляционной комиссий для проведения оценочных процедур из представителей образовательных организаций, главного внештатного специалиста ДЗМ по КЛД, медицинских организаций ДЗМ и профессиональных медицинских сообществ.

Стандарт «Московский врач» по специальности «Клиническая лабораторная диагностика» состоит из 15 разделов. На текущий период времени разработаны 4 станции по практическим навыкам. Статус «Московский врач» присваивают специалистам, чей опыт и уровень профессионализма значительно выше базовых требований и соответствует мировым стандартам. Выгоды от проекта для врачей – общественное признание высокого профессионализма и возможность получать ежемесячную выплату в размере 15 000 рублей.

Механизм присвоения статуса «Московский врач» отличается от прежних процедур. Основные этапы присвоения статуса: подача документов на участие, прохождение добровольных оценочных процедур (тестирование, практические навыки и решение ситуационной задачи), принятие решения экзаменационной комиссией, оценка Комиссией портфолио специалиста и выдача свидетельства о присвоении статуса «Московский врач» сроком действия 5 лет, с возможностью повторного подтверждения и специального нагрудного знака о присвоении статуса «Московский врач».

Для получения допуска к оценочным процедурам необходимо представить ответственному секретарю Комиссии документы по утвержденному перечню.

Предусмотрена подготовка к прохождению оценочных процедур. Тренировочные тестовые задания и примеры ситуационных задач с правильными вариантами ответов размещены на официальном сайте ДЗМ и сайте Сеченовского университета, количество попыток не ограничено. Тренинги по практическим навыкам (сердечно-легочная реанимация, неотложные состояния, по КЛД) специалист может получить в мастер-классах на бюджетной основе в Центре непрерывного профессионального образования Сеченовского университета.

Место проведения оценочных процедур – Методический центр аккредитации специалистов на базе Сеченовского университета.

Оценка выполнения тестирования, практических навыков и решения ситуационной задачи считается успешной при результате 80 % и более правильно выполненных действий за каждую процедуру.

Принять участие в проекте бесплатно и добровольно могут не только врачи КЛД медицинских организаций, подведомственных ДЗМ, но и практикующие врачи федеральных, городских, ведомственных и частных медицинских организаций.

Если результаты врача по клинической лабораторной диагностике окажутся не очень успешными, то новую попытку можно будет предпринять не ранее чем через 3 месяца.

Информация о присвоении статуса «Московский врач» по специальности «Клиническая лабораторная диагностика» будет размещаться на сайте столичного Департамента здравоохранения, а также на стендах и сайтах медицинских организаций, в которых работают врачи с таким статусом.

Департаментом здравоохранения города Москвы для специалистов по КЛД предусмотрена возможность совмещения оценочных процедур с сертификационным экзаменом.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации по специальности «Клиническая лабораторная диагностика» разработана в соответствии с Приложением к постановлению Правительства Москвы от 28.03.2018 г. № 2235-ПП «Государственная программа города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)»



и направлена на освоение общепрофессиональных и универсальных компетенций. Трудоемкость программы 144 часа, обучение очное с применением дистанционных образовательных технологий, электронного и симуляционного обучения. Состоит из 10 учебных модулей, режим занятий – 36 часов в неделю. В результате освоения программы обучающийся должен знать, уметь и владеть профессиональными компетенциями, соответствующими профессиональному стандарту «Специалист в области клинической лабораторной диагностики».

Оценка выполнения процедур тестирования, практических навыков и решения ситуационной задачи считается успешной при результате 70% и более правильно выполненных действий. В случае получения успешной оценки за каждую из трех процедур выдается документ – удостоверение о повышении квалификации или сертификат специалиста.

Тестирование проводится в Медицинском колледже №1. Прохождение оценочных процедур «Практические навыки» и «Ситуационные задачи» организовано на базе Симуляционного центра Боткинской больницы. В случае получения результата от 80% и выше за каждую процедуру предусмотрена возможность одновременного получения сертификата специалиста и статуса «Московский врач».

В ходе пилотного проекта по совмещению оценочных процедур на получение сертификата специалиста и статуса «Московский врач» по клинической лабораторной диагностике из 11 врачей, освоивших дополнительную профессиональную программу «Клиническая лабораторная диагностика», 3 человека отстранены, 8 человек получили сертификат специалиста, 4 человека получили статус «Московский врач».

### Ю. В. Левина

*Заведующая организационно-методическим отделом по онкологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»*

## Организация работы онкологической службы

Организационно-методическая работа – одна из важнейших функций ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», посредством которой собирается и анализируется информация, оценивается ситуация в системе профильных направлений медицинской помощи и через управленческие решения оптимизируется функционирование всей системы здравоохранения по направлениям организационно-методических отделов, входящих в структуру НИИ. Основные направления работы ОМО по онкологии:

- анализ состояния онкологической помощи населению, в том числе заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований;
- участие в разработке организационных, методических, правовых и иных аспектов деятельности медицинских организаций по профилю «онкология»;
- координация деятельности медицинских организаций ДЗМ с целью улучшения качества оказания медицинской помощи населению Москвы по профилю «онкология»;
- ведение учетной и отчетной документации, представление отчетов о деятельности в установленном порядке, ведение Московского городского канцер-регистра;
- оценка обеспеченности населения профильными видами медицинской помощи и разработка рекоменда-

ций по их развитию и совершенствованию;

- организация мероприятий по повышению квалификации кадров: проведение совещаний, конференций, мастер-классов, вебинаров, лекций, разборы клинических случаев для практикующих врачей;
- разработка, подготовка и издание инструктивно-методических и нормативно-справочных материалов для повышения качества оказания медицинской помощи;
- подготовка материалов для принятия управленческих решений (проектов приказов, распоряжений, информационных писем, планов работы, сетевых графиков);
- составление аналитических таблиц и графиков для Департамента здравоохранения города Москвы;
- участие в подготовке и проведении научно-практических конференций, совещаний, тематических выставок и круглых столов, работа со средствами массовой информации;
- экспертный анализ годовых статистических отчетов медицинских организаций, сводного годового отчета и составление заключений об их деятельности с предложениями и рекомендациями;
- консультативная и экспертная работа, работа с обращениями граждан.

## А. А. Михеева

Заведующая организационно-методическим отделом по неонатологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

### Ожидаемые результаты внедрения программы развития организационно-методического отдела по неонатологии в 2019 г.

В соответствии с планом развития ОМО по неонатологии проведено пилотное внедрение «Реестра детей с экстремально низкой массой тела при рождении (ЭНМТ)», создание которого направлено на систематизацию сведений о детях с ЭНМТ на первом году жизни. Не существует четкой планки, определяющей, с какого момента плод сможет выжить после рождения. Порогом выживаемости плода принято считать 22-ю неделю (критерии живорожденности, рекомендованные ВОЗ), с начала которой шанс выживаемости повышается на 3-4% с каждым следующим днем и 2-3% с каждым днем после 24-й недели. После 26 недель жизнеспособность плода при врачебном уходе считается уже высокой. Возможность выхаживания маловесных детей определяется уровнем развития здравоохранения страны. В России критерии ВОЗ приняты с 2012 г.

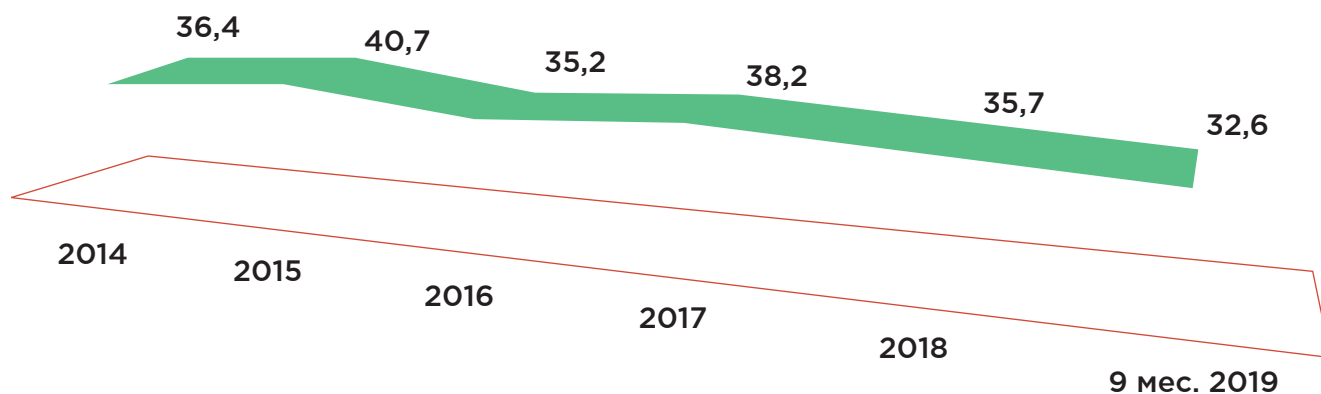
Однако история выхаживания детей с массой менее 1000 г в нашей стране начиналась на 20 лет раньше – в 1992 г., приказом-постановлением Минздрава РФ и Госкомстата РФ от 4 декабря 1992 г. № 318/190 «О переходе на рекомендованные Всемирной орга-

низацией здравоохранения критерии живорождения и мертворождения», определившим, что «все новорожденные, родившиеся с массой тела с 500 до 999 г, также подлежат регистрации в органах ЗАГС в тех случаях, если они прожили более 168 часов после рождения (7 суток)». Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» (в ред. приказа Минздрава России от 13 сентября 2019 г. N 755н) утвердил рекомендованные ВОЗ критерии живорожденности: срок беременности 22 недели и более при массе тела ребенка при рождении 500 г и более (или менее 500 г при многоплодных родах) или в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна, при длине тела ребенка при рождении 25 см и более; срок беременности менее 22 недель или масса тела ребенка при рождении менее 500 г, или в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна, длина тела ребенка при рождении менее 25 см – при продолжительности жизни более 168 часов после рождения (7 суток)».

*Доля детей с ЭНМТ среди родившихся живыми в медицинских организациях Департамента здравоохранения города Москвы (МО ДЗМ).*

Год	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	9 мес. 2019
<b>Количество детей, родившихся живыми в МО ДЗМ (тыс. чел.)</b>	1122,3	1130	1127,8	1128,5	1134,6	1138,5	1124,5	1120,6	89,9
<b>Количество родившихся детей с ЭНМТ</b>	343	428	465	454	448	473	440	420	287
<b>Доля детей с ЭНМТ (%)</b>	0,28	00,33	00,36	00,35	00,33	00,34	00,35	00,35	0,32

Несмотря на незначительный вклад этой группы детей в рождаемость, они оказывают большое влияние на такой важный показатель, как младенческая смертность.

**Доля детей с ЭНМТ среди умерших до года в МО ДЗМ,****% ЭНМТ от умерших детей до года**

В 2016 году была создана подсистема мониторинга состояния здоровья детей, родившихся с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), в которую вносятся дети с ЭНМТ, достигшие возраста 3 лет (Письмо МЗ РФ от 02.02.2016 г. № 15-3/10/2-505). Систематизированные данные о состоянии здоровья этого контингента детей в более ранние сроки отсутствуют. В связи с многократными госпитализациями детей с ЭНМТ на первом году жизни, достоверность имеющихся неперсонализированных данных из разных медицинских организаций низкая. Учитывая высокий риск развития осложнений, связанных с транспортировкой, перегоспитализацией, анализ данных реестра позволит провести мониторинг маршрутизации этих детей, улучшить качество оказания медицинской помощи и выживаемость детей с ЭНМТ. Организационно-методическим отделом по неонатологии совместно с главным внештатным неонатологом ДЗМ был разработан проект реестра с базовой таблицей для акушерских стационаров и отдельно для педиатрических стационаров с возможностью их совмещения в сводную и прослеживанием дальнейшей маршрутизации детей. Сбор сведений был начат в июле 2018 года.

В акушерских стационарах Департамента здравоохранения города Москвы в 2018 году родилось 420 детей с экстремально низкой массой тела. Из них 77 детей умерло в акушерских стационарах, 84 ребенка умер-

ло в педиатрических стационарах. Выписано домой 137 детей и отсутствуют достоверные данные по 122 детям (отсутствуют сведения по законченному случаю). При анализе 221 законченного случая на втором этапе выхаживания 152 из них не потребовали перевода в другую медицинскую организацию (69% детей); переведено в другой стационар однократно – 55 детей (25%), двукратно – 9 детей (4%), трехкратно – 5 детей (2%). Пилотный проект выявил как недостатки маршрутизации – частые перегоспитализации детей, так и трудности получения сведений о детях при многократных переводах из стационара в стационар. Необходимо внедрение реестра на официальном уровне приказом Департамента здравоохранения города Москвы, возможно, внесением реестра в программу ЕМИАС. Необходимо совместная работа с педиатрической службой и смежными специальностями для получения информации о детях с ЭНМТ на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапе после выписки домой со второго этапа выхаживания. В результате этой работы мы получим четкое представление о маршрутизации детей с ЭНМТ после перевода из акушерского стационара, возможность анализа заболеваемости этого контингента детей на первом году жизни более полного анализа летальности, что улучшит преемственность в работе медицинских организаций и улучшит качество оказания медицинской помощи детям с экстремально низкой массой при рождении.



## А. Л. Неверова<sup>1</sup>, М. В. Черников<sup>2</sup>, О. Ю. Виноградова<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Врач Московского городского гематологического центра ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ»

<sup>2</sup> Программист организационно-методического отдела по гематологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

<sup>3</sup> Заведующая организационно-методическим отделом по гематологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

### Цитогенетические и молекулярно-генетические исследования – необходимая составляющая для верификации гематологических заболеваний в соответствии с современными международными и отечественными критериями

Всего лишь 30 лет назад ОАК и патоморфология костного мозга были чуть ли не единственными лабораторными исследованиями, на которые опирался врач-гематолог для постановки диагноза, оценки прогноза, выбора терапии и мониторинга эффективности лечения. Сегодня в арсенале гематологов множество лабораторных методов исследования: биохимических, иммунологических, а также генетических. И мы остановимся сегодня именно на генетических методах исследования.

Генетические методы исследуют геном на разных уровнях организации: от целого кариотипа и отдельных хромосом до индивидуальных генов.

Метод, позволяющий проанализировать кариотип в целом, – стандартное цитогенетическое исследование. Проводится с помощью G-дифференциальной окраски хромосом. Этот метод позволяет проанализировать весь хромосомный набор, то есть увидеть не только диагностически значимые хромосомные аномалии, но и другие нарушения кариотипа, которые могут свидетельствовать о клональной эволюции. К ограничениям метода следует отнести сложности культивирования костного мозга, высокую трудоемкость и, как следствие, небольшое количество анализируемых клеток (общепринятый международный стандарт 20 метафаз). Кроме того, следует помнить, что стандартное цитогенетическое исследование выявляет только крупные хромосомные аномалии, видимые в световой микроскоп.

**FISH-исследование, основанное на методе флуоресцентной in situ гибридизации, выявляет хромосомные перестройки с помощью локус-специфических флуоресцентно окрашенных зондов. Позволяет обнаруживать маскированные перестройки хромосом. Этот метод позволяет исследовать интерфазные ядра. Материалом может служить не только аспират костного мозга, в ряде случаев можно использовать гистологические препараты или периферическую кровь. Метод позволяет исследовать до 500 клеток и удобен для мониторинга остаточной болезни. Важно понимать, что каждое FISH-исследование направлено на поиск конкретной хромосомной перестройки, которую выявляет используемый ДНК-зонд.**

Молекулярно-генетические исследования, используемые в гематологии, основываются на методе ПЦР – полимеразной цепной реакции, т. е. многократного

копирования специфических последовательностей ДНК с помощью ДНК-полимеразы. RT-PCR, или ПЦР с обратной транскриптазой, позволяет качественно определить тип транскрипта химерного гена. RQ-PCR, или ПЦР в реальном времени, позволяет количественно оценить уровень экспрессии транскрипта. Секвенирование позволяет определить нуклеотидную последовательность и выявить мутации значимых генов.

Достижения в понимании молекулярных патогенетических механизмов привели к развитию новых подходов к диагностике и терапии заболеваний системы крови. Эти подходы невозможно реализовать без опоры на цитогенетические и молекулярно-генетические исследования. В первую очередь они необходимы на этапе диагностики. Например, хронический миелолейкоз как заболевание с одной диагностически значимой генетической перестройкой – t(9;22)(q34;q11), так называемой Ph-хромосомой. Согласно рекомендациям ВОЗ и отечественным клиническим рекомендациям, при диагностике ХМЛ всем пациентам проводится стандартное цитогенетическое исследование для выявления Ph-хромосомы. В случае отрицательного результата проводится FISH-исследование для определения скрытой Ph-хромосомы. Также проводится качественная ПЦР для определения типа транскрипта химерного гена BCR-ABL и количественная ПЦР для определения уровня экспрессии химерного гена. Если при качественной реакции не обнаружен типичный транскрипт, проводится поиск редких транскриптов. Таким образом, для диагностики ХМЛ может потребоваться минимум 3, а максимум – до 10 различных цитогенетических и молекулярных исследований.

Другой пример – острый лимфобластный лейкоз – заболевание с многочисленными вариантами генетических перестроек. Список наиболее распространенных хромосомных аномалий при ОЛЛ включает около 20 перестроек.

Мутации в целом ряде генов являются прогностическими признаками при Ph-негативных хронических миелопролиферативных заболеваниях. Так, в рекомендациях ВОЗ наличие мутаций в определенных генах является одним из больших критериев при диагностике истинной полицитемии, эссенциальной тромбоцитемии, первичного миелофиброза и других ХМПЗ. В отечественных клинических рекомендациях также присутствует этот диагностический критерий.

Оценка прогноза также требует цитогенетических и молекулярных исследований при большинстве онкогематологических заболеваний. В качестве примера приведены таблицы корреляции прогноза с цитогенетическими и молекулярными событиями при остром лимфобластном лейкозе, остром миелобластном лейкозе, миелодиспластическом синдроме и множественной миеломе.

На сегодняшний день существует целый ряд высокоэффективных таргетных препаратов, применяемых в гематологии. В России зарегистрированы для клинического использования 4 препарата ингибитора тирозинкиназы и 1 препарат ингибитор янускиназы. Их назначение, мониторинг терапии, решение о смене терапии или о стоп-терапии возможны только при проведении молекулярно-генетических исследований.

Из всего вышесказанного очевидно, что современная гематология не может обойтись без цитогенетических и молекулярно-генетических исследований. Поэтому они должны быть доступны для широкого применения. Но это не значит, что каждая больница должна открывать у себя молекулярно-цитогенетическую лабораторию. Дело в том, что гематологическая цитогенетика – это, по сути, отдельная специализация, которая очень сильно отличается от медицинской или радиационной генетики. Опыт в этой области нарабатывается многими годами, поэтому высококвалифицированных специалистов крайне мало. Кроме того, создавать в Москве несколько лабораторий неэффективно с экономической точки зрения.

В настоящий момент единственная лаборатория для гематологии в составе ДЗМ – это молекулярно-генетическая лаборатория Московского городского гематологического центра ГБУЗ «ГКБ имени С. П. Боткина ДЗМ». Необходимо подчеркнуть, что это не федеральная, не частная лаборатория, а именно лаборатория, относящаяся к ДЗМ. Лаборатория организована в декабре 2018 года. Переехала в специализированные помеще-

ния в сентябре этого года. В дневном стационаре МГГЦ организован централизованный забор материала. Пересылка его в лабораторию происходит также централизованно без участия пациентов. На сегодняшний день лаборатория делает стандартные цитогенетические исследования и молекулярно-генетические исследования. В 2020 году планируется начать FISH-исследования.

На сегодняшний день лаборатория в своей работе сталкивается с целым рядом проблем. Наиболее болезненный вопрос – недоступность молекулярных исследований в рамках ОМС. Другое серьезное организационное препятствие – требование наличия регистрационных удостоверений для всех используемых реактивов, включая простые реагенты. Это существенно ограничивает спектр проводимых исследований. Складывается парадоксальная ситуация: с одной стороны, невозможно ставить диагноз, лечить, мониторировать пациентов без молекулярных исследований, а с другой стороны, большую часть этих исследований лаборатория проводить не может. Второй круг проблем – вопросы стандартизации. В России не существует утвержденных стандартов для молекулярно-генетических исследований. В этом вопросе мы руководствуемся международными нормами. Проведение количественного ПЦР требует стандартизации по международной шкале. Результаты разных лабораторий должны быть сравнимы, это необходимо как для сопоставления данных, так и для динамического мониторинга конкретных пациентов. Проведение FISH-исследований требует определения внутрилабораторных показателей нормы для каждого используемого зонда. Это большие финансовые и трудозатраты.

Вот основной круг проблем, которые требуют решения для успешного обеспечения московских онкогематологических пациентов молекулярно-генетическими исследованиями в соответствии с современными клиническими требованиями.

**Е. А. Никитин<sup>1</sup>, О. Ю. Виноградова<sup>2</sup>, М. В. Черников<sup>3</sup>, С. Н. Царева<sup>4</sup>, В. П. Перова<sup>5</sup>, В. В. Птушкин<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Д-р мед. наук, заведующий дневным стационаром гематологии Московского городского гематологического центра ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ»

<sup>2</sup> Заведующий организационно-методическим отделом по гематологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

<sup>3</sup> Программист организационно-методического отдела по гематологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

<sup>4</sup> Статистик организационно-методического отдела по гематологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

<sup>5</sup> Статистик организационно-методического отдела по гематологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

<sup>6</sup> Д-р мед. наук, профессор, главный гематолог ДЗМ, заместитель главного врача по медицинской части (по гематологии) ГБУЗ ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ

## Развитие гематологической службы города Москвы

В данной работе в рамках Программы развития организационно-методического отдела по гематологии Департамента здравоохранения города Москвы проведен краткий аналитический обзор основных событий и тенденций в совершенствовании гематологи-

ческой службы столицы за прошедшие 5 лет. За этот период произошел значительный скачок в клинико-диагностическом и терапевтическом секторе гематологии – расшифрованы многие молекулярные механизмы развития заболеваний, созданы между-



народные и российские терапевтические протоколы, в основном базирующиеся на молекулярных методах диагностики, проведении современного «точечного» патогенетического лечения. Это позволяет добиться стойких многолетних ремиссий при различных нозологиях в 40–90 % случаев, с сохранением высокого уровня качества жизни и работоспособности пациентов.

Так, в системе ДЗМ начато проведение иммунофенотипирования, иммуногистохимии, иммунохимии на базе ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», бесплатное для всех гематологических пациентов города Москвы. На базе дневного стационара Московского городского гематологического центра ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ» (МГГЦ) появилась возможность централизованного забора биологического материала (стерильные пункции, трепанобиопсии, биопсии лимфоузлов и др.) с дальнейшей его поставкой в лаборатории без участия пациентов, что существенно помогает гематологам в округах города. Появилась возможность наряду с проведением компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии проводить бесплатную для пациентов позитронно-эмиссионную компьютерную томографию, что крайне важно для ведения больных с лимфомами, множественной миеломой.

При этом анализ выявил ряд имеющихся проблем, над которыми работают организаторы здравоохранения. Прежде всего это касается отсутствия в системе ДЗМ цитогенетической и молекулярно-генетической лаборатории для проведения жизненно важных тестов для гематологических больных. Отсутствует финансирование этих тестов. В декабре 2018 года создана цитогенетическая, молекулярно-генетическая лаборатория на базе МГГЦ, закуплено основное оборудование, реактивы, взяты на работу опытные профессионалы. В настоящее время лаборатория заработала в полном объеме, но процесс ее дооснащения продолжается, планируются шаги по организации тестирования всех гематологических пациентов города. Однако остается открытым вопрос финансирования тестов, а также отсутствия лицензионных удостоверений для ряда необходимых реактивов, что не позволяет проводить тесты, прописанные в стандартах и клинических рекомендациях. Без них невозможны верификация многих заболеваний, определение риска прогрессии, мониторинг терапии.

Большой проблемой является проведение трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. Вся аллогенная трансплантация и подавляющая часть аутологичной трансплантации делается только в федеральных центрах. Потребность в проведении трансплантаций в Москве удовлетворена на 30 %, за счет учреждений ДЗМ – на 10 %. В настоящее время планируется дальнейшее развитие трансплантационных отделений в ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ» и ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ» для проведения аутологичных трансплантаций.

Ключевой фонд гематологических отделений города Москвы составляет 345 стационарных коек и 118 коек дневного стационара. Так, в 2018 году в стационарах города Москвы было 13 527 госпитализаций. Оборот койки составил 23,4, среднее количество дней работы койки – 377. Основная стационарная нагрузка (38 %) сосредоточена в ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ. Гематологические отделения загружаются прежде всего за счет плановых госпитализаций по направлению ДЗМ и поступлений по каналу скорой помощи, но дополнительную, а чаще сверхнагрузку составляют следующие каналы госпитализаций: срочная госпитализация (тяжесть состояния пациента) по направлению МГГЦ из-за сосредоточения клинически сложных случаев; возможность проведения радиотерапии (болезнь Ходжкина, лимфомы, миелома). В данных условиях возрастает значимость работы стационарзамещающей медицинской помощи – дневного стационара МГГЦ. За последний год число проведенных процедур химиотерапии в дневном стационаре выросло на 25 %, число новых больных, взятых на лечение, – на 42 %.

В целом по Москве в 2018 году амбулаторно-поликлиническая помощь пациентам с заболеваниями по профилю «гематология», а также лицам с неустановленными гематологическими заболеваниями, которым была необходима консультация гематолога либо обследование для исключения гематологического заболевания, была оказана 53 760 пациентам. Число амбулаторных посещений составило 164 500.

Основная нагрузка амбулаторного приема пришлась на МГГЦ, который оказывает помимо диагностическо-лечебной помощи консультативную (в сложных случаях диагностики и лечения). В 2018 г. прошли обследование 23 425 пациентов (44 % от всех пациентов) с числом амбулаторных посещений 57 230.

В условиях напряженного потока сложного, порой уникального контингента пациентов важным клинико-эпидемиологическим аналитическим инструментом является созданная в 2016 году на базе МГГЦ при поддержке НИИОЗММ ДЗМ «Московская база данных заболеваний системы крови». Основная практическая ценность этой электронной системы – консолидация данных реальной клинической практики вне рамок строгих протоколов клинических исследований, беспристрастное отражение ситуации в гематологии. Это позволяет на постоянной основе проводить анализ заболеваемости и распространенности гематологических заболеваний, оценку эффективности и безопасности терапевтических подходов, качества диагностики, терапии, подводить итоги мониторинга пациентов, его соответствия рекомендациям и стандартам. Полученные данные служат основой для формирования и дополнения клинических рекомендаций для включения в стандарты диагностики и терапии гематологических заболеваний. Анализ основных организационно-технических характеристик диагностики и лечения в гематологии позволит обо-

значить перспективы развития и пути дальнейшего совершенствования.

В настоящее время ускоренно протекают два процесса одновременно: рост распространенности гематологических заболеваний и расширение информационного потока в области научно-клинической гематологии. Это обстоятельство требует непрерывного повышения уровня подготовки специалистов-гематологов. Для этого проводятся систематические обучающие программы для врачей-гематологов и врачей смежных специальностей: ежегодная московская научно-практическая конференция «Современная гема-

тология. Проблемы и решения», «Российский форум экспертов по вопросам диагностики и лечения миелоидных новообразований», ежемесячные обучающие семинары.

Таким образом, гематологическая служба города Москвы находится в постоянном поступательном развитии. У гематологических пациентов города Москвы приоритетная в стране возможность получения медицинской помощи с использованием современных технологий диагностики и терапии, основанных на результатах новейших достижений науки и медицины в целом.

**Б. Б. Орлов<sup>1</sup>, С. А. Гращенко<sup>2</sup>, И. Ю. Коржева<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Канд. мед. наук, заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ «ГКБ им. С. С. Юдина ДЗМ»

<sup>2</sup> Заведующий эндоскопическим отделением ГБУЗ «ГКБ им. С. С. Юдина ДЗМ»

<sup>3</sup> Ведущий специалист организационно-методического отдела по хирургии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

### **Перспективный проект – высокопоточные клиники. Опыт стентирования толстой кишки в лечении опухолевой обтурационной непроходимости в условиях высокопоточной клиники**

Саморасширяющиеся стенты разработаны в 1990 году в основном для паллиативных целей при неоперабельной опухоли кишечника. За почти 30 лет использования частота применения значительно возросла. В случае опухолевой обструкции толстой кишки, требующей немедленного вмешательства, традиционным подходом долгое время являлось выведение колостомы. В связи с высокой летальностью при стандартном подходе был предложен альтернативный подход с использованием стентов. На сегодняшний день установка стента является предпочтительной тактикой при паллиативном лечении злокачественной кишечной обструкции. Большое количество моделей кишечных стентов находятся в разработке, что в дальнейшем позволит расширить применение этой методики за границы паллиативных состояний.

В нашей клинике активно применяется методика стентирования толстой кишки. В ГКБ им. С. С. Юдина до ноября 2019 года было пролечено 110 пациентов с опухолевой кишечной непроходимостью. Диагностический алгоритм у всех групп пациентов состоял из клинико-лабораторных данных, обзорной рентгенографии органов брюшной полости, компьютерной томографии органов брюшной полости с пероральным и внутривенным болюсным контрастированием, колоноскопии. У большинства пациентов (39%) диагностирова-

но поражение сигмовидной кишки. В 2019 году из 110 пациентов в 43 случаях был установлен стент, что позволило снизить частоту оперативных вмешательств на 36% и летальность на 5% по сравнению с 2017 годом. Количество выполненных стентирований увеличилось на 36% по сравнению с 2017 годом, что также позволило сократить средний койко-день у пациентов с опухолевой кишечной непроходимостью с 6,2 в 2017 году до 4,0 в 2019 году.

Стентирование представляет собой альтернативу экстренным хирургическим вмешательствам при разрешении опухолевой толстокишечной непроходимости. Показатели летальности и пребывания в стационаре при использовании саморасширяющихся металлических стентов ниже, чем при традиционном хирургическом подходе. После изменения тарифов при лечении ОКН применение стентирования стало экономически целесообразным. Установка стентов снижает количество послеоперационной летальности, сокращает койко-день; при этом наилучшие результаты можно получить исключительно в условиях высокопоточной клиники, где в круглосуточном доступе имеется необходимое оборудование, обученный медицинский персонал и используется принцип мультидисциплинарного подхода в лечении пациентов с ургентной хирургической патологией.



## А. В. Пинчук

*Канд. мед. наук, заведующий отделением трансплантации почки и поджелудочной железы  
ГБУЗ «НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ», заведующий организационно-методическим отделом  
по трансплантологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»*

### Роль организационной составляющей в развитии системы органного донорства и трансплантации

Институциональная среда в Москве по профилю «Трансплантология» соответствует наиболее развитому состоянию на фоне остальных регионов России.

Прямое влияние на увеличение донорской и трансплантационной активности оказывают меры организационного характера. Москва занимает первое место среди всех регионов РФ по донорской активности. В Москве 34% от общего количества эффективных доноров в стране. НИИ СП им. Н. В. Склифосовского – крупнейший региональный центр трансплантации.

Общее количество трансплантаций, выполненных в центрах трансплантации ДЗМ, демонстрирует ежегодный рост. Сегодня действует четыре центра: два взрослых и два детских.

Программа развития ОМО по трансплантологии представлена на период 2019–2021 гг. Результаты 2019 года: подготовлены проекты унифицированных форм документов по посмертному донорству органов и трансплантации. К 2021 году планируется достижение следующих результатов:

- разработка информационных процессов на всех этапах органного донорства и трансплантации;
- подготовка технического задания для автоматизации системы органного донорства и трансплантации;
- разработка проектов визуализации.

Целью программы является обеспечение потребности жителей города Москвы в оказании высокотехнологичной медицинской помощи по трансплантации донорских органов.

Основные задачи программы:

- увеличение объемов органного донорства;
- развитие инфраструктуры и технических возможностей системы органного донорства и трансплантации;
- эффективное межведомственное взаимодействие;
- доверие общественности, достигаемое прозрачностью и подотчетностью системы.

Направления работы:

- совершенствование нормативно- правового регулирования;
- разработка методических рекомендаций по профилю;
- разработка и внедрение системы статистической отчетности;
- разработка предложений по внедрению новых медицинских технологий;
- подготовка к автоматизации информационных процессов;
- общественная популяризация органного донорства и трансплантации.

Ход реализации программы развития 2019:

- Подготовлен проект приказа ДЗМ «Об организации медицинской деятельности, связанной с донорством органов и трансплантацией донорских органов в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».
- В целях подготовки аналитики о результатах работы системы органного донорства и трансплантации в городе Москве разработаны формы отчетности для учреждений здравоохранения. Отчеты предоставляются медицинскими организациями в ОМО на ежеквартальной основе.
- В целях автоматизации на базе ЕМИАС подготовлено графическое изображение и текстовое описание части информационных процессов в системе органного донорства и трансплантации.
- Разработан автоматизированный модуль «Электронный лист ожидания».
- Московское Общество трансплантологов и Ассоциация «НАДиТ» договорились о сотрудничестве.
- ОМО по трансплантологии активно взаимодействует с пациентами и пациентскими организациями. Оказана поддержка в организации поездки пациентов после пересадки легких в экспедицию в горы Алтай. Во время экспедиции создан документальный фильм о жизни после трансплантации.



- В 2019 году трансплантологи НИИ им. Н. В. Склифосовского провели ряд мастер-классов в Санкт-Петербурге, Самаре и Казани. Отдельные программы трансплантации были запущены московскими специалистами в регионах впервые.
  - ОМО по трансплантологии проводит активную работу по размещению публикаций в печатных и интернет-изданиях, на ТВ и радиостанциях.
  - Создан сайт о московской трансплантологии.
  - Принято участие в организации конгресса с международным участием «8-я Московская трансплантология. Научная школа по трансплантации печени». Осуществляется подготовка к 9-й Московской трансплантологии.
  - Информация о технологических достижениях московских трансплантологов опубликована в ведущих профильных изданиях.
  - Выпущен ряд материалов в рамках проекта «Московская медицина. Видеолекции».
  - Активное участие трансплантологов в создании материалов на странице «Виртуальный кабинет врача».
- Вектор дальнейшего развития – последовательная реализация организационной модели, обеспечивающей:
- совершенствование нормативно-правовой базы;
  - последовательное решение инфраструктурных и организационных проблем;
  - создание единой IT-инфраструктуры;
  - координацию процессов донорства и трансплантации;
  - контроль донорской активности;
  - своевременный мониторинг и анализ результатов;
  - совершенствование критериев распределения органов;
  - пропаганду донорства и трансплантации органов.

#### Пичевская Ж. В.

*Главный специалист организационно-методического отдела по трансплантологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»*

### **Повышение транспарентности системы через достоверную отчетность и аналитику**

Сбор и консолидация сведений о донорстве и трансплантации в медицинских организациях осуществляется на федеральном и региональном уровнях. На федеральном уровне формирование отчетности регулирует Приказ Минздрава РФ № 355н от 08 июня 2016 года.

В данном приказе утвержден порядок учета, определены организации, осуществляющие учет; правила его ведения; приведены формы отчетности и указаны сроки ее предоставления.

Важным аспектом формирования отчетности в соответствии с федеральным приказом является обязательство внести информацию об изъятии донорского органа или завершении операции по трансплантации в течение 48 часов. Данные вносятся в информационную систему Минздрава России. Сведения в систему заносятся посредством заполнения унифицированных форм.

Правильно и качественно оформленные документы формируют итоговую форму статистической отчетности № 63, консолидирующую все количественные показатели по отрасли. Данная форма используется всеми учреждениями, осуществляющими работу по донорству и трансплантации органов на ежеквартальной основе.

Итоги работы отрасли ежегодно публикуются в форме сообщений Российского трансплантологического общества в научно-практическом журнале «Вестник трансплантологии и искусственных органов». Сбор данных для регистра осуществляется путем анкетирования всех центров трансплантации в РФ и с 2016 года используется в качестве инструмента контроля качества и полноты сбора данных в информационной системе Минздрава России.

На региональном уровне сбор статистической отчетности осуществляется посредством ежеквартального мониторинга главного трансплантолога Москвы. Сведения о деятельности, связанной с донорством и трансплантацией органов, предоставляют центры трансплантации и московский координационный центр органного донорства.

Отчетность предоставляется медицинскими организациями не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Сбор, анализ, консолидацию данных и формирование сводной отчетности осуществляет Организационно-методический отдел по трансплантологии.



Анализ потребности в оказании медицинской помощи осуществляется посредством мониторинга данных о численности Листа ожидания в каждом центре трансплантации. Рассматривается динамика его движения и средняя продолжительность ожидания.

Одной из ключевых задач мониторинга системы органного донорства и трансплантации является анализ показателей донорской активности медицинских организаций. На основании сведений о количестве эффективных доноров выявляются медицинские организации с наиболее высокими показателями.

Ежеквартально анализируются сведения о количестве донорских органов, изъятых в донорских стационарах, пересаженных реципиентам, пересаженных ургентным реципиентам, утилизированных.

В рамках мониторинга осуществляется анализ распределения донорских органов жителям города Москвы и пациентам из других регионов РФ.

Также во всех существенных аспектах анализируются выполненные в отчетном периоде трансплантации.

Осуществляется мониторинг количества выполненных трансплантаций как от прижизненных родственных доноров, так и от посмертных доноров.

Результаты выполненных трансплантаций предоставляются с указанием статуса функции трансплантата.

К настоящему времени сохраняется потребность в автоматизации информационных процессов: учет сведений о медицинской деятельности в системе органного донорства и трансплантации не автоматизирован, а научно-практический опыт по профилю не консолидируется в единой базе данных.

Одним из приоритетов развития системы органного донорства и трансплантации является создание единой IT-инфраструктуры на базе ЕМИАС, включающей в себя электронный лист ожидания, учет сведений о доноре в отделении интенсивной терапии, лабораторные исследования, алгоритм подбора пары «донорский орган – реципиент», все данные о лечении пациента, ближайшие и отдаленные результаты трансплантации.

### Н. И. Полянко<sup>1</sup>, О. В. Зайратьянц<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Канд. мед. наук, заведующий организационно-методическим отделом по патологической анатомии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

<sup>2</sup> Д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России

## Патологическая анатомия – золотой стандарт диагностики заболеваний в XXI веке

Со 2 по 6 декабря 2019 года в павильонах ЦВК «Экспоцентр» состоялся международный научно-практический форум «Российская неделя здравоохранения», на котором по традиции обсуждались самые актуальные тенденции развития мировой медицины и отечественного здравоохранения.

Целью работы секций организационно-методических отделов (ОМО) ГБУ «НИИОЗММ Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ)» на форуме было рассмотрение достижений городского здравоохранения г. Москвы и перспектив его развития по разным специальностям.

Во вступительном слове главный внештатный специалист по патологической анатомии Минздрава России, заведующий кафедрой патологической анатомии ФГБОУ ДО «РМАНПО», академик РАН Г. А. Франк подчеркнул, что патологическая анатомия в XXI веке вступила в новый этап: своего развития. И это не просто очередной этап, это качественный скачок, поскольку обычная гистология, гистохимия и электронная микроскопия не давали такой информации, какие сегодня возможны благодаря новейшим технологиям и мето-

дикам. В результате патологическая анатомия стала одним из важнейших диагностических методов современной медицины. Г. А. Франк предостерег от риска объединения биопсийной работы патологоанатомической службы с клинично-лабораторной диагностикой, а аутопсийной – с судебно-медицинской экспертизой. Эти специальности, как и патологическая анатомия, решают свои важные, но различные задачи, и их слияние неблагоприятно скажется на отечественном здравоохранении.

Заведующим организационно-методическим отделом по патологической анатомии (ОМО ПА) Н. И. Полянко были представлены история ОМО ПА, основные достижения по специальности, значимые успехи в количестве и качестве проводимых прижизненных патологоанатомических исследований биопсийного и операционного материала, аутопсий и клинично-экспертной деятельности, а также программа дальнейшего развития. Из истории: решением коллегии Главного медицинского управления г. Москвы от 10.01.1991 г. в составе Республиканского (Московского) центра патологоанатомических исследований (МГЦПИ) был создан ОМО ПА ДЗМ г. Москвы. Приказом ДЗМ от 20.06.2013

г. № 613 «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы г. Москвы» МГЦПИ с ОМО ПА перемещен в ГКБ № 31 на базу патологоанатомического отделения (ПАО) этой больницы в ФГБНУ НИИ морфологии человека. Приказом ДЗМ от 21.08.2015 г. № 723 ОМО ПА и другие 21 ОМО ДЗМ были включены в состав ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

Основные направления работы ОМО ПА: организационно-методическая, образовательная и научная деятельность. ОМО ПА является методическим центром, участвующим в разработке организационных, методических, правовых и иных аспектов деятельности государственных медицинских учреждений, направленных на совершенствование диагностических методов при оказании медицинской помощи, лечебно-диагностического процесса и контроля качества оказания медицинской помощи.

На сегодняшний день патологоанатомическая служба (ПАС ДЗМ) включает в себя МГЦПИ с ОМО ПА на базе ФГБНУ НИИ морфологии человека, 45 централизованных патологоанатомических отделений (из них 10 окружных и 5 детской сети) и 6 лабораторий для проведения исследований биопсийного материала для амбулаторно-поликлинических учреждений. В 2018 г. число штатных врачебных должностей ПАС составило 365, физических лиц – 242, а укомплектованность лаборантами-гистологами – 68,1%.

В 2018 г. произведено 46 504 патологоанатомических вскрытий, и процент вскрытий умерших в стационарах составил 75,6% (2017 г. – 67,4%), умерших на дому – 55,8%, что позволяет объективно проводить клиничко-экспертную работу по анализу летальных исходов. На улучшение качества оказания медицинской помощи в ГУЗ ДЗМ указывает показатель расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов, который продолжает снижаться (2015 г. – 9,4%, 2016 г. – 8,5%, 2017 г. – 7,0%, 2018 г. – 6,6%).

Следует помнить, что с 2012 г. в медицинских организациях, подведомственных ДЗМ, врачам поликлиник и поликлинических отделений лечебных учреждений, бригадам СС и НМП после констатации смерти выдача медицинского свидетельства о смерти не допускается. Решение принято согласно ст. 67. Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», направлено на улучшение и достоверность статистических показателей смертности, установленной врачами соответствующих специальностей (патологоанатомами и судебно-медицинскими экспертами).

С апреля 2018 г. выдача медицинского свидетельства о смерти (перинатальной смерти) осуществляется в ПАО ГУЗ ДЗМ в электронном виде (РФС ЕМИАС). Проведение мониторингов (ежемесячных, еженедельных, др.) также позволяет осуществлять контроль

за количеством, качеством работы и достоверностью статистических показателей.

Основной объем работы патологоанатомической службы (ПАС) ДЗМ приходится на прижизненную биопсийную диагностику. Продолжается неуклонный рост числа исследований биопсийного и операционного материала (которое в 2018 г. впервые превысило 3 млн). Во многих ПАО ГУЗ ДЗМ внедрены в практику иммуногистохимические и другие современные методы исследования.

Таким образом, несмотря на дефицит кадров, благодаря постоянному совершенствованию организации работы, взаимодействию с кафедрами патологической анатомии вузов, федеральными медицинскими учреждениями, ПАС ДЗМ выполняет большой объем прижизненных и посмертных патологоанатомических исследований, активно внедряя новые методы диагностики и организации работы.

Главный внештатный специалист по патологической анатомии ДЗМ, заведующий кафедрой патологической анатомии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова», заслуженный врач РФ, профессор О. В. Зайратьянц подчеркнул, что, по единому мнению медицинского сообщества, патологическая анатомия – это «золотой стандарт» диагностики заболеваний в XXI веке. Еще в 1982 г. академик В. В. Серов, один из основоположников отечественной патологической анатомии, в актовой речи предсказал, что «дальнейшее содружество с клиникой будет все более тесным, а поле деятельности патологоанатома – все более широким». Так, ПАС ДЗМ уже использует такие современные методы, как иммуно-гистохимия, лазерная микродиссекция, тканевые микрочипы, культуры тканей, гибридизация и полимеразная цепная реакция *in situ*, генетические методы, конфокальная лазерная микроскопия, что позволяет персонифицировать прижизненную диагностику для таргетного лечения онкологических и других заболеваний. Некоторые современные методы диагностики, такие, как, например, конфокальная лазерная эндомикроскопия в гастроэнтерологии, пульмонологии и др., уже с трудом позволяют провести грань между морфологическими и клиническими методами диагностики, подтверждая важность междисциплинарного диагностического подхода.

Реорганизация и централизация работы ПАС ДЗМ, в т. ч. в связи с созданием онкологического кластера, внедрение телепатологии важны для прижизненной диагностики и позволяют говорить о качественном скачке ее развития. Важны как дальнейшая специализация ПАС по онкологии, гастроэнтерологии, гинекологии, пульмонологии, неврологии, дермато-венерологии и др., так и ее централизация, которые обеспечат наиболее высокое качество прижизненной патологоанатомической диагностики биопсийного и операционного материала.



Будущее ПАС ДЗМ в ее централизации на основе облачных технологий и телепатологии, создании референс-центров и городской системы сертификации патологоанатомических исследований, внедрения нейросетей и искусственного интеллекта в помощь врача-патологоанатома, возможность получать «второе мнение» в диагностической работе, что сегодня становится уже обязательным, особенно при онкологических заболеваниях, а также междисциплинарный подход в режиме реального времени.

Одна из важнейших функций ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» – организационно-методическая работа, посредством которой собирается и анализируется информация, оценивается ситуация в системе профильных направлений медицинской помощи по направлениям организационно-методических отделов и через управленческие решения оптимизируется функционирование всей системы здравоохранения.

В докладе был отражен комплекс мероприятий, стоящих перед ОМО ПА по улучшению образовательной, научной и методической работы в ближайшие годы, вошедший в программу ее развития.

Главный внештатный патологоанатом западного административного округа г. Москвы, заведующая ПАО ГБУЗ «ГКБ № 31 ДЗМ», директор ФГБНУ НИИ морфологии человека, профессор Л. М. Михалева продемонстрировала высокий методический уровень биопсийной и аутопсийной диагностики, достигнутый как в ПАО ГКБ № 31 ДЗМ, так и ПАС ДЗМ в целом.

В настоящее время патологоанатомическая специальность стремительно развивается, приобретает мультидисциплинарный характер, что требует высокого уровня квалификации и опыта врачей-патологоанатомов и лаборантов-гистологов, современного оборудования, взаимодействия между российскими и зарубежными патологами и клиницистами.

Поддержка высокого профессионального уровня патолога требует не только систематического роста в пределах своей специальности, но и расширения границ знаний по другим отраслям медицины: знакомство с современными клиническими рекомендациями и стандартами, а также внедряющимися новыми технологиями оперативного и комбинированного лечения пациентов с разными нозологиями.

Прижизненная диагностика – самое развивающееся направление в патологической анатомии. В ГБУЗ «ГКБ № 31 ДЗМ» и ПАС ДЗМ наряду с традиционными гистологическими методами широко внедрены иммуногистохимический и молекулярно-генетический методы, а в ряде случаев прибегают к несправедливо забытому электронно-микроскопическому методу.

Интенсивное развитие новых технологий и подходов к диагностике опухолевых заболеваний различных

локализаций (молочная, предстательная, поджелудочная железы, печень) позволяет в большинстве случаев распознать заболевание на ранних стадиях.

Успешному развитию репродуктологии в XXI веке способствует помощь патолога в диагностике причины бесплодия, оценке рецептивности к половым гормонам и местного иммунитета эндометрия, степень созревания пиноподий в период окна имплантации, что невозможно не учитывать при планировании беременности.

Л. М. Михалева отдельно подчеркнула роль ПАС в анализе материнской смертности. Такие аутопсии приказами ДЗМ возложены на ПАО ГБУЗ «ГКБ № 31 ДЗМ» на базе МГЦПИ. В Международной классификации болезней (МКБ) 10-го пересмотра материнская смертность (МС) определяется как обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от любого патологического состояния, связанного с беременностью (не учитываются несчастные случаи или группа случайных причин. С 2012 г. ВОЗ рекомендует включать в МС позднюю смерть, наступившую в течение первого года после беременности, а также смерть от болезней, вызванных ВИЧ-инфекцией. В зарубежной литературе активно обсуждаются возможные дополнения в будущую МКБ (ICD-MM), в том числе в раздел МС – материнских самоубийств в результате послеродовой депрессии.

В РФ поздняя материнская смертность и приведенные выше нововведения не утверждены Минздравом России. Анализ ежегодного числа умерших беременных осуществляется по двум официальным каналам: 1.) данные Росстата по медицинским свидетельствам о смерти – примерно 20–30 случаев МС в РФ в год не учитываются; 2.) суммарные данные по донесениям главных акушеров регионов в соответствии с учетной формой № 003/у-МС (приказ Минздравсоцразвития России от 23.06.06 г. № 500), в которой впервые представлен заключительный патологоанатомический диагноз каждой умершей женщины. Эти данные полнее и объективнее. Кроме того, в своей работе мы ссылаемся на методическое письмо Минздрава России «Материнская смертность в Российской Федерации в 2014 г.». В этом письме содержатся важные сведения для анализа нозологической структуры МС в нашей стране. Анализируя основные причины МС по России и Москве, следует отметить постепенное снижение МС от акушерских причин, кроме преэклампсии и септических осложнений. Крайне важно уменьшение потерь от акушерских кровотечений, осложнений анестезии и от медицинских и криминальных абортов. Это обусловлено в значительной мере строительством хорошо оснащенных перинатальных центров, повышением квалификации акушеров, наличием аппаратуры для очистки излившейся крови, а также более современными способами профилактики и борьбы с кровотечениями. В последние годы преэклампсия

в структуре МС в Москве занимает лидирующую позицию. Клинико-морфологическая экспертиза случаев МС в Москве состоит из трех этапов: 1.) коллегиальный анализ имеющейся медицинской документации, доклады врачей, принимавших участие на всех этапах ведения беременности; 2.) патологоанатомическое вскрытие проводится комиссионно при участии лечащих врачей и главных специалистов ДЗМ, с проведением макросъемок измененных органов и тканей, дополнительных методов исследования во время аутопсии; микроскопическое исследование секционного материала с применением иммуногистохимического и молекулярно-генетического методов; формулировка окончательного патологоанатомического диагноза и заключения о причине смерти; 2.) разбор летального исхода на клинико-экспертной комиссии под председательством главных внештатных специалистов ДЗМ по акушерству и гинекологии, патологической анатомии, анестезиологии и реанимации и др.; 3.) проведение клинико-анатомической конференции в ДЗМ. Таким образом, ПАС ДЗМ обеспечивает надлежащую полноту и квалифицированный анализ акушерских и экстрагенитальных причин, объективизирует статистику МС в Москве.

Заведующая ПАО ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ» профессор О. В. Паклина представила результаты внедрения в работу ПАС ДЗМ и ПАО ГКБ им. С. П. Боткина

новых подходов к прижизненной диагностике онкологических заболеваний на примере новой классификация (ВОЗ, 2019) опухолей желудочно-кишечного тракта, печени и поджелудочной железы. Эта международная классификация, как и другие современные классификации онкологических заболеваний, основана на иммуно-гистохимической и молекулярно-генетической характеристике опухолей, что делает эти диагностические методы обязательными для патологоанатомической диагностики. ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», являясь теперь одной из медицинских организаций, входящих в онкологический кластер, обеспечивает высокий уровень прижизненной патологоанатомической диагностики самых разных онкологических заболеваний, включая и гематологические. Современные методы патологоанатомической диагностики позволяют персонифицировать диагноз для проведения таргетной терапии.

Заключая сессию, академик РАН Г. А. Франк и профессор О. В. Зайратьянц подчеркнули, что ПАС ДЗМ, являясь крупнейшей в РФ, уверенно лидирует в отечественной патологической анатомии по качеству патологоанатомической диагностики, внедрению современных диагностических методов и перспективных форм организации и ее опыт широко востребован регионами России.

### С. В. Приказчиков

*Главный специалист организационно-методического отдела по неврологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», научный сотрудник отдела сосудистых заболеваний нервной системы ГБОУ «ФЦ ЦВП и инсульта» Минздрава России*

## **Участие ОМО по неврологии в проектах правительства и Департамента здравоохранения города Москвы. ДОП «Московский врач». Аттестация, аккредитация и сертификация специалистов-неврологов. Образовательные программы, семинары. «Клинический комитет». «Школа профессионального роста»**

ДОП «Московский врач» – масштабный проект Департамента здравоохранения Москвы, который позволяет выявить лучшие кадры среди медицинского сообщества, а также привлечь врачей к непрерывному повышению уровня квалификации.

В состав комиссии по ДПО «Московский врач» по профилю «неврология» входят:

- председатель – ГВС невролог ДЗМ, проф., д. м. н. Н. А. Шамалов;
- ответственный секретарь – главный специалист ОМО С. В. Приказчиков;
- эксперт комиссии – заведующая ОМО, проф., д. м. н. А. В. Лебедева;

- эксперт комиссии – ведущий специалист ОМО, проф., к. м. н. А. В. Чугунов

Оценка профессиональной квалификации в проекте «Московский врач» проходит в три этапа. Первый этап состоит из прохождения компьютерного тестирования с видеofиксацией. В течение 50 минут специалисту необходимо ответить на 50 тестовых вопросов, из которых 70 % на знания по специальности «неврология» и 30 % по смежным специальностям.

Вторым этапом является оценка практических навыков врача: осмотр пациента, нейровизуализация, СЛР, люмбальная функция. С ноября 2019 года к вышеуказанным испытаниям добавился симулятор практических навыков «экстренная помощь».



Третий, заключительный этап прохождения ДОП «Московский врач» включает в себя собеседование, решение двух ситуационных задач и предоставление собственного портфолио, подготовленного по форме, утвержденной Департаментом здравоохранения г. Москвы.

Для получения статуса «Московский врач» специалист должен получить не менее 80 баллов по каждому этапу.

Согласно статистике с сентября 2017 года по октябрь 2019 года по специальности «неврология» статус «Московский врач» имеют 37 специалистов, что составляет 49% от общего числа врачей, проходивших данные добровольные оценочные процедуры за указанный период.

С сентября 2019 года специалистам предоставлена возможность пройти добровольные оценочные процедуры на статус «Московский врач» одновременно с сертификационным экзаменом.

Аккредитация и сертификация специалистов-неврологов проходит на базе двух кафедр: кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова (зав. кафедрой академик РАН, проф., д. м. н. Е. И. Гусев) и кафедры неврологии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова (зав. кафедрой проф., д. м. н. А. И. Федин).

Сертификационный экзамен состоит из трех этапов. Первый этап – прохождение тестирования, которое включает в себя 50 вопросов. Второй этап – оценка практических навыков врача. Третий этап включает собеседование и решение двух ситуационных задач. Второй и третий этап проходят в один день на базе симуляционного центра ГКБ им. С. П. Боткина

Для получения сертификата специалист должен набрать следующее количество баллов: первый этап не менее 60 баллов, второй и третий этапы не менее 70 баллов каждый. Для получения статуса «Московский врач» не менее 80 баллов по каждому этапу.

Согласно приказу Департамента здравоохранения г. Москвы № 819 от 12.09.2019 г., с сентября 2019 года проводится оценка кандидатов на должности медицинских работников в МО государственной системы здравоохранения г. Москвы. Данный проект инициирован Мэрией Москвы и Департаментом здравоохранения г. Москвы. Цель проекта: при переходе специалиста из другого региона либо переходе в другую МО государственной системы здравоохранения г. Москвы проводится трехэтапная аккредитация на базе симуляционного центра ГКБ им. С. П. Боткина для подтверждения уровня профессиональных компетенций.

Аккредитация включает в себя тестирование, оценку практических навыков, собеседование и решение двух ситуационных задач.

Создание единой оценочной базы по АК, СК, Ат.К, ДОП МВ специалистов позволяет проводить одновременно следующие процедуры: оценку профкомпетенций при приеме на работу, сертификацию специалиста, присвоение статуса «Московский врач», присвоение квалификационной категории (используется различный оценочный порог при каждой процедуре), облегчение процесса подготовки для специалиста.

В настоящее время есть возможность прохождения онлайн-тестирования для специалистов, для объективной оценки собственных знаний и определения уровня подготовки к участию в АК, СК, Ат.К, ДОП МВ. Тестирование проходит анонимно и неограниченное количество раз с оценкой результата тестирования в баллах. Также ежемесячно проводятся консультации по практическим навыкам на базе симуляционного центра ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

По статистике с 2017 по 2019 год количество тренировочных тестирований составляет 10 417. Средний балл 68. При этом средний балл, прошедших тестирование составляет 86, а не прошедших 59.

Для обеспечения московских поликлиник и стационаров молодыми квалифицированными кадрами, прошедшими дополнительную подготовку, проводится «Школа профессионального роста». Данный проект реализуется на основании Постановления Правительства Москвы от 20.02.2018 г. № 83-ПП и Приказа ДЗМ № 834 от 13.09.2019 г. О реализации постановления Правительства Москвы от 20.02.2018 г. № 83-ПП «О мерах, направленных на реализацию государственной программы г. Москвы «Развитие здравоохранения г. Москвы (Столичное здравоохранение)».

Предпосылками для данного проекта послужили:

- потребность во врачах конкретных специальностей;
- низкий уровень адаптации молодых специалистов к работе в реальных условиях;
- недостаточная практическая подготовленность выпускников;
- высокий уровень текучести кадров среди молодых специалистов.

Участниками «Школы профессионального роста» являются студенты 6-го курса и ординаторы 2-го года обучения, прошедшие конкурсный отбор, включающий собеседование с ГВС и куратором проекта.

После прохождения успешного собеседования заключается договор с Департаментом здравоохранения г. Москвы.

Обучение проводят Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, РНИМУ им. Н. И. Пирогова, МГМСУ им. А. И. Евдокимо-

ва, медицинские организации и главные внештатные специалисты ДЗМ.

Особенности программы обучения включают в себя углубленное изучение профильных дисциплин, широкое применение симуляционных методик в обучении, изучение особенностей работы городских медицинских организаций, прохождение стажировки на месте будущей работы в медицинских организациях ДЗМ, модули по пациентоориентированности, врачебной этике, юридическим основам деятельности врача и др.

Участие в «Школе профессионального роста» дает ряд преимуществ: стипендия 25 тыс. рублей в месяц (кроме бюджетных), обучение проходит без отрыва от основного места учебы, удостоверение о повышении квалификации, регистрация в системе НМО, гарантированное трудоустройство, быстрая адаптация на рабочем месте.

Формой контроля обучающихся в «Школе профессионального роста» является промежуточная и итоговая аттестация.

### М. Ю. Просяников<sup>1</sup>, О. В. Константинова<sup>2</sup>, И. А. Шадеркин<sup>3</sup>, Н. В. Анохин<sup>4</sup>, А. В. Сивков<sup>5</sup>, О. И. Аполихин<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Канд. мед. наук, заведующий отделом мочекаменной болезни НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ РАДИОЛОГИИ» Минздрава России

<sup>2</sup> Д-р мед. наук, доцент, главный научный сотрудник отдела мочекаменной болезни НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ РАДИОЛОГИИ» Минздрава России

<sup>3</sup> Канд. мед. наук, заведующий лабораторией электронного здравоохранения Института цифровой медицины ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И. М. Сеченова» Минздрава России

<sup>4</sup> Канд. мед. наук, научный сотрудник отдела мочекаменной болезни НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ РАДИОЛОГИИ» Минздрава России

<sup>5</sup> Канд. мед. наук, заместитель директора по научной работе НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ РАДИОЛОГИИ» Минздрава России

<sup>6</sup> Д-р мед. наук, профессор, член-корреспондент РАН, директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ РАДИОЛОГИИ» Минздрава России

### Индивидуальный подход к оценке стереотипа питания пациентов с мочекаменной болезнью

Мочекаменная болезнь (МКБ) является социально значимым заболеванием. За последнее время в мире, в том числе в Российской Федерации, регистрируется неуклонный рост распространенности МКБ. Профилактика рецидива камнеобразования при МКБ является важным направлением как для пациентов с уролитиазом, так и для общества и государства в целом.

Тенденцию к росту заболеваемости МКБ можно объяснить изменением рациона питания людей, качества потребляемой пищи и др. Для первичной и вторичной профилактики необходимо оценивать ряд факторов, среди которых стереотип питания и диета пациентов. Одним из самых эффективных и распространенных методов оценки стереотипа питания является опрос интересующей группы населения с помощью анкетирования.

Для изучения взаимосвязи стереотипа питания и МКБ была разработана анкета-опросник – «Анкета оценки стереотипа питания» (АСП). Опросник находится в свободном доступе в сети интернет на сайте [www.nethealth.ru](http://www.nethealth.ru) в разделе «Тестирование». Для начала работы с АСП необходимо пройти авторизацию. Опросник включает большинство продуктов питания, реализуемых на территории РФ и употребляемых гражданами РФ.

АСП была построена на принципе, применяемом в анкете питания Food Frequency Questionnaire sample

booklet for General Nutrition Assessment, разработанный сотрудниками Онкологического научного центра им. Фреда Хатчинсона (Fred Hutchinson Cancer Research Center).

На первой странице АСП отображены социальные и медицинские вопросы о личных данных пациента: фамилия, имя, отчество, точный адрес, рост, вес, окружность талии, артериальное давление, пульс, семейный анамнез МКБ, давность заболевания, количество оперативных вмешательств по поводу уролитиаза.

Основная часть АСП содержит вопросы, касающиеся употребления той или иной группы продуктов. Все продукты питания разбиты на подгруппы, согласно торговой классификации. В АСП выделена 21 такая подгруппа: каши, супы, масло, мясо, птица, яйцо, рыба, морепродукты, молочные продукты, майонез, соусы, кетчуп, грибы, бобовые, орехи, кукуруза, овощи, фрукты, ягоды, соленья, зелень, хлебобулочные изделия, кондитерские изделия, мед, напитки, сухофрукты и другое.

При заполнении анкеты пациент отмечает частоту употребления данного продукта, а также количество потребляемой пищи, выражаемое в порциях. Для каждого продукта обозначена своя порция, выражаемая в той или иной единице измерения (граммы, миллиграммы, миллилитры и т. д.). Информация о содержании элементов (белки, жиры, углеводы, пурины, ща-



велевая кислота, вода, микро- и макроэлементы, витамины) в 100 граммах продукта питания была взята из открытых источников.

После завершения анкетирования компьютерная система автоматически рассчитывает количество употребляемых в сутки элементов: белков, жиров, углеводов, пуринов, щавелевой кислоты, воды, микро- и макроэлементов, витаминов. Нормы потребления каждого вещества рассчитаны на 1 кг «массы тела» пациента и вычисляются автоматически при заполнении пациентом графы «масса тела». Полученные данные сравниваются со среднесуточными референсными значениями потребления данных элементов. При выявлении отклонений от нормы по одному или нескольким параметрам компьютерная программа делает вывод о наличии изменений в стереотипе питания.

Электронная версия АСП помогает оценить особенности питания у каждого пациента с МКБ. Заключение, выдаваемое компьютером по результатам анкетирования, представляет подробную информацию с индивидуальными рекомендациями каждому пациенту: употребление каких продуктов ему стоит ограничить, а употребление каких продуктов, напротив, увеличить и насколько. Также с помощью АСП возможно проведение контроля за соблюдением пациентом диетических рекомендаций. Разработанная анкета оценки стереотипа питания – эффективный, удобный и доступный для реализации на всей территории Российской Федерации инструмент оценки диетических предпочтений каждого пациента с МКБ и коррекции нарушений обмена камнеобразующих веществ, а также здоровых лиц – с целью профилактики уролитиаза.

**С. А. Рабинович<sup>1</sup>, А. В. Митронин<sup>2</sup>, Л. А. Заводиленко<sup>3</sup>, А. И. Еремин<sup>4</sup>**

### **Особенности приема и обезболивания в геронтостоматологии**

<sup>1</sup> Д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой обезболивания в стоматологии  
ГБОУ ВПО МГМСУ им. А. И. Евдокимова МЗ РФ

<sup>2</sup> Д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой кариесологии и эндодонтии  
ГБОУ ВПО МГМСУ им. А. И. Евдокимова МЗ РФ

<sup>3</sup> Канд. мед. наук, ассистент кафедры обезболивания в стоматологии  
ГБОУ ВПО МГМСУ им. А. И. Евдокимова МЗ РФ

<sup>4</sup> Заведующий организационно-методическим отделом по стоматологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Стоматология является одним из наиболее массовых видов специализированной медицинской помощи (в России 158 миллионов посещений в год), в которой нуждаются пациенты различного возраста, нередко имеющие хроническую соматическую или психоневрологическую патологию. Согласно демографическим исследованиям, в большинстве развитых стран наблюдается тенденция к увеличению пропорции населения старших возрастных групп. Средняя продолжительность жизни в России составляет 73,6 лет – 60-летний рубеж перешагнуло около 20% населения нашей страны.

Сегодня обезболивание в любом возрасте стало неотъемлемым требованием стоматологической помощи. Процесс старения человека характеризуется развитием дистрофических изменений в тканях челюстно-лицевой области и, как результат, увеличением потребности в стоматологической помощи. Поэтому врачу-стоматологу необходим алгоритм клинико-фармакологического подхода к обоснованию выбора средств и методов обезболивания, особенно для пациентов пожилого и старческого возраста. Для принятия квалифицированного решения вопроса обезболивания необходимы общемедицинские знания, в том числе и возрастных особенностей не только челюстно-лицевой области, но и всего организма. Следует учитывать увеличивающееся с возрастом количество хронических соматических заболеваний (сердечно-сосудистой, эндокринной, костно-суставной систем, печени, почек, аллергии) и развивающиеся возрастные особенности психики.

К основным факторам риска развития осложнений у пациентов пожилого и старческого возраста относят поли- и коморбидность, измененную фармакокинетику лекарственных средств, снижение компенсаторных возможностей и особенности взаимодействия местноанестезирующих препаратов с медикаментами, которые часто принимают пациенты данной возрастной категории. Нежелательно для них выбирать местные анестетики с вазоконстрикторами в концентрации 1:100000, а также следует помнить об опасности внутрисосудистого введения местноанестезирующего раствора.

При посещении врача-стоматолога многие пациенты испытывают волнение и напряжение. На фоне высокого уровня тревожности применение даже современных местных анестетиков малоэффективно без коррекции психоэмоциональной сферы. Эту коррекцию следует начинать с психотерапии (ятроседации), когда все слова и действия врач направляет на оказание положительного психологического влияния на больного.

Большинство стоматологических вмешательств проводится амбулаторно, и рядом нет врачей других специальностей. Помимо профессионального проведения стоматологических вмешательств врач может столкнуться с внештатной ситуацией декомпенсации соматических заболеваний, поэтому ему требуются знания проведения их профилактики и диагностики, а также и устойчивые навыки оказания неотложной



и экстренной медицинской помощи, при проведении которой большое значение имеет скорость и точный порядок выполняемых мероприятий.

**С. И. Рей<sup>1</sup>, О. Н. Котенко<sup>2</sup>, Л. В. Марченкова<sup>3</sup>, Н. В. Васина<sup>4</sup>, В. Е. Виноградов<sup>5</sup>**

- <sup>1</sup> Канд. мед. наук, ведущий специалист ОМО по нефрологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», старший научный сотрудник, ГБУЗ «НИИСП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ»
- <sup>2</sup> Канд. мед. наук, главный внештатный специалист по нефрологии ДЗ города Москвы, руководитель Московского научно-практического центра нефрологии и патологии трансплантированной почки ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»
- <sup>3</sup> Канд. мед. наук, специалист ОМО по нефрологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
- <sup>4</sup> Канд. мед. наук, заведующая ОМО по нефрологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
- <sup>5</sup> Специалист организационно-методического отдела по нефрологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», заведующий консультативно-нефрологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

## **Организация заместительной почечной терапии в неотложной медицине Департамента здравоохранения города Москвы**

Цель нашей работы – представить данные по организации заместительной почечной терапии в неотложной медицине в стационарах Департамента здравоохранения города Москвы.

Основными показаниями к применению методов ЗПТ в неотложной медицине являлись ОПП, декомпенсация ХБП и так называемые «внепочечные показания» у пациентов с сепсисом, тяжелым острым панкреатитом, тяжелыми ожогами, с острым респираторным дистресс-синдромом, после кардиохирургических вмешательств, с тяжелой сочетанной травмой, острыми отравлениями и другими критическими состояниями для коррекции водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного равновесия, системного воспаления, гиперкатаболизма, тяжелых нарушений терморегуляции, элиминации токсинов. По сравнению с 2016 г. на 12,6 % увеличилось количество пациентов, получающих ЗПТ в ОРИТ, в 2017 г. и на 37,5 % в 2018 г. За последние два года отмечается статистически значимый рост количества пациентов с ОПП, получающих ЗПТ (ОПП\_ЗПТ). Так, по сравнению с 2016 г., в 2017 г. рост составил 23,3 % ( $p = 0,0009$ ), и 94,4 % в 2018 г. ( $p < 0,0001$ ).

В эти же сроки увеличилось количество пациентов с «внепочечными показаниями» для ЗПТ: на 16 % и 19,1 % соответственно. В то же время количество пациентов с ХБП, которым проводили ЗПТ, в условиях ОРИТ увеличилось незначительно: на 3,1 % в 2017 г. и 4,3 % в 2018 г. соответственно.

ЗПТ является основой лечения тяжелого ОПП. Эта область медицины на стыке интенсивной терапии и нефрологии претерпела значительные изменения за последние 20 лет. ЗПТ все больше и больше используется в ОРИТ не только при почечной недостаточности, но и в качестве поддерживающей терапии полиорганной дисфункции. Рост числа пациентов с ОПП отмечается вследствие увеличения числа пациентов с сепсисом, назначения нефротоксичных препаратов и рентгенконтрастных исследований, поступления в ОРИТ все большего количества пациентов с ХБП, изменения

тактики проведения ЗПТ. Так, в США с 2000 по 2009 г. увеличилось количество пациентов ОПП ЗПТ с 222 до 533 случаев на миллион человек в год, соответственно. В Великобритании отмечался рост частоты развития ОПП с 317 в 1998 г. до 3995 случаев на миллион человек в год в 2013 г., со снижением летальности с 43,5 до 24,5 % соответственно [8]. Потребность в ЗПТ в эти сроки увеличилось с 15,9 до 208,7 случаев на миллион человек в год, с увеличением летальности, которая составила в 1998–2003 гг. 30,3 %, в 2003–2008 гг. – 30,2 %, а в 2008–2013 гг. статистически значимо увеличилась до 41,1%. В 2018 году опубликованы результаты сравнения двух крупных европейских эпидемиологических исследований в ОРИТ [13]: SOAP, проведенное в 2002, году и ICON – в 2012 году. Выявлено, что частота развития ОПП у пациентов в ОРИТ увеличилась с 35,6 % до 47,0 %, вместе с тем применение методов ЗПТ во время нахождения в ОРИТ выросло с 9,7 % до 12,7 %. Летальность в ОРИТ за 10 лет снизилась у пациентов с ОПП с 30,2 % до 24,8 %. В целом наши данные, соответствуют общемировым тенденциям: отмечается увеличение числа пациентов с ОПП ЗПТ, увеличение количества процедур ПЗПТ, рост пациентов пожилого возраста, сопоставимая с иностранными авторами летальность. В то же время представленные данные позволяют считать, что потребность пациентов ОРИТ, особенно с ОПП, в ЗПТ должна быть существенно выше: в 1,5–2,0 раза.

Таким образом, в 2019–2020 гг. в рамках программы «Развитие здравоохранения города Москвы» планируется дооснащение МО 47 аппаратами для ПЗПТ и 32 АИП, что позволит полностью удовлетворить потребность МО в данной аппаратуре. Обучение врачей в рамках непрерывного медицинского образования и медицинских сестер на рабочем месте необходимо для укомплектования кадрами, способными использовать ЗПТ.

На протяжении трех лет увеличилось количество пациентов, получающих ЗПТ в ОРИТ, на 12,6 % в 2017 г. и 37,5 % в 2018 г., что составило в 2018 г. 522,9 на 1 млн населения, или 1,81 % от всех пациентов в ОРИТ. В 2017



и 2018 гг. увеличилось число пациентов с ОПП ЗПТ, по сравнению с 2016 г. на 23,3% и 94,4, что составило в 2018 г. 246,3 на 1 млн населения. В эти же сроки увеличилось количество пациентов с «внепочечными показаниями» для ЗПТ: на 16% и 19,1% соответственно. В то же время количество пациентов с ХБП, которым проводили ЗПТ, в условиях ОРИТ увеличилось незначительно: 3,1% в 2017 г. и 4,3% в 2018 г. соответственно. Отмечено статистически значимое увеличение пациентов старшего возраста, 49,1%. За последние 3 года отмечается существенный рост числа процедур постоянной и продленной заместительной почечной терапии, ежегодный прирост составил 19,3% в 2017 г.

и 37,1% в 2018 г. Общее количество процедур ЗПТ в 2018 г. составило 19 946. Из них продленных процедур 18,1%, продолжительных – 31,9%, интермитирующих процедур – 49,9%. 55,8% процедур используют гемодиализацию как метод ЗПТ как на АИП, так и на аппаратах ПЗПТ. Летальность пациентов, которым в ОРИТ потребовалось проведение ЗПТ, остается высокой и составила в 2018 г. 32%.

В настоящее время существенной проблемой остается создание реестра пациентов с ОПП в рамках единой медицинской информационно-аналитической системы города Москвы.

### Т. А. Рожкова

*Специалист организационно-методического отдела по паллиативной медицине ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», филиал «Первый Московский детский хоспис» ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ»*

## Опыт оказания паллиативной медицинской помощи детям в ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ»

Цель – оказание методической помощи медицинским работникам при планировании эффективной работы службы паллиативной помощи детям в структуре Центра, оказывающего паллиативную помощь взрослому населению, а также для маршрутизации пациента при выписке из отделения стационара и организации взаимодействия стационарной и амбулаторной медицинской помощи.

Задачи – выявить преимущества и недостатки оказания паллиативной помощи детскому населению исходя из доступных ресурсов и их соответствия/несоответствия потребностям пациентов.

На основании собственного опыта работы в детском хосписе выявлены основные различия в оказании паллиативной помощи взрослым и детям:

- отсутствие доступности служб по оказанию паллиативной медицинской помощи по территориальному принципу детскому населению (выездные патронажные службы и хосписы, оказывающие паллиативную помощь взрослому населению, есть в каждом округе города Москвы);
- количество прикрепленного детского населения, нуждающегося в оказании паллиативной помощи, в одном округе в 10 раз меньше, чем у взрослых;
- потребность во врачебной помощи превышает потребность в сестринской (назначение лечения, консультаций специалистов, обследований, коррекция терапии во время интеркуррентных заболеваний);
- невысокая потребность в использовании НС и ПВ из-за различий в структуре заболеваемости (доля случаев злокачественных заболеваний у детей, нуждаю-

щихся в паллиативной помощи, значительно меньше, чем у взрослых);

- различные потребности пациентов (востребованы услуги сиделок, обеспечение медицинским оборудованием и расходными материалами, специализированным лечебным питанием и т. д.).

Основные трудности при организации работы детского хосписа:

- дефицит квалифицированного медицинского и немедицинского персонала;
- отсутствие в структуре ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» детских врачей-специалистов;
- отсутствие в штатном расписании должности младшего медицинского персонала или сиделки для оказания такой услуги, как «помощь выходного дня» на дому;
- высокое психологическое напряжение медицинского персонала, работающего в течение многих лет в стационарном отделении, оказывающем паллиативную помощь детям, в новых условиях работы.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости совершенствования организации паллиативной медицинской помощи детям, в частности организации консультативной помощи на дому детскими специалистами по профилю заболевания, свободного доступа к основным диагностическим ресурсам (лабораторным исследованиям на дому, неинвазивным диагностическим исследованиям), обеспечения выездной службой медицинским оборудованием, расходными материалами пациентов

до получения их от государства, расширения штатного расписания и введения немедицинских специаль-

ностей (логопеда, физического терапевта, эрготерапевта, арттерапевта).

**П. П. Саввинова<sup>1</sup>, А. И. Сапина<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Специалист организационно-методического отдела по кардиологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»*

<sup>2</sup> *Заведующий организационно-методическим отделом по кардиологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»*

## **Организация работы и результаты внедрения «инфарктной сети» в Москве**

Экстренное первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) является основой современного лечения больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST). Европейское общество кардиологов рекомендует создание в каждом регионе так называемой «инфарктной сети» для того, чтобы обеспечить максимальную доступность экстренного первичного чрескожного коронарного вмешательства наибольшему числу пациентов. Инфарктная сеть в Москве функционирует на протяжении 6 лет, в настоящее время в нее входят 23 оснащенных сосудистых центра, основная задача которых – координация взаимодействия пациента, службы скорой медицинской помощи и стационара. К 2019 году 93,1% пациентов с ОИМпST подвергаются ЧКВ. Госпитальная летальность от ОИМпST, составлявшая 16,1% в 1-м квартале 2013 г., снизилась до 7,5% в 2-м квартале 2019 г. Среди пациентов с острым инфарктом миокарда без подъема сегмента ST процент ЧКВ увеличился с 11% в начале 2013 г. до 70,5% во втором квартале 2019г., тогда как госпитальная летальность уменьшилась с 11,7% в начале 2013 г. до 4,3% во втором квартале 2019г.

В целом за время работы «инфарктной сети» с 2013 г. количество умерших от инфаркта миокарда в динамике снизилось более чем в 3 раза. Почти в два раза по сравнению с 2013 г. снизилось количество повторных инфарктов миокарда в Москве. В настоящее время в «инфарктную сеть» включено и амбулаторное звено оказания помощи пациенту перенесшим инфаркт миокарда. Важную роль играет контроль терапии и лекарственного обеспечения пациентов. С 2017 года в поликлиниках, согласно приказу Департамента здравоохранения города Москвы, созданы и оборудованы 57 кабинетов вторичной профилактики инфаркта и инсульта.

Таким образом, создание «инфарктной сети» в Москве позволило улучшить качество оказания медицинской помощи пациентам с острым инфарктом миокарда, снизить летальность и сократить число случаев повторных инфарктов инфаркта миокарда.

**А. И. Сапина**

*Заведующая организационно-методическим отделом по кардиологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»*

## **Программа лекарственного обеспечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в Москве**

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) атеросклеротического происхождения имеют значительное распространение в России и в Москве.

По данным Росстата за 2018 год, сердечно-сосудистые заболевания являются первой причиной смертности как в целом по Российской Федерации, так и в городе Москве. Данный проект направлен на снижение смертности от ССЗ. Успешное функционирование «инфарктной сети» в Москве привело к повышению доступности оказания высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом, повышению числа чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ). При этом больничная летальность от инфаркта миокарда за последние годы существенно снизилась – с 17,7% в 2013 году до 6,3% в 2018 году, во 2-м квартале 2019 года этот показатель составил 6,1%.

Создана сеть эндоваскулярного лечения инсульта в г. Москве, которая является наиболее современным методом лечения ишемического инсульта. Ежегодно в Москве регистрируется около 10 000 ишемических инсультов, возникающих вследствие патологического тромбообразования у больных с мерцательной аритмией. Применение современной антикоагулянтной терапии поможет снизить риск возникновения инсульта на 70–80%.

Вместе с тем в Москве в 2018 году в 16,1% случаев (2 722 пациента) были зарегистрированы повторные инфаркты миокарда, что может свидетельствовать о необходимости комплекса дополнительных мероприятий.

Одним из наиболее эффективных мероприятий, снижающих смертность от болезней системы кровообращения, является нормализация уровня липидного обмена.



Таким образом, следующим важнейшим этапом развития кардиологии в Москве может стать переход на более активную профилактику сердечно-сосудистых катастроф: повторных инфарктов миокарда и острых нарушений мозгового кровообращения, вызванных фибрилляцией предсердий. Программа направлена на контроль тромбообразования и уровня холестерина и состоит из 3 частей:

- предотвращение острого нарушения мозгового кровообращения, вызванного фибрилляцией предсердий с применением антикоагулянтной терапии;
- предотвращение повторных инфарктов миокарда с применением дезагрегантной терапии;
- нормализация уровня холестерина у лиц высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений с помощью комплекса мероприятий, включающий самую современную липидоснижающую терапию.

В Москве ежегодно около 32 тысяч пациентов переносят острые нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу (далее – ишемический инсульт), что приводит к смерти или тяжелой инвалидности за госпитальный период у 35–38% больных, а в течение первого года более чем у 50%. Исходя из этого, социальную и экономическую значимость данной проблемы трудно переоценить. Важнейшей задачей, таким образом, становится профилактика инсультов.

Одной из основных причин, приводящих к ишемическим инсультам, является мерцательная аритмия (фибрилляция предсердий). Доля больных с ишемическими кардиоэмболическими инсультами составляет не менее 25–35%, то есть около 10 тысяч пациентов ежегодно. Мерцательная аритмия приводит к застою крови в определенных отделах предсердий с последующим образованием тромбов, которые с током крови могут попадать в средние и мелкие артерии головного мозга и являются причиной развития ишемического инсульта. Ишемический инсульт у больных с мерцательной аритмией без адекватной терапии часто рецидивирует.

Ранее пациенты с фибрилляцией предсердий не состояли, как правило, под наблюдением врача по данному заболеванию, так как оно было вынесено в разряд сопутствующих и не являлось поводом для диспансерного наблюдения. Целенаправленная работа по выявлению пациентов с мерцательной аритмией до 2016 года практически не велась. Всего в городе менее 10 тысяч больных с таким диагнозом стояло на учете в поликлиниках, и только единицам проводилась адекватная антикоагулянтная терапия. Терапия и контроль эффективности лечения часто не осуществлялись по причине отсутствия врачей-специалистов и ресурсов. При этом, по оценкам экспертов, в Москве не менее 300 000 человек страдают мерцательной аритмией

(около 200 000 нуждаются в антикоагулянтной терапии), которая повышает риск возникновения эмболического инсульта в среднем в 3–5 раз, а у отдельных категорий с сочетанной патологией даже в 15 раз.

Таким образом, активное выявление пациентов с мерцательной аритмией с повышенным риском тромбообразования и профилактика у них тромбоэмболий на современном уровне может предотвратить возникновение новых инсультов у 8000 пациентов ежегодно.

В рамках лекарственного обеспечения граждан этой категории рассматриваются ривароксабан (15 мг и 20 мг), дабигатрана этаксилат (110 мг и 150 мг) и апиксабан (2,5 мг и 5 мг), которые входят в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2019 год. Планируется лекарственное обеспечение антикоагулянтами пациентов с мерцательной аритмией, с риском CHADS2 ≥2.

Социальная эффективность реализации мероприятий Программы по лекарственному обеспечению пациентов после острого коронарного синдрома будет выражена в повышении долгосрочной эффективности ВМП, оказываемой пациентам с ИМ, пролеченным с применением ЧКВ, увеличении доступности и качества медицинской помощи данной категории пациентов, росте осведомленности целевой группы населения о возможностях терапии ИМ в современных условиях в городе Москве, а также повышении приверженности данных пациентов к необходимой длительности медикаментозной профилактики после оказанной ВМП (ЧКВ).

Таким образом реализация региональной целевой программы позволит:

- 1.) сократить количество повторных ИМ на 25%, или 670 случаев от исходного уровня 2722 в 2018 г.;
- 2.) уменьшить количество повторных госпитализаций с ИМ после ЧКВ с 16,1% до 12,2% (с 2722 до 2052 случаев);
- 3.) уменьшить количество смертей от всех причин после перенесенного ИМ с 12,9% до 5,8% (с 2158 до 970 случаев).

В рамках проекта по лекарственному обеспечению пациентов с гиперлипидемией реализуется выявление только пациентов с гиперлипидемией среди взрослого населения, определение наличия у них признаков высокого или очень высокого риска ССЗ, оценка эффективности терапии статинами (достижение уровня ХС ЛПНП 1,4 ммоль/л и ниже). В случае неэффективности максимально возможной или максимально переносимой дозы статинов назначение Эзетемиба, а в случае недостижения целевых уровней ХС ЛПНП на фоне комбинированной терапии добавление к лечению третьего

гиполипидемического препарата – ингибитора PCSK9. В настоящее время среди тех, кто проживает в Москве, к категории лиц очень высокого риска развития ССЗ относится более 500 000 человек. Среди них число тех, кто перенес острое сердечно-сосудистое событие и имеет высокий уровень липидов и/или сочетание с сахарным диабетом, семейной гиперлипидемии, составляет не менее 50 000 человек. Среди них около 15 000 человек на фоне максимальной по интенсив-

ности терапии статинами не смогут достичь целевого значения ЛПНП (то есть уровня 1,4 ммоль/л и менее) и вынуждены будут получать дополнительную терапию Эзетемибом, и около 1 000 человек должны будут на начальном этапе получать ингибитор PCSK9 в рамках Программы дополнительного обеспечения. При этом при достижении всеми лечеными пациентами целевых значений ЛПНП ожидаемый эффект может составить 10 000 предотвращенных ССЗ за 5 лет.

## Е. О. Сапунар

*Заведующий организационно-методическим отделом по паллиативной медицине ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»*

### **Программа развития организационно-методического отдела по паллиативной медицине ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» Департамента здравоохранения города Москвы**

Обозначены цель Программы развития организационно-методического отдела по паллиативной медицине ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» (далее – Программа) – улучшение качества оказания паллиативной медицинской помощи, сроки реализации Программы (2019–2024), участники и координаторы Программы.

Перечислены основные задачи Программы: разработка учебно-методических рекомендаций по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи (критериев признания пациента нуждающимся в паллиативной помощи, своевременности направления для оказания паллиативной медицинской помощи, маршрутизации, обезболивания, вопросам ухода) для медицинских работников; разработка информационных материалов для пациентов и их родственников по вопросам паллиативной медицинской помощи (цели, сведения о медицинских организациях, обезболивание, вопросы ухода); создание регламентирующего документа по вопросам оказания паллиативной помощи детям, «молодым взрослым», перинатальной паллиативной медицинской помощи; внесение изменений в Реестр пациентов, имеющих показания к оказанию паллиативной медицинской помощи для оптимизации системы учета лиц, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи.

Сформулированы ожидаемые результаты Программы, основные показатели оценки эффективности Программы.

Дана текущая характеристика состояния оказания паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации в целом и в городе Москве.

Обращено внимание на существенные изменения в законодательстве РФ, касающиеся вопросов оказания паллиативной помощи, что повлекло за собой изменения в реализации Программы: не был разработан нормативный акт, регламентирующий оказание паллиативной медицинской помощи детям.

Проведение анкетирования в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, по информированности врачей по вопросам паллиативной медицинской помощи позволило выявить недостаток в знаниях врачей первичного звена. На основании полученных данных были скорректированы темы лекций и графики проведения лекций в медицинских организациях. Обучающие мероприятия проводились сотрудниками ОМО, главными внештатными специалистами по паллиативной помощи в административных округах города Москвы. Лекционный материал формировался при активном участии сотрудников ОМО.

Представлены материалы, характеризующие участие ОМО в форумах городского, российского и международного масштаба.

Указаны возможности для совершенствования оказания паллиативной медицинской помощи и управления медицинскими организациями профиля: создание в ЕМИАС функционалов, предназначенных для оказания паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь; совершенствование системы сбора информации об оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях; реструктуризация системы оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению города Москвы (увеличение количества выездных патронажных служб для оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению с одновременным сокращением количества кабинетов паллиативной медицинской помощи).

По итогам реализации Программы ожидается достижение следующих целей: повышение образовательного уровня врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, паллиативную медицинскую помощь; улучшение качества оказания медицинской



помощи; улучшение качества жизни пациентов; увеличение доли пациентов, которым паллиативная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях, от общего количества пациентов, которым оказы-

вается паллиативная медицинская помощь; создание полноценной системы оказания перинатальной паллиативной медицинской помощи.

### В. К. Севостьянов<sup>1</sup>, Д. А. Муртазалиева<sup>2</sup>, К. А. Лыткина<sup>3</sup>, Е. В. Жиляев<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Канд. мед. наук, специалист организационно-методического отдела по ревматологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

<sup>2</sup> Специалист организационно-методического отдела по ревматологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

<sup>3</sup> Канд. мед. наук, заведующая ревматологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ»

<sup>4</sup> Главный внештатный специалист-ревматолог ДЗМ, профессор кафедры ревматологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава России»

## Итоги научной и организационной работы московской ревматологии в 2019 году

Первый доклад представлял главный врач АО «Юрпиан Медикал Сентер», профессор кафедры ревматологии ГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования Минздрава России Евгений Валерьевич Жиляев.

Обсуждался вопрос сбора информации для последующего анализа долгосрочной эффективности и безопасности различных лекарственных препаратов, их взаимодействия, а также последствий применения разнообразных лечебных стратегий. Для таких целей был создан Московский единый регистр артритов (МЕРА). В настоящее время в нем собираются данные по пациентам города Москвы, страдающим ревматоидным артритом, псориатическим артритом и анкилозирующим спондилитом, принимающим таргетные иммуносупрессоры. На основании регистра получены данные по сравнению длительности удержания на терапии генно-инженерными биологическими препаратами, нежелательных явлениях терапии.

Второй доклад был представлен специалистом ОМО по ревматологии, окружным детским ревматологом к. м. н. В. К. Севостьяновым. Была дана историческая справка о создании детской ревматологической службы в г. Москве, когда в соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 28.04.2014 г. № 415 «Об организации ревматологической помощи в городе Москве» был открыт городской центр детской ревматологии (ГЦДР) на базе Морозовской детской городской клинической больницы (МДГКБ), определены функции ГЦДР и ревматологических кабинетов. Приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 21 февраля 2014 года № 139 утвержден порядок маршрутизации пациентов и диспансерного наблюдения для пациентов с системным вариантом ЮИА. До 2015 г. в Москве отсутствовал четкий алгоритм маршрутизации пациентов с подозрением на ревматические заболевания, в том числе при подозрении на суставные варианты ЮИА, что затрудняло своевременную диагностику и лечение, способствовало инвалидизации пациента.

На основании анализа медицинской документации пациентов представлена схема движения пациента с су-

ставным синдромом до 2014 г. Маршрут большинства пациентов с суставным синдромом начинался с обращения в детскую городскую поликлинику по месту жительства, в ряде случаев пациенты первоначально обращались в иные медицинские организации. В связи с тем, что до 2015 г. в большинстве детских поликлиник отсутствовал специалист – детский ревматолог, данным контингентом пациентов занимались участковые педиатры, хирурги-ортопеды, кардиологи и т. д. При отсутствии ответа на проводимые мероприятия пациент спустя определенный промежуток времени мог быть направлен на консультацию либо стационарное лечение в детские городские больницы Москвы, а также в федеральные медицинские центры, имеющие в своем подразделении ревматологические отделения. Данная ситуация значительно увеличивала временной интервал от момента дебюта заболевания до момента постановки диагноза и назначения противоревматической терапии.

С целью раннего выявления пациентов с ЮИА раннего назначения противоревматической терапии и оценки ее эффективности, включения пациента в регистр нами был разработан и внедрен в практику алгоритм трехступенчатой маршрутизации пациента. Первый уровень маршрутизации представляет врач первичного звена (педиатр, хирург-ортопед), задачей которого является выявление пациентов с подозрением на ЮИА, далее пациент направляется на второй уровень к окружному детскому ревматологу, который углубленно изучает анамнез, клинику, лабораторную активность и инструментальные данные. Он первично устанавливает диагноз и при необходимости направляет ребенка на третий уровень – в городской центр детской ревматологии (ГЦДР). В задачи ГЦДР входит специализированное развернутое обследование пациента, подтверждение или опровержение диагноза, инициация базисной терапии, при неэффективности назначение ГИБП, контроль за использованием ГИБП, взаимосвязь с окружными детскими ревматологами, поликлиниками г. Москвы.

Исходя из потребностей детской ревматологической службы г. Москвы одной из основных задач было мак-

симальное включение пациентов в регистр в относительно краткие сроки. Таким образом, принято решение о создании регистра на базе Microsoft Excel 2010. Начало регистру детей с ревматическими заболеваниями в городе Москве было положено в 2015 году. На первом этапе в него были включены пациенты, получающие генно-инженерную биологическую терапию. Это было обусловлено необходимостью учета пациентов, получающих данный дорогостоящий вид терапии, расчета заявок на терапию. На первоначальном этапе в регистр было включено 190 детей, получающих ГИБП. На втором этапе в регистр включались пациенты, получающие базисную противоревматическую терапию. По окончании второго этапа пациенты, включенные в регистр, составляли порядка 500 человек. На третьем этапе в регистр были включены пациенты, находящиеся в клинико-лабораторной ремиссии и не получающие терапии. В задачи регистра входит проведение региональных клинико-эпидемиологических исследований, анализ и контроль терапии, прогнозирование прироста потребности в БПВП и ГИБП, расчет заявок на терапию.

В настоящее время в регистр включено 1042 пациента, страдающих ревматическими заболеваниями, из них 986 страдают ювенильным идиопатическим артритом.

Общая заболеваемость ревматической патологией на 100 000 детского населения (0-17 лет), проживающих в Москве, по данным проведенного исследования, составляет 49,5, заболеваемость ювенильным артритом – 46,9.

Базисную противовоспалительную терапию получают 793 пациента пациентов с ЮИА, что составляет 80,4 % от всех пациентов с ЮИА, из них 83 % пациентов получают терапию метотрексатом.

Генно-инженерную биологическую терапию получают 400 пациентов, что составляет 41% от всех пациентов с ЮИА. Отмечается стабильный прирост пациентов, получающих ГИБП.

Проблемы, стоящие перед детской ревматологической службой:

- дефицит специализированных кадров;
- неполное включение данных о пациентах с ДБСТ и системными васкулитами в регистр;
- несвоевременное включение в регистр пациентов;
- несовершенство процесса перехода пациентов из детской во взрослую ревматологическую службу.

В 2020 году 79 пациентов подлежат передачи во взрослую сеть, из них получающих ГИБП – 33 человека.

Следующий доклад был представлен специалистом организационно-методического отдела по ревматологии Д. А. Муртазалиевой на тему вакцинации в ревматологии. Известно, что пациенты с ревматическими заболеваниями, особенно получающие иммуносупрессивную терапию, имеют риск развития инфекций, требующих госпитализаций, в 1,8 раз выше у пациентов с АИРЗ по сравнению со здоровыми лицами. Также у таких пациентов повышен риск развития пневмококковых инфекций. На сегодняшний день *S pneumoniae* остается ведущим возбудителем внебольничной пневмонии и других респираторных инфекций у взрослых и, несмотря на доступную эффективную антибактериальную терапию, обуславливает значительную заболеваемость и летальность. *S pneumoniae* является причиной 70% случаев пневмонии, требующей госпитализации. Летальность от пневмонии при РА составляет 8-22%. По данным ВОЗ, вакцинация – единственный способ существенно повлиять на заболеваемость пневмококковой инфекцией. Повышение уровня антибиотикорезистентности особенно подчеркивает важность иммунопрофилактики. Был представлен промежуточный результат исследования на тему «Безопасность, переносимость и оценка эффективности вакцины "превенар 13" у пациентов с ревматоидным артритом на различных видах терапии».

Цель исследования: изучить переносимость, безопасность и эффективность 13-валентной пневмококковой вакцины у пациентов с ревматоидным артритом.

Задачи исследования:

1. Оценить изменение риска инфекционных событий у пациентов, вакцинированных «превенар 13».
2. Оценить влияние таргетной терапии на изменение риска инфекционных событий у пациентов, вакцинированных "превенар 13"
3. Оценить иммунологическую эффективность вакцинации.

В исследование были включены 4 группы пациентов, всего 86 человек, страдающих ревматоидным артритом.

Критериями исключения были: возраст более 70 лет, пациенты с инфекционными заболеваниями в стадии обострения, имеющие непереносимость в анамнезе дифтерийного анатоксина, пациенты, которым ранее проводилась вакцинация противопневмококковыми вакцинами.

1-я группа – больные с ревматоидным артритом, принимающие метотрексат в дозе 10-30 мг в неделю парентерально.

2-я группа – ГИБП наивные пациенты, которым впервые назначался таргетный синтетический базис-



ный противовоспалительный препарат тофацитиниб в дозе 10 мг в сутки в монотерапии или комбинации с базисными противовоспалительными препаратами или глюкокортикоидами.

3-я группа – пациенты, получавшие тофацитиниб ранее не менее 3 месяцев в монотерапии или комбинации с базисными противовоспалительными препаратами или глюкокортикоидами.

4-я группа – 3 контрольные зеркальные группы.

В ходе исследования были получены промежуточные результаты:

из 53 вакцинированных пациентов ни у одного не получено серьезных нежелательных явлений;

из местных реакций боль в месте введения наблюдалась у 7 пациентов, покраснение, уплотнение у двух пациентов;

системные реакции: повышение температуры до субфебрильных цифр – у 4 пациентов; головокружение – у 1; кашель першение, сиплость голоса течение 2–3 дней – у 3 пациенток.

Таким образом, был сделан вывод, что вакцинация «Превенар 13» является безопасной, однако необходимо дальнейшее наблюдение за пациентами и оценка иммуногенности и эффективности вакцины.

### А. М. Сегаль

*Руководитель Городского центра диагностики и лечения воспалительных заболеваний кишечника в структуре СПбГБУЗ «ГКБ № 31», Санкт-Петербург*

## Основные подходы к обеспечению пациентов с ВЗК необходимыми лекарственными препаратами

Многолетний опыт нашей работы с больными ВЗК показал, что относительно малая распространенность, присущая язвенному колиту и болезни Крона (распространенность в России в целом неизвестна), объясняют редкую встречаемость данных заболеваний в практической деятельности российских, в том числе петербургских врачей. А соответственно, и недостаток опыта и необходимого уровня профессиональной подготовки в области диагностики и лечения этой патологии и, как следствие, длительный срок от появления первых симптомов до постановки диагноза и начала лечения (ЯК – 1,5 года, БК – 3,5 года). Более того, диагностика и лечение язвенного колита и особенно болезни Крона требует мультидисциплинарного подхода, использования уникальных, в том числе дорогостоящих методов выявления заболеваний и оборудования, которыми экономически нецелесообразно оснащать все лечебно-профилактические учреждения, не только амбулаторно-поликлинического звена, но и стационаров Санкт-Петербурга. Все это в совокупности побудило разработать и внедрить в практическую деятельность здравоохранения города комплекс мер по улучшению качества оказания медицинской помощи больным язвенным колитом и болезнью Крона.

1 июня 2007 г. распоряжением Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга был организован Городской центр диагностики и лечения воспалительных заболеваний кишечника в структуре СПбГБУЗ «Городская клиническая больница № 31».

В 2010 г. в ГКБ 31 в связи со значительным увеличением потока пациентов был начат амбулаторный прием

пациентов специалистами ВЗК и открыт кабинет антицитокиновой терапии. В 2016 г. создано поликлиническое отделение для оказания амбулаторно-консультативной медицинской помощи и диспансерного динамического наблюдения за больными. За время работы Центра количество консультаций увеличилось с 208 в 2008 г. до 4732 в 2018 г., что наряду с введением тарифов для оказания медицинской помощи в дневном стационаре позволило более чем в два раза сократить количество госпитализаций на койку круглосуточного стационара.

Сейчас в Центре под активным наблюдением состоит более 3,5 тыс пациентов, из которых 56% – это пациенты с болезнью Крона, 34% – с язвенным колитом и 10% – с недифференцированным колитом. В большинстве это больные со среднетяжелым и тяжелым осложненным течением заболеваний (61%). Пациенты с легким и неосложненным течением болезни преимущественно наблюдаются в МО Санкт-Петербурга и направляются в Центр при развитии клинических ситуаций, требующих специализированных методов диагностики и лечения. Ежемесячно количество пациентов Центра увеличивается на 25–30 больных ВЗК, из которых 17–22 с впервые установленными диагнозами.

Внесение больных язвенным колитом и болезнью Крона в список региональных льготников законом Санкт-Петербурга (Социальный кодекс Санкт-Петербурга) от № 835-166 от 25.12.2015 г. позволило обеспечить пациентов Санкт-Петербурга не только полным спектром всех необходимых препаратов базисной терапии в рамках льготного лекарственного обеспече-



ния, но и снять вопрос обязательного наличия группы инвалидности для получения биологической терапии.

На сегодняшний день жители города получают дорогостоящее лечение в рамках высокотехнологичной

медицинской помощи (индукционный курс) с последующим переводом на льготное лекарственное обеспечение. Это позволило за последние годы значительно снизить количество хирургических вмешательств у этих пациентов и инвалидизацию.

### Е. Н. Сонгорова

*Канд. мед. наук, заведующая организационно-методическим отделом по акушерству и гинекологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»*

## Перспективы развития московского акушерства

5–6.12.2019 г. в рамках Российской недели здравоохранения–2019 прошел форум организаторов здравоохранения «Клиники Москвы: практики устойчивого развития», организованный Научно-исследовательским институтом организации здравоохранения и медицинского менеджмента. В рамках форума 06.12.2019 г. состоялась секция организационно-методического отдела по акушерству и гинекологии. На секции были представлены доклады трех главных внештатных специалистов по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения города Москвы об истории и перспективах развития московского акушерства.

Первый и самый объемный доклад представил академик РАН Марк Аркадьевич Курцер, занимавший должность главного акушера-гинеколога Москвы в период с 2004 по 2013 гг. Тема доклада: «Этапы развития Московского акушерства. 1945–2013 гг.». В своем докладе Марк Аркадьевич рассказал о динамике увеличения числа акушерских стационаров и количестве акушерских коек в городе, начиная с послевоенного времени, отметил роль кафедр акушерства и гинекологии в развитии службы родовспоможения города, внесших колоссальный вклад в становление акушерства Москвы:

- кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова;
- кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова;
- кафедры акушерства и гинекологии 1-го медицинского института (ММА им. И. М. Сеченова);
- кафедры акушерства и гинекологии РМАНПО;
- кафедры акушерства и гинекологии РУДН.

Также в докладе было уделено внимание роли Юрия Мироновича Блошанского, 40 лет руководившего акушерско-гинекологической службой города Москвы, который разработал и внедрил в практику московского здравоохранения работу выездного центра реанимации многопрофильного стационара, новые подходы к оказанию экстренной медицинской помощи беременным и роженицам, детской реанимации. Юрий Миронович изучал акушерский перитонит (перитонит

после кесарева сечения), доказал сложность его диагностики по сравнению с хирургическим перитонитом. Отмечен вклад Департамента здравоохранения города Москвы и организационно-методического отдела по акушерству и гинекологии.

Марк Аркадьевич в своем докладе подчеркнул роль каждого родильного дома города Москвы в оказании своевременной и квалифицированной медицинской помощи беременным и роженицам, учитывая специфику.

Далее Александр Георгиевич Коноплянников рассказал об этапах развития акушерско-гинекологической службы в период с 2013 по 2018 гг., когда он занимал должность главного акушера-гинеколога города Москвы.

В этот период произошли следующие значимые мероприятия:

- 2013 год – реорганизация учреждений родовспоможения, в рамках которой все акушерские стационары города вошли в состав многопрофильных больниц.
- 2017 год – дальнейшая реорганизация. Все женские консультации были присоединены к акушерским стационарам, т. е. вошли в состав многопрофильных больниц.
- Пять стационаров стали первыми пилотными СКП по профилю «акушерство и гинекология» в г. Москве.
- Принят ряд мер по совершенствованию медицинской помощи при преждевременных родах, с хорошим результатом.
- Реализована программа раннего пренатального скрининга ДЗ г. Москвы.

Антон Сергеевич Оленев, который возглавляет службу с 2018 года по настоящее время, в докладе «Стратегия развития акушерской службы в Москве» уделил большое внимание планам на ближайшее будущее, а именно:



- реализации национального проекта «Здравоохранение»,
- внедрению современных технологий в здравоохранении,
- развитию информационных технологий,
- совершенствованию системы дополнительного профессионального образования врачей,
- дальнейшему совершенствованию пренатальной диагностики в городе,
- развитию диспансеризации отдельных групп населения,
- совершенствованию диспансерного наблюдения,
- реализации комплекса мер, направленных на формирование здорового образа жизни населения,
- всесторонней поддержке грудного вскармливания.

### А. В. Трушкова

*Ведущий специалист отдела мониторинга эффективности и безопасности средств медицинского применения  
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»*

## Итоги организационно-методической и консультативной работы ОМО по клинической фармакологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

В течение года мы продолжали осуществлять информационно-аналитическое, методическое, нормативно-правовое, научное, организационное сопровождение в интересах повышения качества оказываемой гражданам медицинской помощи, направленного на совершенствование работы по вопросам лекарственного обеспечения и рациональной фармакотерапии, борьбе с полипрагмазией, с неблагоприятными межлекарственными взаимодействиями, по фармаконадзору.

Тенденция к оптимизации внутреннего контроля качества в медицинских учреждениях нашла отражение в работе ОМО по клинической фармакологии и отдела мониторинга эффективности и безопасности средств медицинского применения ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». В этом году сотрудники активно взаимодействовали с главными специалистами – клиническими фармакологами округов, прорабатывали направления, необходимые для расширения службы клинической фармакологии в Москве.

Сотрудниками отдела проводится анализ данных о нежелательных реакциях (НР), поданных медицинскими организациями государственной системы здравоохранения города Москвы в Росздравнадзор.

За 9 месяцев текущего года было получено 940 извещений о нежелательной реакции или отсутствии терапевтического эффекта лекарственного препарата (далее – Извещение) от 80 медицинских организаций Москвы. Подача Извещений медицинскими организациями по сравнению с 2018 годом увеличилась на 17% (в 2018 году 42 медицинские организации подали 1002 Извещения). От 131 учреждения были получены данные об отсутствии нежелательных реакций. Всего в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» информация о нежелательных реакциях на лекарственный препарат или об их отсутствии

поступила от 211 медицинских организаций, что составило 95% от общего количества (223 медицинские организации по данным официального сайта ДЗМ), подведомственных Департаменту.

Благодаря улучшению системы информированности, регулярному обучению отмечен рост количества спонтанных сообщений в 2019 году (на 30 сентября 2019 г. было получено 940 Извещений о НР, в то время как на конец 2018 года всего 1002).

Важное значение имеет проведение школ клинического фармаколога, мастер-классов, организации и выступления на конференциях и конгрессах, посвященных фармаконадзору и лекарственной безопасности. Все мероприятия проводятся совместно нашим организационно-методическим отделом, службой клинических фармакологов города под руководством главного внештатного специалиста – клинического фармаколога ДЗМ, профессора Марины Владимировны Журавлевой.

Задачей Службы клинических фармакологов Москвы является развитие системы фармаконадзора в московских МО, увеличение количества зарегистрированных в АИС Росздравнадзора медицинских учреждений, так как сообщения, поданные через автоматизированную систему, являются валидными, их легче обработать и передать в международную систему по сбору нежелательных реакций. Среди задач ОМО и отдела – автоматизация работы с извещениями, в сотрудничестве с информационными службами нашего института. Мы планируем к 2020 году создать программу, которая позволит проводить более качественно и в короткие сроки мониторинг нежелательных реакций в учреждениях здравоохранения Москвы.

Подводя итоги сессии, необходимо отметить, что все качественные преобразования, направленные на повышение эффективности и безопасности лекарственных средств, развитие Службы клинической фармакологии, ОМО были бы невозможны без всесторонней помощи и постоянного внимания, которое оказывает руководство нашего института и руководство Департамента здравоохранения города Москвы.

#### Литература

- Соглашение о единых принципах и правилах обращения лекарственных средств в рамках Евразийского экономического союза, подписано 23 декабря 2014 года, ратифицировано Российской Федерацией Федеральным законом от 31 января 2016 года № 5-ФЗ «О ратификации Соглашения о единых принципах и правилах обращения лекарственных средств в рамках Евразийского экономического союза».
- Решение Совета Евразийской экономической комиссии от 03.11.2016 г. № 87 «Об утверждении Правил надлежащей практики фармаконадзора Евразийского экономического союза».
- Федеральный закон от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ (ред. от 31.12.2017) «О персональных данных».
- Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ (ред. от 28.11.2018 № 449-ФЗ) «Об обращении лекарственных средств».
- Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 27.12.2018 г. № 511-ФЗ) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 31.01.2019).
- Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 г. № 291 (ред. от 08.12.2016 г.) «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра Сколково вместе с Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра Сколково)».
- Приказ Минздравсоцразвития России от 26.08.2010 г. № 757н «Об утверждении порядка осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов для медицинского применения, регистрации побочных действий, серьезных нежелательных реакций, непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов для медицинского применения».
- Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 г. № 502н (ред. от 02.12.2013 г.) «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» (зарегистрировано в Минюсте России 09.06.2012 г. № 24516).
- Приказ Росздравнадзора от 15.02.2017 г. № 1071 «Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора» (зарегистрировано в Минюсте России 20.03.2017 г. № 46039).
- Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 01.12.2017 г. № 836 «Об организации деятельности по мониторингу эффективности и безопасности лекарственных препаратов».
- Письмо Росздравнадзора от 16.01.2012 г. № 04И-11/12 «О Методических рекомендациях по осуществлению государственной функции по мониторингу безопасности лекарственных препаратов» (вместе с «Методическими рекомендациями по осуществлению Управлениями Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации государственной функции по мониторингу безопасности лекарственных препаратов, находящихся в обращении на территории Российской Федерации», утв. Росздравнадзором 12.01.2012).
- Письмо Росздравнадзора от 02.04.2012 г. № 04И-232/12 «По предоставлению сведений о нежелательных реакциях на лекарственные препараты».
- Письмо Росздравнадзора от 12.11.2014 г. № 01И-1789/14 «О мониторинге безопасности лекарственных препаратов».
- Письмо Росздравнадзора от 22.05.2017 г. № 01И-1202/17 «О новых законодательных требованиях в области мониторинга безопасности лекарственных препаратов».
- Письма Росздравнадзора от 29.03.2019 г. № 01И-841/19 и № 01И-945/19 «О регистрации пользователей в обновленной базе данных «Фармаконадзор» АИС Росздравнадзора».
- 1. Алгоритм взаимодействия участников системы фармаконадзора по выявлению и работе со спонтанными сообщениями. Методические рекомендации / Юргель Н. В. и др. (утв. Росздравнадзором 22.10.2009 г.).
- 2. И. В. Иванов Минздрав меняет порядок внутреннего контроля. Как разобраться в поправках, создать службу по качеству и преодолеть сопротивление персонала/Здравоохранение. 2019. - № 3.
- 3. Н. В. Верлан. Как заполнить Извещение о нежелательной побочной реакции / Верлан Н В. // Главный врач. 2019. [Электронный ресурс]



- [www.vip.iglv.ru/#/document/16/38482/dfas67977t/?of=copy-bbb1eac0db](http://www.vip.iglv.ru/#/document/16/38482/dfas67977t/?of=copy-bbb1eac0db) (21.02.2019).
4. Контроль безопасности лекарственных средств в условиях лечебно-профилактических учреждений: проблемы и перспективы развития / Т. Е. Морозова и др. // Consilium medicum. 2015. Т. 17. №. 1. С. 50-53.
  5. Методический подход к оценке лекарственной безопасности, эффективности и неблагоприятных побочных реакций лекарственных средств / Бахарева А. В. и др. // Здоровье и образование в XXI веке. 018. Т. 20. №. 3. [Электронный ресурс] [www.e.zdravohrana.ru/article.aspx?aid=709006](http://www.e.zdravohrana.ru/article.aspx?aid=709006) (27.02.2019).
  6. Методические рекомендации по осуществлению Управлениями Росздравнадзора мониторинга безопасности лекарственных препаратов, находящихся в обращении на территории Российской Федерации. 2012.
  7. Методические рекомендации по осуществлению Управлениями Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации государственной функции по мониторингу безопасности лекарственных препаратов, находящихся в обращении на территории Российской Федерации», утв. Росздравнадзором. 2012.
  8. Научно-практический комментарий к Соглашению о единых принципах и правилах обращения лекарственных средств в рамках Евразийского экономического союза от 23 декабря 2014 г. (постатейный) // Н. В. Путило, Н. С. Волкова, А. Н. Морозов и др.; отв. ред. Н. В. Путило. М.: ИЗИСП, ИНФРА-М. – 2016.
  9. Обзор документа «Проект Приказа Министерства здравоохранения РФ "Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности"» / ПРАЙМ. 2019. [Электронный ресурс] <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56667024/#review> (28.02.2019).
  10. Определение степени достоверности причинно-следственной связи неблагоприятная побочная реакция - лекарственное средство». Методические рекомендации / М. Ю. Хубиева, Е. Н. Юргель, В. К. Лепяхин, и др М., 2008.
  11. Практическое пособие по фармаконадзору за противотуберкулезными лекарственными средствами: повышение безопасности больных ТБ) / А. И. Вялков и др. // ВОЗ. 2012.
  12. Роль и практика фармаконадзора в российском здравоохранении / М. А. Мурашко и др. // Вестник Росздравнадзора. 2014. Т. 3. С. 54-61.
  13. Руководство по организации системы мониторинга безопасности лекарственных средств (фармаконадзора) в компаниях-производителях лекарственных средств или держателях регистрационных удостоверений / Е. Н. Юргель, М. Ю. Хубиева, С. В. Глаголев, и др. М., 2009.
  14. Современные аспекты развития законодательной и нормативно-правовой базы процесса реализации фармаконадзора в Российской Федерации // Health and Social Care Journal. 2017. №. S1. С. 48-53.
  15. Стандартные операционные процедуры (СОПы) как один из элементов управления качеством медицинской помощи / А. И. Вялков и др. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2005. № 7. С. 1-6.

### А. В. Шабунин<sup>1</sup>, А. В. Гугнин<sup>2</sup>, И. Ю. Коржева<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Д-р мед. наук, профессор, главный внештатный специалист – хирург и эндоскопист, главный врач ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», заведующий кафедрой хирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

<sup>2</sup> Врач-хирург, заведующий отделением СКП № 1 ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ»

<sup>3</sup> Ведущий специалист организационно-методического отдела по хирургии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

## Стационарозамещающие технологии. Трехлетний опыт работы стационара кратковременного пребывания № 1 (хирургического) ГКБ им. С. П. Боткина

В соответствии с постановлением Правительства Москвы в рамках Государственной программы «Столичное здравоохранение» на 2012–2020 годы, с целью внедрения современных технологий оказания медицинской помощи, а также формирования эффективной системы здравоохранения города Москвы 16 мая 2016 года на базе Городской клинической больницы имени С. П. Боткина открыт Первый стационар кратковременного пребывания в г. Москве на 30 коек.

В 2016 году в Москве было открыто 5 стационаров кратковременного пребывания по 4 направлениям, изданы первые регламентирующие приказы по работе пилотного проекта и по маршрутизации пациентов. В последующие два года на базах других медицинских учреждений продолжается процесс открытия новых стационаров кратковременного пребывания, происходит редакция приказов по маршрутизации больных, а также включение новых профилей по направлениям «колопроктология», «оторинола-

рингология», «травматология и ортопедия», «гнойная хирургия», расширяется перечень оказываемых медицинских услуг.

На сегодняшний день в Москве открыто 30 взрослых стационаров кратковременного пребывания, работающих по 8 направлениям, в 19 из них организован профиль «Общая хирургия».

Работу стационаров кратковременного пребывания регламентируют следующие основные приказы: Приказ Департамента здравоохранения города Москвы № 373/134 от 28.04.2016 г. «О проведении пилотного проекта по организации стационаров кратковременного пребывания»; Приказ Департамента здравоохранения города Москвы № 821 от 06.10.2016 г. «Об организации направления пациентов в стационар кратковременного пребывания по профилю хирургия»; Приказ Департамента здравоохранения города Москвы № 748/469 от 07.11.2018 г. «Внести изменения о проведении пилотного проекта по организации стационара кратковременного пребывания в целях дальнейшего совершенствования организации оказания медицинской помощи жителям города Москвы».

Стационар кратковременного пребывания №1 на базе Боткинской больницы находится в 9-м корпусе. В структуру отделения входят регистратура, гардероб, холл ожидания для посетителей, кабинеты консультативного приема, кабинет ультразвукового исследования, 8 палат наблюдения, процедурная, перевязочная, 2 эндоскопических кабинета, операционный блок.

Кадровый состав состоит из 27 сотрудников отделения: 9 ставок врачебного состава со 100%-й укомплектованностью, 10 ставок сестринского и 7 младшего сестринского персонала и техников, укомплектованность сестринского состава на сегодняшний день составляет 75%.

Всего имеется 30 коек, коечный фонд представлен 5 профилями: 8 хирургических коек, 10 гинекологических, 4 урологических, 4 травматология и ортопедия, 4 оториноларингологические койки.

Критерии отбора пациентов в СКП №1:

- жители города Москвы или других субъектов РФ с обязательным наличием полиса ОМС, выданного в Москве (лечение на платной основе и по ДМС),
- пациенты с нозологиями, отвечающими требованиям перечня Приказа № 748/469 от 07.11.2018 г.,
- пациенты с неотягощенным анамнезом и отсутствием медицинских противопоказаний для лечения в условиях СКП №1 (Риск анестезиологического пособия I – II ASA).

Перечень заболеваний для лечения в СКП по профилю

«хирургия»: все виды доброкачественных новообразований жировой, соединительной и других мягких тканей, неосложненные грыжи передней брюшной стенки, неосложненный хронический калькулезный холецистит, болезни заднего прохода и прямой кишки, эпителиально-копчиковый ход, варикозное расширение вен нижних конечностей без осложнений, доброкачественные новообразования пищеварительного тракта, органов дыхания, средостения, хронический аппендицит, неинфекционные болезни лимфатических узлов.

Перечень заболеваний для лечения в СКП по профилю «гинекология»: дисплазия, эрозия, лейкоплакия, полип шейки матки, киста, полип вульвы, доброкачественное новообразование других и неуточненных женских половых органов, лейомиома, полип матки, внутриматочные сенихии, железистая, аденоматозная гиперплазия эндометрия, киста бартолиновой железы, женское бесплодие трубного происхождения.

Перечень заболеваний для лечения в СКП по профилю «урология»: избыточная крайняя плоть, фимоз и парафимоз, гидроцеле и сперматоцеле, варикозное расширение вен мошонки, гиперплазия предстательной железы, злокачественное новообразование предстательной железы.

Перечень заболеваний для лечения в СКП по профилю «оториноларингология»: острый и хронический средний серозный отит, полипы полости носа, доброкачественные новообразования среднего уха, полости носа и придаточных пазух, перелом костей носа, гипертрофия носовой раковины, хронический ринит, вазомоторный ринит, стеноз гортани, паралич голосовых складок и гортани.

Перечень заболеваний для лечения в СКП по профилю «травматология и ортопедия»: болезни синовиальных оболочек, сухожилий, отдаленные последствия костно-мышечной ткани, внутрисуставные поражения колена, остеоартроз и связанные с ним нарушения.

Госпитализация пациента состоит из трех основных этапов: предоперационного этапа, проведения оперативного вмешательства, восстановления и выписки. Каждый день с 7 часов начинается плановая госпитализация в СКП, происходит оформление истории болезни, осмотр пациента, выполнение предоперационных процедур, осмотр анестезиолога, оформление ЧЕК-ЛИСТА ОПЕРАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТА. С 9 до 15 часов выполняются оперативные вмешательства с последующим наблюдением больного в палате и контролем за восстановлением жизненно важных функций. Далее происходит выписка пациентов с соответствующими рекомендациями, а также дается памятка по послеоперационному уходу.

Количество пролеченных больных увеличивается из года в года. Оперативная активность составляет 100%. За прошедшие 11 месяцев этого года прирост



больных уже составил более 30 % по сравнению с 2018 годом. За полный 2019 год ожидаемый прирост составит более 40 %. За весь период работы СКП №1 выполнено более 14 500 оперативных вмешательств. От общего числа выполненных операций профиль «хирургия» составляет 38,4 %, «гинекология» – 35,8 %, «урология» – 17,5 %, «оториноларингология» – 5,1 %, «травматология и ортопедия» – 3,2 %.

Стоит отметить, что более чем в 70 % случаях госпитализации пациентам были выполнены высокотехнологичные операции (что составляет более 10 тыс. операций). Процент традиционных операций составляет около 25 %.

Далее на следующих слайдах Вам будут представлены основные виды оперативных вмешательств, выполняемых по всем 5 направлениям. На диаграммах отражен не весь перечень операций, а лишь основные и наиболее часто выполняемые операции.

Оперативные вмешательства, выполненные по профилю «хирургия» (N=5589). За весь период работы выполнено более 5,5 тысяч операций. Отмечается стабильное увеличение количества операций из года в год. Наибольшее количество оперативных вмешательств составляют удаления доброкачественных новообразований, экстирпации лимфатических узлов, грыжесечения с пластикой передней брюшной стенки полипропиленовыми имплантами, эндоскопические удаления новообразования ЖКТ, а также лапароскопическая холецистэктомия. За 2019 год ожидается прирост операций на 23 %.

Оперативные вмешательства, выполненные по профилю «гинекология» (N=5141). Имеется положительная динамика в увеличении количества выполняемых оперативных вмешательств. Ожидается прирост более 6 %, что составит около 2 тысяч операций за 2019 год. Среди оперативных вмешательств, выполняемых в отделении, гистероскопии плюс раздельное диагностическое выскабливание, разделение внутриматочных сращений, биопсии, конизация шейки матки, медицинский аборт.

Оперативные вмешательства, выполненные по профилю «урология» (N=2602). За отчетный период имеется повышение количества выполненных оперативных вмешательств. Если обратить внимание на структуру операций, то за последние два года имеется существенная динамика роста пункционных биопсий предстательной железы под УЗИ-навигацией, выполняются также пластика оболочек яичка, иссечение кист придатка, микрохирургическая варикоцелэктомия, циркумпизиция. Ожидается прирост более 6 %, что составит около тысячи операций за 2019 год.

Оперативные вмешательства, выполненные по профилю «оториноларингология» (N=835). Профиль «Оториноларингология» в СКП №1 был открыт в мае 2018 года,

и за отчетный период выполнено около 800 операций. Стоит отметить рост и увеличение количества оперативных вмешательств по всему перечню оказываемых медицинских услуг. За 2019 год ожидается выполнение около 900 операций. В основном это подслизистая вазотомия, репозиция костей носа, удаления новообразований носа, неба, миндалин, а также удаление грануляций, смена трахеостомической трубки.

Оперативные вмешательства, выполненные по профилю «травматология и ортопедия» (N=574). По профилю «Травматология и ортопедия» СКП №1 полноценно начал работу с января 2019 года. За 11 месяцев выполнено более 550 оперативных вмешательств. Среди оперативных вмешательств наиболее значимую роль составляют артроскопии коленного сустава с резекцией мениска, а также удаление позиционных винтов и пластин, удаление ганглия, иссечение кист синовиальной сумки. За 2019 год планируется выполнение около 670 операций.

Структура послеоперационных осложнений в СКП №1. Более чем за три года работы стационара кратковременного пребывания №1 зарегистрировано 13 послеоперационных осложнений, практически все они были выявлены в раннем послеоперационном периоде. Во всех наблюдениях клинические случаи были проанализированы. Как правило, стабилизация состояния была достигнута и компенсирована за счет проведения консервативной терапии, в единичных случаях потребовалось проведение повторного оперативного вмешательства и госпитализация в круглосуточный стационар Боткинской больницы. В двух случаях больные были госпитализированы по каналу скорой помощи в другие медицинские учреждения.

По данным статистики, за последние три года имеется существенная положительная динамика роста количества выполняемых плановых операций. Стоит отметить, что количество проводимых операций в СКП №1 растет каждый год, немаловажно, что это происходит без снижения количества операций, выполняемых в круглосуточном стационаре. За 2019 год ожидается увеличение количества операций, выполненных в СКП №1 на 8 % по сравнению с 2018 годом. Этот прирост значительным образом скажется на общем количестве выполняемых операций за 2019 год, что составит более 15 %.

Преимущества работы СКП №1 заключаются в концентрации высокого потока плановых больных легкой и средней степени тяжести, определенных нозологий согласно требованиям перечня Приказа № 748/469 от 07.11.2018 г., в выполнении операций хирургическими бригадами с высокой квалификацией и большим опытом работы, что приводит к сокращению времени операции и возможных осложнений.

Финансовые показатели работы СКП №1. За отчетный период отмечается ежегодное увеличение количества

заработанных денежных средств. За 11 месяцев 2019 года по сравнению с 2018 годом имеется рост заработанных денег на 50 млн рублей. За полный 2019 год ожидается рост на 65%, что составит около 75 млн рублей.

Отзывы о работе СКП: из 5 жалоб на работу СКП обоснованных зарегистрировано не было, количество благодарностей составило более 50.

Стационар кратковременного пребывания непрерывно проводит методическую работу. С апреля 2017 года в условиях СКП на базе Симуляционного центра Боткинской больницы осуществляется обучение амбулаторных хирургов (более 370 слушателей); сделано докладов на научных конференциях – 12, публикаций – 14; в разработке 4 патента на полезную модель в Институте промышленной собственности. Проводится Информирование медицинской общественности о работе СКП на конференциях и в средствах массовой информации, разработаны информационные буклеты для пациентов и врачей поликлиник г. Москвы

Перспективы развития. На 2020–2022 гг. запланирована реконструкция 7-го и 9-го корпусов (СКП будет отвечать самым современным требованиям и продолжит выполнять лечебные мероприятия на уровне мировых стандартов):

- 1) расширение перечня оперативных вмешательств по существующим нозологиям;

- 2) облегчение механизмов маршрутизации из поликлиник в СКП;
- 3) внедрение в практику СКП трепан-биопсий костного мозга у пациентов гематологического профиля;
- 4) формирование артериовенозных фистул у пациентов нефрологического профиля;
- 5) установка порт-систем онкологическим больным;
- 6) радиоволновые методы лечения в гинекологии + лазерное удаление миоматозных узлов;
- 7) дистанционная уретеролитотрипсия;
- 8) удаление инородных тел почки и мочевыделительной системы;
- 9) лазерная деструкция сосудов носовой перегородки;
- 10) удаление новообразований гортани методом радиоволновой деструкции;
- 11) удаление новообразований мышцы, сухожилия; пластика и восстановление сухожилия;
- 12) артропластика стопы и пальцев ноги.

#### А. В. Шабунин<sup>1</sup>, Р. Ю. Маер<sup>2</sup>, И. Ю. Коржева<sup>3</sup>, О. Д. Подкосов<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Д-р мед. наук, профессор, главный внештатный специалист хирург и эндоскопист, главный врач ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», заведующий кафедрой хирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

<sup>2</sup> Заведующий организационно-методическим отделом по хирургии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

<sup>3</sup> Ведущий специалист организационно-методического отдела по хирургии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

<sup>4</sup> Ведущий специалист организационно-методического отдела по хирургии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

### Состояние хирургической службы ДЗМ. Основные векторы развития

В 2018 году жителям Москвы помощь по профилю «хирургия» оказывалась на базе 34 многопрофильных стационаров, среди которых МКНЦ, 3 госпиталя для ветеранов войн, ИКБ № 2 и НПЦ борьбы с туберкулезом. В 29 стационарах имеются круглосуточные экстренные службы по профилю «хирургия». Первичная хирургическая помощь оказывалась на базе 46 крупных поликлиник с филиалами. Эндоскопическая служба взрослой сети МО ДЗМ представлена 32 отделениями и 50 кабинетами эндоскопии. Количество коек в сравнении с 2017 годом изменилось незначительно. На конец 2018 года имелось 2465 коек чистой хирургии (в 2017 году 2531 койка) и 817 коек гнойной хирургии (в 2017 году 841 койка). Уменьшение коечного фонда связано в том числе и с переносом хирургической помощи на уровень стационаров кратковременного пребывания (далее СКП). Кадровые показатели 2018 года стабильны – в МО ДЗМ имелось 1893,5 ставки вра-

чей-хирургов (2017 – 1904,25), занято 1748 (2017 – 1719), физ. лиц 1479 (2017 – 1430). В стационарах 1220,75 (2017 – 1167,75) ставок хирургов занято 1144,25 (2017 – 1102), физ. лиц 922 (2017 – 860). В амбулаторных МО 669,75 (2017 – 736,5) ставок, занято 601,5 (2017 – 617), физ. лиц 554 (2017 – 570). В поликлиниках и стационарах в 2018 году имелось 626,75 ставок врачей-эндоскопистов (в 2017 году 637), занято 559,25 (в 2017 году 551), физ. лиц 454 (в 2017 году 448).

Основными векторами развития хирургической службы мегаполиса являются система непрерывного медицинского образования, внедрение современных хирургических технологий и совершенствование организационно-методической работы.

с 2015 года в лучших зарубежных хирургических клиниках Германии, Бельгии, Южной Кореи и Израиля



обучено 139 ведущих врачей-хирургов по следующим разделам: «Хирургия поджелудочной железы и печени», «Эндокринная хирургия», «Хирургия желудка», «Колопроктология». Продолжено интенсивное симуляционное обучение хирургов и эндоскопистов на базе Симуляционного центра Боткинской больницы. За три года продвинутым методикам обучено 1673 хирурга и 368 эндоскопистов, 156 специалистов обучены по программам роботической хирургии.

Соответственно, доля высокотехнологических операций, выполненных с применением эндохирургических методик, в 2018 году выросла до 71,2% (2015 – 41,2%, 2016 – 54,7%, 2017 – 64,7%). Динамично развивается и роботическая хирургия: на 4комплексах роботической хирургии в 2018 году по профилям «хирургия», «урология», «гинекология», «сердечно-сосудистая хирургия» выполнена 1131 операция, прирост за 5 лет составил 197% (в 2014 году выполнено 380 операций).

В 2018 году врачами-хирургами и врачами-эндоскопистами стационаров в плановом и экстренном порядке пролечено 229 970 больных, на 8,6% больше (2017 – 210 177), прооперирован 147 551 пациент, на 11,9% больше (2017 – 130 024), выполнено 16 6748 хирургических и эндоскопических операций, на 14,3% больше (2017 – 142 803). Прирост количества операций в 2018 году достигнут за счет широкого применения оперативных возможностей внутрисветовой эндоскопии и малоинвазивных вмешательств.

Вместе с тем стоит отметить, что значительная часть больных (26 866 – 11,7%), пролеченных и прооперированных врачами-хирургами и врачами-эндоскопистами в 2018 году, проходили лечение либо долечивание на койках других профилей, в том числе онкологических.

К организационно-методическим мероприятиям относится открытие стационаров кратковременного пребывания, стандартизация оказания специализированной помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в медицинских организациях ДЗМ, формирование «высокопоточковых» клиник.

В 2018 году совершенствовалась работа хирургических стационаров кратковременного пребывания: 101 койка профиля «хирургия» развернута в 17 СКП, хирургами которых пролечены 10 332 пациента, проведено 10 967 операций, что составило 15,6% от всех плановых вмешательств, проведенных врачами-хирургами и врачами-эндоскопистами. Работа СКП позволила высвободить круглосуточные хирургические койки для оказания urgentной помощи. За счет оптимизации условий оказания плановой хирургической помощи, и, соответственно, плановой хирургической санации в 2018 году впервые отмечено изменение соотношения экстренных и плановых операций в сторону превалирования плановых оперативных вмешательств. Хирургами круглосуточных отделений и СКП «чистой хи-

рургии» в 2018 году было пролечено 189 688 больных, на 8,0% больше (в 2017 – 174 378 операций). Выполнено 131 222 хирургических, эндоскопических и малоинвазивных операций, на 16,3% больше (2017 – 109 779).

Повышение эффективности urgentной хирургии, отсутствие роста летальности достигнуто за счет исполнения положений приказа ДЗМ №83 от 13.02.2017 г., которым утверждена «Инструкция по диагностике и лечению острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в медицинских организациях ДЗМ», созданная с использованием международных и отечественных клинических рекомендаций, что позволило уменьшить сложности в принятии решений и ошибки при оказании неотложной помощи. Приказом внедрены наиболее эффективные и безопасные методики лечения острой абдоминальной патологии. В 2018 году по поводу экстренных хирургических заболеваний, травм и ранений врачами-хирургами и врачами-эндоскопистами пролечены 118 344 пациента, всего на 1,5% больше (2017 – 116 522 пациента), однако операций выполнено 61 102, что на 7,5% больше (2017 – 56 518 операций), рост хирургической активности составил 3,1% (с 48,5% до 51,6%) при сохранении прежнего уровня летальности на хирургических койках (2017–2018 – 06%). Цифры свидетельствуют о снижении доли неоперированных больных в группе экстренной абдоминальной патологии,

Врачами-хирургами отделений гнойной хирургии пролечено 40 282 пациента, рост составил 11% (в 2017 – 35 799), выполнено на 7% больше операций (в 2018 – 35 526, в 2017 – 33 024). Производственные показатели: снизилась средняя длительность пребывания с 9,0 до 8,2, летальность снизилась с 1,8% до 1,7%, оборот койки увеличился с 42,5 до 48,3. Широкое применение рентгенэндоваскулярных методов лечения у больных с критической ишемией нижних конечностей, в отделениях гнойной хирургии выросло на 9,5%, снизилось количество высоких ампутаций (с 1 919 до 1 735).

В 2018 году хирургическая служба справилась с оказанием специализированной плановой и неотложной хирургической помощи за счет дальнейшего совершенствования хирургической службы. При этом основными векторами развития хирургии мегаполиса являются мероприятия, направленные на совершенствование непрерывного медицинского образования, дальнейшее внедрение в рутинную практику эндоскопических и эндоваскулярных технологий, а также организационно-методологическая работа, направленная на эффективную маршрутизацию хирургических пациентов. Интенсивное обучение и практическое применение лапароскопических и эндоскопических методик позволило сохранять на высоком уровне непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения плановых и экстренных хирургических заболеваний, поддерживать тенденцию на снижение количества послеоперационных осложнений, уменьшения среднего койко-дня, увеличения оборота койки, уменьшения количества дней нетрудоспособности у хирургических больных.



Т. В. Шкурко

Канд. мед. наук, заведующая организационно-методическим отделом по гастроэнтерологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

## Результаты работы гастроэнтерологической службы города Москвы по итогам реализации программы развития ОМО по гастроэнтерологии за 2019 год

5 и 6 декабря 2019 года в рамках международного научно-практического форума «Российская неделя здравоохранения-2019» с участием Департамента здравоохранения города Москвы и ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» прошел двухдневный форум организаторов столичного здравоохранения «Клиники Москвы: практики устойчивого развития». Секция №21 на тему «Междисциплинарный подход в организации медицинской помощи при заболеваниях кишечника» проводилась ОМО по гастроэнтерологии 6 декабря 2019 года. Модераторами секции были начальник Управления делами и координации деятельности Департамента здравоохранения города Москвы, заведующий кафедрой гастроэнтерологии ФДПО ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, д. м. н., профессор Евгений Леонидович Никонов и заведующая ОМО по гастроэнтерологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», к. м. н. Татьяна Всеволодовна Шкурко.

Результаты работы гастроэнтерологической службы города Москвы по итогам реализации программы развития ОМО по гастроэнтерологии за 2019 г. такие. За отчетный период ОМО по гастроэнтерологии были проведены мероприятия по совершенствованию качества оказания медицинской помощи населению в части воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), а именно:

- систематизирована маршрутизация пациентов с ВЗК;
- оказано организационно-методическое содействие при создании городского центра ВЗК с целью повышения эффективности применения генно-инженерных биологических и иных таргетных препаратов, снижение числа развития рецидивов, создан персонализированный профиль пациента с ВЗК;
- разработана программа обеспечения качества в эндоскопии медицинских учреждений города.

Данные меры были обусловлены тем что воспалительные заболевания кишечника, к которым относятся язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК), представляют собой одну из наиболее серьезных проблем в современной гастроэнтерологии и колопроктологии. Несмотря на их малый удельный вес в общей структуре заболеваний органов пищеварения, ВЗК по тяжести течения, частоте осложнений и летальности во всем мире занимают одно из ведущих мест. ВЗК имеют прогрессирующее рецидивирующее течение, частые длительные обострения, различные системные

проявления и множество осложнений, требующих хирургического лечения, к которым относятся кишечное кровотечение, токсическая дилатация ободочной кишки, перфорация толстой кишки, которая является наиболее опасным осложнением ВЗК с почти 50%-й смертностью. За последние годы изменился характер течения заболевания: почти у 20-25 % пациентов отмечается непрерывное хроническое течение заболевания без ремиссий, внекишечные проявления обнаруживаются у 10-40 % пациентов с ВЗК, у 30 % формируется стероидозависимость и стероидорезистентность. Не менее трети пациентов нуждаются в хирургических вмешательствах. Подавляющее число больных – это дети и лица молодого возраста, средний возраст которых составляет от 12 до 40 лет. Взрослые пациенты – это люди работоспособного и фертильного возраста.

В случае максимально раннего начала патогенетической терапии и при условии ее непрерывности становится возможным изменить естественное течение болезни, избежать хирургических вмешательств и достичь ремиссии, а также вернуть пациентам трудоспособность, повысить качество жизни и достичь полной социальной адаптации. Необходимость пожизненного применения дорогостоящих лекарственных препаратов, стойкая инвалидизация пациентов трудоспособного возраста после хирургического лечения, которое подчас завершается формированием постоянной коло- или илеостомы, неблагоприятный медико-социальный прогноз подчеркивают высокую социальную значимость этих заболеваний.

Особой проблемой при ведении больных ВЗК является их непрерывное обеспечение лекарственными препаратами. У пациентов, признанных инвалидами и получающих в приоритетном порядке льготное лекарственное обеспечение генно-инженерными биологическими препаратами, ожидаемо наблюдается улучшение клинико-функционального статуса, что влечет за собой снятие статуса нетрудоспособности при проведении очередной медико-социальной экспертизы. За этим следует невозможность получения льготного лекарственного обеспечения ГИБП в качестве поддерживающей терапии, что приводит в 35-50 % случаев к развитию тяжелого рецидива ВЗК, от 10 до 25 % пациентов нуждаются по этой причине в сложном оперативном лечении.

Диагностика и лечение ВЗК требует интегрированно-мультидисциплинарного подхода в условиях центра ВЗК. Для повышения эффективности медицинской помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника при участии ОМО по гастроэнтерологии



ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» был разработан комплекс организационных мер в работе московского Центра ВЗК.

Создание московского центра ВЗК обусловлено тем, что в городе на протяжении ряда лет наблюдается неуклонный рост госпитализаций пациентов с ВЗК по экстренным показаниям, сроки постановки диагноза язвенного колита и болезни Крона не являются удовлетворительными. Тем временем заболевание прогрессирует и приобретает все более тяжелые формы, которые осложняются кровотечениями, кишечной непроходимостью, развитием онкологических процессов и др., что в совокупности делает лечение данных пациентов более сложным и дорогостоящим, а прогноз более неблагоприятным.

Центр ВЗК – это структурное подразделение ГБУЗ «МКНЦ имени А. С. Логинова ДЗМ», включающее в себя комплекс связанных между собой различных компетенций (эндоскопист, радиолог, морфолог, ревматолог, пульмонолог, дерматолог, фтизиатр, нутрициолог, офтальмолог, гинеколог, гематолог, инфекционист и психолог и др.), работающих в Центре единой командой. Кроме того, в Центре используются все диагностические возможности многопрофильного стационара с возможностью интегрированного оказания медицинской помощи как в условиях гастроэнтерологического, а при необходимости колопроктологического/хирургического отделений, так и амбулаторной медицинской помощи в условиях консультативно-диагностического отделения. Сроки постановки диагноза пациентам с язвенным колитом и болезнью Крона в ГБУЗ «МКНЦ имени А. С. Логинова ДЗМ» приближаются к таковым в странах ЕС и выгодно отличаются от средне-статистических по России. Летальность от ВЗК в ГБУЗ «МКНЦ имени А. С. Логинова ДЗМ» отсутствует на протяжении последних лет.

Согласно последним российским и международным клиническим рекомендациям, для эффективного лечения пациентов с ВЗК необходимо применение генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП). Применение данных препаратов позволяет достигнуть уменьшения продолжительности рецидива заболевания, активности и тяжести течения, доказана эффективность данной группы препаратов в поддержании клинико-эндоскопической ремиссии заболевания в течение длительного времени.

Для лечения и болезни Крона и язвенного колита у взрослых применяют всего четыре ингибитора ФНО- $\alpha$ : МНН инфликсимаб (ТН Ремикейд, его биосимиляры ТН Фламмэгис и ТН Инфликсимаб); МНН адалимумаб (ТН Хумира, его биосимиляр ТН Далибра), также МНН цертолизумаба пэгол (ТН Симзия), который разрешен только для лечения болезни Крона, и МНН голимумаб (ТН Симпони), разрешенный только для лечения язвенного колита. МНН Тофацитиниб (ТН Яквинус) – инновационный препарат, первый в новом классе селективных ингибиторов JAK-киназ, разрешен

для лечения язвенного колита. Еще один новый инновационный ЛП также с иными механизмами действия – ингибитор интегрин  $\alpha 4\beta 7$  МНН ведолизумаб (ТН Энтививо). МНН ведолизумаб (ТН Энтививо) является препаратом первой линии у пациентов с неэффективностью и/или непереносимостью терапии ингибиторами ФНО- $\alpha$  для лечения болезни Крона и язвенного колита.

Ежегодный прирост московских пациентов, нуждающихся в ГИБП, составляет 20–25 % от всех получающих уже данную терапию. Прирост связан как с улучшением диагностики и увеличением общего количества больных ВЗК, в том числе больных с гормонорезистентными и гормонозависимыми формами, так и с выявлением внекишечных проявлений, наличие которых является показанием для назначения ГИБП.

За отчетный период был разработан персонализированный профиль пациента с ВЗК. Профиль пациента учитывает не только нозологическую форму заболевания, особенности клинического течения, наличие осложнений, внекишечных проявлений, но и возможности использования того или иного лекарственного препарата. Кроме того, профиль пациента учитывает личные интересы пациента (например, возможность использования лекарственного препарата при беременности и лактации). В Москве все пациенты с ВЗК, имеющие право на льготное лекарственное обеспечение, получают льготное лекарственное обеспечение с учетом разработанного профиля пациента.

Еще одним аспектом работы ОМО по гастроэнтерологии ГБУ НИИОЗММ ДЗМ за отчетный период явилось участие ведущего специалиста отдела Г. В. Залковой в новом проекте Департамента здравоохранения города Москвы «Центры экспертной эндоскопии» под руководством д. м. н., заведующего кафедрой гастроэнтерологии Факультета дополнительного профессионального образования Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова Евгения Леонидовича Никонова.

Задачами Центров экспертной эндоскопии, которые будут развернуты в всех административных округах города, являются проведение эндоскопии (ЭГДС и колоноскопии) экспертного уровня, эндоскопии с анестезиологическим пособием (медикаментозный сон), возможность одномоментного выполнения и ЭГДС, и колоноскопии в одну анестезию, а также возможность одномоментного удаления выявленных при колоноскопии полипов (амбулаторная полипэктомия) – как часть подготовки к внедрению национальной программы скрининга колоректального рака.

## Организация специализированной неотложной хирургической и травматологической помощи детям в медицинских учреждениях государственной системы здравоохранения города Москвы

А. В. Смирнов<sup>1</sup>, А. В. Некрутов<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ «НИИ НДХиТ ДЗМ», ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», врач детский хирург окружного травматологического пункта, специалист организационно-методического отдела по неотложной хирургической, травматологической и нейрохирургической помощи детям Департамента здравоохранения города Москвы;

<sup>2</sup> ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», заведующий организационно-методическим отделом по неотложной хирургической, травматологической и нейрохирургической помощи детям Департамента здравоохранения города Москвы, врач детский хирург, к. м. н.

Проблема детского травматизма имеет острую социальную значимость. В силу возрастных особенностей – повышенной любознательности, высокой подвижности, недостаточности жизненного опыта дети далеко не всегда могут оценить опасность окружающей обстановки, что зачастую приводит к травматизации ребенка.

Тем не менее высокая эффективность профилактической работы, проводимой образовательными и медицинскими организациями совместно с МЧС, органами внутренних дел и госавтоинспекцией, привела к отсутствию роста показателей детского травматизма в последние годы.

Так, в период с 2016 по 2018 год в травмпункты Москвы ежегодно обращалось около 400 000 детей с травматическими повреждениями различной степени и локализации, что составляет 20 % общего числа детского населения города. Из них около 13 %, порядка 50 000 детей, имели патологию средней тяжести и были госпитализированы в специализированные стационары.

В Москве амбулаторная травматологическая помощь детскому населению оказывается в 22 детских травмпунктах и отделениях неотложной хирургической и травматологической помощи, располагающихся на базе 19 поликлиник и 3 стационаров.

Стационарную специализированную медицинскую помощь детям с травматическими повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата оказывают 8 профильных стационаров.

Несмотря на высокий уровень медицинской помощи, оказываемой детям с травматическими повреждениями в Москве, существует ряд организационных проблем, с которыми приходится сталкиваться ежедневно, среди которых такие, как отсутствие круглосуточных травматологических пунктов в каждом административном округе, недоработки в системе маршрутизации амбулаторных больных бригадами скорой помощи, от-

сутствие современного материально-технического оснащения службы лучевой диагностики в ряде окружных травмпунктов, отсутствие отлаженной современной коммуникационной сети для оперативного дистанционного консультирования сложных и спорных клинических случаев, а также маршрутизации пациента.

В связи с вышеобозначенными проблемами организационно-методическим отделом по неотложной хирургической, травматологической и нейрохирургической помощи детям Департамента здравоохранения города Москвы, входящим в структуру Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента, под руководством главного внештатного детского специалиста – травматолога-ортопеда Департамента здравоохранения города Москвы была разработана, сформирована и началась реализация Программы развития специализированной медицинской помощи детям с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата, в частности ее первичного, амбулаторно-поликлинического, звена.

В 2019 году, в рамках первого этапа Программы, были проведены:

- подготовка и проведение анкетирования и мониторинга проблем профильных медицинских организаций;
- разработка и внедрение цифровых программных продуктов в работу травматологических пунктов, отделений неотложной травматологической помощи и специализированных подразделений стационаров города:
  - участие в разработке, реализации и внедрении пилотного проекта ЕМИАС в стационары города Москвы;
  - разработка, формирование, запуск в пилотном тестовом режиме электронных клинических отчетных и статистических форм;



- дистанционные оперативные консультации с ведущими специалистами медицинских учреждений Москвы различного уровня;
- обоснование, подготовка и оформление организационных решений по открытию детских травмпунктов в Троицком и Новомосковском административных округах;
- разработка и внедрение профессиональных научно-практических и образовательных программ:
  - ♦ запуск масштабного образовательного проекта: «Московская школа детского травматолога-ортопеда имени профессора В. П. Немсадзе». Организаторами проекта выступили Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента и Детская городская клиническая больница имени Н. Ф. Филатова. Семинары Школы включают цикл лекций по актуальным вопросам диагностики и лечения травматологической и ортопедической патологии детского возраста с целью повышения уровня профессиональной подготовки специалистов и качества оказания специализированной медицинской помощи;
  - ♦ продолжает совместную работу с ведущими федеральными и региональными клиниками Московский медицинский совет по экспертизе результатов лечения травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей. Так, в 2019 году заседания Медсовета проводились в базовых профильных медицинских учреждениях: Научно-исследовательском институте неотложной детской хирургии и травматологии по тематике «Травма мирного времени в детском возрасте», Национальном медицинском исследовательском центре травматологии и ортопедии имени Н. Н. Приорова по тематике «Актуальные вопросы диагностики и лечения травматических повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей».

Материалы Медицинского совета и лекции Школы детского травматолога-ортопеда имеют подтверждение Комиссии по оценке соответствия учебных мероприятий и материалов для непрерывного медицинского образования установленным требованиям Координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России, а также включены в План образовательных и информационных мероприятий, проводимых при поддержке Департамента здравоохранения города Москвы.

- интернет-сообщества «Детские травматологи Москвы» в социальных сетях;
- запущен информационный интернет-ресурс на платформе базового профильного учреждения – Научно-исследовательского института неотложной детской хирургии и травматологии.

Все вышеперечисленные интернет-проекты являются как информационными, так и образовательными – регулярно предоставляются для свободного доступа обучающие клинические и учебно-прикладные лекционные материалы.

Все запущенные проекты и мероприятия будут иметь продолжение и развитие в 2020 году.

## Организация цели и задач ОМО по нейрохирургии

### ОРГАНИЗАЦИОННО МЕТОДИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ ПО НЕЙРОХИРУРГИИ организован с 01.01.2017 г.

#### Основные направления деятельности отдела:

- изучение организации работы стационарной и выездной консультативной нейрохирургической службы г. Москвы, совершенствование и повышение эффективности их деятельности;

- осуществление организационно-методического руководства и контроля деятельности нейрохирургических отделений стационарных учреждений;
- участие в определении обеспеченности населения экстренной и плановой нейрохирургической помощью, внесение рекомендаций по ее развитию и совершенствованию;

- предложение для внедрения в практику деятельности больниц города новых медицинских технологий и разработок ведущих медицинских организаций, кафедр учебных и научно-исследовательских учреждений по нейрохирургии.

#### **Сотрудники отдела**

Заведующий отделом Карамышев Руслан Абдрахманович, к. м. н.

Ведущий специалист: д. м. н. Талыпов Александр Эрнестович

Специалист Каранадзе Василий Амиранович

Специалист к. м. н. Алейникова Ирина Борисовна

Специалист Смоляк София Владимировна

#### **Цель:**

**повышение качества оказания медицинской помощи населению г. Москвы по профилю «нейрохирургия».**

#### **Задачи:**

1. Проведение анализа работы нейрохирургических отделений г.Москвы.
2. Осуществление организационно-методической помощи нейрохирургическим отделениям г. Москвы.
3. Организационно-методический контроль за деятельностью выездных консультативных нейрохирургических бригад станции скорой медицинской помощи им. А. С. Пучкова ДЗ г. Москвы.
4. Контроль и помощь в повышении уровня квалификации врачей-нейрохирургов нейрохирургических отделений г. Москвы путем тестирования, своевременного проведения изучения уровня квалификационных знаний, экзаменационных опросов на заседаниях экспертных групп с целью присвоения или подтверждения квалификационных категорий.
5. Участие в решении кадровых вопросов нейрохирургических отделений ДЗ г. Москвы.
6. Аудит медицинской и административной деятельности нейрохирургических отделений ДЗ г. Москвы (с изучением медицинской документации).
7. Участие в работе комиссий ДЗ г. Москвы по проверке медицинских учреждений ДЗ г. Москвы.
8. Участие в научно-практических мероприятиях, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи населению.

В структуру оказания медицинской помощи по направлению «нейрохирургия» по г. Москве входит сеть медицинских многопрофильных учреждений, в составе которых имеются нейрохирургические отделения различного коечного фонда и специализаций. Общее количество коек в нейрохирургических стационарах для оказания экстренной и плановой нейрохирургической помощи составляет 692. Кроме того, существуют две выездные мобильные нейрохирургические бригады, оказывающие круглосуточную консультативную нейрохирургическую помощь. Базируются бригады в НИИ скорой медицинской помощи им. Н. В. Склифосовского. Сотрудники нейрохирургических выездных консультативных бригад находятся в штате Московской скорой медицинской помощи им. Пучкова. Транспорт для консультаций предоставляет Московская скорая медицинская помощь. В 2018 г. в 15 стационарах для оказания помощи взрослому населению было 18 нейрохирургических отделений, в которых имелись 664 койки (для взрослого населения). В течение 2018 года в нейрохирургических отделениях стационаров получили лечение 30 399 пациента, которым произведено 12 715 операций (хирургическая активность составила 42%), а также было выполнено 5086 первичных хирургических обработок ран (ПХО). Количество пациентов, осмотренных нейрохирургами на амбулаторном приеме, превышало 30 000 чел. Консультативная помощь в кабинетах плановых консультаций оказана более чем 25 000 пациентам.

В течение года две выездные нейрохирургические консультативные бригады выполнили в стационарах города 4769 консультаций и провели 36 операций.

В 2018 году в стационарах работало 209 нейрохирургов. В среднем на одного нейрохирурга в течение года приходилось 292 консультации, 38 операций, 37 - ПХО и 122 пролеченных в стационаре пациентов.

В стационарах города Москвы в структуре нейрохирургической патологии преобладают черепно-мозговая травма (51-52%), травмы и заболевания позвоночника и спинного мозга (27-29%), пациенты с различными формами нарушений мозгового кровообращения и патологией церебральных сосудов (6-7%), опухолями центральной нервной системы и позвоночника (4-5%). На другую нейрохирургическую патологию (травмы и заболевания периферической нервной системы, аномалии центральной нервной системы (ЦНС), воспалительные заболевания и др.) приходится от 8 до 13%.

Совершенствование оказания нейрохирургической помощи остается приоритетным для пациентов с тяжелой черепно-мозговой и позвоночно-спинномозговой травмами, для больных с различными формами нарушений мозгового кровообращения, пациентам с заболеваниями позвоночника и спинного мозга, а также с опухолями центральной нервной системы.



Количество пострадавших с тяжелой ЧМТ и травмой средней степени тяжести постепенно увеличивалось и в течение последних четырех лет составило 7–8 тысяч (в 2002 г. не превышало 4,5 тысячи). Но за последние годы число больных с черепно-мозговой травмой остается на одном уровне и не отмечается значительного увеличения.

Обращает на себя внимание постепенное увеличение количества больных с опухолями ЦНС (в 2002 г. было госпитализировано 439 пациентов и 271 из них были оперированы, а уже в 2018 г. госпитализировано 12 962 пациентов; им проведено 731 оперативное вмешательство).

Среди жителей г. Москвы ежегодно нуждаются в оперативном вмешательстве не менее 3300 пациентов с опухолями головного мозга и метастазами в головной мозг.

В хирургическом лечении также нуждаются более 1000 пациентов с травмой позвоночника и спинного мозга (оперируются только 75%), а из 12–13 тыс. больных с дегенеративными заболеваниями позвоночника в городской сети оперируются только 10%.

С начала 2000-х годов происходит постепенное увеличение количества госпитализированных и оперированных больных с ОНМК. Так, в 2002 г. были госпитализированы 401 пациент с геморрагическими инсультами и 230 из них – с нетравматическими субарахноидальными кровоизлияниями. Исходя из количества жителей города Москвы более 12 100 000, ежегодно должно быть оперировано 360–370 пациентов по поводу геморрагического инсульта и 600 пациентов – по поводу аневризм головного мозга. В течение последних четырех лет количество оперированных больных с аневризмами головного мозга колеблется от 300 до 330, то есть около 50% от всех нуждающихся. При операциях по поводу геморрагических инсультов сохраняется высокая послеоперационная летальность (в 2018 г. составила 43%). Высокая летальность свидетельствует о превышении показаний к операциям у ряда пациентов, о недостаточном применении щадящих методов хирургии, таких как эндоскопические и пункционные методики, и о проблемах в лечении и реабилитации таких больных. Во многих стационарах отсутствует реанимация для нейрохирургических больных, а там, где она существует, отмечается большой дефицит реабилитационного звена. Так, нейрореанимационных коек должно быть не менее 20% от количества нейрохирургических коек.

Увеличение хирургической активности при нарушениях мозгового кровообращения может быть достигнуто за счет улучшения выявляемости аневризм сосудов головного мозга в неврологических отделениях, а так-

же увеличения количества операций при симптомных стенозах магистральных сосудов шеи. Для этого все больные с нетравматическими субарахноидальными кровоизлияниями и симптомными стенозами магистральных сосудов головы и шеи должны консультироваться нейрохирургами.

Онкологическая настороженность первичного поликлинического звена, своевременное назначение МРТ головного мозга, использование методов нейронавигации, более широкое применение радиохирургического лечения позволит увеличить хирургическую активность и улучшить результаты лечения у больных с опухолями мозга.

## ВЫВОДЫ

Для улучшения и совершенствования оказания медицинской помощи по профилю «нейрохирургия» в городе Москве необходимо:

- 1) дооснастить нейрохирургические отделения и приданные им операционные блоки необходимым оборудованием, инструментарием и медикаментами;
- 2) более тщательно вести отбор пациентов для госпитализации в нейрохирургические отделения, увеличив тем самым хирургическую активность за счет как расширения спектра нейрохирургической помощи, так и внедрения новых технологий (хирургия периферической нервной системы, функциональная нейрохирургия, хирургия заболеваний позвоночника, реконструктивная нейрохирургия);
- 3) увеличение доли высокотехнологичных операций и снижение количества госпитализаций пострадавших с легкой черепно-мозговой травмой;
- 4) в структуре оказания нейрохирургической помощи основное внимание должно уделяться проведению малоинвазивных, органосохраняющих и функциональных операций;
- 5) постоянное повышение образовательного уровня сотрудников нейрохирургических отделений, разработка критериев для квалификации врачей-нейрохирургов «Московский врач» в номинации «нейрохирургия»;
- 6) увеличение количества сотрудников нейрохирургических отделений, имеющих квалификационные категории и научные степени;
- 7) определение оптимальной маршрутизации пациентов с нейрохирургической патологией.

## Скрининги в онкологии

Ю. В. Степанова

*Специалист организационно-методического отдела по онкологии НИИОЗММ ДЗМ*

Прогресс технологий и накопленный потенциал тестирования с целью раннего выявления онкологических заболеваний – особенно в области генетики – огромны. Но приблизят ли нас эти технологии к «нулю смертей» от рака, являются ли скрининг-тесты полностью достоверными?

Какое соотношение «вред – польза» преобладает при запуске программ проведения скрининга онкозаболеваний?

Есть ли необходимость в их массовом проведении с целью выявления онкозаболеваний или «массовость» приведет только к перегрузке систем здравоохранения?

Существует ли необходимость, чтобы жители были полностью информированы и осведомлены о последствиях скрининга, или все должны соглашаться на проведение скрининга просто потому, что их приглашают?

## Регистры в онкологии

М. Ю. Простов

*Аналитик организационно-методического отдела по онкологии ДЗМ*

Структура МГКР (Московского городского канцер-регистра) в составе ФРР (Федерального Ракового Регистра).

Взаимодействие МГКР с внешними источниками данных.

Развитие мультионкологической составляющей МГКР на примере маммологического регистра.

Детский сегмент МГКР, интеграционные профили МГКР.

Роль МГКР в оперативном мониторинге популяционных показателей онкологической службы города Москвы.







