

ТЕМА НОМЕРА

МОДЕРНИЗАЦИЯ

1 ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

«Мы должны создать компактную и эффективную систему здравоохранения»

Об идеологии реформ — в интервью с заместителем мэра Москвы по вопросам социального развития **Леонидом ПЕЧАТНИКОВЫМ**

2 СТРАНИЦА ГЛАВНОГО СПЕЦИАЛИСТА

Итоги реформирования дерматовенерологической службы подводит **Николай ПОТЕКАЕВ**

3 БОЛЬНОЙ ВОПРОС

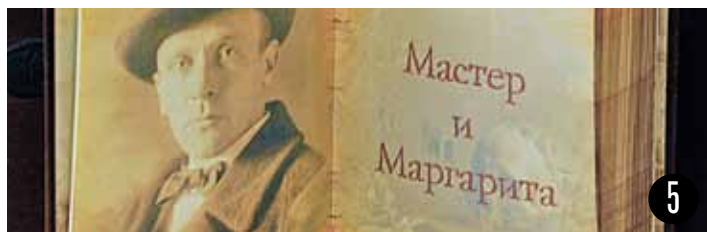
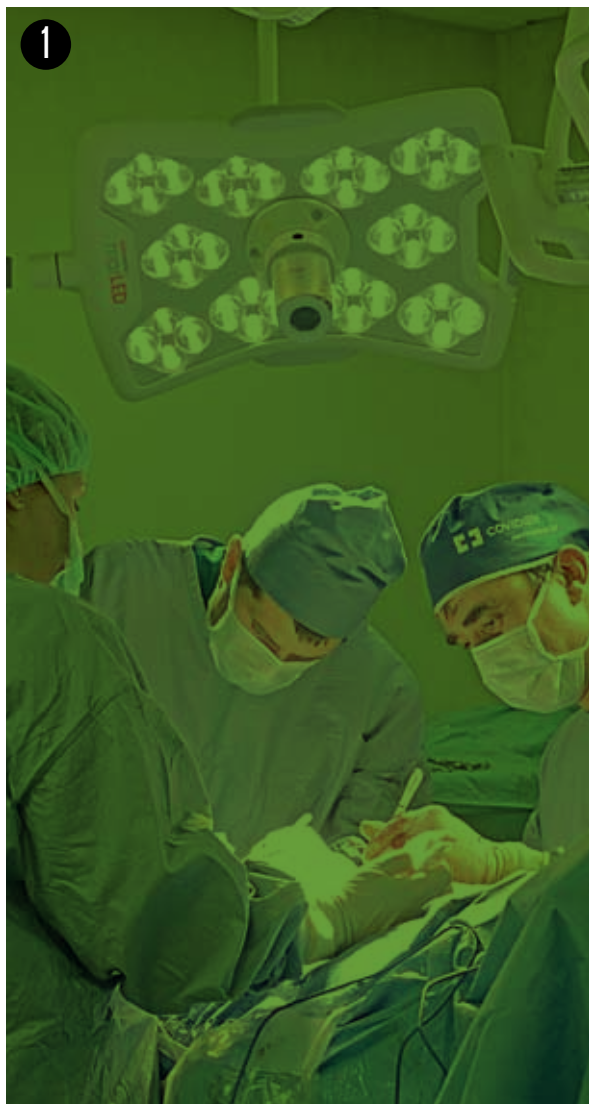
На вопросы, связанные с новой системой оплаты труда, отвечает **Валерий ПАВЛОВ**

4 КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Представляем материалы ежегодной Общегородской клинической конференции

5 МЕДИЦИНА В ИСКУССТВЕ

Перечитывая Булгакова, о тенденциях развития столичной психиатрии говорит **Борис ЦЫГАНКОВ**



Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета:

Печатников Леонид Михайлович, заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

Редакционный совет

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

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

Анциферов Михаил Борисович, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения Москвы

Бакулин Игорь Геннадьевич, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения Москвы

Блохин Борис Моисеевич, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения Москвы

Богородская Елена Михайловна, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения Москвы

Бойко Алексей Николаевич, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения Москвы

Брюн Евгений Алексеевич, главный внештатный специалист нарколог Департамента здравоохранения Москвы

Голухов Георгий Натанович, руководитель Департамента здравоохранения Москвы

Жилев Евгений Валерьевич, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения Москвы

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

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

Зеленский Владимир Анатольевич, директор МГФОМС

Камалов Армаис Альбертович, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения Москвы

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

Крюков Андрей Иванович, главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения Москвы

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

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

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

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

Мухтасарова Татьяна Радиковна, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы

Назарова Ирина Александровна, председатель совета главных врачей Москвы

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

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

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

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

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

Хрипун Алексей Иванович, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы

Хубутя Могели Шалвович, главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения Москвы

Шабунин Алексей Васильевич, главный внештатный специалист хирург Департамента здравоохранения Москвы

Шпектор Александр Вадимович, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения Москвы

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

Ответственный секретарь: **Ева Александровна Василевская**

Шеф-редактор: **Ирина Георгиевна Красивская**

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

Учредитель: Департамент здравоохранения города Москвы

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

Регистрационный номер ПИ № ФС 77 - 57984

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

Выпуск № 1 журнала «Московская медицина» отпечатан 17 июля 2014 года

ОАО «Можайский полиграфический комбинат»

143200, г. Можайск, ул. Мира, 93

www.oaompk.ru, www.oaompk.pf, тел.: (495) 745-84-28, (49638) 20-685

Тираж 9000 экз.

Бесплатно

Дорогие друзья!

Перед вами первый номер журнала «Московская медицина», который мы решили посвятить осмыслению результатов модернизации столичного здравоохранения. В настоящее время московская медицина является, безусловно, лучшей системой здравоохранения в России.

По итогам 2013 года ожидаемая продолжительность жизни в Москве достигла 75,8 года, что на пять лет больше среднероссийского показателя. Начиная с 2011 года на 15% снизилась смертность среди трудоспособного населения города. Сокращается младенческая смертность. И, конечно же, радует устойчивый естественный прирост населения столицы.

Данные изменения происходили на фоне реализации программы модернизации столичного здравоохранения и, несомненно, во многом были обусловлены ею.

За последние 3 года больницы и амбулаторные центры Москвы были оснащены современным медицинским оборудованием. Проведены структурные преобразования, увеличено финансирование отрасли.

Сегодня лечебные учреждения имеют гораздо больше возможностей для оказания качественной и доступной медицинской помощи москвичам, чем несколько лет назад.

Тем не менее в системе здравоохранения Москвы еще достаточно много проблем, которые предстоит решать вместе с медицинским сообществом столицы.

С учетом структурных преобразований важно продолжить внедрение качественно новых и эффективных методов управления. Требуется обеспечить реальный переход московских клиник к работе в системе обязательного медицинского страхования и формированию бюджета на основе подушевого финансирования. Остро стоит вопрос о повышении квалификации врачей и других специалистов. Новейшее лечебное и диагностическое оборудование нуждается в эффективном использовании профессионалами высокого класса. Реалии жизни диктуют необходимость создания и постоянного совершенствования системы непрерывного профессионального образования врачей, знакомства с опытом зарубежных коллег в рамках международных обменов. Нужно возрождать традиции московских медицинских научных школ, коими всегда славилась наша столица.

Успех в решении этих и других задач городского здравоохранения во многом зависит от взвешенного подхода и общественного обсуждения актуальных вопросов, в том числе в средствах массовой информации.

В этой связи столичное правительство выступило с инициативой издания Департаментом здравоохранения Москвы журнала «Московская медицина».

Новый журнал рассчитан не только на информирование медицинского сообщества о сути и целях преобразований в столичном здравоохранении. Важно, чтобы профессиональное издание стало площадкой для свободных дискуссий и обмена мнениями по актуальным вопросам развития московской медицины.

Желаю коллективу редакции журнала «Московская медицина» творческих успехов, а читателям — обретения новых профессиональных знаний и опыта, необходимых для работы на благо ваших пациентов.



Сергей СОБЯНИН,
мэр Москвы

ОТ РЕДАКЦИИ

Обращение мэра Москвы Сергея Собянина

ТЕМА НОМЕРА

МОДЕРНИЗАЦИЯ

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

Леонид Печатников: задача формулируется предельно просто — жить нужно приучаться по средствам

1

05

ПЕРВИЧНАЯ ПОМОЩЬ

Ключевое звено

Изменения амбулаторно-поликлинического звена представляет главный внештатный специалист по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Департамента здравоохранения Москвы Вера Сидорова

11

ПОРТРЕТ ЛПУ

Не надо бояться перемен

Одно из направлений реструктуризации сети московских клиник — создание хорошо оснащенных многопрофильных стационаров. ГКБ № 57 — один из таких

17

КАРДИОСЛУЖБА

«Инфарктная сеть» для здоровья москвичей

Об изменениях в подходах к лечению кардио-сосудистых заболеваний рассказывает главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения Москвы Александр Шпектор

20

ЭКСПЕРТНОЕ МНЕНИЕ

Лечение инфаркта зависит не только от врача

Свой взгляд на проблемы организации оказания помощи кардиобольным представил американский кардиолог, профессор Джозеф Альперт

26

СТРАНИЦА ГЛАВНОГО СПЕЦИАЛИСТА

Первые итоги

Дерматовенерологическая служба Москвы в материале главного внештатного специалиста дерматовенеролога-косметолога Департамента здравоохранения Москвы Николая Потекаева

2

30

ТЕХНОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ**За счет посторонней организации**

Аутсорсинг – форма передачи бизнес-функций сторонней организации предоставляет ЛПУ возможность более рационально расходовать средства выделяемые на содержание медучреждения

39**ПРАВОВАЯ ПРАКТИКА****Татьяна Мухтасарова: решение поставленных задач возможно только при наличии тщательно выверенного и сбалансированного законодательства****44****БОЛЬНОЙ ВОПРОС****Гибкая система**

Про изменения, связанные с переходом на новую систему оплаты труда, рассказывает заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Валерий Павлов

3**54****КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА****Материалы общегородской клинической конференции**

«Хочется верить, что представленный случай хоть чему-то нас научит...», — сказал, подытоживая выступления коллег, председательствующий на конференции Леонид Печатников

4**60****ОБМЕН ОПЫТОМ****Расширяя сознание**

Стажировки за границей помогают московским медикам найти свое место в современном здравоохранении

76**ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ****Медицинское оборудование**

В материале рубрики представлены цифры, характеризующие итоги проведенного в рамках модернизации переоснащения московских клиник медицинским оборудованием

83**МЕДИЦИНА В ИСКУССТВЕ****Перечитывая Булгакова**

Комментируя отрывки из романа «Мастер и Маргарита», главный внештатный специалист психиатр Департамента здравоохранения Москвы Борис Цыганков рассказывает о тенденциях развития столичной психиатрии

5**86**

ЛЕОНИД ПЕЧАТНИКОВ: ЗАДАЧА ФОРМУЛИРУЕТСЯ ПРЕДЕЛЬНО ПРОСТО — ЖИТЬ НУЖНО ПРИУЧАТЬСЯ ПО СРЕДСТВАМ

Не будет преувеличением сказать, что за последние три года ситуация в московском здравоохранении кардинально изменилась. Наряду с масштабным переоснащением клиник, проведенным в рамках программы модернизации, реализовывались и преобразования в организации системы оказания медицинской помощи в столице. Об идеологии реформ и принципах, на основе которых выстраивается новое московское здравоохранение, рассказывает заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид ПЕЧАТНИКОВ.

— Леонид Михайлович, а сколько в вашей работе занимает здравоохранение?

— 70%. Как стационарная помощь в структуре нашей отрасли. Но это была изначальная договоренность с мэром города, для него здравоохранение абсолютный приоритет. Он понимает, что это едва ли не самая сложная в плане реформирования область с громоздкой системой финансирования, заскорузлой ментальностью и низким качеством исполнения.

— Как, исходя из сегодняшних реалий отечественного здравоохранения, можно сформулировать главную задачу, стоящую перед людьми, ответственными за управление отраслью?

— С 1992 года в России началось движение, пусть и очень медленное, в сторону страховой медицины. Да, у нас до сих пор нет по-настоящему страховой медицины, это очевидно всем, но те подвижки, которые произошли, заставили главных врачей больниц и поликлиник примерно представлять себе, что такое жизнь в рамках определенного бюджета. Надо всем понимать важную вещь: деньги — штука конечная. Денег много не



Леонид ПЕЧАТНИКОВ,
заместитель мэра
Москвы по вопросам
социального развития

бывает, и мы прекрасно понимаем, что в предкризисных условиях, условиях снижения ВВП, возможности государства ограничены. Поэтому основная задача формулируется предельно просто: жить нужно приучаться по средствам.

Мы всегда говорили, что нам не хватает денег, лучше не будет, и жили с таким настроением десятилетиями, при этом те деньги, которые были, никогда никто не считал. Не секрет, если скажу, что все без исключения наши руководители здравоохранения никогда не понимали, что такое себестоимость медицинской помощи. В то же время мой опыт руководства частной клиникой подтвердил основной постулат управленца — расходы могут быть только по доходам. Собственно, этот опыт и трансформировался в понимание возможных путей реформирования здравоохранения города.

— Какие зоны здравоохранения были наиболее проблемными в 2011 году, когда вы возглавили Департамент здравоохранения Москвы?

— Первая и основная проблема — абсолютная неготовность московских клиник работать в рамках страховой модели. Москва никогда не жила и не пыталась жить в условиях страховой медицины. Город получал довольно высокие доходы и на здравоохранение тратил порядка 9% своего ВВП. Это немалые средства, но эффективность их использования никогда не контролировалась.

Вторая проблема — большая часть вопросов решалась в стационарах. Поликлиник при этом было достаточно, там работала целая армия врачей, но получить в них сколько-нибудь серьезную медпомощь было нереально. И вины поликлиник в этом нет, система была выстроена таким образом. В этой ситуации главной задачей на первом этапе было оснащение поликлиник. Они должны были стать тем, чем являются во всем мире, — 70% медпомощи оказывается на амбулаторном этапе.

Понятно, что купить в каждую поликлинику весь набор диагностического оборудования невозможно, да и не нужно. Их было пять сотен, и к каждой прикреплено по 20—30 тысяч человек. Поэтому была сделана попытка функционально объединить мелкие учреждения вокруг крупных, оснастив последние всем необходимым. Но в этой ситуации главный врач уже оснащенной оборудованием поликлиники просто начинал зарабатывать деньги. Причем вполне легально. И тогда было решено объединить их не только функционально, но и юридически.

Сегодня в Москве функционируют 46 поликлиник для взрослых и 40 для детей. Каждая такая поликлиника с прикрепленными к ней 200—300 тысячами горожан представляет собой головной центр и филиалы. И каждый из прикрепленных граждан гарантированно получает помощь специалиста по любому из имеющихся направлений. Нам нужно было хоть как-то увеличить доступность специализированной медицинской помощи. И в некоторых поликлиниках это удалось сделать.

— Почему не везде?

— Это связано с тем, что, к сожалению, сами главные врачи до конца свою миссию не понимают. И я даже не могу их за это винить, они выросли совсем в другое время. Но, если они не справятся, их придется менять. Я имею репутация жестокого, резкого руководителя, но у меня нет обязательств перед врачами, у меня есть обязательства перед пациентом. И если я вижу равнодушное отношение к делу, буду делать соответствующие выводы. Например, в одной из поликлиник установили компьютерный томограф. А он простаивает 3—4 месяца. Начинаем выяснять, почему. Я ведь все равно все подробности узнаю. Я получаю информацию не от чиновников, а из первых рук. Оказывается, не могут подключить, потому что кабеля нет. А главный врач письма пишет. Не выходя

из кабинета. Но надо не письма писать, а решать проблему! Вообще, ту смехотворную сумму, которая нужна на прокладку кабеля, он давно мог бы найти в собственных ресурсах. А уж если денег нет, то должен был не выходить из кабинета чиновников, пока их ему не дадут! Но ему было все равно. Такие руководители не нужны, и когда Георгий Натанович Голухов попытался его защитить, я его спросил: если бы это случилось в ГКБ № 31, через сколько бы заработал томограф? Ответ был: через неделю.

– Насколько эффективно удалось использовать средства, выделенные в рамках программы модернизации здравоохранения города?

— Я никогда в своей жизни ничего не продавал и не покупал. Но когда увидел цены, рекомендованные для покупки 64-срезового КТ, вспомнил, что хозяева частной клиники, из которой я пришел, покупают такие аппараты намного дешевле. И действительно, когда при тех объемах закупок, которые были нам необходимы, мы начали участвовать в торгах, рынок был практически обрушен. При рекомендованной цене в 60 миллионов мы купили 64-срезовый КТ за 20 миллионов, а 1,5-тесловые МРТ при рекомендованной цене в 90 миллионов за единицу приобрели за 30 с небольшим.

– Существует ли в Москве проблема, характерная для некоторых регионов, – закупили, а работать некому?

— Для Москвы на рубеже 2011—2012 годов лишнего ничего быть не могло, потому что если не 100%, то почти

90% оборудования было морально и физически устаревшим. К тому же в городе всегда были и есть специалисты, которые могут работать на такой технике, и с самого начала было ясно, кому и у кого учиться. Сегодня из 1800 закупленных аппаратов так называемой тяжелой техники осталось подключить 15. И это связано только с тем, что регламентный срок подключения КТ и МРТ в среднем год-полтора, это объективно длительный процесс. Кстати, гарантийный срок на закупленную технику включается только после запуска прибора. Это существенный момент!

Был случай, когда главврач вместо того, чтобы подписать акт приемки груза, подписал акт ввода техники в эксплуатацию. Наверное, это ошибка, оплошность, но таких оплошностей нельзя допускать. Главврач нанес ущерб, и будет уволен. Такие ошибки не имеет право допускать руководитель медучреждения! Он должен чувствовать себя хозяином в своем учреждении.

Хочу подчеркнуть, сейчас в Москве совсем другая медицина. Материальная база уж точно другая. Сегодня нет такого района города, где люди не могли бы получить необходимую высокотехнологичную помощь. Более того, мы с этого года смогли себе



**Из 1800
закупленных
аппаратов
«тяжелой техники»
осталось
подключить 15**



МЫ ПОШЛИ НА ДОСТАТОЧНО РИСКОВАННЫЙ И ДОРОГОСТОЯЩИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ — «ОТЦЕПИЛИ» МЭС ОТ ЧИСЛА ДНЕЙ ПРЕБЫВАНИЯ БОЛЬНОГО НА КОЙКЕ. СЕГОДНЯ ВЕРОНИКА СКВОРЦОВА ГОВОРIT О ТОМ, ЧТО ЭТО НУЖНО БЫЛО ДЕЛАТЬ ВЕЗДЕ И УЖЕ ДАВНО. НО НА ПРАКТИКЕ ЭТО ОБОШЛОСЬ МОСКВЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНО В 7 МИЛЛИАРДОВ РУБЛЕЙ.

говорит о том, что это нужно было делать везде и уже давно. Но на практике это обошлось Москве дополнительно в 7 миллиардов рублей — на эту сумму увеличилось расходы МГФОМС.

позволить гарантировать сроки ожидания получения медпомощи, чего не было никогда.

— А есть кому работать в новых условиях?

— По статистике, в Москве врачей переизбыток. Даже те нормативы Минздрава, которые, на мой взгляд, являются избыточными, перевыполнены. Но если посмотреть на стационары... На 8 миллионов населения государства Израиль функционирует 16 тысяч коек, на 10 миллионов населения Сеула — 25 тысяч коек, а на 12 миллионов застрахованных жителей Москвы — более 120 тысяч! У нас в течение многих лет каждый главный врач стационара определял свою важность и значимость количеством коек в подведомственном ему учреждении. От этого пора избавляться.

Мы пошли на достаточно рискованный и дорогостоящий эксперимент — «отцепили» МЭСы от числа дней пребывания больного на койке. Сегодня Вероника Скворцова

— Это было решение на уровне московского правительства?

— Это было мое решение, согласованное с мэром. Я сказал врачам: когда вы считаете, что больной может быть выписан, — выписывайте, кладите на эту койку следующего и зарабатывайте деньги по ОМС. И все на эту мою удочку попались: люди поняли, что могут заработать, но и нам стало совершенно понятно, что почти 30% коечного фонда используются неэффективно и кадровый ресурс в стационарах есть. В них явный профицит коек, освободив которые мы высвободим и врачей для поликлиник.

Но даже сейчас, после всех приложенных усилий, я знаю, что до 40% больных в стационарах являются больными амбулаторными. Поэтому если главврачи больниц хотят нормально жить, получать нормальную зарплату, то должны понимать, что важность и значимость руководителя клиники для здравоохранения заключается не в количестве коек, а в эффективности их работы. Им необходимо пересмотреть эффективность коечного фонда и оставить ровно столько коек, сколько нужно, исходя из их возможностей и потребностей города.

Хочу подчеркнуть, что город не оставил клиники один на один с фондом ОМС, у нас есть некая «подушка безопасности» — средства бюджета города, которые могут быть выделены непосредственно клиникам. Но дадим мы средства из резерва только тем, кто реально показывает свою эффективность. В противном случае не только не будет дополнительных денег, но и контракт на оказание медпомощи в рамках программы госгарантий может быть расторгнут.

— А каким образом и на каких основаниях стационары должны оптимизировать свой коечный фонд?

— Они должны это делать совместно с Департаментом здравоохранения. Основная проблема выстроить четкую маршрутизацию пациентов. В любом отделении хирургии должны владеть всем спектром рутинных операций, но нужны и подразделения, специализирующиеся на сложных, высокотехнологичных операциях. В ОМС теперь работает 35 крупных стационаров, где мы формируем бригады хирургов различной специализации, которых хорошо знаем.

— Много разговоров во врачебной среде ведется вокруг реструктуризации сети ЛПУ, следствием которой становится определенная ротация кадров, не всегда понятная рядовым медикам. К чему нужно быть готовым специалисту, желающему найти свое место в московском здравоохранении в новых условиях?

— Мы должны в Москве создать компактную и эффективную систему здравоохранения, должны увеличивать число высокотехнологичных, активных коек, а не превращать больницы в социальные пансионаты. Мы призываем врачей идти в поликлиники, которые сейчас совсем не те, что были три года назад. Средняя заработная плата врача в поликлинике сегодня 70 с лишним тысяч рублей. Не оклад, что важно, а именно заработная плата. И когда я слышу: «Какие 70? Я больше 30 не получаю!», то не удивлен. Ведь если врач пришел в 9:00 и ушел в 14:00, его зарплата не будет высокой. Но все возможности зарабатывать, работая так, как работают врачи во всем мире, есть.

— Вы имеете в виду работу на две и больше ставок?

— Никакой утвержденной ставки больше нет. Давайте вернемся к финансированию амбулаторной сети. Те деньги, которые город получает из системы ОМС, мы условно делим на две части: стационарную и амбулаторную. Каждое поликлиническое объединение получает деньги на прикрепленное население и дополнительно за обслуживание неприкрепленного контингента. Если человеку ваша клиника понравилась больше, то вы получите за оказанную ему медпомощь деньги из бюджета той поликлиники, к которой он прикреплен. Помимо этого деньги на услугу из ТФОМС идут за диспансеризацию, работу центров здоровья и дневного стационара. То есть 80% бюджета поликлиники формируется по подушевому нормативу и 20% — за дополнительные услуги. По грубым подсчетам, при прикрепленном населении в 200 тысяч человек клиника получит на год порядка 1 миллиарда рублей. Исходя из этого бюджета и формируется штатное расписание, которое никто не имеет права продиктовать главврачу. Руководителю клиники нужно понимать, сколько и каких специалистов ему необходимо и сколько он может себе позволить при условии выплат достойных зарплат. И это мы проконтролируем. При этом главный врач заинтересован в том, чтобы средняя зарплата врача была выше, так как его заработок находится в прямой зависимости от этого показателя.

— А как осуществляется оплата стационарной помощи?

— Вторая условная половина средств ТФОМС тоже находится в распоряжении поликлиники, но она может использовать их только для оплаты помощи в стационарах. При этом все, что удалось сэкономить на госпитализации, остается на виртуальном счете поликлиники. В случае, когда госпитализация осуществлена через службу скорой помощи, возникает вопрос ее обоснованности. Если она не обоснована, стационар получает деньги не от поликлиники, к которой прикреплен поступивший больной, а от «скорой». В то же время, если госпитализация осуществлена не вовремя, с опозданием, если из-за «жадности» главного врача поликлиники больной попал в стационар в запущенном состоянии, платить придется уже поликлинике, причем в двойном размере. Понятно, что эта система должна пройти отладку, но в идеале она должна стать саморегулируемой. Никому не выгодны необоснованные госпитализации.



**СРЕДНЯЯ ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА ВРАЧА
В ПОЛИКЛИНИКЕ СЕГОДНЯ 70 С ЛИШНИМ
ТЫСЯЧ РУБЛЕЙ. И КОГДА Я СЛЫШУ:
«КАКИЕ 70? Я БОЛЬШЕ 30 НЕ ПОЛУЧАЮ!»,
ТО НЕ УДИВЛЕН. ВЕДЬ ЕСЛИ ВРАЧ ПРИШЕЛ
В 9:00 И УШЕЛ В 14:00, ЕГО ЗАРПЛАТА
НЕ БУДЕТ ВЫСОКОЙ. НО ВСЕ ВОЗМОЖНОСТИ
ЗАРАБАТЫВАТЬ, РАБОТАЯ ТАК, КАК РАБОТАЮТ
ВРАЧИ ВО ВСЕМ МИРЕ, ЕСТЬ.**

**1 млрд
РУБЛЕЙ**

**средний годовой
бюджет
поликлинического
объединения**



Участковый терапевт зарабатывает сегодня до 100 тыс. рублей

– Что происходит со специализированной медпомощью? Вы можете объяснить логику реструктуризации в этом сегменте?

— Мы очень быстро осуществили реорганизацию специализированной помощи. Причем это возврат к тому, что уже было, к хорошо забытому старому. Никогда, например, женские консультации не существовали отдельно от родильных домов, просто на каком-то этапе их решили разделить, увеличив количество начальников и прочего обслуживающего персонала. Мы восстановили статус-кво. Но это важно не только для того, чтобы сократить административный персонал. Ведь когда консультации были сами по себе и уровень их оснащения был соответствующим, по любому мало-мальски сложному случаю беременную женщину направляли на дополнительные обследования. А как только консультация становится амбулаторным отделением роддома, как минимум ясно, где эти обследования можно пройти, а главное — главврач роддома несет ответственность за роженицу с первых дней беременности, что очень важно. Такова логика реструктуризации и других служб. Объединив диспансеры со стационарами, мы сделали специалистов стационаров ответственными за больных, что существенно повышает качество лечения. Следующий шаг в службе родовспоможения — «погружение» роддомов в многопрофильные больницы. Это делается для людей, а не просто для экономики. Роженица такой же человек со своими болячками, а значит, попадая в роддом, она будет нуждаться в до-

полнительной медпомощи в случае осложнений.

– Уже пошел процесс перетекания кадров из стационаров в поликлиники? Помогают ли врачам как-то перестроиться, перепрофилироваться в случае, если их специализация не востребована?

— Процесс пошел. Он медленный, но необратимый. Врачи, приходящие из стационаров в поликлинику, видят, что это уже совсем другого уровня клиника. Но скажу, что и выхода у специалистов нет. Если врач хочет кушать и остаться в профессии, то должен искать себя. И если вдруг ты не состоялся как дерматолог, твои услуги не востребованы, то надо переквалифицироваться. Мы в этом помогаем врачам. За счет департамента такая переквалификация по наиболее востребованным специальностям возможна. Но надо торопиться, пока есть вакансии. У нас избыток дерматологов, урологов, гинекологов, но не хватает терапевтов. При этом участковый терапевт зарабатывает сегодня до 100 тысяч рублей. Но для этого нужно побегать — деньги не должны падать с неба.

– Вы сказали, что неэффективных руководителей клиник будете заменять, а есть кем? Ведь дефицит профессиональных управленцев в здравоохранении очевиден? И можно ли как-то перестроить ментальность тех, кто работает сегодня?

— Меняться придется. Условия меняются, и я как могу объясняю ситуацию, что еще можно сделать, я просто не знаю. Пока отбор происходит методом проб и ошибок.

Подготовил
Сергей
ЛИТВИНЕНКО

КЛЮЧЕВОЕ ЗВЕНО

Объединение амбулаторно-поликлинических учреждений, превращение их в современные, хорошо оснащенные медицинские центры не только открывает перед здравоохранением новые возможности, повышает доступность и качество медицинской помощи, но и в корне меняет степень ответственности медицинских работников. Об особенностях и первых результатах реорганизации первичного звена системы оказания медицинской помощи в Москве рассказывает главный внештатный специалист по амбулаторно-поликлинической помощи Департамента здравоохранения Москвы, руководитель ГБУЗ «Консультативно-диагностический центр № 6 Департамента здравоохранения города Москвы» Вера СИДОРОВА.

— Вера Петровна, каковы первые итоги преобразований в амбулаторно-поликлиническом звене?

— По сути, сегодня реализована возможность оказания медицинской помощи многопрофильного стационара в амбулаторных условиях. В рамках реализации Программы модернизации столичного здравоохранения в амбулаторные учреждения поставлено оборудование, позволяющее проводить обследование и лечение пациентов на самом высоком уровне. Оснащение ряда диагностических служб не уступает оснащению стационаров круглосуточного пребывания пациентов. В Консультативно-диагностическом центре № 6 проводится компьютерная и магнитно-резонансная томография, рентгенологические исследования с контрастированием, ультразвуковая диагностика с использованием аппаратов экспертного класса, работает эндоскопическое оборудование, клиничко-диагностическая, патоморфологическая централизованные лаборатории. Проводятся специализированные диагностические исследования, малоинвазивные оперативные вмешательства.

Активно используются стационарозамещающие технологии: в 2013 году возвращены койки дневного стационара на 104 пациенто-места, организованы стационары на дому по профилям терапия, хирургия, гинекология. Рациональное использование материально-технического оснащения и кадрового потенциала КДЦ № 6 позволяет своевременно провести необходимую диагностику и лечение широкого спектра заболеваний и снизить сроки временной нетрудоспособности пациентов. Увеличился приток к нам кадровых ресурсов из стационаров.



Вера СИДОРОВА,
главный внештатный специалист по амбулаторно-поликлинической помощи Департамента здравоохранения Москвы

— В чем преимущества такой системы организации первичной медицинской помощи?

— Остановлюсь лишь на основных из них на примере Северного административного округа. Первое, что хочется отметить, — изменился принцип обслуживания населения. Раньше 23 небольшие городские поликлиники обслуживали по 35—50 тысяч населения и функционально не были связаны между собой. Отсутствовало столь необходимое для эффективного использования имеющихся ресурсов взаимодействие между стационарными и амбулаторно-поликлиническими учреждениями, не было преемственности в обследовании, лечении и дальнейшей реабилитации пациентов. Сейчас в округе созданы 4 мощных амбулаторно-поликлинических объединения (КДЦ № 6 — одно из них), которые обслуживают по 220—260 тысяч взрослого населения и включают по 5—7 поликлиник, ставших филиалами. Концентрация административного, технического и кадрового ресурсов привела к более эффективной работе. Установлена преемственность между ЛПУ.

В результате всех изменений время ожидания приема врачей-специалистов, а также обследований значительно сократилось. Если раньше оно доходило до 2—3-х месяцев, а КТ и МРТ можно было прождать и более, то сейчас время записи на плановые обследования или консультации составляет от 1 до 14 дней, при необходимости оказания экстренной помощи врач принимает пациента в день обращения. Во всех амбулаторных и стационарных учреждениях компьютерные томографы работают для обеспечения жителей округа. Сроки ожидания исследования на компьютерном томографе составляют до 2—3 недель.

Развитие стационарозамещающих технологий (дневной стационар, стационар на дому) позволило уменьшить количество направлений пациентов в круглосуточный стационар.

Появилась возможность проведения комплексных реабилитационных мероприятий, что особенно важно для маломобильных групп населения (пациентов с заболеваниями нервной системы, опорно-двигательного аппарата); организации бригад в составе врача-реабилитолога, врача-специалиста, врача-физиотерапевта, массажиста, инструктора лечебной физкультуры и так далее. И, что немаловажно, появилась преемственность в ведении пациентов, плани-



В СВЯЗИ С РЕФОРМИРОВАНИЕМ И МОДЕРНИЗАЦИЕЙ НЕ ТОЛЬКО ОТКРЫЛИСЬ НОВЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ, НО И СМЕСТИЛИСЬ АКЦЕНТЫ В СТОРОНУ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ.

рование четкого маршрута пациента при назначении обследований, консультаций и лечения.

Есть существенные изменения и в профилактической работе. Сейчас она ориентирована на выявление риска возникновения заболеваний. В САО создано 6 «Центров здоровья», в том числе 2 детских, в каждом учреждении организованы профилактические отделения. Приоритетной задачей участкового врача становится ведение диспансерных групп населения.

Общегородской информационный сервис ЕМИАС позволил реализовать запись на прием к врачу в электронном виде во всей амбулаторно-поликлинической сети. Помимо привычного способа записи через регистратуру учреждения для населения доступны следующие способы: портал государственных и муниципальных услуг, мобильное приложение, информационный киоск, расположенный в поликлинике, служба записи на прием к врачам города по единому круглосуточному телефону. В САО процесс внедрения общегородского сервиса ЕМИАС — один из самых активных. Основным преимуществом проведенной реорганизации и создания амбулаторно-поликлинических объединений является повышение доступности и качества оказания

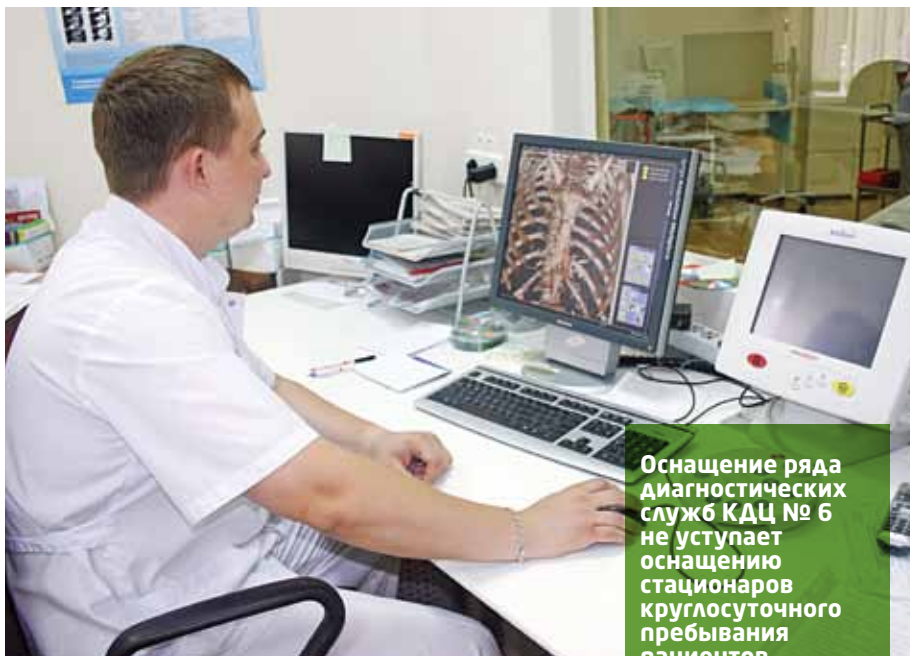
медицинской помощи за счет рационального распределения потоков пациентов, возможности осуществления записи на консультацию и диагностическое исследование через инфоматы, интернет, регистратуру, колл-центры, записи от врача к врачу. Полная информатизация лечебного процесса дает возможность пациенту выбрать удобное время на прием к врачу-специалисту как непосредственно в поликлинике, так и с удаленного доступа.

— А как теперь живет участковый врач?

— Конечно, перемены произошли и в работе врачей. Организовано автоматизированное рабочее место в ЕМИАС, меньше времени тратится на выписку рецептов, учет услуг и запись пациентов к другим врачам объединения. Благодаря новому оборудованию сократились сроки обследования пациентов, появилась возможность направлять их к врачам-специалистам первого и второго уровней. А врач, придя на дом, получил возможность оказания комплексной услуги — он осматривает пациента, осуществляет при необходимости забор анализов и может выписать рецепт на лекарство.

— Каково теперь место поликлиник в выстраиваемой в Москве системе оказания медпомощи?

— Можно сказать, первоочередное. Должен быть перенесен акцент с дорогостоящего стационарного звена на амбулаторное, для чего сегодня имеются все возможности. Основной задачей поликлиник, входящих в состав амбулаторного центра, становится максимальное приближение к пациенту медицинской помощи первого уровня. Для этого необходимо повысить доступность участковой медпомощи, уменьшить временные затраты на вспомогательную работу (оформление различной документации, о чем я говорила выше). В ряде случаев пациенту предоставляется возможность получать лекарственные препараты в рамках ДЛО в курсовых дозах на срок до 3-х месяцев, что позволяет исключить визиты пациентов, приходящих к врачу только за рецептом.



Оснащение ряда диагностических служб КДЦ № 6 не уступает оснащению стационаров круглосуточного пребывания пациентов

— А как развивается профилактическое направление работы поликлиники?

— В связи с реформированием и модернизацией не только открылись новые диагностические и лечебные возможности, но и сместились акценты в сторону профилактической медицины. В связи с чем возникла необходимость поиска новых форм работы, в том числе с населением.

Наши больные с удовольствием посещают школы профилактики артериальной гипертензии, бронхиальной астмы, сахарного диабета, остеопороза, в филиалах № 1 и № 5 женщины посещают Школу беременных. В амбулаторном учреждении участковый врач — главная фигура, он не должен быть просто диспетчером. Мы провели акцию «Ваш участковый врач», во время которой медработники встречались с жителями своих терапевтических участков.

В целях своевременного анализа обращений и предложений граждан, информационной работы с пациентами, консолидации интересов медицинского учреждения и различных групп населения сформирован Общественный совет. В него вошли наиболее активные и уважаемые жители. Организована общественная приемная в головном учреждении и выездные общественные приемные в филиалах. Члены Общественного совета ведут индивидуальный прием населения, участвуют в проведении круглых столов. На базе общественной приемной открыт консультативно-правовой центр для оказания безвозмездной юридической помощи населению и проведения лекций по тематике, предлагаемой жителями, с учетом их возрастной категории.

Организована горячая линия для незамедлительного реагирования на обращения граждан. Мы регулярно проводим встречи с населением, социологические опросы и анкетирование. Главные врачи амбулаторных центров отчитываются перед депутатами муниципальных собраний. Это позволяет получать от жителей новую информацию, объединить усилия медработников и местных органов власти и направить их на улучшение качества и повышение доступности медицинской помощи. Все эти меры привели к снижению обращений граждан в связи с неудовлетворенностью оказываемой медпомощью.

— Как выстраиваются взаимоотношения со стационарами, скорой помощью?

— В амбулаторных учреждениях создана сеть отделений неотложной помощи, и когда пациент обращается в «ОЗ», служба решает, кого отправить на вызов — «скорую» или все-таки «неотложку». Налажено некое централизованное взаимодействие. После оказания неотложной или скорой медицинской помощи в случае необходимости актив передается в поликлинику, к пациенту приходит участковый врач, чтобы определить необходимость его динамического наблюдения в дальнейшем. Если пациент нуждается в круглосуточном наблюдении врача, то он госпитализируется бригадой скорой помощи. Но, конечно, надо четко понимать, что речь идет о тех больных, госпитализация которых обоснована, в других случаях пациент должен лечиться амбулаторно — либо приходя на прием, либо пребывая под наблюдением в дневном стационаре поликлиники.

Реестр маломобильных пациентов мы передали в отделение неотложной помощи при ГКБ № 81. Врачи «неотложки» обслуживают этих больных, что позволяет уменьшить нагрузку на «скорую».

— Как известно, изменения коснулись и схем финансирования лечебных учреждений. В чем преимущества схемы подушевого финансирования для поликлиник?

— При подушечном финансировании амбулаторно-поликлинические учреждения получают средства на прикрепленное население. Раньше производилась оплата по факту оказанных услуг — чем больше количество услуг, тем больше денег получает учреждение. Количество услуг наращивалось порой за счет качества, нередко отмечались факты приписок. Сейчас отпадает необходимость и необоснованного увеличения объема оказываемых услуг и приписок. Кроме того, поликлиники получают финансирование сверх подушевого, к примеру, за лечение в дневном стационаре, проведение всеобщей диспансеризации и профилактических осмотров и другое.

**1-14
ДНЕЙ**

**время ожидания
на плановые
обследования
или консультации**

— Много говорится о том, что в условиях подушевого финансирования поликлиники неохотно дают пациентам направления в стационары. Как отрегулировать этот процесс?

— В стационары должны направляться пациенты, которые нуждаются в круглосуточном наблюдении врача. Здесь не стоит вопрос: охотно — неохотно. Если пациенту показана госпитализация, то врач обязан направить его в больницу. Все пациенты, которым нужна госпитализация, попадают в больницу, и никому отказа в госпитализации нет и быть не может.

— На что бы вы посоветовали главврачам обращать внимание при определении годового бюджета своего учреждения?

— Надо постараться правильно распланировать бюджет. Не должна снижаться заработная плата сотрудников, она поддерживается на достаточно высоком уровне, который нам установлен Департаментом здравоохранения и правительством Москвы. Надо рационально использовать имеющиеся ресурсы — и материально-технические, и кадровые, и финансовые. Не должно быть бездельников. В то же время следует избегать необоснованных перегрузок в работе медицинского персонала, потому что в этом случае пострадает качество помощи. Необходимо также помнить о платных услугах, которые можно оказывать пациентам, которые хотят получать услуги вне очереди, в какое-то определенное время или в особых условиях.

— А каково, на ваш взгляд, разумное соотношение платной и бесплатной медицинской помощи в лечебном учреждении?

— Здесь однозначно не ответишь. Объем платных услуг определяется спросом и наличием квалифицированных кадров. Много зависит от расположения ЛПУ, от числа прикрепленного населения, от того, с какой нагрузкой работают врачи. К примеру, если поблизости от лечебного учреждения находятся крупные торговые центры, рынки, то число пациентов, обращающихся за платной медицинской помощью, больше. Если материально-технических и кадровых ресурсов достаточно, то объем платных услуг, оказываемых не в ущерб основной деятельности, то есть бесплатному оказанию медицинской помощи, возрастает.

— Некоторые врачи поликлиник жалуются, что в новых условиях снижается зарплата. С чем это может быть связано? И как решить эту проблему?

— В нашем учреждении заработная плата не снизилась, напротив, по итогам 2013 года, она

Система трех уровней

Как известно, в Москве проведена реорганизация амбулаторно-поликлинических учреждений путем объединения 220 взрослых и 150 детских городских поликлиник. В результате реорганизации созданы 46 амбулаторно-поликлинических объединений для оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению и 40 — для детского населения, из расчета одно объединение на 150—250 тыс. населения. Объединения являются самостоятельными юридическими лицами, имеют в своем составе обособленные структурные подразделения (бывшие участковые поликлиники), которые при оказании первичной медико-санитарной помощи прикрепленному населению взаимосвязаны организационно и функционально. Участковые поликлиники, вошедшие в состав объединений, приобрели статус филиалов. При проведении реорганизации учитывались территориальное расположение амбулаторно-поликлинических объединений (практически шаговая доступность), оснащенность лечебно-диагностическим оборудованием (обеспечение доступности населению различных видов диагностики), укомплектованность врачами (при необходимости пациент может обратиться в любую поликлинику объединения). Созданная в городе система оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому и детскому населению трехуровневая. На первом уровне поликлиниками осуществляется организация и проведение мероприятий по профилактике, раннему выявлению и лечению заболеваний, формированию здорового образа жизни. На втором уровне амбулаторными центрами осуществляется диагностика и лечение заболеваний, требующих применения специальных методов исследования. Третий уровень — это консультативно-диагностические центры стационаров, высокотехнологичная медицинская помощь. При организации амбулаторных центров учитывались сформировавшиеся пути следования пациентов, возможность их перемещения наземным транспортом на обслуживаемой территории, а также определены контингенты пациентов лечебных учреждений 1, 2 и 3 уровней.



Основная задача поликлиник — максимальное приближение к пациенту медицинской помощи первого уровня

увеличилась. При объединении учреждений были опасения дефицита финансирования. Мы провели детальный экономический анализ, учли новые возможности всех объединившихся поликлиник и смогли не только выжить, но и поднять среднюю зарплату врачам до целевых значений.

Что касается случаев снижения зарплаты, думаю, надо анализировать ситуацию в каждом конкретном учреждении, почему и как это произошло. Это может быть связано с недостаточным количеством прикрепленного населения, могут быть не учтены какие-то финансовые трудности учреждения. Количество имеющихся средств может не соответствовать числу медицинских работников. Это соотношение должно быть оптимальным. Возможны и другие причины.

— На что бы вы ориентировали врача (узкого специалиста, терапевта), пытающегося найти свое место в московском здравоохранении сегодня?

— Я бы пригласила работать врачей в амбулаторную сеть. Потому что амбулаторное звено должно быть ведущим, ведь огромный объем медицинской помощи оказывается здесь. Не надо бояться работы в поликлинике, учреждения хорошо оснащены, работать здесь стало в удовольствие. У нас, например, есть специалисты столь высокой квалификации, что их приглашают в стационары консультировать больных. Я приглашаю врачей на работу к нам!

— Каковы ближайшие перспективы развития амбулаторно-поликлинического звена в Москве? На чем нужно сконцентрировать внимание прежде всего главврачам?

— Нам необходимо каждому пациенту, обратившемуся в амбулаторно-поликлиническое учреждение, обеспечить индивидуальный подход. К примеру, мы сейчас развиваем службу реабилитации. С чем бы ни обратился к нам пациент, он должен получить высококвалифицированную помощь, с учетом стандартов и Порядков оказания медицинской помощи. Не должно быть невнимательного, усредненного отношения к пациенту.

— А в организационном аспекте?

— Сейчас главная проблема — это дефицит кадров, в первую очередь участковых терапевтов. Если мы сможем укомплектовать поликлиники участковыми терапевтами и врачами узких специальностей, то система заработает в полную силу. Потому что у нас есть все, что необходимо для лечения пациента, — хорошая материально-техническая база, какой никогда не было в поликлиниках, возможность повышать квалификацию врачей. Наши специалисты проходят стажировки за рубежом. Думаю, здесь изменить ситуацию могло бы решение выделять ведомственную жилую площадь медицинским работникам или предоставлять им возможность приобретать жилье на льготных условиях. Тогда бы люди к нам пошли, особенно молодежь.

Подготовила
Римма ШЕВЧЕНКО

НЕ НАДО БОЯТЬСЯ ПЕРЕМЕН

Одно из направлений реструктуризации сети московских клиник — создание хорошо оснащенных многопрофильных стационаров. Городская клиническая больница № 57 — один из таких. На сегодняшний день в оказании медицинской помощи принимают участие более двух тысяч высококвалифицированных специалистов разного профиля. Учреждение функционирует в круглосуточном режиме, больница ежедневно оказывает плановую и экстренную помощь своим пациентам, причем экстренная составляет 55%. О работе стационара в новых условиях рассказывает председатель Совета главных врачей Москвы, главный врач Городской клинической больницы № 57 Ирина НАЗАРОВА.

— Ирина Александровна, не могли бы вы подвести предварительные итоги реформ в московском здравоохранении с точки зрения руководителя стационара? Какие изменения, произошедшие в больнице, вы считаете наиболее важными?

— Три года назад московское здравоохранение находилось в очень сложной ситуации, так как 70% имеющегося оборудования было практически полностью изношено. Реализация программы модернизации, начавшаяся в 2011 году, помогла изменить ситуацию кардинально.

Ключевым же стало присоединение к нашей клинике два года назад двух новых лечебных учреждений — Онкодиспансера № 3 и Городской урологической клинической больницы № 47. В результате на базе больницы были сформированы два мощных кластера по урологии и онкологии, соответствующие европейскому уровню медицины. По сути, они стали приоритетными направлениями в деятельности нашего лечебного учреждения.

— Как встроено онкологическое отделение вашей клиники в общую систему оказания медпомощи этой категории больных в Москве?

— В Москве всегда существовала высокая потребность в онкологической специализированной и высокотехнологичной помощи, которая за последние годы возросла.

Создание мощного онкологического стационара в нашей больнице во многом помогло решению этой проблемы, а очередь на госпитализацию сократилась до одной недели. Онкологическая служба больницы сегодня включает в себя следующие онкохирургические отделения: гинекологию, урологию, абдоминальную и общую онкологию, маммологию



Ирина НАЗАРОВА,
председатель Совета
главных врачей Мо-
сквы, главный врач
Городской клинической
больницы № 57

и колопроктологию, а также радиологическое отделение и отделение химиотерапии. По программе модернизации здравоохранения получены и введены в работу аппараты компьютерной томографии, эндоУЗИ, эндовидеохирургическое оборудование, энергетические платформы Force Triade, ультразвуковые диссекторы, аргонплазменное оборудование, аппарат для конфокальной микроскопии (In Vivo), микроволновой и радиочастотной абляции опухолей, интраоперационной лучевой терапии. Это позволило обследовать больных в самые короткие сроки и проводить лечение с использованием высоких технологий.

Выполняются такие операции, как резекция прямой кишки с сохранением вегетативной тазовой иннервации, формирование различных видов резервуаров при низких резекциях прямой кишки, что значительно улучшает качество жизни больных после перенесенного хирургического лечения, 35% колопроктологических операций выполняются лапароскопически.

При опухолях молочной железы и кожи одновременно с хирургическим лечением выполняется интраоперационная лучевая терапия, что позволяет значительно улучшить отдаленные результаты лечения и прогноз заболевания.

Освоены и внедрены в клиническую практику внутрисосудистые и миниинвазивные эндоскопические вмешательства: эндомукозальные резекции при «ранних» раках пищевода, желудка и толстой кишки, стентирование при нерезектабельных опухолях пищевода и желудка, эндоскопическая ультрасонография, под контролем которой выполняется тонкоигольная пункция образований гепатобилиарной зоны и лимфатических узлов, баллонная дилатация стриктур пищевода и пилоро-бульбарной зоны, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, эндоскопическая папилосфинктеротомия.

В клиническую практику внедрен метод суперселективной химиоэмболизации опухолей печени гепасферами, метод микроволновой и радиочастотной абляции первичных и метастатических опухолей печени.

В отделении химиотерапии используются современные противоопухолевые и таргетные препараты, а также препараты сопроводения.

Противоопухолевые препараты вводятся с использованием инфузоров (помп), инфузوماتов и портов. Введен в практику «Обрис» для профилактики алопеции (облысения) во время применения химиотерапии, а также «Адаптер» для разведения препаратов, обеспечивающий безопасность медицинского персонала. В настоящий момент заканчивается монтаж комплекта самого современного оборудования для проведения лучевой терапии, отвечающего мировым стандартам, который позволит проводить лечение максимально эффективно и с минимумом побочных реакций. В его состав входит: высокоэнергетический линейный ускоритель, аппараты дистанционной, внутрисосудистой и внутритканевой терапии, а также аппарат близкофокусной рентгенотерапии, позволяющей безопасно лечить многие виды опухолей кожи, что особенно важно для пожилых пациентов. Кроме того, установлен комплект дозиметрической и топометрической аппаратуры, обеспечивающий высокую точность планирования и подведения дозы, что в конечном итоге также повышает качество лечения. Благодаря капитальному ремонту все палаты радиологического отделения оснащены индивидуальными санузлами, современной медицинской мебелью и системами электронного оповещения, что значительно повышает комфортность пребывания пациента в стационаре.

Организация онкологического консультативно-диагностического отделения на базе больницы позволяет полноценно обследовать больных на догоспитальном этапе, приводит



**РАБОТАТЬ ВО ВРЕМЕНА ПЕРЕМЕН
КРАЙНЕ НЕПРОСТО, НО ВСЕ ЗАВИСИТ
ОТ РУКОВОДИТЕЛЯ И ЕГО ЖЕЛАНИЯ СЛУЖИТЬ
СВОЕМУ ДЕЛУ.**

к сокращению сроков пребывания пациентов в стационаре. Диспансерное наблюдение за больными осуществляется в онкологическом диспансере, где реализуется дальнейший план лечения, определенный в стационаре.

Таким образом, в нашей больнице стало возможным получить комплексное (на базе одного учреждения) лечение пациентам онкологического профиля.

— Чем онкологическая служба вашего стационара отличается от таковых в других клиниках?

— На сегодняшний день остается актуальной проблема лечения больных, имеющих тяжелую сочетанную патологию, что не позволяет провести оперативное лечение в полном объеме.

В нашей больнице сегодня представлен весь спектр специализированной помощи по кардиологии, эндокринологии, неврологии, пульмонологии и другим заболеваниям. Больным проводится вся необходимая предоперационная подготовка, что наряду с внедрением малоинвазивных хирургических методик дает возможность оказывать помощь пациентам, ранее считавшимся неоперабельными.

— Урология — второе ключевое направление деятельности стационара, как сегодня выстроена работа здесь?

— В состав урологической службы входят: отделение экстренной урологии, малоинвазивных методов диагностики и лечения урологических заболеваний, дистанционной ударно-волновой литотрипсии для дробления камней в почках и мочеточниках, онкоурологии. Широкое развитие получила брахитерапия, которая сегодня применяется в единичных медицинских учреждениях.

Современное диагностическое и операционное оборудование, поступившее в больницу за последние два года, дает возможность эффективно лечить пациента с любой урологической патологией, активно используя при этом самые современные методики и технологии лечения.

— И все-таки, наверное, успех лечения зависит не только от оснащения современным оборудованием, но и от уровня профессионализма врачей?

— Совершенно верно. Правительство Москвы и Департамент здравоохранения уделяют большое внимание этому вопросу, благодаря чему наши врачи получили возможность пройти стажировку в лучших клиниках Швейцарии, Израиля, Кореи, где перенимали опыт работы на новом современном оборудовании.

Таким образом, в результате реализации программы модернизации здравоохранения оказание медицинской помощи в нашем лечебном учреждении перешло на новый уровень. Внедрение и использование современного оборудования, применение новейших технологий и методов лечения позволило повысить эффективность оказываемых нашим пациентам медицинских услуг, сделать их более качественными и доступными.

— А каково место главного врача в меняющейся системе? Тяжело работать в новых условиях?

— Главный врач — это не профессия, фактически образ жизни, предполагающий работу в круглосуточном режиме. Это ответственность за своих подчиненных и за пациентов. И без любви к своей работе справиться с грузом ответственности нереально. Бесспорно, работать во времена перемен крайне непросто, но все зависит от руководителя и его желания служить своему делу. Но не стоит этого бояться, надо просто добросовестно работать.

Подготовила
Татьяна КОЛБАСОВА

«ИНФАРКТНАЯ СЕТЬ» ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ МОСКВИЧЕЙ

Благодаря оснащению московских больниц новейшим кардиохирургическим оборудованием за последние полгода удалось добиться настоящего прорыва в борьбе с крупноочаговым инфарктом миокарда. Смертность по причине данного заболевания упала почти в 3 раза. Подробнее об изменениях в подходах к лечению кардиососудистых заболеваний рассказывает главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения Москвы, заведующий кафедрой кардиологии МГМСУ, профессор Александр ШПЕКТОР.



Александр ШПЕКТОР,
главный внештатный
специалист кардиолог
Департамента здра-
воохранения Москвы,
заведующий кафедрой
кардиологии МГМСУ,
профессор

— Александр Вадимович, какова в современных развитых странах ситуация с распространенностью и смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний?

— Сердечно-сосудистая патология — это основная причина смертности и инвалидизации населения во всех развитых странах. Причем на фоне снижения смертности в результате инфекционных болезней, травматизма именно кардиологические и онкологические патологии выходят на первый план, являясь первой причиной гибели людей. Важную роль в формировании такой статистики играет и старение населения.

В показателях летальности различных государств Европейского региона и США имеются заметные отличия. Например, во Франции в 2009 году показатель составлял 157 случаев на 100 тысяч мужского населения и 91 на 100 тысяч женского, в Англии в 2010 году — 205 и 111 соответственно, в Германии в 2011-м — 231 и 163; в Голландии — 171 и 113; в Норвегии — 184 и 116. При этом в США смертность от сердечно-сосудистых патологий в 2008 году достигала 245 случаев на 100 тысяч населения.

Сердечно-сосудистые патологии являются главной болезнью современной цивилизации. Основные «маркеры» поведения нашего современника — малые физические нагрузки, структура питания с большим содержанием жирной пищи и легкоусвояемых углеводов — с возрастом повышают риск развития инфаркта миокарда, сердечной недостаточности, серьезных нарушений ритма сердца.



Современная кардиология требует для лечения указанных патологий сложного современного оборудования и высокой квалификации специалистов

— Можно ли сравнить показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в России и странах Европы?

— В целом ситуация по России хуже, чем в Европе, но в Москве показатели смертности все-таки ниже среднероссийских. Летальность в Москве от болезней системы кровообращения в 2012 году составила 553 на 100 тысяч населения, а в 2013-м — 539, то есть на 2,6% меньше. По России в целом снижение летальности за этот период оказалось еще большим — 4,5%. Но общие по стране цифры смертности от ССЗ продолжают оставаться заметно выше, чем в столице: в 2012 и 2013 годах соответственно 729 и 696 на 100 тысяч населения.

Современная кардиология требует для лечения указанных патологий как сложного и современного оборудования, так и высокой квалификации специалистов. В Москве главные трудности до последнего времени были связаны с нехваткой именно оборудования. Но к 2013 году она разрешилась благодаря программе модернизации московского здравоохранения. Сегодня недостаток лечебно-диагностического оборудования не может быть аргументом, оправдывающим плохие результаты лечения. Мы получили самые современные рентген-операционные, ультразвуковые аппараты, компьютерные и магнитно-резонансные томографы. И сегодня, пожалуй, основной задачей кардиологической службы Москвы является правильное применение и организация эффективной логистики использования инновационной медицинской техники.

— На чем будет сосредоточено внимание московских кардиологов в ближайшее время?

— В середине прошлого года мы начали реализацию программы по лечению острого инфаркта миокарда, причем самой его опасной формы — острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST на электрокардиограмме. Если обнаруживается данный признак, то скорее всего это означает, что тромб полностью закрыл большую коронарную артерию, в результате чего может образоваться крупный очаг некроза, а затем на его месте и большой соединительнотканый рубец. Даже если пациент выживает после такой сердечно-сосудистой катастрофы (а риск смерти без эффективного лечения здесь очень велик), то высока вероятность развития недостаточности кровообращения и инвалидизации.

В лечении этой формы инфаркта миокарда в начале нынешнего века были достигнуты значительные успехи. Госпитальная летальность в развитых странах упала ниже 10%, главным образом за счет того, что основным способом лечения острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST стала первичная экстренная ангиопластика и стентирование коронарных артерий. Больного нужно как можно скорее доставить в

рентген-операционную, как можно быстрее сделать коронарографию, увидеть, какой сосуд закрыт, и установить в это место специальный коронарный стент, полностью восстанавливающий кровоток по пораженной артерии. Экстренное стентирование в остром периоде инфаркта миокарда уменьшает размер повреждения сердечной мышцы и позволяет больному после операции вернуться к полноценной жизни. Именно эти операции и позволили при обширных инфарктах уменьшить госпитальную летальность до тех значений, которые я назвал.

Для того чтобы организовать подобное лечение больных с острым инфарктом миокарда, в развитых странах мира началось создание так называемых инфарктных сетей, которые позволяют осуществить всю логистику оказания медицинской помощи — от момента вызова бригады СМП к больному до его доставки в специализированный центр, где есть рентген-операционная.

— Когда и где впервые была создана подобная сеть в масштабе страны?

— В Чехии, где вся страна была поделена на регионы, в каждом из которых начал действовать центр экстренной ангиопластики — именно туда на «скорой» доставлялись пациенты с острым инфарктом миокарда. Уже к 2005 году экстренное стентирование получали более 90% больных всей страны. Госпитальная летальность стала ниже 10%.

Вскоре подобные сети начали организовывать у себя и другие европейские страны. В частности, в разных графствах Англии, где в 2008 году начали реализовывать аналогичную программу, уже к 2010 году соотношение выполненных первичных стентирований в остром периоде инфаркта миокарда увеличилось до 70%, тогда как число тромбозисов стало меньше 30%. Напомню, что до широкого внедрения первичных чрескожных коронарных вмешательств восстановление проходимости инфаркт-связанной артерии осуществляли медикаментозно с помощью тромболитических препаратов. Это менее эффективный метод, и он приводит к многочисленным осложнениям. Госпитальная летальность по всей Англии в результате остро-

го инфаркта миокарда к началу 2010 года не превышала 10%.

Если оценивать эффективность инфарктной сети в разных частях страны, то, конечно, в привилегированном положении находятся мегаполисы. Компактность проживания населения в таких городах позволяет быстрее доставлять пациента в рентген-операционную. В крупнейшем европейском мегаполисе, Лондоне, в 2008 году тромбозис для лечения острого инфаркта миокарда практически перестали применять, взамен



Время от приезда бригады скорой помощи к больному до его доставки в ангиоцентр сейчас составляет по Москве 70 минут

английские кардиологи практически повсеместно выполняли ангиопластику. На 8 миллионов населения в Лондоне действуют всего 8 круглосуточных центров, где выполняются экстренные стентирования. Это свидетельствует об очень высокой эффективности работы центров. То же самое происходит в Вене. В 2002 году здесь началась реализация аналогичной программы (до ее реализации госпитальная летальность от острого инфаркта миокарда составляла более 17%). В результате число первичных ангиопластик удалось увеличить почти в 5 раз, и тогда летальность стала ниже 10%.

– Обратимся теперь к ситуации в Москве?

— До последнего времени в Москве мы могли только мечтать о таких результатах. Но уже в прошлом году мечта стала обретать реальные очертания. И сейчас в круглосуточном режиме в Москве работает 17 центров экстренной ангиопластики. Еще 3 центра пока работают ежедневно, но только в рабочие часы, они пока не перешли на круглосуточный режим. Время доставки больных бригадами скорой помощи сейчас составляет в Москве около 20 минут. Исключение — Новая Москва и Зеленоград. Там время доезда машин СМП к пациентам больше. Но в Вороново, одном из больших поселков Новой Москвы, уже планируется построить центр экстренной ангиопластики. Пока же больным во время транспортировки в ближайший центр проводится тромболитическая терапия. Именно исходя из появившихся возможностей мы сформулировали программу по лечению острого инфаркта миокарда в Москве. Заместитель мэра в правительстве Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников провел в октябре совещание, по результатам которого был издан приказ Департамента здравоохранения, прописывающий подробную маршрутизацию больного, распределение функций различных подразделений. Наша главная цель состояла в том, чтобы обеспечить максимальное количество — то есть 90 и более процентов — больных с острым инфарктом миокарда экстренной ангиопластикой в течение 2 часов после обращения к врачу. Это европейская норма!

– Не могли бы вы перечислить задачи, которые необходимо решить кардиологической службе Москвы для достижения озвученной вами цели?

— Первая задача оказалась самой сложной — сократить до минимума время «боль — вызов СМП». Московских пациентов я бы назвал весьма «терпеливым народом». Они иногда вызывают бригаду скорой помощи через 1–2 суток после появления болей, и на вопрос врачей: «А что вы делали все это время?» — отвечают: «Терпели». В то же время ангиопластика наиболее эффективна в течение первых нескольких часов от окклюзии артерии и затем до 12 часов после начала инфаркта. Далее эффективность падает, поскольку сердечная ткань уже погибла, и даже если открыть артерию, кровь потечет в уже омертвевший миокард. Поэтому мы стремимся добиться того, чтобы больной как можно раньше вызывал скорую помощь. Среднее время вызова по Москве сейчас составляет около 8,4 часа. Для того чтобы оно сократилось, поликлинические терапевты и кардиологи должны очень настойчиво и терпеливо работать с населением. Они обязаны объяснять всем пациентам с факторами риска инфаркта миокарда, что, если появились сильные боли, сдавило грудь и боли продолжаются больше 5 минут, надо вызывать «скорую». Скажу, что в повышении уровня настороженности населения



НАША ГЛАВНАЯ ЦЕЛЬ СОСТОЯЛА В ТОМ, ЧТОБЫ ОБЕСПЕЧИТЬ МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО — ТО ЕСТЬ 90 И БОЛЕЕ ПРОЦЕНТОВ — БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЭКСТРЕННОЙ АНГИОПЛАСТИКОЙ В ТЕЧЕНИЕ 2 ЧАСОВ ПОСЛЕ ОБРАЩЕНИЯ К ВРАЧУ. ЭТО ЕВРОПЕЙСКАЯ НОРМА!

важную роль играют различного рода информационные проекты. Так, известный кинорежиссер Павел Лунгин любезно согласился снять короткие ТВ-фильмы с участием популярных артистов, сюжеты которых наглядно иллюстрируют необходимость быстрого вызова скорой помощи при болях в груди.

И, кстати, о «скорой». В России «скорая» остается одной из самых лучших служб в мире, и это, по-моему, один из наших «козырей» вообще и в создании инфарктной сети в частности.

Теперь о нашей следующей задаче. Все больные с острым инфарктом миокарда, а также с острым коронарным синдромом или нестабильной стенокардией должны госпитализироваться только в те центры, где есть экстренная ангиографическая служба. В другие больницы эти пациенты поступать не должны. Если вдруг по какой-то причине это все же случилось, например, из-за ошибки врачей бригады СМП или в ситуации, когда инфаркт начался у пациента, находящегося на стационарном лечении в больнице, где специализированного центра нет, то таких больных надо срочно переводить в специализированный центр. В 1–2-м кварталах прошлого года доля больных с острым инфарктом миокарда, доставленных в специализированные центры, составляла 60%, а в январе-феврале этого года — уже свыше 80%.



ВСЕ БОЛЬНЫЕ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, А ТАКЖЕ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ИЛИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ДОЛЖНЫ ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬСЯ ТОЛЬКО В ТЕ ЦЕНТРЫ, ГДЕ ЕСТЬ ЭКСТРЕННАЯ АНГИОГРАФИЧЕСКАЯ СЛУЖБА. В ДРУГИЕ БОЛЬНИЦЫ ЭТИ ПАЦИЕНТЫ ПОСТУПАТЬ НЕ ДОЛЖНЫ.

И очень важно, чтобы все поступившие в центры пациенты с острым инфарктом миокарда в течение первых же 12 часов после появления болей были немедленно стентированы. Причем, по европейским стандартам, временной отрезок «дверь — баллон», то есть от поступления пациента в ангиоцентр до восстановления кровотока, должен быть менее 1 часа. Сегодня в Москве этот временной отрезок составляет в среднем 50 минут. Время от вызова скорой помощи до раздутия баллона сейчас 125 минут, при европейской норме в 2 часа.

И еще. Время от приезда бригады скорой помощи к больному до его доставки в ангиоцентр сейчас составляет по Москве 70 минут. Однако хотелось бы уменьшить этот показатель до 1 часа. Надеюсь, что решить эту задачу нам поможет новый приказ Департамента здравоохранения Москвы, согласно которому первая же бригада СМП, которая приезжает к больному с острым инфарктом миокарда, должна

доставить его в специализированный ангиоцентр.

— Среди больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, которые вызвали «скорую» в течение 12 часов после начала инфаркта, сколько сейчас попадает в специализированные центры?

— Если в июле прошлого года этот показатель составлял около 70%, что было значительно ниже показателей развитых стран, то сейчас данная цифра увеличилась до 90%, причем подчеркну, что мы говорим о больных, не только доставляемых в центры, а которым выполняется экстренное стентирование. И если в июле прошлого года число поздних поступлений таких пациентов составляло 11%, то сейчас только 6%. За этот же интервал частота отказов больных от операций упала почти в два раза. Это говорит о росте профессионализма врачей, которые теперь более убедительно объясняют пациентам, к каким последствиям приведет отказ от операции.

12 ЧАСОВ

время, в течение которого пациенту с острым инфарктом миокарда при появлении боли должно быть проведено стентирование

– Все ангиоцентры сейчас работают бесперебойно или все же прости случаются?

— Все экстренно работающие ангиографы сейчас обеспечены расходными материалами и действуют бесперебойно. Кроме того, больница заинтересована в наибольшем числе операций, поскольку чем больше она делает стентирований, тем больше зарабатывает денег. Размер тарифа, установленного за выполнение операции, включает затраты на расходные материалы. Мы смогли решить и еще одну довольно острую проблему — лечение иногородних пациентов. Сейчас в ангиоцентрах московской инфарктной сети экстренные стентирования делаются не только москвичам, но и жителям других городов, такие операции оплачиваются из средств ОМС.

– Какова сейчас в Москве летальность пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST?

— В целом за 2013 год средний показатель летальности при обширных инфарктах миокарда составил примерно 13%. При этом среди больных, перенесших экстренное стентирование, этот показатель равен 7%, а среди пациентов без стентирования — 20%. Текущий год демонстрирует положительную динамику. Средний показатель летальности за первый квартал составил 11%.

– А инфаркты с подъемом сегмента ST являются одновременно и самыми опасными, и распространенными?

— Нет, более часто встречаются мелкоочаговые инфаркты, при которых летальность ниже, но они более «коварны» и непредсказуемы, чем крупноочаговыми инфарктами, как правило, страдают более пожилые больные с тяжелой сопутствующей патологией, нередко с более распространенным атеросклерозом. Сейчас мы начинаем активную работу по повышению эффективности лечения этих больных. Таким образом, именно они станут нашей следующей «целевой» группой. Но здесь хотелось бы напомнить, что стентирование — это отнюдь не завершающий этап в лечении любого инфаркта миокарда.

Когда такой больной выписывается из стационара, он должен находиться под наблюдением поликлинического кардиолога. Поликлиника извещается о том, что пациент нуждается в специальном врачебном контроле, потому что он относится к группе особого риска, где вероятность повторных инфарктов очень высока. И если в остром периоде инфаркта миокарда самое главное — это операция, то дальнейшее лечение такого пациента заключается в контроле факторов риска и медикаментозной терапии. В нее входят аспирин, еще один антиагрегантный препарат, статины и для большинства больных также и бета-адреноблокаторы. Сегодня в Москве все больные после инфаркта миокарда получают эти лекарства бесплатно.

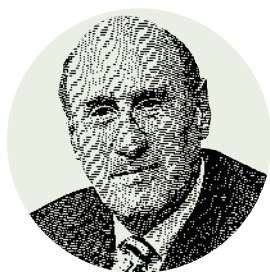
– Каким образом отслеживается работа московской инфарктной сети?

— Каждый день все стационары, куда привозят больных с острым инфарктом миокарда и где проводятся экстренные стентирования, посылают в оргметодотдел по кардиологии Департамента здравоохранения Москвы отчет, где указано, сколько поступило пациентов, какое они получили лечение. Все основные показатели лечения пациентов в центрах инфарктной сети, в частности, время, за которое пациент был доставлен, время боль — звонок, время, за которое раскрыли баллон, любые задержки, если они случались, отслеживаются практически в онлайн-режиме. Из показателей отдельных центров образуются усредненные цифры, мы анализируем их, ищем «слабые точки» в работе сети, принимаем меры, чтобы система работала лучше.

Подготовил
Александр РЫЛОВ

ЛЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА ЗАВИСИТ НЕ ТОЛЬКО ОТ ВРАЧА

Главной целью реформы системы столичного здравоохранения является снижение показателей смертности от управляемых причин и повышение средней продолжительности жизни городских жителей в первую очередь за счет сокращения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний — инсультов и инфарктов миокарда. О том, за счет каких механизмов можно обеспечить реальное снижение этих показателей и каким образом повысить эффективность лечения пациентов с инфарктом, рассказывает недавно посетивший российскую столицу по приглашению Департамента здравоохранения Москвы американский кардиолог, профессор, доктор Джозеф АЛЬПЕРТ.



**Доктор
Джозеф АЛЬПЕРТ,**
американский
кардиолог, профессор

— Доктор Альперт, давайте смоделируем ситуацию: у человека, который находится в своей квартире где-нибудь в Бруклине, случился инфаркт. Что дальше с ним происходит?

— В США существует телефон экстренной службы, он единый для всей страны — 911. Этот номер включает все варианты экстренных служб. Например, можно сказать: «Кто-то внизу стреляет из пистолета» или «Меня беспокоит боль в груди». Если вы жалуетесь на боль в груди, то вас переключают на раздел пожарной службы. В пожарной службе существует 2 отделения: сотрудников, которые выезжают на пожар, и сотрудников экстренной медицинской помощи. Отдельно необходимо сказать, что эта система пожарной службы в США находится в государственном подчинении, а не является частной организацией, как во многих других странах. Как только в пожарные службы поступает сообщение о том, что у человека, возможно, развился инфаркт миокарда, к нему направляется бригада экстренной медицинской помощи. Система пожарной службы устроена таким образом, особенно в маленьких городах США, что там первую помощь могут оказывать не только медики, но и специально обученные пожарные. Они проходят обучение навыкам оказания первой медицинской помощи: проведению внутривенных инъекций, сердечно-легочной реанимации, регистрации электрокардиограммы. Бригада приезжает очень быстро, обычно в течение 9 минут с момента поступления вызова. При обследовании снимается электрокардиограмма. Если бригада подозревает развитие инфаркта миокарда у пациента, то ЭКГ может быть сразу передана в центр экстренной медицинской помощи, где ее также оценивает врач, и если диагноз инфаркта миокарда подтверждается, пациента немедленно доставляют в госпиталь.

По пути, если парамедики считают, что у пациента сердечный приступ, они дадут ему разжевать аспирин, а также могут дать нитроглицерин, чтобы попытаться открыть артерию в сердце. Как только скорая помощь привозит пациента в клинику, его осматривает техник экстренной медицинской помощи и передает доктору комнаты экстренной помощи. Если подтверждается, что это действительно инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, требующий немедленной операции, доктор комнаты экстренной помощи нажимает на красную кнопку, спускаются кардиореаниматологи и рентгеноэндоваскулярные кардиологи, пациента немедленно транспортируют в рентген-операционную. Согласно американским стандартам от момента нажатия на красную кнопку до открытия коронарной артерии пациента должно пройти не более 90 минут.

Важным моментом в лечении пациентов является социальная реклама, которая предупреждает людей, чтобы при боли в груди они обращались за медицинской помощью как можно быстрее, так как чем быстрее пациент вызывает врачей, тем меньше времени будет закрыта артерия, тем меньше будет повреждение миокарда и тем эффективнее операция. Итак, предположим, в больницу поступил как раз такой пациент с инфарктом миокарда. Ему была проведена экстренная операция на коронарных артериях, назначены все препараты, эффективность которых при инфаркте миокарда была доказана в многоцентровых рандомизированных исследованиях. При отсутствии осложнений пациент обычно выписывается домой через пару дней. Если все происходит именно так, то через несколько дней пациент должен вернуться в клинику — для прохождения амбулаторного курса реабилитации. Ему дают рекомендации по изменению образа жизни, рассказывают, что нужно соблюдать специальную диету, прекратить курить, выполнять физические упражнения, контролировать давление и принимать лекарственные препараты.

—Есть ли в США разница между оказанием медицинской помощи при инфаркте в разных социальных слоях? Что входит в обязательный социальный минимум?

— При экстренном поступлении в стационар все пациенты, независимо от того бездомные они или миллионеры, получают одинаковую терапию — оперативное лечение и лекарства. Различия возникают на этапе выписки из госпиталя, и они обусловлены не столько разницей в уровне доходов, сколько различиями в уровне образования пациентов и социальном окружении. Есть прямая корреляция: чем ниже образование пациента, тем меньше вероятность того, что пациент будет постоянно принимать все рекомендованные лекарства, выполнять физические упражнения и соблюдать диету. Соответственно, чем выше уровень образования, социальный уровень, тем больше вероятность, что больной будет приходить на повторные визиты, выполнять все рекомендации врача.

Подобная закономерность существует не только в США. Точно такая же ситуация и в Европе. Возьмем в качестве примера Швецию, где национальная система здравоохранения максимально унифицирована, пациент может быть нищим и жить на улице, быть очень богатым и жить во дворце, но в госпитале им будет оказана одинаковая помощь. Однако если посмотреть на статистику смертности в Швеции, то выяснится, что чем ниже уровень образования и социальный уровень, тем меньше продолжительность жизни пациента.

Как правило, пациент с высоким уровнем образования и социальным статусом, который приходит ко мне в кабинет, получает рекомендации, самостоятельно изучает информацию в



В США ПРИ ЭКСТРЕННОМ ПОСТУПЛЕНИИ В СТАЦИОНАР ВСЕ ПАЦИЕНТЫ, НЕЗАВИСИМО ОТ ТОГО, БЕЗДОМНЫЕ ОНИ ИЛИ МИЛЛИОНЕРЫ, ПОЛУЧАЮТ ОДИНАКОВУЮ ТЕРАПИЮ — ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ЛЕКАРСТВА. РАЗЛИЧИЯ ВОЗНИКАЮТ НА ЭТАПЕ ВЫПИСКИ ИЗ ГОСПИТАЛЯ, И ОНИ ОБУСЛОВЛЕННЫ НЕ СТОЛЬКО РАЗНИЦЕЙ В УРОВНЕ ДОХОДОВ, СКОЛЬКО РАЗЛИЧИЯМИ В УРОВНЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ И СОЦИАЛЬНОМ ОКРУЖЕНИИ.



Успех лечения пациента только на 50% зависит от хорошего доктора, остальные 50% — это работа самого пациента

интернете дома, выполняет все мои указания и живет дольше. Это следствие более высокого уровня комплаентности или приверженности к лечению. То же самое происходит с общественным здоровьем и профилактикой в широком смысле этого слова. К сожалению, в основном она действует на тех, у кого более высокий социальный статус. А что касается «крутых парней», которые курят, катаются на мотоцикле и злоупотребляют алкоголем, они, скорее

всего, к ней не прислушаются, а значит, будут иметь предсказуемые проблемы, являющиеся прямым следствием подобного образа жизни, и более низкую ее продолжительность.

— Что бы вы изменили в протоколе оказания медицинской помощи при инфаркте, используемом сегодня?

— В США, как я считаю, госпитальная помощь, первичная медицинская помощь, экстренная медицинская помощь организованы очень хорошо. Как мне кажется, необходимы изменения в системе общественного здравоохранения США, основным недостатком которой является дефицит социальной рекламы, нацеленной на профилактику сердечно-сосудистых патологий, рекламы здорового образа жизни, особенно актуальной ввиду распространения проблемы ожирения среди населения. Еще одна большая проблема: регулярное сокращение часов физической культуры в школах и злоупотребление фаст-фудом, из-за чего растет распространенность ожирения не только среди взрослых, но и среди школьников. Общественное здравоохранение очень важно, так как его эффективная работа является определяющим фактором в смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, который можно оценить в 50–60%. Примерно такая же ситуация была и в период развала СССР, когда исчезла вся система физической культуры населения и резко снизилась продолжительность жизни. При этом необходимо также понимать, что социальный уровень и общественное здравоохранение уменьшают смертность пациентов не только от сердечно-сосудистых, но от многих других заболеваний.

— Вы несколько раз бывали в России. Какие перемены увидели как в общем, так и в медицине в частности? Что вы думаете о московской программе по лечению сердечно-сосудистых заболеваний?

— То, что сегодня делает для Москвы профессор Шпектор, абсолютно соответствует мировым стандартам. Это — организация больничной системы таким образом, чтобы пациенты с инфарктом миокарда доставлялись в больницу, где кардиологи смогут открыть им коронарную артерию как можно быстрее. Именно такие системы во всем мире привели к снижению смертности и являются необходимыми для программы кардиологической помощи. Однако, конечно, следующим этапом является предотвращение повторного инфаркта миокарда. И здесь важна та самая приверженность лечению и общественное здоровье и здравоохранение, так как эффективность данного этапа прежде всего зависит от мотивации самого пациента и его готовности к ведению здорового образа жизни, соблюдению

диеты, прекращению курения и регулярному приему лекарственных препаратов. Одних лишь усилий врача уже недостаточно. Вообще, как я считаю, успех лечения пациента только на 50% зависит от хорошего доктора, остальные 50% — это работа самого пациента. Это называется персональной ответственностью пациента за свое здоровье. Врач может лечить пациента самым эффективным образом, прооперировать его, назначить наиболее эффективные препараты. Но если пациент, когда он покидает госпиталь, начинает курить, не соблюдает диету и физическую нагрузку, он гарантированно вернется снова. Или не вернется, так как его просто не успеют довести.

Насколько я вижу, в Москве на этот момент происходит то же, что и в США. Здесь сегодня появляются эффективные программы и новое оборудование. Конечно, США значительно опережают российские клиники по уровню финансирования. Но поскольку основное оборудование клиник и подходы к лечению пациентов в Москве сейчас такие же, то и результаты лечения не должны отличаться от результатов в США. Кроме того, в США значительно больше поток больных, в связи с чем у врача меньше времени на обследование пациента. При этом я считаю, что врачу необходимо тратить как можно больше времени на разговор с пациентом и изучение его истории болезни. Например, в кардиологическом отделении ГКБ № 23, которую я посетил, тратится на пациентов не меньше, а часто даже больше времени, чем у нас, что мне очень нравится. И на самом деле наиболее важную роль для большинства пациентов играет не качество оборудования больницы, а работа и внимание лечащего врача.

— Куда, на ваш взгляд, будет двигаться кардиология, можно ли ожидать чего-то принципиально нового?

— В настоящее время частота инфарктов миокарда в мире увеличивается. С чем это связано? Раньше в Китае и Индии, с населением почти в 2,8 миллиарда человек, было относительно мало инфарктов миокарда. Но в последние годы там значительно изменился стиль жизни, характер питания населения, что, как и в США, привело к ожирению и росту частоты сердечных приступов. Таким образом, инфаркт миокарда и инсульт являются сейчас основной причиной смертности во всем мире. В связи с этим также необходимо проводить социальную рекламу, о которой мы говорили выше, в развивающихся странах — объяснять пациентам важность соблюдения здорового образа жизни, прекращения курения, соблюдения диеты. Всемирным фондом сердца организована помощь развивающимся странам по обеспечению пациентов необходимыми медикаментами. Например, недавно создана очень дешевая форма поликомпонентного препарата, который содержит дженерики аспирина, статинов и ингибиторов АПФ. Сейчас это лекарство распространяется в малообеспеченных районах Индии, Китая и значительно снижает риски развития инфаркта миокарда. Кроме того, сейчас в США развиваются такие новые технологии, как создание искусственного сердца для трансплантации, но пока они лишь незначительно влияют на снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Большой вклад в смертность вносит то, что инфаркт миокарда молодеет. Ведь одно дело, когда мы теряем пациента, перенесшего инфаркт миокарда в возрасте 95 лет, с этим еще можно как-то смириться. И совсем другое, когда это — молодой человек. И здесь, как мне кажется, задача врачей заключается в том, чтобы искать способ отодвинуть срок возникновения инфарктов миокарда на как можно более поздний возраст. Безусловно, будут еще новые исследования, подобные тем, которые мы проводим сегодня, будут созданы новые методы лечения и уже создаются новые лекарства. Когда я был в резидентуре, 30% пациентов умирали в течение месяца после перенесенного инфаркта миокарда. Препараты последнего поколения уже смогли уменьшить смертность: сейчас в течение месяца после перенесенного инфаркта миокарда умирает всего 5% больных. Надеюсь, что еще через несколько десятилетий эта цифра станет менее 2%.

Подготовила
Татьяна КОЛБАСОВА

ПЕРВЫЕ ИТОГИ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА МОСКВЫ — ОТ ИСТОКОВ ДО НАШИХ ДНЕЙ

К моменту начала модернизации системы здравоохранения столицы дерматовенерологическая служба подошла с грузом старых проблем. Неслучайно поэтому в августе 2011 года по инициативе Департамента здравоохранения Москвы началась ее масштабная реструктуризация и централизация. Один из результатов этой работы — создание крупнейшего в Европе учреждения дерматовенерологического профиля ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ», объединившего потенциал всех функционировавших в столице кожно-венерологических диспансеров.



Николай ПОТЕКАЕВ,

главный внештатный специалист дерматовенеролог-косметолог Департамента здравоохранения Москвы, директор Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии

История

Первая городская дерматовенерологическая клиника в Москве была открыта в 1913 году. Поводом к ее созданию послужил дефицит в столице специализированных учреждений для лечения кожных и венерических болезней (данный вид медицинской помощи оказывала лишь клиника кожных и венерических болезней на Девичьем поле Императорского Московского университета). В этой связи уместно вспомнить слова приват-доцента кафедры кожных и венерических болезней Московского университета М.А. Членова, сказанные им на XI Пироговском съезде врачей в 1910 году: «Дело призрения кожных больных в Москве является наименее упорядоченным в общем ряде вопросов санитарного благоустройства города. Во всех

В здании Центрального филиала МНПЦДК на Ленинском проспекте некогда размещалась первая кожная клиника Москвы



городских больницах первопрестольной столицы с полуторамиллионным населением нет ни одной постоянной для кожных больных койки». В единственной городской больнице (Мясницкая), предназначенной на тот период главным образом для больных венерическими заболеваниями, кожные болезни почти не лечили. Больные дерматозами поступали преимущественно в Голицинскую (1-я Градская) и Старо-Екатерининскую (ныне МОНИКИ) больницы. На том же съезде приват-доцент М.А. Членов призвал делегатов принять решение о создании специализированной больницы на 150 коек. Главный врач Мясницкой больницы С.Е. Молоденков в свою очередь предложил изменить профиль части терапевтических палат на дерматологические.

В 1911 году в Москве был создан попечительский совет имени действительного статского советника Михаила Ивановича Любимова для постройки нового дерматологического стационара. В состав совета входили его председатель — вдова Михаила Ивановича — Екатерина Степановна Любимова, являвшаяся владелицей фирмы «Любимовы и Сольве» (Содовый завод), сын Михаила Ивановича — директор акционерного общества «Антрацид» Иван Михайлович Любимов, главный врач строящейся

больницы И.П.Скворцов, старший врач И.М. Меншиков, врач-ординатор Артур Павлович Иордан (на тот период работавший во 2-й Градской больнице) и профессор Московских женских медицинских курсов Альфред Иванович Лянц (уроженец Швеции), талантливый ученик А.И. Пospelова, внесший огромный вклад в процесс организации клиники. Екатерина Степановна и Иван Михайлович Любимовы пожертвовали 300 тысяч рублей на строительство кожной клиники. В 1912 году на Большой Калужской улице был выделен участок городской земли, и уже в конце 1913 г. построена городская кожно-венерологическая больница на 80 коек в статусе отделения 2-й Градской больницы имени князя А.А. Щербатова. Архитектором сооружения стал видный московский строитель Александр Фелиционович Мейснер. В здании, о котором идет речь, долгие годы располагался Кожно-венерологический диспансер № 1, а в настоящее время — научно-исследовательский корпус Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы (МНПЦДК). Изображение этой первой кожной клиники столицы, памятника архитектуры, является эмблемой и символом МНПЦДК.

Надо сказать, что по тем временам (100 лет назад) клиника была хорошо оснащена новейшим медицинским оборудованием, привезенным из Германии (рентгеновский кабинет, физиотерапевтический кабинет и др.), превосходным муляжным музеем. С 1914 по 1923 годы больница была по существу единственным городским стационаром для лечения больных кожными болезнями, пока на базе коронационного убежища жертвам Ходынской катастрофы не была развернута клиническая больница им. В.Г. Короленко.

В послереволюционные годы одной из важнейших задач медицины являлась борьба с распространением болезней, в том числе венерических. Первый нарком здравоохранения Николай Семашко положил в основу предложенной им системы здравоохранения несколько принципов: единые принципы организации и централизация системы здравоохранения, равная доступность здравоохранения для всех граждан, первоочередное внимание детству и материнству, единство профилактики и лечения, ликвидация социальных основ болезней, привлечение общественности к делу здравоохранения.

С этого периода в Москве, как и в целом по стране, стала развиваться сеть специализированных лечебно-профилактических учреждений — кожно-венерологических диспансеров (КВД). Параллельно были разработаны основы диспансерного наблюдения больных. Безусловно, первостепенной задачей КВД была борьба с венерическими болезнями в период социально-экономических потрясений 20-х и 30-х годов. В 1927 году было принято постановление ВЦИК и СНК РСФСР «О мерах борьбы с венерическими болезнями». Специализированные ЛПУ Советской России с поставленной задачей успешно справлялись.

Вместе с тем, не смотря на убедительные успехи в лечении и профилактике венерических заболеваний, а в дальнейшем и ведении больных кожными болезнями, КВД в советский период оказывали ограниченный перечень медицинских услуг, а в глазах населения зачастую выглядели такими режимными учреждениями. Во многом «благодаря» тем функциям, которыми наделило их государство. Так, в 1971 г. был принят Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об усилении ответственности за распространение венерических

заболеваний», который предоставлял органам здравоохранения право принудительного медицинского освидетельствования лиц, в отношении которых имелись достаточные данные предполагать, что они больны венерической болезнью. Была установлена уголовная ответственность за уклонение от лечения венерической болезни и заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшем о ее наличии у себя.

В условиях рыночной экономики 90-х кожно-венерологические диспансеры со своим скудным набором медицинских услуг оказались неконкурентоспособными по сравнению с открывающимися коммерческими медицинскими центрами, предлагавшими широкий спектр услуг в структуре дерматовенерологического и косметологического профиля. КВД ограничивались оказанием рутинной лечебно-диагностической помощи и проведением профилактической работы. В подтверждение сказанному достаточно отметить, что услуги медицинской косметологии, являющейся

отраслью дерматологии, на базах КВД не предоставлялись. И это несмотря на то, что первые врачебные кабинеты, в которых осуществлялись косметические манипуляции, появились в России еще в 1911 году. Автором одной из пяти техник (схем) массажа лица, признанной классической и используемой по сегодняшний день, был русский корифей-дерматолог профессор Алексей Иванович Поспелов.

Таким образом, в эпоху начала преобразований и модернизации системы здравоохранения города Москвы дерматовенерологическая служба столицы вошла с грузом старых проблем.

К концу 2010 года в городе осуществляли однотипную деятельность 24 кожно-венерологических диспансера с самостоятельными аппаратами управления в виде администрации (главный врач, заместитель главного врача по медицинской части, главная медсестра, главный бухгалтер, заместитель главного врача по экономическим вопросам, кадровый сотрудник и др.). В некоторых КВД часть финансово-экономических функций выполняли окружные Управления здравоохранения. Наряду с неудовлетворительным состоянием материально-технической базы большинства КВД отмечалось несоответствие качества медицинской помощи реалиям и требованиям времени. Многие учреждения



**РЕОРГАНИЗАЦИЯ
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
ПОВОЛИЛА СОСРЕДОТОЧИТЬ
В МНПЦДК ЛУЧШИЕ КАДРЫ,
А ЗА СЧЕТ ОПТИМИЗАЦИИ РУКОВОДЯЩЕГО
И АДМИНИСТРАТИВНОГО ЗВЕНА УДАЛОСЬ
СОКРАТИТЬ ЧАСТЬ НАКЛАДНЫХ РАСХОДОВ.**

располагались в помещениях, требующих ремонта, не были снабжены современной диагностической и лечебной аппаратурой, лабораторной техникой.

Значительная часть ресурсов расходовалась не на оказание медицинской помощи населению, а на содержание административного аппарата. Лицензия на оказание платных медицинских услуг отсутствовала у половины КВД.

Участие сотрудников КВД города Москвы в научной, исследовательской и образовательной деятельности было минимальным. Не смотря на многочисленность клинических подразделений, силами КВД практически не проводилась работа по оценке эффективности и безопасности новых лекарственных средств (аккредитацию на этот вид деятельности имели лишь 2 из 24 КВД). В городе отсутствовали утвержденные протоколы ведения больных кожными заболеваниями и ИППП.

Необходимость проведения масштабных организационно-структурных реформ была очевидной.

Реорганизация службы

В июне 2011 года по инициативе Департамента здравоохранения Москвы КВКД № 1 был переименован в ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» (МНПЦДК), а в августе началась масштабная реструктуризация и централизация дерматовенерологической службы города Москвы путем присоединения всех 24 кожно-венерологических диспансеров к МНПЦДК. В результате такого объединения сформировалось самое крупное в Европе учреждение дерматовенерологического профиля.

В рамках реализации плана по созданию и развитию новой структуры — МНПЦДК началась работа по эффективному использованию кадрового потенциала, в первую очередь административного. Вследствие ликвидации юридических лиц КВД и преобразования их в филиалы центра было сокращено почти 75% руководящих должностей.

Уменьшилось количество ставок административного персонала, в том числе число заместителей главного врача по медицинской части сократилось с 13 до 1, число заместителей по экономической части — с 6 до 1, заместителей по хозяйственной части — с 3 до 1. Схожие изменения произошли и с должностями экономиста (с 17 до 12), начальника отдела кадров (с 4 до 1), начальника хозяйственного отдела (с 14 до 1). До объединения 6 диспансеров работали со штатной бухгалтерией (имели ставки главного бухгалтера), остальные с централизованными

бухгалтериями Управления здравоохранения округов. Создание объединенного МНПЦДК привело к сохранению ставки главного бухгалтера в головном учреждении и одновременно привело к изменениям в штатном расписании окружных бухгалтерских служб. Реорганизация управляющего и административного звена привела к тому, что уменьшилось количество управленческих связей, что благоприятно сказалось на скорости принятия управленческих решений и на управляемости системы в целом.

Реорганизация дерматовенерологической службы позволила сосредоточить в МНПЦДК лучшие кадры, а за счет оптимизации руководящего и административного звена удалось сократить часть накладных расходов. На сегодняшний день центр в соответствии с Уставом представляет собой головное специализированное учреждение дерматовенерологической службы, сочетающее в своем формате научную, лечебную, образовательную и организационно-методическую деятельность.

В МНПЦДК работают 2225 сотрудников, из них 619 врачей дерматовенерологов и 108 врачей-лаборантов, которые участвуют в оказании специализированной лечебно-диагностической помощи жителям Москвы во всех ее административных округах (количество прикрепленного населения составляет около 12 млн человек).

Обращает на себя внимание экономия средств, полученная в ходе оптимизации количества штатных должностей. При оценке совокупного количества штатных должностей всех КВД в 2011 году (до реорганизации) и соответствующих подразделений МНПЦДК на 2014 год (после реорганизации) с учетом целевых показателей средней заработной платы на 2014 год экономия фонда отплаты труда может быть оценена в сумму порядка 196 млн рублей (включая начисления на оплату труда).

С точки зрения структурной организации МНПЦДК представляет собой учреждение с центральным аппаратом управления, располагающимся в корпусе на Селезневской улице, и разветвленной сетью филиалов (клиник) во всех административных округах Москвы.

В настоящее время единую структуру МНПЦДК составляют административный и научно-образовательный корпуса, Центральная лаборатория, Центральное отделение медосмотров, филиал «Клиника им. В.Г. Короленко», Центр детской дерматологии и косметологии и 24 филиала (преобразованные КВД) на территории Москвы.

Рациональное использование высвободившихся после административной реформы площадей в

Центре и его филиалах дало возможность расширить спектр предоставляемых услуг. В этой связи насущным стал вопрос о повышении квалификации и специализации врачей по «узким» направлениям дерматовенерологии, микологии и обучению косметологии. Активное взаимодействие с кафедрами, участие в стажировках, в том числе зарубежных, а также создание собственного учебного отдела МНПЦДК (в соответствии с полученной в 2012 году лицензией на образовательную деятельность) позволило качественно повысить профессиональный уровень кадрового состава учреждения.

Модернизация лечебно-диагностической деятельности

В рамках оптимизации коечного фонда (сокращено 100 коек) и в целях развития стационарозамещающих форм медицинской помощи в течение первых полутора лет в амбулаторно-поликлиническом секторе МНПЦДК были открыты новые лечебно-диагностические подразделения: Центр детской дерматологии и косметологии; Центр вирусной патологии кожи; Отделение лазеротерапии и косметологии; Консультативное отделение микологии и подологии; Отделение физиотерапии, Отделение аппаратных методов лечения и антицитокинной терапии; Кабинеты «Акне», «Лечебная косметология», «Дерматоонкология», «Трихология», «Болезни полости рта».

Помимо расширения спектра предоставляемых медицинских услуг, идеология развития МНПЦДК подразумевает «профилизацию» его филиалов. Она заключается в том, что каждый из бывших КВД (ныне филиал), помимо оказания помощи населению по профилю дерматовенерология, микология и косметология, имеет в своем составе подразделение, занимающееся решением какой-либо определенной медицинской проблемы с участием наиболее авторитетных профессионалов в данной области. Так, на базе филиала «Бабушкинский» начал действовать Городской центр вирусной патологии кожи. За время его работы было принято 3426 пациентов. Начаты программы по вакцинопрофилактике заболеваний, вызванных вирусом папилломы человека и вирусом простого герпеса. Пример создания центра вирусной патологии кожи убедительно показал, как можно рационально и целенаправленно использовать ресурсы специалистов МНПЦДК для решения вопроса ведения сложных клинических случаев вирусных заболеваний кожи и слизистых оболочек.

Идет работа и по созданию центра иммунологии и аллергологии в филиале «Черемушкинский». В стационаре филиала «Вешняковский» формируются

палаты по лечению больных лимфомами, пузырчаткой и трофическими язвами.

Кроме того, открыт Центр детской дерматологии на улице Бочкова. Благодаря поддержке правительства Москвы в 2013 г. была выделена целевая субсидия в сумме 19 млн рублей на лекарственные препараты и перевязочные средства для детей с редкими кожными заболеваниями. В настоящее время для продолжения данной инициативы Департаментом здравоохранения Москвы выделена целевая субсидия на 2014 год в сумме 23 млн рублей. Это первый в России опыт адресной поддержки данной категории больных детей со стороны государства.

Как уже было сказано, открытие новых кабинетов, отделений и центров привело к расширению спектра медицинских услуг, оказываемых в том числе на платной основе. Объединенные воедино КВД в лице МНПЦДК и его филиалов стали эффективнее конкурировать с частными дерматовенерологическими клиниками. В результате этих изменений произошел значительный рост дохода от платных услуг — за 2013 год МНПЦДК заработал на 99,23% больше средств. Суммарный же доход от платных услуг во второй после реформирования год работы вырос на 103,3%, то есть более чем в два раза.

Согласно требованию, установленному Постановлением правительства Москвы от 28 декабря 2010 г. № 1088-ПП «О совершенствовании системы оплаты труда работников государственных учреждений города Москвы», 70% средств, полученных в результате оказания платных медицинских услуг, направлено на оплату труда персонала. Остальные 30% — на закупку и модернизацию медицинского оборудования, которое используется при оказании медицинской помощи в рамках государственных гарантий на бесплатную медицинскую помощь.

Централизация лабораторной службы

Как известно, централизация лабораторной службы — один из способов повышения эффективности здравоохранения в целом. Суть ее заключается в концентрации исследований в крупных, хорошо оснащенных лабораториях, в которые будут транспортироваться биоматериалы, полученные в более мелких лабораториях собственной организации или других ЛПУ. В итоге достигается результат в виде повышения доступности новых видов диагностики, тестов и методик и оптимизации финансирования лабораторий.

С учетом вышеуказанных постулатов администрацией МНПЦДК разработана концепция поэтапной



За тобою смотрит он
Дома и на улице,
Чтоб ты был здоровяком,
А не мокрой курицей.

Плакат Народного
комиссариата
здравоохранения РСФСР
20-х годов

централизации лабораторной службы с двухуровневой системой работы.

Концепция централизации включает образование 4-х крупных лабораторных комплексов, включающих центральный лабораторный корпус и крупные специализированные лаборатории в 3-х филиалах.

При этом лаборатории в остальных филиалах центра будут редуцированы до кабинетов рутинной лабораторной диагностики для проведения скрининговых исследований (диагностика чесотки, выявление патогенных грибов, проведение РМП).

В качестве примера успешной централизации ряда лабораторий уже на первом этапе приведем следующие факты.

До объединения населению, прикрепленному к КВД (ныне филиалу), в котором не было гематологического анализатора, приходилось самостоятельно обращаться в коммерческие лаборатории. В результате объединения КВД города и централизации пациенты получили возможность сделать соответствующие исследования бесплатно в одной из центральных лабораторий МНПЦДК.

Помимо доступности увеличилась эффективность работы закупленного оборудования. Гематологический

Контроль качества медицинской помощи

Особое внимание в лечебной работе МНПЦДК уделено внутреннему контролю качества медицинской помощи как основному индикатору работы медицинской организации. Целью контроля является обеспечение права граждан на получение медицинской помощи надлежащего качества, обеспечение ее безопасности и соответствия стандартам. В центре разработана модель системы оценки качества и безопасности оказания медицинской помощи по дерматовенерологии, основанная на критериях и показателях качества, характеризующих своевременность, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании дерматовенерологической помощи.

Система оценки качества и безопасности медицинской помощи невозможна без показателя удовлетворенности пациентов качеством медпомощи. Для изучения мнения пациентов и оценки их удовлетворенности качеством, доступностью и безопасностью медицинской помощи в 2013 году приказом директора МНПЦДК № 103 от 15 марта 2013 г. было введено анонимное анкетирование пациентов и мониторинг жалоб. Удовлетворенность квалификацией врачей и результатами оказанной помощи составила 72%, организацией врачебного приема в центре — 70,5%, разъяснениями врача по поводу заболевания — 76%, отношением медицинского персонала — 85,5%. Только в 1% случаев пациентам пришлось жаловаться и обращаться в администрацию с просьбой о замене врача.

Качественное лекарственное обеспечение имеет огромное значение для сохранения здоровья населения. Льготное лекарственное обеспечение — одна из самых сложных и трудоемких проблем на сегодняшний день. Объединение всех кожно-венерологических диспансеров позволило проводить совокупный анализ обеспечения лекарственными препаратами льготных категорий граждан по филиалам и расходованию денежных средств. В центре сформирован и поддерживается в актуальном состоянии регистр населения, имеющего право на получение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, отпускаемых по рецептам врачей бесплатно или со скидкой. Работает система лекарственного обеспечения льготных категорий населения, предусматривающая адресность и персонализированность лекарственной помощи.

анализатор, купленный для работы центрального филиала еще до реформирования дерматологической службы, обслуживал 171 573 человека прикрепленного населения, после реорганизации — 2 203 620 человек, т.е. почти в 13 раз больше. Аппарат для молекулярно-биологических (ПЦР) исследований после объединения стал обслуживать 8 471 210 человек (почти в 50 раз больше). Число исследований, проводимых на ПЦР за календарный месяц, возросло с 2937 (непосредственно после объединения, январь 2012 года) до 14 147 (март 2014 года). Таким образом, загруженность анализатора возросла в 4,75 раза. Число проводимых исследований на гематологическом анализаторе для пациентов из других филиалов за эти же месяцы увеличилось в 14,63 раза (с 72 исследований в месяц до 1054).

В целом лабораторный комплекс МНПЦДК выполняет около 9 млн исследований в год для 436 ЛПУ города. Факт создания в МНПЦДК собственной уникальной лаборатории патоморфологии кожи, отсутствующей ранее в системе городской лабораторной службы, свидетельствует о приобретении центром статуса медицинского учреждения высокого уровня диагностики и нозологической верификации дерматозов. Лаборатория патоморфологии кожи оснащена новейшим оборудованием, позволяющим проводить 150 гистологических исследований в день. При этом виды исследований включают как рутинные методы, так и иммуногистохимические, в том числе для диагностики опухолей кожи и буллезных дерматозов.

Научная и образовательная деятельность

По своему кадровому составу МНПЦДК является крупнейшей профильной организацией в стране не только лечебной, но научной и образовательной направленности. В центре трудится 1 член-корреспондент РАН, 22 доктора наук и 104 кандидата наук. Это кадры, подготовленные в системе дерматовенерологической службы московского здравоохранения за прошлые годы, и представители профессорско-преподавательского состава крупнейших вузов (ПМГМУ им. И.М. Сеченова, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, МГМСУ им. А.И. Евдокимова), а также ведущие специалисты ГНЦДК Минздрава России, перешедшие в течение последних двух лет на работу в МНПЦДК.

В центре сформированы ключевые научные отделы: научно-организационный, клинической дерматовенерологии и косметологии, лаборатория фундаментальных методов исследования, научная библиотека. Работает совет молодых ученых. В ученый совет МНПЦДК помимо его сотрудников входят представители всех медицинских вузов Москвы.

Сотрудники центра за 2013 г. подготовили более 100 научных публикаций, монографии и главы в монографиях,

методические рекомендации, руководства для практических врачей и атласы.

За последний год сотрудники МНПЦДК начали активно публиковаться за рубежом в ведущих международных научных журналах с высоким индексом цитируемости. По заказу зарубежных издательств в работе находятся несколько монографий, планируемых к выпуску в Европе на английском и немецком языках. Интегрируясь в международное научное сообщество и повышая престиж московского здравоохранения, ученые МНПЦДК выступают с докладами на международных конгрессах и конференциях, председательствуют на секциях, являются инициаторами и организаторами проведения международных научных форумов в нашей стране. Для получения опыта в центр едут врачи и ученые из стран СНГ.

МНПЦДК интегрирован в процесс непрерывного профессионального образования на всех его этапах: додипломном, послевузовском и дополнительном.

Являясь крупнейшим профильным центром в стране и одним из крупнейших по коечному фонду в Европе и мире, МНПЦДК имеет договорные обязательства о совместной организации, совершенствовании и обеспечении медицинской помощи населению и организации педагогического процесса, эффективном использовании кадровых, материальных ресурсов и научного потенциала, направленных на улучшение здоровья населения, с десятью кафедрами всех московских медицинских вузов и отдельными подразделениями РАН.

Кроме того, в соответствии с лицензией на осуществление образовательной деятельности от 21.12.2012, № 0482 МНПЦДК вправе самостоятельно осуществлять закрепленную Уставом образовательную деятельность по основным и дополнительным профессиональным образовательным программам подготовки специалистов (клиническая ординатура, аспирантура, циклы повышения квалификации по дерматовенерологии и клинической лабораторной диагностике, профессиональная переподготовка по дерматовенерологии, клинической микологии, косметологии). Для обеспечения учебного процесса в МНПЦДК создано обособленное специализированное образовательное подразделение — Учебный отдел.

Научно-практические возможности МНПЦДК представляются чрезвычайно привлекательными как для будущих врачей дерматовенерологов и косметологов, так и для уже практикующих специалистов, желающих повысить свою профессиональную квалификацию. Так, в 2014—15 учебном году открыт набор в клиническую ординатуру по специальности «Дерматовенерология», производится запись на курсы профессиональной подготовки по косметологии, будут реализованы краткосрочные программы усовершенствования по трихологии, дерматоскопии, дерматоонкологии, детской дерматологии и др.

Сохранение преемственности — одно из важнейших условий успешного развития медицины. В этой связи, открытие в марте 2013 года портретной галереи «Дерматовенерологи конца XIX — середины XX веков» и муляжного музея в зале ученого совета МНПЦДК несет в себе глубокий нравственный смысл. Нельзя двигаться вперед без осознания профессионализма, опыта и мудрости учителей. Портретная галерея является отражением истории и располагается в историческом месте — здании по адресу Ленинский проспект, д. 17. Портреты ученых были созданы на основе реальных исторически достоверных изображений. Некоторые из экспонатов переданы из личных архивов. С большим трудом, но удалось найти изображение профессора Ф.Н. Гринчара — длительное время являвшегося председателем Московского научно-общества дерматологов и венерологов, председателем экспертной комиссии ВАК Министерства высшего образования, редактором журнала «Вестник дерматологии и венерологии». Галерея и музей доступны вниманию всех интересующихся историей медицины и дерматовенерологии.

Общественная работа

Создание первичной профсоюзной организации работников МНПЦДК стало закономерным и логичным результатом проводимых мероприятий по ребрендингованию центра. В настоящее время профсоюзная организация центра объединяет более тысячи членов профсоюза, что составляет большую часть работников учреждения. Профсоюз отстаивает интересы сотрудников, и администрация активно поддерживает профсоюзное движение во всех его начинаниях, учитывает его коллективное мнение.

В октябре 2012 г. основан печатный орган МНПЦДК — газета «Московский дерматолог». На ее страницах освещаются основные новости и события в профессиональной жизни московских врачей дерматологов, публикуются нормативные документы — локальные документы МНПЦДК, приказы и распоряжения Департамента здравоохранения Москвы, Министерства здравоохранения России и другие актуальные материалы.

Есть у МНПЦДК и свой сетевой ресурс — www.mosderm.ru. Сайт предоставляет информацию, актуальную как для населения (об оказываемых услугах, местах их оказания, времени работы филиалов центра), так и для специалистов. Врачи могут найти на сайте информацию о планируемых мероприятиях и актуальных событиях в профессиональной сфере, об аттестации и повышении квалификации, об учебных циклах. Планируется создать в рамках ресурса библиотеку, содержащую учебные материалы, а так же материалы по образовательной и научной деятельности центра.

По своему кадровому, научному, методическому и материально-техническому потенциалу Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы прочно занял место ведущего специализированного учреждения страны. А проводимые преобразования направлены на переориентацию дерматовенерологической службы с экстенсивного пути развития на повышение эффективности медицинской помощи, достижение более высоких конечных результатов. Очевидно, что такая политика способствует достижению стоящих перед всей системой здравоохранения задач: удовлетворение практических потребностей общества в сохранении и укреплении здоровья людей и обеспечение населения качественной медицинской помощью.

ПОДРОБНОСТИ

Медицинское освидетельствование

В соответствии с Приказом Департамента здравоохранения Москвы № 35 от 17 января 2013 года Московский НПЦ дерматовенерологии и косметологии приобрел статус учреждения, координирующего работу городских государственных и коммерческих учреждений в части медицинского освидетельствования трудовых мигрантов.

В рамках данных полномочий центр осуществляет непосредственное взаимодействие с УФМС по городу Москве, Роспотребнадзором, Московскими НПЦ наркологии и по борьбе с туберкулезом, другими ведомствами.

За 9 месяцев 2013 г. в МНПЦДК было обследовано 40 545 мигрантов: диагноз сифилис

установлен в 33 случаях, а ВИЧ-инфекция — в 18.

За тот же период в ВИЧ-лаборатории МНПЦДК для других медицинских организаций проведено более 100 тысяч лабораторных исследований крови на ВИЧ-инфекцию (диагноз ВИЧ-инфекции установлен в 32 случаях). Результатами реализации положений приказа стали:

- упорядочение процесса медосвидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства;
- снижение процента фальшивых документов, поддельных медицинских справок и «липовых» освидетельствований.



СПРАВКА

Учебный отдел при ГБУЗ Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» (МНПЦДК) является муниципальным государственным бюджетным научным и лечебным учреждением, имеющим право на ведение образовательной деятельности в сфере основного и дополнительного профессионального образования на основании лицензии Минобразования России 90Л01 № 0482 от 21.12.2012 г. Учебный отдел при ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ создан на основании приказа директора центра № 98 от 12.03.2012 г.

В МНПЦДК ДЗМ реализуются следующие виды основных профессиональных образовательных программ высшего образования:

Ординатура (продолжительность 2 года) по специальности «дерматовенерология».

Прием в ординатуру ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ проводится в следующие сроки:

■ прием документов: с 26.05.2014 г. по 20.07.2014 г.

■ проведение вступительных испытаний: с 01.08.2014 г. по 15.08.2014 г.

■ начало обучения в ординатуре ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ – 01.09.2014 г.

Зачисление в клиническую ординатуру по специальности «дерматовенерология» производится на основании «Положения о подготовке клинических ординаторов в ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ» и «Правил приема в ординатуру Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы».

Аспирантура (продолжительность 3 года) по специальности «кожные и венерические болезни» (14.01.10).

Дополнительные профессиональные образовательные программы:

■ Профессиональная переподготовка в рамках длительных программ обучения (более 500 часов) по дерматовенерологии, клинической микологии, косметологии.

■ Повышение квалификации (от 72 часов и более) на сертификационных циклах, циклах общего и тематического усовершенствования по специальностям «дерматовенерология», «клиническая лабораторная диагностика». К обучению на сертификационных циклах допускаются врачи-специалисты, по окончании цикла врачи сдают сертификационный экзамен, положительные результаты которого позволяют им получить или продлить сертификат специалиста.

Обучение на дополнительных профессиональных образовательных программах проводится в очной форме. Обучение производится на условиях платных образовательных услуг.

ЗА СЧЕТ ПОСТОРОННЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Аутсорсинг — форма передачи бизнес-функций сторонней организации, которая предоставляет какой-либо сервис по обеспечению жизнедеятельности учреждения. Безусловно, то, что передается на аутсорсинг, может осуществляться силами штатных сотрудников больницы, но руководитель учреждения, просчитав экономическую составляющую, приходит к выводу, что целесообразнее отдать этот вид работы внештатным сотрудникам. Кроме того, некоторые виды работ ЛПУ не может осуществить без привлечения сторонних специалистов: например, техническое обслуживание медицинского оборудования. Не случайно поэтому аутсорсинг все шире и шире применяется в московских клиниках.

Мелочей нет

На сегодняшний день отношения между ЛПУ и сторонней организацией регулируются Федеральным законом № 44 от 5 апреля 2013 года «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд». Перед тем, как отдать услугу на аутсорсинг, в первую очередь главный врач совместно с бухгалтерией просчитывают возможную экономическую выгоду. Если выгода очевидна, то учреждение обращается

в Департамент здравоохранения Москвы, где специальная комиссия принимает решение о возможности воспользоваться этим форматом в каждом конкретном случае.

— Руководитель ЛПУ должен предоставить нам не только пакет необходимых документов, но и экономические расчеты: сколько учреждение тратит на эту услугу сейчас и сколько будет тратить после ее перевода на аутсорсинг, — рассказывает заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Юлия Антипова.



Многие ЛПУ города отдали сторонним организациям обеспечение себя готовым питанием, выполнение клининга немедицинских помещений и многое другое

Механизм подписания такого рода соглашения между ЛПУ и сторонней организацией начинается с планирования закупок необходимых работ и услуг в установленном законом порядке, а затем реализации их посредством проведения торгов с составлением технического задания, где ЛПУ четко описывает, что хотелось бы получить от этого вида аутсорсинга, подробно прорабатывая обязанности сторон.

— Поскольку по результатам торгов мы заключаем контракт со сторонней организацией, то обязательно учитываем плюсы и минусы возможного сотрудничества, продумываем все мелочи, — рассказывает главный врач ГKB № 52 Владимир Вторенко. — Допустим, осуществляя закупку работ по уборке крыши от снега, мы прописываем варианты реагирования: насколько быстро после нашего вызова организация, оказывающая этот вид услуг, должна приступить к работе. Обязательно просчитываем и штрафные санкции, к которым, к слову, уже неоднократно приходилось прибегать. Если подрядчик не выполнил услугу в оговоренный срок или оказал ее некачественно, он платит неустойку. Владимир Вторенко убежден, что, прибегая к

аутсорсингу, надо тщательно просчитывать экономическую выгоду и быть уверенным, что аутсорсинг принесет пользу учреждению.

По мнению начальника отдела организации медицинской помощи детям и матерям ГКУ «Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения Западного административного округа Москвы» Анжелики Мосейчук, сильная сторона аутсорсинга — сокращение административных затрат. Оплата услуг, предоставляемых провайдером, может быть отнесена к затратам. Соответственно снижается налогооблагаемая база компании-заказчика. Наиболее актуальным аутсорсинг становится в ситуации, когда компании необходимо:

- активно развивать или реструктурировать сегмент бизнеса, привлекая новых специалистов;
- оперативно преодолевать нехватку внутренних кадровых ресурсов на определенном этапе развития организации;
- обеспечивать персоналом временный проект;
- запускать новое направление деятельности, для которого требуются специалисты, которыми компания не располагает в настоящее время;

- поддерживать определенную численность персонала во время отпускного сезона, в период заболеваний сотрудников;
- увеличивать численность персонала в период сезонной потребности.

Однако специалист также подчеркивает необходимость тщательных расчетов эффективности использования таких схем. К минусам аутсорсинга она относит некачественное выполнение услуги сторонней организацией, неуправляемость персонала выполняющего услугу, завышенную стоимость услуг.

Семь раз отмерь

В Департаменте здравоохранения Москвы подчеркивают, что интерес к аутсорсингу со стороны руководителей учреждений здравоохранения в последние годы заметно возрос. Многие ЛПУ города уже отдали сторонним организациям обеспечение себя готовым питанием, выполнение клининга немедицинских помещений и многое другое. Одной из самых востребованных форм такого сотрудничества уже не один год является приготовление горячего питания. Раньше еду готовили сотрудники больницы. Теперь же, подсчитав экономическую выгоду от передачи пищеблока на аутсорсинг, некоторые учреждения перешли на новый формат работы.

Безусловно, принимая решение о переводе пищеблока на аутсорсинг, нужно учитывать такие факторы, как объем коечного фонда, профиль и направленность стационара. Для больших учреждений, где пищеблок работает много лет, все рассчитано и просчитано, привлечение сторонней организации будет стоить дороже, чем готовить питание самим. Казалось бы, выгодно привлекать для работы на пищеблоке сторонние организации небольшим учреждениям, но на практике оказывается, что стоимость приготовления питания для маленького ЛПУ в сутки самая высокая. И получается, что такой вид работ не выгоден уже для привлеченной организации.

— Если такое учреждение устроит торги, то в лучшем случае в них будет участвовать организация,

которая широко представлена в этом округе, либо они вообще не состоятся, потому что обеспечивать питанием маленькое учреждение невыгодно, — замечает Юлия Антипова. — Для всех наших учреждений мы стараемся сделать типовое техническое задание и меню, определить максимальную цену, выше которой не рекомендуется подниматься. Важно просчитать и аренду пищеблоков, ведь если фирма готовит на пище-

блоке больницы, то нужно решать вопросы юридического характера: например, заключать договор на аренду с возмещением или без возмещения коммунальных расходов. Если же фирма готовит на своем пищеблоке, то подразумевается, что к определенному часу она привозит в больницу готовое питание в контейнерах. Добросовестные организации поставляют питание вовремя и с хорошими сроками хранения. Однако, учитывая дорожную ситуацию в Москве, своевременная

доставка питания — вопрос не всегда решаемый четко.

Тем не менее, глядя на успешные и экономические выгодные примеры аутсорсинга, реализуемые коллегами, руководители некоторых лечебных учреждений стремятся просчитать возможные выгоды от такого формата. Руководитель одной из столичных больниц признался, что посчитал возможную выгоду от передачи пищеблока на аутсорсинг сторонней организации, и оказалось, что это будет выгодно. Кроме того, аутсорсинг позволит сотрудникам учреждения отойти от непрофильной деятельности. Однако принимать такое важное решение главный врач не спешит, ссылаясь на то, что для начала необходимо проработать схему взаимодействия.

Аутсорсинг хороший и разный

Не менее востребован клининговый аутсорсинг. Для кого-то гораздо дешевле привлечь к этой работе штатных сотрудников, нежели обратиться к специализированным компаниям. Однако с каждым годом все больше ЛПУ пользуются услугами клининговых компаний, потому что в уборке медицинского учреждения есть свои нюансы. Самый главный —



РУКОВОДИТЕЛЬ ЛПУ ДОЛЖЕН ПРЕДОСТАВИТЬ НАМ НЕ ТОЛЬКО ПАКЕТ НЕОБХОДИМЫХ ДОКУМЕНТОВ, НО И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ РАСЧЕТЫ: СКОЛЬКО УЧРЕЖДЕНИЕ ТРАТИТ НА ЭТУ УСЛУГУ СЕЙЧАС И СКОЛЬКО БУДЕТ ТРАТИТЬ ПОСЛЕ ЕЕ ПЕРЕВОДА НА АУТСОРСИНГ.

Юлия АНТИПОВА

поддерживать чистоту здесь необходимо постоянно и производить уборку немедицинских помещений — холла, помещений перед регистратурой — нужно не раз в сутки, перед началом работы, а регулярно в течение дня. Уже не один год сторонние организации отвечают за чистоту окон в ЛПУ — их моют два раза в год, уборку территории — чистка кровли, уборка листвы, обслуживание инженерных систем зданий — системы отопления, вентиляции, обслуживание лифтового оборудования.

Новый вид аутсорсинга, который уже попробовали несколько больниц, — аренда мягкого инвентаря. Но опять же, прежде чем отдать этот вид работы на аутсорсинг, руководитель просчитывает, что выгоднее: купить простыню, наволочку и пододеяльник и потом платить за стирку, доставку и соответственно решать вопросы по замене изношенного или заключать договор на аренду мягкого инвентаря и получать от сторонней организации чистое, накрахмаленное, обеззараженное белье в нужном количестве.

Многие московские ЛПУ отдают на аутсорсинг транспортные услуги. Безусловно, есть больницы, в основном загородные, которые пользуются своим автотранспортом, и для них это выгоднее, чем

привлекать кого-то со стороны. Хотя эти учреждения несут дополнительные расходы, которые выключают зарплату и соцпакет водителя, бензин, техническое обслуживание и страхование машин. Большинство же учреждений сотрудничают с транспортными компаниями. Наибольший опыт в этом направлении, конечно, у станций скорой медицинской помощи. Наконец, в некоторых ЛПУ на аутсорсинге работает гардероб, что вполне оправданно. Однако и здесь встречаются недобросовестные исполнители. Юлия Антипова рассказывает, как два года назад сотрудник фирмы, работающей с одним из московских ЛПУ, однажды не вышел на работу, и на две недели учреждение осталось без гардероба. Понятно, что главный плюс аутсорсинга — экономический. Выгода, полученная от взаимодействия со сторонней организацией, дает возможность главному врачу перераспределить освободившиеся финансовые потоки и, если необходимо, повысить зарплату сотрудникам. Однако из всего вышесказанного очевидно и то, что не всегда игра стоит свеч и в каждом конкретном случае аутсорсинговые схемы должны тщательно просчитываться и планироваться.

Подготовила **Елена ВОСКАНИЯ**

МНЕНИЕ



Владимир ВТОРЕНКО,
главный врач
ГКБ № 52

— Уже более пяти лет наше учреждение использует аутсорсинговые схемы в работе. Мы отдали в ведение сторонних организаций большую часть немедицинских услуг:

— содержание и эксплуатацию имущества — текущий ремонт и техническое обслуживание зданий и сооружений, инженерной инфраструктуры, медицинского и технологического оборудования, газификационного и лифтового хозяйства, систем обеспечения безопасности;

- перемещение, вывоз и утилизацию отходов;
- аренду белья со стиркой и обработкой;
- услуги централизованной постовой и пожарной постовой охраны;
- уборку территории;
- автотранспортные услуги;
- клининг технических помещений и холлов;
- гардеробные услуги;
- услуги по перемещению грузов и так далее.

В будущем планируем перевести на аутсорсинг еще и такие услуги, как аренда медицинского инструмента со стерилизацией, буфетное обслуживание (раздача готовой пищи пациентам), специализированное архивное хранение медицинской документации.

Формы аутсорсинга, которые мы используем, позитивно сказываются на работе всей больницы, они позволяют повышать эффективность учреждения в целом и дают возможность освободить соответствующие организационные, финансовые и человеческие ресурсы, чтобы сконцентрировать усилия на основной деятельности и развивать новые направления. Плюсы аутсорсинга очевидны: у нас нет непрофильных специалистов и мы не содержим склад инструментов, которые, например, нужны для технического обслуживания здания.

— На мой взгляд, аутсорсинг — очень эффективная система взаимодействия между ЛПУ и сторонней организацией. Расскажу на примере ГБУЗ ГП № 11, где до недавнего времени была главным врачом. Аутсорсингом мы начали заниматься до реорганизации. Более четырех лет отдавали на аутсорсинг уборку помещений и охрану частным охранным предприятиям (ЧОП), обеспечившим защиту государственного имущества более качественно и более профессионально, чем несколько штатных охранников. Это очень выгодно с экономической точки зрения: лечебное учреждение не несет затрат на моющие средства, лицензии, аккредитацию и на зарплату персоналу. Также на аутсорсинге были и информационные системы. В штате у нас не было программистов и системных администраторов. Мы сотрудничали со сторонними организациями, и у нас не болела голова, кем заменить сотрудника, если он не вышел на работу. Однако сторонняя организация не всегда качественно выполняет договор, и это один из минусов такого формата взаимодействия. В ходе реорганизации нам дали более широкие полномочия для перехода на аутсорсинг. Например, раньше мы никогда не набирали персонал по аутсорсингу и не передавали на аутстаффинг, теперь такая возможность появилась. Поликлиники могут заключить договор с медицинскими кафедрами и организациями, обеспечивающими консультации тех или иных специалистов по профилю, в котором нуждаются пациенты. ЛПУ только выиграет от такого сотрудничества, поскольку не сдвигается время и не меняется число консультативных приемов в случае отсутствия специалиста. По данным на март 2014 года, у лечебных учреждений ЮЗАО Москвы была самая лучшая укомплектованность специалистами за счет аутстаффинга, не считая узких специалистов. Такая форма аутсорсинга делает медицинскую помощь более доступной для граждан.

Если говорить об аутсорсинге применительно к рынку кадровых услуг, то комплекс услуг может быть следующим:

- ведение кадрового делопроизводства: работа с документацией — заключение трудовых договоров, составление изменений к ним, ведение трудовых книжек, оформление больничных листов, отпусков, командировочных, оформление всех видов справок, составление и поддержание штатного расписания, ведение табеля рабочего времени, участие в проверках по кадровому делопроизводству и другое;
- расчет заработной платы, в том числе и исчисление налогов, и участие в проверках.



Анжелика МОСЕЙЧУК,
начальник отдела
организации
медицинской помощи
детям и матерям ГКУ
«Дирекция по обеспе-
чению деятельности
государственных
учреждений здраво-
охранения Западного
административного
округа Москвы»

ТАТЬЯНА МУХТАСАРОВА: «РЕШЕНИЕ ПОСТАВЛЕННЫХ ЗАДАЧ ВОЗМОЖНО ТОЛЬКО ПРИ НАЛИЧИИ ТЩАТЕЛЬНО ВЫВЕРЕННОГО И СБАЛАНСИРОВАННОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА»

Основа любой деятельности в цивилизованном обществе — законы. Не исключение и здравоохранение: реформирование отрасли невозможно без основательной проработки нормативно-правовой базы работы сети клиник и медиков. Об изменениях правового поля и нюансах правового сопровождения работы системы московского здравоохранения рассказывает первый заместитель руководителя департамента, статс-секретарь Татьяна МУХТАСАРОВА.



Татьяна МУХТАСАРОВА,
первый заместитель
руководителя Департа-
мента здравоохранения
Москвы

— Насколько серьезная работа над региональным законодательством в сфере здравоохранения была проведена за последние три года в связи с необходимостью проведения реформ?

— Действительно, в последние годы система столичного здравоохранения динамично изменяется. Идут процессы, связанные с модернизацией, реорганизацией и реструктуризацией медицинских организаций государственной системы здравоохранения города, направленные на создание так называемого компактного здравоохранения. И понятно, что комплексное и эффективное решение поставленных задач возможно только при наличии тщательно выверенного и сбалансированного законодательства, создающего правовую основу для развития как городского здравоохранения, так и города Москвы в целом. В силу специфики Москвы как субъекта Федерации законодательство обязано в должной мере разрешить ряд возникающих вопросов в области:

- административных процедур и бюджетной политики;
- эффективности использования имущества города (имеются в виду медицинские организации);
- развития государственно-частного партнерства и высокотехнологичной отрасли здравоохранения;
- внедрения инноваций;
- активного привлечения общественности и волонтеров для решения задач по оказанию качественной медицинской помощи населению Москвы;
- развития международных и межрегиональных отношений по вопросам здравоохранения, образования, науки, инноваций, кадрового обеспечения и других направлений.

При этом надо успевать за динамично меняющейся политической, экономической и социальной ситуацией в стране (мире) и адекватно оценивать эти изменения. Это возможно только при постоянном и квалифицированном мониторинге эффективности правового регулирования, своевременном внесении и оперативном принятии необходимых законов, обеспечении неукоснительного их выполнения.

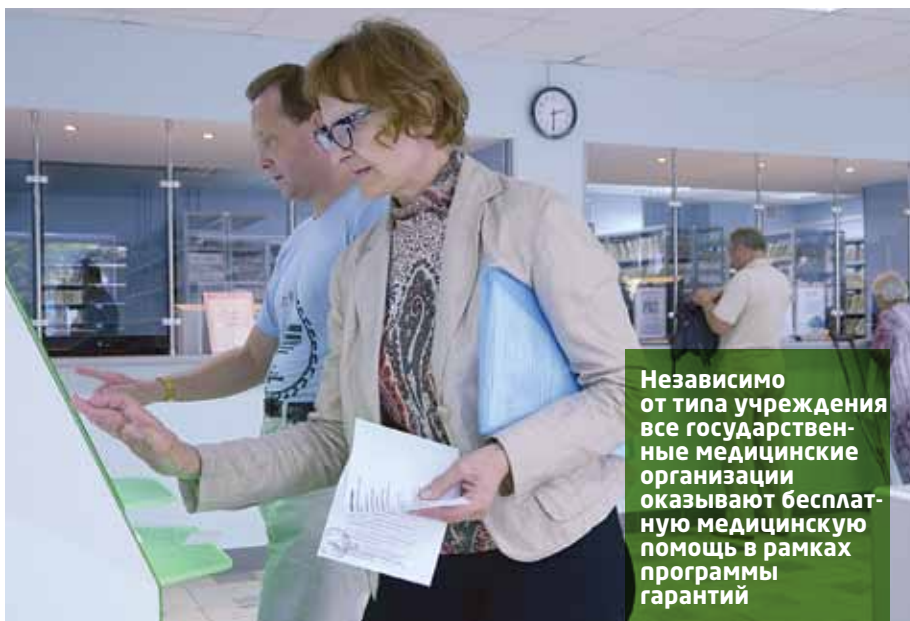
Поэтому в Москве мониторинг законодательства и правоприменительной практики осуществляется всеми органами государственной власти с привлечением общественных объединений, научных организаций, граждан через такие форматы, как проведение экспертиз

правовых актов, опросов общественного мнения по поводу действия правовых актов, аналитического обобщения обращений физических лиц (для нас это и пациенты, и сотрудники подведомственных организаций) и данных правоприменительной и судебной практики.

– Каковы ключевые изменения, произошедшие в нормативно-правовой базе московского здравоохранения?

— В 2011 году был принят Федеральный закон от 21.11.2011 года № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», что повлекло за собой необходимость приведения в соответствие с его положениями законодательства города Москвы в сфере здравоохранения.

В 2012 году майские Указы Президента Российской Федерации потребовали разработки и утверждения новых нормативно-правовых документов, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи населению, на



Независимо от типа учреждения все государственные медицинские организации оказывают бесплатную медицинскую помощь в рамках программы гарантий

реализацию мероприятий по формированию здорового образа жизни граждан РФ, обеспечению национальной системы здравоохранения медицинскими кадрами, увеличению заработной платы врачей, и многое другое.

Перед Департаментом здравоохранения города Москвы была поставлена задача по обеспечению отрасли здравоохранения новыми законодательными актами, регламентирующими деятельность подведомственных организаций, медицинских работников и, конечно же, самого департамента. Важно было обосновать издание того или иного законодательного акта, описать проблемы, на решение которых направлен правовой акт, обосновать предлагаемые решения и ожидаемые результаты их реализации. И, конечно же, правовой акт должен соответствовать основным направлениям деятельности правительства Москвы, федеральному законодательству, а также действующим законам города Москвы. За 2013 год было актуализировано 59 нормативно-правовых актов города (в 2012 году — 23).

— На какие изменения в нормативно-правовой базе работы московского здравоохранения, произошедшие в последнее время, вы обратили бы внимание столичных медиков прежде всего?

— Прежде всего это приоритетные государственные программы развития здравоохранения. «Территориальная программа государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов», в рамках которой впервые предусмотрен способ подушевого финансирования: за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), «Программа развития здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» и ее подпрограмма: «Кадровое обеспечение отрасли здравоохранения».

Помимо этого были выпущены следующие важные документы.

Постановление Правительства Москвы от 11 февраля 2013 г. № 51-ПП «О мероприятиях по организации, развитию и пропаганде донорства крови и (или) ее компонентов и обеспечению социальной поддержки доноров, безвозмездно сдавших кровь

и (или) ее компоненты», которым в числе других предусмотрены меры социальной поддержки донорам, безвозмездно сдавшим кровь и (или) ее компоненты в медицинских организациях и научных организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, осуществляющих деятельность в сфере обращения донорской крови и ее компонентов.

Постановление Правительства Москвы № 100-ПП от 25 февраля 2013 г. «О реализации пилотного проекта «Доктор рядом», которым предусмотрено:

- дальнейшее повышение доступности оказания первичной медико-санитарной помощи жителям города Москвы, повышение удовлетворенности ее качеством, обеспечение населения сопутствующим медицинским сервисом;
- привлечение внебюджетных источников финансирования, в том числе на проведение ремонтных работ в предоставленных городом помещениях,



**УСПЕВАТЬ ЗА ДИНАМИЧНО МЕНЯЮЩЕЙСЯ
ПОЛИТИЧЕСКОЙ, ЭКОНОМИЧЕСКОЙ
И СОЦИАЛЬНОЙ СИТУАЦИЕЙ В СТРАНЕ И МИРЕ,
АДЕКВАТНО ОЦЕНИВАТЬ ЭТИ ИЗМЕНЕНИЯ
ВОЗМОЖНО ТОЛЬКО ПРИ ПОСТОЯННОМ
И КВАЛИФИЦИРОВАННОМ МОНИТОРИНГЕ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ.**

51 628 ВРАЧЕЙ

**работают
в медорганизациях
государственной
системы здравоохра-
нения Москвы**

оснащение медицинским оборудованием, необходимым для оказания первичной медико-санитарной помощи жителям города;

- организация работы врача терапевта (общей практики) по оказанию первичной медико-санитарной помощи в системе обязательного медицинского страхования в условиях, максимально приближенных к месту проживания населения;
- возможность организации на предоставляемых площадях дополнительных видов медицинской помощи в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность.

В настоящее время Департаментом здравоохранения Москвы осуществляется заключительная стадия разработки закона города Москвы «Об охране здоровья в городе Москве».

– Поменялся ли правовой статус и полномочия клиник и их руководства в связи с введением новых форм оплаты медицинской помощи и последних изменений в федеральном законодательстве?

— Правовой статус организаций здравоохранения неизменен. Они все являются государственными учреждениями, функции и полномочия учредителя осуществляет Департамент здравоохранения Москвы.

В связи с принятием Федерального закона от 08.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» были проведены мероприятия по изменению типа организаций Департамента здравоохранения Москвы, которые разделили на государственные учреждения: бюджетные, казенные и автономные. Данное изменение типа позволило учреждениям эффективно распоряжаться денежными средствами, распределяя их на более необходимые потребности.

В частности, в настоящее время изменен тип учреждения — стоматологических поликлиник, оказывающих стоматологическую помощь взрослому населению Москвы с бюджетного на автономное, что позволит указанным учреждениям:

- привлекать заемные средства;
- осуществлять иные виды деятельности лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых оно создано, при условии, что такие виды деятельности указаны в его уставе;
- использовать большую самостоятельность в использовании имущественных средств;
- в установленном порядке открывать счета в кредитных организациях, т.е. осуществлять финансовую деятельность не через казначейскую систему.

При этом доходы от собственной деятельности автономного учреждения не считаются неналоговыми доходами бюджета, как в случае с бюджетными учреждениями. Однако важно здесь то, что автономное учреждение, обладая большей самостоятельностью по сравнению с бюджетным, соответственно несет и большую ответственность.

– Каково в современных условиях соотношение платных и бесплатных услуг в клиниках города? Это серьезное подспорье для руководства клиники в вопросе финансирования учреждения?

— Хотелось бы напомнить, что независимо от типа учреждения все наши медицинские организации оказывают бесплатную медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий. Москвичи, да и все граждане России, не

должны платить за медицинскую помощь, если она предоставляется по полису ОМС в рамках территориальной программы государственных гарантий. Другой вопрос — оказание медицинской помощи иностранным гражданам и лицам без гражданства. Когда они обращаются в столичные медицинские организации, чтобы пройти диагностическое обследование или плановое лечение, медицинская помощь, а уместным будет сказать — медицинская услуга, осуществляется на платной основе. При этом экстренная неотложная медицинская помощь всегда бесплатна.

В настоящее время доля платных услуг в поликлиническом звене незначительна. Эта работа более активно ведется в стационарах, принося медицинским организациям дополнительные доходы. Но мы не ставим своей задачей достичь какой-то границы платных медицинских услуг в конкретные временные сроки. Сами главные врачи, учитывая особенности своей медицинской организации, должны формировать такие планы. Да и внедрение одноканального финансирования, а также ряд экономических условий, позволят руководителям задуматься над решением подобных вопросов.

Главные врачи должны сами разобраться, какие сервисные или дополнительные медицинские услуги им стоит внедрить в медицинских организациях. Полагаю, что в данном случае целесообразно задействовать экономические механизмы, а не административные. И тогда платным услугам будет определена конкретная доля в финансировании медицинской организации.

— Какими нормативно-правовыми документами и методическими рекомендациями нужно руководствоваться в вопросе разграничения видов медпомощи и услуг, оказываемых бесплатно и платно?

— Как я уже говорила, одним из важных нормативно-правовых документов, регламентирующим медицинскую деятельность на территории Российской Федерации, в настоящее время является Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2013) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Статьей 19 этого закона установлено, что каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

Вместе с тем с 2013 года вступило в силу Постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», в соответствии с которым без согласия потребителя медицинская организация не вправе оказывать не предусмотренные договором дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

Если же пациент откажется от заключения договора на платные услуги, это не может быть причиной уменьшения видов и объема оказания медпомощи, которая предоставляется бесплатно.

Таким образом, медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы имеют право предоставлять платные медицинские услуги:

■ на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика)

(это установление индивидуального поста медицинского наблюдения; применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых, применение медицинских изделий, лечебного питания);

- гражданам иностранных государств;
- лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию;
- гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию;
- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, без направления лечащего врача, за исключением случаев, когда требуется скорая или неотложная помощь.

Пациенту придется заплатить, если он хочет лечиться анонимно, за исключением случаев, когда это предусмотрено законом.

Согласно Правилам все медицинские организации Российской Федерации, которые имеют лицензию на оказание медицинской помощи, будут обязаны разместить на своих сайтах в интернете и на информационных стендах в зданиях больниц и поликлиник перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медуслуг и порядке их оплаты. Кроме того, при заключении договора пациенту должна предоставляться информация о конкретных медработниках, которые будут оказывать платные медицинские услуги, их образовании и квалификации (здесь важно соблюдать законодательство о защите персональных данных).

При расчете стоимости медицинских услуг медицинские организации Департамента здравоохранения Москвы руководствуются:

- вышеупомянутым Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006;
- приказом Департамента здравоохранения Москвы от 14.12.2011 № 1743 «Об утверждении Порядка определения платы за оказание государственными учреждениями всех типов Департамента здравоохранения города Москвы за плату государственных услуг» (ред. от 03.06.2013);
- приказом Департамента здравоохранения Москвы от 02.10.2013 № 944 «Об утверждении Правил оказания платных услуг гражданам и юридическим лицам государственными организациями системы здравоохранения города Москвы».

Прейскуранты на платные услуги, предоставляемые организациями, утверждаются руководителями медицинских организаций и согласовываются с Департаментом здравоохранения Москвы.

— Как осуществляется контроль соблюдения правил предоставления платных услуг в московских медучреждениях?

— Контроль соблюдения утвержденных Правил осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в рамках установленных полномочий.



**СОГЛАСНО ПРАВИЛАМ ВСЕ МЕДИЦИНСКИЕ
ОРГАНИЗАЦИИ РФ БУДУТ ОБЯЗАНЫ
РАЗМЕСТИТЬ НА СВОИХ САЙТАХ В ИНТЕРНЕТЕ
И НА ИНФОРМАЦИОННЫХ СТЕНДАХ В ЗДАНИЯХ
БОЛЬНИЦ И ПОЛИКЛИНИК ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ С УКАЗАНИЕМ
ЦЕН В РУБЛЯХ.**

За нарушение прав пациентов, установленных законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, исполнитель услуги несет дисциплинарную, административную, уголовную или гражданско-правовую ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации. Неисполнение или ненадлежащее исполнение платных медицинских услуг может повлечь для недобросовестного исполнителя не только обязанность возмещения убытков, но и бремя дополнительных санкций в виде компенсации морального вреда, взыскания неустойки, пени (в том числе штрафной) в порядке и размере, определяемых Законом о защите прав потребителей, договором. Правила регламентируют процедурные аспекты оказания платных услуг, но

ничего не говорят о содержании этих услуг. Следовательно, разграничение с бесплатными услугами должно совершаться на базе содержательного определения последних и в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве.

Департаментом здравоохранения Москвы издан приказ от 02.10.2013 года № 944 «Об утверждении Правил оказания платных услуг гражданам и юридическим лицам госу-

дарственными организациями системы здравоохранения города Москвы».

Но многие вопросы еще требуют уточнения. Это и исключение конфликта интересов при оказании платных медицинских услуг и бесплатной медицинской помощи, и тарифная политика медицинской организации, и порядок установления и расчета цен на платные услуги, особенности налогообложения различных видов услуг медицинской организации, планирование объемов и маркетинг платных медицинских услуг. Есть над чем работать.

Очень важно понимать, что оказание медицинских услуг на платной основе никак не отражается и не отразится на качестве, своевременности и доступности медицинской помощи, предусмотренной Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. При этом хотелось бы отметить, что возможность предоставления платных медицинских услуг позволит всеобъемлюще использовать материально-техническую базу медицинских организаций, учитывая возможность работы в несколько смен, а в дальнейшем и переходе ряда учреждений на круглосуточный режим работы.



Подготовка врачей в научных организациях позволяет адаптировать молодых специалистов для работы в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города

– Выстроена ли в Москве какая-то единая система защиты врача в профессиональном плане?

— В соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации ответственность за вред, причиненный в результате повреждения здоровья пациента, несет перед ним медицинское учреждение. Лечебное учреждение признается виновным, если установлена вина его работников, выражающаяся в ненадлежащем (виновном) исполнении своих служебных обязанностей по оказанию медицинской помощи.

С другой стороны, если медицинская ошибка связана с нарушением стандартов оказания медицинской помощи и следствием ее явилось причинение вреда пациенту и, как крайний случай, вызвало его смерть, следует говорить о виновных деяниях медицинских работников.

Дисциплинарная, административная и уголовная ответственность за оказание медицинской помощи ненадлежащего качества является персональной ответственностью медицинских работников. Я абсолютно уверена в том, что наше население должны лечить медицинские работники — профессионалы, которые постоянно совершенствуют свои знания и навыки, которые уверены, что их деятельность является качественной и эффективной. Поэтому Департаментом здравоохранения города Москвы делается все необходимое для профессионального развития врачей.

Ежегодно на факультетах последипломного образования обучается более 7000 специалистов (в 2013 году — 7500 человек).

Повышение квалификации и переподготовка врачей осуществляется как в федеральных образовательных учреждениях высшего профессионального образования, реализующих программы дополнительного профессионального образования (ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования, ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова), так и в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы — научных организациях, которые имеют лицензию на право образовательной деятельности по ординатуре, аспирантуре и, конечно, на право дополнительного профессионального образования более чем по 30 специальностям.

Подготовка врачей в научных организациях департамента позволяет адаптировать молодых специалистов для работы в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы с учетом особенностей столичного здравоохранения.

В рамках реализации целевых программ в области здравоохранения (программа модернизации «Столичное здравоохранение») и в соответствии с современными требованиями к специалистам с медицинским образованием проводится совершенствование системы последипломного образования:

■ обновление тематики циклов повышения квалификации;



**ПРОБЛЕМЫ МОСКВЫ АНАЛОГИЧНЫ
ПРОБЛЕМАМ ОТЕЧЕСТВЕННОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ИХ РЕШЕНИЕ
ТРЕБУЕТ ПОСТОЯННОЙ РАБОТЫ ПО
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ И АКТУАЛИЗАЦИИ
ИЗДАННЫХ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ
АКТОВ.**

- освоение и популяризация инновационных педагогических технологий;
- внедрение дистанционного обучения с применением интернет-технологий;
- совершенствование накопительной системы повышения квалификации (тематические семинары, профессиональные конкурсы, инновационные и методические проекты, научно-практические конференции);

■ стажировки на рабочем месте и в зарубежных медицинских клиниках. Так, в 2013 году направлены на зарубежные стажировки 319 специалистов, из них 180 врачей. Стажировки проводятся в лучших зарубежных медицинских клиниках Швейцарии, Израиля, Бельгии, Италии, Германии, Сеула.

В 2013 году впервые Департаментом здравоохранения Москвы, факультетом фундаментальной медицины Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова и Городской клинической больницей № 31 Департамента здравоохранения Москвы проведен научно-образовательный курс «Роботизированные технологии в урологии». Обучение сотрудников (врачи

и операционные медицинские сестры) осуществлялось на симуляционном тренажере Da Vinci, позволяющем отработать практические умения по проведению урологических операций до автоматизма.

В 2014 году Департаментом здравоохранения города Москвы началась реализация проекта непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 ноября 2013 года № 837 с участием общественных профессиональных организаций.

То есть столичные врачи получили доступ к самым современным источникам информации. Кроме

того, через индивидуальные коды доступа в сеть интернет врачи каждой медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы, в соответствии со своим профилем могут бесплатно знакомиться с самыми последними научными публикациями, узнавать о достижениях и опыте своих коллег как в России, так и за рубежом.

Все вышеперечисленные мероприятия позволят столичным врачам достойно пройти аккредитацию (аттестацию) и иметь возможность перейти на эффективный контракт.

Учитывая, что с 2018 года на федеральном уровне предусматривается лицензирование не только медицинской организации на право осуществления медицинской деятельности, но и лицензирование самих специалистов, ответственность за ненадлежащее качество медицинских услуг будет возлагаться на лечащего врача. В связи с этим в настоящее время рассматривается вопрос о внедрении системы страхования профессиональной деятельности медицинского персонала.

– Из вашего опыта: что вызывает наибольшее число вопросов у рядовых врачей?

— По данным ГКУЗ «Бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения города Москвы», в медицинских организациях государственной



В 2014 ГОДУ ДЕПАРТАМЕНТОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ НАЧАЛАСЬ РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ УЧАСТКОВЫХ, ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ УЧАСТКОВЫХ.

системы здравоохранения города Москвы работает 51 628 врачей (в 2012 году — 50 639 человек). У каждого из них свои вопросы. Прежде всего это возможности медицинских организаций в начислении заработной платы, вопросы, связанные с трудовым законодательством (прием, увольнение, режим работы, возможность дополнительного заработка), применением стандартов оказания медицинской помощи, организации профессионального образования. Интересуются медработники мероприятиями, осуществляемыми в рамках реформирования здравоохранения, вопросами по предоставлению жилья для медработников и многим другим. Мы стараемся своевременно информировать всех участников лечебного процесса, проводя встречи, конференции, клинико-анатомические комиссии, акцентируя внимание на правовой регламентации деятельности.

Учитывая специфику вопросов, их разноплановость, у Департамента здравоохранения города Москвы возникла необходимость в формировании структуры нового информационного ресурса, которая отвечает потребностям в информации всех участников сектора медицинских услуг, требующих профессионального изложения происходящих изменений. В настоящее время по решению правительства Москвы за Департаментом здравоохранения города Москвы закреплено право учреждать в установленном порядке печатные средства массовой информации для публикации материалов по вопросам, отнесенным к установленной сфере деятельности.

Хотелось бы подчеркнуть, что в целом проблемы Москвы аналогичны проблемам отечественного здравоохранения. Например, одна из них состоит в том, что ни законодатель, ни врач, ни пациент не имеют четкой трактовки качества медицинской услуги. Используемое понятие «стандарты качества медицинской помощи» каждый определяет как может. Остро стоит и проблема пациентов с редкими заболеваниями, лечение которых требует значительных затрат от субъекта РФ. Требует решения вопрос закрепления на законодательном уровне выписки электронных рецептов и автопродление рецептов для людей, болеющих длительное время. Все это требует постоянной работы по совершенствованию и актуализации изданных нормативных правовых актов по результатам их апробации или наличия противоречий между действительной формой и сущностью самой системы здравоохранения и положениями текущего законодательства.

ПОДРОБНОСТИ



Изменения в закон «О рекламе»

Беспокойство в медицинском обществе вызвали вступившие в силу с 1 января 2014 года поправки в Закон «О рекламе». Согласно принятым изменениям, в настоящее время реклама медицинских услуг не допускается иначе как в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий и в предназначенных для медицинских и фармацевтических работников специализированных печатных изданиях. Но следует отличать медицинские услуги от оказания медицинской деятельности. Согласно письму Федеральной антимонопольной службы России (ФАС) сама реклама медицинского учреждения, не содержащая указания на конкретные медицинские услуги, не попадает в сферу действия части 8 статьи 24 ФЗ «О рекламе», а содержит только указание на профиль деятельности организации (ее специализация), например, стоматология, психиатрия, офтальмология и прочее. Учитывая, что оказание медицинской помощи, в том числе профилактика, диагностика, лечение и медицинская реабилитация, осуществляется в соответствии с лицензией на каждый вид помощи, на основании стандартов медицинской и медико-санитарной помощи и государственного задания, установленного Департаментом здравоохранения города Москвы, указанные изменения не повлияют на деятельность медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы. В дальнейшем ситуация, возможно, изменится. В Госдуме РФ идет работа над внесениями поправок, разрешающих рекламу медуслуг в неспециализированных СМИ.

ГИБКАЯ СИСТЕМА

В 2013 году все медицинские организации государственной системы здравоохранения столицы завершили переход на новую систему оплаты труда. О том, что изменилось в связи с вводом действия этой системы, из каких источников формируется сегодня фонд оплаты труда и как формируется зарплата московских медиков, рассказывает заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Валерий ПАВЛОВ.



Валерий ПАВЛОВ,
заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы

— Валерий Валентинович, что принципиально изменилось в схемах и принципах начисления и выплат зарплат медработникам в ЛПУ в связи с вводом в действие, новой системы оплаты труда?

— В рамках реализации Постановления Правительства Москвы от 28.05.2012 года № 241-ПП «О мероприятиях по переходу медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы на систему оплаты труда, отличную от тарифной системы оплаты труда работников государственных учреждений города Москвы» и одноименного приказа Департамента от 9 июня 2012 года № 531 все медицинские организации государственной системы здравоохранения столицы в 2013 году завершили переход на новую систему оплаты труда (НСОТ).

Новая система оплаты труда является более гибкой по сравнению с ранее действующей, так как позволяет избежать «уровниловки», связанной с применением единой тарифной сетки. Она дает возможность учреждениям самостоятельно определять приоритеты при построении окладной сетки по профессиональным квалификационным группам должностей, показатели стимулирования различных категорий работников и критерии их оценки.

Система оплаты труда адаптирована к новым условиям деятельности учреждений и настроена на решение задач повышения качества оказываемых услуг и обеспечения соответствия уровня оплаты труда работников результатам их деятельности.

При построении эффективных систем материального стимулирования работников на выплаты стимулирующего характера оптимально закладывать средства в объеме не менее 30% фонда оплаты труда госучреждения. По итогам 2013 года размер стимулирующих выплат в общем фонде оплаты труда по медицинским организациям столицы составил 40,2%. Для сравнения: в 2012 году — 36,3%.

Изменение систем стимулирования должно включать упразднение постоянных выплат, формально классифицированных как стимулирующие, но реально не мотивирующих работников к качественному и эффективному выполнению трудовых обязанностей. Это

дает возможность перераспределения средств в сторону увеличения окладов работников и реальных выплат стимулирующего характера. В то же время новая система оплаты труда включает в себя все гарантии, которые имела прежняя тарифная система. Речь идет в первую очередь о сохранении гарантий повышенной оплаты труда работникам, труд которых связан с вредными и опасными условиями, за работу ночью, за работу с государственной тайной, специалистам на селе и так далее.

Надо сказать и об изменениях в оплате труда руководителя госучреждения, произошедших при переходе на новую систему оплаты труда. Параметры зарплаты руководителя теперь зависят от размеров средней заработной платы основного персонала подчиненного ему учреждения. Следует подчеркнуть, что с расширением полномочий руководителя учреждения в области оплаты труда работников неизмеримо увеличивается и степень его ответственности за сохранение работоспособности коллектива, организацию эффективной системы стимулирования, создание условий для роста профессионализма сотрудников.

Хочу отметить, что произошедшие изменения являются лишь начальным этапом реализации масштабных мероприятий Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы, утвержденной распоряжением Правительства РФ от 26 ноября 2012 года № 2190-р. Документ предусматривает достижение целей, поставленных Указом Президента России от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», среди которых рост к 2018 году средней заработной платы врачей и научных сотрудников до 200% от средней заработной платы в регионе, среднего медицинского персонала — до 100%. Нам еще предстоит решать задачи по внедрению в практику эффективных контрактов с работниками учреждений, разработке (при необходимости) локальных норм труда, развитию спектра платных услуг.

Для достижения указанных целей разработан и утвержден приказом Правительства Москвы от 2 апреля 2013 года № 178-ПП отраслевой план мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в городе Москве».

— Каким образом и из каких источников формируется сегодня фонд оплаты труда в медучреждениях Москвы разных типов: стационарах, поликлиниках, станциях ССиНМП?

— В настоящее время финансирование медицинских организаций на оплату труда осуществляется из нескольких источников в зависимости от типа учреждения. Так, например, если это стационарное или амбулаторно-поликлиническое учреждение, работающее в рамках ОМС, то финансирование оплаты труда осуществляется из трех источников: средств ОМС, средств города Москвы и средств, поступающих от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности.

Если это учреждение полностью состоит на бюджетном финансировании (государственные казенные учреждения, например туберкулезные больницы, детские санатории, или государственные бюджетные учреждения, например психиатрические, инфекционные больницы), то финансирование осуществляется только из средств городского бюджета и доходов от внебюджетной деятельности.

— Каким образом и на основании каких документов формируется зарплата медиков в учреждениях? Из чего складывается зарплата, получаемая врачом и медсестрой, от чего она зависит сегодня?

— В соответствии с рекомендациями, определенными приказом Департамента здравоохранения от 9 июня 2012 г. № 531, руководители государственных учреждений самостоятельно разрабатывают собственные системы оплаты труда с учетом решений,

41-42%

размер окладной составляющей в структуре заработной платы медработников

принятых в трудовых коллективах, отражающих приоритетные задачи, стоящие перед учреждением. Эти системы оплаты труда закрепляются коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами в соответствии с федеральными законами и иными правовыми актами Российской Федерации и правительства Москвы. Заработная плата работников состоит из должностного оклада, выплат компенсационного и стимулирующего характера и зависит от квалификации, сложности, количества и качества выполняемой работы и фактически отработанного времени. Оклады устанавливаются с учетом нормативных правовых актов, регулирующих вопросы оплаты труда, анализа сложности труда специалистов, проведенного на основе актуализации профессионально-квалификационных требований к работникам профессиональных квалификационных групп, устанавливаемых Минздравом РФ, и занимаемой должности. Приказом Департамента здравоохранения от 9 июня 2012 года № 531 рекомендованы минимальные должностные оклады по профессиональным квалификационным группам для работников с учетом отраслевого коэффициента и максимальный показатель увеличения минимального должностного оклада с учетом квалификационного уровня и наличия квалификационной категории.

К выплатам компенсационного характера относятся:

- выплаты работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда;
- выплаты за работу в условиях, отличающихся от нормальных (например: за работу в ночное время, за сверхурочную работу, за работу при совмещении профессий (должностей) и другие);

- выплаты специалистам за работу в учреждениях, расположенных в сельской местности;
- выплаты за работу со сведениями, составляющими государственную тайну, и иные выплаты.

К выплатам стимулирующего характера относятся:

- выплаты за почетное звание, ученую степень, продолжительность непрерывной работы в учреждениях здравоохранения;
- выплаты молодым специалистам;
- выплаты за интенсивность и высокие результаты труда;
- премии и иные выплаты.

— Каково соотношение фиксированного оклада и стимулирующих выплат? От чего зависят стимулирующие выплаты? Утверждены ли критерии, на основе которых они начисляются?

— В соответствии с Программой поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы, разрабатываются и утверждаются показатели и критерии эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников, что позволяет установить действенные механизмы зависимости уровня оплаты труда работников организаций от объема и качества предоставляемых социальных услуг в рамках перевода работников на эффективный контракт.

Система стимулирующих выплат должна совершенствоваться исходя из необходимости увязки повышения оплаты труда с достижением конкретных показателей качества и количества оказываемых услуг



Департаментом здравоохранения города Москвы утверждены целевые показатели эффективности деятельности учреждения, а также оценки эффективности и результативности деятельности руководителя учреждения, которые определяются в соответствии с критериями, утвержденными соответствующим приказом столичного Департамента здравоохранения города Москвы от 17.06.2013 года № 602.

Указанный порядок позволяет объективно оценить результаты труда руководителя с учетом эффективности его деятельности и деятельности учреждения. Показатели эффективности деятельности работников утверждаются медицинскими организациями. Они зависят от степени удовлетворенности граждан качеством оказания медицинской помощи, отсутствия обоснованных жалоб. В ходе оценки учитывается соблюдение работником трудовой дисциплины и кодексов профессиональной этики. Зависимость параметров стимулирующих выплат от отдельных критериев качества прописывается специальной комиссией, утвержденной приказом по учреждению.

Департаментом здравоохранения города Москвы по запросу Минздрава России проводился единовременный мониторинг структуры заработной платы врачей на одну ставку, работающих в амбулаторных и стационарных учреждениях. В настоящее время размер окладной составляющей в структуре заработной платы работников варьируется от 41 до 42%. Размер компенсационных выплат в стационарных учреждениях выше за счет работы зачастую во вредных и опасных условиях труда — работа в туберкулезных, инфекционных, психиатрических учреждениях, с ВИЧ-инфекцией и так далее, за работу в ночное время и составляет в среднем 18,6%, в амбулаторных учреждениях — 9,8%. Размер стимулирующих выплат — за непрерывный стаж работы в учреждениях здравоохранения; наличие ученых и почетных званий; выплаты, производимые по критериям эффективности работы, — интенсивность, качество; выплаты молодым специалистам; премии — в среднем составляет от 30 до 48%.

Считаю нужным отметить, что при переходе на новые условия труда не в полной мере удалось решить задачу стимулирования работника в зависимости от результатов его деятельности. Во многих случаях ее критерии эффективности были недостаточно проработаны, а их применение носит формальный характер. Стимулирующие выплаты устанавливаются без увязки с результатами труда и применяются в качестве гарантированной части заработка.

По моему мнению, система стимулирующих выплат должна совершенствоваться исходя из необходимости увязки повышения оплаты труда с достижением конкретных показателей качества и количества оказываемых услуг.

— Получают ли какие-то доплаты медработники сегодня в рамках федеральных программ стимулирования?

— Доплаты медицинским работникам, производимые ранее в рамках национального проекта «Здоровье»: мероприятия по диспансеризации и диспансерному наблюдению, медицинским осмотрам, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи работниками участковой службы, выплаты медицинскому персоналу станции скорой и неотложной медицинской помощи — сегодня включены в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в части финансового обеспечения расходов на заработную плату медицинским работникам, Постановление Правительства Москвы от 24 декабря 2013 г. № 892-ПП «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».

Департаментом здравоохранения Москвы совместно с Московским городским фондом ОМС принимаются исчерпывающие меры по недопущению снижения в 2014 году заработной платы медицинского персонала по сравнению с предшествующим отчетным периодом.

— Сегодня много говорится о необходимости введения «эффективного контракта», но не всегда понятно, что этот термин означает на практике...

— Введение эффективного контракта предусмотрено Программой поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы. Эффективный контракт — это трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки. Изменение порядка оплаты труда является изменением условий, определенных сторонами трудового договора, и осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Актуализация квалификационных требований и компетенций, необходимых для оказания государственных (муниципальных) услуг (выполнения работ), организация соответствующей профессиональной переподготовки и повышения квалификации работников учреждений, наряду с совершенствованием системы оплаты труда и разработкой систем оценки эффективности деятельности работников, создаст основу для использования принципов эффективного контракта. Оформление трудовых отношений с работником государственного учреждения при введении эффективного контракта осуществляется в соответствии с рекомендациями по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта, утвержденными приказом Минтруда России от 26 апреля 2013 г. № 167н.

Для подписания эффективного контракта должны быть уточнены и конкретизированы его трудовая функция, показатели и критерии оценки деятельности, установлены размеры вознаграждения и поощрения за достижение коллективных результатов труда. Условия получения вознаграждения должны быть понятны работодателю и работнику и не допускать двойного толкования.

— С помощью каких механизмов медработник может решать спорные вопросы, касающиеся своей заработной платы?

— В Трудовом кодексе Российской Федерации даны понятия трудового спора. Он может быть индивидуальным и коллективным. Индивидуальный трудовой спор (статья 381) — это неурегулированные разногласия между работником и работодателем по вопросам применения трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права, коллективного договора, соглашения, локального нормативного акта, трудового договора (в том числе об установлении или изменении индивидуальных условий труда), о которых заявлено в орган по рассмотрению индивидуальных трудовых споров. Коллективный трудовой спор (статья 389) — это неурегулированные разногласия между работниками и работодателями по поводу установления и изменения условий труда, заключения, изменения и выполнения коллективных договоров, соглашений, а также в связи с отказом работодателя учесть мнение



**НОВАЯ СИСТЕМА ОПЛАТЫ ТРУДА
АДАПТИРОВАНА К НОВЫМ УСЛОВИЯМ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ И НАСТРОЕНА
НА РЕШЕНИЕ ЗАДАЧ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА
ОКАЗЫВАЕМЫХ УСЛУГ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ
СООТВЕТСТВИЯ УРОВНЯ ОПЛАТЫ ТРУДА
РАБОТНИКОВ РЕЗУЛЬТАТАМ ИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.**

выборного представительного органа работников при принятии локальных нормативных актов.

Индивидуальные трудовые споры рассматривают комиссии по трудовым спорам и суды. Разрешение разногласий между работниками и работодателями в данном случае возможно при помощи не только традиционного судебного порядка, но и альтернативных способов разрешения споров, к числу которых относятся переговоры между спорящими сторонами, посредничество, обращение в третейские суды, независимая экспертиза по установлению фактических обстоятельств дела.

Согласно статье 401 Трудового кодекса России, порядок разрешения коллективного трудового спора состоит из этапов рассмотрения спора примирительной комиссией, а также его рассмотрения с участием посредника и (или) в трудовом арбитраже. Представители сторон, примирительная комиссия, посредник, трудовой арбитраж, государственный орган по урегулированию коллективных трудовых споров обязаны использовать все предусмотренные законодательством возможности для разрешения возникшего коллективного трудового спора.

Требования, выдвинутые работниками и (или) представительным органом работников организации, утверждаются на соответствующем собрании (конференции), излагаются в письменной форме и направляются работодателю. В случае когда нет возможности провести конференцию либо собрание сотрудников, представительный орган может утвердить решение о выставлении требований посредством сбора подписей больше чем половины работников.

Сотрудники медицинских организаций госсистемы здравоохранения города Москвы помимо перечисленных способов разрешения трудовых споров прибегают к направлению в вышестоящие инстанции (дирекции по обеспечению деятельности административных округов столицы, Департамент здравоохранения города Москвы, аппарат мэра Москвы, Министерство здравоохранения, Правительство и Администрацию Президента России) письменных обращений. Обращения направляются как на бумажных носителях, так и в электронном виде. Сроки и порядок их обращений установлен Федеральным законом от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

— Как меняется уровень оплаты труда столичных медиков в последнее время?

— В 2013 году рост средней заработной платы московских медиков составил 9,9%, в том числе по категориям персонала: врачи — 10,8%, средний медицинский персонал — 7,6%, младший медицинский персонал — 9,6%, работники, имеющие высшее немедицинское образование, — 5,2%, научные сотрудники — 11,6%, социальные работники — 27,1%. За счет компенсационных выплат среднемесячная заработная плата работников, трудящихся в стационарных учреждениях, несколько выше, чем у работников амбулаторно-поликлинического звена.

Кроме того, существуют различия в уровне оплаты труда и среди однотипных учреждений. Эти различия в первую очередь зависят от разницы объемов оказания медицинской помощи населению, кроме того, от уровня развития внебюджетных видов оказания помощи, внедрения новой техники, технологии, проведения организационных либо иных мероприятий, обеспечивающих рост эффективности труда. Играть роль и усилия по сокращению неэффективных расходов. Например, учреждение может использовать экономию по фонду оплаты труда на выплаты стимулирующего характера наиболее эффективным работникам.

Подготовил
Сергей ЛИТВИНЕНКО

МАТЕРИАЛЫ ОБЩЕГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

Предисловие председателя редакционного совета, заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития, профессора, доктора медицинских наук, заслуженного врача РФ Леонида Печатникова.

Уважаемые коллеги, вашему вниманию предлагается стенограмма очередной общегородской клинической конференции, которую мы провели 3 апреля 2014 года и посвятили проблемам онкологии. Я специально просил редакцию сохранить «авторскую пунктуацию», то есть практически не редактировать тексты выступлений. Мне хочется, чтобы для истории остались следы нашего профессионализма и нашей некомпетентности. Особенно хотел бы обратить ваше внимание на следующие моменты. Во-первых, малые признаки онкологических заболеваний — паранеопластические реакции. В данном случае они были довольно типичными — артриты межфаланговых суставов кистей. Во-вторых, при эндоскопических операциях в ГВВ №3, которые носили характер биопсий, были выявлены

очевидные признаки аденокарциномы, которые, к сожалению, не нашли должной оценки в ГКБ №24. Выше моего понимания остался факт, когда при имевшихся гистологических данных и наличии подтвержденных метастазов в региональном лимфоузле в диагнозе продолжал фигурировать рак in situ.

И, наконец, последнее. Остается только догадываться, почему при уже установленном диагнозе пациентке не была проведена радикальная операция. Объяснения врачей выглядят, мягко говоря, неубедительными. Все, что происходило с больной в дальнейшем, говоря откровенно, большого значения не имеет: рак был диагностирован на первой стадии заболевания, у нас были все шансы вылечить пациентку, однако мы ими не воспользовались, довели больную до IV стадии онкологического заболевания, собственноручно подписав ей смертный приговор.

Хочется верить, что представленный случай хоть чему-то нас научит...

Также надеюсь, что Департамент здравоохранения Москвы сделает свои, уже организационные, выводы.

КРАТКАЯ СТЕНОГРАММА

Анвар Магомедович Исмаилов,
заместитель главного врача по медицинской части в филиале № 3 ГУБЗ «Городская поликлиника № 218 ДЗМ»

В Городской поликлинике № 218, филиале № 3 пациентка Ч., 73 года. Наблюдалась с 2006 года. Основной диагноз на сегодняшний день — «рак прямой

кишки Т3Н2М1», с поражением паховых, тазовых, забрюшинных и лимфатических узлов. Сопутствующие: ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения 1-го функционального класса, артериальная гипертензия 2-й степени, риск 2, хронический пиелонефрит, гепатоз, истинная экзема, язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии ремиссии и дорсопатия. В регистре пациентка находится с



Общегородская клиническая конференция, прошедшая 3 апреля 2014 года, была посвящена проблемам организации онкологической помощи в Москве

2006 года. С 2013 года состоит под диспансерным наблюдением у онколога и у терапевта.

В октябре 2012 года у пациентки наблюдалось обострение истинной экземы (наросло высыпание).

18 октября на консультации у дерматолога экстренная экзема была подтверждена (под вопросом поставлен диагноз «псориаз»).

7 ноября в анализе крови отмечается увеличение СОЭ до 22, лейкоцитоз до 10, появляется некоторая скованность и болевые ощущения в мелких суставах кистей рук. Участковый врач принимает решение

консультировать пациентку у ревматологов для уточнения диагноза: «псориатическая артралгия

или ревматоидный артрит». С диагнозом «ревматоидный артрит» (под вопросом) пациентка была направлена в Госпиталь ветеранов войн (ГВВ) № 3 для уточнения и верификации диагноза. Из ГВВ

пациентка вернулась с диагнозом «злокачественное новообразование ректосигмовидного соединения Т1НОМ0». 15 февраля 2013 года пациентка была направлена участковым терапевтом на консультацию в ГКБ № 24 (Московский городской центр по колопроктологии).

С 15 по 18 февраля консультирована в ГКБ № 24 и 19 февраля по-

ступила к нам на дообследование (проведено УЗИ органов брюшной полости, выявлены признаки



**ВЫШЕ МОЕГО ПОНИМАНИЯ ОСТАЛСЯ ФАКТ,
КОГДА ПРИ ИМЕВШИХСЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ
ДАННЫХ И НАЛИЧИИ ПОДТВЕРЖДЕННЫХ
МЕТАСТАЗОВ В РЕГИОНАЛЬНОМ ЛИМФОУЗЛЕ
В ДИАГНОЗЕ ПРОДОЛЖАЛ ФИГУРИРОВАТЬ
«РАК IN SITU».**

Леонид ПЕЧАТНИКОВ

гепатоза и киста центрального комплекса почек). По данным обследования 5 марта больная госпитализирована в ГКБ № 24.

С 5 марта по 14 марта пациентка проходила лечение в ГКБ № 24. Был выставлен диагноз «Т-инфитум, НОМО. Полип сигмовидной кишки». После выписки, 14-го, обратилась к нам. Онкологом поликлиники взята под диспансерное наблюдение и 20 марта направлена на консультацию в Онкологический клинический диспансер № 1. Так как было некоторое расхождение 1-го и 2-го диагноза («Т1-инфита»), для уточнения ситуации был сделан запрос гистологических препаратов из ГВВ № 3, и больная была консультирована в ОКБ № 1, где подтвердили диагноз «Т1НОМО. Состояние после эндоскопической электроэксцизии рака прямой кишки». Больной были рекомендованы дальнейшее динамическое наблюдение и контрольная колоноскопия.

После выписки из стационара пациентка осмотрена онкологом, ей была рекомендована повторная явка через 2 месяца — в июне — на контрольную колоноскопию.

7 июня пациентка пришла на прием, после чего была направлена в КГЦ № 3 на контрольную эндоскопию. 26 июня ей была проведена контрольная колоноскопия, где была гистологически выявлена формирующая тубулярная аденома толстой кишки с умеренной дисплазией эпителия и рекомендовано последующее наблюдение.

В сентябре на плановом приеме онколога у пациентки выявлены боли в правой ноге. На консультации у хирурга подтверждена лимфаденопатия. Было сделано УЗИ, выявлены патологические изменения пахового лимфоузла. Произведена диагностическая пункция. В результате цитологического исследования подтвердилось наличие клеток рака в лимфоузле, и больная в течение недели была повторно направлена в ГКБ № 24 для определения последующей тактики ведения пациентки. Вернулась на дообследование через несколько дней в связи с тем, что предполагалось проведение лучевой терапии. Опять выставлен диагноз «Т1НОМО».

Пациентке была рекомендована КТ брюшной области. Заключение: мелкие гиподенсивные очаги паренхимы печени, предположительно кисты, увеличение забрюшинных и паховых лимфоузлов, инфильтрация стенки прямой кишки с переходом на сигмовидную кишку и региональная лимфаденопатия. А также некоторые изменения кальцинации матки. После исследования больная была осмотрена онкологом и с учетом прогрессирования заболевания направлена повторно в ГКБ № 24 с рекомендацией о проведении хирургического лечения. С 7 ноября по 6 февраля 2014 года пациентка наблюдалась в Московском городском центре по колопроктологии.

21 февраля пациентке в ГКБ № 24 было выполнено оперативное лечение. Диагноз, который мы

получили при выписке, — «рак прямой кишки Т3Н2М1 четвертой степени, метастазы в паховые лимфоузлы». После того как пациентка вернулась к нам (7 февраля), она была направлена на консультацию к радиологу (согласно рекомендации, которую мы получили от ГКБ № 24, отправлена в ГКБ № 57 для проведения лучевой терапии). Из ГКБ № 57 пациентка перенаправлена в ГОБ № 62, где находилась на лечении с 25 февраля по 26 марта в радиологическом отделении.



Леонид ПЕЧАТНИКОВ:
«Хочется верить, что представленный случай хоть чему-то нас научит...»

После чего была выписана в поликлинику для наблюдения.

Диагноз в выписке, которую нам предоставила ГКБ № 62, — «рак прямой кишки Т3Н2М1 четвертой степени, с поражением паховых, тазовых, забрюшинных лимфатических узлов». Состояние после паллиативной брюшно-анальной резекции прямой кишки 21.01.14 г. в ГКБ № 24. Пациентка в настоящий момент находится в удовлетворительном состоянии.

На просьбу Леонида Печатникова уточнить ситуацию с предполагаемым ревматоидным артритом, Анвар Исмаилов ответил:

— Мы задали вопрос участковому врачу, почему возникло такое подозрение. Врач сказала, что, учитывая диагноз дерматолога «псориаз», и выявленных у пациентки некоторой скованности и боли в мелких суставах, было принято решение исключить системный ревматический процесс. К сожалению, ревмопробы не были сделаны. Но с учетом того, что СОЭ и лейкоцитоз были высокие, наблюдалось нарастание высыпаний, несмотря на лечение, которое проводил дерматолог, участковый врач решила направить ее в ГВВ № 3 на консультацию. Ретроспективно можно говорить, что это была реакция на возможное обострение экземы.

Олег Николаевич Румянцев,
главный врач ГУБЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 3 ДЗМ»

Весь период обследования и наблюдения больной в условиях госпиталя можно разделить на 3 этапа. Первый этап — обследование и лечение в условиях консультативно-диагностического центра ГВВ № 3. Консультация пациентки у ревматолога состоялась 26 декабря 2012 года. Ведущим клинической картины в то время был синдром поражения

кожных покровов. Больная предъявляла жалобы на кожную сыпь. С ее слов периодические кожные высыпания беспокоили ее в целом около двух лет. Объективно определялась кожная сыпь папулезного характера с преимущественной локализацией на коже верхних и нижних конечностей. Единичные высыпания были на коже живота и ягодиц. Такая клиническая картина сопровождалась незначительным лейкоцитозом, повышением лейкоцитов до 11 тысяч и ускорением СОЭ до 20 миллиметров.

Ревматолог не нашла убедительных данных за ревматологическое заболевание. Но было продолжено обследование и лечение больной в условиях нашего центра.

Больная была направлена на консультацию к аллергологу, затем на консультацию к гастроэнтерологу. Необходимость консультации у гастроэнтеролога была обусловлена тем, что у больной в анамнезе были хронические

заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии ремиссии). У больной были жалобы на неустойчивый стул со склонностью к запорам и на отрыжку. Но, кроме того, роль в развитии аллергических заболеваний часто играют хронические заболевания желудочно-кишечного тракта. Гастроэнтеролог назначает проведение колоноскопии.

При колоноскопии обнаруживается три образования толстой кишки. Два из них — небольших размеров, 0,2–0,3 см, с неизменной слизистой, и одно — значительных размеров, достигающее 3,5 см, и в основании суживающееся до 2,5 см. Понятно, что последнее образование требовало тщательной морфологической оценки.

При проведении гистологического исследования (для биопсии взяты 4 фрагмента с верха полипа) было получено заключение, что речь идет о тубулярно-ворсинчатой аденоме. Мы знаем, что это предраковое заболевание, с очень большой вероятностью озлокачествления. В связи с этим было принято решение о проведении полипэктомии. Больная была госпитализирована.



**В СВЯЗИ С ТЕМ, ЧТО У ПАЦИЕНТКИ
ИМЕЕТСЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ГНОЙНО-
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРЕСАКРАЛЬНОЙ
ОБЛАСТИ, УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННАЯ
ГИПЕРКОАГУЛЯЦИЯ, ПРОВЕДЕНИЕ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ
БЫЛО НЕВОЗМОЖНО.**

Андрей СОКОЛОВ



**Илья СУМЕДИ:
«С оформлением
диагноза у докторов
были проблемы»**

с помощью аргоноплазменной коагуляции, что и было выполнено.

Удаленный полип и остаточная ткань были извлечены для гистологического исследования. В первом случае при исследовании полипа ткань — гиперпластический полип, и во втором случае — в остаточной ткани тубулярная аденома с явлениями очаговой дисплазии 1–2-й степени.

Пациентка была проинформирована о результатах гистологического исследования, проведена повторная беседа о необходимости оперативного лечения, о характере, объеме операции с возможным формированием колостомы. Было запланировано исследование МРТ перед операцией.

Однако больная решила воздержаться от предложенного объема операции, и была выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение онколога по месту жительства.

Следующее появление больной в нашей клинике через 7 месяцев. По направлению амбулаторного объединения, где ее наблюдали.

У больной уже были жалобы на общую слабость и опухолевидное образование в зоне паховых лимфатических узлов. При осмотре в правой паховой области наблюдается опухолевидное образование. До 2,5 сантиметра. На 2,2 справа. И до 1,5 сантиметра слева.

Осмотр per rectum. Органическая патология на высоте пальца не была выявлена. Выполнена ректороманоскопия, при которой определяются инфильтративные изменения передней стенки прямой кишки, размером до 1 см в диаметре.

Взять в то время биопсию технически было невыполнимо из-за деформации кишки при ректороманоскопии. В связи с чем была выполнена колоноскопия, при которой на 16 сантиметрах от ануса за перегибом имеется участок втяжения слизистой с ворсинчатыми тканями по

центру, диаметром 1 см. И на расстоянии 13–14 см было отеснение кишки извне на участке 2,5 сантиметра, но без изменения слизистой оболочки. Была взята биопсия.

Размеры здесь: 16 см (с учетом деформации толстой кишки и с учетом гибкости колоноскопа). То есть по прямому тубусу эректоскопа – в 11–12 см от ануса.

При гистологическом исследовании обнаружили частицы виллезной аденомы с микрофокусами высокодифференцированного рака толстой кишки. С учетом клинической картины, данных инструментального обследования, в том числе выполненных амбулаторно, выполнена компьютерная томография органов брюшной полости. И с учетом результата тонкоигольной аспирационной биопсии паховых лимфоузлов был установлен диагноз: «рак прямой кишки, tumor in situ НОМО, на 11 сантиметрах, местный рецидив, прогрессирование онкопроцесса, метастазы в паховые лимфатические узлы».

Было выполнено оперативное вмешательство, комбинированное, паллиативное по местному распространению в брюшно-анальной резекции прямой кишки. Расширенная аорта, подвздошно-тазовая лимфодиссекция. Широкая тазовая перитонэктомия. Дренирование брюшной полости. При гистологическом исследовании слизеобразующая

аденокарцинома с прорастанием всех слоев в стенки. Метастазы в регионарные лимфатические узлы. Края резекции без признаков опухолевого роста. Больная была выписана на 16-е сутки.

На просьбу Леонида Печатникова уточнить ситуацию с расхождением диагнозов Илья Сумеди ответил:

— С оформлением диагноза у докторов были проблемы. Если сначала мы придерживались концепции того, что стадия, выставленная однажды используется для регистрации нового случая, то в данном моменте мы нарушили этот принцип, и выставляем уже с учетом рецидива.

На что Леонид Печатников заметил:

— Получается, вы посчитали, что даже в случае, когда при пункционной биопсии лимфоузла выявлены клетки злокачественного новообразования в регионарных лимфоузлах, возможно сформулировать клинический диагноз как «НО». Далее, уже после операции, вы всё увидели, но операция прошла благоприятно, и вас ничего не насторожило...

Андрей Аркадьевич Соколов,
заместитель главного врача по лечебной части
ГУБЗ «Московская городская онкологическая
больница № 62 ДЗМ»



Андрей СОКОЛОВ:
«Учитывая состояние пациентки, консилиум принял решение: проведение специализированного противоопухолевого лечения в данный момент нецелесообразно»

Пациентка Ч. поступила к нам во 2-е радиологическое отделение 25 февраля 2014 года с диагнозом: «рак прямой кишки с поражением паховых, тазовых, забрюшинных лимфатических узлов». Состояние после брюшно-анальной резекции прямой кишки 21 января 2014 года, IV стадия Т3Н2М1.

Впервые к нам пациентка обратилась 17 февраля 2014 года. Консультация была осуществлена заведующей 2-м радиологическим отделением, которая на основании клинических данных и осмотра сделала заключение, что пациентку, страдающую распространенным раком прямой кишки, перенесшую паллиативную операцию, целесообразно госпитализировать для проведения паллиативного химиолучевого лечения.

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на отек нижних конечностей, повышение температуры. При этом в правой паховой области определялись неподвижные лимфатические узлы до 1,5 см, слева в паховой и бедренной областях определялись плотные лимфатические узлы. Также отмечался отек правой нижней конечности и отек подкожной жировой клетчатки передней брюшной стенки.

При осмотре *per rectum*: культя прямой кишки до 8 см. При этом пальпация культи болезненная. Из культи выделяется скудное сливкообразное, гноевидное отделяемое.

При клинических лабораторных анализах мы отмечаем умеренный тромбоцитоз.

Статус пациентки был не совсем ясен, и перед началом проведения лечения состоялся консилиум (еще до обследования). На нем, в частности, признаков метастатического поражения печени, заподозренного ранее, нами подтверждено не было.

По данным ультразвукового исследования, выполненного методом трансректального исследования, было выявлено гипоэхогенное образование до 5 см в диаметре с

гиперэхогенными включениями. Картина ультразвуковая более соответствовала картине солидного узла. К сожалению, при данном методе исследования не были выявлены зоны, позволяющие нам выполнить пункцию для цитологического исследования, и тем более для пункционной биопсии. Учитывая данные лабораторных инструментальных обследований, клиническую картину, в нашей больнице была выполнена интраоперационная резекция культи, через которую мы вскрыли абсцесс и дренировали его через культи прямой кишки. Начата консервативная антибактериальная терапия, санация вскрытого дренированного абсцесса.

На этапах продолжающегося консервативного лечения был проведен первый онкологический консилиум, который отмечает, что у пациентки имеется лимфостаз правой конечности, отек подкожно-жировой клетчатки передней брюшной стенки. Но при этом отсутствует лейкоцитоз и лихорадка. Консилиум отмечает, что причиной лимфостаза могут быть в том числе и воспалительные изменения, начавшиеся еще в послеоперационном периоде (до поступления к нам в стационар уже было проведено хирургическое вмешательство с целью дренирования абсцесса). Учитывая клинические и лабораторные данные, состояние самочувствия пациентки, консилиум принял решение о том, что проведение специализированного противоопухолевого лечения в настоящий момент нецелесообразно, даже противопоказано. Было рекомендовано продолжить консервативное лечение рецидивирующего гнойно-воспалительного процесса с повторным дообследованием и определением дальнейшей лечебной противоопухолевой тактики.

На фоне проводимого лечения при контрольном ультразвуковом обследовании мы не нашли полостного образования пресакральной клетчатки, но видели патологически измененные лимфатические узлы в забрюшинном пространстве до 4 см в диаметре. При этом признака венозной

недостаточности выявлено не было. Ультразвуковое заключение: картина патологически измененных забрюшинных лимфатических узлов.

Согласно принятой тактике на первом консилиуме был проведен повторный онкологический консилиум, в ходе которого сделано следующее заключение. В связи с тем, что у пациентки имеется рецидивирующий гнойно-воспалительный процесс пресакральной области, умеренно выраженная гиперкоагуляция, проведение специализированных методов лечения в настоящий момент невозможно. Это лечение противопоказано. Поэтому пациентку

26 марта выписали из стационара в удовлетворительном состоянии для продолжения амбулаторного долечения.

На момент выписки пациентка жалоб не предъявляла. При этом сохранялся отек правой нижней конечности, подкожно-жировой клетчатки передней брюшной стенки, который клинически стал меньше на фоне проводимого консервативного лечения. Клиники венозно-артериальной недостаточности выявлено не было. Картина лимфостаза. Из культи прямой кишки после удаления дренажа через 10 дней после дренирования небольшое, скудное светлое слизееобразное отделяемое.

Диагноз заключительный при выписке: «рак прямой кишки Т3Н2М1, IV стадия с поражением паховых, тазовых, забрюшинных лимфатических узлов». Состояние после паллиативной брюшно-анальной резекции прямой кишки 21 января 2014 года. Осложнение: рецидивирующий воспалительно-гнойный процесс пресакральной области. Сопутствующие заболевания все остались те же.

Пациентка выписана под наблюдение районного онколога и хирурга-терапевта с рекомендацией продолжения консервативного лечения.

С учетом того, что онкологический процесс носил диссеминированный характер, нами было принято решение, что лучевая терапия в данном случае нецелесообразна. Целесообразно было обсудить вопрос о начале химиотерапии и выборе схемы



**НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ НАИБОЛЕЕ
ГРАМОТНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ
РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ
РЕКОМЕНДАЦИИ АМЕРИКАНСКОЙ АССОЦИАЦИИ
КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ (NCCN).**

Михаил ТЕР-ОВАНЕСОВ

химиотерапии после полного завершения лечения хронического рецидивирующего воспалительного процесса в малом тазу.

Людмила Михайловна Михалева,
главный внештатный специалист
патологоанатом Департамента
здравоохранения Москвы

Я выделяю несколько важных составляющих работы патологоанатомов в клиниках, где обследовалась и лечилась пациентка.

Начну с ГВВ № 3, где пациентке была проведена ректороманоскопия и колоноскопия.

При исследовании прямой кишки, когда на расстоянии 7 см от ануса было обнаружено образование диаметром 2 мм, была выполнена полипэктомия. Микроскопически видно: практически нормальная слизистая оболочка толстой кишки с умеренно выраженным хроническим воспалением и отеком. Одновременно выполнена колоноскопия с биопсией и в ректосигмоидном отделе найдено образование диаметром 3,5 см на широком основании, диаметром 2,5 см. Кроме того, в нисходящем отделе полип диаметром 3 мм и единичные дивертикулы в сигмовидной кишке.

Макроскопически поступает отделение в виде 4-х фрагментов диаметром от 0,1 на 0,1 см до 0,2 на 0,1 см. И микроскопически мы видим: тубулярно-ворсинчатую аденому толстой кишки с дисплазией I степени. Гистология от 29 декабря 2012 года.

Далее по хронологии была проведена эндоскопическая полипэктомия (удаляется полип ректосигмоидного отдела толстой кишки). Пробы ткани макроскопически выглядят как 4 фрагмента крошащейся ткани округлой формы

диаметром от 1,3 до 2 см желтовато-серого цвета рыхлой консистенции.

5 февраля патологоанатомы ГВВ № 3 микроскопически диагностируют рак толстой кишки в малигнизированной аденоме, так как определяется наличие множественных очагов умеренной и низкой степени дифференцировки аденокарциномы. При этом четко определяются данные, морфологически соответствующие признаку инвазии злокачественной опухоли в строме основания новообразования, или, как мы говорим, в ножке опухолевого узла.

В крае резекции удаленного новообразования определяется опухолевый рост. То есть уже 5 февраля патологоанатом выставляет диагноз «рак толстой кишки».

Патологоанатомами ГКБ № 24 выставляется полностью идентичный диагноз.

Спустя почти месяц, в стенах ГКБ № 24 выполняется эндоскопическая элетроэксцизия полипов прямой кишки сигмы. На гистологических материалах видны признаки гиперпластического полипа толстой кишки. Мы видим, что в сигмовидной кишке полиповидное образование 5 мм в диаметре, тубулярная аденома сигмовидной кишки с очаговой дисплазией I-II степеней. Эти же препараты отдаются на консультацию 20 марта в Онкологический клинический диспансер, где поставлен аналогичный диагноз.



Людмила МИХАЛЕВА:
«Когда я в стенах своей больницы провела исследование, увидела ту же картину — чистый рак»

Когда я в стенах своей больницы провела исследования и выполнила срезы, увидела ту же картину — чистый рак. Это уже аденокарцинома.

Помимо этого, 25 июня 2013 года в ГВВ № 3 проводится ректороманоскопия и колоноскопия. В прямой кишке мы видим тубулярную аденому с дисплазией I степени. Следующий этап — рецидив опухоли прямой кишки. В конце октября по поводу увеличенных лимфатических узлов в паховой области больную снова осматривают и выставляют диагноз «рецидив опухоли прямой кишки». Выполняют биопсию. И биопсийный материал от 19 ноября звучит как «ворсинчатая аденома толстой кишки с микрофокусами высокодифференцированной аденомы — аденокарциномы». Именно так и звучит диагноз патологоанатома, поставленный в ГКБ № 24.

И, наконец, последний этап — стационарное лечение в 5-м колопроктологическом отделении ГКБ № 24, где выполняются операции лапоротомии паллиативной по местному распространению брюшно-анальной резекции прямой кишки.

В патологоанатомическое отделение больницы поступает операционный материал, который описан следующим образом: фрагмент толстой кишки длиной 20 см на расстоянии 11 см от края резекции. Имеется опухолевый узел диаметром 5 см, прорастающий все слои стенки кишки. Найдены лимфоузлы мягкой консистенции в брыжейке диаметром до 0,2 см, их 3 штуки.

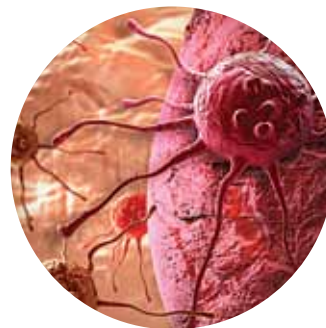
И микроскопическое исследование, соответствующее 29 января, выставляется слизеобразующая аденокарцинома толстой кишки с прорастанием всех слоев стенки кишки.

Метастазы аденокарциномы в трех найденных лимфоузлах, то есть во всех трех есть метастазы. В краях резекции без признаков опухолевого роста. Анализируя работу патологоанатомов, могу сказать, что специалисты каждый раз правильно ставили диагноз. 5 февраля в стенах Госпиталя ветеранов войн № 3, и затем эстафету переняли патологоанатомы ГКБ № 24, которые этот диагноз подтвердили. При этом я хотела бы отметить отсутствие термина «рака in situ» во всех заключениях патологоанатомов.

На уточняющий вопрос Леонида Печатникова о стадиях малигнизации доброкачественной опухоли Людмила Михалева заметила:

— Когда мы говорим о малигнизации аденомы, то должны указать, в какой части аденомы произошла малигнизация. Если в поверхностных отделах,

ПОДРОБНОСТИ



В онкологических стационарах

Данные, которые были приведены на Втором съезде онкологов, где проведено сравнение хирургического и комбинированного лечения пациентов с раком желудка, которое они получают в общехирургических и онкологических стационарах, показывают, что в хирургических — преобладают I и II стадии. В онкологических — III и IV. В онкологических стационарах частота выполнения расширенно-комбинированных вмешательств и комбинированного лечения в 4 раза выше, а 5-летняя выживаемость в 2 раза выше, чем в хирургических.

12

минимальное количество лимфоузлов, подлежащих удалению при раке ободочной кишки согласно рекомендациям NCCN

о чем мы говорим эндоскопистам и хирургам, они имеют время на осмысление и проведение дополнительных консультаций. Если же малигнизация затрагивает более глубокие слои, значит, крайне высока опасность того, что процесс распространился на стенки самой слизистой оболочки толстой кишки, и тогда времени для осмысления ситуации у клинициста практически нет.

Проанализировал работу коллег
Михаил Дмитриевич Тер-Ованесов,
 заместитель главного врача по онкологии
 ГУБЗ «Городская клиническая больница
 № 40 ДЗМ»

Рассматриваемая нами история болезни помогает очень четко выявить, высветить те проблемы, которые на сегодняшний день у нас есть в клинической медицине и в онкологии, особенно когда пациенты со сложными онкологическими нозологиями попадают в неспециализированные клиники, где определяется своеобразная тактика лечения.

На момент постановки диагноза пациентке был 71 год. Замечаний по ведению пациентки специалистами Городской поликлиники № 218 и Госпиталя ветеранов войн нет. Все документы оформлены правильно, маршрутизация пациентки оформлена и проведена достаточно грамотно.

Пациентка была обследована целым рядом специалистов, попала к гастроэнтерологу в связи с наличием большого спектра сопутствующей патологии, в первую очередь язвенной болезни 12-перстной кишки в стадии ремиссии.

Напомню только, что пациентке была выполнена тотальная колоноскопия, при которой были выявлены три полипа. Наиболее крупный 3,5 см на широком основании, локализующийся в верхнем ампулярном отделе прямой кишки на уровне

16–18 см от анального отверстия, исходно вызывал достаточно большие сомнения уже даже по своему размеру. Тут хочу сказать, что тубуловорсинчатые аденомы, особенно при размере более 3 см, малигнизируются практически в 30–40% случаев, а в некоторых случаях и больше. И на сегодняшний день с учетом рекомендаций Американской ассоциации клинической онкологии при локализации таких полипов в ободочной кишке иногда выставляются показания к хирургическому лечению без подтверждения злокачественного их характера.

Далее, уже в условиях ГВВ № 3 выполняется электроэксцизия полипа. Напоминаю, что размер был 3,5 см при размере ножки 2,5 см. Полип был фрагментирован, а это считается крайне неблагоприятным фактором прогноза. Наличие злокачественного роста в полипе уже само по себе является показанием к выполнению резекции прямой кишки.

Я поставил на свое усмотрение правильную стадию болезни ТТ1, под вопросом Т2, в зависимости от окончательного морфологического исследования, если бы пациентка была оперирована сразу.

NX — потому что пациентке не выполнялись ни МРТ таза, ни трансректальное эндоскопическое ультразвуковое исследование.

М0 — на тот момент, потому что у пациентки не было данных за отдаленные метастазы.

Ж2, Ж3, Р1 — наличие микроскопической резидуальной опухоли, предполагающий паллиативный характер выполненного вмешательства и необходимость хирургического радикального лечения.

Говоря о диагностировании онкообразований, хочу отметить важный момент. Безусловно, для того чтобы

правильно оценить тактику лечения, у онкологов, конечно, должны быть адекватные инструменты. А наиболее адекватными инструментами являются клинические рекомендации, которые, конечно же, должны основываться на рациональных основах доказательной медицины.



У НАС БЫЛИ ВСЕ ШАНСЫ ВЫЛЕЧИТЬ ПАЦИЕНТКУ, ОДНАКО МЫ ИМИ НЕ ВОСПОЛЬЗОВАЛИСЬ, ДОВЕЛИ БОЛЬНУЮ ДО IV СТАДИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОБСТВЕННОРУЧНО ПОДПИСАВ ЕЙ СМЕРТНЫЙ ПРИГОВОР.

Леонид ПЕЧАТНИКОВ

На сегодняшний день наиболее грамотными клиническими рекомендациями являются рекомендации Американской ассоциации клинической онкологии (NCCN). Они опубликованы на сайте организации и, кроме того, печатаются практически ежегодно в нескольких изданиях.

В этих рекомендациях приводятся пять основных принципов морфологического исследования удаленных полипов. Злокачественными признаются только полипы при наличии морфологически подтвержденной инвазии в строму полипа, то есть опухоли ПТ1.

Благоприятными характеристиками являются I и II степени злокачественности, отсутствие ангиолимфатической инвазии, радикальность удаления полипа с отсутствием опухоли инфильтрации по линии резекции.

Причем на основании рекомендаций NCCN паллиативными и с позитивной линией резекции являются полипы при инвазии опухоли на расстоянии 1 и даже 2 мм от линии резекции. То есть радикальным удалением является удаление полипа при дистальной линии отступа 3 мм. Неблагоприятными морфологическими факторами, которые обязательно требуют конверсии и хирургического лечения в адекватную радикальную хирургическую операцию с выполнением регионарной лимфодиссекции является III и IV степени злокачественности, то есть Ж2, Ж3, признаки ангиолимфатической инвазии, позитивный край резекции, то есть наличие резидуальной опухоли. Также к показаниям выполнения хирургического лечения относятся и тубулоvenозные полипы размером более 3 см. Напоминаю, что у пациентки размер полипа был 3,5 см, следовательно требовалось радикальное хирургическое лечение.

Кстати, по поводу дальнейшего обследования. Если пациентам выполняется эндоскопическая эксцизия полипа, то в последующем необходим эндоскопический мониторинг, первые 2 года каждые 3–6 месяцев, а не раз в год.

У рассматриваемой пациентки степень злокачественности была высокой: Ж2, Ж3, опухолевые клетки по линии резекции. Размер полипа — более 3 мм, и фрагментация полипа при его удалении. Т.е. показания к выполнению передней резекции кишки были абсолютными.

Кратко напомним о принципах трансанального удаления: определение показаний к выполнению радикального хирургического лечения (либо лапароскопического, либо открытого), фрагментация

полипа при его удалении, положительные результаты исследования на опухолевой клетке по линии резекции или неблагоприятная форма роста, то есть наличие ангиолимфатической инвазии и низкодифференцированный характер опухоли.

Далее, 5 марта пациентка госпитализируется в ГКБ № 24, где практически в день госпитализации пациентке повторно выполняется колоноскопия. Хочу отметить, что с момента эксцизии полипов прошло только 2 недели, а это слишком маленький срок для повторной интервенции в толстую кишку. Рекомендуется выполнение повторных исследований не ранее 1 месяца. Неудивительно, что у пациентки возникает кровотечение во время этого исследования. Но существенно другое — уже в то время высказывалось подозрение о рецидивной опухоли или о продолженном росте опухоли. Однако выполняется аргоноплазменная коагуляция. При гистологическом исследовании этих фрагментов, которые были удалены, были получены данные за аденому тубуловиллезную. И все-таки при повторной беседе с пациенткой она отказывается от радикального хирургического лечения. Убежден, что очень важным является содержание таких бесед — вопрос в том, что мы говорим нашим пациентам, насколько они информированы обо всех своих рисках. Скорее всего, эта пациентка о своих рисках информирована не была. При этом отказ от хирургического лечения оформлен не полностью, написан рукой лечащего врача и не скреплен подписью пациентки. При этом в выписных документах в ГКБ № 24 пациентке выставляется диагноз «карцинома in situ N0M0», что предполагает возможность динамического наблюдения, но не соответствует ее реальному состоянию. Более того, пациентке рекомендуется динамическая колоноскопия спустя 1 год, что сегодня нельзя считать правильным подходом к лечению в данном случае.

Еще раз отмечу, в показания к возможности эндоскопической эксцизии полипа при благоприятной форме роста и отрицательной линии резекции — возможно наблюдение, а при наличии опухоли T1 N0M0 и выше, конечно же, показано чрезбрюшинное, либо лапароскопическое, либо открытое хирургическое вмешательство в объеме передней резекции прямой кишки с возможным формированием профилактически превентивной десцендостомы.

Но я думаю, что при высокой локализации опухоли в этом нет никакой необходимости. Все

анастомозы выше 7 см могут выполняться без десцендостомы.

После этого пациентка дважды обращалась в Городскую поликлинику № 218, но при обследовании ничего выявлено не было. Направляли ее и на колоноскопию в ГВВ № 3, где также при контрольном исследовании патологии в кишке выявлено не было.

С жалобами пациентка обратилась спустя 7 месяцев, 27 сентября 2013 года. В выписке стояла стадия «T in situ NOMO». Конечно же, это немножко притупляет клиническую настороженность даже опытных онкологов. И в то же время пациентке был поставлен диагноз «правосторонний паховый лимфаденит», несмотря на то, что у нее пальпировались лимфоузлы более 2 см (в последующем разовьются до 2,5х2х1,8 см) и был уже выраженный лимфостаз в зоне лимфатических узлов.

Так как пациентка получала консервативную терапию, диагноз был отложен еще на 2 недели. И только 11 октября 2013 года ей была выполнена пункция увеличенных паховых лимфоузлов слева, где при цитологическом исследовании были получены комплексы клеток рака. Иными словами, спустя 7 месяцев была подтверждена прогрессия заболевания.

Повторно в ГКБ № 24 пациентка была консультирована 12 ноября 2013 года. При том, что еще после первичной консультации стоял диагноз «T1NOMO», при повторной консультации опять ошибочно указывается NOMO, но при этом пишется о прогрессировании заболевания. То есть на тот момент у пациентки стоит диагноз «рецидив заболевания, его прогрессирование с поражением паховых и забрюшинных парааортальных лимфатических узлов». В определении показаний пациентке выставляются показания к хирургическому лечению, и она госпитализируется в ГКБ № 24. При этом в предоперационном эпикризе пишется, что паховая лимфаденэктомия в настоящее время не планируется и будет выполнена вслед за химиолучевой терапией после хирургического лечения.

Хочу сразу отметить, что на сегодняшний день это, наверное, является краеугольным камнем и той точкой, где абсолютно точно расходятся пути онкологов и хирургов. Онкологи у больного с наличием рецидивной опухоли и мультилокусным прогрессированием в первую очередь начали бы предоперационную химиотерапию, потому

что, как правило, не применяют двух локальных методов лечения: лучевой терапии и хирургического лечения. Пациентам показана сначала индукционная химиотерапия. Это мы видим четко на рекомендациях NCCN за 2014 год. Это рекомендации с последующим выполнением резекции и дальнейшим лечением в зависимости от результатов индукционной химиотерапии.

Оперировать пациентку в январе 2014 года, спустя еще 2 месяца. После операции пациентке выполняется диагностическая видеолапароскопия, при которой также выявляется перитонеальный канцероматоз — третий локус прогрессирования онкопроцесса. А это совсем другое течение заболевания. И другие обязательные подходы к комбинированному лечению.

Но при этом пациентке все равно производится лапаротомия паллиативная, брюшноанальная резекция прямой кишки с выполнением аортоподвздошно-тазовой лимфодиссекции. При этом в протоколе четко указывается выполнение аортоподвздошно-тазовой лимфодиссекции. Операция заканчивается дренированием и тампонированием полости таза, что, кстати, и сказалось на течении последующих осложнений, потому что у пациентки в послеоперационном периоде был абсцесс, о котором пока «скромно» умалчивалось. Принципиально тут то, что пациентке была выполнена банальная обструктивная резекция с выведением колостомы, а не брюшноанальная резекция, то есть номенклатура операции принципиально другая.

В протоколе операции было написано, что операция брюшноанальной резекции выполнена по местному распространению. Но у пациентки отмечается наличие парааортальных нижнебрыжеечных и паховых лимфоузлов, да плюс еще и перитонеальный канцероматоз. То есть у нее не местная распространенность процесса, а системная диссеминация процесса, которая требует принципиально другого лечения.

Далее. Мы почему-то все время говорим о стадии T3N2M1. Но, если разобрать стадию процесса без относительно индекса Р — рецидив, который в принципе в отечественной литературе не применяется вообще, то T3 — по протоколу операции у пациентки — тотальное прорастание стенки желудка с инфильтрацией серозной оболочки, то есть как минимум T4A, а в протоколе операции отмечена инфильтрация до уровня стенок таза, то

есть инвазия в стенки таза. Формально это уже Т4Б. Причем непонятно, почему пишется, что выполнена радикальная операция, при том что линия резекции у данной пациентки не исследуется.

Далее. У пациентки удалено всего 3 лимфатических узла. Если кто из хирургов понимает, то при выполнении аорто-подвздошно-тазовой лимфодиссекции удаляется не меньше 26 лимфоузлов, причем, как правило, моноблочно это не выполняется, все узлы типированы. И получается соответствующее морфологическое заключение. А удаление 3 лимфоузлов, притом что в рекомендациях NCCN (все хирурги это знают) рекомендуется удалять минимум 12 лимфоузлов для рака ободочной кишки, а для рака прямой кишки — от 10 до 14 лимфоузлов соответственно, не подлежит никакой трактовке. Даже если мы берем 3 лимфоузла, это укладывается в индекс только N1, потому что N2 требует поражения 4 и более лимфоузлов.

По индексу лимфогенного метастазирования можно было поставить так называемый индекс поражения лимфоузлов, то есть отношение пораженных к удаленным лимфоузлам, который у этой пациентки равняется 100%. Это крайне негативный и неблагоприятный фактор прогноза.

Напомню и о принципах гистологического исследования, который необходимо выполнять больным с раком ободочной кишки. Для рака ободочной кишки — минимум 12 лимфоузлов, для рака прямой кишки — от 10 до 14 лимфоузлов. При отсутствии выявления 12 лимфоузлов морфолог должен взять мокрый препарат, повторно его изучить, повторно иссечь лимфоузлы, и тогда уже дать заключение о количестве удаленных лимфоузлов и об индексе лимфогенного метастазирования. При меньшем количестве узлов патолог обязательно указывает в заключении количество удаленных лимфоузлов.

Давайте теперь посмотрим на прогноз у больной и то, что произошло за 7 месяцев. Пациентка

поступала в ГKB № 24, имея первую стадию рака прямой кишки. 5-летняя выживаемость для этой стадии составляет от 93 до 95%. Это в принципе неплохие цифры.

Однако за время нахождения пациентки под динамическим наблюдением стадия онкопроцесса изменилась с I на IV, а прогноз по 5-летней выживаемости уменьшился с 95% до 20%. Однако эти 20% — только для группы, где возможно выполнение R0-операции при диссеминации процесса при условии проведения химиотерапии. Учитывая, что у пациентки мультилокусный характер поражения, плюс наличие перитонеального канцероматоза, можно прогнозировать 5-летнюю выживаемость только в 5–7% случаев. Но даже эти цифры прогноза, к сожалению, не относятся к данному конкретному случаю. Фактически для данной пациентки он равен 0.

Хотелось бы также обратить внимание на следующий момент. У пациентки был дренаж через

промежность, причем стояли дренаж и тампон. Причина постановки тампона мне как хирургу неясна, но главное, что через сутки после выписки пациентка поступает вновь в ГKB № 24, где находится 5 суток, у нее диагностируется пресакральный абсцесс таза. При этом в заключении пишется «лизированная гематома». Пациентка дренируется через контрапертуру, через которую по-прежнему продолжает выделяться инфицированное отделяемое через кон-

трапертуру промежности. При этом в истории болезни нет протокола дренирования полости абсцесса даже через контрапертуру, нет протокола бактериологического исследования посева из дренажа и нет, самое главное, контроля зоны абсцесса в полости таза. То есть ни УЗИ, ни КТ-контроль выполнен не был. Пациентка была выписана по протоколу «Д» на пятые сутки. На мой взгляд, не очень верно.

Наконец, пациентка в настоящее время, как понимаю, продолжает лечиться по поводу гнойно-септических осложнений, т.е. до сих пор не



**УБЕЖДЕН, ЧТО ОЧЕНЬ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
СОДЕРЖАНИЕ БЕСЕД С ПАЦИЕНТОМ — ЧТО МЫ
ГОВОРИМ, НАСКОЛЬКО ОНИ ИНФОРМИРОВАНЫ
ОБО ВСЕХ СВОИХ РИСКАХ.**

Михаил ТЕР-ОВАНЕСОВ

получает никакого системного лечения при наличии диссеминированного заболевания, хотя у него абсолютные показания. Здесь могу лишь напомнить, что у пациентов, у которых отмечаются осложнения в послеоперационном периоде, прогноз выживаемости сразу падает на 15–20%.

Резюмируя, могу сказать следующее: причинами некорректного ведения пациентки Ч., 72 лет, является совокупность факторов, которые обусловлены низкой онкологической настороженностью и грамотностью врачей общей лечебной сети, которые не являются онкологами по специальности. А именно:

- некорректная трактовка данных морфологического исследования удаленного трансанального полипа, его размеров, характера ножки и главного показания к выполнению радикального хирургического лечения;
- некорректная онкологическая трактовка распространенности процесса при выявлении рецидива болезни, сроков возникновения рецидивов, характера поражения брюшины, характера поражения парааортальных и паховых лимфатических узлов;
- недооценка современной стратегии комбинированного лечения диссеминированных и рецидивных опухолей прямой кишки в условиях отсутствия жизнеугрожающих осложнений, то есть показаний к проведению обязательного комбинированного и комплексного лечения с включением системной терапии;
- низкое качество выполнения онкологических вмешательств с учетом принципа футлярности и моноблочности, а также использование некорректной номенклатуры онкологического вмешательства при раке прямой кишки;
- некорректное понимание принципов комбинированного лечения диссеминированного рака толстой прямой кишки вообще.

И в заключение хотелось бы выделить три основных направления повышения эффективности лечения онкологических больных.

Во-первых, маршрутизация потоков онкологических пациентов с учетом региональных округов города Москвы в профильные онкологические учреждения, через онкологические диспансеры, которые аффилированы с онкологическими больницами.

Во-вторых, обязательная стандартизация морфологических заключений по пациентам с возможностью получения мнения специалистов

референсных лабораторий и проведения междисциплинарных консилиумов.

В-третьих, обязательный контроль качества лечения пациентов на уровне городского канцрегистра.

Завершая обсуждение,

Леонид Печатников отметил:

— Для меня совершенно очевидно, что эта больная, у которой, не будем лукавить, прогноз выживаемости — 0, на совести специалистов ГКБ № 24 — больницы, пожалуй, самой известной в городе с ее проктологами и проктологическим отделением. Из этого всем нам нужно сделать правильные выводы, а Департаменту здравоохранения Москвы разобраться с тем, что происходит в клинике. Но не менее важно и другое. Хирурги часто спрашивают: почему нужно «отдавать» больных онкологам? И я бы на этом ни в коем случае не настаивал, но ведь нельзя отрицать, что есть такая проблема: хирург оперирует больных с онкозаболеваниями, удаляет 2–3 лимфатических узла и считает, что работа выполнена. А на вопрос: почему эти 2–3, говорит: я посмотрел, они мне показались плотноватыми, увеличенными, а остальные, я вижу, нормальные. Подчеркну: ничего вы, уважаемые хирурги, не видите и не можете увидеть. Рекомендации онкологов взяты не с потолка. При оперировании онкологического больного есть соответствующие правила, и им нужно следовать неукоснительно. И еще один существенный момент. Почему я так усиленно спрашивал про экзему и ревматоидный артрит? Про него потом, как вы заметили, никто ничего не говорил, но какой ревматоидный артрит может возникнуть вдруг в 70 лет?! Когда вы наблюдаете в пожилом возрасте артрит (а это именно артрит, не артроз), это неизменно должно вас насторожить. Ведь это паранеопластические реакции, которые описаны еще в середине XIX века. Уже тогда эти реакции связывали с онкологическими заболеваниями. Поэтому обращаюсь ко всем как терапевт: если у пациента впервые в пожилом возрасте появляются аллергические заболевания, артриты и при этом наблюдает ускорение СОЭ, лейкоцитоз — онконастороженность должна возникать моментально. Мы оставляем онкологам и хирургам-онкологам их профессию, но я призываю всех понять, что онкологические больные приходят к каждому из вас, а значит, именно вам нужно быть бдительными — обращать внимание на самые, казалось бы, неприметные симптомы.



ХIII МОСКОВСКАЯ АССАМБЛЕЯ ЗДОРОВЬЕ СТОЛИЦЫ

20-21 НОЯБРЯ 2014 ГОДА



Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в работе **ХIII Московской Ассамблеи «Здоровье столицы»**, которая состоится в городе Москве 20-21 ноября 2014 г. в здании Правительства Москвы по адресу: ул. Новый Арбат, 36/9. Мероприятие является партнером Московского фестиваля в области здравоохранения «Формула жизни».

Организаторы:

Правительство Москвы, Департамент здравоохранения города Москвы, Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог».

Ассамблея имеет статус итогового ежегодного мероприятия московского здравоохранения (Распоряжение Правительства Москвы №901-РП от 29.05.2003г.).

Цели:

- Внедрение новейших, медицинских технологий и методик в практику московских медицинских учреждений для повышения качества, эффективности и доступности оказываемых услуг. Обобщение и анализ опыта столичного здравоохранения в целях содействия деятельности в сфере профилактики и охраны здоровья граждан Российской Федерации.
- Повышение профессионального уровня врачей, медицинского персонала; влияние на оптимизацию системы образования и процесса обучения специалистов медиков. Повышение престижа и ответственности врачебной профессии.
- Развитие профессиональных контактов между специалистами медиками, учеными и практиками Москвы, Московской области, регионов России и других стран.

В рамках Ассамблей проводятся:

Пленарные заседания; научно-практические конференции, семинары, школы для врачей терапевтов, гастроэнтерологов, эндокринологов, нефрологов, урологов, кардиологов, кардиохирургов, кардиоревматологов, хирургов, инфекционистов, психиатров и психотерапевтов, наркологов, неврологов и нейрохирургов, травматологов, ортопедов, комбустиологов, пульмонологов, фтизиатров и аллергологов, онкологов, акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров, стоматологов и др. специалистов; конференции по актуальным проблемам состояния и развития здравоохранения, фармацевтической отрасли столицы, по вопросам обязательного медицинского страхования, организации специализированной медицинской помощи.

Выставочная экспозиция:

В рамках Ассамблеи организуется выставка **«Новое качество медицинских услуг и лекарственного обеспечения населения города Москвы»**. На выставке будут представлены производители и дистрибьюторы лекарственных средств, медицинской техники, медицинской продукции профилактического и лечебного назначения, учреждения здравоохранения города Москвы, реабилитационные центры, культурно-оздоровительные учреждения и фирмы, представляющие продукцию и услуги населению столицы, специализированную литературу, информационные технологии.

Итоги XII Московской Ассамблеи «Здоровье столицы» 2013 г.:

Проведено 2 пленарных заседания, 49 научно-практических конференций: заслушано 326 докладов. Посетили мероприятия 4625 участников, из них 4250 человек – из Москвы, 206 человек – из Московской области, 169 человек из ближайших регионов, что подтвердило актуальность обсуждаемых проблем, интерес к данному мероприятию, как к одному из ведущих ежегодных событий Москвы и России в области здравоохранения.

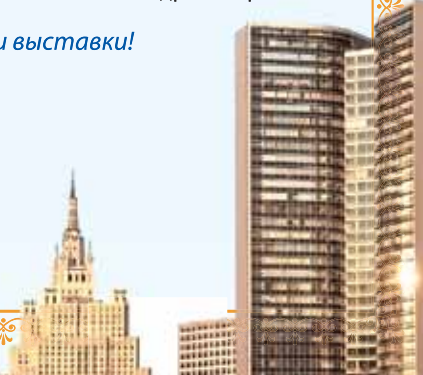
Приглашаем Вас принять участие в работе Ассамблеи и выставки!

Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»

127055, г. Москва, ул. Сущевская, д. 25, стр. 1

Тел./факс: 8 (495) 797-62-92; 8 (499) 750-07-27; 8 (499) 750-07-47

E-mail: info@imfd.ru; website: www.imfd.ru



РАСШИРЯЯ СОЗНАНИЕ

СТАЖИРОВКИ ЗА ГРАНИЦЕЙ ПОМОГАЮТ МОСКОВСКИМ МЕДИКАМ НАЙТИ СВОЕ МЕСТО В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

К 1 марта 2014 года 449 московских медиков прошли стажировку в лучших госпиталях и клиниках мира. По мнению руководителя отдела международного сотрудничества Научно-практического центра стратегических разработок Департамента здравоохранения Москвы Марии Таймаскиной, значение таких программ для медиков сложно переоценить. В процессе интенсивных профессиональных тренингов медицинские работники осваивают международные протоколы ведения пациентов, высокотехнологичные методы диагностики и лечения — получают все те знания, которые необходимы для достижения целей проходящих в здравоохранении столицы реформ.

За прошедшие два года

За прошедшие два года география стран для стажировок заметно расширилась. Уже подписаны соглашения со следующими организациями:

- Медицинская организация «Хадасса» (Иерусалим, Израиль);
- Медицинский центр Рамат Авив (Тель-Авив, Израиль);
- Фонд развития инфраструктуры медицинских исследований и услуг в сфере здравоохранения медицинского центра «ШИБА» Тель-Авив, Израиль);
- Баварское государственное министерство окружающей среды и здравоохранения (ФРГ);
- Некоммерческая организацией Healthcare Belgium (Бельгия), представляющая собой конфедерацию бельгийских учреждений здравоохранения;
- Госпиталь Бундан Сеульского национального университета (Южная Корея);
- Ассоциация госпиталей «Город здоровья и науки» Турина (Италия);
- Университетский госпиталь г. Тюбингена (ФРГ);
- Детская больница принцессы Маргарет города Дармштадт (ФРГ).



Разработка программ повышения квалификации за рубежом осуществляется с учетом и теоретической, и практической составляющих

Ведутся переговоры и по разработке соглашения с Министерством здравоохранения Словении, куда намереваются отправить реабилитологов, поскольку Словения славится достижениями в этой области.

Теория и практика

Разработка программ повышения квалификации за рубежом осуществляется с учетом и теоретической, и практической составляющих. Так, например, главным внештатным специалистом по неонатологии Департамента здравоохранения Москва профессором Ириной Солдатовой совместно с европейскими коллегами разработана эффективная программа обучения. В октябре 2013 года врачи прослушали курс лекций ведущих европейских профессоров по неонатологии (проф. Кристан Поэтс, Университетский госпиталь Тюбингена, проф. Георг Фрай, Детская больница принцессы Маргарет в городе Дармштадт и проф. Паоло Манцони, Ассоциация госпиталей «Город здоровья и науки» Турина). Эти госпитали занимают лидирующие европейские позиции в области неонатологии. В

настоящий момент медики проходят практический курс. Для практической реализации знаний и опыта, полученного за рубежом, соблюдается командный принцип обучения — практический курс включает в себя подготовку не только врача, но и работающей с ним медицинской сестры.

Программы обучения в Южной Корее особенно ценны для врачей хирургических специальностей. Достаточно сказать, что мировой опыт лапароскопической резекции печени включает 2500 наблюдений, при этом 500 операций выполнено в Госпитале Бундан Сеульского национального университета. То же самое касается и хирургии желудка, где госпиталь занимает лидирующие позиции, имея опыт выполнения 600 лапароскопических резекций желудка и гастрэктомий (90% операций при раке желудка выполняется лапароскопическим способом). Программы обучения включают лекции и семинары по инновационным методам лечения, клинические разборы, life-surgery (наблюдение технических аспектов операций, выполняемых профессорами госпиталя), а

также отработку мануальных навыков на тренажерах и в симуляционном центре, где каждый стажер под руководством корейских коллег осваивает высокотехнологичные операции.

Отметим, что при разработке программ обучения учитываются особенности развития московской государственной системы здравоохранения. В конце 2013 года в московских стационарах было установлено 4 роботизированных хирургических комплекса Da Vinci. В связи с необходимостью подготовки специалистов в области роботической хирургии Департамент здравоохранения Москвы организовал тренинγκурс в Институте роботической хирургии OLV (ORSI, г. Гент, Бельгия). Программа обучения включает в себя теоретическую подготовку, принципы размещения роботизированного комплекса, наложения троакаров, использования инструментов, основы интракорпорального наложения швов и вязания узлов, хирургические аспекты этапов оперативных вмешательств. Первый этап освоения мануальных навыков — на симуляторах, второй — операция в ветлаборатории, выполняемая стажером под руководством бельгийских коллег. Немаловажно соблюдение командного принципа — одновременное обучение всей хирургической бригады (врачи, операционная медсестра). Сразу после прохождения программы стажировки зарубежные кураторы проводят аттестацию медицинских работников с выдачей соответствующего сертификата.

На одном языке

Если ранее стажировки длились не больше недели, то теперь срок обучения составляет две недели. Чтобы стать участником программы, специалист должен четко сформулировать цель обучения, чтобы отправляющая и принимающая стороны смогли предложить ему наиболее подходящую и эффективную программу.

Критерии конкурсного отбора на первый взгляд просты: стаж работы от пяти лет, возраст до 45 лет, рекомендация главного врача и одобрение главного внештатного специалиста Департамента здравоохранения по соответствующей специальности, а также владение английским языком не ниже уровня

B1 (в соответствии с общеевропейскими компетенциями владения иностранным языком. — Прим. редакции). Однако именно знание, а точнее — незнание языка становится камнем преткновения для российских специалистов. И тем не менее, если стажер не владеет английским языком в необходимой мере, ему не отказывают, а направляют на курсы интенсивного медицинского английского (Medical English), организованные департаментом.

Группы по изучению английского формируются по специальностям, поэтому, например, гинекологи и хирурги учатся отдельно. В программу входит не только изучение лексики, но и знакомство с материалами о госпитале, в который они едут, а также с публикациями своих кураторов, ведь кураторы — люди с мировым именем. Стандартный курс длится три месяца. Если же требуется интенсивная подготовка, то занятия прово-

дятся ежедневно в течение четырех недель. После этого врачи повторно проходят тестирование.

Главная цель такого рода программ — повысить профессиональную компетенцию специалистов. И конечно, практика — один из самых интересных моментов для стажера. Пройдя теоретическую подготовку, побывав на операциях ведущих профессоров мира, имеющих богатейший опыт выполнения манипуляций, он допускается к работе в симуляционном центре, где самостоятельно, под руководством куратора, выполняет операцию, которую должен освоить. Интересно, что согласно законодательству многих стран иностранный врач не может участвовать в лечебном процессе и операциях, он лишь сторонний наблюдатель. Однако есть программы, которые дают возможность врачам выполнить высокотехнологичную операцию в ветеринарной лаборатории, на лабораторном животном. Для человека, который провел две недели в госпитале и прослушал лекции ведущих профессоров, тренинγκ очень эффективен. Существенно и то, что во время стажировки обмен опытом двусторонний: лекторы и профессора не только рассказывают об инновационных методах диагностики и лечения, проблемах и перспективах развития данной отрасли, но и интересуются тактическими подходами и техническими аспектами, применяемыми в России.



ПРИ РАЗРАБОТКЕ ПРОГРАММ ОБУЧЕНИЯ УЧИТЫВАЮТСЯ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ МОСКОВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ПОСЛЕ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПРОВОДИТСЯ АТТЕСТАЦИЯ С ВЫДАЧЕЙ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО СЕРТИФИКАТА.

Обязательное условие

Можно с уверенностью сказать: программа стажировок себя оправдывает. По наблюдениям организаторов, специалисты, прошедшие обучение, работают с большей эффективностью. Пройдя обучение у лучших специалистов, врачи уже у себя в клинике применяют опыт и знания, полученные за рубежом. Так, после курса по роботической хирургии урологи начали выполнять такие оперативные вмешательства, как простатэктомия, цистэктомия, пластика лоханочно-мочеточникового сегмента с использованием роботизированного комплекса.

В планах у организаторов — запустить уже в Москве программу обучения с привлечением иностранных преподавателей. Это будет гораздо выгоднее и гораздо большее число медиков получит доступ к новым знаниям. Планируется также использовать возможности телемедицины для повышения уровня квалификации врачей и медицинских сестер.

Важной составляющей программы станут семинары с участием уже прошедших зарубежные стажировки специалистов, которые будут делиться с коллегами полученным опытом и знаниями. Кстати, донесение информации до коллег — это обязательное условие для всех стажеров, по возвращении они должны отчитаться на рабочих местах, подготовить презентацию.

Один из примеров того, как полученные на стажировке знания и освоенные методики применяются на практике, работа ГБУЗ «НПЦ психоневрологии ДЗМ»

– За время пребывания в отделении по работе с пациентками с расстройствами пищевого поведения Университетского госпиталя Женевы были изучены групповые специализированные психотерапевтические методики, – рассказывает врач-психиатр клиники Максим Сологуб. – И уже в ноябре прошлого года, сразу после возвращения, на базе 6-го отделения совместно с научным отделом по изучению расстройств пищевого поведения нашего центра, в клинике внедрены две групповые психотерапевтические методики.

По информации из клиники, за ноябрь — декабрь 2013 года по данным методикам пролечены 28 пациенток. Их внедрение позволило снизить затраты человеко-часов, увеличить эффективность терапии за счет увеличения социальной адаптации, снизить риски рецидива. В ближайшее время по результатам этой работы будет подготовлена и опубликована статья, а значит о позитивном опыте узнают многие специалисты.

ПОДРОБНОСТИ



Для специалистов любого профиля

Важным фактом является наличие статьи на финансирование зарубежных стажировок в бюджете Департамента здравоохранения Москвы, что делает участие в международной образовательной программе доступным и бесплатным для каждого стажера.

На сегодняшний день стажировка доступна широкому кругу специалистов. Если поначалу на стажировки отправляли врачей дефицитных специальностей, то сейчас разработаны программы повышения квалификации для различных специальностей. Примечательно, что в стажировках участвуют не только врачи, но и средний медицинский персонал. Интересные программы разработаны для главных и старших медсестер стационаров, старших сестер поликлиник, для сестер отделений хирургического и нехирургического профиля и др. Работает клиническая программа для сестер, работающих с ожоговыми пациентами. Она включает в себя ведение ожогового пациента на всех этапах: от приемного отделения до реабилитации. Лекции в программах для среднего медицинского персонала читают не врачи, а такие же медсестры, имеющие высшее образование. Средний медперсонал изучает теоретическую часть и затем осваивает практические навыки. Специально для сестер есть программы на русском языке. В частности, такие программы реализуются в Израиле.



Александр ВАНЮКОВ,
заведующий
отделением рентгено-
хирургических
методов диагностики
и лечения ГБУЗ
«ГКБ № 52 ДЗМ»:

— О возможности участия в стажировке я узнал в Департаменте здравоохранения Москвы. Согласился потому, что хотел понять, что нужно изменить в системе отечественного здравоохранения, кроме того, интересно было узнать, как работают коллеги в других странах. Уверен, если мы хотим разговаривать с коллегами на одном языке, необходимо постоянно учиться.

Нас отправили в один из лучших госпиталей Сеула — Бундан. Прежде всего меня интересовала организация процесса: как работают с поступающими пациентами, как распределены обязанности, сколько времени тратится на каждый этап, как осуществляется преемственность и командная работа.

Наша профессия относительно молодая, и основы практических навыков очень похожи во всех странах. Однако при общении всегда открываются какие-то приемы или подходы, о которых не прочитаешь в открытых источниках, плюс у зарубежных коллег огромный опыт в области эффективной организации труда и менеджмента. Сейчас в Москве открылось более 20 рентгенохирургических отделений, и для нас актуален вопрос унификации подхода, протоколирования и алгоритмизирования работы, а также организации процесса работы с пациентом: как прооперировать больше пациентов, не теряя в эффективности оказываемой помощи.

Участие в этой стажировке помогло мне понять, что в нашей профессии на 80% успех дела определяет не наличие оборудования, а то, как построена система взаимоотношений, насколько подготовлен врач и соблюдается ли мультидисциплинарность в лечении пациента.

К сожалению, мы значительно отстали от зарубежных коллег именно в отношении к пациенту, в желании решить его проблему. Зачастую мы сталкиваемся с тем, что каждый врач лечит «свое» без оглядки на остальные проблемы. Довольно часто я в своей практике сталкиваюсь с тем, что мы занимаемся болезнью,

а не пациентом. Нельзя сказать, что зарубежные системы идеальны, везде есть свои недостатки, но есть и один плюс, который перевешивает их все, — их подход весьма эффективен и в медицинском, и в экономическом плане, и пациент не чувствует себя униженным от того, что обратился к врачу.

К тому же они стараются максимально избавиться от ненужных процедур, это касается в основном документооборота, нет одной привычной схемы действий на века. Каждое звено непрерывно мониторится, и если от него можно отказаться, то отказываются. Думаю, нам стоило бы этому поучиться. А больше всего меня поразила невероятная работоспособность этих людей, их желание сделать чуть больше, чем должен, их постоянное стремление к совершенствованию не на словах, а в реальной жизни. Причем это справедливо как для именитых профессоров, так и для санитарок госпиталя.

Основной целью этой поездки для меня было знакомство с принципами организации эндоваскулярного отделения, логистикой и менеджментом пациентов с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения. На большую часть вопросов я получил очень взвешенные и четкие ответы. Чем больше наблюдаешь за работой иностранных коллег, тем больше появляется мыслей, идей, которые можно привнести в свое учреждение. Например, они стараются составлять памятку-алгоритм на каждую манипуляцию, а у каждого вспомогательного аппарата рядом весьма наглядная инструкция по его использованию. Это не только экономит время, но и позволяет любому медику воспользоваться устройством правильно, даже если ранее он с ним не работал. Благодаря стажировке, у меня расширился круг профессиональных знакомств. И сегодня я четко понимаю, что бы хотел внедрить у себя.



Владимир МАРЕНКОВ,
заведующий отделением анестезиологии—
реанимации
№ 11 ГБУЗ
«ГКБ № 7 ДЗМ»:

— Наша стажировка длилась две недели, с 9 по 22 февраля 2014 года, проходила она в огромном

лечебном комплексе Германии — Университетском госпитале города Тюбингена (ФРГ).

Примечательно, что наши немецкие коллеги начали выхаживать глубоко недоношенных детей раньше, чем мы. К настоящему моменту у них много наработок, опыта, и стажировка дала хорошую возможность перенять этот опыт, необходимый нашей стране. Рядовой российский врач не имеет финансовой возможности самостоятельно поехать на международную конференцию или на стажировку в другую страну. А для зарубежных специалистов такие поездки стали нормой. Конечно, в России тоже проходят международные конференции с привлечением иностранных специалистов, но не в таких объемах, как за рубежом.

Как и в наших медицинских учреждениях, день начинается с утреннего обхода пациентов. Однако после этого всегда проводится круглый стол, в рамках которого

специалисты коллегиально разбирают историю болезни каждого пациента, обсуждают возможные назначения, обследования, и каждый может высказать свое мнение. Для них это принципиальный момент, который я считаю несомненным плюсом.

Затем начинался лечебный процесс. Вместе с врачом отделения мы составляли план лечения этих детей и присутствовали при манипуляциях: например, постановка катетера в вену, интубация трахеи, оказание первичной реанимационной помощи в родильном зале и многих других. Хочу отметить, что у них в полном объеме представлена инструментально-лабораторная база, и это существенно облегчает работу.

В полдень начинался разбор лекционного материала, который готовили специально для нас. Лекции включали базовые темы: инфузионная терапия, энтеральное и парентеральное питание глубоко недоношенных детей, лечение инфекционных заболеваний у недоношенных детей, проведение респираторной терапии и многие другие. Во время обучения затронули много актуальных вопросов, узнали о новых методиках (например, внедрение неинвазивной вентиляции, сокращение использования антибактериальной терапии), которые можно широко использовать в России.

После обеда проходили общебольничные корпусные конференции, где врачи разных специальностей рассматривали пациенток отделения патологии беременных: какие пациентки наиболее проблемные с медицинской точки зрения, когда они смогут родить. Такие вопросы затрагивают неслучайно: благодаря коллективной работе акушеров-гинекологов с педиатрической службой, специалисты клиники знают, какие дети вскоре могут к ним поступить и как с ними работать.

Ожидания от поездки полностью оправдались. Было интересно познакомиться с зарубежным опытом, методиками выхаживания недоношенных детей. Изучив разные методики, врач должен вычленить из полученной информации рациональное зерно и использовать его в работе. Могу уверенно сказать, что полученный опыт повысит качество оказания помощи недоношенным детям с экстремально низкой массой тела.

Две недели стажировки были очень насыщенными, интересными. Самое большое впечатление на меня произвел малыш, который родился с массой тела всего 270 граммов со сроком гестации 26 недель! Его выходили лучшие специалисты клиники, и ребенок выжил. Сейчас он весит два килограмма. Сами немцы показывают этого малыша как чудо. На меня ребенок произвел неизгладимое впечатление, я такого раньше не видел.



Пройдя теоретическую подготовку, побывав на операциях ведущих профессоров мира, стажер допускается к работе в симуляционном центре



Екатерина СЕМЕНЬЧЕВА,
старшая медсестра
отделения анестезиоло-
гии — реанимации
перинатального
центра при ГБУЗ
«ГКБ № 7 ДЗМ»:

— На стажировке в Германии я была совместно с заведующим нашим отделением. Мне было важно освоить другой уровень медицины, приобрести практические навыки с использованием инновационных методик по выхаживанию новорожденных детей с низкой и экстремально низкой массой тела, усовершенствовать свои навыки.

После утреннего обхода и круглого стола ежедневно разбирались лекционные материалы: лечение инфекционных заболеваний, анемия, вскармливание недоношенных детей, антибактериальная терапия, оказание реанимационной помощи новорожденным детям.

Приятно удивило тесное взаимодействие в работе различных специалистов: акушеров-гинекологов, неонатологов, реаниматологов, психологов.

Ценной практикой германских коллег является бережное отношение к маловесным детям: охранительный режим (световой, шумовой), стремление сократить количество манипуляций, чтобы лишний раз не потревожить маленького пациента. В инкубаторе созданы условия комфорта для ребенка.

Безусловно, такие поездки расширяют профессиональный кругозор, изменяют подход к лечению, уходу, вскармливанию недоношенных детей.

Ценной оказалась информация об инновационных методах и технологиях выхаживания маловесных детей, организации труда персонала. Было интересно сравнить работу нашей и немецкой клиники. Отличительной особенностью стало знакомство с выжидательной тактикой ведения новорожденных и недоношенных детей: сдержанное отношение к антибактериальной терапии с акцентом на профилактику и уход. При этом соблюдается низкий процент внутрибольничных инфекций.

Знания и опыт, полученные в процессе стажировки, будут применяться мною и моими коллегами в практической деятельности.



Наталья ИВАНОВА,
заведующая
гинекологическим
отделением, врач
акушер-гинеколог
ГБУЗ «Центр планиро-
вания семьи и репро-
дукции ДЗМ»:

— Стажировка — это как открытие нового мира. Современная медицина невозможна без применения высокотехнологичного оборудования. Дополнительные технические возможности, компьютеризация, использование робототехники — все это позволяет оказать медицинскую помощь на другом уровне, улучшить как результаты операции, так и снизить затраты на лечение. К тому же полезно познакомиться с принципами организации работы в других стационарах, иметь возможность применить новое оборудование в каждодневной работе.

Моя стажировка проходила в отделении гинекологии госпиталя Бундан Сеульского национального университета. Госпиталь является государственным учреждением, работает круглосуточно, оказывает плановую и экстренную медицинскую помощь.

Участие в этой программе позволило мне по-новому оценить организацию работы в нашей клинике, улучшить ее. Безусловно, это актуально для профессионального роста, поскольку в отделении, где я работаю, намечена программа переоснащения операционной (гармонический скальпель), что позволит выполнять лимфаденэктомию лапароскопическим доступом, сократит время операции и пребывания в стационаре. С точки зрения поставленных задач стажировка была организована безупречно. Были учтены мои пожелания и предоставлена возможность непосредственного участия в работе госпиталя, общения с ведущими профессорами-гинекологами. Особенно ценный был раздел life-surgery, позволивший мне понять технические приемы иностранных коллег и выполнить в симуляционном центре параортальную лимфаденэктомию с использованием высокотехнологичного оборудования.

Подготовила
Елена ВОСКАНЯН

МЕДИЦИНСКОЕ



ОБОРУДОВАНИЕ

На момент начала реформирования системы здравоохранения Москвы одной из ключевых проблем была недостаточная техническая оснащённость государственных медицинских учреждений.

По состоянию на 10 декабря 2013 года
в рамках программы было закуплено

68 793

единицы оборудования

В рамках Программы модернизации здравоохранения города
Москвы на приобретение медицинского оборудования
было выделено

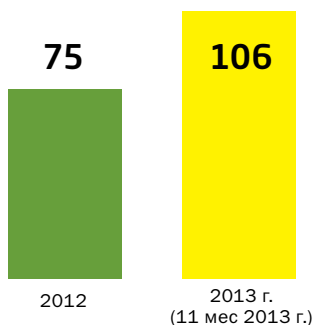
47,1 МЛРД РУБ.

ИТОГИ ОСНАЩЕНИЯ ЛПУ МЕДИЦИНСКИМ ОБОРУДОВАНИЕМ

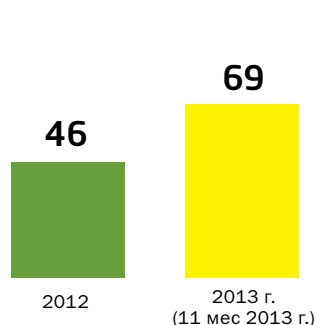
Наименование медицинского оборудования	Предусмотрено ПЕРВОНАЧАЛЬНО	ПОСТУПИЛО в мед. организации Департамента здравоохранения г. Москвы	% УВЕЛИЧЕНИЯ
Томограф компьютерный	54	126	133,3
Томограф магнитно-резонансный	34	77	126,5
Ангиограф	18	31	72,2
Рентгенодиагностическое и радиологическое оборудование	855	1033	20,8
Ультразвуковое оборудование	1002	1400	39,7
Эндоскопическое оборудование	508	561	10,4
Лабораторное оборудование	928	1014	9,3
Оборудование для оснащения отделений неонатологического профиля	4009	6276	56,5
Прочее оборудование	38 701	58 275	50,6
ИТОГО:	46 109	68 793	49,2

ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ КТ И МРТ

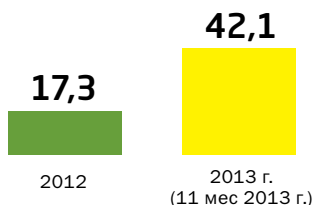
Количество эксплуатируемых КТ



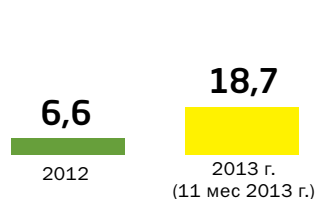
Количество эксплуатируемых МРТ



Среднее число исследований, выполняемых на одном КТ в сутки

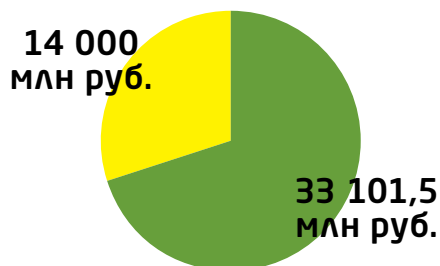


Среднее число исследований, выполняемых на одном МРТ в сутки

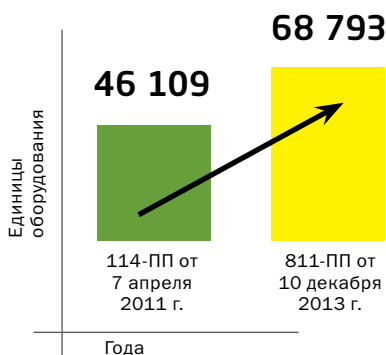


За 2011– 2013 гг. общая сумма экономии по результатам проведенных торгов на закупку медоборудования в рамках Программы модернизации здравоохранения города Москвы составила 14 млрд рублей (в том числе в 2013 году – 3 млрд рублей)

Экономия на закупках оборудования



За счет сэкономленных средств количество единиц закупленного оборудования увеличено на 22 684 (49,2%) по сравнению с запланированным объемом



ОСНАЩЕНИЕ АМБУЛАТОРНОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ

КТ		Флюорограф
МРТ		Маммограф
УЗИ экспертного класса		Аппарат для суточного мониторингирования
УЗИ среднего класса		ЭКГ и артериального давления
Рентгеновский аппарат		Оборудование для операционной
Комплекс для проведения ЭКГ-теста с физической нагрузкой		Реоэнцефалограф
Эндоскопическое оборудование		Электроэнцефалограф
Денситометр		

АМБУЛАТОРНОЕ ЗВЕНО

Амбулаторные центры получили

10 000

единиц оборудования, что позволяет перемещать объемы медицинской помощи из стационарного звена в амбулаторное

ПЕРЕЧИТЫВАЯ БУЛГАКОВА

Для интервью с главным внештатным специалистом психиатром Департамента здравоохранения Москвы, заведующим кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, доктором медицинских наук, профессором Борисом ЦЫГАНКОВЫМ выбран не совсем обычный формат. Вместе с профессором мы путешествуем по страницам бессмертного романа великого русского писателя и врача Михаила Булгакова «Мастер и Маргарита», сравниваем тогдашнюю психиатрическую помощь с нынешней, обсуждаем тенденции развития современной столичной психиатрии.



Неожиданно открылась дверь в комнату Ивана, и в нее вошло множество народа в белых халатах. Впереди всех шел тщательно, по-актерски обритый человек лет сорока пяти, с приятными, но очень пронзительными глазами и вежливыми манерами. Вся свита оказывала ему знаки внимания и уважения, и вход его получился поэтому очень торжественным. «Как Понтий Пилат!» — подумалось Ивану.

Да, это был, несомненно, главный. Он сел на табурет, а все остались стоять.

— Доктор Стравинский, — представился усевшийся Ивану и поглядел на него дружелюбно.

— Вот, Александр Николаевич, — негромко сказал кто-то в опрятной бородке и подал главному кругом исписанный Иванов лист.

«Целое дело сшили!» — подумал Иван. А главный привычными глазами пробежал лист, пробормотал: «Угу, угу...» И обменялся с окружающими несколькими фразами на малоизвестном языке.

«И по-латыни, как Пилат, говорит...» — печально подумал Иван. Тут одно слово заставило его вздрогнуть, и это было слово «шизофрения» — увы, уже вчера произнесенное проклятым иностранцем на Патриарших прудах, а сегодня повторенное здесь профессором Стравинским.



— Борис Дмитриевич, насколько образ доктора Стравинского соответствует вашему представлению о себе?

— Судите сами... Я родился в Москве в 1950 году. Вся моя жизнь посвящена медицине, психиатрии. В 23 года я окончил лечебный факультет Московского медико-стоматологического института, затем почти случайно попал в ординатуру по психиатрии.

Мой отец был военным хирургом, которого даже тяжелое ранение не смогло удержать от возвращения на фронт, а мама воевала в партизанском отряде. Изначально я мечтал продолжить дело отца, стать хирургом, однако выбрал более мирную специальность психиатра, не обладая героическим характером моих родителей-фронтовиков.

Впоследствии я работал научным сотрудником отдела терапии психических заболеваний НИИ психиатрии Минздрава СССР. В 1991 году проходил стажировку в Висконсинском университете США по диагностике и лечению психических и наркологических заболеваний. В 1997 году стал заведующим кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии факультета последипломного образования МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

Долгие годы моя клиническая и научно-педагогическая деятельность тесно связана с практическим здравоохранением Москвы. Мне повезло с учителями — выдающимися психиатрами России. Я прошел путь от младшего научного сотрудника до ведущего и от рядового врача до доктора медицинских наук, профессора. Перейдя в дальнейшем на преподавательскую работу, я всегда стремился «вернуть» полученные знания, навыки своим коллегам. Моя работа на факультете последипломного образования помогла реализовать это стремление в создании научной школы, в которой были подготовлены 61 кандидат и 14 докторов медицинских наук. Своим опытом мне удалось поделиться в 20 монографиях, 11 руководствах и учебных пособиях, 3 учебниках. Возглавляемая мной кафедра занимается профессиональной подготовкой врачей психиатров, наркологов и психотерапевтов и проводится на клинических базах Департамента здравоохранения города Москвы. Это позволяет мне постоянно быть в курсе актуальных проблем практического здравоохранения. Все мои научные исследования были посвящены вопросам клинической психиатрии. Кандидатская диссертация, защищенная в 1979 году, касалась терапии затяжных приступов шизофрении. Однажды столкнувшись в своей клинической практике со случаем тяжелого течения фебрильной шизофрении у молодой пациентки в послеродовом периоде, который закончился летальным исходом, и убедившись в том, что диагностика и терапия этих состояний недостаточно разработана, я посвятил долгие годы изучению клинико-патогенетических механизмов формирования острых фебрильных психозов и разработке новых подходов к терапии угрожающих жизни состояний в психиатрии. По моей инициативе в 1984 году было создано первое в СССР психореанимационное отделение, что явилось основой развития этого направления в стране. В 1988 году мной была защищена докторская диссертация на тему «Клинико-патогенетические закономерности развития фебрильных приступов шизофрении и система их терапии».

Руководство страны не обошло вниманием мой вклад в науку и практику. В 1986 году я участвовал в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС и был награжден орденом Мужества. В разные годы мне были присвоены звания заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ. Были присуждены премия Правительства России в области науки и техники, премия Москвы в области медицины. В 2011 году руководитель Департамента здравоохранения Москвы Леонид Михайлович Печатников возглавил программу по масштабному реформированию московского здравоохранения. Он пригласил меня на должность главного внештатного



Борис ЦЫГАНКОВ,
главный внештатный
специалист психиатр
Департамента
здравоохранения
Москвы, заведующий
кафедрой психиатрии,
наркологии и психо-
терапии МГМСУ
им. А.И. Евдокимова,
доктор медицинских
наук, профессор

специалиста департамента по психиатрии. Я его принял, так как очень хотел помочь в реализации программы преобразований и внедрении современных достижений психиатрии в практическое здравоохранение. Действительно, за эти три года мы достигли кардинальных преобразований, и сегодня московская психиатрия имеет отчетливый тренд по пути к лучшим европейским моделям.



Утихли истерические женские крики, отсверлили свистки милиции, две санитарные машины увезли: одна — обезглавленное тело и отрезанную голову в морг, другая — раненную осколками стекла красавицу вожатую, дворники в белых фартуках убрали осколки стекол и засыпали песком кровавые лужи, а Иван Николаевич как упал на скамейку, не добежав до турникета, так и остался на ней. Несколько раз он пытался подняться, но ноги его не слушались — с Бездомным приключилось что-то вроде паралича.

Поэт бросился бежать к турникету, как только услышал первый вопль, и видел, как голова подскакивала на мостовой. От этого он до того обезумел, что, упавши на скамью, укусил себя за руку до крови. Про сумасшедшего немца он, конечно, забыл и старался понять только одно, как это может быть, что вот только что он говорил с Берлиозом, а через минуту — голова...

Взволнованные люди пробежали мимо поэта по аллее, что-то восклицая, но Иван Николаевич их слов не воспринимал.

Сделав над собой великое усилие, Иван Николаевич поднялся со скамьи и бросился назад, туда, где разговаривал с профессором. И оказалось, что тот, к счастью, еще не ушел.

На Бронной уже зажглись фонари, а над Патриаршими светила золотая луна, и в лунном, всегда обманчивом, свете Ивану Николаевичу показалось, что тот стоит, держа под мышкою не трость, а шпагу.

— Сознавайтесь, кто вы такой? — глухо спросил Иван.

Иностранец насупился, глянул так, как будто впервые видит поэта, и ответил неприязненно:

— Не понимай... русский говорить...

— Они не понимают! — ввязался со скамейки регент, хотя его никто и не просил объяснять слова иностранца.

— Не притворяйтесь! — грозно сказал Иван и почувствовал холод под ложечкой, — вы только что прекрасно говорили по-русски. Вы не немец и не профессор! Вы — убийца и шпион! Документы! — яростно крикнул Иван.

Загадочный профессор брезгливо скривил и без того кривой рот и пожал плечами. ...Иван сделал попытку ухватить негодяя за рукав, но промахнулся и ровно ничего не поймал... Иван ахнул, глянул вдаль и увидел ненавистного неизвестного. Тот был уже у выхода в Патриарший переулок, и притом не один. Более чем сомнительный регент успел присоединиться к нему. Но это еще не все: третьим в этой компании оказался неизвестно откуда взявшийся кот, громадный, как боров, черный, как сажа или грач, и с отчаянными кавалерийскими усами. Тройка двинулась в Патриарший, причем кот тронулся на задних лапах. Иван устремился за злодеями вслед и тотчас убедился, что догнать их будет очень трудно. Иван Николаевич смутился, но ненадолго, потому что вдруг сообразил, что профессор непременно должен оказаться в доме № 13 и обязательно в квартире 47.

Никому не известно, какая тут мысль овладела Иваном, но только, прежде чем выбежать на черный ход, он присвоил одну из этих свечей, а также и бумажную иконку.



– Каково ваше профессиональное мнение: правомочно ли пациенту Ивану Бездомному поставлен диагноз «шизофрения»?

— Думаю, что тех данных, «анамнеза», оставленного нам Булгаковым, недостаточно, чтобы достоверно и однозначно поставить диагноз «шизофрения», мы можем только спекулятивно рассуждать, предполагать. В психиатрии диагноз не ставится лишь по каким-то отдельным феноменологическим, поведенческим признакам.

По сюжету мнительный, тревожный поэт стал свидетелем страшной кончины Берлиоза вскоре после беседы с подозрительным незнакомцем. Его первоначальные реакции заставляют задуматься о такой категории, как «острая реакция на стресс».

Далее, перед психиатрами в клинике профессора Стравинского предстает картина так называемого антагонистического, или манихейского, бреда — Бездомный «попал» в эпицентр противоборства сил добра и зла, он подозрителен и напряжен, его высказывания представляются неадекватными, вычурными. Герой находится в состоянии аффекта, совершает нелогичные поступки. Можно ли с таким набором признаков говорить о шизофрении? Для психиатров — «современников» Ивана Бездомного — вполне. Для психиатров XXI века — сомнительно. По новым классификациям, используемым сегодня, по МКБ-10, такие состояния не относят к шизофрении. Известная путаница в определении шизофрении царил всегда, в том числе и в 20-е, 30-е годы, к которым относят действие романа «Мастер и Маргарита». Этому заболеванию издавна приписывали многообразие форм и мифологизировали его в художественных произведениях и обывательских разговорах.



Тут одно слово заставило его вздрогнуть, и это было слово «шизофрения» — увы, уже вчера произнесенное проклятым иностранцем на Патриарших прудах

«Мастер и Маргарита»



В кабинете за Ивана принялись трое — две женщины и один мужчина, все в белом. Первым долгом Ивана отвели в уголок, за столик, с явную целью кое-что у него повыспросить. И у Ивана выспросили решительно все насчет его прошлой жизни, вплоть до того, когда и как он болел скарлатиной, лет пятнадцать тому назад. Исписав за Иваном целую страницу, перевернули ее, и женщина в белом перешла к расспросам о родственниках Ивана. Началась какая-то канитель: кто умер, когда да отчего, не пил ли, не болел ли венерическими болезнями, и все в таком же роде. В заключение попросили рассказать о вчерашнем происшествии на Патриарших прудах, но очень не приставали, сообщению о Понтии Пилате не удивлялись.

Тут женщина уступила Ивану мужчине, и тот взялся за него по-иному и ни о чем уже не расспрашивал. Он измерил температуру Иванова тела, посчитал пульс, посмотрел Ивану в глаза, света в них какую-то лампой. Затем на помощь мужчине пришла другая женщина, и Ивана кололи, но не больно, чем-то в спину, рисовали у него ручкой молоточка какие-то знаки на коже груди, стучали молоточками по коленям, отчего ноги Ивана подпрыгивали, кололи палец и брали из него кровь, кололи в локтевом сгибе, надевали на руки какие-то резиновые браслеты. Иван только горько усмехался про себя и размышлял о том, как все это глупо и странно получилось. Подумать только! Хотел предупредить всех об опасности, грозящей от неизвестного консультанта, собирался его изловить, а добился только того, что попал в какой-то таинственный кабинет затем, чтобы рассказывать всякую чушь про дядю Федора, пившего в Вологде запоем.



– Насколько сегодня методы обследования пациентов соответствуют описанным почти 100 лет назад?

— Как и в романе Булгакова, с пациентами современных психиатрических клиник при поступлении беседуют врачи психиатры, собирают максимально точные сведения о жизни и течении заболевания, затем подключаются неврологи, терапевты, гинекологи, при необходимости консультируют окулисты, эндокринологи, хирурги, кардиологи, другие специалисты. Берутся клинические анализы. Это делается для того, чтобы объективно оценить состояние здоровья человека, определить возможные противопоказания к лечению. В наше время также используются электроэнцефалография, компьютерная и магнитно-резонансная томография, УЗИ сосудов мозга и прочие методы, призванные объективизировать заключение врача. Важны и консультации клинических психологов. В будущем возможна диагностика на уровне геномного контроля.



После этого Ивана Николаевича повели по пустому и беззвучному коридору и привели в громаднейших размеров кабинет. Иван, решив относиться ко всему, что есть в этом на диво оборудованном здании, с иронией, тут же мысленно окрестил кабинет «фабрикой-кухней». И было за что. Здесь стояли шкафы и стеклянные шкафики с блестящими никелированными инструментами. Были кресла необыкновенно сложного устройства, какие-то пузатые лампы с сияющими колпаками, множество склянок, и газовые горелки, и электрические провода, и шкафики...



– Оснащение современной психиатрической клиники сильно изменилось по сравнению с описанным в романе?

— Я бы не рассматривал описание Булгакова как историческую справку. Думаю, что описание чудес клиники Стравинского — это сатира, издевка над психиатрическими больницами советской России того времени, которые по своему состоянию больше были похожи на казармы.

Структура, оборудование психиатрических больниц в наше время сходно с оборудованием любой другой больницы. «Шкафики с инструментами» — удел любого процедурного кабинета. Палаты, лечебные помещения, столовые, разумеется, сегодня намного удобнее, чем в 20-е, 30-е годы, клиники оснащены современной аппаратурой, применяются современные методы лечения, современные препараты, психотерапия, реабилитационные программы. Мы уже не используем пугающие, травматичные процедуры, пациенты не носят смиренных рубашек...

– Часто ли вам приходилось ставить диагноз «шизофрения»?

— Люди, страдающие данным заболеванием, фактически составляют 1% от общей популяции населения земного шара. В повседневной практике встречаются десятки других психических заболеваний, требующих не менее пристального внимания.

– Насколько социально опасно это заболевание?

— Шизофрения — заболевание, которое отличается многообразием клинических проявлений, и в каждом конкретном случае «прогноз опасности» больного для окружающих и для него самого будет особым. При наличии бреда воздействия, преследования пациент может быть очень целеустремленным, агрессивным, может

превратно толковать действия окружающих. Он может дать отпор «преследователям», подвергнув их при этом опасности. При других формах расстройства, невротическом течении, человек долгое время остается социально адаптированным, для таких пациентов менее характерны противоправные действия. В целом по частоте совершения преступлений против личности больные шизофренией не превышают уровня общей популяции.



Тут догадались броситься на Ивана — и бросились. Свеча погасла, и очки, соскочившие с лица, были мгновенно растоптаны. Иван испустил страшный боевой вопль, слышный к общему соблазну даже на бульваре, и начал защищаться. Зазвенела падающая со столов посуда, закричали женщины.

Пока официанты вязали поэта полотенцами, в раздевалке шел разговор между командиром брига и швейцаром.

— Ты видел, что он в подштаниках? — холодно спрашивал пират.

— Да ведь, Арчибальд Арчибальдович, — труся, отвечал швейцар, — как же я могу их не допустить, если они — член МАССОЛИТа?

— Ты видел, что он в подштаниках? — повторял пират.

— Помилуйте, Арчибальд Арчибальдович, — багровея, говорил швейцар, — что же я могу поделывать? Я сам понимаю, на веранде дамы сидят.

— Дамы здесь ни при чем, дамам это все равно, — отвечал пират, буквально сжигая швейцара глазами, — а это милиции не все равно! Человек в белье может следовать по улицам Москвы только в одном случае, если он идет в сопровождении милиции, и только в одно место — в отделение милиции...

...Помилуйте, куда же вы хотите идти? — заговорил врач, вглядываясь в глаза Ивана, — глубокой ночью, в белье... Вы плохо чувствуете себя, оставайтесь у нас!

— Пропустите-ка, — сказал Иван санитарам, сомкнувшимся у дверей. — Пустите вы или нет? — страшным голосом крикнул поэт.

..женщина нажала кнопку в столике, и на его стеклянную поверхность выскочила блестящая коробочка и запаянная ампула.

— Ах так?! — дико и затравленно озираясь, произнес Иван, — ну ладно же! Прощайте...

— и головою вперед он бросился в штору окна. Раздался удар, но небьющиеся стекла за шторой выдержали его, и через мгновение Иван забился в руках у санитаров. Он хрипел, пытался кусаться, кричал:

— Так вот вы какие стеклышки у себя завели!.. Пусти! Пусти, говорю!

Шприц блеснул в руках у врача, женщина одним взмахом распорол ветхий рукав толстовки и вцепилась в руку с неженской силой. Запахло эфиром. Иван ослабел в руках четырех человек, и ловкий врач воспользовался этим моментом и вколол иглу в руку Ивану. Ивана подержали еще несколько секунд, и потом опустили на диван.

— Заточили все-таки, — сказал Иван, зевнул еще раз, неожиданно прилег, голову положил на подушку, кулак по-детски под щеку, забормотал уже сонным голосом, без злобы:

— Ну и очень хорошо... Сами же за все и поплатитесь. Я предупредил, а там как хотите! Меня же сейчас более всего интересует Понтий Пилат... Пилат... — тут он закрыл глаза.



— Продолжают ли применять в современной психиатрии принудительные меры лечения?

— Следует различать «принудительные методы лечения», прочие мифы о «карательной психиатрии» и так называемую недобровольную госпитализацию, которая применяется для небольшого процента пациентов.

Она проводится по узкому спектру показаний и в течение двух дней, требует подтверждения судьбы, что показания для госпитализации были соблюдены, что человек действительно нуждается в психиатрическом лечении. Она показана, если больной опасен для себя и окружающих, если без психиатрической помощи существует угроза его жизни и жизнедеятельности. Все это регламентируется законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Различные правозащитные организации в России бдительно следят за соблюдением прав пациентов и в некоторых случаях стараются предотвратить необоснованную, по их мнению, госпитализацию.



Как раз в то время, когда сознание покинуло Степу в Ялте, то есть около половины двенадцатого дня, оно вернулось к Ивану Николаевичу Бездомному, проснувшемуся после глубокого и продолжительного сна. Некоторое время он соображал, каким это образом он попал в неизвестную комнату с белыми стенами, с удивительным ночным столиком из какого-то светлого металла и с белой шторой, за которой чувствовалось солнце.

Иван тряхнул головой, убедился в том, что она не болит, и вспомнил, что он находится в лечебнице. Эта мысль потянула за собою воспоминание о гибели Берлиоза, но сегодня оно не вызвало у Ивана сильного потрясения. Выспавшись, Иван Николаевич стал поспокойнее и соображать начал яснее. Полежав некоторое время неподвижно в чистой, мягкой и удобной пружинной кровати, Иван увидел кнопку звонка рядом с собою. По привычке трогать предметы без надобности, Иван нажал ее. Он ожидал какого-то звона или явления вслед за нажатием кнопки, но произошло совсем другое. В ногах Ивановой постели загорелся матовый цилиндр, на котором было написано: «Пить». Постояв некоторое время, цилиндр начал вращаться до тех пор, пока не выскочила надпись: «Няня». Само собою разумеется, что хитроумный цилиндр поразил Ивана. Надпись «Няня» сменилась надписью «Вызовите доктора».

— Гм... — молвил Иван, не зная, что делать с этим цилиндром дальше. Но тут повезло случайно: Иван нажал кнопку второй раз на слове «Фельдшерница». Цилиндр тихо прозвенел в ответ, остановился, потух, и в комнату вошла полная симпатичная женщина в белом чистом халате и сказала Ивану:

— Доброе утро!

Иван не ответил, так как счел это приветствие в данных условиях неуместным. В самом деле, засадили здорового человека в лечебницу, да еще делают вид, что это так и нужно!

Женщина же тем временем, не теряя благодушного выражения лица, при помощи одного нажима кнопки, увела штору вверх, и в комнату через широкопетлистую и легкую решетку, доходящую до самого пола, хлынуло солнце. За решеткой открылся балкон, за ним берег извивающейся реки и на другом ее берегу — веселый сосновый бор.

— Пожалуйте ванну брать, — пригласила женщина, и под руками ее раздвинулась внутренняя стена, за которой оказалось ванное отделение и прекрасно оборудованная уборная.

Иван, хоть и решил с женщиной не разговаривать, не удержался и, видя, как вода хлещет в ванну широкой струей из сияющего крана, сказал с иронией:

— Ишь ты! Как в «Метрополе»!

— О нет, — с гордостью ответила женщина, — гораздо лучше. Такого оборудования нет нигде и за границей. Ученые и врачи специально приезжают осматривать нашу клинику. У нас каждый день интуристы бывают.



— В романе Булгакова психиатрическая клиника профессора Стравинского описана просто сказочным санаторием... Какова структура службы сегодня? Сколько у больниц, врачей, машин скорой психиатрической помощи?

— Сейчас психиатрическую помощь москвичам оказывают специалисты 17 психиатрических больниц, 23-х психоневрологических диспансеров, входящих в состав 6 психиатрических больниц города в качестве филиалов, 7 соматопсихиатрических отделений в составе крупных многопрофильных больниц. Есть отделение на 60 психотуберкулезных коек в туберкулезной больнице № 3 и на 70 коек в туберкулезной больнице № 11. Работает стационар кризисных состояний на 60 коек при городской больнице № 20. У нас функционируют 27 дневных стационаров в различных психоневрологических диспансерах и психиатрических больницах. Действуют три муниципальных подстанции скорой психиатрической помощи, в их составе работают 29 бригад, в том числе врачебные, врачебно-консультативные и фельдшерские. В Восточном округе в качестве эксперимента на базе психиатрической больницы № 3 им. В.А. Гиляровского впервые стала функционировать неотложная психиатрическая помощь.

Реформы здравоохранения вообще и психиатрической отрасли в частности затронули и Москву. Много изменилось за последние годы. Существует несколько основных направлений развития столичной психиатрической помощи. Это, в частности, улучшение качества психиатрической стационарной помощи, создание кризисной, или суицидологической, службы в государственных учреждениях здравоохранения города. Уже сейчас мы можем отметить, что налаживается столь необходимая в процессе терапии психических заболеваний преемственность в оказании медицинской помощи. Внедряются стационарозамещающие технологии. Благодаря этому больные из стационара выписываются в привычную среду, они в меньшей степени дезадаптированы, быстрее восстанавливаются. Нам удалось добиться, чтобы на всей территории Москвы был одинаково широко представлен ассортимент лекарственных средств, устранить «перекося» в назначениях, зачастую связанные с активностью фармкомпаний.

Продолжается оптимизация системы оплаты работников психиатрических служб. Благодаря этому повышается заинтересованность врачей в качестве терапии, ведь в большей степени оценивается именно качество работы, а не количество принятых больных. Много делается для того, чтобы повысить уровень образования врачей, разработана система дополнительного профессионального образования.



Иван не ответил, так как счел это приветствие в данных условиях неуместным. В самом деле, засадили здорового человека в лечебницу, да еще делают вид, что это так и нужно!

«Мастер и Маргарита»

Ее основная цель — повышение квалификации выпускников медицинских вузов, а также специалистов психиатрических учреждений. Кроме знания особенностей клиники психических расстройств и диагностики этих заболеваний, современный врач еще должен владеть принципами фармакоэкономики, а значит, эффективного и экономически адекватного лечения.

Если обратиться к статистике, то только в 2013 году впервые за долгое время появились тенденции к сокращению длительности пребывания больных в стационаре, снижению числа регоспитализаций в течение года и первичной инвалидизации. Одновременно это позволило нам значительно сократить коечный фонд в 2012–2013 годах и тем самым улучшить условия пребывания пациентов в стационаре. Одной из сложных проблем остается организация психиатрической помощи на новых территориях Москвы. По-видимому, нам надо чаще ставить перед руководством вопрос о необходимости или строительства амбулаторно-стационарного психиатрического модуля, или перепрофилирования имеющихся медицинских учреждений, расположенных на границах старой и новой территорий. Таким образом, мы могли бы приблизить помощь к населению и, значит, сделать ее более доступной.



Каждый год, лишь только наступает весеннее праздничное полнолуние, под вечер появляется под липами на Патриарших прудах человек лет тридцати или тридцати с лишним. Рыжеватый, зеленоглазый, скромно одетый человек. Это — сотрудник института истории и философии, профессор Иван Николаевич Понырев.

Придя под липы, он всегда садится на ту самую скамейку, на которой сидел в тот вечер, когда давно позабытый всеми Берлиоз в последний раз в своей жизни видел разваливающуюся на куски луну.

Теперь она, цельная, в начале вечера белая, а затем золотая, с темным коньком-драконом, плывет над бывшим поэтом, Иваном Николаевичем, и в то же время стоит на одном месте в своей высоте.

Ивану Николаевичу все известно, он все знает и понимает. Он знает, что в молодости он стал жертвой преступных гипнотизеров, лечился после этого и вылечился. Но знает он также, что кое с чем он совладать не может. Не может он совладать с этим весенним полнолунием. Лишь только оно начинает приближаться, лишь только начинает разрастаться и наливать золотом светило, которое когда-то висело выше двух пятисвечий, становится Иван Николаевич беспокоен, нервничает, теряет аппетит и сон, дожидается, пока созреет луна. И когда наступает полнолуние, ничто не удержит Ивана Николаевича дома. Под вечер он выходит и идет на Патриаршие пруды.

Подготовила

**Ева
ВАСИЛЕВСКАЯ**



СПРАВКА

Шизофрения

Шизофренические расстройства в целом отличаются характерными фундаментальными расстройствами мышления и восприятия, а также неадекватным или сниженным аффектом. Наиболее частыми проявлениями болезни являются слуховые галлюцинации, параноидный или фантастический бред либо дезорганизованность речи и мышления на фоне значительной социальной дисфункции и нарушения работоспособности. Шизофрения одинаково часто поражает лиц обоих полов, но у

мужчин обычно начинается раньше, с пиком заболеваемости в 20–28 лет против 26–32 лет у женщин. Гораздо реже шизофрения случается в раннем детском возрасте, также редки случаи поздней (начало в среднем возрасте) и очень поздней (в пожилом возрасте) шизофрении. Распространенность за период жизни обычно указывается равной 1%, однако систематический обзор исследований, проведенный в 2013 году, дал результат в 0,55%.

МНЕНИЕ

— В последние годы в мире существует активная дискуссия по поводу термина «шизофрения». Так, американская классификация психических расстройств DSM пытается и вовсе уйти от этого диагноза. С одной стороны, — это попытка дестигматизации больных, попытка избавить пациентов от социально негативного бремени, которое приводит к тяжелому дистрессу на этапе диагностирования заболевания, усугублению социальной дезадаптации. С другой — за последние 20 лет, особенно с появлением нейровизуализаций, кардинально изменилось понимание этого заболевания.

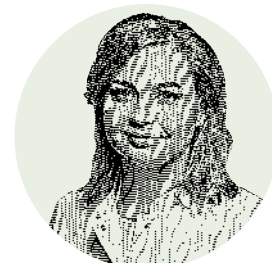
Прежде всего диагноз «шизофрения» включает в себя большую группу расстройств: от шизотипического, относящегося к группе пограничных личностных расстройств, до параноидной формы шизофрении. Это группа гетерогенных заболеваний с различными клиническими проявлениями, прогнозом, подходами к лечению. То, что прежде определялось как вялотекущая шизофрения — заболевание с неблагоприятным прогнозом, ригидное к медикаментозному лечению, в соответствии с современной классификацией определяют как пограничное личностное расстройство, требующее преимущественно психотерапии и адаптации пациента с подобными личностными особенностями к жизни.

Появление нейровизуализации позволило также по-новому взглянуть на природу этих расстройств. У нас сохранилось много вопросов по поводу этиологии расстройств шизофренического спектра, но сегодня они определяются как полиэтиологические биопсихосоциальные заболевания. Общим для этих состояний является врожденная дисфункция нейротрансмиттерной системы головного мозга, которая приводит к нарушениям восприятия, колебаниям настроения, а также к нейрокогнитивным нарушениям.

Последнее десятилетие большое внимание уделяется симптомам, ассоциированным с понятиями социального интеллекта и нейрокогнитивного дефицита. Галлюцинаторно-бредовая симптоматика успешно купируется современной психотропной терапией. Но, например, нарушение распознавания и интерпретации эмоций мало корректируются медикаментозным лечением и приводят к тяжелым потерям в выстраивании социальных контактов, социальной дезадаптации.

Современный стандарт лечения больных с расстройствами шизофренического спектра сочетает медикаментозную терапию с психосоциальной реабилитацией, нацеленной в первую очередь на компенсацию нейрокогнитивного дефицита, возможное сохранение и развитие социальных компетенций больного.

Новейшие психотропные препараты приобретают все большую дифференциацию в отношении патопсихологических феноменов. Но вопросы коррекции дефицита социального интеллекта и нейрокогнитивных дисфункций все еще остаются перспективами развития науки.



Наталья РИВКИНА,
руководитель Клиники
психотерапии
Европейского меди-
цинского центра

Медицинская школа Европейского медицинского центра представляет обучающую программу по психосоматической психиатрии

Для врачей Департамента здравоохранения Москвы проводятся бесплатные обучающие программы.

Курс проводится совместно с Психотерапевтической клиникой европейского медицинского центра (GEMC) при поддержке Европейской ассоциации психосоматической медицины (European Association of Psychosomatic Medicine, EAPM) и Международного общества психоонкологии (International Psycho-Oncology Society, IPOS).

20–21 июня 2014 «Психиатрические аспекты рака молочной железы»

В обучающую программу войдут лекции и мастер-классы:

- Психофармакотерапия в лечении коморбидных психических расстройств и коррекции побочных эффектов основного лечения.
- Психотерапевтические интервенции и поддерживающая психотерапия.
- Психосоциальное сопровождение пациентов в ремиссии рака молочной железы.
- Программа превентивной медицины.

Лекторы программы:

- Профессор Луиджи Грасси (Dr. Luigi Grassi), M.D., Италия — глава отделения психиатрии Университета г. Феррары, президент Федерации обществ психоонкологии IPOS.
- Профессор Мири Кохен (Dr. Miri Cohen), Ph.D., Израиль — руководитель Департамента геронтологии Университета г. Хайфы.

9–11 октября 2014 «Психосоциальный подход в детской онкологии»

В обучающую программу войдут лекции и мастер-классы:

- Психофармакотерапия в комплексном лечении детей с онкологическим заболеванием.
- Психосоциальная помощь семье, в том числе на этапе паллиативного лечения.
- Навыки эффективной коммуникации с ребенком и родителями на этапах обсуждения диагноза, лечения и паллиативной помощи.
- Междисциплинарный подход в детской онкологии, программы профилактики эмоционального выгорания специалистов.

Лекторы программы:

- Профессор Лори Вейнер (Dr. Lori Wiener), M.D., Ph.D., Вашингтон, США — директор подразделения детской онкологии Национального института здравоохранения.
- Профессор Андреа Патенауди (Dr. Andrea Patenaude), Ph.D., Бостон, США — глава отделения клинической психологии Федерального института онкологии.
- Джулия Керней (Dr. Julia Kearney), M.D., Нью-Йорк, США — глава лаборатории детской психоонкологии, отделение психиатрии Memorial Sloan Kettering Cancer Center.

11–13 декабря 2014 «Использование подходов психосоматической психиатрии в лечении пациентов с заболеваниями, угрожающими жизни»

В обучающую программу войдут лекции и мастер-классы:

- Психосоматическая медицина — модель оказания услуг.
- Инструменты оценки в психосоматической психиатрии.
- Эпидемиология коморбидных соматическим заболеваниям психических расстройств.
- Использование психофармакотерапии в комплексном лечении соматических больных.
- Психосоциальная терапия в психосоматической практике, кризисное консультирование.

Лекторы программы:

- Профессор Вольфганг Зёлльнер (Dr. Wolfgang Söllner), M.D., Германия — глава отделения психосоматической

медицины и психотерапии Нюрнбергского университета, президент Европейской ассоциации психосоматической медицины (EAPM).

- Профессор Ульрик Мальт (Dr. Ulrik Malt), M.D., Норвегия — глава отделения нейропсихиатрии и психосоматической медицины Университета Осло.
- Профессор Герхард Шюсслер (Dr. Gerhard Schüssler), M.D., Австрия — глава отделения клинической психологии и психотерапии Университета г. Инсбрука, президент Австрийского общества клинической психотерапии (ÖGPM).
- Профессор Карстен Лойе (Dr. Carsten Leue), M.D., Нидерланды — руководитель медицинского центра при Маастрихтском университете, член правления Европейской ассоциации консультативно-лианозовской психиатрии и психосоматики (EACLPP).

МИПМО и Психотерапевтическая клиника европейского медицинского центра (GEMC) рады сообщить о начале работы лаборатории тренинга навыков эффективной коммуникации с пациентами и родственниками для врачей.

В 2014 году программа пройдет: 15–16 мая, 10–11 июля, 11–12 сентября, 13–14 ноября.

Программа ориентирована на врачей общей практики, психиатров, неврологов и базируется на оригинальном курсе Communication Skills Training, разработанном в отделении психиатрии Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Нью-Йорк, США. Тренинг проводится с участием профессиональных актеров, которые в роли «симулированных» пациентов помогут врачам в освоении практических навыков.



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ**