

# РЕФЕРАТИВНЫЙ СБОРНИК

РАБОТ СОТРУДНИКОВ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИХ ОТДЕЛОВ ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»



## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МЕГАПОЛИСА: ЛУЧШИЕ МОСКОВСКИЕ ПРАКТИКИ



Государственное бюджетное учреждение  
«Научно-исследовательский институт организации  
здравоохранения и медицинского менеджмента  
Департамента здравоохранения города Москвы»

# **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МЕГАПОЛИСА: ЛУЧШИЕ МОСКОВСКИЕ ПРАКТИКИ**

РЕФЕРАТИВНЫЙ СБОРНИК РАБОТ СОТРУДНИКОВ  
ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИХ ОТДЕЛОВ  
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Москва  
2021

УДК 61  
ББК 5

**Совершенствование государственной системы здравоохранения мегаполиса: лучшие московские практики. Реферативный сборник работ сотрудников организационно-методических отделов ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».** – М.: ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 2021. – 78 с.

ISBN 978-5-907404-77-9

В настоящий сборник включены сообщения и тезисы сотрудников организационно-методических отделов ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» по актуальным проблемам московского здравоохранения. Издание предназначено для научных сотрудников научно-практических (исследовательских) организаций, специалистов медицинских организаций, студентов и аспирантов медицинских вузов.

УДК 61  
ББК 5

ISBN 978-5-907404-77-9

© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021  
© Коллектив авторов, 2021

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие .....	<b>5</b>
Организация амбулаторной помощи пациентам после трансплантации органов в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 в городе Москве .....	<b>6</b>
Внедрение электронного опросника для мониторинга состояния пациентов с Rh-негативными миелопролиферативными новообразованиями в городе Москве .....	<b>9</b>
Регистр детей с экстремально низкой массой тела при рождении .....	<b>12</b>
Образовательно-профилактическая работа организационно-методического отдела по диетологии в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19.....	<b>14</b>
Регистровое наблюдательное ретроспективное исследование применения препарата фавипиравир у пациентов с COVID-19 в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы.....	<b>17</b>
Стратегия развития травматолого-ортопедической службы города Москвы: задачи и достижения .....	<b>21</b>
Московская офтальмология сегодня .....	<b>25</b>
Особенности ревматологической помощи в период распространения SARS-CoV-2 (COVID-19) .....	<b>30</b>
Маршрутизация онкологических пациентов .....	<b>33</b>
Основные принципы создания временных госпиталей для лечения больных с новой коронавирусной инфекцией .....	<b>38</b>

Цифровые технологии мониторинга и анализа показателей деятельности медицинских учреждений, оказывающих специализированную неотложную хирургическую помощь детям .....	<b>40</b>
Эпидемиологические и клинические особенности детей с коронавирусной инфекцией COVID-19, получавших стационарное лечение .....	<b>43</b>
Первый опыт забрюшинной трансплантации дистального сегмента поджелудочной железы с формированием панкреатикоюноанастомоза на отключенной по ROUX петле.....	<b>47</b>
Организация патологоанатомической службы в период пандемии COVID-19 .....	<b>50</b>
Организация оказания медицинской помощи пациентам, страдающим хронической неонкологической болью, в медицинских организациях, подведомственных департаменту здравоохранения города Москвы .....	<b>53</b>
Лучшие практики на примере клиники города Москвы .....	<b>57</b>
Нейрофизиологические методы диагностики в определении тактики лечения больных с электротравмой.....	<b>61</b>
Термостабилизация после СЛР, перепутье или новый взгляд на нестареющую тему .....	<b>64</b>
Практика лабораторного тестирования для отслеживания распространения COVID-19 в городе Москве.....	<b>67</b>
Маршрутизация пациентов с желтухой на догоспитальном этапе .....	<b>70</b>
Современные подходы к оказанию медицинской помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника. ....	<b>72</b>
Внедрение телемедицинских технологий в работу стоматологических учреждений города Москвы .....	<b>75</b>

# ПРЕДИСЛОВИЕ

*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.*

*Изучение основных проблем, возникающих в работе медицинских организаций, анализ и обобщение итогов их деятельности позволяют оценить степень эффективности работы московского здравоохранения по отдельным направлениям (специализациям).*

*Постоянный мониторинг обеспеченности населения города Москвы профильными видами медицинской помощи позволяет формулировать и вносить рекомендации по развитию и совершенствованию московского здравоохранения.*

*ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» постоянно работает над предложениями для внедрения в практику деятельности медицинских организаций города Москвы новых научных разработок, медицинских технологий и лучших международных практик, доказавших свою эффективность.*

*Реферативный сборник работ сотрудников организационно-методических отделов ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» «Совершенствование государственной системы здравоохранения мегаполиса: лучшие московские практики» содержит научные статьи, подготовленные сотрудниками организационно-методических отделов ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» на основе материалов их деятельности по улучшению и повышению качества оказания медицинской помощи москвичам.*

Директор ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»,  
доктор экономических наук, профессор  
**Аксенова Е. И.**

# ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 В ГОРОДЕ МОСКВЕ

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

1. Врач-нефролог Московского городского научно-практического центра нефрологии и патологии трансплантированной почки ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»
2. Канд. мед. наук, главный внештатный специалист нефролог, заместитель главного врача по нефрологии ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»
3. Канд. мед. наук, заведующий организационно-методическим отделом по нефрологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
4. Канд. мед. наук, специалист организационно-методического отдела по нефрологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Распространение новой коронавирусной инфекции COVID-19 потребовало оперативных решений в организации медицинской помощи людям с хроническими заболеваниями, и особенно пациентам после трансплантации органов, которым необходимо постоянно принимать иммуносупрессивные препараты. На сегодняшний день главными задачами являются предотвращение инфицирования, своевременное обеспечение иммуносупрессивными препаратами всех пациентов после трансплантации органов и организация консультативной помощи в условиях пандемии.

**Для решения поставленных задач были предприняты следующие действия:**

1. В соответствии с решением Департамента здравоохранения Москвы (ДЗМ), с января 2020 г. при выписке иммуносупрессивных препаратов для пациентов после трансплантации органов срок обеспечения лекарственными средствами был увеличен до 6 месяцев. Организовано наличие достаточного количества препаратов в аптеке.
2. С марта 2020 г. в Московском городском научно-практическом центре нефрологии и патологии трансплантированной почки ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»



организована работа врачей-нефрологов, обеспечивающая возможность дистанционной консультации пациентов. Выделены специальные номера мобильных телефонов для консультации пациентов после трансплантации почки. На сайтах ДЗМ и ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ» представлены выделенные номера телефонов, а также электронный адрес, по которому пациенты могли обратиться к сотрудникам консультативно-диагностического нефрологического отделения (КДНО). Интенсифицирована работа в системе дистанционного мониторинга Трансплант.нет, позволяющая каждому пациенту персонально вести онлайн дневник, мониторинг своего состояния, обеспечивать быструю связь со своим лечащим врачом и обмен информацией (лабораторные данные, выписки/заключения). Врачи, участвующие в Трансплант.нет, продолжают свою работу как в КДНО, так и в стационарном отделении патологии трансплантированной почки. В настоящее время число пациентов в этой системе достигло 500 человек, средняя нагрузка на врача, которая является дополнительной к его основной работе, составила 50 пациентов.

3. Организовано амбулаторное наблюдение пациентов после трансплантации почки, имеющих или перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19, но не нуждающиеся в стационарном лечении. В Московском регистре пациентов с нефрологической патологией выделен реестр пациентов с COVID-19, на основе которого организована систематическая работа: связь с врачом по телефону или по электронной почте не менее 1 раза в 2 дня и лабораторный контроль (определение концентрации в крови ингибиторов кальцийневрина, клинический анализ крови, СРБ, АСТ, АЛТ, ЛДГ, ферритин, D-димер) не менее 1 раза в 7 дней.

4. Организованы очные консультации, которые необходимы для решения вопросов, которые невозможно решить при заочной консультации. За 2 дня до планируемой консультации формируется список ожидаемых на посещение пациентов, с точным временем их приема. Выделение специальных кабинетов со всем необходимым набором противоэпидемических и санитарных мероприятий.

5. Лабораторный контроль пациентов после трансплантации органов осуществляется на основании рекомендаций врача-консультанта. В то же время из регистра пациентов был сформирован список с ранним сроком трансплантации (всего 180 пациентов), которым необходим лабораторный контроль не менее 1 раза в месяц. Организован выезд на дом медсестры к отдельным пациентам, по рекомендации врача-консультанта, для забора крови. Транспортировка медицинского персонала осуществлялась волонтерскими организациями.

6. Госпитализация пациентов после трансплантации почки осуществляется как на основании показаний врача-консультанта на основе предварительного наблюдения, так и на основании urgentных показаний, выявленных врачом скорой помощи.

В реестре Московского городского научно-практического центра нефрологии и патологии трансплантированной почки состоит на учете более 4500 пациентов после трансплантации органов, из них более 3000 после трансплантации почки. В результате проведенной работы выявлено и взято под наблюдение 250 пациентов после трансплантации почки, имеющих или перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19. Контроль концентрации в крови ингибиторов кальцийневрина проведен всем пациентам с ранним сроком трансплантации; все пациенты после трансплантации были обеспечены в срок иммуносупрессивными препаратами до 6 мес. Увеличилось количество пациентов в системе дистанционного мониторинга Трансплант.нет со 100 пациентов в 2019 г. до 500 за первый квартал 2020 г. За время работы горячей линии проведено более 15 000 заочных консультаций, обработано более 7000 электронных писем.

Вывод: только при совместной работе Департамента здравоохранения города Москвы, лечебных учреждений и общественных организаций, руководствуясь приказами, методическими рекомендациями и алгоритмами лечения, можно достичь положительных результатов в оказании амбулаторной медицинской помощи, наладить продуктивный контакт с каждым пациентом и выбрать удобный для них формат общения.

# ВНЕДРЕНИЕ ЭЛЕКТРОННОГО ОПРОСНИКА ДЛЯ МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С Rh-НЕГАТИВНЫМИ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В ГОРОДЕ МОСКВЕ

**Виноградова О. Ю.<sup>1</sup>, Шуваев В. А.<sup>2</sup>, Панкрашкина М. М.<sup>3</sup>,  
Керсилова А. Е.<sup>4</sup>, Шихбабаева Д. И.<sup>5</sup>, Неверова А. Л.<sup>6</sup>**

1. Д-р мед. наук, заведующий организационно-методическим отделом по гематологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

2. Заведующий отделением, врач-гематолог ГБУЗ ГКБ им. В. В. Вересаева ДЗМ

3. Канд. мед наук, врач-гематолог ГБУЗ ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ

4. Ординатор отделения гематологии ГБУЗ ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ

5. Врач-гематолог ГБУЗ ГКБ им. В. В. Вересаева ДЗМ

6. Ведущий специалист организационно-методического отдела по гематологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Терапия наиболее встречаемых нозологий, относящихся к группе Rh-негативных миелопролиферативных новообразований (МПН) – первичный миелофиброз (ПМФ), истинная полицитемия (ИП) и эссенциальная тромбоцитемия (ЭТ), – направлена на сдерживание прогрессии заболевания, профилактику осложнений и купирование его симптомов. Клинические проявления сходны и выражаются следствиями цитокинового дисбаланса и увеличения печени и селезенки – слабостью, вялостью, лихорадкой, потливостью, болями в костях, снижением веса, кожным зудом, дискомфортом в животе, ранним насыщением, проблемами с памятью, концентрацией внимания. Наряду с лабораторными показателями фактор наличия симптомов опухолевой интоксикации используется среди критериев диагностики постполицитемического и посттромбоцитемического миелофиброза, при данных формах, а также при первичном мелофиброзе – для риска неблагоприятного течения (шкалы IPSS, DIPSS, DIPSS+, MIPS и другие [1, 2, 3]), а также для оценки эффективности лечения.

Важно оценить не только наличие, но и выраженность симптоматики. Для этого необходимо перевести субъективную оценку пациентом своего самочувствия

в объективные показатели. Инструментом для этого являются опросники. Наиболее удобным и дающим объективную информацию при МПН признан опросник MPN 10, разработанный в клинике Мейо, США (автор Mesa R.A.) [4]. Это простой в использовании инструмент контроля 10 наиболее клинически значимых симптомов, которые оцениваются пациентом самостоятельно по 10-балльной шкале: 0 – нет симптома, 10 – максимальная степень тяжести симптома. В настоящее время опросник MPN 10 в мировой практике является стандартным инструментом, включенным в рекомендации National Comprehensive Cancer Network (NCCN) и других международных организаций для оценки ответа на терапию миелопролиферативных новообразований [5]. Кроме этого он может использоваться для определения риска прогрессии заболевания и необходимости назначения таргетной терапии. В клинике Мейо риск течения МФ у пациентов, отметивших более 5 баллов по шкале MPN 10 одного из симптомов и/или имеющих общий балл более или равным 20, приравнивается к высокому по прогностической шкале DIPSS и является показанием для назначения таргетной терапии [4]. Несомненно, оценка динамики симптомов с помощью опросника позволяет корректировать лечение, причем пациентов с ПМФ, ИП и ЭТ вне зависимости от применяемой терапии, кроме того, экономит время врача при приеме пациентов, повышает доверие со стороны пациента. Поэтому были предприняты усилия по внедрению опросника MPN 10 в отечественную гематологическую практику.

Разработка опросника на другом языке включает в себя не только работу по переводу, но и языково-культурную адаптацию, анализ надежности, чувствительности, а также дискриминантной и конвергентной валидности. В результате совместной работы московских (ГБУЗ ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ) и Санкт-Петербургских (ФГБУ РосНИИГТ ФМБА России и Международный центр исследования качества жизни) специалистов была создана русская версия опросника MPN 10 [6].

На текущем этапе проводится внедрение опросника MPN 10 в клиническую практику московских гематологов. В целом пациентами за 6 месяцев использования опросника заполнено 325 форм. Врачи отметили, что заполнение опросника позволяет оптимизировать клинический мониторинг состояния этих сложных пациентов, а в условиях текущей эпидемиологической обстановки дает возможность сократить количество очных посещений и оптимизировать время очного приема.

Для удобства использования опросника также была адаптирована его международная электронная форма, позволяющая пациентам заполнять опросники на любых электронных носителях, автоматически рассчитывать общий резуль-

тат оценки симптомов как средний балл выраженности всех симптомов, сохранять результат и переправлять по электронной почте врачу. Русская версия в электронном варианте апробирована в наблюдении 24 пациентов Московского городского гематологического центра ГБУЗ ГКБ им. С. П. Боткина с диагнозами ПМФ, ИП, ЭТ, получающих таргетную терапию.

В настоящее время организовано обучение в форме онлайн-тренингов окружающих врачей-гематологов методикам работы с опросником, обучения пациентов и их родственников.

Внедрение адаптированной версии, в том числе в электронной форме, опросника MPN 10 в Москве будет способствовать повышению качества медицинской помощи пациентам с МПН.

## Список литературы

1. Cervantes F., Dupriez B, Pereira A, Passamonti F, Reilly JT, Morra E, et al. *New prognostic scoring system for primary myelofibrosis based on a study of the International Working Group for Myelofibrosis Research and Treatment. Blood.* 2009;113(13): 2895-901.
2. Passamonti F., Cervantes F., Vannucchi A.M., Morra E., Rumi E., Cazzola M. et al. *Dynamic International Prognostic Scoring System (DIPSS) predicts progression to acute myeloid leukemia in primary myelofibrosis. Blood.* 2010;116(15):2857-8.
3. Gangat N., Caramazza D., Vaidya R., George G., Begna K., Schwager S. et al. *DIPSS Plus: A Refined Dynamic International Prognostic Scoring System for Primary Myelofibrosis That Incorporates Prognostic Information From Karyotype, Platelet Count, and Transfusion Status. J. Clin. Oncol.* 2011. 29(4). 392-7.
4. *Symptom Burden As Primary Driver for Therapy in Patients with Myelofibrosis: An Analysis By MPN International Quality of Life Study Group. Blood* 2016;128(22):3117-3117
5. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Myeloproliferative Neoplasms. Version 2.2019 – October 29, 2018. Available from: [http://www.gaca.org.cn/uploadfolder/files/201903/ny27\\_930697.pdf](http://www.gaca.org.cn/uploadfolder/files/201903/ny27_930697.pdf).*
6. Ионова Т. И., Виноградова О. Ю., Ефремова Е. В. и др. *Разработка и результаты апробации русской версии опросника MPN 10 для оценки симптомов у пациентов с миелопролиферативными новообразованиями с учетом международных рекомендаций. Клиническая онкогематология.* 2020;13(2):176–84.

# РЕГИСТР ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

**Горев В. В.<sup>1</sup>, Михеева А. А.<sup>2</sup>, Сысоева Е. М.<sup>3</sup>**

1. Канд. мед. наук, главный врач ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», главный внештатный специалист неонатолог ДЗМ
2. Канд. мед. наук, заведующая организационно-методическим отделом по неонатологии, ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
3. Специалист организационно-методического отдела по неонатологии, ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Актуальность: в связи с принятием в нашей стране в 2012 г. рекомендованных ВОЗ критериев живорожденности вопросы эпидемиологии, заболеваемости, летальности, инвалидизации детей с экстремально низкой массой тела при рождении (ЭНМТ) являются одними из самых актуальных в неонатологии. В решении этих проблем значительную практическую роль играет информация об обеспечении этой группы детей адекватной медицинской помощью, о маршрутизации беременных женщин. Задачей Регистра детей с экстремально низкой массой тела является сбор и отслеживание сведений о движении этих детей в медицинских организациях ДЗМ. Анализ данных регистра позволит проследить путь каждого ребенка с ЭНМТ на первом году жизни, определить структуру заболеваемости и летальности, выявить недостатки в оказании медицинской помощи этим детям и пути решения проблем.

Показатель младенческой смертности является важной характеристикой общего состояния здоровья и уровня жизни страны, региона, города. Принятие нашей страной в 2012 г. рекомендованных ВОЗ критериев живорожденности (срок беременности 22 недели и более при массе тела ребенка при рождении 500 грамм и более (или менее 500 грамм при многоплодных родах)) привело к росту этого показателя в 2012 г. (в Москве с 6,24 ‰ в 2011г до 8,1‰), что, несомненно, было связано с изменением юридического статуса детей с ЭНМТ. Несмотря на дальнейшее постепенное снижение абсолютного числа случаев смерти детей до года и младенческой смертности, дети с массой менее 1000 г ежегодно вносят значительный вклад в структуру младенческой смертности (30–40 %), в то время как их доля среди детей, родившихся живыми в медицинских организациях Департамента здравоохранения города Москвы (МО ДЗМ), составляет 0,30–0,35%. Данные о пролеченных детях с ЭНМТ в неонатальных

отделениях «второго этапа» свидетельствовали о многократных перегоспитализациях детей с ЭНМТ. Имеющаяся информация о заболеваемости этих детей в результате не могла расцениваться как достоверная. Регистр детей с ЭНМТ в регионе практически отсутствовал: в созданную в 2016 г. подсистему мониторинга состояния здоровья детей с ЭНМТ в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) вносились сведения о детях с ЭНМТ, достигших возраста 3 лет. Систематизированные данные о состоянии здоровья этого контингента детей в более ранние сроки отсутствовали. Организационно-методическим отделом по неонатологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» совместно с главным внештатным неонатологом ДЗМ в 2018 г. был разработан проект регистра с базовыми таблицами данных для акушерских и педиатрических стационаров, с возможностью их совмещения в сводную таблицу, прослеживающую всю маршрутизацию детей с массой менее 1000 г, изменения диагнозов, исходы.

Регистр ведется с 2018 г. как «пилотный». В настоящее время планируется погружение регистра в ЕМИАС, что позволит упростить работу по сбору и обработке данных. Кроме того, в дальнейшем необходима 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 качество оказания медицинской помощи детям с экстремально низкой массой при рождении.

# ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ПО ДИЕТОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

**Егорова В. В.<sup>1</sup>, Брумберг А. А.<sup>2</sup>**

1. Заведующий организационно-методическим отделом по диетологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
2. Специалист организационно-методического отдела по диетологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

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

В период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 проводилась экспертная работа – методическая помощь врачам-диетологам, медицинским сестрам диетическим, ответственным за организацию питания, в том числе по вопросам организации питания в медицинских организациях, подведомственных ДЗМ, во время перепрофилирования на лечение пациентов с COVID-19.

Активно велась профилактическая и образовательная работа. Были проведены 10 вебинаров по теме здорового питания. В «Виртуальном кабинете диетолога» на сайте НИИОЗММ подготовлены 13 ответов на вопросы населения. В газете «Московская медицина» – 3 публикации, публикация на сайте Префектуры ЗАО.

ОМО по диетологии принял участие в проектах ДЗМ. К проекту «Врачи – ветеранам» был подготовлен материал «Здоровое питание – основа долголетия»,



материал к инфографике «Как повысить сопротивляемость организма к ОРВИ», в раздел «Навигатор» – «Здоровое питание как профилактика ожирения».

В сентябре 2020 года в рамках мероприятия ДЗМ «Окно здоровья», приуроченного к Всемирному дню безопасности пациентов, специалистами ОМО по диетологии были прочитаны лекции «Здоровое питание в условиях мегаполиса», «Здоровое питание на тарелке». Также проводились консультации посетителей мероприятия по здоровому питанию в целях профилактики развития неинфекционных и инфекционных заболеваний и популяризации здорового образа жизни. В настоящее время заметно возрастает понимание того, что питание оказывает на человека значительное влияние. Здоровое питание позволяет избежать проблемы неполноценного питания во всех его формах и предотвратить возникновение и развитие многих заболеваний, таких как неинфекционные наиболее социально значимые заболевания, включая сахарный диабет 2 типа, нарушение мозгового кровообращения, сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, а также обеспечить укрепление иммунитета и адаптационных ресурсов организма. Поэтому тема правильного здорового питания актуальна для людей различного возраста. На мероприятии специалистами ОМО по диетологии было проведено 128 консультаций, были даны рекомендации по здоровому питанию.

В раздел «Правильное питание» сайта «Московское здоровье» ОМО по диетологии подготовил 9 материалов по основам здорового питания, алгоритмам составления сбалансированного рациона питания, по рецептам здорового питания. Сайт «Московское здоровье» создается ресурсами ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» при поддержке Департамента здравоохранения города Москвы. Это информационный портал для широкой аудитории в целях поддержания общественного здоровья в рамках Национального проекта «Демография», Региональной программы укрепления общественного здоровья населения города Москвы.

В рамках образовательной работы сотрудники ОМО по диетологии участвовали в подготовке и проведении Дополнительной профессиональной программы (программа повышения квалификации) (срок освоения – 18 академических часов) «Здоровое питание как профилактика неинфекционных заболеваний и неотъемлемая часть здорового образа жизни» для лиц, имеющих высшее образование: педагогические и медицинские работники, работники пищевых производств и организаций общественного питания, специалисты профильного направления научных и практических организаций. Готовится Дополнительная профессиональная программа (программа повышения квалификации) (срок освоения – 18 академических часов) «Здоровье начинается с профилактики. Что необходимо знать о здоровом питании» для лиц, имеющих среднее

профессиональное образование: педагогические, медицинские и социальные работники.

Все подготовленные материалы включают в себя блоки, направленные на профилактику новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Сотрудники ОМО по диетологии выступили с докладами на конференции «Дифференциальная диагностика и лечение болезней тонкой кишки, связанных с непереносимостью глютена и других пищевых продуктов», XXV Международной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни».

# РЕГИСТРОВОЕ НАБЛЮДАТЕЛЬНОЕ РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ФАВИПИРАВИР У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

**Журавлева М. В.<sup>1</sup>, Кузнецова Е. В.<sup>2</sup>, Каменева Т. Р.<sup>3</sup>,  
Куликов А. Н.<sup>4</sup>, Ларюшкина Е. Д.<sup>5</sup>**

1. Д-р мед. наук, профессор кафедры клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России, заместитель директора Центра клинической фармакологии ФГБУ «НЦЭСМП» Минздрава России, главный внештатный специалист по клинической фармакологии Департамента здравоохранения города Москвы
2. Заведующий организационно-методическим отделом по клинической фармакологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
3. Канд. мед. наук, доцент, врач клинический фармаколог ГБУЗ «ГКБ им. М. П. Кончаловского ДЗМ», ведущий специалист организационно-методического отдела по клинической фармакологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», главный специалист по клинической фармакологии ЗелАО
4. Специалист отдела мониторинга эффективности и безопасности средств медицинского применения ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
5. Врач клинический фармаколог ГБУЗ «ГКБ имени М. П. Кончаловского ДЗМ», специалист организационно-методического отдела по клинической фармакологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Пандемия 2020 года, связанная с распространением вируса SARS-COV-2, поставила перед медицинским сообществом множество задач. Важным явился поиск эффективной лекарственной терапии в отношении SARS-COV-2. Среди препаратов, одобренных к применению в качестве противовирусной терапии на территории Российской Федерации, является фавипиравир [1].

В мае 2020 г. в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 03.04.2020 г. № 441 по особому регуляторному механизму, который предполагает применение лекарственных препаратов в условиях угрозы возникновения и ликвидации

чрезвычайных ситуаций, был зарегистрирован фавипиравир для применения в стационарных условиях. В сентябре 2020 г. было разрешено назначение фавипиравира амбулаторно [3].

Несмотря на имеющиеся данные об эффективности и безопасности фавипиравира в условиях рандомизированных клинических исследований, необходимо дальнейшее изучение его свойств в условиях реальной клинической практики [2]. В настоящее время важными инструментами для оценки ЛП в реальной клинической практике являются регистры. Ведение регистров по препарату способствует дальнейшему накоплению информации, дополняя данные РКИ. Кроме того, использование препарата в реальной клинической практике позволяет выявить дополнительные свойства ЛП, отследить возникающие нежелательные реакции, взаимодействия с другими ЛП [2].

**Цель исследования:** оценить эффективность и безопасность лекарственного препарата фавипиравир в реальной клинической практике.

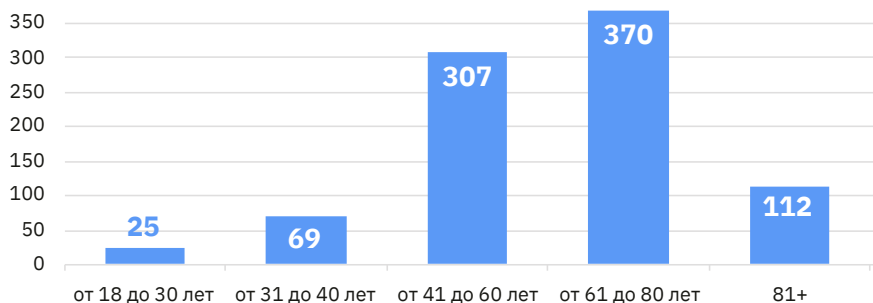
## Материалы и методы.

Ретроспективный анализ данных Регистра пациентов с COVID-19 (далее – Регистр), получавших фавипиравир в 17 медицинских организациях города Москвы. Проанализированы данные 883 пациентов, закончивших стационарное лечение.

## Результаты.

Из 883 пациентов было 475 мужчин (53,7 %) (средний возраст 54,7 лет), 408 женщин (46,3 %) (средний возраст 64,8 лет). Распределение пациентов по возрастным группам представлено на рисунке 1.

**Рисунок 1. Распределение пациентов по возрастным группам**



Легкая степень тяжести COVID-19 была у 94 пациентов (10,6 %); среднетяжелое течение заболевания у 607 пациентов (68,7 %); тяжелое течение COVID-19 было у 169 пациентов (19,1 %); крайне тяжелое течение заболевания было у 13 пациентов (1,5 %). По данным КТ (РГ) органов грудной клетки, у 38 пациентов (4,3 %) изменений в легких не было выявлено (КТ 0, РГ 0), легкая степень поражения легочной ткани – КТ 1 (РГ 1) была в 286 случаях (32,3 %), среднетяжелая степень – КТ 2 (РГ2) была выявлена у 364 пациентов (41,2 %), тяжелое поражение легких – КТ 3 (поражение паренхимы легких на 50-75 %) было у 146 пациентов (16,5 %), критическая степень – КТ 4 (поражение паренхимы легких более 75 %) была в 49 случаях (5,5 %).

Большинство пациентов были коморбидны: артериальная гипертензия была у 387 пациентов (43,8 %), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – у 127 (14,3 %), ожирение – у 118 (13,4 %), сахарный диабет – у 104 (11,8 %) пациентов.

Монотерапию фавипиравиром получали 795 пациентов (90 %), комбинированная противовирусная терапия (фавипиравир в сочетании с гидроксихлорохином, лопинавиром/ритонавиром, умифеновиром, риамилловиром) была назначена 88 пациентам (10 %).

У 695 пациентов (78,8 %) было зафиксировано выздоровление, улучшение состояния было у 41 пациента (4,6 %), ухудшение – у 3 (0,3 %), отсутствие изменений – у 43 (4,9 %), у 101 (11,4 %) пациента был констатирован летальный исход. Прогрессирование коморбидных заболеваний было у 54 (53,5 %) умерших мужчин (средний возраст 71,5 года) и у 47 (46,5 %) (средний возраст 76,2 года) умерших женщин. Тяжесть течения COVID-19 у 3 % умерших пациентов изначально была расценена как легкая, у 33 % – как среднетяжелая, 56 % умерших пациентов при назначении терапии фавипиравиром были с тяжелым течением COVID-19, 8,8 % – с крайне тяжелым.

Нежелательные реакции, связанные с приемом фавипиравира, были зафиксированы у 27 (3 %) пациентов. У 17 (63 %) пациентов было повышение АСАт, АлАт, у 4 (14,8 %) развились диспепсические явления (тошнота, рвота, диарея), у 2 (7,4 %) развился токсический гепатит, у 2 (7,4 %) лейкопения, у 2 (7,4 %) аллергические реакции.

## **Заключение:**

Таким образом, по данным Регистра, заболевших COVID-19 мужчин было больше, чем женщин. Возраст заболевших мужчин был ниже в сравнении с возрастом женщин. Среди заболевших мужчин и женщин наиболее часто встречалась

возрастная группа от 60 до 80 лет, каждый третий заболевший был в возрасте от 41 до 60 лет. При госпитализации большинство пациентов, получавших фавипиравир, имели среднетяжелое течение COVID-19. Самая распространенная коморбидная патология – кардиоваскулярная. Бронхолегочные заболевания фиксировались гораздо реже. Большинство пациентов (90 %) в качестве противовирусной монотерапии получали фавипиравир, 10 % получали комбинированную противовирусную терапию, что доказывает возможность применения фавипиравира как в монотерапии, так и в составе комбинированной терапии. Большинство пациентов (78,8 %) были выписаны из стационара с выздоровлением.

Низкая частота зафиксированных нежелательных реакций и их полное разрешение до выписки из стационара позволяют говорить о безопасности фавипиравира.

## Список литературы

1. *Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)*, 8-е изд., Москва: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2020. 226 с.

2. Колбин А.С. *Исследования реальной клинической практики*. Москва. «Издательство ОКИ», 2020. 208с.

3. *Обновленные данные по возможности и перспективам применения препарата фавипиравир у пациентов с COVID-19. Ответ подготовили: к. м. н. Матвеев А. В., PhD Киселев Ю. Ю., д. м. н., проф., чл.-корр. РАН Сычев Д. А. Дата: 25.09.2020* Ответ экспертов Центра ФармаCOVID на базе РМАНПО/ Информационный центр по вопросам фармакотерапии у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 «ФармаCOVID» на базе ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, с. 14

# СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОРОДА МОСКВЫ: ЗАДАЧИ И ДОСТИЖЕНИЯ

## **Злобина Ю. С.**

Канд. мед. наук, заведующий организационно-методическим отделом по травматологии и ортопедии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Работа организационно-методического отдела по травматологии и ортопедии Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ (далее – ОМО) прежде всего направлена на улучшение результатов лечения пациентов по профилю «травматология и ортопедия». На протяжении 5 лет сотрудниками ОМО осуществляется формирование и коррекция системы мониторинга травматолого-ортопедической службы города на основании ежегодно получаемых данных.

По результатам анализа мониторируемых показателей нами были выявлены основные проблемы московского здравоохранения в области травматологии и ортопедии и сформулированы следующие задачи по их решению:

- Совершенствование и реорганизация амбулаторной травматолого-ортопедической сети в условиях ремонта поликлиник, дооснащение ее современным оборудованием и современными информационными системами, повышение доступности этого вида медицинской помощи.
- Подготовка предложений для новой редакции Приказа Минздрава России от 12.11.2012 № 901н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "травматология и ортопедия"».
- Реализация программы оказания высокотехнологичной медицинской помощи жителям г. Москвы.
- Оптимизация маршрутизации и подходов к лечению пострадавших с тяжелой множественной и сочетанной травмой.
- Разработка рекомендаций по оснащению, материально-техническому обеспечению, уровню знаний врачей, штатным нормативам и т. д. для увеличения количества травматологических операций по дежурству.

- Разработка клинических и методических рекомендаций по лечению переломов различных локализаций.
- Разработка методических рекомендаций по работе отделений травматолого-ортопедического профиля при подозрении на новую коронавирусную инфекцию COVID-19.
- Проведение образовательных теоретико-практических мероприятий.
- Проведение регулярных административно-клинических обходов в стационарных и амбулаторных лечебных учреждениях ДЗМ, оказывающих помощь больным и пострадавшим с патологией и травмой опорно-двигательного аппарата.
- Организация работы Общества травматологов-ортопедов города Москвы.
- Подготовка врачей травматологов-ортопедов к сдаче экзамена на звание «Московский врач», подготовка нового поколения специалистов травматологов-ортопедов.

В соответствии с поставленными задачами на 2020 год достигнуты следующие результаты:

- Ежегодно под руководством главного внештатного специалиста по травматологии и ортопедии ОМО организует от 15 до 20 конгрессно-выставочных мероприятий.
- Разработан и утвержден Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 29.12.2018 № 903 «Об организации оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях в городе Москве».
- В ДЗМ представлен проект Приказа об организации оказания медицинской помощи при переломах проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) взрослому населению города Москвы,

Разработаны и утверждены ДЗМ методические рекомендации «Переломы проксимального отдела бедренной кости» (код МКБ 10: S72.0, S72.1, S72.2).

Разработаны и утверждены временные методические рекомендации «Правила работы отделений травматолого-ортопедического профиля при подозрении на новую коронавирусную инфекцию COVID-19».

Разработаны федеральные клинические рекомендации по лечению переломов проксимального отдела бедренной кости.



На протяжении всего периода 2019–2020 годов проводилась работа по формированию системы взаимодействия между медицинскими организациями Москвы и медицинскими организациями Московской области с целью оказания своевременной специализированной помощи жителям г. Москвы, оказавшимся за ее пределами.

**На протяжении нескольких лет проводилась работа по развитию кадрового потенциала:**

- Школа молодого травматолога;
  - Новая редакция тестов на получение звания «Московский врач»;
  - Постоянное проведение образовательных мероприятий для врачей травматологов-ортопедов;
  - 10 врачей и 10 медицинских сестер отделений травматологии и ортопедии прошли стажировку в Вероне (Италия);
  - Ежемесячно – совещание с окружными травматологами-ортопедами г. Москвы
  - Курсы сердечно-легочной реанимации для старшего и среднего медицинского персонала отделений травматологии и ортопедии;
  - Разработка оценочных материалов для сдачи сертификационного экзамена по профилю «травматология и ортопедия» для врачей амбулаторной службы;
  - Программа дополнительного оснащения симуляционного центра ГКБ им. С. П. Боткина для отработки навыков по профилю «травматология и ортопедия».
- Продолжается работа по выявлению и внесению в Московский сегмент Федерального регистра лиц, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями (несовершенный остеогенез).
- Уже несколько лет на базе медицинских организаций г. Москвы открываются специализированные центры (травм и заболеваний стопы, травм и заболеваний кисти, эндопротезирования и т. д.), обладающие уникальным оборудованием и высококвалифицированными сотрудниками, владеющими передовыми мировыми технологиями.
- Постоянно ведется работа по перераспределению объемов высокотехнологичной медицинской помощи с целью сокращения листа ожидания пациентов, нуждающихся в эндопротезировании крупных суставов.

- Один раз в два месяца проводятся заседания общества травматологов-ортопедов г. Москвы, на которых обсуждают не только современные методы лечения, импланты, технологии, но и ошибки и осложнения, сложные клинические случаи, проблемы сегодняшнего дня.

Таким образом, созданная нами служба, непрерывно взаимодействующая с пациентами, врачами, руководителями медицинских организаций, главными специалистами, образовательными учреждениями РФ и т. д., позволяет оценивать состояние системы оказания травматолого-ортопедической помощи как в реальном времени, так и ретроспективно, анализировать слабые ее места и находить оптимальные пути их усовершенствования и в то же время развивать сильные стороны, постоянно повышать качество оказания медицинской помощи по профилю «травматология и ортопедия».

# МОСКОВСКАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

## **Мошетова Л. К.<sup>1</sup>, Симонова С. В.<sup>2</sup>**

1. Д-р. мед. наук, профессор, главный внештатный специалист офтальмолог Департамента здравоохранения города Москвы, академик РАН, президент ФГБОУ ДПО «РМАНПО МЗ РФ»

2. Заведующий организационно-методическим отделом по офтальмологии, ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Московская офтальмология сегодня – это полный цикл оказания специализированной помощи, от неотложной до высокотехнологичной, с использованием современных методов диагностики и лечения, обеспечивающих высокие показатели лечебно-диагностического процесса и должное качество жизни пациентов.

Московская офтальмологическая служба представляет собой трехуровневую систему специализированной медицинской помощи, состоящую из амбулаторного, консультативного и стационарного звеньев. Подобная структурная организация обеспечивает поэтапное оказание офтальмологической помощи пациентам с сохранением принципа преемственности и занимает важное место в системе здравоохранения.

Поликлиники и отделения стационаров в целом укомплектованы медицинскими кадрами, имеющими соответствующее образование, достаточный квалификационный уровень и профессиональную подготовку.

В медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих помощь взрослому населению, число штатных должностей офтальмологов на 30.06.2020 составляет 963, укомплектованность – 89,5 %, работают 815 врачей-офтальмологов.

В 46 амбулаторных центрах штатных должностей – 445,75, укомплектованность – 87,7 %.

Квалификационную категорию имеют 115 врачей (26,7 %), из них высшую – 63 (55 %). В 2019 году 13 врачам-офтальмологам поликлиник города Москвы присвоен статус «Московский врач».

## Амбулаторно-поликлиническая помощь

В 2019 году зарегистрировано 2 390 482 посещения к врачам-офтальмологам поликлиник. По поводу заболеваний обратилось 772 324 человека, с профилактической целью – 624 757 (26 % от количества посещений).

Среди заболеваний у пациентов старшей возрастной группы преобладают: катаракта (48 %), глаукома (20,3 %), дистрофические заболевания сетчатки и зрительного нерва (3,6 %). У пациентов трудоспособного возраста преобладают нарушения аккомодации и рефракции (21,6 %), а также острые воспалительные заболевания – конъюнктивит, кератит (12,9 %).

Основную диспансерную группу у врачей-офтальмологов составляют пациенты с глаукомой – 128 944 человека (17,9 % от общего количества пациентов и более 1 % от взрослого населения города Москвы).

Врачи-офтальмологи амбулаторно-поликлинических учреждений принимают участие в проведении диспансеризации инвалидов и участников ВОВ, профилактических осмотрах работающего населения и студентов.

Отдельным категориям граждан предоставляется в полном объеме дополнительное лекарственное обеспечение. В 2019 году его получили 37 441 больной глаукомой, из которых терапия аналогами простагландина (первая линия терапии) проводилась 15 857 пациентам (42,5 %).

Осуществляется подбор и обеспечение очками инвалидов по зрению II группы за счет средств городского бюджета. В 2019 году их получили 634 человека (взрослые – 53, дети-инвалиды – 581) на общую сумму 7 078 070 рублей.

## Консультативная специализированная помощь

Консультативная специализированная помощь включает в себя:

- дополнительные консультации;
- сложные инструментальные исследования;
- проведение стационарзамещающих методов обследования и лечения пациентов;
- решение вопросов о госпитализации;
- направление пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

В 2019 году в специализированных консультативных центрах (ГКБ имени С. П. Боткина, ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова, ГКБ № 15 им. О. М. Филатова)

проконсультировано более 370 тысяч пациентов, из них в ГБУЗ ГKB имени С. П. Боткина более 60 % от общего количества обратившихся.

На базе консультативных центров функционируют городские специализированные центры:

- офтальмоонкологический центр (ГКБ имени С. П. Боткина);
- глаукомный центр и офтальмологическое подразделение для оказания специализированной помощи беременным женщинам (ГКБ № 15 им. О. М. Филатова);
- центр диабетической ретинопатии (ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова).

Неотложная круглосуточная офтальмологическая помощь оказывается в:

- ГКБ им. С. П. Боткина;
- ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова;
- ГКБ № 15 им. О. М. Филатова;
- ГКБ им. Ф. И. Иноземцева.

В 2019 году зарегистрировано более 200 тысяч обращений, процент госпитализации составил менее 10 %.

На базе Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А. С. Пучкова функционирует выездная консультативная бригада врачей-офтальмологов для оказания специализированной помощи стационарам, не имеющим в своем составе офтальмологических отделений.

## **Стационарная офтальмологическая помощь**

Офтальмологические отделения для взрослого населения развернуты в 9 стационарах ДЗМ на 520 коек:

- ГКБ им. С. П. Боткина (125 коек);
- ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова (50 коек);
- ГКБ им. В. М. Буянова (30 коек);
- ГКБ № 15 им. О. М. Филатова (2 отделения, 110 коек);
- ГКБ им. Ф. И. Иноземцева (60 коек);
- ГКБ № 52 (24 койки);
- ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова (60 коек);
- Госпиталь для ветеранов войн № 2 (45 коек);
- МНПЦ по борьбе с туберкулезом (16 коек).

В 2019 году в офтальмологических стационарах оказана помощь 49 653 пациентам (в 2018 году – 46 427), из них лицам старше трудоспособного возраста 43 835 (88,2 %), (в 2018 году – 40 657 (87,5 %)). Проведено 61 279 операций (в 2018 году – 56 089), в том числе с помощью микрохирургического оборудования – более 85 %. Средний койко-день составил 3,43 (от 2,2 до 4,5), занятость койки – 334 дня.

По поводу катаракты выполнено 31 542 операции (в 2018 году – 30 634), что составило 51,4 % от общего количества оперативных вмешательств. Методом фактоэмульсификации проведено 88,2 % операций. У лиц старше трудоспособного возраста по поводу катаракты выполнена 30 021 операция (в 2018 году – 27 516), что составило 95 % от числа прооперированных по поводу катаракты.

В офтальмологической службе стационаров представлены практически все формы пребывания пациента: круглосуточный, дневной и стационар кратковременного пребывания.

В рамках пилотного проекта Департамента здравоохранения по оказанию специализированной помощи стационары кратковременного пребывания по профилю «офтальмология» функционируют на базах:

- ГКБ им. С. П. Боткина;
- ГКБ им. В. М. Буянова;
- ГКБ № 52;
- ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова;
- ГКБ № 15 им. О. М. Филатова;
- ГКБ им. Ф. И. Иноземцева.

В 2019 году в них пролечено 16 045 пациентов (в 2018 году – 13 449), в том числе по поводу катаракты – 9 745 (60,7 %).

В офтальмологических клиниках Москвы (федерального, ведомственного и городского подчинения) в 2019 году 6 827 жителям города оказана высокотехнологичная медицинская помощь по профилю «офтальмология». За счет субсидий федерального бюджета и софинансирования из бюджета города Москвы 3 187 пациентов (47 % от общего числа пролеченных) получили помощь в 6 стационарах медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы (ГКБ им. С. П. Боткина, ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова, ГКБ № 15 им. О. М. Филатова, ГКБ им. Ф. И. Иноземцева, ГКБ № 52, ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова). Были проведены хирургические вмешательства больным с офтальмоонкологическими заболеваниями, реконструктивно-оптические операции при травмах глаза и придаточного аппарата, при заболеваниях рого-

вицы (в том числе пересадки роговицы), витреоретинальные вмешательства при отслойке сетчатки и макулярных разрывах, интравитреальные инъекции ингибиторов ангиогенеза при влажной форме возрастной макулодистрофии и диабетическом макулярном отеке.

## Особенности работы офтальмологической службы в 2020 году

В связи с ограничительными мероприятиями, связанными с коронавирусной инфекцией, деятельность офтальмологической службы города Москвы была перепрофилирована:

- решением Департамента здравоохранения в марте – июне было полностью приостановлено оказание офтальмологической помощи в ГКБ № 15 им. О. М. Филатова, ГКБ № 52, ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова, ГВВ № 2, ГКБ им. В. М. Буянова;
- плановая консультативная и стационарная помощь не осуществлялась в ГКБ им. С. П. Боткина, ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова, ГКБ им. Ф. И. Иноземцева;
- неотложную офтальмологическую помощь оказывали ГКБ им. С. П. Боткина (без сокращения коечного фонда), ГКБ им. Ф. И. Иноземцева и ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова (с сокращением коечного фонда отделений до 30 коек соответственно).

С июня 2020 года оказание плановой помощи возобновлено (за исключением ГКБ № 15 им. О. М. Филатова). За первую половину 2020 года в стационарах было пролечено 12 675 пациентов, в дневных стационарах – 4 721.

Осуществление дальнейшего развития специализированной офтальмологической помощи в поликлинических учреждениях путем создания специализированных кабинетов в амбулаторных центрах с дооснащением их современным оборудованием и укомплектованием квалифицированными кадрами, совершенствование профилактических мероприятий и диспансеризации, в том числе по глаукоме, несомненно приведет к улучшению качества оказания офтальмологической помощи населению города Москвы, в первую очередь на этапе амбулаторно-поликлинического звена, а также в консультативно-диагностических центрах и офтальмологических стационарах ДЗМ.

# ОСОБЕННОСТИ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД РАСПРОСТРАНЕНИЯ SARS-COV-2 (COVID-19)

**Кольцова Е. Н.<sup>1</sup>, Загребнева А. И.<sup>2</sup>, Лукина Г. В.<sup>3</sup>**

1. Заведующий организационно-методическим отделом по ревматологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
2. Канд. мед. наук, доцент, главный внештатный специалист ревматолог ДЗМ, заведующий отделением ревматологии ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»
3. Д-р мед. наук, профессор, заведующий научно-исследовательским отделом ревматологии, руководитель Московского городского ревматологического центра ГБУЗ «Московский клинический научный центр имени А. С. Логинова ДЗМ», ведущий научный сотрудник лаборатории изучения коморбидных инфекций и мониторинга безопасности лекарственной терапии ФГБНУ НИИР им. В. А. Насоновой

С начала 2020 г. Россия встала на борьбу с новой коронавирусной инфекцией SARS-COV-2 (COVID-19).

Учитывая, что пациенты с ревматическими заболеваниями составляют группу риска в отношении заболевания COVID-19 и неблагоприятного течения болезни, Ассоциацией ревматологов России были разработаны специальные рекомендации для ведения данных пациентов. Основные пункты настоящих рекомендаций включают:

- Инфицирование SARS-COV-2 может вызывать обострение патологического процесса при ревматических заболеваниях.
- Высокая частота «кардиометаболической» и легочной коморбидности, характерная для ревматических заболеваний в случае развития COVID-19, может способствовать снижению эффективности терапии основного заболевания и затруднять диагностику инфекции (поражение легких).
- Патология иммунной системы при ревматических заболеваниях и сопутствующие коморбидные заболевания могут утяжелять течение инфекции и увеличивать риск развития «синдрома цитокинового шторма».
- «Противоревматическая» терапия, включающая нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), глюкокортикоиды, стандартные базисные противовоспалительные препараты (сБПВП), генно-инженерные биологиче-



ские препараты (ГИБП) и «таргетные» (т) БВП, может оказывать разнонаправленное влияние на течение COVID-19.

• Факторами риска заболеть COVID-19 и тяжелого течения инфекции у пациентов с ревматическими заболеваниями являются:

- пожилой возраст;
- прием высоких доз «противоревматических» препаратов;
- одномоментный прием нескольких «противоревматических» препаратов, особенно в комбинации с глюкокортикоидами;
- высокая активность заболевания;
- наличие коморбидных заболеваний: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, интерстициальное заболевание легких, другие заболевания легких (бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, артериальная легочная гипертензия, гломерулонефрит (особенно с почечной недостаточностью), нейтропения, заболевания печени, лечение циклофосфамидом и ритуксимабом.[1]

На время пандемии следует избегать необязательной госпитализации пациентов в ревматологический стационар и амбулаторных консультаций.

По данным Всемирного сообщества ревматологов, клинические проявления и тяжесть течения SARS-COV-2 у пациентов с ревматическим заболеванием не отличаются от общей популяции [2]. Однако, по данным клинических наблюдений и данным литературы, зарегистрированы скелетно-мышечные симптомы начала проявлений COVID-19, такие как артралгия, миалгия, проксимальная мышечная слабость. Среди дерматологических проявлений, которые также встречаются при ревматических заболеваниях, крапивница, макуло-папулезная сыпь, ливедо- васкулит, некротические поражения кожи, диффузная пурпура. Случаи инсульта у пациентов молодого возраста и вовлечение в процесс крупных сосудов, которые встречаются в ревматологической практике, также были зарегистрированы при COVID-19 [5].

В литературе описано два случая синдрома Гийена-Барре как поствирусное аутоиммунное проявление [3, 4]. Цитокиновый шторм, или вторичный гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз, также еще одно проявление, встречающееся в практике ревматолога.

Эти данные о том, что COVID-19 имитирует ревматические заболевания, могут говорить о временной или длительной дисрегуляции иммунной системы.

У пациентов, страдающих COVID-19, осложненным ОРДС в сочетании с проявлениями синдрома «цитокинового шторма», изучается эффективность ин-

гибиторов интерлейкина (ИЛ)-6Р (тоцилизумаб, сарилумаб). Обсуждается возможность применения ГИБП, блокирующих активность «провоспалительных цитокинов»: ИЛ-1 $\beta$ , ИФН гамма, гранулоцитарно-макрофагального колониестимулирующего фактора и ИЛ-18 для лечения синдрома «цитокинового шторма». На ранних этапах лечения COVID-19 применяются ингибиторы янускиназ – барицитиниб и тофацитиниб. Данные препараты обладают противовирусной (блокирует эндоцитоз SARS-COV-2 в альвеолярных клетках легких) активностью, а также подавляют синтез «провоспалительных» цитокинов, участвующих в иммунопатогенезе COVID-19.

## Список литературы

1. «Коронавирусная болезнь 2019 (COVID-19) и иммуновоспалительные (аутоиммунные) ревматические заболевания». Проект рекомендаций Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России».
2. Gianfrancesco MA, Hyrich KL, Gossec L, et al. Rheumatic disease and COVID-19: initial data from the COVID-19 Global Rheumatology Alliance provider registries. *Lancet Rheumatol.* 2020;2(5):e250–e253. doi: 10.1016/S2665-9913(20)30095-3.
3. Guillain-Barré Syndrome Associated with SARS-COV-2. Toscano G, Palmerini F, Ravaglia S, Ruiz L, Invernizzi P, Cuzzoni MG, Franciotta D, Baldanti F, Daturi R, Postorino P, Cavallini A, Micieli G. *N Engl J Med.* 2020 Jun 25; 382(26):2574-2576.
4. Alberti P, Beretta S, Piatti M, et al. Guillain-Barré syndrome related to COVID-19 infection. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflammation.* 2020;7(4):e741. doi: 10.1212/NXI.0000000000000741.
5. Shah S, Danda D, Kavadichanda C, Das S, Adarsh MB, Negi VS. Autoimmune and rheumatic musculoskeletal diseases as a consequence of SARS-COV-2 infection and its treatment. *Rheumatol Int.* 2020;40(10):1539-1554. doi:10.1007/s00296-020-04639-9.

# МАРШРУТИЗАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

**Левина Ю. В.**

Специалист организационно-методического отдела по онкологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

В рамках программы борьбы с онкологическими заболеваниями проведена оценка эффективности существующей маршрутизации и разработана новая система, направленная на централизацию потоков пациентов для оказания специализированной помощи.

С 1 марта 2020 года маршрутизация онкологических пациентов осуществляется на основании приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 15.01.2020 № 16 «Об оказании медицинской помощи по профилю «онкология» в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» с соблюдением сроков оказания медицинской помощи, регламентированных нормативными актами.

В настоящее время совместно с Департаментом информационных технологий города Москвы проводится работа, направленная на эффективный обмен информацией между всеми звеньями сети. Для этого онкологические диспансеры и онкологические отделения/кабинеты городских поликлиник оснащены автоматизированными рабочими местами. Информатизация амбулаторной онкологической службы дала возможность вносить информацию об онкологических пациентах в электронные медицинские карты, осуществлять автоматизированный учет движения пациентов при подозрении и (или) выявлении онкологического заболевания посредством электронных сервисов Единой медицинской информационно-аналитической системы города Москвы (далее – ЕМИАС). Внедрение ЕМИАС в стационары позволит наладить эффективный обмен информацией между всеми звеньями сети.

Интеграция информационных сервисов (Московский городской канцер-регистр, ЕМИАС) позволит консолидировать информацию о пациенте, в том числе результаты лабораторных и инструментальных исследований, рекомендации специалистов, проводимое лечение, проследить путь пациента от возникновения подозрения на злокачественное образование, что существенно повысит качество оказания медицинской помощи пациентам, страдающим онколо-

гическими заболеваниями, на стадии диагностики, лечения и диспансерного наблюдения.

Информатизация всей службы также позволит оперативно определять слабые места и устранять возникающие проблемы.

В связи с угрозой распространения в городе Москве новой коронавирусной инфекции COVID-19 согласно Указу мэра Москвы от 05.03.2020 № 12-УМ «О введении режима повышенной готовности» проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризация в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования были временно приостановлены, что привело к снижению выявления онкологических заболеваний на ранних стадиях, а также увеличению смертности контингента, в т. ч. от неонкологических заболеваний.

Медицинская помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, находящимся в процессе лечения, а также весь спектр диагностических мероприятий при выявлении прогрессирования онкологических заболеваний оказывались в плановом порядке.

Сотрудниками ОМО по онкологии совместно с Управлением по онкологии подготовлено Распоряжение Департамента здравоохранения города Москвы от 2 апреля 2020 года № 828-р «О временном порядке оказания медицинской помощи по профилю "онкология" на период проведения мероприятий по предупреждению заболеваний новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в городе Москве».

## **Мероприятия, направленные на достижение целевых показателей.**

1. Усиление контроля за проведением диспансеризации для выявления ЗНО на ранних стадиях.

- В соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 28.07.2020 № 738 «О проведении мероприятий по выявлению злокачественных новообразований» в медицинских организациях Департамента здравоохранения города Москвы в августе 2020 года были проведены мероприятия, направленные на повышение раннего выявления злокачественных новообразований и, как следствие, увеличение продолжительности жизни пациентов и снижение смертности.

- В настоящее время население города Москвы информировано о правилах проведения диспансеризации. Диспансеризация проводится в определенное время строго по предварительной записи. Пациенты предупреждены, какие

обследования нужно пройти в зависимости от пола и возраста; как подготовиться к отдельным видам исследований, в частности сбору биоматериалов для лабораторных анализов; в каких случаях нельзя посещать МО и пройти диспансеризацию; правила посещения МО (нет температуры, есть медицинская маска, нужно соблюдать социальную дистанцию).

Медицинские организации города Москвы строго соблюдают инструкцию по допуску пациентов к диспансеризации:

- Изолированы потоки пациентов, пришедших на медосмотр. Используется для этого отдельный вход в здания поликлиник. Обеспечен доступ в отделение или кабинет медицинской профилактики, минуя регистратуру.
- Администратор или сотрудник регистратуры уточняют цель визита. Пациенты информированы о том, что для профилактического осмотра необходима предварительная запись.
- При входе в МО установлены дозаторы с кожным антисептиком. Вход пациентов строго только в масках.
- Всем пациентам и сопровождающим при входе в МО проводится термометрия бесконтактным методом.
- В местах, где возможны очереди, нанесена сигнальная разметка для соблюдения принципа социальной дистанции в 1,5 метра. Разметка яркая и заметная.
- В местах ожидания посадочные места размещены на расстоянии 1,5 метров.
- Если пациент перенес COVID-19, он может пройти профилактический осмотр или диспансеризацию только после двух отрицательных результатов ПЦР-исследований. Они должны быть выполнены с промежутком не менее суток.

2. Реализация профилактической программы «Модульная программа сохранения здоровья в течение жизни в городе Москве»;

3. Разработка программы расширенного медицинского обслуживания и обследования пациентов из групп риска развития злокачественных новообразований;

4. Проведение скрининговых исследований, направленных на раннее выявление рака шейки матки, рака молочной железы, рака предстательной железы, рака легких, колоректального рака, меланомы;

5. Открытие в 2020 г. четырех ЦАОПов;
6. Проведение дополнительных мероприятий по централизации потоков пациентов со злокачественными новообразованиями в соответствии со специализацией медицинской организации для улучшения результатов лечения в соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 15.01.2020 №16 «Об оказании медицинской помощи по профилю "онкология" в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы»;
7. Дальнейшее развитие городской службы лучевой терапии для оказания онкологической помощи на современном уровне максимальному количеству пациентов;
8. Реализация мероприятий по созданию системы автоматизированного контроля качества оказания специализированной помощи онкологическим больным на всех этапах диагностики и лечения, запуск пилотного проекта планируется в 2021 году;
9. Обеспечение функционирования телемедицинских центров консультаций на базе городских учреждений ДЗМ;
10. Проектирование и строительство радиологического корпуса лучевой терапии на территории ГБУЗ «ГКБ им. Д. Д. Плетнева ДЗМ»;
11. Финансовое обеспечение медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами лечения (без учета дополнительного финансового обеспечения, направленного на устранение дефицита);
12. Внедрение электронных медицинских карт в медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы;

Для достижения запланированных результатов также решается кадровый вопрос посредством повышения компетенции, онкологической настороженности медицинских работников, как участвующих в проведении профилактических мероприятий, так и принимающих непосредственное участие в лечении онкологических больных.

С этой целью на платформе ГБУЗ «МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ» при поддержке «МедИнвестГрупп» разработан портал MedX.pro, реализующий поддержку очного обучения, онлайн-трансляций, тестирований, асинхронного электронного обучения и групповую работу слушателей по основным направлениям медицины. В условиях эпидемиологической ситуации портал стал площадкой для

проведения онлайн-мероприятий для тысяч слушателей, с возможностью регистрации, контроля присутствия и внимания, обсуждения вопросов аудитории и тестирования остаточных знаний. На платформе уже представлено 50 курсов. Большая часть образовательных циклов аккредитованы по системе НМО.

В рамках образовательного проекта сотрудниками ОМО по онкологии совместно с ФГБУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» подготовлен перечень вопросов для оценки образовательного уровня врачей-онкологов. По результатам проведенного тестирования специалистов произведен анализ ошибок. На основании данных анализа в настоящее время разрабатывается образовательный курс на 72 часа с целью повышения образовательного уровня онкологов амбулаторной и стационарной сети.

# ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СОЗДАНИЯ ВРЕМЕННЫХ ГОСПИТАЛЕЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

**Логвинов Ю. И.<sup>1</sup>, Андреев С. С.<sup>2</sup>, Маер Р. Ю.<sup>3</sup>, Кислый А. И.<sup>4</sup>**

1. Заведующий Учебно-аккредитационным центром – Медицинским симуляционным центром ГБУЗ ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ
2. Кад. мед. наук, ведущий специалист организационно-методического отдела по хирургии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
3. Заведующий организационно-методическим отделом по хирургии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», ГКБ им С. П. Боткина, ГБУЗ ГВВ № 1 ДЗМ, ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», город Москва, Россия.
4. Ведущий инженер Аградационного центра – ассимиляционного центра ГБУЗ ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ

Актуальность проблемы: в условиях пандемии в крупных городах остро встала необходимость создания медицинских центров для лечения новой коронавирусной инфекции, с использованием непрофильных сооружений – торговых, выставочных и спортивных.

**Цель:** задача обусловлена недостаточностью коечного фонда для больных с новой коронавирусной инфекцией и одновременной невозможностью перепрофилирования скорпомощных больниц, т. к. это привело бы к увеличению летальности в группах пациентов с экстренной патологией во всех профилях.

**Методы и материалы:** для проведения работы по подбору и оценке пригодности площадей под развертывание «ковидных» госпиталей Департаментом здравоохранения города Москвы были созданы мультидисциплинарные бригады специалистов, в состав которых входили организаторы здравоохранения, врачи-реаниматологи, инфекционисты, эпидемиологи. Кроме врачей, к бригадам подключались инженеры-конструкторы, строители, специалисты по медицинским газам, медицинскому оборудованию.

**Результаты и обсуждение:** объекты, выбранные для переоборудования во временные госпитали, схожи по сути: характеризуются большими просматриваемыми площадями, транспортной доступностью и возможностью проведения демонтажа внутренних конструкций. Здания подбирались таким образом,



чтобы затраты на перепрофилирование были минимальными, а сроки работ не превышали 20 календарных дней. Ключевыми критериями отбора явились такие факторы, как возможность обеспечения санитарно-эпидемиологического режима; наличие достаточной площади для зонирования помещений; размещения раздевалок, зон отдыха и приема пищи персонала, обустройства санпропускников с обязательным разведением потоков; оценки условий подачи воды и отведения стоков. Одним из важнейших критериев оценки являлось наличие качественной системы вентиляции, позволяющей обеспечить изоляцию помещений в соответствии с зонированием, возможностью обеспечить подпор воздуха в шлюзах из «чистой» зоны в «грязную», а также имеющей фильтры соответствующего класса на выходе. Параллельно проводилась оценка энергетического обеспечения объекта, с последующей установкой резервных генераторов и автоматики бесперебойного питания, исходя из расчетных потребляемых мощностей. Отдельно рассматривался вопрос возможности максимально быстрого подведения медицинских газов.

После признания сооружения годным для обозначенных целей проводились работы по проектированию с обязательным утверждением проекта в инженерно-строительных и контролирующих организациях.

Следующим этапом проводились строительные работы. Параллельно проводился набор персонала и его обучение в соответствии с разработанными протоколами лечения.

**Выводы:** в условиях пандемии в короткие сроки удалось выполнить грандиозную задачу – создать в столице временные госпитали на базе спортивного комплекса, торгового центра и трех выставочных павильонов на 10 тысяч койко-мест, при этом 15 % из коечного фонда – реанимационные и шоковые койки. В короткий срок превратить огромные немедицинские здания в полноценные больницы удалось за счет участия в перепрофилировании мультидисциплинарных бригад, стандартизации подхода к выбору объекта и нарабатанного подхода к решению основных задач. При этом, как показала практика, наиболее подходящими для перепрофилирования с учетом всех выше указанных параметров являются спортивные объекты. Кроме того, стоит отметить, что по окончании пандемии все изменения устраняются в кратчайшие сроки и объекты могут вступить в эксплуатацию по прямому назначению.

# ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МОНИТОРИНГА И АНАЛИЗА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ НЕОТЛОЖНУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ

**Некрутов А. В.<sup>1</sup>, Хмельницкий К. Е.<sup>2</sup>, Ильин А. О.<sup>3</sup>**

1. Канд. мед. наук, врач детский хирург, заведующий организационно-методическим отделом по неотложной хирургической, травматологической и нейрохирургической помощи детям ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
2. Специалист организационно-методического отдела по неотложной хирургической, травматологической и нейрохирургической помощи детям ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
3. Программист организационно-методического отдела по неотложной хирургической, травматологической и нейрохирургической помощи детям ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Клинические показатели деятельности медицинских учреждений являются ведущим критерием мониторинга и оценки их функциональности, необходимым инструментом организации лечебно-диагностического процесса.

Используемые в отчетной практике формы федерального статистического наблюдения являются универсальными, содержат основные базовые показатели и лишь частично, в общих чертах, отражают деятельность профильных клинических подразделений.

На базе таблиц MS Excel, компонента программного пакета MS Office, нами были разработаны, сформированы и внедрены в практику детализированные электронные формы мониторинга деятельности профильных медицинских учреждений, оказывающих неотложную хирургическую, травматологическую и нейрохирургическую помощь детям в городе Москве.

В задачу разработки в каждом случае входила определенная необходимость системного ведения и многоуровневого анализа прецизионных, тематических данных. Так были сформированы следующие формы:

- «Показатели деятельности детских травматологических пунктов и отделений неотложной травматологической помощи детям»;
- «Показатели деятельности отделений травматологического и ортопедического профиля стационаров»;
- «Показатели термической травмы у детей»;
- «Реестр тяжелой травмы у детей»;
- «Показатели работы отделений нейрохирургии детских стационаров»;
- «Сведения о сотрудниках детской амбулаторной травматолого-ортопедической службы города Москвы».

В процессе разработки и формирования шаблонов учитывались следующие критерии:

**– для пользователей:**

- простота и сдержанный дизайн рабочего поля;
- отсутствие лишней информации;
- комментарии и пояснения при необходимости;
- удобство заполнения;
- включение максимального числа показателей по тематике запроса с целью исключения повторных запросов;

**– для разработчиков:**

- единообразии формы для всех пользователей;
- защита формы от изменений.

Для последующей корректной работы с уже заполненными формами учитывался фактор наличия единой, либо с минимальными отличиями, системы ведения документации в каждом медицинском учреждении.

На базе имеющихся шаблонов, с учетом использованных разработок, возможно оперативное формирование любого прецизионного тематического запроса для профильных медицинских учреждений.

С целью исключения некорректного заполнения пользователями шаблонов нами были использованы следующие инструменты:

- защита ячеек от редактирования; большинство ячеек защищены от редактирования;
- автоматический расчет суммы;
- установки на ячейки фильтров с ограничениями диапазона значений и предупреждениями о недопустимом значении;

- добавлены комментарии для ячеек с объяснением заполнения и значения получаемых данных.

После сбора форм с помощью скрипта на Python все файлы объединялись в один, используя внутренний функционал MS Excel, данные обрабатывались, сортировались и сводились в одну итоговую таблицу. На этом же этапе производилась проверка на корректность данных:

- наличие и количество пустых ячеек;
- наличие, количество и структура ячеек с некорректными данными (символы без цифр, дата вместо дробного числа и т. д.);
- верхнеуровневая проверка корректности значений по ключевым суммам отчета.

Полученный клиничко-статистический материал – как показатели деятельности каждого подразделения, так и сформированные сводные данные – использовался для проведения мультифакторного многоуровневого анализа и оценки деятельности профильных медицинских учреждений.

Несомненно, разработка и внедрение электронных тематических прецизионных отчетных форм является современным удобным инструментом ведения мониторинга и анализа показателей клинической деятельности медицинских учреждений.

Тем не менее в используемом проекте существует ряд серьезных ограничений:

- отчеты представляют собой обобщенные (суммированные, усредненные и т. п.) данные по ограниченному количеству параметров;
- формы не застрахованы от ошибок, в том числе и скрытых.

Одним из решений является интеграция разработки в уже существующие медицинские информационно-статистические системы: Медиалог, ЕМИАС и аналоги. А в перспективе – создание единой защищенной базы данных с возможностью доступа к любой информации (как персональной, так и деперсонифицированной), необходимой в данный момент времени.

Разработка, формирование и внедрение в современную клиничко-статистическую практику исходных баз данных, использование принципов стандартизации медицинской информации приведет к возможности получения ее абсолютных характеристик: максимальной полноты, точности и легкодоступности на экспертном уровне.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19, ПОЛУЧАВШИХ СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

**Османов И. М.<sup>1</sup>, Борзакова С. Н.<sup>2</sup>, Дубовец Н. Ф.<sup>3</sup>,  
Бочарова Т. И.<sup>4</sup>, Мирошина А. В.<sup>5</sup>**

1. Д-р мед. наук, профессор, главный внештатный специалист педиатр ДЗМ, главный внештатный специалист нефролог ДЗМ, главный врач ДГКБ им. З. А. Башляевой ДЗМ, директор Университетской педиатрической клиники ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

2. Канд. мед. наук, заведующая организационно-методическим отделом по педиатрии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», доцент кафедры педиатрии с инфекционными болезнями у детей ФДПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, врач-гастроэнтеролог ГБУЗ «ДГКБ им. З. А. Башляевой ДЗМ», ГБУЗ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента» ДЗМ, г. Москва

3. Заведующий приемным отделением, врач-педиатр ГБУЗ «ДГКБ им. З. А. Башляевой ДЗМ»

4. Врач-педиатр ГБУЗ «ДГКБ им. З. А. Башляевой ДЗМ»

5. Врач-педиатр ГБУЗ «ДГКБ им. З. А. Башляевой ДЗМ»

## Актуальность

Первые случаи заболевания новой коронавирусной инфекцией COVID-19 были зарегистрированы в декабре 2019 г. в Китае (провинция Ухань). Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 января 2020 года № 66 COVID-19 была отнесена к заболеваниям, представляющим опасность для окружающих, наряду с холерой, чумой, сибирской язвой. Всемирная организация здравоохранения 11 марта 2020 г. признала, что распространение COVID-19 можно охарактеризовать как пандемию. В эпидемическом процессе коронавирусной инфекции COVID-19 участвуют и взрослые, и дети.

В марте 2020 г. в Москве были организованы ковид-центры для лечения детей с COVID-19 на базе детских стационаров: ГБУЗ «ДГКБ им. З. А. Башляевой ДЗМ» (основной), ГБУЗ «МДГКБ ДЗМ», ГБУЗ «ИКБ № 6 ДЗМ», ГБУЗ «ИКБ № 2 ДЗМ». С апреля 2020 г. проводился ежедневный мониторинг состояния здоровья детей с COVID-19, находящихся на лечении в стационарах города Москвы.

Цель исследования. Установить особенности течения коронавирусной инфекции COVID-19 у детей, находящихся на стационарном лечении.

## Задачи исследования

1. Установить эпидемиологические характеристики COVID-19 в детской популяции.
2. Установить клинические особенности течения коронавирусной инфекции COVID-19 у детей, находящихся на стационарном лечении.

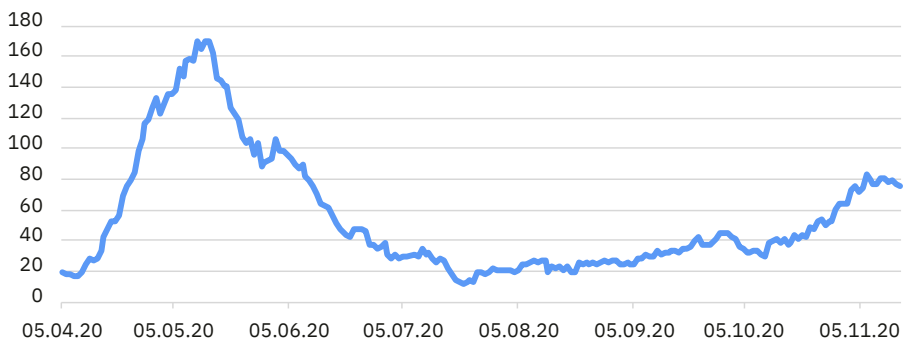
Пациенты и методы. С 05.04.2020 проводился ежедневный мониторинг состояния здоровья детей, находящихся на стационарном лечении в ДГКБ им. З. А. Башляевой. За период с 05.04.2020 по 11.11.2020 под наблюдением в ковид-центре находилось 2450 детей, из них 1342 ребенка – с подтвержденным диагнозом COVID-19.

Были проанализированы 554 истории болезни детей с COVID-19 (период наблюдения 05.04.2020 – 29.05.2020). Распределение по возрасту: 12,1 % (66 реб.) – до года; 14,7 % (80 чел.) – с 1 до 3 лет; 11 % (61 реб.) – от 4 до 6 лет; 9,9 % (69 детей) – от 7 до 10 лет; 15,5 % (83 реб.) – с 11 до 13 лет; 35,3 % (192 реб.) – от 14 до 18 лет. Распределение больных по полу было примерно одинаковым (52 % мальчиков и 48 % девочек).

## Результаты

На рис. 1 показана динамика поступления детей с COVID-19 в ГБУЗ «ДГКБ им. З. А. Башляевой ДЗМ».

**Рисунок 1. Динамика поступления детей с COVID-19 в ГБУЗ «ДГКБ им. З. А. Башляевой ДЗМ».**



По данным проводимого мониторинга, особо резкий рост заболеваемости COVID-19 среди детского населения пришелся на 15–25 апреля, пик поступлений в ковид-центр был 11–14 мая (через 25–30 дней от начала подъема общей заболеваемости в Москве), с 19–20 мая наметилась тенденция к снижению (30–35 день от начала подъема заболеваемости у детей). Новый подъем заболеваемости COVID-19 начался с начала сентября 2020 года после возвращения детей в школы и на фоне повышения общего уровня заболеваемости COVID-19 в Москве. Благодаря принимаемым противоэпидемическим мероприятиям (всеобщий масочный режим, гигиена рук, социальное дистанцирование, в том числе дистанционное обучение школьников старших классов) «вторая волна» COVID-19 отличается медленным приростом количества заболевших детей в отличие от «первой волны».

При сборе эпидемиологического анамнеза было выяснено, что подавляющее количество детей (45,9 %) заразились в результате внутрисемейного контакта, в 35,4 % случаев контакт с больным COVID-19 отрицали, факт загранпоездки выявлен в 3 % случаев, контакты в различных социальных, медицинских, общественных организациях – по 4 %.

Почти в половине случаев (54,9 %) дети поступали в стационар с положительными результатами мазков из рото-/носоглотки на РНК SARS-CoV-2, что ускорило этиологическую диагностику заболевания.

При поступлении основными клиническими проявлениями COVID-19 у детей были катаральные явления (56 %), симптомы интоксикации (39%): слабость, снижение аппетита, апатия, миалгия, а также гастроинтестинальные симптомы (9 %) и гипосмия (7 %). Практически у всех детей (95 %) SpO<sub>2</sub> оставалась в пределах нормальных показаний и, соответственно, отсутствовали признаки дыхательной недостаточности.

У подавляющего большинства детей COVID-19 протекала в среднетяжелой форме, из 1 342 детей с COVID-19 за все время наблюдения (05.04.2020 – 11.11.2020) в тяжелом состоянии в отделении реанимации находилось 58 детей (4,3 %), из них дети 11–18 лет составили 25 %. Тяжелые случаи заболевания у детей протекали на фоне серьезной сопутствующей патологии: первичный иммунодефицит, сочетанная тяжелая черепно-мозговая травма, тяжелая белково-энергетическая недостаточность, нервная анорексия, сопутствующая аллергологическая патология. Синдром мультисистемного воспалительного ответа как осложнение COVID-19 диагностирован у 9 детей.

Для диагностики поражений легких у детей с COVID-19 используют рентгенологические методы (КТ и рентгенография органов грудной клетки) и ультразвуковые методы диагностики. Среди клинических форм COVID-19 у госпита-

лизированных детей доля вирусных пневмоний составила 41 %. Средняя длительность пребывания детей в стационаре составила 10–12 койко-дней.

## Выводы

Благодаря проводимым противоэпидемическим мероприятиям интенсивность эпидемического процесса COVID-19 среди детей во «вторую волну» значительно ниже, чем в «первую волну». Чаще всего выявляется внутрисемейный путь инфицирования COVID-19.

Среди клинических проявлений COVID-19 у детей преобладают катаральные явления, симптомы интоксикации, гастроинтестинальные симптомы. Дети, госпитализированные в стационар, в основном переносят COVID-19 в среднетяжелой форме. Частота развития тяжелых форм COVID-19 у детей составляет 4,3 % среди госпитализированных. Доля вирусных пневмоний среди госпитализированных детей с COVID-19 составляет 41 %.



# ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЗАБРЮШИННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ДИСТАЛЬНОГО СЕКМЕНТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ФОРМИРОВАНИЕМ ПАНКРЕАТИКОЕЮНОАНАСТОМОЗА НА ОТКЛЮЧЕННОЙ ПО ROUX ПЕТЛЕ

**Пинчук А. В.<sup>1</sup>, Сторожев Р. В.<sup>2</sup>, Казанцев А. И.<sup>3</sup>**

1. Д-р. мед. наук, руководитель отделения трансплантации почки и поджелудочной железы ГБУЗ «НИИ скорой помощи имени Н. В. Склифосовского ДЗМ», заведующий организационно-методическим отделом ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

2. Врач-хирург ГБУЗ «НИИ скорой помощи имени Н. В. Склифосовского ДЗМ»

3. Врач-хирург ГБУЗ «НИИ скорой помощи имени Н. В. Склифосовского ДЗМ»

## Актуальность

Частота развития хирургических осложнений после трансплантации поджелудочной железы все еще остается достаточно высокой. Для ее снижения не прекращаются разработки инновационных хирургических подходов. Нами предложена и апробирована в клинической практике оперативная техника забрюшинной трансплантации дистального сегмента поджелудочной железы с панкреатикоеюноанастомозом на отключенной по Roux петле тощей кишки реципиента. Мы не смогли найти описания аналогичной хирургической методики в опубликованных отечественных и зарубежных литературных источниках.

## Цель исследования

Демонстрация использованной хирургической техники, анализ результатов операции и исхода лечения.

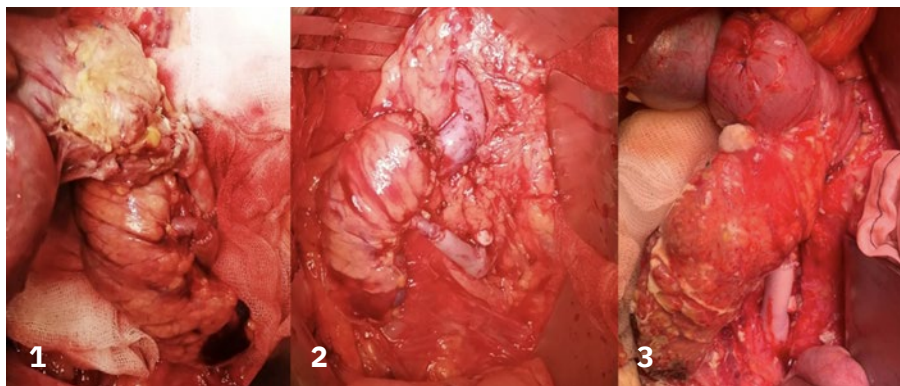
## Материалы:

Мужчина 40 лет с терминальной диабетической нефропатией в исходе сахарного диабета I типа в течение 6 лет получал заместительную почечную терапию перитонеальным диализом. Пожизненная инсулинотерапия была начата еще в 3-летнем возрасте. В течение 4 лет находился в листе ожидания трансплантации почки и поджелудочной железы. 24 ноября 2020 года, в связи с наличием почечного и панкреодуоденального трансплантатов, совместимых по возрасту, группе крови, HLA-антигенам, пациенту была выполнена сочетанная трансплантация почки и поджелудочной железы.

После завершения типичной предоперационной подготовки трансплантата поджелудочной железы (ТПЖ) было выявлено отсутствие перфузии головки и дуоденальной культи ТПЖ в связи с попаданием устья нижней панкреодуоденальной артерии в линейный механический шов при обработке корня брыжейки тонкой кишки трансплантата. Тест на адекватный коллатеральный кровоток по селезеночной артерии – положительный. Было принято решение о продолжении оперативного вмешательства.

Выполнена полная срединная лапаротомия. Париетальная брюшина в области правого бокового канала рассечена от купола слепой кишки до печеночного изгиба восходящей ободочной кишки и отслоена на всем протяжении. Выделены общая подвздошная артерия, передняя и боковые поверхности инфраренального отдела нижней полой вены. Наложен порто-кавальный анастомоз между воротной веной ТПЖ и нижней полой веной реципиента. Артерия трансплантата анастомозирована с общей подвздошной артерией реципиента. После реперфузии отмечено адекватное кровоснабжение тела и хвоста поджелудочной железы с недостаточным кровоснабжением головки и дуоденальной культи (фото 1). Паренхима ТПЖ острым путем пересечена по хирургической шейке трансплантата с мобилизацией дистальной части панкреатического протока (фото 2).

Тощая кишка мобилизована по Roux на 80 см дистальнее связки Трейца. На расстоянии 20 см от проксимальной части отводящей петли между последней и дистальной частью приводящей петли наложен антиперистальтический анастомоз. Проксимальная часть отключенной кишки через брыжейку восходящей ободочной кишки выведена в забрюшинное пространство, где сформирован панкреатикоюноанастомоз на «забытом» стенте (фото 3). Трансплантация почки выполнена по стандартной методике с забрюшинным расположением в левой подвздошной области.



**Фото 1.** Реперфузия ТПЖ. «Бледное» окрашивание головки и дуоденальной культуры, удовлетворительное кровоснабжение тела и хвоста поджелудочной железы.

**Фото 2.** Дистальный сегмент ТПЖ. Удовлетворительное кровоснабжение по селезеночной артерии. Портокавальный анастомоз.

**Фото 3.** Программная ревизия ТПЖ. Состоятельный панкреатикоюноанастомоз с выключенной по Roux петлей тощей кишки. Умеренный отечный панкреатит, поверхностный мелкоочаговый панкреонекроз.

## Результаты

С первых суток послеоперационного периода наблюдали немедленную функцию трансплантатов, истинную инсулинонезависимость и нормализацию уремии. Программная ревизия дистального сегмента трансплантата поджелудочной железы на третьи сутки продемонстрировала состоятельность панкреатикоюноанастомоза (фото 3).

## Выводы

Возможно, незаслуженно забытая идея трансплантации дистального сегмента поджелудочной железы, при использовании предложенного хирургического способа, способна вернуться в арсенал современных трансплантационных методик. Это поможет избежать «трансплантатэктомии отчаяния» при частично-неадекватном кровоснабжении органа и увеличить количество производимых трансплантаций.

# ОРГАНИЗАЦИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

**Полянко Н. И.<sup>1</sup>, Каниболоцкий А. А<sup>2</sup>, Зайратьянц О. В.<sup>3</sup>**

1. Канд. мед. наук, специалист организационно-методического отдела по патологической анатомии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
2. Канд. мед. наук, заведующий организационно-методическим отделом по патологической анатомии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
3. Д-р мед. наук, профессор, главный внештатный специалист по патологической анатомии ДЗМ, заведующий кафедрой патологической анатомии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России

Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) – высококонтагиозное инфекционное заболевание, которое представляет опасность для медицинского персонала и потенциальную угрозу загрязнения окружающей среды, требующее изучения и работы в специально подготовленных (перепрофилированных) ПАО с биобезопасными эксплуатационными условиями.

Целью исследования явился анализ нормативно-методических документов и статистических данных по проблеме организации борьбы с пандемией заболевания.

Организация патологоанатомической службы (ПАС) Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ) в период пандемии COVID-19 проводилась по направлениям:

1. Разработка маршрутизации вскрытий умерших от COVID-19 совместно с ГБУЗ «Бюро СМЭ ДЗМ».
2. Организация перепрофилизации ПАО, обучение медицинского персонала, оснащение средствами индивидуальной защиты (СИЗ).
3. Организация ротации медицинского персонала ПАО в зависимости от нагрузки перепрофилированных ПАО.
4. Разработка и утверждение методических рекомендаций, формулировки диагноза основного заболевания.

5. Контроль патологоанатомической диагностики умерших с COVID-19, формулировки диагнозов и оформления «Медицинского свидетельства о смерти» в РФС ЕМИАС для достоверности статистических показателей.

При появлении первых случаев смерти от COVID-19 к работе с инфекциями в полном объеме были наиболее подготовлены и оснащены лишь ПАО двух инфекционных больниц. Для подготовки к работе с умершими от COVID-19 других ПАО требовалась в скорейшие сроки их перепрофилизация, дооснащение средствами индивидуальной защиты, обучение медицинского персонала, разрешения Роспотребнадзора. Всего к ноябрю 2020 г. перепрофилировано 16 ПАО ГУЗ ДЗМ.

Подготовлен ряд проектов приказов для внесения изменений в приказ ДЗМ от 29 декабря 2016 года № 1064 «Об организации патологоанатомических и судебно-медицинских вскрытий (исследований), совершенствовании учета и анализа причин смерти населения в городе Москве», регламентирующих этот процесс, включая регуляцию маршрутизации (в зависимости от загрузки ПАО), обеспечение специальным санитарным транспортом транспортировки трупов отдела ГБУЗ «Бюро СМЭ ДЗМ»; изданы две версии методических рекомендаций ДЗМ по работе патологоанатомической службы в условиях пандемии COVID-19, проведены совещания и вебинары. Установлены требования при погребении умерших от COVID-19 на основании Предписания Главного государственного санитарного врача по городу Москве Е. Е. Андреевой от 05 апреля 2020 года. Выдача родственникам тел умерших от COVID-19 из морга осуществлялась лишь после ознакомления родственников с разработанной документацией об информированном согласии с правилами погребения. Вскрытия трупов производились в соответствии с приказом Минздрава России от 06.06.2013 № 354н «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий», в строгом соответствии с санитарными правилами СП 1.3.3118-13 «Безопасность работы с микроорганизмами I-II групп патогенности (опасности)», с использованием временных методических рекомендаций ПАС (версия 1 и 2) и МЗ РФ по правилам работы патологоанатомических отделений, формулировке диагноза, кодировке заболевания.

По поручению Правительства РФ (письмо МЗ РФ от 28.05.2020 № 13-2/И/1-3586), в соответствии с другими нормативно-правовыми документами, для получения оперативной и достоверной статистической информации о причинах смерти ежедневно специальной рабочей группой проводится сверка всех данных по умершим, ежедневный контроль патологоанатомической диагностики умерших с COVID-19, формулировки диагнозов и оформления «Медицинского свидетельства о смерти» в РФС ЕМИАС, консультации сложных в диагностиче-

ском плане летальных исходов. Осуществляется ротация кадров ПАО в зависимости от нагрузки перепрофилированных ПАО.

Важно отметить, что при этом продолжалась текущая работа остальных 70 % ПАО ГУЗ ДЗМ, в т. ч. онкологического профиля, что позволило не снижать объемы и уровень качества патологоанатомической диагностики различных заболеваний.

**Заключение:** Патологоанатомической службой ДЗМ в 2020 г. в период пандемии COVID-19 было налажено четкое взаимодействие с медицинскими организациями федерального, ведомственного подчинения и др. по целому ряду вопросов, с четко налаженной работой по предоставлению достоверных причин смерти и показателей статистики по всем классам заболеваний. Биологические угрозы, связанные с эпидемиями инфекционных болезней, носят глобальный характер. Персонал патологоанатомических отделений должен быть готов к действиям по своевременной их диагностике, для разработки методов лечения и профилактики, обеспечения биологической безопасности жизни человека.

# ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ, СТРАДАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕОНКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ, В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ ДЕПАРТАМЕНТУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

## Приказчиков С. В.

Главный специалист организационно-методического отдела по неврологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», заместитель председателя аттестационной комиссии по неврологии ДЗМ, ответственный секретарь экспертной комиссии по неврологии ДОП «Московский врач» ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, куратор проекта ДЗМ «Школа профессионального роста» по специальности «неврология»

Боль является одной из самых распространенных причин для обращения пациента к врачу. Пациенты с хроническими болевыми синдромами занимают порядка 52,5 % в практике врача-невролога. По данным СсиНМП им. Пучкова, в 2018 году количество вызовов бригад к пациентам с болевым синдромом составило 221 705 раз, из них 175 284 вызовов к пациентам с дорсалгией (радикулопатия, люмбаго, ишиас, цервикалгия, остеохондроз и др.) и 37 421 случаев вызовов к пациентам с головной болью (мигрень, головная боль напряжения, невралгия тройничного нерва). Практически в 4 % случаях вызовов бригад скорой помощи потребовалась медицинская эвакуация пациента.

В Москве система оказания помощи пациентам, страдающим хронической неонкологической болью, в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения, построена по трехуровневому принципу:

- **Этап первого уровня** – осуществляется врачом общей практики (ВОП) в соответствии с Алгоритмом ведения пациентов, принятым Департаментом здравоохранения города Москвы в 2018 году. Данный этап может длиться до 30 дней. Врач общей практики решает вопросы обследования пациента и при сохране-

нии болевого синдрома направляет на консультацию к узкому специалисту (неврологу, онкологу и другим).

- **Этап второго уровня** — на данном этапе в работу по ведению пациента с хроническим болевым синдромом включаются окружные отделения, окружные специалисты, специализированные кабинеты боли, дневные стационары. Согласно Приказу Департамента здравоохранения города Москвы № 105 от 12.02.2013 об организации неврологических отделений в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в структуре неврологического отделения, имеющего дополнительные ставки врачей-специалистов, в каждом округе на 600–1000 тысяч прикрепленного населения должен быть специалист, отвечающий за прием больных с полинейропатиями и хроническими болевыми синдромами.

- **Этап третьего уровня** — пациент проходит лечение в стационаре, который имеет в своей структуре неврологическое отделение общего профиля. В 2018 году в данных отделениях пролечено 9 295 пациентов с заболеваниями периферической нервной системы, из них 7 045 пациентов имели вертеброгенные поражения (остеохондроз, дорсопатия) и 596 пациентов с невропатиями и невралгиями черепных нервов.

В Москве в административных округах функционируют специализированные кабинеты боли.

Так, в Южном административном округе, который занимает первое место в Москве по численности населения, на базе окружного неврологического отделения работает кабинет болевого синдрома и полинейропатий. Прием ведет один врач-невролог, обслуживающий всех пациентов, направленных из других ЛПУ Южного округа. На базе кабинета проводится стимуляционная электронейромиография.

За 2018 год в кабинете хронического болевого синдрома и полинейропатий Южного административного округа было проведено 670 консультативных приемов (код услуги 1712), исследование скорости распространения возбуждения по моторным волокнам — 319 (код услуги 22446), исследование скорости распространения возбуждения по сенсорным волокнам — 261 (код услуги 22447), исследование мигательного рефлекса — 3 (код услуги 22449), F-ответ — 190 (код услуги 22452).

В 2018 году на базе ГБУЗ ГКБ им. И. И. Юдина в Южном административном округе был открыт специализированный кабинет боли «Антиболь», в котором за 2018 год было проведено 513 процедур по ОМС.



В Юго-Западном административном округе на базе ГБУЗ ГКБ им. В. В. Виноградова с 2003 года работает Клиника лечения боли, осуществляющая лечение пациентов с различными болевыми синдромами (боль в пояснице и шее, боли в крупных и мелких суставах, головные и лицевые боли, послеоперационные и фантомные боли, боли при диабетической полинейропатии, вертебрально-висцеральные болевые синдромы, туннельные и тазовые боли).

В штате Клиники лечения боли на базе ГБУЗ ГКБ им. В. В. Виноградова работают: заведующий отделением, 3 врача-невролога и 1 медицинская сестра.

Клиника специализируется на лечении пациентов с болевыми синдромами методами лечебных блокад. В своей практике врачи клиники применяют методики внутрикостных блокад (ВКБ) и внутрикостной терапии (ВКТ), которые являются разновидностью внутрикостного введения лекарственных препаратов – медицинской услугой, утвержденной номенклатурой медицинских услуг Приказом Минздрава РФ от 13.10.2017 № 804.

В 2018 году в Клинике лечения боли получили консультацию 895 первичных пациентов. Всего за 2018 год было проведено 1526 консультаций, 1320 лечебных блокад.

В Северном административном округе на базе ГБУЗ ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого работает отделение неврологии общего профиля, специализирующееся на оказании помощи пациентам с болевыми синдромами в области лица и тазовой болью.

В отделении осуществляют консультативно-диагностическую работу два врача-невролога, ведущие прием пациентов с хроническим болевым синдромом. В месяц более 1 200 пациентов проходят консультативный прием в отделении, из них более 500 человек – это пациенты с хроническим болевым синдромом. Ежемесячно 15 % пациентов отбираются на госпитализацию в стационар. В течение года 70 % пациентов госпитализируются планово, 30 % – по каналу СНТ.

ГБУЗ ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого имеет в своем арсенале аппараты МРТ, КТ, Rg-диагностики, УЗИ-диагностики, транскраниальной стимуляции. Проводятся следующие услуги: количественное сенсорное тестирование, электроэнцефалография, электронейромиография, все виды клинических анализов и другие виды помощи. Методы лечения, применяемые в стационаре и КДЦ: магнитно-лазерная терапия, УЗ-терапия, транскраниальная магнитная стимуляция, диадинамические токи, различные виды вытяжения, массаж, рефлексотерапия и др.).

ГБУЗ ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого ведет активную работу в научной и учебной деятельности. Разрабатывается программа лечения и нейрореабилитации больных с хроническими дисфункциональными болевыми синдромами и программа школы для больных с хронической болью различной локализации в рамках развертывания междисциплинарного центра боли.

21 июня 2019 года Комитет Государственной Думы по охране здоровья провел заседание круглого стола по теме «Лечение хронического болевого синдрома в Российской Федерации: состояние и перспективы развития. Законодательные аспекты». Акцент был поставлен на необходимость организации многоуровневой системы противоболевой помощи в Российской Федерации для выработки единого междисциплинарного подхода в лечении боли.

Итогом данного мероприятия были выпущенные в 2020 году Федеральные методические рекомендации «Оказание противоболевой помощи в Российской Федерации». Отдельной главой в данных методических рекомендациях идет «Организация оказания медицинской помощи пациентам, страдающим хронической неонкологической болью, в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы», как пример простроенной многоуровневой системы, включающей в себя амбулаторную, стационарную помощь, а также специализированные кабинеты боли.

# ЛУЧШИЕ ПРАКТИКИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИКИ ГОРОДА МОСКВЫ

**Садченко А. В.<sup>1</sup>, Ходырева Л. А.<sup>2</sup>, Арефьева О. А.<sup>3</sup>, Соловьев В. В.<sup>4</sup>**

1. Врач-методист организационно-методического отдела по урологии, заведующий СКП ГБУЗ «ГКБ им С. И. Спасокукоцкого ДЗМ»
2. Д-р мед. наук, профессор, заведующий организационно-методическим отделом по урологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
3. Врач-методист организационно-методического отдела по урологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», ассистент кафедры урологии МГМСУ им А. И. Евдокимова
4. Врач-методист организационно-методического отдела по урологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», заместитель главного врача ГБУЗ «ГП № 180 ДЗМ»

Урологическая клиника в ГБУЗ «ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого ДЗМ» является одной из самых крупных в системе Департамента здравоохранения города Москвы и объединяет 3 урологических отделения, способных принять одновременно более 130 пациентов с заболеваниями мочеполовых органов.

Клиника занимает лидирующие позиции в лечении доброкачественных и злокачественных заболеваний предстательной железы, почек и мочевого пузыря, имеет максимальный в России опыт робот-ассистированных операций с использованием хирургической роботической системы da Vinci, в лечении урогинекологических и нейроурологических, онкологических пациентов, укомплектована новейшим оборудованием, позволяющим выполнять любые влагалищные, эндоскопические и лапароскопические оперативные вмешательства.

Начиная с 2014 года в клинике функционирует «Центр оперативной робот-ассистированной и реконструктивной урологии» Департамента здравоохранения города Москвы. С 2015 года в клинике функционирует «Центр реконструктивной женской урологии» Департамента здравоохранения города Москвы. За многие годы работы накоплен уникальный опыт лечения женщин с различными урогинекологическими заболеваниями – недержанием мочи, пролапсом тазовых органов, мочеполовыми свищами и пр.

В структуру клиники входят лаборатория уроморфологии, уродинамических исследований и гистосканирования простаты. Лаборатории имеют самое современное оборудование.

Клиника является сертифицированным тренинг-центром по робот-ассистированной хирургии, женской урологии, криоаблации предстательной железы. Это единственное урологическое подразделение в России, являющееся официальной базой обучения Европейской урологической ассоциации. Ежегодно урологи из разных стран проходят тут обучение и стажировку. В течение многих лет сотрудники клиники являются преподавателями Европейской школы урологов, а также успешно представляют Россию в международных урологических ассоциациях, обществах и комитетах.

Каждый год в стенах клиники получают высококвалифицированную помощь десятки тысяч пациентов из разных городов России и стран ближнего зарубежья. Ежедневно выполняется более 30 оперативных вмешательств, многие из которых уникальны по своей сложности. В клинике ведут прием ведущие специалисты в области урологии в России, прошедшие обучение в лидирующих медицинских центрах Европы и США. Специалисты клиники оказывают комплексный спектр помощи: начиная от профилактического осмотра у врача (уролога, урогинеколога), диагностики заболевания и заканчивая консервативным лечением или урологической операцией.

## Организация онкоурологической помощи

Онкоурологи в сотрудничестве с хирургами, онкологами, радиологами и другими смежными специалистами разрабатывают для каждого пациента индивидуальный план диагностики и лечения (онкоконсилиум); использование профессиональных методов диагностики заболеваний с применением высокоточной фото- и видеотехники, оборудования экспертного класса (фотодинамическая и узкоспектральная цистоскопия/фиброцистоскопия, УЗИ, МРТ и КТ, биопсия мочевого пузыря, предстательной железы (технологии фьюжн и гистосканинг); исследования, которые могут вызвать болезненные ощущения, выполняются с применением анестезии или седации. Эндоскопические, лапароскопические, робот-ассистированные и открытые оперативные вмешательства применяются при широком спектре онкоурологических заболеваний, а также проводятся реконструктивные операции по воссозданию мочевого пузыря, восстановлению проходимости мочевых путей и другие. В клинике в 2019 году врачами онкоурологического отделения пролечено 1230 пациентов.

Согласно действующему законодательству, право на получение ВМП имеют жители всех регионов, имеющие гражданство РФ. Главное условие получения ВМП – медицинские показания.

ГБУЗ «ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого ДЗМ» включено в список медицинских организаций, участвующих в выполнении государственного задания по оказанию

высокотехнологичной медицинской помощи по нескольким профилям. Квоты ВМП запланированы как для жителей Москвы, так и для иногородних.

Большое внимание в клинике уделяется развитию женской урологии. Отделения оснащены современным диагностическим оборудованием, позволяющим проводить комплексные уродинамические исследования любой сложности, эндоскопические манипуляции с применением жестких и фиброволоконных (гибких) эндоскопов, ультразвуковые исследования, гистосканинг, эластометрию, урофлоуметрию.

Разработан и внедрен инновационный метод персонифицированного прогноза тазовых расстройств и их профилактики у женщин, инновационные синтетические протезы для лечения пролапса тазовых органов и недержания мочи при напряжении, клинические рекомендации по различным нозологиям, система клинических рекомендаций для отечественного здравоохранения, позволяющая минимизировать число возможных осложнений. Создана обновляемая база генотипических и клиническо-анамнестических данных пациенток с тазовыми расстройствами, их родственников по женской линии и здоровых женщин-волонтеров с оценкой наличия реализованных факторов риска развития тазовых расстройств и построением трехмерных моделей тазового дна.

Активно развивается стационар кратковременного пребывания пациентов, где выполняется целый спектр урологических вмешательств. Стационар кратковременного пребывания (СКП) – подразделение ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого, созданное в рамках пилотного проекта ДЗМ и предназначенное для проведения хирургических операций и выписки пациента в течение одного дня (Правительство Москвы, Департамент здравоохранения города Москвы, Московский городской фонд обязательного медицинского страхования: Приказ от 28 апреля 2016 года № 373/134 «О проведении пилотного проекта по организации стационаров кратковременного пребывания»).

В течение всего времени пребывания с пациентами работает квалифицированный персонал, основной задачей которого является оказание медицинских услуг высочайшего уровня качества. Услуга бесплатная при наличии полиса ОМС и направления из поликлиники.

Госпитализация в отделение СКП происходит так же, как в обычное отделение. Все операции выполняются в первой половине дня, затем в течение нескольких часов пациент находится под наблюдением врачей и медицинских сестер, а к вечеру того же дня выписывается. Восстановительный послеоперационный период проходит в комфортных домашних условиях. Врач продолжает контролировать ситуацию по телефону. В указанное время пациенту нужно лишь прибыть на повторный врачебный прием.

Таким образом, урологическая клиника на базе ГБУЗ «ГКБ им С. И. Спасокукоцкого ДЗМ» в дальнейшем продолжит развитие программ по (ранней) диагностике и лечению урологических/онкоурологических заболеваний (Московская программа по робот-ассистированной хирургии, Московская программа по гистосканированию и т. д.), по программе «Женская урология» в городе Москве, что в значительной степени улучшит здоровье пациентов.

## Список литературы

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 октября 2019 г. № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».
2. Приказ Министерства РФ от 29 марта 2019 года № 173Н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».
3. Распоряжение Правительства РФ от 10 декабря 2018 г. № 2738-р, Москва «Утвержден перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2019 год».
4. Приказ от 28 апреля 2016 года № 373/134 «О проведении пилотного проекта по организации стационаров кратковременного пребывания».

# НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭЛЕКТРОТРАВМОЙ

**Сачков А. В.<sup>1</sup>, Алейникова И. Б.<sup>2</sup>, Жиркова Е. А.<sup>3</sup>, Спиридонова Т. Г.<sup>4</sup>,  
Светлов К. В.<sup>5</sup>, Клычникова Е. В.<sup>6</sup>, Синкин М. В.<sup>7</sup>, Гринь А. А.<sup>8</sup>**

1. Канд. мед наук, старший научный сотрудник отделения острых термических поражений, врач-хирург высшей квалификационной категории ГБУЗ НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ
2. Канд. мед. наук, специалист организационно-методического отдела по нейрохирургии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
3. Канд. мед. наук, научный сотрудник отделения острых термических поражений ГБУЗ НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ
4. Научный консультант отделения острых термических поражений ГБУЗ НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ
5. Канд. мед. наук, врач-хирург ГБУЗ НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ
6. Канд. мед. наук, заведующий научной клинко-биохимической лабораторией экстренных методов исследования ГБУЗ НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ
7. Канд. мед. наук, врач высшей категории ГБУЗ НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ
8. Д-р мед. наук, главный внештатный специалист нейрохирург, заведующий научным отделением неотложной нейрохирургии НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ

В ожоговые стационары в Российской Федерации поступают до 8 % пациентов с электротравмой, 15 % из них нуждаются в ампутации конечности, и 30 % из них становятся инвалидами. Нередко визуально неизменная кожа скрывает значительные повреждения мышц, нервов и сосудов, что создает сложности в определении объема и распространенности поражения тканей и требует проведения многоэтапных операций, что может отсрочивать ампутацию в сроки до месяца, а выжидательная тактика или отказ от ампутации ухудшают прогноз заболевания. В течение 3 лет в ожоговом центре НИИСП им. Н. В. Склифосовского обследованы и пролечены 34 пациента с электротравмой. Мужчин было 31 (91,2 %), женщин – 3 (8,8%). Средний возраст больных составил 37 лет. Общая площадь ожога составила 3 % (0,1–80 % поверхности тела). У 5 больных все ожоги были глубокими, а у 29 – комбинировались с поверхностными. Площадь поверхностных ожогов составила 2,25 % (0,1–40 %). Площадь глубоких ожогов – 1,25 % (0,1–50 %).

Снижение тактильной, болевой чувствительности и нарушение двигательной функции пострадавшей конечности отмечено у 14 (41,2 %) из 34 пациентов. Данные нарушения статистически значимо чаще ( $p=0,001$ ) выявляли у больных, которым в последующем была выполнена ампутация, – у 7 из 7. Из 20 больных, которым ампутация не была показана, снижение тактильной, болевой чувствительности и нарушение двигательной функции пострадавшей конечности выявлены только у 7. Для определения жизнеспособности нервов и мышечной ткани верхних конечностей 12 пациентам в первые трое суток была выполнена стимуляционная (стЭНМГ) и игольчатая НМГ (иНМГ). При иНМГ для определения жизнеспособности мышц оценивалось наличие или отсутствие потенциалов двигательных единиц (ПДЕ) при произвольном напряжении исследуемой мышцы и ее спонтанной активности. В I группе больных ни у одного пациента не было зарегистрировано ни моторных, ни сенсорных ответов дистальнее раневого дефекта (необратимое поражение вышеуказанных нервов ниже расположения поврежденных электрическим током тканей). Для определения границ некрэктомии стимулирующий электрод устанавливали в стандартную точку у медиального края сухожилия бицепса и после каждой подачи стимула передвигали регистрирующие электроды от края раны в проксимальном направлении. Появление устойчивого М-ответа при таком перемещении регистрирующих электродов указывало на границу жизнеспособных тканей. Во время операции при проведении иНМГ с визуально нежизнеспособных мышц, с которых не был зарегистрирован М-ответ, спонтанная активность и ПДЕ в покое и при произвольном напряжении мышцы тоже отсутствовали. Спонтанная активность и ПДЕ в покое не были зарегистрированы и в визуально сохранных мышцах, расположенных проксимальнее раневого дефекта, от которых ранее был зарегистрирован М-ответ, также ПДЕ при произвольном напряжении мышцы. Мы расценивали этот признак как дополнительное подтверждение целостности проксимального участка нерва и мышцы. Таким образом, с помощью стЭНМГ и иЭНМГ на дооперационном этапе и во время операции была определена граница поражения нервов и мышц конечности, что позволило определить уровень ампутации. Полученные данные стЭНМГ оказались идентичными, как при использовании адгезивных накожных электродов, так и при использовании монополярных игольчатых регистрирующих электродов. Во II группе у 5 больных при стЭНМГ полный блок проведения был выявлен только по сенсорным волокнам срединного, локтевого и лучевого нервов. Определялся смешанный характер невропатии в виде снижения амплитуды М-ответа и скорости распространения возбуждения по моторным волокнам без сопутствующих блоков проведения. У 1 больного при трехфазной сцинтиграфии проведена оценка состояния магистрального артериального, тканевого и костного кровотока, в сосудистую, тканевую и костную фазы соответственно.



Результаты исследования совпали с уровнем повреждения верхней конечности, установленным при НМГ.

Полученные результаты позволили разработать алгоритм определения уровня и объема повреждения тканей конечностей при электротравме:

- 1) Исследовать чувствительную и двигательную функцию пораженной конечности.
- 2) При отсутствии нарушений чувствительной и двигательной функции следует проводить консервативное лечение или хирургические вмешательства в объеме некротомии, фасциотомии, некрэктомии, аутодермопластики, микрохирургических и ортопедических операций.
- 3) При нарушении чувствительной и двигательной функции конечности необходимо исследовать уровень КФК, а для дифференциальной диагностики с инфарктом миокарда – фракции КФК-МВ, тропонина I.
- 4) При нормальном уровне КФК следует проводить консервативное или оперативное лечение: некротомию, фасциотомию, некрэктомия, аутодермопластику, реконструктивные операции.
- 5) При повышенном уровне КФК необходимо исследовать нервно-мышечную проводимость пораженной конечности при помощи стЭНМГ и иНМГ.
- 6) При отсутствии нарушений проводимости следует проводить консервативное лечение или хирургическое лечение в объеме некротомии, фасциотомии, некрэктомии, аутодермопластики, микрохирургических и ортопедических операций.
- 7) При выявлении по стимуляционной ЭНМГ блока проведения по сенсорным и моторным волокнам, а также отсутствия спонтанной активности мышц при иНМГ и отсутствия ПДЕ при произвольном их напряжении, целесообразно принимать решение об ампутации сегмента конечности ниже уровня электрографического молчания мышечной ткани.

# ТЕРМОСТАБИЛИЗАЦИЯ ПОСЛЕ СЛР, ПЕРЕПУТЬЕ ИЛИ НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА НЕСТАРЕЮЩУЮ ТЕМУ

**Сурыхин В. С.<sup>1</sup>, Гутова Е. В.<sup>2</sup>, Сурыхина Я. И.<sup>3</sup>**

1. Канд. мед. наук, ведущий специалист ОМО по анестезиологии и реаниматологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», заведующий ОРИТ для больных с ОНМК ГБУЗ «ГКБ ДЗМ имени В. М. Буянова»

2. Канд. мед. наук, заведующая ОМО по анестезиологии и реаниматологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

3. Заведующий ОРИТ ГБУЗ «ГКОБ № 1» ДЗМ

## Актуальность

Внезапная остановка кровообращения – одна из ведущих причин смертности в мире. В РФ смертность от внезапной остановки кровообращения (ВОК) составляет около 250 000–300 000 человек/год. Ежегодная частота ВОК, вызванной фибрилляцией желудочков, составляет 17 на 100 000 случаев; из них доживают до выписки из стационара 21,2 % больных.

Все механизмы интенсивной терапии складываются из воздействия на патофизиологические механизмы, которые происходят в организме больного после восстановления гемодинамически эффективного ритма сердца. Ишемическое повреждение органов может продолжаться и после реанимации, гипоперфузия после СЛР может проявляться феноменом «невосстановленного кровотока». Предполагаемый механизм невосстановления кровотока объясняют накоплением ионов кальция в поврежденных ишемией гладкомышечных клетках сосудов. Другой предполагаемый механизм повреждения органов после эпизода остановки сердца связывают с образованием высокотоксичных продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ). Неудовлетворительное восстановление функций мозга после СЛР объясняется сочетанием как его ишемического повреждения во время СЛР, так и стойких нарушений со стороны ЦНС после сердечно-легочной реанимации (СЛР). Постреанимационные мероприятия предназначены противостоять этим патологическим процессам и уменьшить выраженность повреждений мозга. Термостабилизация позволяет уменьшить церебральный метаболизм приблизительно на 6–8 % при снижении темпера-

туры сердцевинны на 1°C. В рекомендациях по проведению сердечно-легочной реанимации в последней редакции одним из методов лечения больного в пост-реанимационном периоде является контроль температуры. В ранних публикациях рассматривается применение управляемой гипотермии, однако в современной литературе много исследований, которые, руководствуясь принципами доказательной медицины, подвергают сомнению эффективность управляемой гипотермии.

## Цель исследования

Оценить эффективность терапевтической термостабилизации в режимах гипотермии и нормотермии у больных после (СЛР).

## Задача исследования

На собственном опыте оценить эффективность мероприятий контроля температуры организма у пациентов после СЛР.

## Материалы и методы

Оценивалось проводимое комплексное лечение у 76 больных, которые были распределены на три группы:

1. 38 больных – стратегия целевого управления температурой ТТМ (Targeted Temperature Management) в течение 24 часов;
2. 20 больных – общая управляемая гипотермия в течение 24 часов (архив);
3. 18 больных – без аппаратного контроля за температурой (архив)

Ритм сердца в клинической смерти:

1. Асистолия у 38 больных.
2. Фибрилляция желудочков у 20 больных.
3. Желудочковая тахикардия без пульса у 18 больных.

Уровень оценки по шкале APACHE II  $20 \pm 4$  баллов (риск летального исхода 60 %). Время проведения СЛР – 10–28 минут. ИВЛ – 3–21 сутки.

Управляемая гипотермия 33 °С и поддержание целевой температуры 36 °С проводились при помощи установки для терапевтической гипотермии фирмы BARD ARCTIC SUN 5000.

## Результаты

Летальность: группа ТТМ – 42 %, группа управляемой гипотермии – 55 %, группа без аппаратного контроля за температурой – 72 %. Исходы ШКГ: по истечении 72 часов – 6–14 баллов (группа ТТМ), 6–14 баллов (группа управляемой гипотермии), 5–8 баллов без аппаратного контроля за температурой. Исходы оценивались по шкале Ренкина к исходу 21 суток: группа ТТМ – 1–3 балла, группа управляемой гипотермии – 1–3 балла, группа без аппаратного контроля за температурой – 3–4 балла.

## Заключение

Больным, которым в комплексе реанимационных мероприятий проводилась стратегия ТТМ или управляемая гипотермия, – по результатам 24-часового наблюдения уровень угнетения сознания меньший, чем в группе без гипотермии. Балльная оценка по шкале Ренкина к исходу 21 суток была меньше в группе ТТМ и гипотермии. У больных в группе ТТМ наблюдалось меньше осложнений, чем в группе гипотермии.

Значимых отличий по исходам лечения в группах ТТМ и управляемой гипотермии не выявлено.

# ПРАКТИКА ЛАБОРАТОРНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ДЛЯ ОТСЛЕЖИВАНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ COVID-19 В ГОРОДЕ МОСКВЕ

**Цибин А. Н.<sup>1</sup>, Латыпова М. Ф.<sup>2</sup>, Иванушкина О. И.<sup>3</sup>**

1. Главный внештатный специалист по клинической лабораторной диагностике, заведующий отделом организации и контроля деятельности лабораторной службы города Москвы ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
2. Канд. биол. наук, специалист организационно-методического отдела по клинической лабораторной диагностике ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
3. Специалист организационно-методического отдела по клинической лабораторной диагностике ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Москва для борьбы с пандемией COVID-19 укрепляет свою систему здравоохранения, контролирует соблюдение социального дистанцирования и использование средств индивидуальной защиты, проводит лабораторное тестирование и отслеживание контактов населения. Все меры по контролю за новым коронавирусным заболеванием направлены на стремление вернуть экономическую и социальную жизнь мегаполиса к устойчивому уровню на более длительный срок, сохранив при этом здоровье населения, минимизировав количество тяжелых форм заболеваний и летальных исходов. Пандемия показала, что показатель летальности от COVID-19 намного ниже там, где организован массовый охват населения лабораторным скринингом.

Для предотвращения пандемии COVID-19 в городе Москве в режиме быстрого реагирования были приняты Правительственные меры по обеспечению лечебно-диагностического процесса и организации комплексного лабораторного обследования жителей столицы двумя неродственными технологически методами (ПЦР и ИХЛА).

До начала работ в марте 2020 года обучено 250 специалистов клиничко-диагностических лабораторий МО ДЗМ по дополнительной образовательной программе в объеме 16 академических часов «ПЦР в диагностике инфекционных болезней», с освоением требований биологической безопасности при работе с потенциально опасными биологическими агентами I–II групп патогенности.

С марта 2020 года по настоящее время в структуре ДЗМ организовано 16 ПЦР-лабораторий по диагностике COVID-19, обеспечивающих сегодня увеличивающиеся потребности населения города Москвы в рутинных и верификационных ПЦР-анализах. Их суммарная мощность составляет около 36 тыс. исследований в сутки. В период с марта по октябрь 2020 года силами этих лабораторий выполнено – 3 979 477 ПЦР-анализов на COVID-19.

С мая 2020 года в 50 КДЛ МО ДЗМ стационарного типа и диагностических центрах установлены 100 иммунохимических анализаторов, на которых выполняются исследования антител к COVID-19 методом ИХЛА. Всего с мая по октябрь 2020 года лабораториями ДЗМ выполнено 4 015 973 таких теста.

По состоянию на 01.11.2020 общее количество исследований на COVID-19, выполненное лабораторными специалистами ДЗМ, составило – 7 995 450.

Следует отметить, что принятые меры позволили замедлить распространение инфекции в городе Москве на 3–4 месяца, что обусловлено неизвестной сезонностью COVID-19 и потенциальной коциркуляцией вирусов гриппа, SARS-CoV-2 и других респираторных вирусов, вызывающих заболевания, которые часто неотличимы клинически. Эпидемиологический мониторинг интенсивности активности каждого из них с течением времени требует лабораторного подтверждения и интерпретации результата. С учетом требований Приказа ДЗМ от 11.09.2020 № 1035-1 «О проведении мероприятий по сезонной профилактике гриппа, острых респираторных вирусных инфекций, новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и внебольничных пневмоний в эпидемическом сезоне 2020–2021 годов в городе Москве и утверждение отчетных форм и порядка предоставления отчетов по гриппу и острым респираторным вирусным инфекциям в эпидемический сезон 2020–2021», в 8 ПЦР-центрах ДЗМ одновременно с исследованиями на COVID-19 начато выполнение исследований на грипп, ОРВИ и пневмонию.

Какие возможны предположения в отношении новой коронавирусной инфекции на ближайшее время? Из-за отсутствия долговременных наблюдений за переболевшими COVID-19 «Концепция достижения коллективного иммунитета путем распространения патогена среди населения» не дает полной уверенности в том, что люди, пережившие SARS-CoV-2, приобретут долгий функциональный иммунитет. Лабораторная служба выявляет у жителей столицы антитела, специфичные к SARS-CoV-2, но их защитные свойства (нейтрализующая способность) и долговременность пока не исследованы. С учетом того, что сезонные коронавирусы, вызывающие простуду, ослабляют иммунитет примерно на год, гипотетически разумно предположить то же самое в отношении SARS-CoV-2. Тем более что в последние месяцы появляются сведения о повторном

заражении SARS-COV-2 после первоначального заражения. Остаются открытыми вопросы: «Как часто происходят повторные заражения? К каким формам заболеваний они приводят?» Если люди, переболевшие COVID-19, снова станут восприимчивыми к SARS-COV-2 через год, то, по сути, посредством естественной передачи патогена никогда не достигнуть коллективного иммунитета. Следовательно, в период отсутствия массовой вакцинации населения эффективными вакцинами московское здравоохранение будет продолжать снижать риски и спасать жизни жителей столицы.

Таким образом, лабораторная служба ДЗМ в полном объеме обеспечивает потребности населения Москвы в тестировании при выявлении, лечении и изоляции случаев COVID-19 и их контактов.

# МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛТУХОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

**Чеботарева М. В.<sup>1</sup>, Никольская К. А.<sup>2</sup>**

1. Статистик организационно-методического отдела по гастроэнтерологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

2. Канд. мед. наук, заведующий организационно-методическим отделом по гастроэнтерологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», старший научный сотрудник отделения патологии поджелудочной железы и желчевыводящих путей ГБУЗ МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ

Желтуха – синдром, характеризующийся желтушным окрашиванием кожных покровов, слизистых оболочек и склер, обусловленный повышенным накоплением билирубина в сыворотке крови, а также других жидкостях и тканях организма. Желтуха – это междисциплинарная проблема. Своевременное определение специфики стационара для госпитализации пациента и верная маршрутизация обеспечивают раннее установление причины, вызвавшей желтуху, и своевременное ее устранение, и позволяют избежать развития серьезных осложнений, таких как печеночная и печеночно-почечная недостаточность, гнойный холангит, холангитический абсцесс печени, сепсис.

## Цель

Своевременное определение возможной этиологии механической желтухи и точная маршрутизация пациента в специализированное учреждение.

Материалы и методы. Диагностика механической желтухи на каждом этапе оказания медицинской помощи и верная маршрутизация в зависимости от этиологии, вызвавшей ее, является одним из важнейших факторов обеспечения своевременной помощи пациенту. В зависимости от этиологической и патогенетической причины возникновения желтухи пациент может быть госпитализирован в стационары следующего профиля: инфекционный, терапевтический, хирургический, онкологический. На догоспитальном этапе возможность



правильной маршрутизации пациента с желтухой определяют следующие факторы: осмотр и жалобы пациента, анамнестические данные, лабораторные показатели (если имеются на руках у пациента). Так, при жалобах пациента на тяжесть в правом подреберье/боль, коэффициенте Де Ритиса (АСТ/АЛТ) более 1 следует заподозрить инфекционное заболевание и направить пациента в инфекционный стационар. В случае, если больной предъявляет жалобы на боли в правом подреберье, повышение температуры тела с ознобами, следует заподозрить желчнокаменную болезнь – холедохолитиаз, и направить больного в хирургическое отделение стационара. При жалобах пациента на безболевою желтуху, гипергликемию в биохимическом анализе крови, повышение онкомаркера СА19-9 в крови необходимо направить больного в хирургическое/онкологическое отделение стационара. В случае, если пациент предъявляет жалобы на развитие безболевой желтухи, повышение IgG4 в крови, можно заподозрить аутоиммунный панкреатит и направить пациента в терапевтическое отделение.

## Результаты

Таким образом, верная и своевременная организация маршрутизации пациентов с желтухой позволяет в короткие сроки оказать высококвалифицированную помощь пациенту, установить причину, вызвавшую желтуху, предотвратить и сократить количество случаев развития осложнений и провести лечение не только желтухи, но и основного заболевания, приведшего к данному состоянию.

## Выводы

Определены критерии маршрутизации больных с механической желтухой в инфекционные, хирургические, онкологические и терапевтические стационары в зависимости от жалоб больного, анамнестических данных, данных объективного осмотра, данных лабораторных и инструментальных исследований.

# СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

**Шкурко Т. В.<sup>1</sup>, Веселов А. В.<sup>2</sup>, Князев О. В.<sup>3</sup>**

1. Канд. мед. наук, заведующий организационно-методическим отделом по колопроктологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», ведущий научный сотрудник отдела организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи по профилю «колопроктология» ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им А. Н. Рыжих» Минздрава России

2. Канд. мед. наук, руководитель отдела организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи по профилю «колопроктология» ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им А. Н. Рыжих» Минздрава России; ведущий специалист организационно-методического отдела по колопроктологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

3. Д-р мед. наук, профессор, заведующий отделением воспалительных заболеваний кишечника ГБУЗ «МКНЦ имени А. С. Логинова ДЗМ», ведущий специалист организационно-методического отдела по колопроктологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) давно перестали быть сферой интересов только врачей-гастроэнтерологов. В настоящее время ВЗК рассматривают не только как патологию кишечника, так как язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК) ассоциированы с многочисленными внекишечными проявлениями (периферический артрит, ревматоидный артрит, сакроилеит, анкилозирующий спондилит, узловая эритема, гангренозная пиодемия, увеит, эписклерит и пр.). Возможно, было бы правильно рассматривать ВЗК как одно из заболеваний целого спектра иммуопосредованных воспалительных заболеваний, сгруппированных в соответствии с генетической предрасположенностью и иммунологическим дисбалансом. До 60 % пациентов с ВЗК имеют внекишечные проявления, а до 25 % имеют несколько внекишечных проявлений, что оказывает отрицательное влияние на трудоспособность и качество жизни пациентов. Внекишечные проявления – это поражения кожи, глаз, скелетно-мышечного аппарата, которые являются одним из показаний для назначения генно-инженерных биологических (ГИБП) препаратов. В свою очередь, терапия ГИБП требует

тщательного мониторинга не только в плане эффективности проводимой терапии, но и с целью уменьшения риска развития нежелательных явлений (активация туберкулезной и других оппортунистических инфекций, риски развития новообразований). В связи с этим пациенты с ВЗК, получающие ГИБП, требуют регулярного наблюдения не только у врача-гастроэнтеролога, но и у многочисленных специалистов. Поскольку основной стратегией в лечении больных ВЗК является оказание высококачественной помощи больным с учетом пациентоориентированности и персонализированного подхода, достичь этого возможно в только в рамках мультидисциплинарной команды (МДК). Для установления диагноза, определения прогноза, тактики медицинского обследования и максимально раннего лечения, чтобы не упустить «окно возможностей» терапии и не допустить прогрессирования болезни и последующей инвалидизации пациента, а также с учетом целесообразности направления в те или иные специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию и для решения иных вопросов в МДК должны участвовать гастроэнтеролог, специализирующийся в области ВЗК, хирург-колопроктолог, эндоскопист, нутрициолог, психолог, стоматерапевт, специалист лучевой диагностики и морфолог, а также ревматолог, дерматолог, окулист, инфекционист, гинеколог, психолог, организатор здравоохранения и медицинская сестра ВЗК, которая осуществляет связь с больными. Все члены МДК должны принимать участие в регулярных собраниях, и заключительные решения должны быть зафиксированы в медицинской документации пациента. В идеале работа МДК представляет собой команду, в которой разделяются общие принципы работы и коллективная ответственность.

В работе МДК необходимо поддерживать регулярные встречи для обсуждения следующих категорий пациентов: пациенты с недавно установленным диагнозом язвенного колита или болезни Крона, пациенты с тяжелым язвенным колитом, пациенты с перианальными проявлениями болезни Крона; пациенты с агрессивным течением болезни Крона и высоким риском оперативного вмешательства; новые пациенты со свищевой формой БК, у которых не удалось достичь длительной бесстероидной ремиссии; пациенты, которым показана биологическая терапия; пациенты с задержкой роста, которым был поставлен диагноз в раннем возрасте.

Показано, что посещение пациентами один раз в месяц МДК повышает приверженность к лечению и снижает частоту обострений ВЗК. Телемедицинские технологии, а именно – телемедицинские МДК позволяют объединять экспертов из ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А. Н. Рыжих» Минздрава России и специалистов из различных лечебных учреждений, расположенных на огромных расстояниях друг от друга (при этом экономя не только затра-

ты на дорогу и проживание и рабочее время консультантов, но и в Москве, в условиях пандемии COVID-19, сохраняя эпидемиологическую безопасность).

Все эти задачи способен решить только региональный центр ВЗК. Важную роль играет нормативно-правовое регулирование в этом вопросе. Для того чтобы оптимизировать эти процессы, в рамках Совета Федерации Российской Федерации была создана рабочая группа по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с ВЗК. Большая работа продолжается на протяжении ряда лет, в результате чего в разных регионах страны было создано 8 региональных центров ВЗК, где осуществляются все виды диагностики и лечения ВЗК, имеется штат опытных врачей разного профиля, организована медицинская помощь и динамическое наблюдение за пациентами. В Москве межрегиональный центр функционирует на базе из ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А. Н. Рыжих» Минздрава России, где сформирован Федеральный регистр пациентов с ВЗК, в настоящее время в него включены 3,5 тысячи пациентов.

# ВНЕДРЕНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТУ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ГОРОДА МОСКВЫ

**Янушевич О. О.<sup>1</sup>, Кокоткин И. Ю.<sup>2</sup>, Кисельникова Л. П.<sup>3</sup>,  
Митронин А. В.<sup>4</sup>, Бояркина Е. С.<sup>5</sup>, Еремин А. И.<sup>6</sup>**

1. Академик РАН, заслуженный врач РФ, профессор, ректор МГМСУ им. А. И. Евдокимова, главный внештатный специалист-стоматолог Минздрава России, председатель Совета СНОМК, президент Общероссийской общественной организации «Общество врачей России»
2. Начальник Управления организации медицинской помощи по стоматологии ДЗМ
3. Д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой детской стоматологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова», заместитель главного внештатного специалиста стоматолога (детская сеть) ДЗМ
4. Д-р мед. наук, профессор, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой кариесологии и эндодонтии, декан стоматологического факультета ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова», главный внештатный специалист стоматолог ДЗМ
5. Канд. мед. наук, ассистент кафедры детской стоматологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России
6. Заведующий организационно-методическим отделом по стоматологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

В рамках реализации федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» национального проекта «Здравоохранение» приказом МЗ от 20.01.2020 № 30 национальным медицинским исследовательским центром по профилю «стоматология» определен ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России.

Одной из важнейших задач деятельности НМИЦ по профилю «стоматология» является проведение консультаций/консилиумов в сложных диагностических и спорных случаях с применением телемедицинских технологий в медицинских организациях субъектов РФ (Приказ № 125 от 13.03.2019 «Об утверждении Положения о формировании сети национальных медицинских исследовательских центров и об организации деятельности национальных медицинских исследовательских центров»).

Телемедицинские консультации (ТМК) – это направление телемедицины, которое позволяет обеспечить квалифицированную консультативно-диагности-

ческую медицинскую помощь. Осуществление телемедицинских консультаций предполагает подключение медицинских организаций к компоненту «Телемедицинские консультации» (подсистема ТМК) Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), входящему в состав федеральной телемедицинской системы Минздрава России. Развитие телемедицинских технологий по профилю «стоматология» включает в себя проведение телемедицинских консультаций «врач–врач» в режиме реального времени, проведение отсроченных консультаций «врач–врач» по медицинским документам пациента, а также проведение обучающих мероприятий с применением телемедицинских технологий.

Приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 5 ноября 2020 года № 1262/571/02.01-03 «Об утверждении регламента взаимодействия медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы с ФГБОУ ВО "Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова" Минздрава России по организации и оказанию медицинской помощи по профилю "стоматология" с применением телемедицинских технологий» определен порядок взаимодействия медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы с НМИЦ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России.

В г. Москве 20 ноября 2020 г. проведено селекторное онлайн-совещание «Организация оказания медицинской помощи по профилю «стоматология» с применением телемедицинских технологий» с участием представителей Департамента здравоохранения города Москвы, НМИЦ при ФГБОУ ВО «МГМСУ имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, руководителей медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих медицинскую помощь по профилю «стоматология».

На 01.12.2020 в системе ТМК зарегистрировано 20 медицинских организаций г. Москвы, оказывающих медицинские услуги по профилю «стоматология»: стоматологические поликлиники №№ 4, 5, 13, 14, 15, 27, 35, 51; детские стоматологические поликлиники №№ 6, 10, 21, 25, 26, 37, 38, 45, 46, 47, 54, 63.

На 01.12.2020 медицинскими организациями государственной системы здравоохранения г. Москвы, оказывающими медицинские услуги по профилю «стоматология», было запрошено 75 ТМК, из них проведено 70.

Реализация направления ТМК позволит повысить качество оказания стоматологической помощи в медицинских организациях взрослому и детскому населению города.



РЕФЕРАТИВНЫЙ СБОРНИК РАБОТ СОТРУДНИКОВ  
ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИХ ОТДЕЛОВ  
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

# **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МЕГАПОЛИСА: ЛУЧШИЕ МОСКОВСКИЕ ПРАКТИКИ**

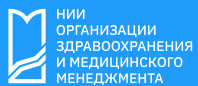
Корректурa: Е. Н. Малыгина  
Верстка: Г. А. Пекный

Подписано в печать ????.  
Формат 84x60/16. Усл. печ. л. ????.  
Тираж ??? экз.  
Заказ № ????

Отпечатано в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»  
115088, Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9  
Тел.: 8 (495) 530-12-89  
[www.niioz.ru](http://www.niioz.ru)







МОСКВА  
2 0 2 1