

ТЕМА НОМЕРА

ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

1 ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

«Врачи общей практики значительно разгрузят, но не заменят узких специалистов»

Об особенностях подготовки и месте ВОП в городском здравоохранении — в интервью **Татьяны МУХТАСАРОВОЙ**

2 СТРАНИЦА ГЛАВНОГО СПЕЦИАЛИСТА

Виктор ФОМИН и **Григорий АРУТЮНОВ**

размышляют о перспективах развития института ВОП

3 КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Материалы февральской и мартовской клиничко-анатомических конференций

4 ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Роль общей врачебной практики в системе первичной медико-санитарной помощи

5 АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

Эксперты — о программе «Москва без боли»



Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета

Печатников Леонид Михайлович, заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

Редакционный совет

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

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

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

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

Бакулин Игорь Геннадьевич, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы

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

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

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

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

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

Жиляев Евгений Валерьевич, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы

Зеленский Владимир Анатольевич, директор МГФОМС

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

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

здравоохранения города Москвы

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

Мазус Алексей Израилевич, главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции

Департамента здравоохранения города Москвы

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

Мухтасарова Татьяна Радиковна, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

Назарова Ирина Александровна, председатель совета главных врачей города Москвы

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

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

Павлюков Дмитрий Юрьевич, врио руководителя Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области

Погонин Алексей Владимирович, заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

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

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

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

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

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

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

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**

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

Научный редактор: **Наталья Николаевна Камынина**

Шеф-редактор: **Ирина Георгиевна Красивская**

Ответственный секретарь: **Роман Богданович Добрынин**

e-mail: mosmed@zdrav.mos.ru; тел.: +7 (495) 530-12-87

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

www.moscowmedicine.ru

Учредитель: Департамент здравоохранения города Москвы

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций

28 апреля 2014 года

Регистрационный номер ПИ № ФС 77 - 57984

Было время, когда участковый терапевт в поликлинике превратился по сути в диспетчера, распределяющего направления к специалистам. Для того, чтобы выправить ситуацию нами были предприняты усилия, направленные на усовершенствование работы поликлинического звена. За прошлый год в этой области было сделано немало, о чем мы рассказывали на страницах «Московской медицины». Очередной номер журнала посвящен врачу общей практики. Правильное его позиционирование в системе оказания медицинской помощи – одно из важных направлений в работе Департамента здравоохранения города Москвы.

Очевидно, что терапевт, владеющий основными навыками смежных специальностей, сможет самостоятельно решать многие клинические вопросы. Это хорошо и для пациента, которому гарантировано повышенное внимание и качественная медпомощь, и для врача, который может помочь пациенту максимально полно в случае необходимости. Однако пока таких врачей у нас немного. Обеспечить население 12-миллионного мегаполиса хорошо подготовленными врачами общей практики — задача нетривиальная. Именно поэтому Департаментом здравоохранения города в 2014 году была запущена программа переподготовки врачей по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)». Программа была разработана совместно со специалистами и преподавателями Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Она построена по модульному принципу с обязательной отработкой практических навыков. В этом году практические занятия планируется проводить в симуляционном центре, организованном недавно на базе Боткинской больницы.

На сегодняшний день обучение в рамках программы прошли уже более полутора тысяч врачей. И это только начало. Обучить всех участковых терапевтов этой специальности мы планируем к концу 2017 года. Ведь самодостаточность и эффективность участкового врача в качестве врача общей практики крайне востребована в современной системе оказания медпомощи.



Алексей ХРИПУН,
руководитель
Департамента
здравоохранения
города Москвы

ОТ РЕДАКЦИИ		02
Обращение к читателям руководителя Департамента здравоохранения Москвы Алексея ХРИПУНА		
ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА		
Татьяна МУХТАСАРОВА: врачи общей практики разгрузят, но не заменят узких специалистов	1	05
ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ		09
Как врача вы назовете		
Алексей ПОГОНИН: наблюдается тенденция к снижению количества направлений от участковых врачей к специалистам		11
Мастер на все руки		14
Доминик ГОТЬЕ: приоритет для врача – клиническая практика		18
ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ		20
Поиск оптимального уровня специализации		
СТРАНИЦА ГЛАВНОГО СПЕЦИАЛИСТА		
Григорий АРУТЮНОВ: ВОП – образование длиною в жизнь	2	24
Виктор ФОМИН: ВОП – системообразующий элемент столичного здравоохранения		28
КАБИНЕТ РУКОВОДИТЕЛЯ		
Валерий ВЕЧОРКО: мы создали все условия для работы врачей общей практики		31
Андрей ТЯЖЕЛЬНИКОВ: у ВОП нет цели полностью заменить специализированную помощь		33
Обучением довольны		34
Врачи о программе переподготовки ВОП		

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

На обсуждение в рамках февральской клинико-анатомической конференции были представлены истории болезни 53-летнего пациента, причиной смерти которого был признан инфаркт миокарда 4Б типа при остром тромбозе стенки, и 22-летней пациентки, умершей от нетравматического субарахноидального кровоизлияния на фоне тяжелой эклампсии

3

35

На обсуждение в рамках мартовской клинико-анатомической конференции была представлена история болезни 33-летнего пациента, причиной смерти которого был признан токсоплазмоз

55

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**Один для всех**

Роль общей врачебной практики в системе первичной медико-санитарной помощи

4

76

ДОКТОР РЯДОМ**Рабочая схема**

Проект «Доктор рядом» успешно развивается

83

В шаговой доступности

86

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА**Москва без боли**

5

89

ТАТЬЯНА МУХТАСАРОВА: ВРАЧИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ РАЗГРУЗЯТ, НО НЕ ЗАМЕНЯТ УЗКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Врачи общей практики снова в центре внимания. На сегодняшний день в медицинских вузах уже обучено более одной тысячи медиков по этой дефицитной и востребованной в столице специальности. О том, как проходит и в чем заключается переподготовка ВОП, а также чем отличается врач общей практики от обычного участкового, рассказывает первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Татьяна МУХТАСАРОВА.

— Татьяна Радиковна, почему возникла необходимость переучивать обычных терапевтов во врачей общей практики?

— Развитие первичной медико-санитарной помощи населению — одно из основополагающих направлений Государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)». Чаще всего москвичи, нуждающиеся в медицинской помощи, обращаются за помощью к участковым врачам. В большинстве случаев для диагностики и лечения пациента участковый направляет его к нескольким узким специалистам, посещение которых может занять длительное время и чаще всего сводится к проведению разовой консультативной помощи. Загруженность узких специалистов значительно возрастает, а участковый врач, помимо выполнения основных профессиональных компетенций, оказывается диспетчером по распределению пациентов к другим специалистам. При этом практически отсутствуют профилактическая работа и диспансеризация. В результате неудовлетворенными оказываются и пациенты, и врачи. Как следствие, снижается престиж участкового врача.

Опыт зарубежных стран показывает, что при введении должности врача общей практики 80% пациентов начинают и заканчивают диагностику и лечение



Татьяна МУХТАСАРОВА,
первый заместитель
руководителя
Департамента
здравоохранения
города Москвы

у одного врача, загруженность узких специалистов снижается, сокращается количество госпитализаций. Поэтому Министерством здравоохранения Российской Федерации еще в 1992 году принято решение об обеспечении участковых служб врачами общей практики. В приоритете значились сельские медицинские организации, в которых переход участковых врачей в семейную медицину рассчитан на несколько лет.

— Чем эта должность функционально отличается от обычных участковых?

— Функциональные обязанности врача общей практики многогранны: диагностика, лечение, профилактика, реабилитация больных, организационные мероприятия, решение психологических проблем и т.д. Это специалист, имеющий широкий спектр знаний в разных областях медицины, который позволяет ему диагностировать и лечить многие заболевания, оказывать многопрофильную непрерывную первичную медицинскую помощь конкретному пациенту, его семье и прикрепленному населению (взрослому или детскому) независимо от пола и

характера заболевания. Для выполнения своих основных обязанностей он должен обладать большим перечнем профессиональных компетенций: знаний, умений и, самое главное, практических навыков.

Но это вовсе не означает, что в конечном итоге врачи общей практики вытеснят участковых и какие-то другие специализации. Семейный доктор может только выявить заболевание, оказать помощь на ранней стадии его развития, провести профилактику, но сложные случаи все равно останутся в ведении узких специалистов. Поэтому можно однозначно сказать, что врачи общей практики значительно разгрузят, но не заменят узких специалистов.

— Программа подготовки ВОП идет в Москве не первый год, правильно?

— В Москве пилотный проект Департамента здравоохранения Москвы о переподготовке врачей-терапевтов по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» стартовал в 2014 году.


Было принято решение о введении в штатное расписание городских поликлиник должности врача общей практики — специалиста широкого профиля, владеющего профессиональными навыками узкого специалиста. Началась подготовка врача, который должен обладать большим перечнем профессиональных компетенций, знаний, умений и, самое главное, практических навыков. Основная цель пилота — подготовить врача общей практики в максимально короткие сроки. В настоящее время эта специальность является одной из самых дефицитных и востребованных в поликлиниках.

— Известно, что на врачей общей практики переобучаются терапевты. Какой срок занимает переподготовка?

— Традиционно программа переподготовки по общей врачебной практике составляет 864 часа, период обучения — 6 месяцев. Учитывая цели пилота, медицинскими вузами Москвы предложена сокращенная программа переподготовки в количестве 504 часов — это до 4 месяцев — за счет использования методик дистанционного (online и электронного) образования, расширения внеаудиторной работы врача с обязательным контролем знаний (самообразование).



**ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ МОЖЕТ ТОЛЬКО
ВЫЯВИТЬ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ОКАЗАТЬ ПОМОЩЬ
НА РАННЕЙ СТАДИИ ЕГО РАЗВИТИЯ, ПРОВЕСТИ
ПРОФИЛАКТИКУ, НО СЛОЖНЫЕ СЛУЧАИ
ВСЕ РАВНО ОСТАНУТСЯ В ВЕДЕНИИ УЗКИХ
СПЕЦИАЛИСТОВ.**



Татьяна МУХТАСАРОВА: «Опыт зарубежных стран показывает, что при введении должности врача общей практики 80% пациентов начинают и заканчивают диагностику и лечение у одного врача, загруженность узких специалистов снижается, сокращается количество госпитализаций»

— Что изучают врачи в процессе переобучения?

— Программа профессиональной переподготовки по специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)» состоит из образовательных модулей по внутренним болезням, неврологии, лор-заболеваниям, хирургии, фтизиатрии, кожным, глазным и инфекционным болезням. При этом половина часов отводится на обучение без отрыва от работы, а половина — на дистанционное обучение и стажировки на рабочем месте. В соответствии с договорами между медицинскими вузами и Департаментом здравоохранения Москвы отработка практических навыков врачей общей практики проводится в реальных условиях. Врачи работают с узкими специалистами-наставниками — неврологами, оториноларингологами, офтальмологами, хирургами.

— Сколько уже переподготовлено врачей общей практики?

— В 2014 году программа реализовывалась в рамках «пилота». За это время было подготовлено 113 специалистов. Результаты пилотного проекта получили высокую оценку работодателей медицинских организаций, в связи с чем руководством Департамента здравоохранения Москвы программа «Врачи общей практики» пролонгирована на 2015–2016 годы. Программа предполагает переподготовку врачей по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» как за счет городского, так и за счет федерального бюджета.



**ПО СОСТОЯНИЮ НА 01.01.2016 В ВУЗАХ
МОСКВЫ ОБУЧЕНО 1499 ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ
ПРАКТИКИ.**

По состоянию на 01.01.2016 в вузах Москвы обучено 1499 врачей общей практики. В первую очередь мы заинтересованы в обучении по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» врачей-терапевтов амбулаторно-поликлинических учреждений.

— Недавно состоялся первый выпуск ВОП, которые прошли программу переподготовки. Эти врачи уже трудоустроены?

— Врачи, прошедшие переподготовку по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)», работают в тех же медицинских организациях, в которых они работали до переподготовки. Вообще, всем обучающимся гарантировано трудоустройство в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь населению, при наличии у этих организаций лицензии на право осуществления деятельности ВОП. В настоящее время такую лицензию уже имеют более 30 медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы.

В ГБУЗ «ГП № 2 ДЗМ» по программе обучения врачей общей практики проучены 5 врачей. Еще 5 врачей направлены на цикл профессиональной переподготовки по специальности «Общая врачебная практика». В каждом филиале планируется работа двух кабинетов. В настоящее время получена лицензия на осуществление медицинской деятельности по общей врачебной практике, организовано и оснащено по одному кабинету. Для обеспечения деятельности врачей общей практики развернуто по одному вспомогательному кабинету для осуществления офтальмоскопии, измерения ВГД, риноскопии, отоскопии, определения шепотной речи, ЭКГ, функциональной и ультразвуковой диагностики.



**ВРАЧИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПРИЗВАНЫ
РАЗГРУЗИТЬ УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ
И УВЕЛИЧИТЬ ДОСТУПНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДПОМОЩИ.**

— Какой эффект ожидается от работы врачей общей практики?

— Врачи общей практики призваны разгрузить участковых терапевтов и увеличить доступность первичной медицинской помощи. Ожидается и снижение нагрузки на врачей-специалистов: оторино-

ларингологов, офтальмологов, хирургов, неврологов, эндокринологов и врачей функциональной диагностики за счет проведения врачом общей практики первичной диагностики и лечения ряда заболеваний (острые и неосложненные формы заболеваний по профилям). Этого планируется добиться за счет выборочного направления пациентов к узкому специалисту. Одновременно ожидается уменьшение количества обследований на одного пациента за счет комплексного подхода к формированию плана обследования и (или) лечения врачом общей практики и взаимных перенаправлений между врачами специалистами 1-го и 2-го уровней. Все это окажет положительное влияние на доступность медицинской помощи и обеспеченность ею прикрепленного населения. Объективно данные изменения найдут отражение в виде высвобождения части квот для самозаписи к врачам-терапевтам участковым и врачам соответствующих специальностей в ЕМИАС.

КАК ВРАЧА ВЫ НАЗОВЕТЕ

Несмотря на то, что понятие врач общей практики давно на слуху, а стоящая за этим понятием специальность расшифрована в нормативных документах Министерства здравоохранения Российской Федерации, уловить суть практической деятельности такого специалиста не всегда просто. Отсюда и некое смешение понятий в комментариях по тематике.


Часто понятие врач общей практики не отделяется от понятия семейный врач. С одной стороны это оправдано, так как эта формулировка пришла к нам с Запада, где врач общей практики, по сути, является семейным врачом, часто оказывая медицинскую помощь и давая консультации всей семье: от мала до велика. Больше того, в российских нормативных документах специальность обозначена буквально так: врач общей практики (семейный врач).

Однако надо понимать, что, учитывая особенности организации национальной системы оказания медицинской помощи, говорить о существовании на практике у нас семейного врача не приходится. Уже хотя бы потому, что существует специализация «Педиатрия» и педиатрическая служба с мощной и разветвленной сетью детских поликлиник и стационаров и соответствующими специализациями и врачебными должностями.

В настоящее время в России действует исторически сложившаяся система врачебных специализаций и должностей, на которую имеет смысл ориентироваться. Возможно, в сельской местности участковый врач-терапевт, вынужденный реагировать на жалобы пациента вне зависимости от его возраста, на практике и приближается к сути семейного врача, но в городской государственной системе здравоохранения правильно ограничиваться формулировкой — врач общей практики без приставки семейный. Именно обсуждению проблематики работы врача общей практики и посвящены материалы этого номера.

Таблица. Врачебные должности в национальной системе здравоохранения

Должность	Суть	Источник
Врач-терапевт, врач-терапевт участковый	Специалист, способный оказать первичную врачебную медико-санитарную помощь взрослым	п. 4 ст. 33 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Квалификационные характеристики должности по приказу Минздрава России от 23.07.2010 № 541н
Врач-педиатр, врач-педиатр участковый	Специалист, способный оказать первичную врачебную медико-санитарную помощь детям (Врачебная практика в области педиатрии)	п. 4 ст. 33 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Профессиональный стандарт "Специалист по педиатрии" (приказ Минтруда России от 25.06.2015 № 400н)
Врач общей практики (семейный врач)	Специалист, способный оказать многопрофильную первичную врачебную медико-санитарную помощь взрослым и детям при наиболее распространенных заболеваниях и неотложных состояниях и широкоориентированный в основных врачебных специальностях	п. 4 ст. 33 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Приказ Минздрава России от 26.08.1992 № 237, Квалификационные характеристики должности по приказу Минздрава России от 23.07.2010 № 541н
Врач-специалист (акушер-гинеколог, дерматовенеролог, невролог, оториноларинголог, офтальмолог, психиатр, хирург и др.)	Специалист, способный оказать первичную специализированную медико-санитарную помощь взрослым и детям по конкретным группам заболеваний (состояний)	п. 5 ст. 33 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Квалификационные характеристики должности по приказу Минздрава России от 23.07.2010 № 541н



**НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА**

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

КВАЛИФИКАЦИЯ
МЕНЕДЖМЕНТ
НАУКА
МЕДИЦИНА
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
ПОЛИКЛИНИКА
МОСКВА
АНАЛИЗ ПАЦИЕНТОВ
МНОЖЕСТВО
МНЕНИЯ
КОНГРЕСС
СТРАТЕГИЯ
ИССЛЕДОВАНИЯ
ПРОГРАММ
РЕШЕНИЯ
ПАРТНЕРСТВО
ОРГАНИЗАЦИЯ
ТЕХНОЛОГИИ
РЕАБИЛИТАЦИЯ
МЕТОДОЛОГИЯ
МАРШРУТИЗАЦИЯ
СТАТИСТИКА
СОТРУДНИЧЕСТВО
ВРАЧ ТРЕНИНГИ
ЛЕКАРСТВА
ПОМОЩЬ

АЛЕКСЕЙ ПОГОНИН: НАБЛЮДАЕТСЯ ТЕНДЕНЦИЯ К СНИЖЕНИЮ КОЛИЧЕСТВА НАПРАВЛЕНИЙ ОТ УЧАСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ К СПЕЦИАЛИСТАМ

Развитие института врачей общей практики тесно переплетено с теми преобразованиями, которые происходят сегодня в поликлиническом звене московского здравоохранения. О взаимовлиянии ВОП и современной практики работы поликлиник рассказывает заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Алексей ПОГОНИН.

— Одна из решаемых в рамках реформирования столичного здравоохранения задач — увеличение доли поликлинического звена в общем объеме оказываемой медпомощи. Удалось ли этого достичь? Каково это соотношение по итогам 2015 года?

— В 2015 году количество посещений по медицинским организациям государственной системы здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, составило 128 117 253. При этом возросла частота посещений на одного прикрепленного пациента в год с 6,33 в 2014 году до 7,45 в 2015 году. В приросте числа посещений на одного прикрепленного пациента в год есть значительная часть профилактических визитов, за счет положительной динамики доли профилактической работы в структуре приемов врачей.

Медицинскими организациями государственной системы здравоохранения города Москвы в 2015 году в целом зарегистрировано 12,2 млн заболеваний (на 10,4 млн взрослого населения). Оказание первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в городе Москве в прошлом году осуществлялось в 71 медицинской организации государственной системы здравоохранения, в том числе в 46 амбулаторно-поликлинических объединениях, 3 городских поликлиниках, 17 поликлинических отделениях стационаров, 5 диспансерах.



Алексей ПОГОНИН,
заместитель
руководителя
Департамента
здравоохранения
города Москвы

Специализированная медицинская помощь взрослому населению города Москвы в 2015 году оказывалась в 72 медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы: ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии имени Л.И. Свержевского ДЗМ», 10 научно-практических и медицинских центрах, 31 многопрофильной больнице, 4 госпиталях для ветеранов войн, 2 инфекционных, 3 туберкулезных, 9 психиатрических больницах, 1 онкологической больнице, 1 диспансере со стационаром, 8 хосписах, 1 центре паллиативной медицины. Одновременно с этим осуществлялась работа по повышению эффективности работы койки, совершенствованию маршрутизации потоков пациентов, расширению взаимодействия между амбулаторным и стационарным звеньями оказания медицинской помощи. В результате в прошлом году количество пролеченных больных увеличилось и составило 1 965 132 человека.

Хотелось бы подчеркнуть, что средняя длительность пребывания взрослого пациента в стационаре в 2015 году составила 9,4 дня (в 2014 г. — 11,0; в 2013 г. — 12,2).

Помимо этого высокотехнологичная медицинская помощь оказывалась в 39 городских стационарах по 20 профилям ВМП, более чем по 1,5 тысячи методов лечения (видов). За отчетный период ВМП получили 101 189 человек, в том числе в федеральных медицинских организациях 49 054 человека, в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы — 52 135.

В целом отмечается положительная динамика доли поликлинического звена в общем объеме оказываемой медпомощи, но говорить о соотношении сложно, так как ВМП и современные технологии развиваются, и достаточно успешно.

— Для того чтобы разгрузить участковых врачей и дать им возможность больше внимания уделять пациенту на приеме, в московских поликлиниках начали работу выездные бригады по обслуживанию вызовов на дом. Каковы итоги работы в этом новом формате? Он себя оправдывает?

— В московских поликлиниках в 2015 году начали работу отделения медицинской помощи взрослому населению на дому. В структуре отделений работает колл-центр для приема и систематизации потока входящих вызовов на дом от пациентов, прикрепленных ко всем филиалам медицинской организации. Врачи отделения медицинской помощи на дому обслуживают поступившие вызовы на выделенном автотранспорте поликлиники и располагают необходимым оснащением (расширенный состав медикаментов в укладках, портативный глюкометр, портативный электрокардиограф), что расширяет возможности диагностики и оказания медицинской помощи при посещении пациента. Врач отделения за смену оказывает медицинскую помощь более чем 30 пациентам.

Внедрение данной службы в работу медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, значительно снизило нагрузку на врачей-терапевтов участковых по обслуживанию прикрепленного населения на дому и увеличило время амбулаторного приема до 8 часов, что улучшило доступность оказания первичной медико-санитарной помощи и позволило увеличить объем профилактических мероприятий.

— Много усилий прилагается для повышения квалификации участковых терапевтов, чтобы они брали на себя больше ответственности за проходящего к ним пациента, а не направляли его при первой возможности к узким специалистам? Эти усилия увенчались успехом? Можно проиллюстрировать это цифрами?

— Отмечается тенденция к снижению количества направлений от врачей-терапевтов участковых к врачам-специалистам. Это связано с уменьшением доли необоснованных направлений, повышением роли врача-терапевта участкового в организации лечебного

процесса, повышением квалификации врачей-терапевтов участковых за счет непрерывного образования, усилением контроля со стороны руководителей медицинских организаций города Москвы за обоснованностью направления пациентов к врачам-специалистам. Одновременно в медицинских организациях государственной системы здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, проводятся мероприятия по введению в штаты должности врача общей практики.

Работают в поликлиниках и дежурные врачи-терапевты, которые принимают пациентов без предварительной записи в день обращения. Время ожидания приема по предварительной записи к врачам-терапевтам участковым и врачам-педиатрам участковым не превышает 24 часов. Время ожидания приема у врачей-специалистов — не более 7 рабочих дней со дня обращения пациента. Среднее время ожидания приема врача «под дверью» — 17 минут. Срок ожидания проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований составляет не более 7 рабочих дней. Эти нормативы заложены в Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2016 год.

— Как вы видите перспективы интеграции ВОП в амбулаторное звено городской системы здравоохранения?

— Приоритетным направлением государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение) на 2012–2020 годы» является развитие первичной медико-санитарной помощи, которую в настоящее время пациенты получают у участкового врача-терапевта. Опираясь на опыт коллег, полученный при внедрении врачей общей практики в амбулаторную сеть города Москвы, можно сказать, что большая часть пациентов, попавших на прием к квалифицированному врачу общей практики, начинает и заканчивает диагностику и лечение у одного врача. В дальнейшем врач общей практики продолжает вести диспансерное наблюдение за своими пациентами, назначает современное лечение с учетом всех особенностей течения заболевания, дает рекомендации по профилактике и ведению здорового образа жизни.

Уже сейчас на прием к врачу общей практики могут записаться жители ряда районов Москвы — в частности, это диагностический центр № 5 в СВАО, городская поликлиника № 2 в ЮАО и ряд других поликлиник. Наиболее актуален вопрос оказания медицинских услуг в отдаленных районах города (например, в Троицком и Новомосковском административных округах), где имеется потребность во врачах различных специальностей. Открытие кабинетов общей практики позволит обеспечить жителей данных районов квалифицированной медицинской помощью не только по терапевтическому профилю, но и снизить нагрузку на узких специалистов, так как уровень знаний и умений квалифицированного врача общей практики значительно шире, чем у врача-терапевта.



**НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА**

**Осуществляет
комплексные
научные исследования
по оценке результативности
деятельности
учреждений
здравоохранения**



СЕРГЕЙ КИМ

РУКОВОДИТЕЛЬ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА, К.М.Н.:

“Сотрудничество с нами открывает новые возможности для развития как государственных, так и частных медицинских учреждений.

- МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ КОМАНДА И НАБОР КОМПЕТЕНЦИЙ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНО ИССЛЕДОВАТЬ ВСЕ СТОРОНЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ
- ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОЛОГИИ ПОТЕНЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА В УПРАВЛЕНИИ РЕСУРСАМИ
- СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К АНАЛИЗУ КЛИНИЧЕСКОЙ И АДМИНИСТРАТИВНО-ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

www.niiozmm.org

+7 (495) 951-20-54

niiozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва,

Большая Татарская, 30

МАСТЕР НА ВСЕ РУКИ

Сегодня в московском здравоохранении ведется активная работа по становлению института врачей общей практики, или семейных врачей. При постоянно увеличивающемся разнообразии медицинских технологий семейная медицина становится основополагающим звеном в отношениях врача и пациента. О том, как организована работа врачей общей практики в частной медицине, мы поговорили с медицинским директором Европейского медицинского центра Евгением Аветисовым.

ОТ РЕДАКЦИИ

Европейский медицинский центр — одна из частных клиник в России, где уже много лет существует отделение семейной медицины с иностранными и российскими специалистами. Врачи общей практики работают здесь по тем же стандартам, что и их коллеги в медицинских учреждениях Западной Европы и США.

Индивидуальный подход

В уютных холлах клиники не бывает очередей. Пациент приезжает к назначенному времени и ассистент врача провожает его в кабинет — обычно время ожидания не превышает 10 мин. Записаться на прием можно по телефону или оставив заявку на сайте клиники. Информация о записи пациента попадает в электронное расписание, которое есть в компьютере у каждого врача.

На прием врача отводится не менее 30 минут. За это время нужно разобраться в проблеме пациента, поставить диагноз или определить объем необходимого для установления диагноза обследования, назначить лечение или принять решение о направлении пациента к специалисту. Безусловно, большая часть консультации — общение с пациентом, подробное выяснение истории развития проблемы, с которой пациент обратился в клинику, истории жизни самого пациента, объяснение каждого диагностического шага, каждого назначения. Врачи общей практики работают с пациентами всех возрастов, помогают в самых разных медицинских ситуациях.

При необходимости семейный врач координирует взаимодействие медицинских специалистов для оказания полноценной помощи пациенту



Спектр медицинских проблем, которыми занимается врач общей практики, очень широк: терапевтические заболевания, инфекционные болезни, детские болезни, ЛОР-заболевания, амбулаторная неспециализированная хирургическая помощь, урологические, гинекологические, эндокринологические проблемы – список очень длинный. При необходимости врач общей практики оказывает неотложную помощь.

— Семейный врач — это всегда доверенное лицо. Он обязательно учитывает особенности семьи и окружения пациента, его привычки и образ жизни, — подчеркивает Евгений Аветисов. — Часто семейные врачи «ведут» своих пациентов на протяжении длительного срока. Если врач наблюдает за всей семьей, то с большой долей вероятности он может предугадать и предупредить развитие заболеваний, передающихся по наследству. Кроме того, зная ваши слабые места, доктор может заниматься уже не только и не столько лечением каких-то заболеваний, но и их профилактикой, в том числе профилактикой обострений и рецидивов хронических заболеваний. В большинстве случаев врачу общей практики не нужно прибегать к помощи узких специалистов, это экономит время, деньги пациента, позволяет получить качественное всестороннее обследование за время стандартной консультации. Ну и не будем забывать о том, что время узких специалистов тоже очень дорого, и тратить его лучше эффективно. По оценкам экспертов, в Европе и США семейные врачи выполняют 75% той работы, которой в России занимаются узкие специалисты.

— Например, больше половины случаев, с которыми наши пациенты обращаются к гастроэнтерологу, за рубежом являются компетенцией врача общей практики: гастриты,

неосложненная язвенная болезнь, синдром раздраженного кишечника. Неосложненные воспалительные заболевания мочеполовой сферы — это вопрос врача общей практики, а не оперирующего уролога, так же, как и неосложненные риниты, фарингиты или тонзиллиты, не требующие лечения у ЛОР-врача, — уточняет Евгений Аветисов.

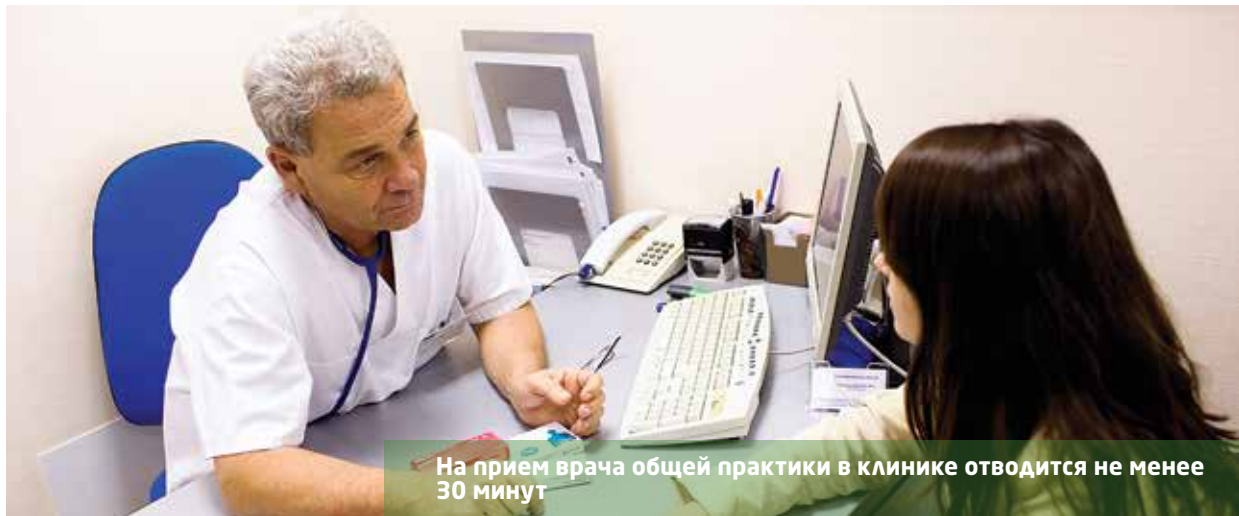
В тесном контакте

В случае, если заболевание выходит за рамки компетенции семейного врача, он направляет пациента к узкому специалисту. При необходимости семейный врач координирует взаимодействие нескольких медицинских специалистов для оказания полноценной помощи пациенту.

На этом этапе чрезвычайно важна компетенция доктора, поскольку от установления первичного диагноза и направления к действительно необходимому специалисту зависят оперативность, «адресность» и результативность последующего лечения.

В ЕМС направления врача фиксируются в электронной медицинской карте пациента, ассистент врача общей практики помогает пациенту записаться к нужному специалисту и дает разъяснения о времени приема и предстоящей процедуре.

— Мы всегда очень тесно общаемся со специалистами узкого профиля, — говорит Евгений Аветисов. — Если возникли вопросы во время приема, и я понимаю, что нужна помощь другого специалиста, я могу за руку отвести пациента к своему коллеге. Предпочитаю всегда поговорить лично, объяснить ситуацию и указать, что именно меня беспокоит. Так мы оба получим информацию, которая позволит нам более эффективно оказать помощь пациенту.



На прием врача общей практики в клинике отводится не менее 30 минут

Профилактика — это серьезно

Одной из главных задач семейного врача является проведение пациенту ежегодных или, в случае необходимости, более частых профилактических осмотров. Подобные регулярные обследования, которые давно и успешно применяются за рубежом (в англоязычных странах check-up — проверка), помогают выявить многие заболевания на ранней стадии и соответственно предотвратить их развитие, сохранив здоровье на долгие годы. Часто раннее выявление заболевания, когда еще отсутствуют симптомы, например, в случае с онкологией, может спасти человеку жизнь.

Из многообразия вариантов обследования семейный врач поможет подобрать тот, который необходим конкретному пациенту с учетом состояния его здоровья на сегодняшний день, медицинских проблем в прошлом, семейной истории, профессиональной деятельности и множества других факторов.

К счастью, все больше пациентов осознают необходимость профилактических обследований, и тех, кто регулярно проходит check-up в нашей клинике, с каждым годом становится больше, отмечает Евгений Аветисов.

Сейчас в EMC разрабатывают автоматическую систему, которая поможет врачам своевременно напоминать пациенту пройти профилактическое обследование. Открывая свой рабочий стол, врач будет видеть, кому из его пациентов необходимо прийти на очередной check-up. Пациенты клиники, авторизовавшись и войдя в личный кабинет, также будут видеть оповещения с рекомендациями по профилактическим осмотрам или исследованиям.

Презумпция эффективности

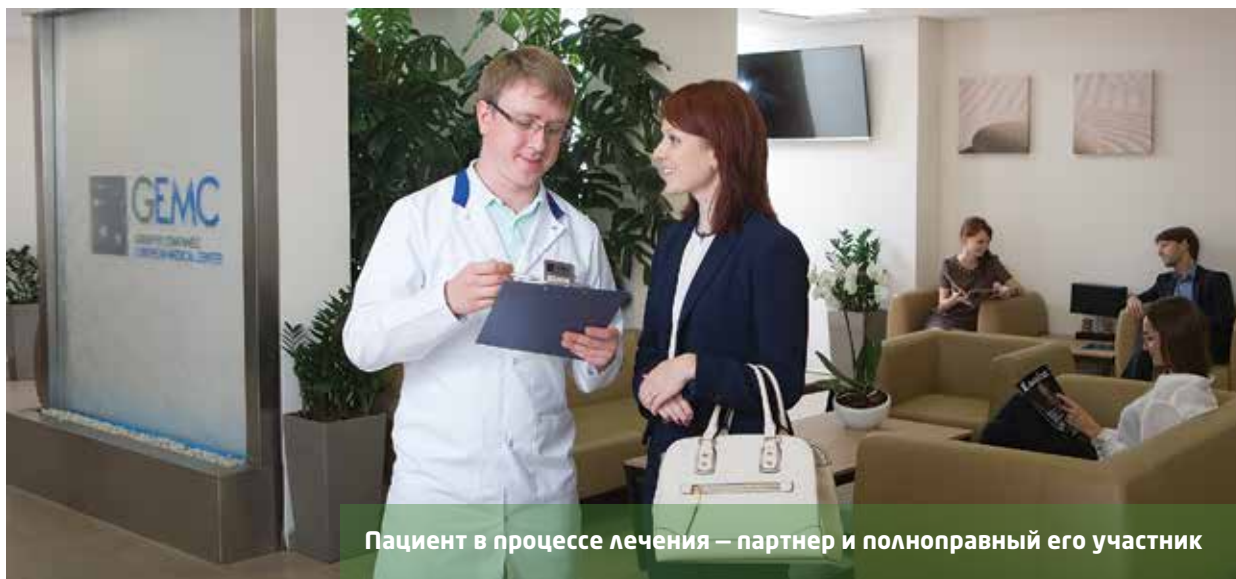
Система, как видно, отлажена и работает достаточно эффективно. Однако всегда существует необходимость объективной оценки. Один из ключевых критериев эффективности работы врача общей практики в EMC — количество пациентов, которые стремятся попасть к нему на прием.

— Если у врача заполнено расписание приемов, если к нему трудно попасть в ближайшее время, это говорит о том, что врач эффективен и пациенты его хотят видеть, ему доверяют, идут к нему, — поясняет Евгений Аветисов. — Оценивается и количество повторных визитов к доктору: возвращаются к нему пациенты или приходят один раз и больше не появляются.

Помимо этого, формально эффективность работы врача общей практики может оцениваться в клинике по результатам анализа числа манипуляций и назначений. — Очень важно отметить, что перед нами не стоит задача заставить врачей сделать как можно больше назначений, и они это хорошо знают, — уточняет медицинский директор. — За необоснованные назначения и исследования в нашем центре можно получить очень серьезное взыскание. И врач, и пациент в процессе лечения должны хорошо понимать, что делается, в связи с чем, какой результат может быть получен, какие действия для достижения этого результата мы должны предпринять.

Пациент в этом процессе партнер, полноправный его участник, а не просто исполнитель предписаний.

— Именно поэтому консультация занимает не 5, а 30 минут, и именно поэтому значительная часть приема посвящена тому, чтобы составить представление о пациенте. По этой же причине мы уделяем много времени



Пациент в процессе лечения – партнер и полноправный его участник

тому, чтобы разъяснить пациенту логику действия врача в ходе предстоящего лечения, — продолжает Евгений Аветисов. — Мы не сдаем анализ крови для того, чтобы сдать анализ крови. Мы сдаем анализы, чтобы получить конкретные результаты, которые позволят нам предпринять дальнейшие шаги и направят нас по тому или иному лечебному пути. И хороший доктор всегда сможет на доступном языке объяснить пациенту, что и для чего делается.

Непрерывный рост

В 1991 году Всемирная организация национальных колледжей, академий и академических ассоциаций семейных врачей (WONCA) приняла документ, в котором определила требования, предъявляемые к врачу общей практики. В этом документе подчеркивался комплексный характер медицинской помощи, включающей в себя, помимо лечения заболеваний, реабилитацию, профилактику и укрепление здоровья.

Врач общей практики — это специалист, обладающий необходимыми знаниями и навыками не только в области терапии, педиатрии и гериатрии, но также в области смежных специальностей, таких как офтальмология, оториноларингология, неврология, дерматология, кардиология и др. Кроме того, в сферу его компетенции входят вопросы гигиены, лечебного питания, психологии и педагогики. Это специалист очень высокой квалификации, и учиться ему приходится постоянно. В этой связи создание условий для непрерывного профессионального роста — важная составляющая эффективности работы всей клиники.

На вопрос о том, как мотивируют врачей общей практики

к непрерывному профессиональному образованию, Евгений Аветисов отвечает:

— Во-первых, есть естественная мотивация. Если врач начинает отставать, он начинает терять пациентов. Во-вторых, от количества знаний и умений врача зависит его зарплата, у нас она поставлена в прямую зависимость от профессионального уровня специалиста.

Формирование института семейных врачей требует дополнительного образования докторов не только в части специализированных знаний, но и в области психологической подготовки к более тесному общению с пациентом, к более глубокому личному контакту и созданию доверительных, семейных отношений.

Клиника предоставляет своим сотрудникам возможности для постоянного роста. На ее базе действует Медицинская школа EMC (EMC Medical School) — институт последипломного медицинского образования. Главная цель ее работы — подготовка специалистов высокой квалификации, обладающих знаниями и навыками использования современных медицинских технологий на практике. Спектр направлений обучения весьма широк: гастроэнтерология, гинекология, дерматовенерология, аллергология и иммунология, лор, лучевая диагностика, маммология, неврология и нейрохирургия, онкология, патоморфология, пластическая хирургия, психиатрия, сестринское дело, стоматология, травматология, урология, хирургия.

Очевидно, что с таким подходом эффективность работы ВОП гарантирована. А значит, и вся клиника, где врач общей практики — ключевое звено, вокруг которого выстраивается взаимодействие с пациентом, будет работать с высоким КПД и обеспечивать стабильно высокое качество медицинской помощи.

ДОМИНИК ГОТЬЕ: ПРИОРИТЕТ ДЛЯ ВРАЧА — КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

В отечественном здравоохранении врач общей практики только пытается найти свое место. Между тем во многих зарубежных странах такой специалист — одно из ключевых звеньев в системе оказания медпомощи населению. О том, как становятся врачом общей практики во Франции и нюансах его работы, рассказывает врач общей практики Европейского медицинского центра (ЕМС) Доминик ГОТЬЕ.



Доминик ГОТЬЕ,
врач общей
практики ЕМС

— Доктор Готье, почему вы выбрали специализацию — врач общей практики? Почему не стали хирургом, кардиологом? Что вами двигало?

— Меня всегда привлекала возможность стать именно семейным врачом, врачом широкой клинической практики. Врач общей практики или, как его называют еще во Франции, семейный врач — первый врач, к которому обращается любой пациент при возникновении у него проблем со здоровьем. Такой врач фактически является ключевым звеном, вокруг него при его непосредственном участии выстраивается алгоритм оказания медицинской помощи пациенту. Эта специализация дает возможность сочетать в себе качества, навыки и умения врачей самых разных специализаций, видеть организм пациента как некое целое.

— В чем все-таки суть работы врача этой специальности?

— Фактически врач общей практики — регулятор в системе оказания медицинской помощи. Как регулировщик на перекрестке. Это одна из ключевых его функций. Без врача общей практики во Франции невозможно получить никакой медицинской помощи, направления на дополнительные обследования и консультацию со специалистами дает он. Такой врач должен хорошо знать все медицинские аспекты работы с пациентом, разбираться в симптоматике, понимать, что происходит с организмом пациента и знать, как ему помочь. Его сфера профессиональной ответственности и компетенции ограничена лишь в тех случаях, когда проблема пациента слишком узко локализована и для ее решения необходимы специфические знания и навыки, которыми обладают врачи других специальностей.

— Какой путь проходит человек, решивший стать врачом общей практики во Франции? Сколько требуется времени на обучение?

— С момента поступления в медицинский вуз и до момента, когда возможно начать свою собственную практику, проходит 9 лет: 6 лет обучения в вузе и 3 года практики,

интернатуры. Первые два года обучения в вузе позволяют освоить фундаментальные дисциплины и сориентироваться относительно будущей специализации. В последующие четыре — каждый семестр посвящен тому или иному направлению медицины, что помогает изучить ключевые подходы и особенности каждой узкой специализации. Три года интернатуры посвящены специализации будущего медика. И последние полгода — работа ассистентом врача общей практики. Опытные специалисты сами со временем могут стать руководителями таких стажировок, обучая молодых врачей после интернатуры. Во время прохождения интернатуры будущие специалисты также работают в отделениях скорой и неотложной помощи, где получают необходимую хирургическую практику, осваивая элементарные навыки хирурга: обрабатывают раны, накладывают швы, гипс и так далее.

— Вы помните свой первый день самостоятельной практики?

— В мое время многие уже окончившие интернатуру молодые специалисты набирались опыта, подменяя врачей, которые уходили в отпуск. Я хорошо помню, как писал для своего первого рабочего дня в качестве практикующего врача шпаргалки в блокнот с названиями различных медикаментов и необходимыми в том или ином случае дозировками, чтобы, не дай бог, не ошибиться.

— Сейчас в Москве работает программа переподготовки по специальности «врач общей практики» для терапевтов, рассчитанная на 6 месяцев. По вашему мнению, 6 месяцев достаточно? На чем, по вашему мнению, надо делать акцент при обучении по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)»?

— За 6 месяцев получить какие-то фундаментальные знания в профессии невозможно, но переподготовку, насколько я понимаю, проходят уже практикующие врачи — дипломированные специалисты, и, значит, в данном случае акцент правильно сделать на практике. Ведь самое главное для врача — уметь применить свои знания в случае с конкретным пациентом. Именно поэтому во Франции введена шестимесячная практика под руководством опытного врача общей практики на финальной стадии обучения.

— Отличается ли чем-то ваша практика в ЕМС от того, что вы делали, работая врачом общей практики во Франции? В чем специфика работы в российской клинике?

— Самое главное отличие в организации работы с пациентом: в рамках практики в частной клинике я могу намного больше внимания уделять каждому больному. Во Франции за день я принимал в 2—3 раза больше пациентов плюс к этому приходилось ездить на вызовы. Я работал

в небольшом городке, другого врача там не было, и все со своими проблемами приходило ко мне. Отказать кому-то нет никакой возможности, ты же врач. Мой рабочий день там длился значительно дольше. К слову, сейчас во Франции не так много людей выбирают профессию врача, в медицинские вузы идут все меньше и меньше молодых людей. Мало кто хочет напряженно и много работать, нести ответственность.

Второй важный момент: работая врачом общей практики в большой многопрофильной клинике, я могу быстро получить результаты диагностических исследований и анализов. Фактически день в день. Ведь для этого пациенту не надо ехать в другую клинику или долго ждать возможности провести исследование где-то еще — все под рукой.

— Как может быть интегрирован врач общей практики в российскую систему здравоохранения, на ваш взгляд? Могут ли такие специалисты заменить участковых терапевтов в поликлиниках?

— Думаю, это необходимость. Очевидно, что место врача общей практики именно там, где ведется первичный прием пациентов, в поликлинике. И участковые врачи-терапевты должны быть врачами общей практики по своей сути.

— Что бы вы могли посоветовать молодым врачам, которые собираются выбрать эту специальность? На что они должны обратить пристальное внимание в своей подготовке и будущей практике?

— Приоритет для врача общей практики — клиническая практика, работа с пациентом. Теории недостаточно. Для такого врача важно умение видеть человека, распознать, общаясь с ним, осматривая его, возможные или уже имеющиеся проблемы со здоровьем. Несмотря на обилие различного рода диагностических обследований и техники, умение понять, что происходит с пациентом, при непосредственном контакте с ним остается основой профессии врача вообще, и врача общей практики в частности. Данные исследований необходимы, но ориентироваться только на них не всегда правильно, а многие молодые врачи слишком увлекаются инструментальной диагностикой. Умение видеть приходит только с опытом и практикой, это постоянная работа и совершенствование в профессии, и внимание к пациенту. Этот навык рождается только при контакте с пациентом. Думаю, лучший способ это умение обрести — отправиться в какую-нибудь деревню, где у врача есть только его глаза и руки и никаких УЗИ, КТ и МРТ. Для меня отличной школой стала работа военным врачом в Алжире, когда я проходил службу в армии после учебы в медицинском институте. В моем распоряжении был только сломанный рентген-аппарат и возможность сделать общий анализ крови. Там я очень многому научился.

ПОИСК ОПТИМАЛЬНОГО УРОВНЯ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ

На фоне тенденции к все более дробной специализации врачей во многих западных странах наблюдается и обратный процесс — предпринимаются усилия, направленные на то, чтобы усилить позиции врача общей практики как главного института ПМП.

Игорь ШЕЙМАН,

профессор кафедры экономики и управления здравоохранением НИУ ВШЭ, кандидат экономических наук

Владимир ШЕВСКИЙ,

консультант НИУ ВШЭ, заслуженный врач России

(«Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики»,

Вопросы государственного и муниципального управления. — 2015. — № 1)

В течение всего XX века доминирующим процессом в системе разделения труда в зарубежном здравоохранении была растущая специализация врачей. Интенсивное приращение медицинских знаний, бурное развитие новых медицинских технологий, заинтересованность врачей в освоении узких медицинских «ниш», обеспечивающих более высокий личный доход, — все это способствовало появлению новых врачебных специальностей.

Этот процесс длительное время казался объективным и необратимым. Однако в последние 2–3 десятилетия он приобрел новые измерения под влиянием постарения населения и связанного с этим распространения хронических и сопутствующих заболеваний. Изменение структуры заболеваний существенно повысило требования к комплексности и непрерывности медицинской помощи. Эти ее свойства далеко не всегда обеспечиваются узкими специалистами — в силу эпизодичности их контакта с больными. Растет потребность во врачах с широким клиническим мышлением, способных оценивать состояние организма в целом (а не отдельных его органов), постоянно вести пациентов со сложной и комбинированной патологией, а иногда и объединять усилия отдельных узких специалистов.

В последние годы в западной литературе появилось большое число исследований, доказывающих, что с позиций пациента с несколькими взаимосвязанными заболеваниями

лучше иметь дело с одним врачом, обладающим широким клиническим мышлением (Harrold et al., 1999; Nichols, 2003; Berman et al., 2013). Результатом разнонаправленных факторов специализации стало появление в структуре врачебных кадров новых категорий врачей: хирургов, терапевтов, педиатров широкого профиля — врачей-дженералистов.

Особенно заметно эта тенденция ощущается в сфере первичной медицинской помощи (ПМП). Здесь также в долговременном плане идет процесс специализации врачей. Но в последнее время во многих западных странах предпринимаются усилия, направленные на то, чтобы сдержать этот процесс и усилить позиции врача общей практики как главного института ПМП. Такая политика опирается на большое число эмпирических доказательств высокого вклада этих врачей в показатели здоровья населения. Уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, астмы и бронхита ниже в странах с более высокой обеспеченностью врачами общей практики.

Существует также прямая корреляция между содержанием их деятельности (набором организационных и лечебных функций) и уровнем смертности постоянно обслуживаемого населения (Macinko et al., 2003). Именно врачи общей практики ведут профилактику заболеваний, отвечают за раннее их выявление, осуществляют наблюдение за хронически больными, организуют оказание специализированной помощи, иногда координируют работу узких специалистов. Их деятельность создает «корни» системы здравоохранения, без которых она не может успешно развиваться.

Данный курс проводится с разной степенью последовательности. Во-первых, приходится учитывать сильное давление со стороны врачебных ассоциаций, заинтересованных в поддержке прежде всего узких специалистов; во-вторых, за политической риторикой о приоритете ПМП нередко скрывается представление о врачах общей практики как о врачах более низкой квалификации по сравнению с узкими специалистами.

В ряду инструментов укрепления института врача общей практики в зарубежной практике используются: планирование подготовки растущего их числа, стимулирование последипломного обучения выпускников по этой врачебной специальности, формирование новых экономических стимулов, направленных на преодоление традиционного разрыва в уровне оплаты труда врачей общей практики и узких специалистов. В США, например, в рамках реформы здравоохранения, инициированной президентом Обамой («Акт о доступной медицинской помощи»), предусматривается существенно укрепить службу ПМП. Только на стипендии и займы выпускникам вузов, готовым стать врачами общей практики, предполагается потратить 1,5 млрд долл. в течение пяти лет (US Department of Health and Social Services, 2013).

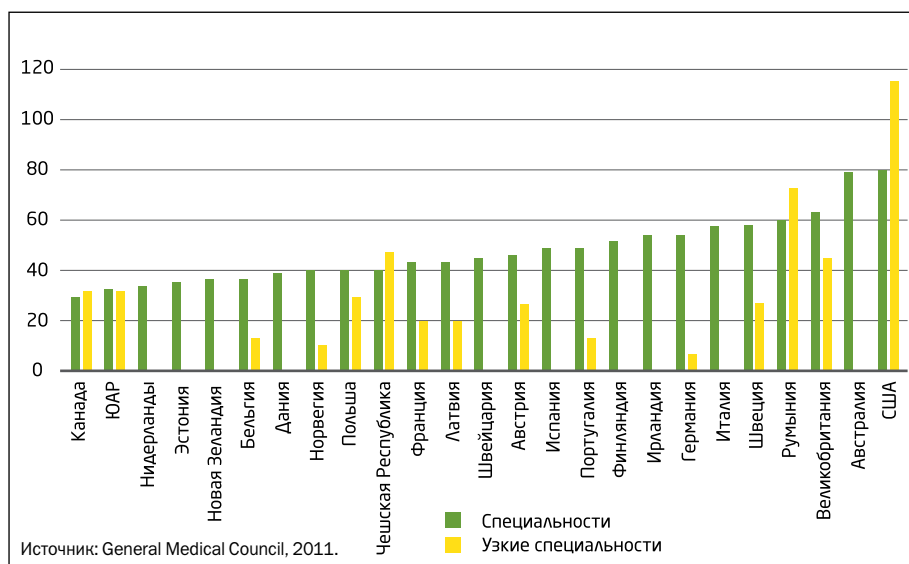
Курс на укрепление института врача общей практики четко обозначился и в большинстве постсоветских стран. В прибалтийских государствах, Чехии, Словакии, Польше, Венгрии, странах бывшей Югославии в 1990-х гг. была проведена глубокая реформа участковой службы. Участковый врач (терапевт или педиатр) с ограниченным набором лечебных и организационных функций уступил место врачу общей практики, способному лечить пациентов с достаточно широким кругом заболеваний. В этих странах участковая служба уже давно почти на 100% укомплектована врачами общей практики (European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems in Transitions (HITs) по соответствующим странам).

Количественные параметры процесса специализации врачебных кадров заметно различаются. Результаты сравнения по странам ОЭСР показывают, что безусловным лидером по уровню специализации являются США, где развитие новых медицинских технологий идет наиболее высокими темпами. В этой стране официально признано 80 специальностей и почти 120 узких специальностей. К группе стран с высоким уровнем специализации относятся также Австралия, Великобритания, Румыния, Швеция, Италия, Германия. На другом полюсе находятся Канада, Нидерланды, Эстония, Бельгия.

47%

**составляли ВОП
от всех врачей
в Канаде и Франции
в 2012 году**

Рисунок. Численность врачебных специальностей и узких специальностей в различных странах в 2010 г.*



В России процесс специализации врачебной деятельности в XX в. шел в русле общемировой тенденции. Но уже в 1970-е гг. интенсивность этого процесса в России оказалась выше по сравнению с большинством западных стран, по крайней мере в сфере амбулаторной помощи. Появлялись новые специальности врачей поликлиник, сфера же деятельности традиционного участкового врача, напротив, сузилась — и как лечебная, и как организационная. Институт врача общей практики не получил массового развития. Сегодня в российском здравоохранении существуют 92 специальности и субспециальности (Приказ Минздравсоцразвития России от 23.04.2009 № 210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинскими фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации»). В число врачебных специальностей включены такие категории, которые в других странах не относятся к врачебным: лабораторная генетика, медико-социальная генетика, физиотерапия, санитария и т.д. Выпускники медицинских вузов в ходе обучения в интернатуре и ординатуре стараются освоить прежде всего узкие специальности. В этом они не отличаются от своих западных коллег. Но путь к узкой специальности у нас относительно короче и проще. Во-первых, согласно действующим квалификационным правилам, наличие основной специальности и практических навыков по основной специальности не является обязательным условием для получения врачом узкой специальности (Приказ Минздравсоцразвития России от 23.04.2009 № 210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации»). В большинстве западных стран сначала нужно пройти сертификацию по основной специальности и иметь опыт практической работы (Policies and Procedures, 2014). Во-вторых, длительность прохождения ординатуры и интернатуры в России составляет 2 года, а в западных странах — 3–6 лет (в зависимости от страны и специальности). В-третьих, у нас клинический ординатор или интерн практически «обречен» на получение сертификата специалиста независимо от полученных навыков, тогда как в зарубежных клиниках он выполняет большой объем лечебной работы и «на выходе» проходит серьезную аттестацию. Намечилась тенденция к искусственному дроблению врачебных функций. Диагностические исследования делегируются специалистам по функциональной диагностике и эндоскопии.

*Специализация — узкопрофильная дисциплина внутри основной специальности (уролог-андролог, гинеколог-эндокринолог и т.д. — Примечание редакции)

Врачи основных специальностей утрачивают навыки проведения диагностических исследований, что негативно сказывается на качестве диагностики и ведения пациентов.

Для сравнения показателя доли врачей общей практики в России и за рубежом была использована статистика ОЭСР в области здравоохранения. Численность врачей общей практики относилась к общему числу врачей в рассматриваемых странах. Доля этих врачей в западных странах за 2000–2012 гг. имела тенденцию к сокращению. Но это сокращение было незначительным, причем абсолютное значение данного показателя остается высоким. Например, в Канаде и Франции на долю врачей общей практики в 2012 г. приходилось около 47% всех врачей, в Великобритании — 29%. В США этот показатель остается намного ниже — 12–13% в течение всего периода. В постсоветских странах отмечается тенденция роста или стабилизации доли врачей общей практики, хотя ее абсолютное значение остается намного ниже, чем в западных странах.

В России данный показатель (включены участковые терапевты, участковые педиатры и врачи общей практики) существенно ниже, чем в большинстве западных стран (за исключением США), и имеет тенденцию к сокращению с 12,03% в 2006 г. до 10,53% в 2013 г. Более того, абсолютное число таких врачей сократилось за этот период на 10%.

Таблица. Динамика доли врачей общей практики в общем числе врачей в отдельных странах ОЭСР и России за 2000–2012 гг. (%)

Страна/Год	2000	2005	2008	2010	2011	2012
Великобритания	32,94	30,21	29,31	29,3	29,37	29,11
Германия	20,31	19,53	18,39	17,66	17,21	16,82
Канада	47,54	48,13	47,84	47,01	46,98	47,15
США	12,92	12,44	12,33	12,3	12,14	–
Франция	49,45	49,29	49,05	48,68	47,28	46,9
Чехия	21,57	20,4	19,86	19,57	19,31	19,12
Эстония	12,51	21,9	21,48	22,67	22,76	22,68
Россия	–	12,03*	11,75	11,96	11,5	10,53**

*2006 г.

**2013 г.

Рассчитано на основе: OECD Health Data: Health care resources, http://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_REAC&lang=en#
ЦНИИОИЗ за соответствующие годы.

Тенденция абсолютного и относительного снижения числа врачей первичного звена имеет серьезные негативные последствия. Лечебная работа участковых врачей оказалась ограничена небольшим кругом патологий, что генерирует массовый спрос на специализированную помощь. По существу, утрачена функция участковых врачей как организаторов и координаторов медицинской помощи, оказываемой узкими специалистами амбулаторного звена и стационарами, что отрицательно сказывается на преемственности лечения. Ответственность за состояние здоровья обслуживаемого населения на уровне поликлиники все в большей степени становится коллективной, а значит, размытой.

В зарубежном здравоохранении в последние десятилетия наметились новые тенденции кадрового обеспечения здравоохранения. Процесс специализации врачебных кадров продолжается, но он не является неизбежным и необратимым. Ему противостоят новые факторы общественного развития, прежде всего старение населения. Западные страны реагируют на действие новых факторов, пытаясь переломить тенденцию к специализации, и в первую очередь в сфере первичной медицинской помощи.

ГРИГОРИЙ АРУТЮНОВ: ВОП — ОБРАЗОВАНИЕ ДЛИНОЮ В ЖИЗНЬ

О роли врача общей практики в отечественной системе здравоохранения в последние годы говорится много. По мнению главного внештатного специалиста терапевта Департамента здравоохранения города Москвы Григория АРУТЮНОВА, эта роль несколько не преувеличена, ведь его задача — не только отреагировать на жалобу пациента, но и распознать возможные сопутствующие заболевания, спрогнозировать их течение, наметить эффективный алгоритм лечения.



Григорий АРУТЮНОВ,
главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения города Москвы

— Какова роль врача общей практики в работе первичного звена оказания медицинской помощи?

— Бесспорно, такие врачи нужны. Можно сказать, они являются некой квинт-эссенцией врача внутренних болезней: врач общей практики видит пациента гораздо полнее и глубже, чем узкий специалист. Современным медикам отлично известно понятие «коморбидности», подразумевающее сосуществование болезней, каждая из которых явно потенцирует выраженность, интенсивность, скорость развития другой патологии. Как правило, пациент не приходит с одной болезнью: жалуясь на повышенное давление, он, скорее всего, имеет изменения метаболизма липидов. У больного с хронической обструктивной болезнью легких заведомо присутствует патология сердечно-сосудистой системы, у больного сахарным диабетом — патология почек, микроангиопатия. Наша задача — лечить больного, а не болезнь, для этого важно «увидеть» больного целиком. Врач общей практики «видит» коморбидность, сосуществование взаимно потенцирующих болезней. Крайне важно, что он будет вести пациента в течение



Григорий АРУТЮНОВ: «Главное отличие от участкового терапевта заключается в том, что врач общей практики наблюдает пациента фактически всю жизнь»

длительного периода времени: проследив динамику болезни, он сможет оценить скорость развития патологической симптоматики и при необходимости внести необходимые коррективы в лечение.

Возникает вопрос: нужны ли узкие специалисты? Бесспорно. Та или иная нозологическая единица может принять доминирующее значение, и, когда потребуется «высший пилотаж», на помощь придет узкий специалист. Например, больной с фибрилляцией предсердий получает оральные антикоагулянты, и у него начинается неконтролируемое колебание МНО (международное нормализованное отношение), тогда нужен узкий специалист, разбирающийся в деталях взаимодействия препаратов. Или ситуация с сахарным диабетом, когда врач общей практики переводит пациента на инсулинотерапию. Чтобы подобрать дозу, потребуется консультация узкого специалиста. Когда необходима интерпретация сложной рентгенограммы, без участия узкого специалиста, разумеется, тоже не обойтись. Итак, роль узких специалистов в системе здравоохранения велика, но не менее значима и роль врача общей практики, который, оценив взаимодействие заболеваний, должен построить долгосрочную программу ведения пациента.

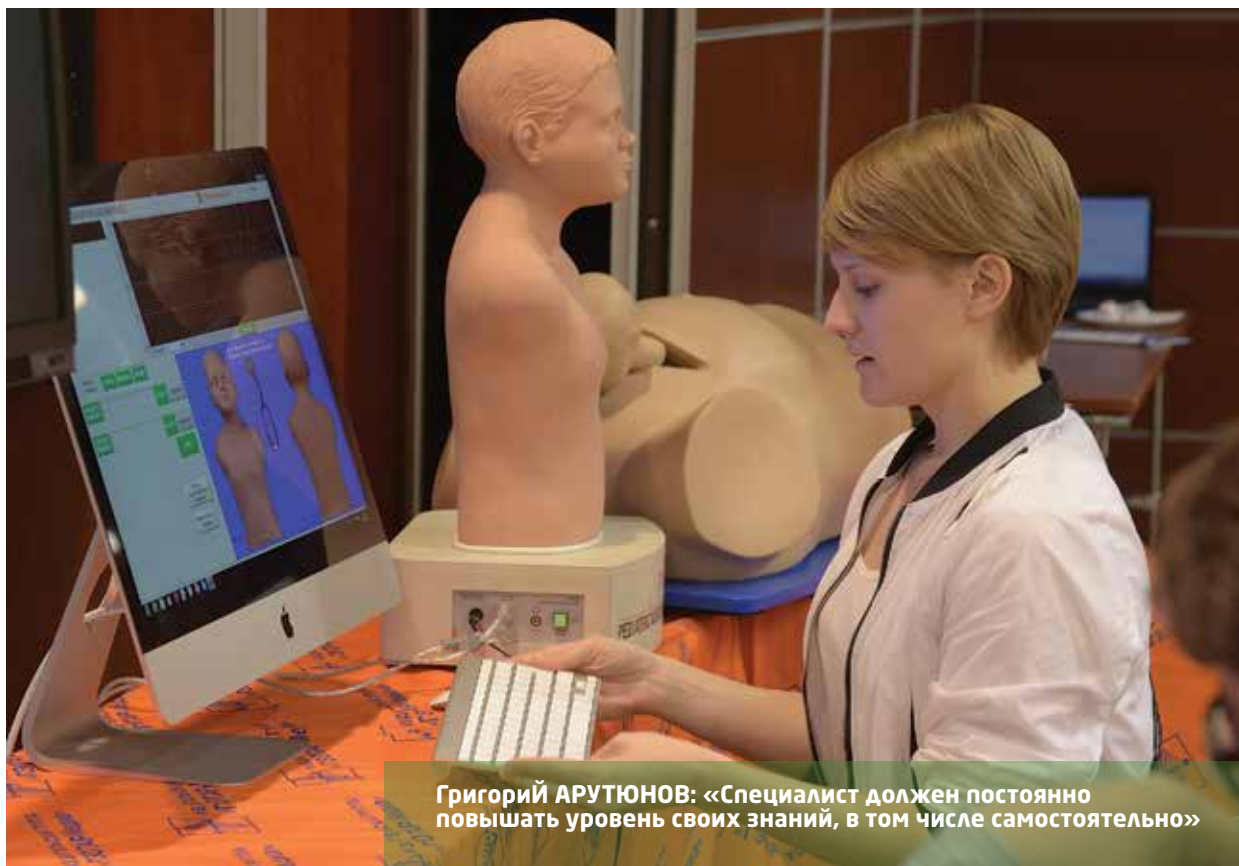


ОБРАЗОВАНИЕ ВРАЧА — ЭТО НЕПРЕРЫВНЫЙ ПРОЦЕСС, КОТОРЫЙ ПРОДОЛЖАЕТСЯ ВСЮ ЖИЗНЬ.

— Итак, в чем главное отличие работы врача общей практики от привычной нашим пациентам деятельности участкового терапевта?

— Главное отличие от участкового терапевта заключается в том, что врач общей практики наблюдает пациента фактически всю жизнь, что позволяет выявлять факторы риска основных неинфекционных заболеваний максимально рано.

— Как правильно, на ваш взгляд, подготовить врача общей практики?



Григорий АРУТЮНОВ: «Специалист должен постоянно повышать уровень своих знаний, в том числе самостоятельно»



САМЫЙ БОЛЬШОЙ ГРЕХ — НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ.

— Подготовить такого специалиста непросто, поэтому стандарты преподавания в вузе должны учитывать современные веяния, будущих врачей необходимо нацеливать на принятие быстрых решений. Программа подготовки врача общей практики лишь начинается в высшей медицинской школе, а далее следует последипломное образование, которое должно продолжаться непрерывно всю жизнь. При этом непрерывность образования не должна исчерпываться баллами, которые врач получает за участие в конференциях. Специалист должен постоянно повышать уровень

своих знаний, в том числе самостоятельно.

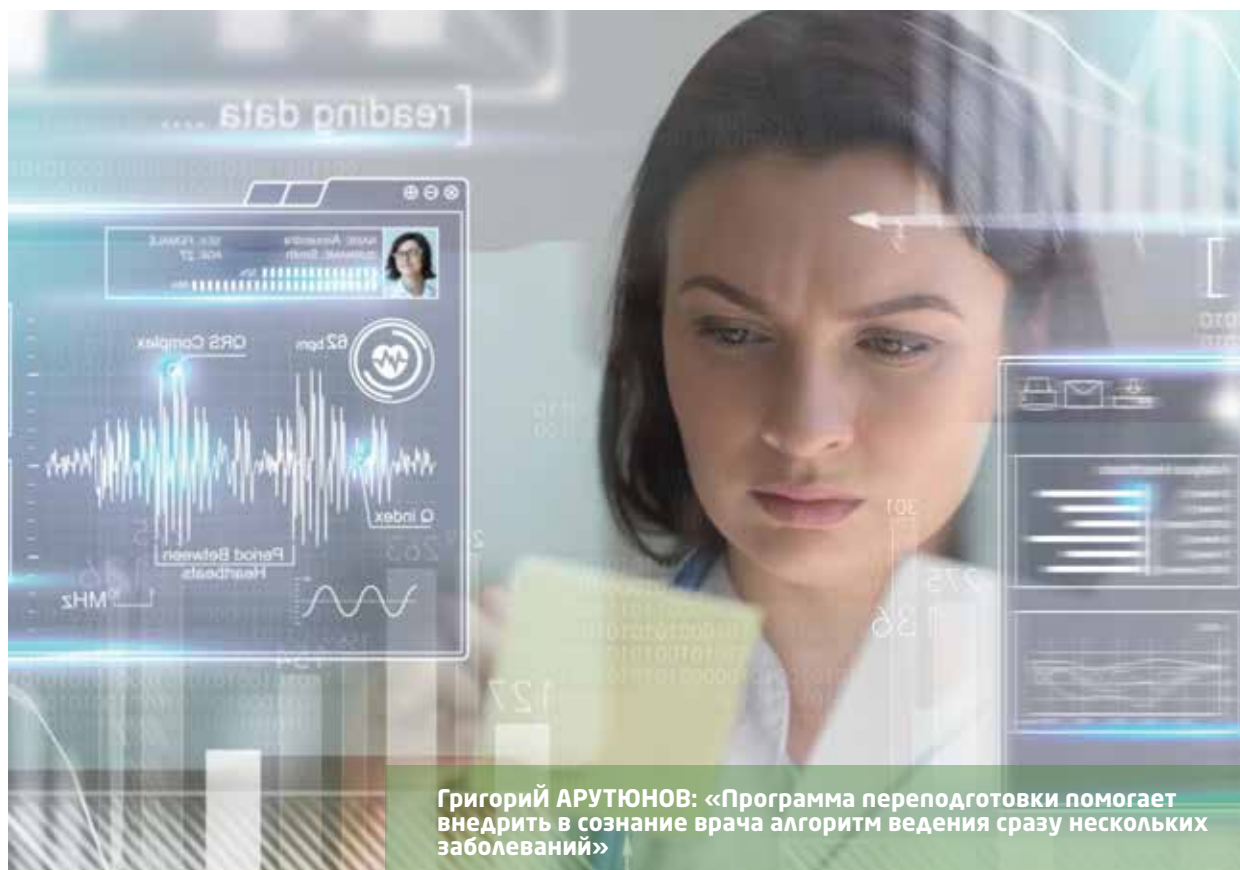
Хорошим подспорьем в повышении квалификации является возможность заниматься в симуляционных центрах. Подобный центр, например, создан в Боткинской больнице.

На симуляторах там можно отработать алгоритмы поведения врача в самых различных ситуациях, например, услышав у условного больного шум в области сердца. С их помощью можно смоделировать и более

сложные ситуации, например, взаимодействия нескольких заболеваний.

— Как разграничить деятельность ВОП с работой участковых терапевтов или одна система должна сменить другую со временем?

— Я считаю, со временем одна система сменит другую. Одна из ключевых задач, поставленных Министерством здравоохранения России перед медицинским



сообществом, — увеличение продолжительности жизни населения. В Москве отчетливо наблюдается реализация этого вектора. Однако увеличение продолжительности жизни влечет за собой ведение пациентов, имеющих в силу возраста несколько хронических заболеваний. Таких пациентов доктор должен контролировать регулярно, быть нацеленным на их постоянное ведение. У врача общей практики для этого больше возможностей хотя бы потому, что по сравнению с участковым терапевтом он обладает совершенно другим уровнем знаний и навыков. Считаю, что врач общей практики органично встроится в общую систему оказания первичной помощи.

— В прошлом году Департамент здравоохранения города Москвы запустил программу переподготовки терапевтов по специальности ВОП. На что в первую очередь нацелена эта программа?

— Программа переподготовки помогает внедрить в сознание врача алгоритм ведения сразу нескольких заболеваний, что впоследствии, разумеется, предполагает изменение не только подхода к пациенту на первом приеме, но и его взаимоотношений с больным. Такая работа сейчас активно и успешно идет, в нее «включились» все главные специалисты департамента.

— Григорий Павлович, что бы вы посоветовали будущим врачам общей практики?

— В первую очередь любить больного. Самый большой грех — низкий уровень знаний, поэтому посоветовал бы хорошо учиться и не забывать, что обучение не заканчивается с получением высшего образования.

ВИКТОР ФОМИН: ВОП — СИСТЕМООБРАЗУЮЩИЙ ЭЛЕМЕНТ СТОЛИЧНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Продолжается программа Департамента здравоохранения Москвы по переподготовке терапевтов по специальности «Общая врачебная практика». Об особенностях их подготовки мы беседуем с главным внештатным специалистом общей врачебной практики (семейным врачом) Департамента здравоохранения города Москвы, профессором кафедры внутренних, профессиональных болезней и пульмонологии медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Виктором ФОМИНЫМ.



Виктор ФОМИН,
главный внештатный
специалист общей
врачебной практики
(семейный врач)
Департамента
здравоохранения
города Москвы

— Виктор Викторович, каковы предварительные итоги программы столичного департамента здравоохранения по переподготовке терапевтов по специализации ВОП?

— Предварительные итоги свидетельствуют о жизнеспособности этой программы. На данный момент обучение прошли более 650 специалистов, 60 из них — из медицинских организаций Южного административного округа Москвы обучались в рамках пилотного проекта в 2014 году. В первом квартале 2015-го переподготовку прошли 263 специалиста, во втором — 169, в третьем — 139, в четвертом — 28. Почти треть переподготовленных врачей работают в Южном административном округе, в меньшей степени охвачены Троицкий и Новомосковский административные округа. На 2016 год запланировано обучение еще 660 специалистов.

— Охотно ли врачи проходят переобучение?

— Многие втягиваются в процессе обучения и проходят его очень охотно. Мы построили его по модульному принципу, при этом предусмотрели обязательную отработку практических навыков. В 2015-м она реализовывалась на базе



Виктор ФОМИН: «К обучению было привлечено 11 профильных кафедр Первого МГМУ им. И.М. Сеченова»

симуляционного учебного центра виртуальной клиники MentorMedicus, а в текущем году будет происходить в симуляционном центре, организованном Департаментом здравоохранения и Правительством Москвы в Боткинской больнице. Не исключаем, что там же будет проходить аттестационный этап, в рамках которого комиссия оценит практическую подготовку врачей общей практики.

К обучению было привлечено 11 профильных кафедр Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Это значит, что будущим врачам общей практики преподают наши лучшие специалисты.

Кроме того, учащимся была предоставлена возможность стажировки у врачей-специалистов в амбулаторных учреждениях, подведомственных Департаменту здравоохранения столицы. Для нас это новая практика, которая, несомненно, заинтересовала специалистов, поскольку они смогли пройти стажировку в условиях реальных ЛПУ, поучаствовать в лечебном процессе.

— Какова процедура поступления на эти курсы? Имеет ли значение желание врача?

— Направление на обучение осуществляется под строгим руководством Департамента здравоохранения города Москвы. Надо отдать должное кадрово-правовому управлению и курирующим заместителям руководителя департамента за четкую организацию этого процесса. Поддержка московского департамента является при поступлении решающим фактором. По собственному желанию врачи не приходят. Однако перспективы переподготовки очевидны: в здравоохранении Москвы врач общей практики становится системообразующим элементом. Врач общей практики — первый «барьер» на встрече с пациентом, большинство вопросов он должен решать на своем уровне. ВОП — наиболее квалифицированный, востребованный пациентами врач.

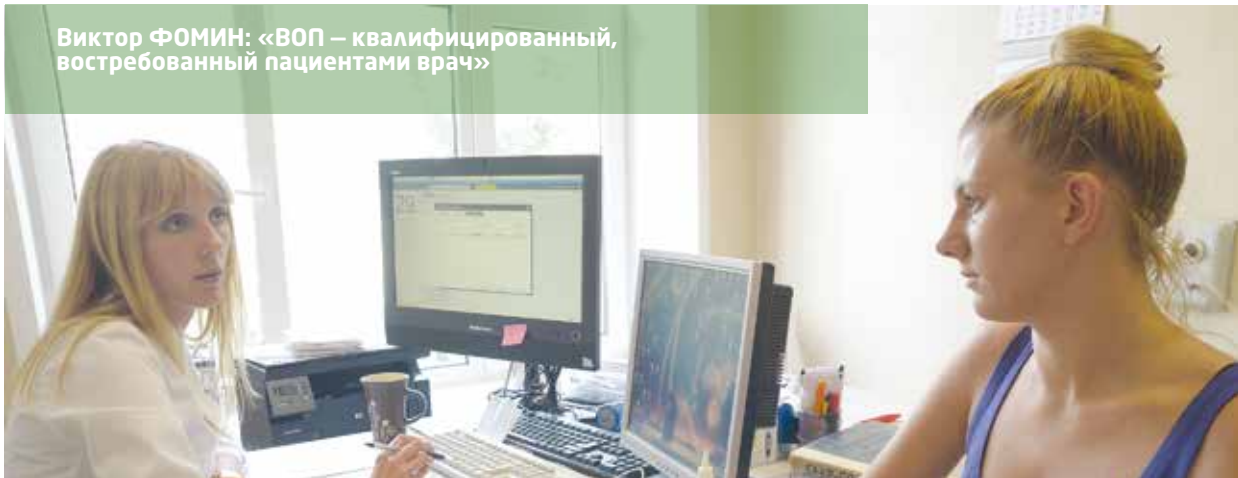
— Довольны ли главные врачи поликлиник, сотрудники которых прошли переподготовку по программе?

— Пока мы не получали рекламаций. Замечу, что главные врачи, которые восприняли идеологию департамента относительно создания института врачей



**БУДУЩИМ ВРАЧАМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ
ПРЕПОДАЮТ НАШИ ЛУЧШИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ.**

Виктор ФОМИН: «ВОП – квалифицированный, востребованный пациентами врач»



общей практики, принимают участие и в его формировании, в своих поликлиниках они уже структурировали службу ВОП. Надеемся, они получают результат, на который рассчитывали.

– Планируется ли дальнейшее развитие программы переподготовки?

— Педиатрический блок я считаю одним из системообразующих, его можно и нужно развивать. Мне очень приятно, что обучению врачей общей практики помогала кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней педиатрического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, которой заведует Анатолий

Александрович Корсунский, на базе ее организована одна из первых университетских клиник. Ее сотрудники не оторваны от реальной жизни, изнутри знают проблемы московского здравоохранения.

В настоящее время мы планируем провести аттестацию врачей общей практики, уже прошедших переподготовку. Цель аттестации — услышать тех, кто прошел обучение, узнать, каких знаний им, возможно, не хватает, какие сложности возникают в работе. Это позволит нам проводить короткие курсы, которые помогут не сформировать радикально новые компетенции, а усилить имеющиеся.



**МЫ БУДЕМ ПРОДОЛЖАТЬ ПОДГОТОВКУ ВРАЧЕЙ
ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И СОВЕРШЕНСТВОВАТЬ
СИСТЕМУ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ ТЕХ,
КТО УЖЕ ПРОШЕЛ ПЕРЕПОДГОТОВКУ.**

– Итак, в планах столичного департамента здравоохранения – развивать службу врачей общей практики?

— Позиция департамента проста: система врачей общей практики призвана стать одним из ключевых элементов системы здравоохранения нашего родного города. Это значит, что мы будем продолжать подготовку таких специалистов, будем совершенствовать систему непрерывного образования для тех, кто уже прошел переподготовку, как и вся страна, будем «выходить» на аккредитацию профессиональной деятельности специалистов. Нам хотелось бы, чтобы «центр превосходства» — референс-центр по аккредитации врачей общей практики был именно в Москве. Таковы глобальные планы, которые под руководством департамента нам хотелось бы реализовать.

ВАЛЕРИЙ ВЕЧОРКО: МЫ СОЗДАЛИ ВСЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ РАБОТЫ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Сегодня перед врачом общей практики поставлены важные задачи. Одна из них — доступность и непрерывность оказания медицинской помощи. Именно на этих специалистах лежит основная ответственность за здоровье пациента, ведь от квалификации и личной ответственности ВОП зависит результат лечения. О месте врача общей практики в системе здравоохранения рассказывает главный врач городской поликлиники № 180 ДЗМ* Валерий ВЕЧОРКО.

— Валерий Иванович, как вы относитесь к идее введения в практику российского здравоохранения врачей общей практики?

— Положительно. Вопрос организации кабинетов врачей общей практики обсуждался давно на разных уровнях, и, на мой взгляд, работа кабинетов ВОП позволит обеспечить своевременное и качественное оказание первичной медико-санитарной помощи всем обратившимся независимо от пола и возраста. Врачи общей практики способны обеспечить динамическое наблюдение и оздоровление прикрепленного населения, позволят организовать продолжительное наблюдение за прикрепленным населением и нацелить врача на изучение всего спектра патологии в рамках педиатрии и геронтологии, гинекологии и урологии, терапии и хирургии.

— Каково, на ваш взгляд, может быть их место в городской системе здравоохранения?

— В условиях крупного города, в частности в Москве, в нашем амбулаторном центре наиболее оптимально, на мой взгляд, размещение кабинетов ВОП в микрорайонах, имеющих малокомплектные участки — до 1200–1300 пациентов — и удаленных от поликлиники, где осуществляют прием врачи-специалисты. Таких микрорайонов в Москве достаточное количество. Например, в Новобратцево и Куркино. Количество



Валерий ВЕЧОРКО,
главный врач
городской
поликлиники
№ 180 ДЗМ

* В настоящее время главный врач Городской клинической больницы № 15 им. О.М.Филатова

прикрепленного на медицинское обслуживание населения в них не позволяет использовать врача-терапевта участкового на полную ставку (согласно приказу Минздрава РФ № 543н численность прикрепленного на медицинское обслуживание населения составляет не менее 1800 человек. — Прим. редакции).

— Сколько специалистов вашей поликлиники прошли переподготовку в рамках программы, запущенной ДЗМ?

— В нашей медицинской организации в 2015 году в рамках программы Департамента здравоохранения города Москвы профессиональную переподготовку по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» прошел 21 участковый врач-терапевт. В результате для нашей организации подготовлены высокопрофессиональные специалисты.

— Это как-то изменило их положение в учреждении? Изменились ли их подходы в работе?

— Труд каждого работника в нашей медицинской организации уважаем и почетен, и это не просто слова. Если вы обратили внимание, в холле первого этажа размещена Доска почета, на которой представлены работники, заслужившие это право по итогам работы за 2015 год.

Врачи более ответственно подходят к организации лечебного процесса, изменился подход в мышлении при направлении к врачам-специалистам. В связи с чем отмечено снижение нагрузки на врачей-специалистов и увеличение доступности их приемов, что позволило организовать работу медицинской организации с учетом интересов и потребностей пациентов. Возросло чувство ответственности за судьбу пациента, повысилась готовность выступить его защитником при назначении кем-либо из консультантов спорной терапии или опасных методов исследования.

— Есть ли кабинеты ВОП в вашей поликлинике? Какие задачи решают эти специалисты?

— В нашей поликлинике на сегодняшний день кабинеты ВОП не функционируют. Мы завершаем процедуру лицензирования кабинетов. Вместе с тем созданы все необходимые условия для работы собственно врача общей практики. А именно: выделены отдельные кабинеты во всех пяти зданиях нашей поликлиники, которые оснащены в соответствии с требованиями всем необходимым оборудованием для осуществления приема пациентов.

Основные задачи, решаемые врачом общей практики, — соответствующая диагностика, лечение и реабилитация наиболее распространенных заболеваний и травм, иммунизация против основных инфекционных заболеваний, профилактика эндемических и приоритетных инфекционных болезней и борьба с ними, охрана здоровья матери и ребенка, в том числе вопросы планирования семьи, гигиеническое воспитание и формирование здорового образа жизни, содействие снабжению качественными пищевыми продуктами и рекомендациями санитарных мер, рациональное назначение и использование лекарственных средств в соответствии с лекарственным формуляром и современными протоколами лечения.

— Какой вам видится перспектива развития института врачей общей практики в России в целом и в Москве в частности?

— Институт врачей общей практики представляет интерес для руководителей клиник как перспективное направление деятельности. Мы планируем дальнейшее развитие этого направления на базе нашей поликлиники и ожидаем, что в лице врача общей практики получим специалиста, берущего на себя ответственность за здоровье пациента с учетом его семейного и социального статуса. Полагаю, что повысится доступность первичной медико-санитарной помощи, будет и дальше снижаться уровень госпитализации, а качество медпомощи повышаться.

АНДРЕЙ ТЯЖЕЛЬНИКОВ: У ВОП НЕТ ЦЕЛИ ПОЛНОСТЬЮ ЗАМЕНИТЬ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ ПОМОЩЬ

Главный врач городской поликлиники № 2 ДЗМ* Андрей ТЯЖЕЛЬНИКОВ убежден: задача врачей общей практики — приблизить к населению первичную помощь и повлиять на качество оказания помощи специализированной.

Первые шаги в этом направлении уже сделаны.

— Как вы относитесь к идее введения в практику российского здравоохранения ВОП?

— Весьма положительно. Первичное звено надо сделать более доступным и эффективным. Уже при первом контакте с врачом перед пациентом должен возникнуть спектр лечебно-диагностических возможностей. На этом этапе врач не обязан выступать маршрутизатором или диспетчером, сортируя «это мое — это не мое» и перенаправляя пациента к узкому специалисту. Его задача — грамотно поставить первичный диагноз и назначить необходимое лечение. От врача общей практики не стоит ожидать, что он способен лечить все болезни, принимать роды или проводить полостные операции. Но это должен быть разносторонне подготовленный специалист, который сможет назначить препараты для лечения нервной системы, лор-патологий и так далее.

— Кто-то из специалистов вашей поликлиники уже прошел переподготовку в рамках программы, запущенной ДЗМ?

— Да, несколько терапевтов, физиотерапевт, врачи ультразвуковой диагностики.

— Это изменило их положение в медучреждении? Что нового появилось в их подходах к работе?

— Терапевты, прошедшие переподготовку, получили формальное право лечить заболевания всех систем и органов человека. Такие специалисты, как физиотерапевт и врач ультразвуковой диагностики, стали более востребованы, поскольку получили возможность применять свои знания не только в рамках узкой специализации.

— Андрей Александрович, есть ли в вашей поликлинике кабинеты ВОП? Какие задачи ставятся перед ними сегодня?

— Да, такие кабинеты уже функционируют. Основной задачей врачей общей практики остается оказание первичной медико-санитарной помощи взрослому населению. В



**Андрей
ТЯЖЕЛЬНИКОВ,**
главный врач
городской
поликлиники № 2 ДЗМ

* В настоящее время главный врач Консультативно-диагностической поликлиники № 121

первую очередь это помощь терапевтического профиля — они ведут терапевтический прием и при необходимости применяют знания из смежных областей: офтальмологии, оториноларингологии и других. Чего мы добиваемся в первую очередь? Сокращения дистанции между пациентом и тем врачом, который ему действительно нужен. Это касается обращения с любой проблемой. Прежде маршрутизация была более сложной: прием у терапевта являлся неперенным условием для дальнейшего общения с узкими специалистами. Теперь врач общей практики сразу может принять решение о необходимости назначения тех или иных видов исследований, определить профиль первичного лечения и только при необходимости передать пациента специалисту. При этом напомним, что врачи общей практики ни в коем случае не должны полностью заменить специализированную помощь.

— Какой вам видится перспектива развития этого института в России в целом и в Москве в частности?

— Это оптимальный формат организации системы здравоохранения, что доказывает опыт многих стран мира. На мой взгляд, как только пациенты убедятся, что они получают больше возможностей, прикрепляясь к врачу общей практики, нежели к обычному врачу-терапевту, динамика трансформации участковой первичной службы в общеврачебную увеличится.

ОБУЧЕНИЕМ ДОВОЛЬНЫ

Анна ЮРАСОВА, врач общей практики, заведующая отделением врачей общей практики городской поликлиники № 2:

— Я прошла переподготовку на врача общей практики. Обучением довольна — овладела дополнительными навыками, которые сейчас применяю во время приема и осмотра пациентов. Например, раньше мы не использовали в работе офтальмоскопию, отоскопию, не измеряли глазное давление, не делали подбор очков, поскольку ни обязанности, ни навыки участкового врача-терапевта этого не предусматривали. Сейчас же как врач общей практики могу самостоятельно проводить офтальмоскопию, тонометрию глаз, пользоваться отоскопом, делать хирургические перевязки, снимать швы — словом, количество манипуляций значительно расширилось.

Считаю, что врачи общей практики нужны в российском здравоохранении, ведь медицина не стоит на месте. Врач такого профиля должен уметь делать все, и мы должны быть взаимозаменяемыми. Если к терапевту приходит пациент с жалобой на боль в глазах, он не должен получить полный отказ в помощи только из-за отсутствия специалиста. Врач общей практики может провести первичный осмотр, назначить лечение, выполнить несложные манипуляции — и уже на этих этапах он способен заменить некоторых узких специалистов.

Кирилл ГРИДНЕВ, врач-терапевт городской поликлиники № 180:

— Институт врачей общей практики, на мой взгляд, перспективное направление развития медицины, поскольку ВОП объединит в себе несколько специальностей и может полноценно вести пациента на протяжении длительного времени, более качественно оказывать помощь взрослому и детскому населению, профилактировать и лечить различные заболевания. Пройдя курс обучения на врача общей практики, я получил немало полезной информации, в том числе научился вести и лечить пациентов с сахарным диабетом, ставить диагнозы, оказывать им помощь, получил навыки в хирургии, офтальмологии, гинекологии — теперь вопросы по этим и другим направлениям могу решать самостоятельно. После обучения вынес много полезного как в профессиональном плане, так и с точки зрения саморазвития.

Елена ФЕДОТОВА, участковый врач-терапевт городской поликлиники № 180

— Я довольна, что прошла обучение на врача общей практики. Во время учебного курса акцент был сделан на практические навыки, в том числе по офтальмологии, оториноларингологии, хирургии, реанимации, чтобы мы могли оказать пациенту качественную первичную помощь. Участковые терапевты все-таки больше занимаются документацией, поэтому подобная программа была действительно полезна, помогла существенно расширить кругозор. Кроме того, нас познакомили с новыми стандартами и методиками оказания помощи.

Врачи общей практики, несомненно, нужны. Они более плотно общаются с пациентом, нежели терапевты, занимаются не только лечением, но и профилактикой развития заболеваний. Можно сказать, это шаг в сторону семейной медицины, ведь у нас появилась возможность вести семьи. Да и пациенту наблюдение у одного врача на пользу — за состоянием его здоровья будет следить конкретный специалист, который видит пациента полностью и сможет оперативно принять верные решения.

ДВЕ «ПАРАЛЛЕЛЬНЫЕ ЖИЗНИ» ПАЦИЕНТА

Один из представленных к обсуждению на февральской общегородской клиничко-анатомической конференции случаев был посвящен истории ведения 53-летнего пациента, причиной смерти которого был признан инфаркт миокарда 4Б типа при остром тромбозе стента. Однако специалисты пришли к выводу, что на этапе ведения пациента было упущено развитие другой патологии — криптококкоза.

По словам заместителя главного врача КДЦ № 2 ДЗМ Ольги Гординой, начавшей представление истории болезни пациента, его эпиданамнез был без особенностей, а аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки пациент отрицал. В КДЦ пациент наблюдался с 1991 до 2014 год. За это время его обращения к врачам носили эпизодический характер. Временной нетрудоспособности пациент за все это время не имел.

— Уточню, что еще в 2009 году у пациента были отмечены подъемы АД до уровня 180/100 мм рт. ст. Он самостоятельно принимал периндоприл по 10 мг, — продолжила Ольга Гордина. — 4 сентября 2014 года при обращении пациента к участковому терапевту и кардиологу были выявлены тахисистолия и гипертензия 160/100 мм рт. ст., на ЭКГ — ритм синусовый, ЧСС — 105 в мин., горизонтальное положение электрической оси, гипертрофия левого желудочка, умеренные изменения в его нижней стенке. Диагноз: «ИБС, стенокардия, напряжения II–III функциональный класс, гипертоническая болезнь 2-й стадии, 2-й степени, риск сердечно-сосудистых осложнений — 4, недостаточность кровообращения начальной стадии».

По словам Ольги Гординой, больному назначили стандартную терапию, взяли на диспансерный

ОТ РЕДАКЦИИ

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

учет, составили план обследования. Однако в КДЦ пациент обратился только 30 декабря по поводу возобновления ангинозных приступов на фоне физической нагрузки. По результатам осмотра врач провел коррекцию терапии и назначил консультацию кардиолога.

Она состоялась 13 января 2015 года. Пациенту была назначена лабораторная и функциональная диагностика, ЭКГ, ЭхоКГ, велоэргометрия. В биохимическом анализе крови от 14 января выявлена незначительная дислипидемия, небольшое повышение мочевой кислоты и показателя альфа-амилазы. Остальные параметры были в норме.

— На ЭКГ проявились уже описанные мной отклонения, — продолжила докладчик. — По результатам ЭхоКГ фракция выброса составила 59%, обнаружилась гипертрофия левого желудочка, уплотнение стенок аорты и створок клапана, регургитация на митральном и трикуспидальном клапане 1–2 стадии. При велоэргометрии проба была положительная. При нагрузке 150 Вт проявилась горизонтальная и косонисходящая депрессия сегмента ST до 1,8 мм. 23 января кардиолог направил пациента в ГКБ № 57 для решения вопроса о проведении коронарографии.

В феврале 2015 года после консультации в стационаре пациент обратился в поликлинику к терапевту для дообследования с целью проведения коронарографии в ходе плановой госпитализации. В общем и биохимическом анализах крови были отмечены незначительные изменения эозинофилов и билирубина. Общий анализ мочи, коагулограмма, анализы на ВИЧ и гепатит — без патологии. На рентгенограмме были выявлены патологические изменения, не позволяющие исключить заболевание правого легкого. Врач-терапевт в связи с выявленными изменениями на рентгенограмме направил больного на КТ грудной клетки и назначил консультацию фтизиатра и пульмонолога. По результатам КТ было установлено заключение: лимфаденопатия, атеросклероз аорты и коронарных сосудов; изменения могут соответствовать саркоидозу легких и внутригрудных лимфатических узлов.

13 февраля фтизиатр после осмотра пациента отклонил диагноз: «туберкулез». 17 февраля поликлинический пульмонолог оставил под вопросом диагноза «саркоидоз или неуточненное заболевание правого легкого», после чего пациент был направлен на консультацию к онкологу и пульмонологу в стационар.

Заключение пульмонолога профессора А.С. Белевского от 7 апреля 2015 г.

На основании обследования больного и результатов КТ от 07.04.2015, выполненной в ГКБ № 57, уточненный диагноз «саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов и легких». Признаков дыхательной недостаточности нет. Рекомендовано: витамин Е по 300 мг 2 раза в день, повторные КТ органов грудной клетки 1 раз в год.

В марте 2015 года пациент, уже после операции стентирования, прошел ряд обследований и консультаций у пульмонологов различных ЛПУ. Заключение онколога пациент в КДЦ не представил. Ольга Гордина подчеркнула, что, несмотря на неоднократные попытки связаться с ним по телефону, пациент с апреля 2015 года в поликлинику не обращался.

О результатах лечения пациента в ГКБ № 57 рассказала заместитель главного врача ГКБ № 57 Татьяна Чилина:

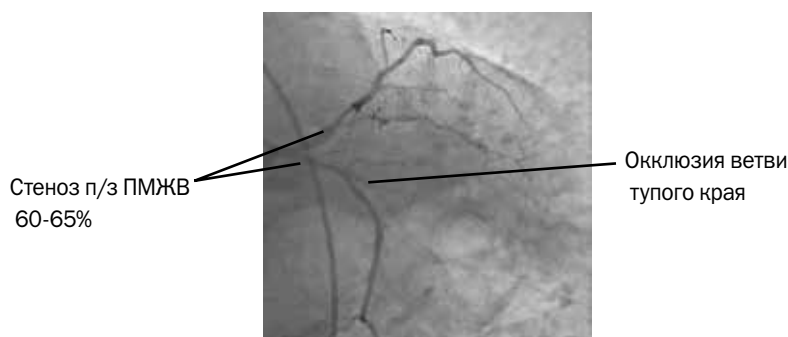
— В наш стационар пациент пришел в марте прошлого года по направлению для проведения плановой коронарографии. Направительный диагноз был следующим: «ИБС, стенокардия, гипертоническая болезнь, начальная стадия недостаточности кровообращения». Однако пульмонологический диагноз тогда еще не был уточнен. Правда, пациент принес рентгенограмму грудной клетки из туберкулезного диспансера, где было обозначено незначительное усиление сосудистого рисунка. В своем заключении фтизиатр указал на необходимость консультации кардиолога. Картина на рентгенограмме была расценена нашими врачами как проявление сердечного застоя, недостаточности кровообращения.

Состояние пациента при поступлении в КГБ № 57

Состояние удовлетворительное, повышенного питания, кожные покровы чистые, в легких везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыхания 16 в мин. Жалобы по поводу дыхательной системы отсутствуют. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги, отеков нет. На ЭКГ и ЭхоКГ признаков острой очаговой патологии нет. В общем анализе крови — умеренное повышение гемоглобина (167 г/л) и гипертриглицеридемия (3,6 ммоль/л). Общий анализ мочи и коагулограмма без особенностей. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: ИМТ —31 кг/м², гиперхолестеринемия, дислипидемия, артериальная гипертензия в течение 5 лет, ангинозный анамнез с января 2015 г.

3 марта 2015 года пациенту была выполнена плановая коронарография.

Рисунок 1. Коронарография пациента 3 марта 2015 г.



Тип кровоснабжения миокарда — правый

— Обнаружился стеноз на 65% передней межжелудочковой артерии в зоне отхождения первой диагональной ветви, критический стеноз бифуркации правой коронарной артерии, — пояснила Татьяна Чилина. — 5 марта была выполнена ангиопластика и стентирование правой коронарной артерии и задней межжелудочковой артерии стентами с септостатическими покрытиями. Была назначена лекарственная терапия: коплавикс, аторвастатин, бисопролол, валсартан. По словам докладчицы, в конце сентября прошлого года больного начали снова беспокоить ангинозные приступы, одышка теперь появилась и при обычной физической нагрузке.

— Больной поступил к нам с направлением на повторную госпитализацию, и мы приняли его 23 октября, — уточнила Татьяна Чилина. — При физикальном исследовании мы нашли его состояние без изменений по сравнению с предыдущей госпитализацией в наш стационар. ЭКГ — без отрицательной динамики. В лабораторных анализах обращала на себя внимание умеренная гипертриглицеридемия и повышение СОЭ до 26 мм/ч. На ЭхоКГ нас встревожило появление зоны гипокинеза в нижней стенке левого желудочка, несмотря на то что фракция выброса была достаточно приличная — 53%.

В тот же день, 23 октября, пациенту была выполнена коронарография правой коронарной артерии, затем предпринята попытка реканализации ветви тупого края с целью восстановления кровотока в наиболее скомпрометированном бассейне.

— Однако реканализация оказалась безуспешной из-за выраженного атерокальциноза и высокого риска перфорации артерии, — продолжила докладчица. — Вмешательство пришлось завершить прямым стентированием передней межжелудочковой артерии с защитой устья диагональной ветви. Затем пациент наблюдался в кардиологическом блоке нашего стационара в течение 6 часов, после чего был переведен в отделение кардиологии. Через полтора часа после этого пациент самостоятельно встал и подошел к раковине. Внезапно он потерял сознание и упал. Его немедленно доставили в реанимационное отделение, но все мероприятия оказались безуспешны. Больной умер, не приходя в сознание.

Заключительный клинический диагноз

«ИБС, атеросклероз коронарных артерий».

Состояние после стентирования 03.03.2015

«Гипертоническая болезнь 3 степени».

Осложнение: острая сердечно-сосудистая недостаточность, кардиогенный шок.

Состояние после стентирования 23.10.15

«Острый тромбоз стента (инфаркт миокарда 4Б типа).

Постинфарктный кардиосклероз, инфаркт миокарда неизвестной давности».

Результаты патологоанатомического исследования пациента в ГКБ № 57 представила врач-патологоанатом Виктория Поминальная:

— В сердце прежде всего обращают на себя внимание выраженные атеросклеротические изменения венечных сосудов. В правой коронарной артерии обнаружен металлический стент, плотно спаянный с интимой, он проходим. В передней межжелудочковой артерии, в области стента, мы видим красный обтурирующий тромб. Задняя стенка левого желудочка представлена рубцом, хорошо заметен постинфарктный кардиосклероз — это очаг размером 4,5 на 3,5 см. Передняя стенка левого желудочка представлена неравномерным и нечетким очагом кровенаполнения. Микроскопически мы наблюдаем тяжи фиброзной ткани и гипертрофированные кардиомиоциты по периферии.

Субплеврально мы обнаружили множественные белесоватые очаги с нечетким краем диаметром 2–10 мм. Микроскопически перибронхиально мы видим гранулематозное воспаление, макрофагальную гистиоцитарную инфильтрацию, крупные клетки инородных тел и эозинофилы. В области гранулем определяются бледноокрашенные с четкой капсулой грибы. В ткани печени определяются также многочисленные очаги с нечеткими краями. В области портальных трактов мы наблюдаем аналогичного вида гранулемы, как и в легких, с крупными деформированными клетками на фоне жировой дистрофии гепатоцитов. В селезенке мы также нашли множественные сливающиеся очаги серо-розового цвета с фестончатым краем. Микроскопически — это опять те же самые гранулемы с наличием гигантских клеток и перифокальным воспалительным валом. При специальной окраске мы здесь обнаруживаем грибы. В костном мозге грудины и бедренной кости — фиброзирующие гранулемы с наличием крупных клеток среди балок. В головном мозге вокруг сосудов обнаружено скопление грибов с четкой капсулой в большом количестве.

— От чего же умер больной? — спросил Леонид Печатников.

— От инфаркта на фоне атеросклероза коронарных сосудов. До 75% был сужен их просвет, — ответила патологоанатом.

Патологоанатомический диагноз

Основное комбинированное заболевание

«Постинфарктный субэндокардиальный кардиосклероз в задней стенке левого желудочка, атеросклероз коронарных артерий (4 стадия, 3 степень, стеноз просветов артерий до 75%). Стентирования задней межжелудочковой ветви правой коронарной артерии (03.2015) и передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии (23.10.2015). Красный обтурирующий тромб стента передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии».

Фоновое заболевание

«Артериальная гипертензия (масса сердца — 500 г, толщина миокарда левого желудочка — 1,8 см). Генерализованный криптококкоз с поражением головного мозга, легких, печени, селезенки, костного мозга грудины и бедренной кости».

Осложнения

«Венозное полнокровие и дистрофия внутренних органов. Острый инфаркт миокарда 4-го типа в области передней стенки левого желудочка давностью около суток. Отек головного мозга и легких».

Сопутствующие заболевания

«Атеросклероз аорты (2 стадия, 2 степень)».

Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов основного заболевания

Не диагностировано одно из основных заболеваний — генерализованный криптококкоз. Категория расхождения — первая. Причина — объективная трудность диагностики.

— А криптококкоз к его смерти отношения не имел?

— Мог иметь, но это трудно доказать, — добавила специалист. — При такой генерализации криптококкоз распространяется по сосудистому руслу и может не оказать влияния на эндотелий сосудов и свойства крови.

— А вы исследовали сам тромб на криптококкоз?

— Мы попытались исследовать тромб, но это не очень получилось, потому что он раскрошился из области стента.

— Получается, что генерализованный грибковый процесс стал, по сути, находкой на секции, — подытожил эту часть обсуждения Леонид Печатников. — Но почему о нем никто не думал раньше? Да по той же, видимо, причине, по которой нам не представили вообще ни одного снимка грудной клетки — ни рентгеновского, ни КТ! Это значит, все лечившие этого пациента врачи занимались практически одной только коронарной патологией, тогда как по легочной болезни никто как следует не наблюдал и не лечил. Вернее, его посмотрел Андрей Станиславович Белевский и заподозрил саркоидоз. И теперь понятно, что, слава богу, не были назначены глюкокортикоиды. Видимо, у профессора были соображения, почему он ограничился только витамином Е. Надеюсь, мы о них еще услышим.

Выступления рецензентов

Первой из рецензентов выступала главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы Елена Васильева:

— Пациент заболел стенокардией в сентябре 2014 года, и только 23 января 2015 года он обращается к кардиологу. Тогда был выполнен нагрузочный тест. Проба по записи оказалась положительной. Но когда мы ее проанализировали, то увидели, что достоверных признаков выраженной ишемии нет. Значит, в тот момент это не был тяжелый больной по стенокардии. Тем не менее его направили на коронарографию. Он получал среди других средств комплексный препарат внутривенно. Капельница с фуросемидом, калием, глюкозой, магнием и так далее. Спрашивается, зачем? У больного же нет выраженной сердечной недостаточности! На мои вопросы последовал ответ: «Ну, поймите, это для психологии». Я могу себе представить состояние человека, который долго «лежит

под капельницей» с фуросемидом. Это, наверное, чтобы навсегда его отучить от капельниц...

На основе анализа результатов ЭКГ и других данных инструментальных и лабораторных обследований пациента Елена Васильева сделала заключение о том, что необходимость стентирования была спорной. Однако, судя по результатам коронарографии, выявившей действительно значимый стеноз задней межжелудочковой ветви, стентирование в целом было обоснованным.

— Операция была выполнена качественно, но далее больной выписывается, и очень плохо то, что после проведения стентирования следы его теряются, — подчеркнула рецензент. — Стало ли ему лучше? Неясно. Уменьшилась ли стенокардия? Непонятно. Нагрузочный тест после стентирования не проводили. А это нужно было сделать, чтобы оценить результат операции. И только 23 октября 2015 года пациент возвращается в ГКБ № 57. При этом из обрывочных записей в истории болезни трудно понять, что же его беспокоило. В две строчки упомянуты одышка, приступы стенокардии. Это, конечно, недостаточная информация. Дальше делается коронарография. И вдруг оказывается, что при сравнении с предыдущей «мартовской» коронарографией положительной динамики нет. На границе проксимальной и средней трети передней межжелудочковой артерии опять стеноз 60%. Значимый ли это был стеноз или нет? Теперь это не узнает никто. Чтобы решить, нужно ли стентировать такие стенозы, нужны дополнительные методы. На основании одной только ангиографии ответить на этот вопрос невозможно. Тогда почему пациент был экстренно стентирован без дополнительных обследований? Мы разговаривали с заведующим отделением ангиографии. Оказывается, ему представили больного как пациента с тяжелой стенокардией, которому очень плохо... В такой ситуации кардиохирург, как я думаю, справедливо решил, что надо оперировать.

Далее Елена Васильева изложила соображения относительно того, что следовало предпринять, если бы не было такого предвзятого мнения о тяжести состояния пациента со стороны клиницистов.

— Есть принципиальное различие между острыми больными с подобными стенозами и хроническими, — продолжила специалист. — Острый больной с инфарктом миокарда или с острым коронарным синдромом нуждается в неотложном стентировании. Потому что при остром инфаркте имеется разрушенная бляшка, на которую легко «садится» тромб. И нам как бы нечего терять. Зато в тех случаях, когда больной хронический, как правило, бляшка у него покрыта слоем эндотелиальных клеток. И тогда риск тромбообразования относительно небольшой. Однако, когда мы стентируем, искусственно разрушая бляшку, мы создаем поверхность для тромбообразования. И в этом принципиальное отличие между описанными мной состояниями. Если при инфаркте мы оправданно торопимся с операцией, то у больного хронического надо много раз подумать, а нужно ли стентировать. И вот этого «раздумья», к сожалению, не состоялось.

В следующей части своего выступления Елена Васильева обсудила ряд исследований, проведенных в 2007–2015 гг., где было показано, что риск инфаркта, как и смерти по причине кардиоваскулярных событий, достоверно различается в зависимости от выбора стентирование/консервативное лечение в случаях стеноза коронарных артерий для той категории хронических больных, к которым относился обсуждаемый пациент. Более того, в ответ на эти работы появились и другие, не менее доказательные, которые все же позволили уточнить ситуации,

когда стентирование оказывается эффективным в плане профилактики инфаркта. Например, когда в результате стеноза коронарной артерии есть риск потери по крайней мере 10% миокарда и более, стентирование оказывает выраженный профилактический эффект. Но оценить такой риск позволяет только комплексное изучение состояния больного, куда входят, кроме коронарографии, также нагрузочный тест, метод стресс-ЭхоКГ и другие анализы. Ничего этого в рассматриваемом случае сделано не было.

— Была и еще одна серьезная ошибка в лечении, — добавила Елена Васильева. — Из-за разобщенности работы врачей у него были как бы «две параллельные жизни». В одно и то же время больному проводится велоэргометрия, коронарография, первое и второе стентирования. И в это же время обследуется его дыхательная система. Выполняются рентгенографии, КТ. Ему могли сказать, что, возможно, у него рак и надо проконсультироваться у онколога. Пациент направляется к фтизиатру, пульмонологу и так далее. Но никто из кардиологов об этой «второй жизни» как бы ничего не знает и о ней не задумывается. Так имел ли значение криптококкоз? Несомненно, имел.

Елена Васильева рассказала о молекулярных механизмах, благодаря которым любое воспаление способствует тромбообразованию и повышает резистентность организма к лекарствам-дезагрегантам. И, в частности, к тем, которые были назначены в ГКБ № 57 пациенту. Эти лекарства, скорее всего, не могли снизить и без того повышенный в результате криптококкоза риск тромбообразования.

— Пациент был направлен, — подытожила свое выступление рецензент, — на плановое проведение коронарографии кардиологом поликлиники без указания сопутствующей патологии. При поступлении в стационар сбор анамнеза и оценка сопутствующей патологии были проведены поверхностно. Проведение повторной ангиопластики не было обосновано. Генерализованный криптококкоз мог способствовать повышенному тромбообразованию и резистентности к дезагрегантам.

— Значит, — спросил Леонид Печатников, — если бы не было криптококкоза, то терапия, в том числе антиагрегантная, проводилась адекватно?

— Да, — согласилась Елена Васильева, — только стентировать не надо было второй раз.

Следующим выступил главный внештатный специалист пульмонолог Департамента города здравоохранения Москвы Андрей Белевский:

— В первую очередь хотел бы ответить на вопрос Леонида Михайловича по поводу саркоидоза и его лечения. Есть в современной саркоидологии закон: если можешь не лечить эту болезнь, то не лечи. Здесь существуют только два доказанных метода терапии: глюкокортикостероиды и цитостатики, и препараты обеих групп оказывают серьезные побочные эффекты. К тому же лекарства эти можно назначать только после морфологического подтверждения болезни. Поэтому, если у пациента стабильное течение заболевания и нет клинических признаков прогрессирования, в том числе нарастания дыхательной недостаточности, то больного «не трогают».

Затем Андрей Белевский проанализировал данные КТ-обследований пациента в феврале и апреле:

— Обе эти компьютерные томографии аналогичны. Это фактически одна «застывшая картинка», отражающая следующие нарушения: внутригрудная лимфаденопатия, множественные мягкотканые мелкие очаги по ходу бронхов и сосудов, в междольковых перегородках и субплеврально.

Рисунок 2. КТ органов грудной клетки 7 апреля 2015 г.



— Не понимаю, вы что нам показываете? Картину криптококкоза? — спросил Леонид Печатников.

— В том-то и дело, Леонид Михайлович, что картину типичного саркоидоза! Это увеличение внутригрудных лимфатических узлов и так называемый симптом дерева в почках, где почками образно называют ясно здесь видные очаги по ходу междолевой плевры. Пациенту было назначено то лечение, о котором я вам сказал. И выбрана наблюдательная тактика в связи с тем, что у него не было прогрессирования процесса и была серьезная коронарная патология. Руководства по лечению саркоидоза предусматривают такой вариант. Готовясь к сегодняшней конференции, я попросил моих коллег-рентгенологов подобрать «снимки криптококкоза» из мировых баз данных. И с изумлением обнаружил, что в этой базе данных нет ни одной рентгенологической или КТ-картины, которая бы была похожа на то, что мы видим у нашего пациента! Этот клинический случай был подробно обсужден в нашей клинике с участием академика А.Г. Чучалина. Напомню, что криптококкоз — редчайшее для Москвы заболевание. Наши выводы: в танатогенезе пациента значение криптококкоза неизвестно. Как непонятно и то, почему пациент, который явно не относился к иммуносупрессированным больным и никогда не жил в Африке, Юго-Восточной Азии, Латинской Америке, то есть зонах, эндемических по криптококку, и где иммунно-нескомпрометированный пациент может-таки им заболеть, все же заразился указанной болезнью.

К недостаткам ведения пациента Андрей Белевский отнес то, что в направлении на коронарографию отсутствовали сведения о патологии легких, и то, что наблюдение за пациентом в поликлинике фактически отсутствовало.

— Что же касается вопроса, мог ли пациент болеть саркоидозом в февралепреле 2015 года? Я считаю, что мог, — еще раз подчеркнул специалист. — В литературе описаны случаи клинически не проявляющегося скоротечного развития этой болезни со спонтанным выздоровлением. Но это очень сложная тема. Для ее обсуждения у нас нет фактов.

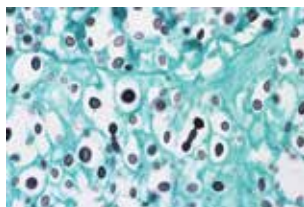
Последним из рецензентов-клиницистов выступил главный внештатный специалист по инфекционным болезням Департамента здравоохранения города Москвы Андрей Девяткин. Он напомнил, что криптококкоз — заболевание, вызываемое дрожжеподобными грибами рода *Cryptococcus*. У иммунокомпетентных лиц возбудитель локализуется в легких. При иммунодефицитных состояниях происходит генерализация процесса с вовлечением мозговых оболочек, почек, кожи, костного аппарата. Криптококкоз относится к СПИД-индикаторным заболеваниям.

Рисунок 3. Микрофотографии дрожжеподобного гриба *Cryptococcus neoformans*

Возбудитель — дрожжевой гриб *Cryptococcus neoformans*, серотипы А, В, С, D. В тканях представлен круглыми дрожжевыми клетками диаметром 3,5–7 мкм, заключенными в слизистую капсулу различной толщины.



Cryptococcus neoformans



Микрофотография
возбудителя заболевания

— Эти грибы, — подчеркнул Андрей Девяткин, — постоянно присутствуют во внешней среде. Основным источником инфицирования людей является помет голубей и загрязненная им почва. Заражение чаще всего происходит путем вдыхания мелких дрожжевых клеток с частицами пыли. Учитывая повсеместное распространение криптококка, принято считать, что инфицированию подвергаются практически все люди, но риск развития манифестных клинических форм очень мал. Группами риска развития клинически выраженных форм болезни являются лица с различными иммунодефицитными состояниями. Течение болезни у иммунокомпетентных лиц, как правило, стертое, симптомы криптококкоза неспецифичны. Течение же криптококкоза у иммуносупрессированных лиц острое. Чаще всего заболевание начинается с клиники острого менингоэнцефалита, процесс быстро принимает генерализованный характер. Иногда первичный очаг поражения локализован в легких — появляются тупые ноющие боли в грудной клетке, кровохарканье. Процесс охватывает интерстиций легочной ткани, быстро нарастает дыхательная недостаточность. Легочная форма встречается примерно у трети больных. Диссеминированная форма часто диагностируется у больных иммунодефицитными состояниями. Поражаются сердце, кости, почки и надпочечники, глаза, предстательная железа и лимфатические узлы. Диагноз ставится при обнаружении почкующихся дрожжевых клеток, окруженных капсулой при окраске тушью. Больным криптококкозом обычно назначают внутривенно амфотерицин В как в комбинации с фторцитозинном, так и без него. Затем постепенно переходят на флуконазол.

Комментируя рассматриваемый случай, специалист заметил:

— У пациента нельзя было исключить дебют заболевания криптококкозом в феврале 2015 года с последующим прогрессированием процесса, развитием генерализации. У нас нет доказательств, что сам криптококк вызвал тромбоз стента. Однако, учитывая бурное развитие воспалительного процесса, криптококкоз вполне мог способствовать гиперкоагуляционному состоянию и острому тромбозу.

Выступивший далее главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения города Москвы Олег Орехов в целом согласился с поставленным в ГКБ № 57 диагнозом. В заключение своего выступления он подчеркнул:

— На вскрытии наряду с инфарктом миокарда 4-го типа при остром тромбозе стента установлен генерализованный криптококкоз с поражением головного и костного мозга, легких, печени, селезенки. При жизни криптококкоз как сочетанное заболевание не диагностирован. Изменения в легких трактовались как проявления саркоидоза. Отмечается расхождение клинического и анатомического диагноза из-за недообследования и переоценки заключения консультанта на догоспитальном этапе. Не была выполнена трансбронхиальная биопсия как метод морфологической верификации саркоидоза.

Итоги обсуждения подвел Леонид Печатников:

— Начну с ведения пациента в поликлинике. Никто не требует от поликлинических врачей поставить диагноз «криптококкоз». Но при наблюдении этого больного было сделано очень много ошибок и очень много не сделано, что было вполне возможно сделать на уровне поликлинического звена. Это недопустимо! Как можно было пропустить на ЭКГ отчетливые признаки перенесенного инфаркта? Почему не было осмотра офтальмологом, УЗИ почек и брюшной полости? Почему ни разу не оценивалась функция внешнего дыхания, не исследовалась мокрота, не поднимался вопрос о необходимости бронхоскопии? И как такое случилось, что в направлении этого больного на плановую госпитализацию в ГКБ № 57 не было сказано ни слова о патологических изменениях в его легких и внутригрудных лимфатических узлах? Работа поликлиники, где наблюдался этот пациент, требует строжайшей проверки. И не только в отношении его случая, но и в отношении всего контингента пациентов.

Теперь о лечении в стационаре. Елена Васильева рассказала нам о критериях, определяющих необходимость ангиопластики у больных, у которых нет острого коронарного синдрома, но при коронарографии выявляется стеноз питающих сердце артерий. Безусловно, это каждый раз решается индивидуально. И вопрос этот крайне непросто. Но в обсуждаемом нами случае была допущена ошибка. И она была тем более досадна, что стентирование у хронических кардиологических больных выполняется не на деньги ОМС. К таким расходам необходимо относиться очень внимательно и проводить стентирования только тогда, когда это действительно необходимо. Спасибо, Елена Юрьевна, что вы обратили внимание на эту проблему. Я прошу главного внештатного специалиста кардиолога города за этим внимательно следить.

И в заключение о криптококкозе. Конечно, эта патология для нас редкая, но в целом диссеминированные поражения легких — огромная проблема в пульмонологии. Она вызывается большим количеством заболеваний, начиная от весьма распространенных, например, метастатического поражения, гематогенно диссеминированного туберкулеза и заканчивая такими экзотическими заболеваниями, как криптококкоз или саркоидоз. И все наши так называемые неинвазивные методы исследования при диссеминированных поражениях легких в большинстве случаев оказываются безрезультатными. Здесь нужна либо трансбронхиальная биопсия, либо открытая биопсия при торакоскопии. Но нужны ли эти травматичные процедуры? Вопрос тут нередко оказывается еще сложнее, чем в отношении ангиопластики. В данном случае я считаю, что Андрей Белевский оказался прав, поскольку он учел кардиальный компонент у этого больного. И поэтому понял, что саркоидоз, а я не исключаю, что он действительно присутствовал у пациента, не представляет серьезной угрозы.

КАСКАД ОШИБОК

В ходе февральской общегородской клинико-анатомической конференции на обсуждение также была вынесена история ведения 22-летней пациентки, причиной смерти которой стало нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние, произошедшее на фоне тяжелой эклампсии.

Знакомство собравшихся с историей болезни пациентки начал заместитель главного врача станции СМП им. А.С. Пучкова Георгий Введенский:

— Первый раз наши врачи приехали к пациентке на 8-м месяце беременности по поводу жалоб на головокружение и состояние после обморока 7 ноября 2015 года в 07.43. С пациенткой общение было затруднено из-за языкового барьера (пациентка — гражданка Республики Туркменистан. — **Примечание редакции**). Ее подруга перевела бригаде СМП жалобы на слабость, головную боль, головокружение, тошноту, позывы к рвоте. Резкое ухудшение состояния пациентка отмечала с 07:35. Она проснулась, потеряла сознание, побледнела, у нее появились судороги. Приступ продолжался 30 секунд, затем больная пришла в сознание. Головная боль беспокоила женщину еще накануне вечером, 6 ноября. Данная беременность была первой для женщины, в женской консультации пациентка не наблюдалась, наличие хронических заболеваний отрицала.

Данные объективного осмотра

Состояние тяжелое, но сознание ясное и положение активное, по шкале комы Глазго — 15 баллов. Кожные покровы бледные, сыпи нет, отеки лица, стоп, температура 36,7°C. Высота стояния дна матки соответствует сроку 32–33 недель беременности; выделений из половых путей нет. Сердцебиение плода прослушивается. АД — 160/100 мм рт. ст. (привычное 110/70); тоны сердца звучные, пульс — 96 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания — 20 в мин. SpO₂ — 96%, сахар крови — 6,0 ммоль/л. Проведенная терапия (нифедипин, диазепам, магния сульфат, ингаляция кислорода) оказалась с положительным эффектом.

Были зарегистрированы показатели: АД 135/85 мм рт. ст., пульс — 88 в мин., SpO₂ — 98%.

В 9 часов утра того же дня пациентка была доставлена в ГКБ им. Ф.И. Иноземцева.

О прошедших родах рассказал заместитель главного врача больницы по акушерско-гинекологической помощи Сергей Апресян:

— Пациентку доставила к нам бригада СМП с диагнозом: «беременность 32–33 недели, состояние после эclamптического припадка, угроза преждевременных родов». Проживала пациентка с мужем в бытовке на территории строительного объекта. Жалоб при поступлении она не предъявляла. Со слов родственников, дома до приезда СМП имело место состояние, похожее на судороги. При первичном осмотре сознание было ясное, головной боли не было, АД 140/80 мм рт. ст., отеки нижних конечностей.

Анамнез пациентки при поступлении в ГКБ им. Ф.И. Иноземцева

Перенесенные общесоматические заболевания: ОРВИ, детские инфекции.
 Бывшие гинекологические заболевания отрицает. Менструации с 12 лет, умеренные, безболезненные, регулярные.
 Половая жизнь с 21 года, брак 1-й, не зарегистрированный. Данная беременность первая. Рост 162 см, вес 65 кг.

Результаты осмотра в приемном отделении ГКБ им. Ф.И. Иноземцева

Состояние средней тяжести. АД — 140/80 мм рт. ст., пульс — 76 в мин. Т — 36,6 °С. Кожные покровы бледно-розовые. Дыхание и тоны сердца в норме. Живот увеличен за счет беременной матки. Пальпация безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное, предлежит головка плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное до 144 в 1 мин., его шевеления ощущаются хорошо. Выделений из половых путей нет. Отеки голеней, стоп. Окружность живота 87 см, высота дна матки 32 см. Влагищное исследование решено было не проводить до стабилизации состояния.
 УЗИ плода: его размеры соответствуют гестационному сроку 35–36 недель. Нарушение кровотока 1 «А» стадии. Предполагаемая масса плода — 2500 г, степень зрелости плаценты II, индекс амниотической жидкости 12,5.
 Диагноз: беременность 35–36 недель, головное предлежание, преэclamпсия средней тяжести.

В условиях приемного отделения была начата магниальная терапия. Затем пациентка была переведена в отделение анестезиологии и реанимации родильного дома. Через 50 минут в реанимационном отделении женщина была вновь осмотрена, ее состояние оказалось без отрицательной динамики. Сердцебиение плода было ясное, ритмичное, по результатам кардиотокографии состояние пациентки удовлетворительное, оценка по шкале Фишера — 8–9 баллов.
 — Влагищное исследование показало незрелость родовых путей, — добавил докладчик, — пациентке был выставлен диагноз в прежней формулировке, но к нему прибавилась анемия средней тяжести, поскольку клинический анализ крови показал данное отклонение (с 07.11 по 09.11 снижение уровня гемоглобина с 98 до 81 г/л), а также тромбоцитопению.

Рисунок 1. Клинический анализ крови

Анализ	07.11.15 10.07	07.11.15 19.09	08.11.15 06.02	08.11.15 23.11	09.11.15 08.00	Единица измерения
Лейкоциты	16.8	22.4	22.5	19.5	17.3	10 ⁹ /л
Гемоглобин	98	97	94	87	81	г/л
Эритроциты	3.17	3.09	3.0	2.78	2.57	10 ⁶ /л
Гематокрит	27.3	27	24.8	24.8	25	%
Тромбоциты	62	69	62	97	62	10 ⁹ /л

Биохимия крови

Анализ	07.11.15 10.56	08.11.15 08.00	09.11.15 08.00	Единица измерения
Общий белок	65.0	60.0	58.0	г/л
Глюкоза	5.4	5.8	5.0	Ммоль/л
Билирубин общий	11.4	10.1	6.5	Мкмоль/л
АЛТ	11.2	6.4	5.9	Ед/л
АСТ	22.2	19.6	21	Ед/л
Щелочная фосфатаза	214.7	200		Ед/л

В анализе мочи при поступлении был обнаружен белок (3 г/л), но в следующие сутки это значение снизилось до 0,3 г/л.

Рисунок 2. Общий анализ мочи

Анализ	07.11.15 10.09	07.11.15 16.00	07.11.15 18.31	08.11.15 08.00
Прозрачность	мутная	мутная	мутная	неполн
Уд. вес	1.010	1.007	1.007	1.008
Глюкоза	нет	нет	нет	нет
Белок	3.0	1.0	0.3	0.3
Кислотность	7.0	7.0	7.0	7.0
Эритроциты	10	10	10	5
Лейкоциты	75	25	75	25

7–8 ноября беременная находилась в реанимации. Состояние пациентки оставалось стабильным. За двое суток ей было введено 53 г сухого вещества магния. Однако 9 ноября в 9 утра возникла необходимость в проведении срочного консилиума, так как за час до этого состояние больной ухудшилось. Проявления: нарастание симптомов преэклампсии, сильная головная боль, повышение АД до 140/90 мм рт. ст.

— В клиническом анализе крови обращала на себя внимание тромбоцитопения, — продолжил Сергей Апресян. — Учитывая нарастание симптомов эклампсии, прирост факторов перинатального риска до значения 28 баллов, было решено закончить эту беременность путем экстренной операции «кесарево сечение». С 09.35 до 10.15 в тот же день было произведено чревосечение по Дж. Кохану (кесарево сечение по Штарку) под спинномозговой анестезией. В 9.37 была извлечена живая недоношенная девочка массой 2580 г, длиной 49 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Кровопотеря во время операции составила 800 мл, диурез 200 мл, показатели гемодинамики были без существенных отклонений.

В последующие 2 дня пациентка находилась в реанимации родильного дома. Ее состояние было стабильное с положительной динамикой. Однако по лабораторным показателям был выявлен лейкоцитоз, поэтому назначена антибактериальная терапия. Продолжала регистрироваться анемия и тромбоцитопения. Была продолжена магниевая гипотензивная, седативная терапия.

— Был проведен новый консилиум, — добавил Сергей Апресян, — по итогам которого родильница была переведена в послеродовое отделение в удовлетворительном состоянии. Послеродовый период протекал без особенностей при стабильной гемодинамике. В дополнение к антибактериальной и гипотензивной была назначена антианемическая терапия. Существенных проблем при консультации окулистом и терапевтом выявлено не было. Заживление послеоперационного шва шло первичным натяжением, без осложнений. Ребенок на четвертые сутки после родов был переведен в детскую инфекционную больницу № 6.

УЗИ матки от 12 ноября 11.15.

Тело матки размером 112 x 65 x 98 мм, контуры ровные, четкие. Область придатков и рубца на матке без особенностей. Полость матки не расширена. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

Заключение: эхографическая картина соответствует сроку послеродового периода.

В то же время клинико-лабораторные показатели крови по-прежнему демонстрировали ряд отклонений: лейкоцитоз, анемию, тромбоцитопению, снижение общего белка.

Рисунок 3. Клинико-лабораторные показатели крови

Клинический анализ крови	12.11.15 t	Единица измерения	Норма
Лейкоциты	15.0	10 ⁹ /л	4.0–9.0
Гемоглобин	79.7	г/л	120–140
Эритроциты	2.59	10 ⁶ мм ³	3.8–6.5
Гематокрит	23.3	%	35–42
Тромбоциты	61	10 ⁹ мм ³	150–390

Биохимия крови	12.11.15	Единица измерения	Норма
Общий белок	51.7	г/л	66.0–83.0
Мочевина	3.8	ммоль/л	3.20–8.20
Креатинин	56.7	мкмоль/л	44.0–71.0
АЛТ	23.0	Ед/л	0.0–45.0
АСТ	28.8	Ед/л	10.0–35.0

14 ноября, то есть на шестые сутки пребывания в роддоме, по настойчивой просьбе родильницы, она в удовлетворительном состоянии была выписана домой с рекомендациями.

Заключительный диагноз

«Первые преждевременные оперативные роды на 36-й неделе, преэклампсия тяжелой степени, плацентарная недостаточность, анемия средней степени тяжести, кесарево сечение».

Второй раз, по словам Георгия Введенского, бригада СМП приезжала к пациентке 20 ноября — через 11 дней после родов и через 6 дней после выписки из больницы. Пациентка была в сознании, жаловалась на боль внизу живота в течение трех дней.

— Ее состояние было оценено как средней тяжести, показатели сердечной деятельности и дыхания без существенных нарушений, за исключением учащенного пульса до 112 в мин.,

— добавил специалист. — Живот мягкий, болезненный над лоном, симптомов раздражения брюшины не было, послеоперационный рубец без особенностей. Из половых путей были умеренные кровянистые выделения, температура 37,2 °С.

С диагнозом «послеродовый эндометрит» пациентка была доставлена в ГКБ им. Ф.И. Иноземцева.

— При поступлении, — продолжил рассказ Сергей Апресян, — 20 ноября в 02.29 состояние больной было в целом такое же, как описанное за 2 часа до этого бригадой СМП. В приемном отделении было проведено влагалищное исследование.

Результаты влагалищного исследования в ГКБ им. Ф.И. Иноземцева

Шейка матки сформирована, наружный зев закрыт. Тракции за шейку матки чувствительные. Тело матки болезненное при пальпации, оно в едином конгломерате с образованием, расположенным кпереди от матки размером 10 x 8 x 8 см. Придатки с обеих сторон не определяются.

Выделения из половых путей кровяные, незначительные.

— В анализе крови, — добавил Сергей Апресян, — проявились, по сути, те же отклонения, которые регистрировались в последние дни предыдущего пребывания пациентки в нашем стационаре: лейкоцитоз, анемия, тромбоцитопения, снижение общего белка. В моче присутствовал белок. Рентгенография органов грудной клетки и ЭКГ не выявили патологий. УЗИ органов малого таза и брюшной полости обнаружило отграниченное жидкостное образование в малом тазу, признаки несостоятельности послеоперационного рубца на матке и эндометрита. Был поставлен диагноз: «эндометрит, преэклампсия тяжелой степени, под вопросом несостоятельный шов на матке, анемия». 20 ноября состоялся консилиум. Было решено провести комплексную антибактериальную и магниезиальную терапию и после дообследования выбрать тактику лечения. Осмотры хирургом, неврологом, терапевтом и окулистом не выявили дополнительных патологий.

В тот же день была выполнена лапароскопия.

Результаты лапароскопии в ГКБ им. Ф.И. Иноземцева

Интраоперационно выявлено: гематома в объеме 100 мл, отграниченная задней стенкой мочевого пузыря, передней стенкой матки, левой маточной трубой, петлями кишечника и большим сальником. Левая маточная труба гиперемирована, отечная, имбибирована кровью. В интерстициальном отделе подпаяна к шву на матке. Шов на матке интимно спаян с париетальной брюшиной передней брюшной стенки. В левом углу шов истончен.

Гистероскопия показала, что полость матки расширена, трубные углы доступны осмотру, в левом углу послеоперационного шва имеется дефект мышечной ткани в виде «ниши», (серозная оболочка сохранена) не сообщающийся с брюшной полостью.

Было произведено разделение спаек, тубэктомия слева, брюшная полость и полость матки санированы раствором диоксидина. В позадматочное и переднематочное пространство установлены дренажи.

После операции женщину перевели в отделение анестезиологии-реанимации.

— Пациентка поступила к нам 20 ноября в 17.00 при продолжающейся искусственной вентиляции легких, в тяжелом состоянии постнаркотической депрессии, оценка по шкале APACHE II — 13 баллов, — продолжил рассказ заведующий этим отделением Олег Варнавин. — Показатели сердечной деятельности — без существенных нарушений, кожные покровы сухие, теплые обычной окраски, температура 37,2 °С, язык влажный, живот не вздут, мягкий. Перистальтика кишечника выслушивалась, моча по катетеру светлая.

В отделении был налажен мониторинг жизненно важных функций. Выполнены: рентген органов грудной клетки, ЭКГ, УЗИ брюшной полости, лабораторный контроль крови и мочи.

Инструментальные методы не выявили заметных нарушений. Однако анализы крови, мочи, коагулограмма, оценка кислотно-основного состояния крови обнаружили существенные отклонения.

Рисунок 4. Клинический анализ крови

Анализ	20.11.15	21.11.15	22.11.15	23.11.15	24.11.15	25.11.15	Единица измерения	Норма
Лейкоциты	24.1	20.9	21.3	13.0	22.7	31.8	10 ⁹ /л	4.0–9.0
Гемоглобин	97	86	76	108	123	136	г/л	117–155
Эритроциты	3.06	2.85	2.46	3.46	3.99	4.52	10 ⁶ мм ³	3.8–5.1
Гематокрит	27.9	25.7	22.7	31	35.9	40.5	%	35–45
Средний объем эритроцитов	91	90	92	90	90	90	Мм ³	81–100
Тромбоциты	50	55	82	41	102	206	10 ³ мм ³	150–390
Лимфоциты	1.9	1.9	1.96	1.88	1.71	4.87	10 ³ мм ³	1.2–3.0
Гранулоциты	21.7	18.6	10.8	9.6	19.8	31.8	Тыс/мкл	1.2–6.8
Цветной показатель	0.95	0.91	0.93	0.94	0.92	0.90		0.86–1.05

Рисунок 5. Клинический анализ мочи

Анализ	20.11.15	24.11.15	25.11.15	Единица измерения	Норма
Цвет	желтый	Бледно-желтый	Бледно-желтый		
Уд. вес	1.021	1.007	1.004		1.003–1.035
Глюкоза	норма	норма	отр	Ммоль/л	<2.8
Белок	1.0	0.1	0.1	г/л	<0.15
Кислотность	слабо-кислая	нейтральная	слабо-кислая		5.0–7.0
Эритроциты	>10	0.6	0.3	мг/л	отр
Кетоны	отр	отр	отр	Ммоль/л	<1.0
Лейкоциты	250	отр	отр	лей/мкл	<20

Рисунок 6. Кислотно-основное состояние крови

Анализ	20.11.15	21.11.15	22.11.15	Единица измерения	Норма
pH	7.37	7.36	7.37		7.32–7.42
PaCO ₂	32.7	40	35.9	мм. рт. мт	42–55
PaO ₂	42.8	44	55.9	мм. рт. мт	37–42
BE		-2.2	-3.6	Ммоль/л	0+/-2.3

— Обращает на себя внимание высокий лейко- и гранулоцитоз, снижение уровня гемоглобина, тромбоцитопения, протеинурия, эритроциты в моче, проявления метаболического ацидоза, — дополнил Олег Варнавин. — С учетом стабильного состояния больной в 20.00 она была экстубирована. Течение раннего послеоперационного периода было благоприятное, на фоне стабильной гемодинамики, нормального дыхания, достаточного диуреза.

В 21.00 была проведена консультация с главным внештатным специалистом по анестезиологии и реаниматологии Департамента здравоохранения города Москвы Д.Н. Проценко.

Согласованный план диагностических мероприятий и терапии

- Инфузионная терапия: под контролем диуреза, из расчета 30–40 мл/кг/сут. (при диурезе 2500 мл/сут. — в/в инфузия 2300 мл/сут.).
- Антибактериальная терапия: инванз, эдидин.
- Противоязвенная терапия: желкизол.
- Антикоагулянтная терапия: клексан.
- Гемоплазматранфузии: эритроцитарная масса, плазма крови, тромбомасса.
- Магнезиальная терапия.
- Анальгетическая терапия и энтеральное питание.

22–23 ноября состояние пациентки расценивалось как стабильно тяжелое, грубых гемодинамических и дыхательных нарушений не было. Активных жалоб пациентка не предъявляла.

Диагноз

Состояние после родов путем операции кесарева сечения по поводу преэклампсии тяжелой степени. Эндометрит. Частичная несостоятельность шва на матке с формированием гематомы. Спаечный процесс в брюшной полости. Левосторонний сальпингит. Лапароскопия от 20 ноября. Разделение спаек. Опорожнение гематомы, ушивание дефекта послеоперационного шва на матке. Тубэктомия слева. Санация и дренирование брюшной полости. Гистероскопия. Выскабливание стенок полости матки. Анемия. Тромбоцитопения.

— Чем вы объясняли для себя столь выраженную тромбоцитопению? — спросил Леонид Печатников.

— Мы предполагали, что причина — воспалительный процесс. Обнаружить его мы планировали в процессе дальнейших обследований, — последовал ответ Олега Варнавина.

— Обычно при воспалительных процессах и опухолях присутствует нарушение обратного характера — тромбоцитоз, — возразил Леонид Печатников, — мы еще вернемся к этому вопросу.

По словам Олега Варнавина, 24 ноября в 01.05 состояние больной резко ухудшилось: угнетение сознания, эпизоды сильных судорог, атоническая кома. В связи с возникновением дыхательных и гемодинамических нарушений больная переведена на искусственную вентиляцию, был введен норадреналин. После стабилизации состояния пациентке была выполнена КТ мозга и органов грудной клетки.

Заключения по КТ*Мозг*

Картина внутримозговой гематомы правой лобной доли объемом до 28 см³ с прорывом и тампонадой желудочковой системы (не исключается артериовенозная мальформация). Нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние. Отек головного мозга. Окклюзионная гидроцефалия. Поперечная и аксиальная дислокация.

Грудная клетка

Картина двухсторонней нижнедолевой пневмонии. Двухсторонний гидроторакс.

По словам Олега Варнавина, после этого были проведены консультации с неврологом и нейрохирургом, которые подтвердили диагноз, прозвучавший в заключении по КТ, отклонили показания к оперативному лечению и рекомендовали продолжить консервативную терапию. Степень тяжести больной по шкале АРАСНЕ II была оценена как очень высокая — 33 балла. 24 ноября в 18.00 был проведен консилиум с участием главного врача ГКБ им. Ф.И. Иноземцева А.Е. Митичкина и заведующей кафедрой акушерства и гинекологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова Э.Ю. Доброхотовой. В диагноз были внесены изменения. Причинами резкого ухудшения неврологического статуса были признаны: разрыв артериовенозной мальформации; внутримозговая гематома в правой гемисфере с прорывом крови в желудочки мозга, окклюзионная гидроцефалия. Заключение консилиума: тяжесть состояния обусловлена отеком мозга с дислокационным синдромом. Было рекомендовано продолжить лечение в условиях отделения реанимации.

Пациентка в это время пребывала в состоянии комы, несмотря на интенсивные реанимационные мероприятия. Прошли консультации выездного нейрохирурга НИИ СП им. Н.В. Склифосовского и главного внештатного специалиста нейрохирурга Департамента здравоохранения А.А. Гриня. По заключению этих специалистов, учитывая распространенность поражения мозга и тяжесть состояния пациентки, она не подлежала нейрохирургическому вмешательству. Состояние пациентки ухудшалось. 25 ноября в 19.25 была констатирована биологическая смерть.

В клиническом диагнозе основными заболеваниями, ставшими причиной смерти, значились: «разрыв артериовенозной мальформации; внутримозговая гематома в правой гемисфере с прорывом в желудочки мозга, окклюзионная гидроцефалия, субарахноидальное кровоизлияние».

Патологоанатомический диагноз по результатам вскрытия больной представила заведующая патологоанатомическим отделением ГКБ № 31 ДЗМ Людмила Михалева:

— Основное заболевание: «обширное нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние при наличии тромбоза синусов твердой мозговой оболочки и правой ветви внутренней яремной вены, развившееся в раннем послеродовом периоде после первых преждевременных оперативных родов. Операции: чревосечение по Джозл-Кохену, кесарево сечение по Штарку. Фоновое заболевание: эклампсия во время беременности. Осложнения: вторичная ишемия головного мозга. Прорыв крови в желудочки головного мозга. Анемия (Hb 86 г/л). Неоднократные гемотрансфузии. Протеинурия (до 3 г/л). Тромбоцитопения (до 41х10³). Гипопротеинемия (до 45 г/л). Несостоятельность швов на матке. Гематома малого таза. Экстренная лапароскопия, разделение спаек, опорожнение гематомы и ушивание дефекта послеоперационного шва на матке, тубэктомия слева, санация и дренирование брюшной полости, гистероскопия, выскабливание полости матки. Правосторонняя нижнедолевая очагово-сливная пневмония. «Шоковые» почки. Кровоизлияния в надпочечниках, жировой клетчатке малого таза. Отек и дислокация структур мозга. Сопутствующие заболевания: двусторонний многоузловой коллоидный зоб».

— Так от чего же умерла больная? — спросил Леонид Печатников.

— На фоне патологии беременности, называемой эклампсией, — ответила Людмила Михалева, — происходит патологическое изменение эндотелия кровеносных сосудов, повышается

проницаемость их стенок. Эти нарушения и привели к субарахноидальному кровоизлиянию. Смерть наступила именно от поражения мозга.

Выступления рецензентов

Выступавший первым из рецензентов главный внештатный специалист акушер-гинеколог Департамента здравоохранения города Москвы Александр Коноплянников напомнил собравшимся, что материнской смертностью считается обусловленная беременностью смертность женщин, наступившая в указанный период или в течение 42 дней после его окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением. В МКБ 10 есть понятие — «поздняя материнская смерть» — смерть матери от любой акушерской причины спустя 42 дня, но не менее одного года после родов. Самые частые акушерские причины материнской смертности — внематочная беременность, акушерские кровотечения, эклампсии, сепсис во время родов и в послеродовом периоде, аборт, осложнения анестезии, акушерская эмболия. С 2001 по 2015 г. материнская смертность в Москве снизилась с 37 до 12 на 100 тыс. новорожденных. В 2014–2015 гг. таких случаев в Москве было всего лишь по 17 в год.

— У меня нет никаких претензий к работе бригады СМП, когда она приехала к пациентке по ее первому вызову 7 ноября, — продолжил Александр Коноплянников. — Начиная с постановки диагноза, все было сделано правильно, в соответствии с клиническими рекомендациями Минздрава России от 23.09.2013 «Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и в послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия». А вот дальше начались проблемы. Главная ошибка врачей из ГКБ им. Ф.И. Иноземцева состояла в том, что в приемном отделении они поставили диагноз «преэклампсия средней степени тяжести». На самом же деле степень преэклампсии была тяжелой. И это требовало другой тактики обследований, лечения и ведения пациентки. Верный диагноз был поставлен только через три дня. Но время было упущено, важные мероприятия проведены с опозданием.

Александр Коноплянников проанализировал клиническое состояние пациентки и результаты ее анализов, прежде всего показатели тромбоцитопении, и сопоставил их с теми, которые указываются в клинических рекомендациях в отношении тяжелой преэклампсии. По его мнению, у лечащих врачей были все основания для постановки такого диагноза. Если бы эклампсия была признана тяжелой, надо было срочно готовить незрелую шейку матки к родоразрешению. А затем, если есть признаки полиорганной недостаточности, то рекомендации требуют выполнить экстренное родоразрешение в течение 4—6 часов, а если этого расстройства нет, — в течение суток.

— Главными недостатками оказания медицинской помощи пациентки в стационаре с 7 по 14 ноября я считаю недооценку тяжести эклампсии при поступлении пациентки. А соответственно и запоздалое родоразрешение — только через 2 суток. Выбор метода обезболивания — спинальная анестезия на фоне эклампсии — тоже был неверный, — заключил Александр Коноплянников. — Не был поставлен в известность заместитель главного врача по акушерству и гинекологии, главный акушер-гинеколог Москвы. Можно говорить о недообследовании в отделении реанимации и интенсивной терапии. Не было консультации невролога, не проводились КТ головного мозга и УЗИ печени; непрерывный мониторинг состояния плода. Серьезной ошибкой я считаю и слишком раннюю выписку пациентки из роддома после эклампсии во время беременности, причем с сильнейшей тромбоцитопенией и другими нарушениями в анализах крови. Кстати, я не нашел ни одного подписанного женщиной документа об ее отказе от лечения.

На втором этапе пребывания пациентки в стационаре Александр Коноплянников обозначил ряд менее серьезных ошибок. В частности, отсутствие бактериологического анализа перед началом противомикробной терапии. По мнению рецензента, второй приступ эклампсии 11 ноября и стал фатальным для этой пациентки. И если бы на первом этапе госпитализации ее вели согласно диагнозу «тяжелая эклампсия», то этого приступа можно было избежать.

— Так какой диагноз мы выставим в конечном счете? — спросил Леонид Печатников.

— Основной причиной смерти, — ответил Александр Конопляников, — стало обширное нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние. Кровоизлияние в головной мозг — наиболее частая причина смерти женщин с эклампсией. Непосредственной же причиной смерти стала полиорганная недостаточность.

Главный внештатный специалист по анестезиологии-реаниматологии Департамента здравоохранения города Москвы Денис Проценко в своем выступлении отметил следующее:

— Каждый анестезиолог знает, если у пациента столь выраженная тромбоцитопения, какая была в рассматриваемом случае, то это абсолютное противопоказание для любых спинальных методов анестезии. Но результаты анализов крови остались анестезиологами роддома незамеченными. И пациентке выполняется анестезия, ей противопоказанная. Плохо и то, что тромбоцитопения в отделении реанимации не корригировалась и не интерпретировалась, несмотря на то что в системе городского здравоохранения есть специальная гематологическая бригада в ГКБ № 52 для экстренных вызовов. Уверен, что тромбоцитопения стала существенной причиной кровоизлияния в головной мозг. А возможно, и главной причиной фатального исхода. Итак, недооценка тяжести эклампсии и одного из ее наиболее грозных проявлений, таких как тромбоцитопения, могли явиться причиной кровоизлияния в мозг. А раз так, то смерть была потенциально предотвратима.

В своей рецензии на патологоанатомическое исследование трупа главный внештатный специалист патологоанатом ДЗМ Олег Орехов в целом подтвердил посмертный диагноз, озвученный Людмилой Михалевой.

— Первоначальной причиной смерти, — сообщил рецензент, — стало обширное нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние при наличии тромбоза синусов твердой мозговой оболочки в раннем послеродовом периоде после первых преждевременных оперативных родов. Непосредственная причина смерти — полиорганная недостаточность. Несмотря на совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов основного заболевания, отмечается недооценка анамнестических и клинических данных во время первой госпитализации при определении тяжести состояния.

— Олег Олегович, — обратился к рецензенту Леонид Печатников, — уточните, пожалуйста, диагноз и непосредственную причину смерти.

— Непосредственная причина — полиорганная недостаточность на фоне эклампсии.

— Совершенно ясно, — возразил, подводя итог обсуждению, Леонид Печатников, — что ваши слова выглядят как попытка скрыть реальное положение вещей. Пациентка умерла от акушерской патологии — тяжелой эклампсии, которая, по сути дела, не была диагностирована. Скажу более определенно — эта патология у нас, как оказалось, диагностируется скорой помощью, но не в акушерском стационаре! Эклампсии постоянно сопутствовала тромбоцитопения, которую никто не собирался объяснять и бороться с ней. Был и каскад других ошибок, невнимательного отношения к женщине. Да, не к русской, да, не к москвичке. Но кроме принципов сострадания к больному, долга врача, есть и денежный вопрос. За эту 22-летнюю женщину перечислял взносы ее работодатель. Потому больнице сполна заплатит страховая компания. В МГФОМС лежит сумма порядка 5 миллиардов рублей на таких больных. Так что лечили вы ее в вашем стационаре небесплатно и не из милости. Тем более это должна была быть качественная работа. Данный случай не должен остаться без внимания. Мы гордимся снижением материнской смертности в нашем городе, которое сохраняется уже несколько лет, и вернуться к показателям прошлого десятилетия не позволим. Мы вынесли сегодня этот случай на конференцию по представлению главного внештатного специалиста акушера-гинеколога, в том числе и потому, что результат работы специальной комиссии по этому случаю выглядит по меньшей мере странным при таком беспрецедентном количестве ошибок. Мы проверим в служебном расследовании, почему так действовала эта комиссия, и отразим в приказе наше отношение к такой работе.

ОПОРТУНИСТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ

В ходе мартовской общегородской клинико-анатомической конференции был рассмотрен случай пациентки, причиной смерти которой стал отек мозга в результате развития острого токсоплазмоза на фоне ВИЧ-инфекции.

О начальном этапе ведения пациентки рассказала заместитель главного врача по медицинской части в больнице «Кузнечики» Троицкого и Новомосковского округов Юлия Карагодина:

— Пациентка родилась в 1981 году, проживала в городе Москве и наблюдалась в Михайло-Ярцевском амбулаторном отделении больницы «Кузнечики». Работала заведующей в частной аптеке. В анамнезе острые респираторные вирусные инфекции, обструктивный бронхит, дискинезия желчного пузыря, хронический пиелонефрит, нефроптоз левой почки. С 2010 года по апрель 2015 года пациентка один раз обращалась в поликлинику. 20 апреля 2015 года пациентка обратилась к участковому врачу-терапевту с жалобами на интенсивный сухой кашель, першение в горле, повышение температуры до 37,8 градуса в вечерние часы, затрудненное носовое дыхание, общую слабость. Со слов пациентки, она считала себя больной в течение 7 дней — с момента, когда появились боли в

ОТ РЕДАКЦИИ

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

горле, кашель. Лечилась самостоятельно, принимала в течение 7 дней циклоферон и азитромицин.

Данные осмотра пациентки 20.04.2015 г.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, зев гиперемирован, кожные покровы обычной окраски и влажности. Т — 37,2 °С. В легких — дыхание жесткое, проводится во все отделы, единичные сухие свистящие хрипы. ЧДД — 16 в мин., тоны сердца ритмичные, ясные. АД — 110/60 мм рт. ст., пульс — 72 уд/мин., ритмичный. Язык влажный, не обложен, живот мягкий, безболезненный, печень не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

Диагноз: «Острый бронхит на фоне ОРВИ».

Назначено лечение: цефтриаксон 1,0 в/м 1 р/день № 5, ингаверин 90 мг по 1 таб. в день — 5 дней, амбробене по 1 таб. 3 раза в день — 10 дней, флюкостат 150 мг № 1, зодак 1 таб. 1 раз в день — 5 дней.

Результаты обследования: ОАК от 21.04.2015: эритроциты — $3,81 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 126,0 г/л, лейкоциты — $8,4 \times 10^9/л$, СОЭ — 17 мм/ч.

При проведении флюорографического обследования от 27 апреля 2015 патологических изменений обнаружено не было. Пациентке был открыт листок нетрудоспособности с 20 по 24 апреля и рекомендована повторная явка на прием к участковому терапевту 24 апреля.

Результаты приема терапевта 24.04.2015 г.

Сохраняются жалобы на кашель с трудноотделяемой мокротой, слабость. Объективно состояние относительно удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности, температура 36,7, в легких с обеих сторон жесткое дыхание, хрипов нет, зев умеренно гиперемирован, частота дыхания 16 в минуту, тоны сердца ритмичные, приглушенные, давление 110 на 60, пульс 72 удара в минуту, язык влажный, физиологические отправления в норме.

Диагноз: «Острый бронхит на фоне ОРВИ».

— На основании полученных во время осмотра данных было продолжено лечение цефтриаксоном, добавлены: флуимуцил, грудной сбор № 4, теплое питье, ацилококцилиум и полоскание горла фурацилином, — продолжила рассказ Юлия Карагодина. — Назначена повторная явка на 29 апреля.

29 апреля пациентка на приеме жалоб не предъявляла, отмечала улучшение состояния на фоне лечения. Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет, физиологическое отправление в норме. Диагноз: «острый бронхит, выздоровление».

Листок нетрудоспособности закрывается с 30 апреля 2015 года. Однако 3 мая 2015 пациентка вызывает врача-терапевта на дом с жалобами на сильную головную боль в висках, слабость и периодическую тошноту.

— Со слов пациентки, считает себя больной в течение суток, — продолжает Юлия Карагодина. — Вызывала бригаду скорой медицинской помощи. После сосудистой терапии, проведенной бригадой «скорой», состояние улучшилось,

интенсивность головной боли уменьшилась. От госпитализации пациентка отказалась. При дальнейшем ухудшении состояния вызвала врача на дом из поликлиники.

Объективно состояние пациентки оценено как относительно удовлетворительное, кожные покровы чистые, температура в норме, зрачки равновеликие, реакция на свет живая, нарушения зрения нет, менингеальных симптомов нет, частота дыхания 16 в минуту, в легких везикулярное дыхание, хрипов нет, тоны сердца приглушены, ритмичные, давление 90 на 60, зев розовый, в позе Ромберга неустойчива.

— С предварительным диагнозом «острая вертебробазиллярная недостаточность» к пациентке была вызвана бригада скорой медицинской помощи, и по наряду 830850 она была госпитализирована в ГКБ №64, — закончила свое выступление заместитель главного врача по медицинской части в больнице «Кузнечики». О помощи, оказанной пациентке бригадами СМП, рассказал заместитель главного врача Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова Георгий Введенский:

— Первый раз вызов бригады скорой помощи к пациентке был 2 мая в 19:53 с поводом головная боль, мигрень. По прибытии пациентка предъявила жалобы на головную боль сжимающего характера, головокружение, многократную рвоту. Данные жалобы, с ее слов, беспокоили в течение последних трех дней. До приезда скорой помощи она принимала самостоятельно баралгин в инъекциях. Наличие хронических заболеваний пациентка отрицала. Ей была проведена глюкометрия.

Данные объективного осмотра пациентки 2.05.2015 г.:

- АД — 130/70 мм рт. ст. (№ 100/60 мм рт. ст.);
- тоны сердца звучные, пульс — 60 в мин., ритмичный, хорошего наполнения;
- дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД — 18 в минуту;
- t — 36,6 °C;
- ритм синусовый, ЭОС вертикальное, ЧСС — 60, очаговых изменений нет.

— В неврологическом статусе отмечалось наличие горизонтального нистагма, в позе Ромберга пациентка была неустойчива, пальценосовую пробу выполняла неуверенно, отмечала системное головокружение, — добавил Георгий Введенский.

Пациентке был установлен диагноз «синдром вертебробазиллярной системы» и проведена терапия мексидолом и глицином согласно утвержденным алгоритмам. От госпитализации пациентка отказалась. В соответствии с действующими правилами пациентке было обеспечено динамическое наблюдение силами бригады скорой помощи.

Повторно бригада скорой помощи была направлена к пациентке в этот же день в 22:37.

— Пациентка отмечала улучшение состояния, незначительное головокружение. По сути, вся зафиксированная ранее симптоматика сохранилась, — уточнил Георгий Введенский. — Также был установлен синдром вертебробазиллярной недостаточности.

Пациентке была повторно предложена госпитализация, от которой она опять отказалась. На следующий день в 14:07 бригада СМП вновь была отправлена

к пациентке по вызову врача из поликлиники с поводом вертебробазилярной недостаточности.

— С сохраняющейся неврологической симптоматикой пациентка была эвакуирована в ГКБ №64, — подвел итог своему выступлению Георгий Введенский. О ведении пациентки в ГКБ №64 рассказала заместитель главного врача по медицинской части стационара Анна Мильто:

— Пациентка поступила к нам 3 мая в 15:40 по наряду скорой помощи и провела в больнице 5 дней. При поступлении пациентка была осмотрена врачом-неврологом, предъявляла жалобы на головокружение и шаткость походки, головную боль. О себе сообщила, что считает себя больной в течение трех лет, когда впервые появились головокружения. Сказала, что за медицинской помощью не обращалась и листка нетрудоспособности у нее не было. При сборе анамнеза было выяснено, что она замужем, у нее есть ребенок. Никаких особых болезней она не отмечала, никакой медицинской документации не представляла. Употребление наркотиков, злоупотребление алкоголем и курение отрицала. Туберкулезом не болела, ВИЧ и парентеральные гепатиты отрицала. При осмотре пациентка была в ясном сознании, контактна, состояние было расценено как среднетяжелое.

Предварительный диагноз: «расстройство вегетативно-нервной системы с доброкачественным позиционным головокружением». Пациентка была госпитализирована в 10-е неврологическое отделение.

Анамнез жизни

Социальный анамнез: бытовые условия удовлетворительные. Замужем, есть ребенок.

Семейный анамнез: наследственность не отягощена.

Вредные привычки: употребление наркотиков, злоупотребление алкоголем, курение — отрицает.

Эпидемиологический анамнез: за границу не выезжала, наличие контактов с инфекционными пациентами и животными — отрицает, наличие туберкулеза, венерических заболеваний, парентеральных гепатитов и ВИЧ-инфекции — отрицает.

Перенесенные заболевания: отрицает.

Физикальное исследование

Общее состояние средней тяжести.

Рост 160 см, вес 53 кг, ИМТ 20,7 кг/м².

Молочные железы без особенностей. Отеков нет.

Дыхание везикулярное. ЧД 18 в мин.

Тоны сердца ясные, ритмичные.

ЧСС 71 уд. в мин. АД 130/80 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный.

Мочеиспускание не затруднено.

Неврологический статус

Уровень сознания: ясное. Менингеальных знаков нет. Контакт доступен.

Речь: не изменена.

Глазные щели, зрачки D=S. Нистагма нет.

Глоточные рефлексы живые. Глотание не нарушено. Язык по средней линии.

Парезов нет. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные рефлексы D=S. Клонусы отсутствуют.

Гиперкинез, тремор отсутствуют. Патологических стопных знаков нет.

Пальценосовую пробу выполняет удовлетворительно, пяточно-коленную пробу выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга покачивается.

Расстройств чувствительности не выявлено.

Назначено лечение:

■ S. Mexifini 5% 5,0 + Sol.NaCl 0,9% — 200 мл, в/в, капельно;

■ S. MgSO4 25% — 10,0 + Sol.NaCl 0,9% — 200 мл, в/в, капельно;

■ S. Vinpocetini 0,5% — 4,0 + Sol.NaCl 0,9% — 200 мл, в/в, капельно.

— Пациентка находилась под наблюдением врачей-неврологов 3–4 мая. Состояние ее оставалось стабильным. В неврологическом статусе сохранялась неустойчивость в позе Ромберга. И 4 мая в 19 часов врач отметил, что пальценосовую пробу пациентка выполняла с мимопаданием слева и неуверенно справа, — продолжила Анна Мильто. — При осмотре 5 мая жалобы сохранялись. Появилась ригидность затылочных мышц, что было расценено как появление менингеальных знаков. Обсуждался диагноз объемного образования головного мозга или даже субарахноидального кровоизлияния.

В связи с этим пациентка была направлена на магнитно-резонансное исследование головного мозга, при котором были выявлены множественные округлые образования неоднородной структуры (Рис. 1).

Результаты магнитно-резонансного исследования с контрастированием 05.05.2015 г.

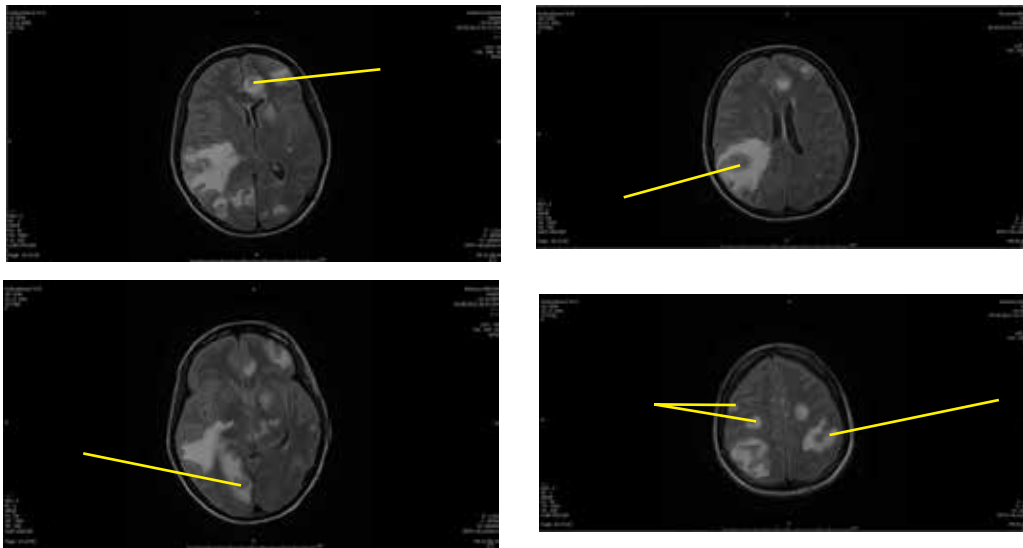
В белом веществе обоих полушарий, стволе и мозжечке — множественные округлые образования неоднородной структуры, окруженные зонами перифокального отека, наиболее крупное (в височной доле справа) — 20 мм в диаметре, наименьшее — 5 мм.

Срединные структуры смещены влево на 6 мм.

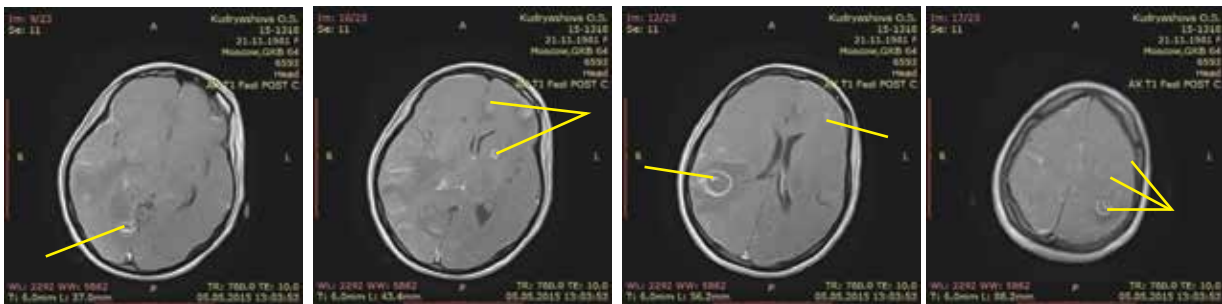
Образования накапливают контрастное вещество по периферии и малыми участками в центральных отделах. Прилежащие отделы желудочков и субарахноидальных образований компримированы отеком. Водопровод сужен, однако признаков его тотального стеноза не выявлено.

Закключение: множественные мультифокальные внутримозговые образования, наиболее вероятно метастатического генеза.

Рисунок 1. Снимки магнитно-резонансной томографии



Исследование с контрастом



— После проведения исследования пациентка была осмотрена нейрохирургом. Заключение нейрохирурга также говорило о возможном метастатическом поражении, — продолжила Анна Мильто. — Экстренное нейрохирургическое оперативное лечение и перевод в отделение нейрохирургии показан не был. Продолжалось лечение реамберином, дексаметазоном, диакарбом и кетаролом при болях. 5-го числа у пациентки взята кровь на ВИЧ и начато обследование в рамках онкопоиска (Табл. 1,2). Проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Проведенные в ГKB №64 исследования

Общий анализ мочи (03.05, 05.05): без патологических изменений.

На ЭКГ (03.05, 05.05): ритм синусовый, чсс 61 в мин., вертикальное положение ЭОС.

Рентгенограмма грудной клетки (03.05): легочный рисунок не изменен, корни структурны, синусы свободны.

Рентгенография черепа (03.05): костных травматических изменений не выявлено.

Взята кровь на ВИЧ 05.05.15.

Таблица 1. Результаты общего анализа крови 5.05. 2015 г.

Параметр	03.05	05.05	05.05
Лейкоциты (*10 ⁹ /л)	3.3	6	5.2
Гемоглобин (г/л)	91	102	97
Эритроциты (*10 ¹² /л)	3.05	3.5	3.4
Тромбоциты (*10 ⁹ /л)	152	176	107
Нейтрофилы абс. (*10 ⁹ /л)	1.7 (2)	4.8	4.4
Лимфоциты абс. (*10 ⁹ /л)	1 (1.2)	0.7	0.5
Нейтрофилы (%)	49.2	80.3	83
Лимфоциты (%)	31.4	11	11.3
СОЭ (мм/ч)	31	36	40

Таблица 2. Результат биохимического анализа крови 5.05.2015 г.

Параметр	Результат
Креатинкиназа в сыворотке крови	62 Е/л
Триглицериды в сыворотке крови	2,14 ммоль/л
АЛТ в сыворотке крови	39 Е/л
АСТ в сыворотке крови	32 Е/л
Общий билирубин в сыворотке крови	8 мкмоль/л
Креатинин в сыворотке крови	70 мкмоль/л
Глюкоза в сыворотке крови	6,5 ммоль/л
ЛДГ в сыворотке крови	290 Е/л
Мочевина в сыворотке крови	4,3 ммоль/л



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

Реализует
широкий спектр
образовательных программ
в сфере повышения
профессиональной
квалификации медицинских
работников



НАТАЛЬЯ КАМИНИНА

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ДИРЕКТОРА ИНСТИТУТА ПО НАУКЕ, Д.М.Н.:

“ Управление научными исследованиями, развитие кадрового потенциала и соединение науки с практикой – главные составляющие успешного развития всей нашей отрасли.

- РАЗРАБОТКА И РЕАЛИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНЫХ РЕШЕНИЙ В ОБЛАСТИ УПРАВЛЕНИЯ РЕСУРСАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
- ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА НАУЧНЫХ И ИНВЕСТИЦИОННЫХ ПРОЕКТОВ В СФЕРЕ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
- РЕАЛИЗАЦИЯ МОДЕЛИ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

www.niiozmm.org

+7 (495) 951-20-54

niiozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва,

Большая Татарская, 30

— А зачем вы делали анализ крови на ВИЧ? На момент поступления в стационар вы кровь на ВИЧ не брали, я имею в виду ИФА. Никакой операции не предвиделось. Что вас побудило к этому? — попросил уточнить Леонид Печатников.

— Молодая женщина без какого-либо анамнеза, фармацевт, что предполагало, что она все-таки как-то должна следить за своим здоровьем, и лимфопения, которая все-таки была в анализах крови... — последовал ответ.

— Но почему анализ взяли только спустя пять дней?

— Не было возможности взять раньше, потому что 3–4 мая были выходные дни. И первый рабочий день, пятница...

— У нас все самое интересное происходит в выходные дни, понятно, — констатировал Леонид Печатников.

Далее пациентке было проведено УЗИ брюшной полости в динамике, и при ультразвуковом исследовании молочных желез тоже была обнаружена картина фиброзно-кистозной мастопатии.

— 7-го числа пациентка была осмотрена онкологом. Он тоже заподозрил метастатическое поражение без первично выявленного очага и рекомендовал продолжить обследование и симптоматическую терапию. Однако состояние пациентки стало

ухудшаться, продолжила заместитель главного врача ГКБ №64. — 6 мая у пациентки стала подниматься температура сначала субфебрильная, потом фебрильная. И 7 мая появились признаки угнетения сознания, оглушение и нарушение глотания.

В связи с этим пациентка была переведена в палату интенсивного наблюдения, где ей проводилось интеральное питание фрезубином. Гемодинамические параметры были стабильными, нарушение дыхания отсутствовало.

Однако 8 мая в 17:25 состояние пациентки резко ухудшилось, она впала в кому, развился тетрапарез. Пациентка была переведена в реанимационное отделение, но в 17:30 уже в реанимационном отделении была зафиксирована остановка сердечно-дыхательной деятельности. Реанимационные мероприятия были неэффективны. Смерть пациентки констатирована в 18:00 8.05.2015 г.

Заключительный диагноз клинический: «вторичное очаговое метастатическое поражение головного мозга без первично выявленного очага, отек го-

ловного мозга. Сопутствующие заболевания: полип верхнечелюстной пазухи и железодефицитная анемия легкой степени».

— Когда пришел результат анализа на ВИЧ? — спросил Леонид Печатников.

— 10 мая, — ответила Анна Мильто.

— 5 дней делали ИФА? Это нормально? Получается, мы в праздники даже ИФА сделать не в состоянии, — посетовал Леонид Печатников.

Результаты аутопсии пациентки представил врач-патологоанатом Владимир Решетин:

— При проведении аутопсии отмечалось пониженное питание, бурая атрофия скелетных мышц. При осмотре центральной нервной системы на базальной поверхности головного мозга отмечалась странгуляционная борозда от вклинения в большое затылочное отверстие. На разрезе в белом веществе, подкорковых



ОТСУТСТВИЕ ИНФОРМАЦИИ О НАЛИЧИИ У БОЛЬНОЙ ВИЧ, РЕДКОСТЬ ТАКИХ ПАЦИЕНТОВ НЕ ПОЗВОЛИЛИ ЗАПОДОЗРИТЬ ХАРАКТЕРНОЕ ПОРАЖЕНИЕ МОЗГА — ТОКСОПЛАЗМОЗ. УДИВИТЕЛЬНО, ЧТО С 2004-ГО ПО 2015 ГОД ОНА НИ РАЗУ НЕ СДАВАЛА АНАЛИЗ НА ВИЧ. ОЧЕНЬ ПЛОХО, ЧТО МОЛОДАЯ ЖЕНЩИНА СТОЛЬКО ВРЕМЕНИ НЕ УДЕЛЯЛА ДОЛЖНОГО ВНИМАНИЯ СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ, НЕ ОБСЛЕДОВАЛАСЬ.

Андрей ГРИНЬ

ядрах, левом полушарии мозжечка отмечались множественные округлые разновеликие образования пестроватого вида. Более плотная центральная часть, и по периферии зона колликативного некроза. В легких явление отека очаговой пневмонии в 8–10 сегментах обоих легких. Печень незначительно увеличена. На этапе проведения вскрытия окончательной концепции по диагнозу не было, потому что очаги можно было трактовать по-разному. Это могли быть и демиелинизирующие заболевания, и метастатическое поражение, и абсцессы. Поэтому нам важно было получить результаты гистологического исследования. Вскрытие проводилось 10 мая. После вскрытия через несколько часов мы получили положительный блот. Через несколько дней пришли результаты гистологического исследования. На микрофотографии ткани головного мозга мы можем видеть огромный полиморфноклеточный инфильтрат, зоны перифокального некроза, признаки васкулита. При детальном изучении инфильтратов ткани головного мозга определялись псевдоцисты и цисты. На микропрепарате ткани легкого при окраске азуром более четко видны псевдоцисты и цисты. В синусоидах печени скопление цист. По остальным системам органов в ходе гистологического исследования особенностей не было выявлено. На основании полученного положительного блота гистологического исследования был выставлен окончательный патологоанатомический диагноз: основное заболевание: «ВИЧ-инфекция в стадии 4В СПИД на основании иммуноблота и наличия вторичного заболевания, токсоплазмоз с поражением головного мозга, легких и печени, некротический энцефалит с множественным поражением подкорковых ядер белого вещества головного мозга и левого полушария мозжечка» (Рис. 2). Непосредственной причиной смерти послужил отек головного мозга с дислокацией ствола.

Рисунок 2. Токсоплазмоз с поражением головного мозга



Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: ВИЧ-инфекция, стадия 4В (СПИД) (иммуноблот №787570 от 08.05.15 положительный).

Вторичное заболевание. Токсоплазмоз с поражением головного мозга, легких, печени. Некротический энцефалит с множественным поражением подкорковых ядер и белого вещества всех областей обоих полушарий и в левом полушарии мозжечка.

Осложнения. Отек и набухание головного мозга с дислокацией ствола. Очаговая пневмония в VIII–X сегментах легких. Острые эрозии слизистой оболочки желудка. Кахексия. Отек легких.

Выступления рецензентов

Первым из рецензентов выступал главный внештатный специалист нейрохирург Департамента здравоохранения Москвы Андрей Гринь:

— При разборе данного случая прежде всего обращает на себя внимание неспецифичность неврологических симптомов. В этом случае нужно помнить, что одни и те же жалобы пациентов могут быть обусловлены разными заболеваниями. И мы, прежде чем что-то лечить, конечно, пытаемся выяснить, а что лечить, собственно говоря, будем. Поэтому в принципе тактика, выбранная в ГКБ №64, правильная. Почему? Если в течение суток неспецифическая терапия не помогала, следовало думать о том, что может быть что-то более серьезное. Собственно и была назначена действительно объективизация: МРТ головного мозга.

Андрей Гринь обратил внимание на то, что фактически у врачей не было времени всесторонне обследовать пациентку.

— А обследовать было что. МРТ-изменения более всего похожи на множественные метастатические очаги, но, учитывая возраст больной и отсутствие выраженного перифокального отека, характерного для метастазов, можно было данные изменения в мозге дифференцировать с вирусным энцефалитом или острым демиелинизирующим процессом. Все это требовало определенного диагностического набора и какого-то времени для обследования, которого не оказалось у врачей данного стационара, — уточнил Андрей Гринь.

По мнению специалиста, сузить поле диагностического поиска мог бы результат анализа на ВИЧ, но его-то как раз и не оказалось в руках у врачей.

— Отсутствие информации о наличии у больной ВИЧ, редкость таких пациентов не позволили заподозрить характерное поражение мозга — токсоплазмоз, — считает Андрей Гринь.

По мнению рецензента, не вызывает сомнений, что причиной смерти пациентки явился отек и дислокация головного мозга, развившиеся на фоне токсоплазмоза с поражением головного мозга и легких, обусловленного глубоким иммунодефицитом на фоне ВИЧ-инфекции.

— Удивительно, что с 2004-го по 2015 год она ни разу не сдавала анализ на ВИЧ. Очень плохо, что молодая женщина столько времени не уделяла должного внимания своему здоровью, не обследовалась, — посетовал Андрей Гринь. — Если больные люди не будут сами проявлять интерес к своему здоровью и приходиться к нам за помощью, мы не сможем вовремя диагностировать болезнь и будем, к сожалению, иметь дело с заболеваниями уже в терминальной стадии. Должна быть какая-то социальная реклама, люди должны знать, что нужно обследоваться, потому что, если они будут знать о таких случаях, который сегодня мы разбираем, это подтолкнет их или их знакомых вовремя прийти к врачу на профилактический осмотр.

Следующим вступал главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Департамента здравоохранения Москвы Алексей Мазус:

— Прежде всего хочу сказать, что в Московском регионе достаточно широкое распространение токсоплазмоза — 40%. Если речь идет о токсоплазмозе у больного ВИЧ-инфекцией, то без лечения, как правило, течение этой болезни заканчивается гибелью больного.

В истории ведения пациентки на поликлиническом уровне специалист обратил внимание на два анализа с противоположными результатами: в одном СОЭ повышена — 47, в другом — норма.

— Врач стоял перед выбором, выписать больную или лечить и обследовать дальше, — подчеркнул Алексей Мазус. — По-видимому, руководствуясь исследованием с нормой, больничный был закрыт.

Далее он обратил внимание на то, что при поступлении в стационар больная отрицала наличие ВИЧ-инфекции, наличие больничных листов в последний год, а согласие с планом лечения дает мать пациентки, и подробно остановился на алгоритме проведения анализа на ВИЧ (Табл. 3).

Таблица 3. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции у пациентки (ГКБ №64 ДЗМ)

05.05.15	06.05.15	07.05.15	08.05.15
ГКБ 64	МНПЦДК	МГЦ СПИД	МГЦ СПИД
Забор крови – направление в МНПЦДК	Скрининг: ИФА ВИЧ + направление в МГЦ СПИД, направление-справка исследования на наличие антител к ВИЧ – «ИССЛЕДУЕТСЯ»	ИФА ВИЧ + подтверждающий тест – ИМУННЫЙ БЛОТ	ИБ +

В ходе обсуждения алгоритма исследования проб крови на ВИЧ выяснилась интересная деталь, на которой акцентировал внимание собравшихся Леонид Печатников. При получении положительного результата ИФА стационар не был поставлен об этом в известность. В этом случае сразу же проводят блотинг, чтобы подтвердить наличие ВИЧ в крови. И только потом результаты анализов с окончательным вердиктом отправляются в приславшую пробы крови клинику. Именно поэтому в рассматриваемом случае в ГКБ №64 не узнали вовремя о наличии у пациентки ВИЧ. Алексей Мазус подтвердил, что действует именно такой алгоритм, после чего Леонид Печатников подчеркнул:

— Для всех нас теперь ясно, что если на следующий день после того, как вы отправили кровь на ВИЧ, вы не получили никакого ответа, это вас должно насторожить. Положительный результат ИФА не придет на следующий день, но если нет на следующий день отрицательного результата, почти наверняка проба перепроверяется после положительного ИФА. Это важный момент, который все главные врачи клиник и специалисты должны знать.

Далее Алексей Мазус остановился на проблематике диагностирования и лечения токсоплазмоза у инфицированных ВИЧ:

— Что мы видим у наших больных, что чаще всего можем заметить? Это лихорадки, головные боли, очаговые нарушения, менингеальные симптомы, нарушения функции черепно-мозговых нервов, судорожные симптомы. Важна в этой ситуации динамика развития патологии. Если развитие постепенное, можно успеть оказать помощь. Как правило, таких больных, если вовремя начать этиотропную терапию, можно лечить с положительным эффектом.

Этиотропная терапия и профилактика токсоплазмоза у больных ВИЧ-инфекцией

Сульфаметоксазол/триметоприм (бисептол, ко-тримоксазол):

1920 мг х 2 раза в день внутрь или 1920 мг х 2 раза в день в/в капельно;

пириметамин 25 мг/сульфадоксин (фансидар):

500 мг/200 мг в первый день, далее 75 мг внутрь + лейковорин 25 мг в/м через день.

Продолжительность курса: 6–8 недель.

Профилактика рецидивов:

сульфаметоксазол/триметоприм 960 мг х 2 раза в день до увеличения количества CD4-лимфоцитов \geq 200/мкл.



**ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПОЗДНЕЙ
ПРЕЗЕНТАЦИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ХОДЕ
ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ
ПОМОЩИ НЕОБХОДИМО БОЛЕЕ АКТИВНО
ПРИВЛЕКАТЬ НАСЕЛЕНИЕ К ПРОХОЖДЕНИЮ
ОБСЛЕДОВАНИЯ НА АНТИТЕЛА К ВИЧ.**

Алексей МАЗУС

— Какие мы можем сделать выводы? — сказал в заключение своего выступления Алексей Мазус. — Да, причина гибели больной — отек мозга, да это ВИЧ-инфекция. По сути, это естественное течение ВИЧ-инфекции без терапии с присоединившимся токсоплазмозом и гибелью больной в силу того, что она не лечилась. Еще раз: был ли у нас шанс все-таки поставить диагноз? В 2011 году есть запись, что по направлению невролога она была направлена на МРТ. Что

это было? Может, это была такая первичная реакция процесса? И можно было думать о том, что в 2011 году она переболела токсоплазмозом (Табл. 4). В отношении ГКБ №64 замечаний формальных нет. Тем не менее был задержан анализ, и, по-видимому, в этот момент можно было все-таки подумать о ВИЧ-инфекции, позвонить в центр, сделать быстро тест. Тем не менее не ясно, насколько бы это влияло на судьбу больной на этом этапе развития заболевания. В заключение хочу еще раз напомнить про недавний приказ Департамента здравоохранения города Москвы о совершенствовании диагностики ВИЧ-инфекции в городе. Важнейший пункт этого приказа — при проведении диспансеризации населения рекомендовать обследование на ВИЧ-инфекцию. Вы не можете заставить это сделать, но дать рекомендацию сделать это исследование сейчас уже, конечно, необходимо. Для предотвращения поздней презентации ВИЧ-инфекции в ходе оказания первичной медико-санитарной помощи необходимо более активно привлекать население

к прохождению обследования на антитела к ВИЧ. Врачам общей лечебной сети следует проявлять настороженность в отношении ВИЧ-инфекции.

Леонид Печатников поддержал рецензента:

— Когда человек госпитализируется и у него берут все основные анализы, то, наверное, надо провести и анализ на ИФА. Мне кажется, что это надо делать непременно.

Таблица 4. Клинические проявления и диагностика токсоплазмоза*

Клинические проявления	
Лихорадка	78%
Головная боль	50%
Очаговые неврологические нарушения	80%
Ригидность затылочных мышц	20%
Нарушения функции черепно-мозговых нервов	60%
Судорожный синдром	30%
Нарастание симптоматики: - остро	21%
- постепенно (1 нед - 1,5 мес)	79%
CD4+ на момент заболевания	< 100 у 80% > 350 у 5%

Лабораторная диагностика	
СМЖ	<p>Норма: 20–30%. Белок: 10–50 мг%. Лейкоциты: 0–40/мл (моноциты).</p>
Специальные методы	Обнаружение антигена токсоплазмы методом ИФА или ПЦР на токсоплазму
Дополнительные методы	<p>Серологическое исследование (анти-Тохо IgG - ложноотрицательны < 5%). Через 7 суток от начала эмпирического лечения клиническое улучшение у >85% больных. МРТ повторить через 2 недели</p>

Данные КТ и МРТ	
Локализация очагов	Базальные ганглии, граница белого и серого вещества
Очаги	Обычно множественные
Контрастирование	Выраженное; обычно по периферии очага в виде кольца (1–2 см в диаметре)
Дополнительно	Признаки отёка или объемного образования: обычно не так выражены, как при лимфоме
* А.Б. Перегудова (МГЦ СПИД)	



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

Формирует
научно обоснованные
методики оценки
демографических
показателей
и их влияния
на здравоохранение



СЕРГЕЙ ТИМОНИН

ЭКСПЕРТ ОТДЕЛА ДЕМОГРАФИИ, К.Г.Н.:

“ Анализ и прогнозирование демографических процессов является важным инструментом, позволяющим объективно оценивать состояние здоровья населения и в определенной степени эффективность деятельности системы здравоохранения.

- АНАЛИЗ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В МОСКВЕ
- ВНЕДРЕНИЕ НАУЧНО ОБОСНОВАННЫХ МЕТОДИК ОЦЕНКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ взвешенных управленческих решений
- ПРОВЕДЕНИЕ СТАТИСТИЧЕСКИХ И АНАЛИТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ ДЕМОГРАФИИ И ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
- ОЦЕНКА ВЗАИМНОГО ВЛИЯНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ И ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

www.niiozmm.org

+7 (495) 951-20-54

niiozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва,

Большая Татарская, 30

Следующим рецензентом был главный внештатный специалист по инфекционным болезням Департамента здравоохранения Москвы Андрей Девяткин: — Я хотел бы вернуться к предмету сегодняшнего обсуждения с позиции динамики развития болезни на последнем этапе. Больная поступает в стационар 3 мая и 8 мая умирает. После того как получено патологоанатомическое заключение, понятно, что речь идет об остром, бурно протекающем токсоплазмозе на фоне ВИЧ-инфекции с развитием иммунодефицита. Хотел бы обратить внимание на один момент. 5 мая у больной появляется менингеальная симптоматика, а 6 мая у больной наблюдается ухудшение состояния, фебрильная температура. С позиции инфекциониста, менингеальная симптоматика и температура — это показания к люмбальной пункции. Мы обсуждали с неврологами ситуацию, и неврологи объяснили, что у больной уже 5 мая был отек головного мозга, люмбальная пункция была жизнеугрожаемой. Но почему тогда мы 6 мая не показали больную инфекционисту?



ШИРОКО РАСПРОСТРАНЕННАЯ ЗООНОЗНАЯ ПАЗИТАРНАЯ ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗЫВАЕМАЯ ТОХОПЛАСМА GONDII, В ПОДАВЛЯЮЩЕМ БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ПРОТЕКАЕТ БЕССИМПТОМНО И ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ВЕДУЩИХ ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ. НА ФОНЕ РАЗВЕРНУТОЙ КАРТЫ СПИДА ГЕНЕРАЛИЗАЦИЯ ТОКСОПЛАЗМОЗА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ГИБЕЛИ БОЛЬНЫХ.

Андрей ДЕВЯТКИН

Далее Андрей Девяткин остановился на особенностях развития и лечения токсоплазмоза: — Широко распространенная зоонозная паразитарная инфекция, вызываемая *Toxoplasma gondii*, характеризующаяся полиморфизмом клинических проявлений и значительной вариабельностью течения процесса: от здорового, бессимптомного носительства до тяжелых, летальных форм болезни. В подавляющем большинстве случаев протекает бессимптомно. Является одним из ведущих оппортунистических заболеваний, основной причиной поражения ЦНС у больных ВИЧ-инфекцией. Восприимчивость к токсоплазмозу практически всеобщая. Распространение инфекции повсеместное. Чаще всего в виде носительства и спорадических заболеваний. До половины населения земного шара инфицировано токсоплазмой. При этом официальная статистика говорит о том, что в США носителями токсоплазм является 23% населения, а в России около 20%. В некоторых районах земного шара доля инфицированности достигает 95%. Показатели выше в регионах с жарким климатом, а также среди лиц, имеющих профессиональный риск заражения токсоплазмозом. Это рабочие мясокомбинатов, животноводы, ветеринары. Инфицированных женщин в 2–3 раза больше, чем мужчин. Возбудитель представляет собой внутриклеточный паразит размером до 7 микрон. Размножается внутриклеточно во всех ядерных клетках теплокровных живых существ, кроме безъядерных клеток. Основной, наиболее частый путь заражения — пероральный. Но заражение человека происходит также трансплацентарно, геномтрансфузионно, перкутанным трансплацентарным путем. Больные токсоплазмозом для окружающих не опасны. В организм попадают либо ооцисты от кошек и других кошачьих, или тканевые цисты, это сырое мясо, мясопродукты с *Toxoplasma gondii*. Цисты превращаются в трофозоиты, которые начинают свой цикл развития в клетках. Количество этих трофозоитов увеличивается, они попадают в

кровоток, разносясь в различные ткани, вызывая гибель клеток и разрушение ткани, так называемая размножающая стадия паразита. Свободные тахизоиты легко распознаются и уничтожаются иммунной системой хозяина, но при этом могут заражать новые клетки и трансформироваться в неразмножающиеся брადизоиты, вокруг которых образуются тканевые цисты, устойчивые к действию клеточного и гуморального иммунитета – персистирующая (латентная) стадия паразита. В принципе у большинства людей так и происходит, почти все инфицируются, у всех есть образование цист, которые никак себя не проявляют.

Однако, как подчеркнул рецензент, при развитии иммунодефицита или поражении вирусами клеток, в которых сформировалась тканевая циста, латентная токсоплазмозная инфекция может реактивироваться с исходом в диссеминацию.

— В принципе все это мы и наблюдали у нашей больной, — подытожил Андрей Девяткин. — По-видимому, пациентка была инфицирована токсоплазмозом давным-давно в детстве. Затем она инфицировалась ВИЧ-инфекцией. Тканевые цисты на фоне прогрессирования ВИЧ-инфекции стали оживать. И, я считаю, провоцирующим фактом явилась респираторно-вирусная инфекция за неделю до развития этого бурного состояния.

История изучения токсоплазмоза

Возбудитель токсоплазмоза был открыт в 1908 г. одновременно несколькими учеными, находившимися на тот момент на разных континентах. Это итальянский исследователь Alfonso Splendore, который сделал открытие, находясь в Бразилии, а также французские ученые Charles Nicolle и Louis Manseaux — обнаружившие новый вид паразита в Северной Африке. Первыми выявленными хозяевами токсоплазмоза были кролики и грызуны гонди.

В 1913 г. итальянский ученый A. Castellani обнаруживает факты, которые указывали, что возбудитель может вызывать заболевание у человека.

В 1923 г. чешский исследователь Янку обнаружил токсоплазмы в глазу умершего ребенка. Первый случай врожденного токсоплазмоза был описан в 1939 г.

Рецензент напомнил, что различают врожденный токсоплазмоз и приобретенный острый и хронический токсоплазмоз у человека. При врожденном токсоплазмозе наблюдается гибель плода в утробе матери, смерть новорожденного в результате генерализованной инфекции. Если новорожденный выживает, у него развивается поражение внутренних органов, нервной системы, глаз и других органов и тканей. Острая приобретенная форма протекает, как острое лихорадочное заболевание, трихоподобные заболевания либо с преимущественным поражением нервной системы. Часто токсоплазмоз протекает хронически с субфебрилитетом, лимфаденопатией, увеличением печени, снижением работоспособности и органными поражениями.

— У ВИЧ-инфицированных токсоплазмоз становится злокачественным заболеванием, с развитием некротического локализованного или диффузного менингоэнцефалита с вовлечением в процесс других внутренних органов. На фоне развернутой карты СПИДа генерализация токсоплазмоза может привести к гибели больных, — продолжил Андрей Девяткин. — При этом раннее выявление токсоплазмоза при ВИЧ-инфекции представляет большие трудности в

связи с отсутствием патогномичных клинических признаков болезни и малой информативностью рутинных лабораторных методов исследования, а также отсутствием четких критериев диагностики. Общеклинические показатели крови малоинформативны. Серологическая диагностика токсоплазмоза основана на обнаружении в крови специфических антител различными методами. ИФА является методом выбора, с его помощью выявляются «ранние» IgM-антитела, рост их концентрации происходит уже через 2 недели после инфицирования. Уровень IgG-антител достигает максимального уровня через 1–2 месяца после начала заболевания и может длительно сохраняться.

При этом, по словам специалиста, у больных ВИЧ-инфекцией серологическая диагностика в ряде случаев отказывается недостаточно информативной из-за низкой продукции специфических антител. В этих ситуациях антитела могут

быть обнаружены в ликворе, тогда как в сыворотке крови они отсутствуют.

При развитии менингоэнцефалита показана люмбальная пункция. В ликворе отмечается плеоцитоз, повышенное содержание белка. Возможно обнаружение в ликворе трофозоитов, антигенов/генома токсоплазм либо выявление их в биологических жидкостях или биопсийном материале.

— Заразившиеся токсоплазмозом здоровые люди излечиваются самостоятельно, без лечения, — заметил Андрей Девяткин. — Нужно лечить беременных женщин и новорожденных. Больные с иммунодефицитом получают лечение до купирования симптомов, а при развитии СПИДа пожизненно. Интенсивное лечение токсоплазмоза необходимо больным ВИЧ-инфекций, у которых количество CD4 лимфоцитов менее 200 клеток в мкл крови. Возвратившись к рассматриваемому случаю, Андрей Девяткин резюмировал:

— Таким образом, можно утверждать, что смерть пациентки наступила от прогрессирования отека,

набухания головного мозга с дислокацией ствола. Причиной заболевания явился острый токсоплазмоз с поражением головного мозга, легких на фоне впервые выявленной ВИЧ-инфекции в стадии вторичных заболеваний. Прижизненно ни ВИЧ-инфекция, ни токсоплазмоз не были диагностированы. Причина расхождения диагнозов — отсутствие патогномичных симптомов и настороженности врачей. Редкий в обычной клинической практике случай. Последним из рецензентов выступил главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения Москвы Олег Орехов, который обратил внимание на некоторые эпизоды из амбулаторной карты пациентки:

— В карте больной представлены фактически все документы, начиная с момента, когда в 15 лет она перешла на наблюдение во взрослую поликлинику. Обращает на себя внимание сделанная в 2002 году запись терапевта: беспокоят головные боли, головокружения, повышенный аппетит, я уж не знаю, откуда у нее отеки, и анализ, который был сделан в 2011 году. В заключении невролога тогда выставлен код Ж-20. Если мы откроем МКБ, то увидим, что Ж-20 — это болезнь Паркинсона. В том числе вторичная форма. Напомню,



ЕСЛИ НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ТОГО, КАК ВЫ ОТПРАВИЛИ КРОВЬ НА ВИЧ, ВЫ НЕ ПОЛУЧИЛИ НИКАКОГО ОТВЕТА, ЭТО ВАС ДОЛЖНО НАСТОРОЖИТЬ.

Леонид ПЕЧАТНИКОВ

что под термином «паркинсонизм» понимают ряд заболеваний нервной системы, протекающих с тремором. Различают паркинсонизм первичный или болезнь Паркинсона, и вторичный, или симптоматический. Вторичный паркинсонизм может быть обусловлен инфекционным, травматическим поражением головного мозга, инфекционными или лекарственными воздействиями, а также сосудистыми или опухолевыми заболеваниями.

Синдром паркинсонизма возникает в результате перенесенных острых и хронических инфекций нервной системы (клещевой и другие виды энцефалитов). Причинами болезни Паркинсона и паркинсонизма могут служить острые и хронические расстройства мозгового кровообращения, церебральный атеросклероз, сосудистые заболевания головного мозга, опухоли, травмы и опухоли нервной системы. Судя по всему, первые симптомы тех заболеваний, которые были подтверждены у пациентки позже, мы видим как минимум в 2011 году, а то и в 2002-м.

Итоги обсуждения подвел Леонид Печатников:

— Серьезных претензий по ведению пациентки у нас в общем-то нет. У врачей ГКБ №64 было мало времени. Хотя, конечно, на поликлиническом этапе надо внимательнее изучать амбулаторные карты. Довольно странно, когда анамнез собирает уже патологоанатом по документам. Все-таки анамнез должен быть собран в поликлинике.

В связи с ведением пациентки хотелось бы еще обратить внимание на то, что если бы она пожила еще некоторое время, то перед врачами стационара стоял бы вопрос, как дифференцировать очаги в головном мозге, что это такое, метастазы или не метастазы. И сделать такую дифференциацию было бы крайне не просто. Подумали бы врачи о токсоплазмозе? Может быть, и не подумали бы. Но я хотел бы напомнить, что сегодня у нас в Москве есть возможность проведения позитронно-эмиссионной томографии, которая в этом случае ответила бы как минимум на один вопрос: это очаги воспалительного характера или опухолевого?

ПЭТ-сканирование — не КТ и не МРТ, это метод, позволяющий определить уровень метаболизма в тканях в клетках. И поэтому можно отличить очаговый пневмофиброз, например, от пневмонии и от опухоли легкого. То же самое мы можем делать в головном мозге — определить, например, постлучевой фиброз. У нас бывают такие ситуации, неврологи хорошо знают об этом, когда у больных с опухолями мозга после лучевой терапии образуются постлучевые рубцы, и не так-то просто отличить это от рецидива опухоли. И в рассматриваемом случае также ПЭТ-сканирование могло помочь.



СЕРЬЕЗНЫХ ПРЕТЕНЗИЙ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТКИ У НАС В ОБЩЕМ-ТО НЕТ. У ВРАЧЕЙ ГКБ №64 БЫЛО МАЛО ВРЕМЕНИ. ХОТЯ, КОНЕЧНО, НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ НАДО ВНИМАТЕЛЬНЕЕ ИЗУЧАТЬ АМБУЛАТОРНЫЕ КАРТЫ.

Леонид ПЕЧАТНИКОВ



СУДЯ ПО ВСЕМУ, ПЕРВЫЕ СИМПТОМЫ ТЕХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, КОТОРЫЕ БЫЛИ ПОДТВЕРЖДЕНЫ У ПАЦИЕНТКИ ПОЗЖЕ, МЫ ВИДИМ КАК МИНИМУМ В 2011 ГОДУ, А ТО И В 2002-М.

Олег ОРЕХОВ

Но мы вынесли этот случай на разбор прежде всего для того, чтобы напомнить о том, что, к сожалению, ВИЧ-инфекция иногда протекает долгие годы, и либо сам пациент о ней не знает, либо он знает, но скрывает, и врачи об этом не знают. Иногда мы открываем больного с ВИЧ-инфекцией, только когда он к нам поступает с инфекцией, причем чаще всего инфекцией, которую мы не так часто встречаем. Токсоплазмозом поражены, может, если не 100, то 80% наших сограждан. У многих есть кошки, собаки. И, в общем, здоровый человек просто

переносит токсоплазмоз и даже не замечает, что он его перенес, а вот у людей с скомпрометированным иммунитетом, безусловно, эти оппортунистические инфекции прогрессируют. В этой связи важно помнить, что сегодня все большее распространение в практике, в том числе онкологической и ревматологической, приобретают препараты, которые обладают иммуносупрессивным действием. А также надо не забывать, что можно встретить оппортунистическую инфекцию у больных с иммунитетом, который скомпрометирован не только ВИЧ-инфекцией, но и нашими собственными вмешательствами в иммунную сферу. Особенно это важно помнить при сборе анамнеза.

Проявление оппортунистической инфекции — сигнал, который должен направить врача на поиск причин ее возникновения и развития, причин того, почему пострадал иммунитет.



СЕГОДНЯ В МОСКВЕ ЕСТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННОЙ ТОМОГРАФИИ, КОТОРАЯ В РАССМАТРИВАЕМОМ СЛУЧАЕ ОТВЕТИЛА БЫ КАК МИНИМУМ НА ВОПРОС: ЭТО ОЧАГИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ХАРАКТЕРА ИЛИ ОПУХОЛЕВОГО?

Леонид ПЕЧАТНИКОВ

Токсоплазмоз

Toxoplasma gondii

Внутриклеточный паразит, размером 4–7 мкм, размножается внутриклеточно во всех клетках млекопитающих за исключением эритроцитов и обнаруживается в тканях в острой стадии болезни.

Клиническая картина

Различают врожденный и приобретенный (острый и хронический) токсоплазмоз у человека. При врожденном токсоплазмозе наблюдаются гибель плода в утробе матери, смерть новорожденного в результате генерализованной инфекции или (у оставшихся в живых) поражение нервной системы, глаз и других органов. Острая приобретенная форма протекает как тифоподобное заболевание (с высокой температурой, увеличением печени, селезенки), либо с преимущественным

поражением нервной системы (головная боль, судороги, рвота, параличи и др.). Часто токсоплазмоз протекает хронически, с субфебрильной температурой, головной болью, увеличением лимфоузлов и печени, понижением работоспособности; может сопровождаться поражением глаз, сердца, нервной и других систем и органов.

Чаще всего токсоплазмоз протекает в латентной (скрытой) форме.

Причины заражения токсоплазмозом

Возбудитель является антропозоонозом (поражающий людей и животных).

Источник — кошки, свиньи, коровы, овцы (в мышечной ткани 3-х последних животных находятся токсоплазмы в форме цист).

Пути передачи:

- алиментарный (попадание ооцист с почвой в ЖКТ человека с немывтыми овощами и фруктами; употребление в пищу плохо термически обработанного мяса);
- парентеральный — т.е. через кровь (заражение работников мясокомбината, переливание крови или пересадка органов). Особенно это касается высоковирулентных штаммов (виды возбудителя, наиболее опасные для человека).
- вертикальный путь (трансплацентарный) — первичное инфицирование плода во время беременности за счет проникновения токсоплазм через плаценту.



Рисунок 3. Этиологическая структура поражения ЦНС у больных ВИЧ-инфекцией (n=442, период наблюдения — 2003–2011 гг.) (Перегудова А.Б., МГЦ СПИД, 2014)

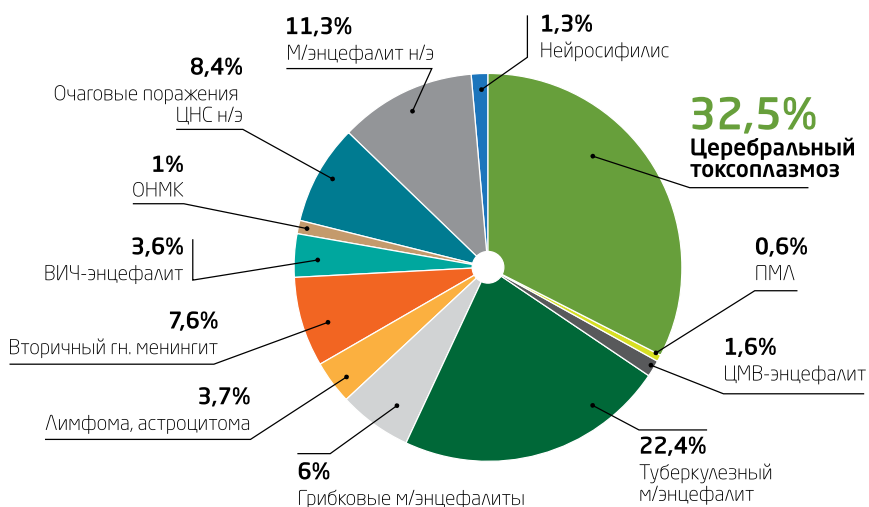
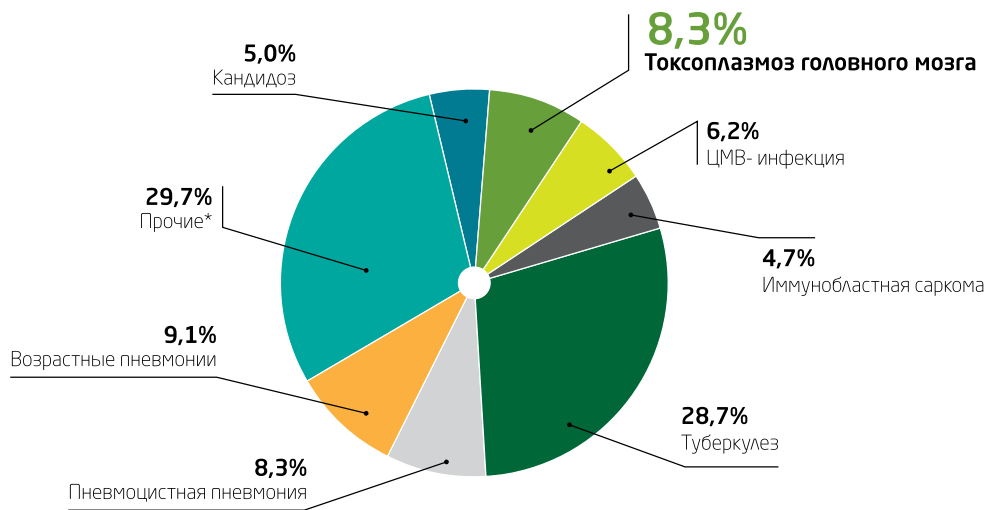


Рисунок 4. Анализ причин летальных исходов больных ВИЧ-инфекцией за 2014 г. (по данным ПАО ГБУЗ ИКБ №2 ДЗМ)



*Рак шейки матки, криптококкоз, саркома Капоши, лимфома Беркитта, микобактериозы, ПМЛ, изоспороз кишечника, ВИЧ-энцефалит, не-уточненные менингоэнцефалиты, энцефалиты, ВИЧ-нефропатия, микозы и др. заболевания с долей в структуре летальных исходов менее 5%.

ОДИН ДЛЯ ВСЕХ

РОЛЬ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Одной из ключевых проблем отечественного здравоохранения в последние годы стало преодоление структурных диспропорций в системе организации медицинской помощи. Существовавшая в течение многих лет в России ориентация амбулаторно-поликлинической службы на ее дифференциацию и специализацию сформировала уникальную систему организации внебольничной помощи населению, включающую первичное медицинское обслуживание по нескольким специальностям (терапия, педиатрия, акушерство и гинекология), сеть специализированных кабинетов, а также службу скорой медицинской помощи (СМП).

Давид МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ,

директор НИИОЗММ, кандидат фармацевтических наук, доцент

Наталья КАМЫНИНА,

заместитель директора по науке НИИОЗММ, кандидат педагогических наук, доктор медицинских наук

Ислам ТАДЖИЕВ,

ведущий научный сотрудник НИИОЗММ, доктор медицинских наук

Татьяна КУРНОСОВА,

директор по правовым и кадровым вопросам ГЕМС

Социальный заказ

Усиление специализации привело к фрагментации оказания амбулаторно-поликлинической помощи, нарушению адекватного взаимодействия и преемственности в работе отдельных подразделений (участковая служба, стационар, СМП) и эффективности в целом. Многие лечебно-профилактические функции и врачебные манипуляции, входящие в основную подготовку участкового врача-терапевта, распределились между другими врачами амбулаторно-поликлинического звена, что послужило причиной потери преемственности в работе участкового врача-терапевта и других специалистов при проведении индивидуальной работы с пациентом, в некоторой части была утрачена общая стратегия и тактика ведения больного. В отсутствие системы патронажа одним из наиболее востребованных видов помощи стала СМП, подменяющая участковую службу в 20–25% случаях. Службы оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) по-прежнему функционально перегружены и недостаточно эффективны. Участковый врач-терапевт перестал быть связующим звеном в системе ПМСП, а превратился, по сути, в диспетчера, не отвечающего за здоровье пациента в целом. Оказалось, при разветвленной системе специализации в системе ПМСП сложно обеспечить рациональную координацию действий с участковой службой и преемственность в работе каждого сектора.

Расширение штата узких специалистов в поликлиническом звене изначально предполагало улучшение их доступности и сокращение числа пациентов, направляемых в стационар, однако на ситуацию в целом этот фактор существенно не повлиял, и до недавнего времени уровень госпитализации во многих регионах России составлял 30–40% против 13–15% в развитых западных странах. Только в последние годы в России удалось достичь заметного снижения этого показателя до 22,3%.

Общепризнано, что наиболее существенные достижения и успехи современных медицинских технологий, диагностических и лечебно-профилактических, связаны с развитием специализированных служб. Взятый еще в послевоенное время курс на приоритетное развитие специализированной помощи предполагал большие финансовые вложения, однако в условиях их постоянной ограниченности кризисные явления в финансовом, материально-техническом и кадровом обеспечении первичного звена медицинской помощи и в системе здравоохранения в целом постепенно нарастали. Взав курс на узкую специализацию ПМСП,

отечественное здравоохранение на практике стало отходить от укоренившихся и признанных мировым сообществом основополагающих принципов организации ПМСП. Назревавшая необходимость перемен сформировала социальный заказ на создание в системе первичной медико-санитарной помощи населению общей врачебной практики (семейной медицины).

Начало эксперимента

Первые семейные врачи в России появились в XVII веке с предназначением обслуживания высшего дворянского сословия. С отменой крепостного права в 1864 г. стала зарождаться земская медицина для всесторонней помощи различным группам населения, включая малообеспеченных. Поначалу в земстве основу составляли врачи государственной службы (уездные, городские), позднее наметился более широкий приток молодых врачей: в период с 1870 по 1890 г. число земских врачей в основных губерниях России выросло с 756 до 1805 человек, и с каждым десятилетием их число увеличивалось в полтора раза. Вскоре разъездную систему медицинского обслуживания, при которой врач, живший в городе и периодически объезжавший фельдшерские пункты уезда, сменила практика строительства сельских лечебниц и создания участково-территориальных служб, привлечения к работе врачей-универсалов. После Октябрьской революции организационные формы, выработанные земской медициной, в целом были сохранены, развитие здравоохранения осуществлялось в соответствии с приоритетностью не только лечебного, но и профилактического направления, в чем огромная заслуга Н.А. Семашко. Главным образом это коснулось развития первичного звена по территориально-участковому принципу в соответствии с основополагающим приказом Наркомздрава СССР в 1935 г. «Об улучшении работы амбулаторно-поликлинических учреждений и мерах по снижению заболеваемости». Результаты той большой и плодотворной деятельности первичного звена советского здравоохранения были высоко оценены в 1978 г. Алма-Атинской конференцией ВОЗ/ЮНИСЕФ: на основе сравнительного анализа эффективности разных подходов в оказании первичной медико-санитарной помощи, включая и систему медицинской помощи по принципу «семейного врача», институт участкового врача-терапевта советского здравоохранения был признан наиболее прогрессивным и эффективным (Алма-Атинская декларация ВОЗ).

Начало эксперимента по подготовке врача общей практики в стране связано с постановлением Совета Министров СССР от 19.11.1987 г. № 1318 «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в XII пятилетке и на период до 2000 года» и приказом Минздрава СССР от 08.12.1987 г. № 1284 «О проведении эксперимента по подготовке врачей общей практики». В 1992 г. специальность «Общая врачебная практика (семейная медицина)» была включена в номенклатуру врачебных специальностей.

Очевидная целесообразность

С переходом в 1992–1993 гг. к системе обязательного медицинского страхования целесообразность введения общей врачебной (семейной) практики сформировалась окончательно. Следует подчеркнуть, что реформа первичного звена здравоохранения изначально предполагала последовательный, постепенный переход к системе общей врачебной (семейной) практики с сохранением накопленного потенциала здравоохранения, максимальным использованием



В 2015 ГОДУ ЧИСЛО ЦЕНТРОВ, ОТДЕЛЕНИЙ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ) УВЕЛИЧИЛОСЬ ДО 6801.

имеющихся мощностей амбулаторно-поликлинических учреждений. Главная ее цель — приблизить медицинскую помощь к населению, сделать ее более доступной и качественной. Существенным дополнением к проводимой реорганизации стал приказ Минздрава России от 30.12.1999 г. № 463, утвердивший отраслевую программу «Общая врачебная (семейная) практика», ее приоритетные направления и конкретные меры реализации.

В дальнейшем были разработаны и утверждены приказом Минздрава России от 20.11.2002 г. № 350 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической

помощи населению Российской Федерации» положения о семейном враче, медицинской сестре врача общей практики, центре общей врачебной (семейной) практики и деятельности отделения общей врачебной практики в составе амбулаторно-поликлинического учреждения. Это создало достаточную законодательную базу для развития данного направления и уже скоро нашло отражение в уменьшении числа направлений на консультации на 57%, диагностических процедур — на 30%, вызовов СМП на участках работы ВОП — на 23–40%. К позитивным знакам следует отнести и заметное развитие патронажа, организацию стационаров на дому, дневных стационаров; снижение числа дефектов качества медицинской помощи, увеличение объемов реабилитационных мероприятий для инвалидов и диспансеризации (на 50 и 80% соответственно), практически полный охват населения прививками и флюорографическими осмотрами, снижение расходов на медицинскую помощь.

В ряде регионов страны с наиболее успешным развитием общей врачебной (семейной) практики (Самарская, Псковская, Кемеровская, Свердловская и Тульская области, г. Санкт-Петербург) на первом этапе были созданы комплексы, интегрирующие все участковые службы — педиатрическую, терапевтическую и акушерско-гинекологическую. Кроме врача общей практики, к работе были привлечены педиатры, акушеры-гинекологи, реже — стоматологи, хирурги и/или другие специалисты. Подготовка врачебных и сестринских кадров для общей врачебной (семейной) практики и переподготовка участковых врачей осуществляются в основном в местных учебных медицинских заведениях.

Опыт Тульской области по внедрению системы общей врачебной (семейной) практики показывает, что после соответствующей подготовки ВОП/СВ в состоянии взять на себя 22,7% посещений хирурга, 36,4% — офтальмолога, 41,0% — оториноларинголога и 46,6% посещений невролога. Объем помощи, оказываемой ВОП/СВ на дому, составляет 14%. В Волгоградской области в среднем врач общей практики (семейный врач) действовал как терапевт в 76% случаев, педиатр — в 20,8%, кардиолог — в 7,8%, оториноларинголог — в 3,3%, невролог — в 4,1%, как акушер-гинеколог — в 4,1% случаев, проводил мероприятия и манипуляции первой врачебной помощи, оказываемые хирургом, — в 8,4% случаев. Как правило, нагрузка у ВОП/СВ выше, чем у участковых терапевтов: соответственно, количество посещений в год 3934 и 3008, посещений на дому — 1312 и 699. За 5-летний период на участках

обслуживания ВОП отмечалось заметное снижение обращаемости в службу скорой медицинской помощи, в частности, больных с терапевтической патологией — на 25%, с патологией нервной системы — на 42%, с хирургической патологией — на 30%.

В целях дальнейшего совершенствования организации ПМСП был издан приказ Минздравсоцразвития России от 17.01.2005 г. № 84, регулирующий деятельность ВОП в оказании ПМСП контингенту, сформированному на основе свободного выбора врача пациентами. Были определены его основные функциональные обязанности:

- формирование врачебного участка;
- консультирование членов семьи по вопросам санитарной гигиены и формирования здорового образа жизни;
- профилактическая деятельность по выявлению ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска путем диспансеризации;
- направление больных на консультации к специалистам для стационарного и восстановительного лечения по медицинским показаниям;
- организация лечения пациентов в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;
- патронаж беременных женщин и детей раннего возраста;
- осуществление противоэпидемических мероприятий и иммунопрофилактики в установленном порядке;
- взаимодействие с медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями;
- организация совместно с органами социальной защиты медико-социальной помощи нуждающимся в ней людям;
- ведение учета и представление отчетности в установленном порядке.

Впоследствии обязанности ВОП, сформулированные в данном приказе, вошли в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

Особенно востребована организация работы ПМСП по принципу врача общей практики на селе. Значимость этого направления очевидна по ускоренному

развитию инфраструктуры сельской медицины. За период с 2011 г. в стране почти в 2,5 раза увеличилось число отделений ВОП и в 1,6 раза — число сельских амбулаторий. Выросло число сельских врачей по сравнению с 2012 г. на 5,5 тыс. чел. (11,3%), а обеспеченность врачами на 10 тыс. сельского населения — на 9%.

На этапе введения общей врачебной (семейной) практики получили распространение индивидуальная практика, партнерство (2 врача общей практики), реже — групповая практика преимущественно в районах с неразвитой социальной инфраструктурой и в сельской местности. Создание групп врачей общей практики позволяет использовать преимущества общей врачебной практики в сочетании с положительными свойствами поликлинической модели.

Важным этапом в организационно-методическом обеспечении реформирования отрасли стал приказ Минздрава России от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», которым установлены правила организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, включающей первичную доврачебную, первичную врачебную и первичную специализированную медико-санитарную помощь. Первые два вида ПМСП организуются по территориально-участковому принципу. Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала составляет:

- на фельдшерском участке — 1300 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
- на терапевтическом участке — 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (для терапевтического участка, расположенного в сельской местности, — 1300 человек взрослого населения);
- на участке врача общей практики — 1200 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
- на участке семейного врача — 1500 человек взрослого и детского населения;
- на комплексном участке — 2000 и более человек взрослого и детского населения.

Кроме того, в приказе приведены штатные нормативы и правила организации деятельности поликлиники, согласно которым в ее структуре рекомендуется предусматривать отделение общей врачебной (семейной) практики.

В масштабах страны направленные решения и действия по совершенствованию организации ПМСП

привели в 2015 г. к заметному увеличению численности пациентов, пролеченных в дневном стационаре, на 19,6% (с 6228 до 7751 тыс.), при сокращении их численности в круглосуточном стационаре на 3,3% (с 30 800 до 29 776 тыс.) пациентов. За этот же период число мест в дневных стационарах увеличилось на 13% (с 225,6 до 259,4 тыс.), а оперативная активность в них возросла на 50% (с 2,9 до 5,8 тыс.). В 2015 г. ПМСП предоставлялась в 2091 самостоятельной медицинской организации, оказывающей медицинскую

структурной реорганизации, поскольку она самый массовый вид медицинской помощи. По существу, концепция реформирования ПМСП основана на переходе к системе единого ответственного лечащего врача, каким должен стать врач общей практики (семейный врач). В соответствии с квалификационными требованиями к профессии ВОП/СВ обладает правом оказывать первичную медико-санитарную и медико-социальную помощь пациентам независимо от возраста и пола. Он обязан проводить основные лечебные и диагностические мероприятия, владеть методами профилактической работы, разрабатывать и осуществлять мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья всех членов семьи. Осуществление реорганизации первичной медико-санитарной помощи на принципах общей врачебной (семейной) практики предполагает ряд программных мероприятий:



К НАЧАЛУ 2000 ГОДА В РОССИИ БЫЛО ПОДГОТОВЛЕНО ОКОЛО 1100 ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ), К 2005 ГОДУ — 3940 ЧЕЛОВЕК, В ТО ВРЕМЯ КАК ЧИСЛЕННОСТЬ УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ СОСТАВЛЯЛА 27,8 ТЫСЯЧ, УЧАСТКОВЫХ ПЕДИАТРОВ — 22,2 ТЫСЯЧИ.

помощь в амбулаторных условиях, и в 10 829 поликлинических подразделениях медицинских организаций. Число посещений составило 1 288 756 тыс., из них посещений по поводу заболеваний — 766 875 тыс. (59,5 %), посещений с профилактической целью — 406 023 тыс. (31,5%). Число центров, отделений врачей общей практики (семейных врачей) увеличилось до 6801. В стране с 2000 г. действует Общероссийская ассоциация врачей общей практики (семейных врачей), учредителями которой стали представители 51 субъекта и 21 медицинского вуза России. Под эгидой ассоциации издается несколько журналов: «Российский семейный врач», «Вестник семейной медицины», «Справочник врача общей практики».

Рецепты стратегии

Реформирование амбулаторно-поликлинической помощи является ключевым моментом всей системы

1. Нормативно-правовое обеспечение общей врачебной (семейной) практики (подготовка пакета нормативно-правовых, распорядительных и методических документов, регламентирующих деятельность сети амбулаторно-поликлинических и стационарных).
2. Развитие организационных основ общей врачебной (семейной) практики (комплекс мероприятий, выполняемых с использованием накопленного в регионах России и международных программах опыта внедрения общей врачебной (семейной) практики).
3. Развитие системы профессиональной подготовки кадров для общей врачебной (семейной) практики (комплекс мер по совершенствованию технологии подготовки преподавателей и специалистов в области общей врачебной (семейной) практики (врачей и сестринского персонала) и повышению их квалификации, расширению диапазона профессиональной деятельности и спектра предоставляемых медицинских услуг).
4. Нормативно-технологическое обеспечение строительства и размещения амбулаторно-поликлинических учреждений нового типа (максимальное использование имеющихся мощностей амбулаторно-поликлинических учреждений, развертывание новых мощностей — лишь при необходимости и возможности; развитие материально-технической базы первичного звена здравоохранения — за счет дооборудования, изменения планировочной структуры; разработка нормативно-технической и проектно-конструкторской документации в соответствии с современными требованиями).
5. Информационное обеспечение и управление программой (создание системы информационного

обеспечения населения и медицинских работников по проблемам общей врачебной (семейной) практики, ее организационно-методическим, медицинским и социальным инновациям).

6. Научное обеспечение внедрения общей врачебной (семейной) практики (формирование научно-методических основ комплексного решения проблем внедрения общей врачебной (семейной) практики, проведение научных исследований).

По мнению некоторых авторов, реальной реформы первичного звена здравоохранения в стране до сих пор не произошло главным образом в связи со сложностью проблем реформирования не только первичного звена, а практически всех служб здравоохранения. Подавляющее большинство территориальных поликлиник продолжают оказывать помощь силами участкового врача, а нарождающаяся формация ВОП/СВ еще не соответствует своему функциональному предназначению, не в полной мере осуществляет роль координатора маршрутизации своих пациентов к врачам-специалистам и доступа к стационарному лечению. Внедрение общей врачебной (семейной) практики сдерживается недостаточностью ресурсов и несовершенством системы профессиональной подготовки кадров, неполной разработанностью правовой и финансовой базы и информационной поддержки, а также механизмов взаимодействия общей врачебной (семейной) практики со службами здравоохранения, страхования и социальной защиты населения. Препятствиями к широкому внедрению общих врачебных практик являются и риски разрушения существующей амбулаторно-поликлинической службы, ухудшения качества диагностики и лечения взрослых и детей.

Темпы подготовки ВОП/СВ недостаточны для обеспечения заявленных изменений в организации ПМСП. К началу 2000 г. в России было подготовлено около 1100 врачей общей практики (семейных врачей), к 2005 г. — 3940 человек, в то время как численность участковых терапевтов составляла 27,8 тыс., участковых педиатров — 22,2 тыс. Обеспеченность врачами общей практики с 2000 по 2012 г. выросла с 0,28 до 0,76 на 10 тыс. человек населения, участковыми терапевтами — с 1,9 до 4,1 на 10 тыс. человек. Для сравнения: в западноевропейских странах число врачей общей практики в 2006 г. составляло в среднем 8,2 на 10 тыс. населения. Повсеместная в стране тенденция снижения укомплектованности врачами общей практики, увеличения коэффициента совместительства в последние годы является характерной для многих врачебных специальностей, главным образом врачей

участковых-терапевтов и педиатров. Недоукомплектованность участковыми терапевтами, педиатрами и ВОП компенсируется совместительством, что обеспечивает доступность получения медицинской помощи, но не гарантирует ее качество. Коэффициент совместительства в разных регионах составляет от 1,1 до 1,6, в связи с чем увеличивается численность прикрепленного городского населения: на терапевтическом участке — до 3000–4000 человек (норматив — 1700), на педиатрическом — 950–1100 (норматив — 800), ВОП/СВ — до 1600–1900 человек (норматив — 1300), что, безусловно, снижает качество оказываемой медицинской помощи. Как причину низкой эффективности деятельности учреждений первичного звена здравоохранения рассматривают и структурную реформу системы, при проведении которой за



УКРЕПЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА — НЕ РАЗОВАЯ АКЦИЯ, А ПОСТОЯННЫЕ И ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПО ПРЕВРАЩЕНИЮ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА И ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ЦЕНТРАЛЬНОЕ ЗВЕНО СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

последние 10 лет число амбулаторных учреждений сократилось на 6,5 тыс., в т.ч. самостоятельных — на 4,2 тыс.; ФАП — более чем на 2,0 тыс.

Анализ причин трудностей реформирования первичного звена установил, что внедрение общей врачебной (семейной) практики сдерживается неполной разработанностью медико-организационных основ комплексной реструктуризации стационарной и внебольничной помощи, механизмов взаимодействия общей врачебной (семейной) практики со службами здравоохранения, страхования и социальной защиты населения, правовой и финансовой базы и информационной поддержки, недостаточностью ресурсов и несовершенством системы профессиональной подготовки кадров в области общей врачебной (семейной) практики.

Основным недостатком проводимой реформы ПМСП является декларативность объявленных преобразований, не подкрепленных необходимыми условиями и механизмами их реализации, удовлетворяющего персонал уровня заработной платы, социальных предпочтений, достаточных финансовых средств для стимуляции медицинских организаций к эффективной деятельности.

К этому следует добавить позицию многочисленных противников осуществляемых реформ. Действительно, так ли уж плохо усиление специализации в поликлиническом звене, если считать несопоставимыми уровень и качество оказания медицинской помощи, оказываемой узкими специалистами и ВОП/СВ? Кроме качества медицинской помощи, в какой мере пострадает ее доступность и комплексность обслуживания населения при расширении общей врачебной практики и сокращении числа узких специалистов? Увеличится ли платность медицинских услуг? Произойдет ли разрушение педиатрической службы, доказавшей свою эффективность и результативность деятельности? По каким причинам, кроме финансово-экономических, в России продвигают идею радикальной реорганизации существовавшей модели первичного звена, которую незадолго до ее начала в мире оценивали как весьма успешную и эффективную?

Считают, что миф о неэффективности советской системы здравоохранения происходил от недостаточности объемов финансирования, не превышавших 220 долларов на каждого жителя страны в год, тогда как в развитых западных странах они составляли 1800–2200 долларов. Расчеты показывают, что советская система здравоохранения при финансировании в десять раз меньшем обеспечивала только вдвое меньшую интегральную стоимость услуг, то есть ее экономическая эффективность превышала эффективность западной системы примерно в пять раз.

К концу 1980-х гг. объем финансирования здравоохранения не превышал 40% от потребности, и именно тогда впервые заговорили о необходимости реформирования советской системы здравоохранения. Советская система имела как зоны глубокой неэффективности, так и вполне эффективные и перспективные формы институциональной организации. Это подтверждено и практикой увеличения расходов на здравоохранение в Республике Куба до рекомендованных 400 долларов на душу населения, в результате чего кубинская система здравоохранения, основанная на советских принципах системы Н.А. Семашко,

вышла в мировые лидеры по интегральному показателю объема услуг здравоохранения на жителя страны. К этому следует добавить, что в развитых странах изменения коснулись и структуры медицинских кадров: увеличение за последние 15 лет численности врачей на 35% обеспечивалось преимущественным ростом числа специалистов (50%), тогда как численность врачей общей практики возросла только на 20%, что весьма показательно и значимо при выборе приоритетов в нашей стране.

Реализация задач по эффективному реформированию отечественного здравоохранения с целью повышения доступности и качества оказываемой населению медицинской помощи требует новых подходов к планированию, управлению и финансированию. Рекомендуемые Концепцией развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. реструктуризация и дифференциация коечного фонда в зависимости от степени интенсивности лечебно-диагностического процесса и широкое использование стационарозамещающих технологий и дневных форм пребывания пациентов в стационарах позволят перераспределить расходы на внебольничную помощь с нынешних 20–50 до 40–50% всех расходов на здравоохранение при общем снижении и устранении не вполне оправданных случаев госпитализации.

Учитывая масштабность задачи и нынешнее состояние финансового, организационного, материально-технического и кадрового обеспечения, позицию многочисленных противников осуществляемых реформ, можно предположить, что для ее реализации потребуются немало лет. Укрепление первичного звена — не разовая акция, а постоянные и целенаправленные действия по превращению участкового врача и врача общей практики в центральное звено системы здравоохранения.

Рецептов стратегии продолжения реформ в амбулаторно-поликлиническом секторе в настоящее время достаточно, во многом они строятся на опыте и энтузиазме ответственных за их продвижение руководителей органов здравоохранения разного уровня, и для их воплощения планы переустройства системы здравоохранения в общенациональном масштабе должны быть оформлены в государственную целевую программу реорганизации первичной медико-санитарной помощи. При этом формирование института общей врачебной практики/семейной медицины должно происходить одновременно с изменением роли поликлиник в рамках единой концептуальной модели.

РАБОЧАЯ СХЕМА

В середине марта Департамент по конкурентной политике города Москвы сообщил о реализации на аукционах еще трех помещений под медицинские клиники в рамках проекта «Доктор рядом», запущенного еще в феврале 2013 года, — два на западе и одно на юге столицы. Схема, реализуемая в рамках этого проекта, считается одним из вариантов интеграции института врачей общей практики в городскую систему здравоохранения.

Оптимистичный сценарий

Судя по словам представителей городских властей, проект развивается успешно. Комментируя ситуацию на одной из пресс-конференций в январе, руководитель Департамента столицы по конкурентной политике Геннадий Дёгтев подчеркнул, что программы привлечения частных инвестиций в городское здравоохранение успешно доказывают свою привлекательность для бизнеса:

— Более 50 млн рублей принесли в бюджет Москвы в 2015 году торги по аренде помещений под клиники в рамках программы льготной аренды «Доктор рядом». Количество заключенных сделок, а таких состоялось 21, в 2015 году почти в два раза превысило аналогичный показатель 2014 года.

Напомним, что проект предполагает полную интеграцию врачей, принимающих в клиниках «Доктор рядом» по полисам ОМС, в систему оказания бесплатной медицинской помощи населению. Работать на приеме в первую очередь должны врачи общей практики, а также терапевты и педиатры. Обратившись в мини-клинику, можно получить у них бесплатную консультацию. При необходимости получения специализированной помощи или прохождения исследований, пациент уже сам может выбрать между обращением по направлению в государственное медучреждение или коммерческую клинику сети.

— Мы стараемся выстроить концепцию сетевой врачебной модели. В мини-клиниках часть административных функций возьмет на себя врач общей практики, а главный врач будет один на три-пять организаций, — рассказывал в год старта проекта возглавлявший на тот момент совет директоров ООО «Доктор рядом» (частный партнер программы — **Примечание редакции**) Владимир Гурдус.

Первой ласточкой стала мини-клиника, открытая в апреле 2014 года под управлением компании «Тим Драйв» в новом районе на юго-востоке Москвы, в Некрасовке. Собрав пул частных инвесторов, эта компания приняла участие в первых аукционах, проводимых правительством Москвы и стала ключевым игроком этой программы. В результате конкурса в 2014 году под развитие сети было взято в аренду 8 из участвовавших в торгах помещений. Тогда инвесторы

говорили о планах создания сети из 20—25 клиник. По их расчетам, это тот минимум, который сделал бы проект заметным участником городской медицинской инфраструктуры.

Основная миссия проекта — сделать так, чтобы человек мог получить необходимую медицинскую помощь в любое время рядом с домом или работой. И несмотря на то, что проект развивается не так быстро, как планировалось вначале, компания «Доктор рядом» не собирается останавливаться на полпути.

— Несмотря на то, что публичный партнер в лице государства корректно выполняет свои обязательства, не ограничивая возможность участия клиник в программах ОМС, проект пока не стал неотъемлемой частью городской системы здравоохранения, — рассказывает Владимир Гурдус. — Мы планируем продолжать участие в программе «Доктор рядом», но активность

зависит от экономических прогнозов и того, насколько в развитие проекта будет заложена синергия с городской системой здравоохранения.



ОСНОВНАЯ МИССИЯ ПРОЕКТА — СДЕЛАТЬ ТАК, ЧТОБЫ ЧЕЛОВЕК МОГ ПОЛУЧИТЬ НЕОБХОДИМУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ РЯДОМ С ДОМОМ ИЛИ РАБОТОЙ.

Темпы замедлились, но рост не отменен

Сегодня частному инвестору приходится корректировать свою бизнес-стратегию. Бизнес есть бизнес. Но сворачивать сотрудничество в рамках проекта компания не планирует.

— Первоначальная идея проекта, которая строилась на том, что мы работаем прежде всего в расчете на пациентов в системе ОМС, несколько трансформировалась, — говорит генеральный директор сети клиник «Доктор рядом» Александр Пилипчук. — Пациенты, прикрепленные к нашей сети в рамках системы ОМС, для нас по-прежнему в приоритете. Однако мы будем активнее развивать направление по обслуживанию ДМС-пациентов, а также выводить на рынок ОМС-дополняющие программы и программы услуг за наличный расчет.

В настоящее время, по его словам, в сети функционируют 10 клиник, расположенных в густонаселенных районах Москвы. Каждая является участником программы «Доктор рядом» и оказывает медицинские услуги в том числе и пациентам, прикрепленным в рамках системы ОМС. По словам Александра Пилипчука, у компании, которую он возглавляет, есть планы по стратегическому развитию и дальнейшему участию в проекте.

— Сейчас мы выстраиваем новое понимание того, как нам привлекать пациентов. Задачи по экспансии и дальнейшему росту мы не отменяем. Наша аудитория — это жители современного мегаполиса, занятые, мобильные, не желающие тратить время на очереди и хождение по кабинетам пациенты, — уточнил он. — Нам, конечно, хотелось бы говорить о том, что мы удвоим количество клиник, но обозначить сроки, в течение которых были бы достижимы эти показатели, пока сложно.

В клиниках «Доктор рядом» на сегодня по различным программам, в том числе в рамках ОМС, ОМС+, ДМС, а также по годовым программам прикрепления для физических лиц, прикреплены порядка 80 тысяч пациентов. Среди главных конкурентных преимуществ, которые позволят удерживать интерес целевой аудитории, руководство сети называет прежде всего сами клиники — удобно расположенные, с привлекательным современным интерьером и хорошим сервисом.

— Собираемый портрет среднестатистического пациента наших клиник выглядит следующим образом: в основном это женщины, как правило, работающие, в возрасте от 25 до 45 лет. Это люди, которые ценят свое время и комфорт, они не готовы стоять в очередях, не готовы ездить далеко и тратить много времени для решения медицинских вопросов. Естественно, клиника, которую выбирает женщина, становится клиникой для всей семьи. Мы с удовольствием оказываем услуги и взрослым, и детям, часто к нам приходят целыми семьями. Это удобно и тем, кому не с кем оставить детей — мама может прийти на прием к ВОП вместе с ребенком, — говорит Александр Пилипчук.

Важное преимущество клиник сети — высокий уровень подготовки медицинского персонала, для которого внутри компании работает специальная программа повышения квалификации и применяется внутренняя экспертиза качества медицинской помощи. В числе специалистов ключевое место занимают, конечно, высокопрофессиональные терапевты.

Очевидно, что, несмотря на некоторые сложности, проект развивается, и при должной поддержке и внимании со стороны правительства города он может стать серьезным подспорьем в решении проблемы повышения доступности и качества первичной медицинской помощи, оказываемой жителям Москвы.

Подготовила **Татьяна БЕСКАРАВАЙНАЯ**

ПОДРОБНОСТИ



За символическую плату

В аренду для открытия клиник в рамках проекта «Доктор рядом» предоставляются помещения, находящиеся в собственности Москвы (в частности, нежилые помещения на первых этажах домов). Арендатор определяется по итогам аукциона. Аукцион проводится по рыночной стоимости аренды. После ремонта, установки оборудования, лицензирования, комплектации врачами и начала работы арендатор получает право на льготную аренду — символическую: один рубль за один квадратный метр в год. Срок аренды — 20 лет. Обязательное условие участия в программе — обеспечить не менее 8000 приемов пациентов по ОМС в год в каждой клинике.

В ШАГОВОЙ ДОСТУПНОСТИ

Судя по тому, что говорят специалисты, проект «Доктор рядом» набирает обороты. В его рамках в Москве уже работают 27 медцентров. Об особенностях развития проекта рассказывает начальник Управления организации первичной медико-санитарной помощи Департамента здравоохранения города Москвы Ольга КРАСИЛЬНИКОВА.

– Можно ли подвести предварительные итоги программы? Сколько клиник «Доктор рядом» сегодня действуют в Москве? Сколько из них работают на территории ЗАО?

— Предварительные итоги пока подводить рано. Запущенный в феврале 2013 года проект «Доктор рядом» набирает силу. На сегодняшний день в городе Москве открыто 27 медицинских центров «Доктор рядом», из них 5 на территории ЗАО.

Таблица. Медицинские центры «Доктор рядом» на территории ЗАО

Адрес объекта	Площадь, кв. м	Инвестор
ул. Веерная, д. 1, корп. 7	307,0	ООО «Доктор рядом»
ул. Лукинская, д. 7	139,4	ООО «Виалаб»
ул. Ельнинская, д. 20, корп. 2	237,2	ООО «ИНПРОМЕД»
ул. Озерная, д. 10	408,3	ООО «Доктор рядом»
ул. Беловежская, д. 57	212,1	ООО «Доктор рядом-2»

– Будет ли продолжена программа? Можно ли сегодня открыть клинику «Доктор рядом»? Что для этого нужно, каковы условия участия в программе?

— В соответствии с постановлением Правительства Москвы от 25.02.2013 № 100-ПП «О реализации пилотного проекта «Доктор рядом», к участию в нем допускаются частные медицинские учреждения и индивидуальные предприниматели, имеющие лицензию на медицинскую деятельность и опыт непрерывного осуществления медицинской деятельности не менее 3-х лет.

Для того чтобы стать участником программы «Доктор рядом», необходимо подобрать нежилое помещение, выставленное на торги в рамках данной программы, участвовать и победить в аукционе, выполнить условия в соответствии с лотовой документацией и постановлением Правительства Москвы № 100-ПП от 25.02.2013. Заявки и документы на участие в аукционе подаются в отдел службы «Одного окна» Департамента города Москвы по конкурентной политике tender.mos.ru/about/one-window в соответствии со сроками, указанными в лотовой документации.

Главное условие участия в программе — это предоставление услуг в рамках ОМС в объеме не менее 8000 посещений в год. С перечнем объектов, выставляемых на торги по программе «Доктор рядом», можно ознакомиться на сайте Департамента городского имущества города Москвы.

В рамках проекта город предоставляет инвесторам в аренду помещения по льготной ставке 1 рубль за квадратный метр площади нежилого помещения в год. Переход на льготную ставку осуществляется после приспособления инвестором помещения к медицинской деятельности и после начала предоставления медицинских услуг.

Договор льготной аренды помещений заключается на 20 лет.

– Есть ли сегодня какая-нибудь статистика: сколько человек обслуживаются в клиниках «Доктор рядом»? Сколько прикрепились к ним по полисам ОМС? Пользуются ли клиники «Доктор рядом» популярностью для получения платного обслуживания — как много у них пациентов с полисами ДМС?

— Медицинское учреждение, работающее по программе «Доктор рядом», существует как отдельное самостоятельное учреждение и оказывает доступную первичную медико-санитарную помощь в сфере обязательного медицинского страхования по специальностям: «врач общей практики», «терапия», «педиатрия». С 01.04.2015 финансируются по подушевому принципу и осуществляют прикрепление граждан к себе 10 клиник сети «Доктор рядом». При обращении в клинику «Доктор рядом» нужно иметь при себе страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования, паспорт гражданина России, а для детей — свидетельство о рождении.

Согласно данным, предоставленным генеральным директором ООО «Д-Медицина» управляющей компании ООО «Доктор рядом», в прошлом году к медицинским центрам сети было прикреплено 4846 пациентов и за первый квартал 2016 года еще 985.



МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ, РАБОТАЮЩЕЕ В ПРОГРАММЕ «ДОКТОР РЯДОМ», СУЩЕСТВУЕТ КАК ОТДЕЛЬНОЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ И ОКАЗЫВАЕТ ДОСТУПНУЮ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ: «ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ», «ТЕРАПИЯ», «ПЕДИАТРИЯ».

— Одной из задач создания клиник «Доктор рядом» называлась в том числе и разгрузка районных поликлиник. Удалось ли решить эту проблему? Стали ли клиники популярны у москвичей? Знают ли люди об их существовании?

— Основная цель проекта — это повышение медицинской помощи шаговой доступности жителям, проживающим в районах, отдаленных от медицинских организаций города Москвы по наиболее востребованным профилям: педиатрия, терапия, врачи общей практики. В жилых массивах, в нежилых помещениях, расположенных на первых этажах зданий, размещаются медицинские офисы программы «Доктор рядом». В этих офисах будут оказываться платные услуги, но прием врача общей практики (педиатра или терапевта) будет бесплатным.

Проект позволяет привлекать частные инвестиции в сферы, традиционно финансировавшиеся за счет бюджетных средств, вовлекать в хозяйственный оборот неиспользуемое городское имущество, развивать конкуренцию в сфере

здравоохранения, повысить качество и доступность медицинских услуг, снижает нагрузку на городские поликлиники.

Информация о возможности обращения в клиники «Доктор рядом» с адресами расположения клиник, а также их функциями размещена на информационных стендах в холлах медицинских организаций ЗАО г. Москвы, а также доведена до сведения населения посредством информационных брошюр, интернета. Говорить о популярности клиник «Доктор рядом» рано, так как сеть еще развивается, но уже имеются положительные отклики. В частности, пациенты отмечают доброжелательность и высокий уровень культуры обслуживания со стороны персонала, чего не всегда хватает в медицинских учреждениях государственной системы здравоохранения.

— Какова ценовая политика клиник «Доктор рядом»? Регулируется ли ценообразование на платные услуги? Или в этой части каждая из клиник свободна принимать собственные решения?

— Главное условие для инвестора, работающего по программе «Доктор рядом», — оказание бесплатных услуг в рамках обязательного медицинского страхования. Остальные имеющиеся ресурсы инвестор может использовать для оказания платных медицинских услуг. Клиники «Доктор рядом» являются коммерческой организацией, не подведомственной Департаменту здравоохранения города Москвы, и самостоятельно определяют ценовую политику на платные услуги. Департаментом здравоохранения города Москвы осуществляется определение перечня и объема медицинских услуг первичной медико-санитарной помощи в сфере ОМС, оказываемых участниками реализации проекта «Доктор рядом».

— Многие клиники «Доктор рядом» имеют неплохое техническое оснащение. Помогал ли город с закупкой оборудования?

— Закупкой оборудования клиники «Доктор рядом» занимаются за счет собственных инвестиций.



ГОВОРИТЬ О ПОПУЛЯРНОСТИ КЛИНИК «ДОКТОР РЯДОМ» РАНО, ТАК КАК СЕТЬ ЕЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ, НО УЖЕ ИМЕЮТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ОТКЛИКИ. В ЧАСТНОСТИ, ПАЦИЕНТЫ ОТМЕЧАЮТ ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОСТЬ И ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ КУЛЬТУРЫ ОБСЛУЖИВАНИЯ СО СТОРОНЫ ПЕРСОНАЛА.

МОСКВА БЕЗ БОЛИ

О нюансах оказания медицинской помощи пациентам с болевым синдромом рассказывают руководитель Центра паллиативной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы Анна ФЕДЕРМЕССЕР и руководитель Клиники психиатрии и психотерапии ЕМС Наталья РИВКИНА.

В последнее время очень много говорят о необходимости своевременного обезболивания онкобольных. Об этом говорят на уровне Правительства РФ, говорят чиновники, говорят общественники, говорят пациенты и правозащитники. Врачи, к сожалению, говорят об этом мало. И обезболивают недостаточно. Причины тут разные: от нехватки знаний и опыта до страха перед уголовной ответственностью за нарушение процедуры выписывания и назначения опиатов.

9 января 2015 года, то есть примерно полтора года назад, Департамент здравоохранения города Москвы пригласил фонды «Вера» и «Подари Жизнь» принять участие в проверке московских поликлиник в части обеспечения граждан обезболивающими препаратами в новогодние праздники. Накануне этой проверки я попросила своих читателей в Фейсбуке прислать отзывы о том, как они получали обезболивание в праздники. Пришло более сотни писем. Анализ результатов показал, что 20% жалоб было связано с отказом врачей выписывать рецепт на опиоидные анальгетики, так как врачи не считали боль достаточно сильной, 16% жаловались на длительность процедуры и мучительное ожидание под кабинетами, 13% жалоб было связано с



Анна ФЕДЕРМЕССЕР,
руководитель
Центра паллиативной
медицинской помощи
Департамента
здравоохранения
города Москвы



Анна ФЕДЕРМЕССЕР: «Сегодня все врачи имеют право назначать и выписывать опиаты, однако по-прежнему выписывают только участковые терапевты»

недостаточной эффективностью назначенного обезболивания, 9% написали, что врачи просто не знают процедуры выписывания рецепта, и еще 9% сообщили, что в Москве вообще невозможно получить обезболивание. Именно тогда я написала огромную статью о состоянии дел в сфере обезболивания и предложила профильному департаменту провести ряд серьезных изменений. Что-то уже сделано. Например, совместно с главным внештатным специалистом по паллиативной помощи Минздрава России и Департамента здравоохранения

города Москвы столичный департамент разработал приказ, согласно которому сегодня московские хосписы прикреплены к аптекам, имеют право на выписку рецептов и начали это право реализовывать. Многие изменилось за счет федерального законодательства: продлено действие рецепта, изменены правила возврата использованных и неиспользованных упаковок, стационары получили право выдавать препарат на руки при выписке пациентов домой сроком на 5 дней, нет необходимости создавать врачебную комиссию для назначения опиатов и многое другое. В Москве проводится множество образовательных мероприятий для врачей. Впервые за многие годы Москва выбрала (выкупила у производителя) все 100% опиоидных анальгетиков, заказанных на 2015 год. Это не значит, что обезболены все нуждающиеся, но это значит, что назначать врачи стали в 2 раза больше, чем за 9 месяцев предыдущего года. Но этого недостаточно.



ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ПРОГРАММЫ «МОСКВА БЕЗ БОЛИ» — ОБУЧЕНИЕ МЕДИКОВ, ПОВЫШЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ВРАЧЕБНОГО И ПАЦИЕНТСКОГО СООБЩЕСТВА О ТОМ, ЧТО БОЛЬ ТЕРПЕТЬ НЕЛЬЗЯ, ЕЕ НУЖНО ЛЕЧИТЬ, А ГЛАВНОЕ — МОЖНО ВЫЛЕЧИТЬ.

Анна ФЕДЕРМЕССЕР



Анна ФЕДЕРМЕССЕР: «Впервые за многие годы Москва выбрала (выкупила у производителя) все 100% опиоидных анальгетиков, заказанных на 2015 год»

Во многих поликлиниках все равно выписывают в лучшем случае трамадол. Получить препараты третьей степени без онкологического заболевания практически невозможно. Неразвит патронажный уход на дому, а значит, пациенты по-прежнему вызывают «на боль» скорую помощь. В вопросе лечения болевого синдрома нет преемственности не только между стационарным и амбулаторным звеном, но даже при переходе пациента из отделения в отделение внутри одной медицинской организации. То есть при переводе пациента из отделения реанимации интенсивной терапии в отделение терапии о лечении боли уже никто и не помышляет. Обезболивание после хирургических вмешательств пациенты оценивают как приемлемое только в первые часы после вмешательства. Пациенты с хронической болью в спине, с хроническим панкреатитом, с гангренозными болями, с диабетической стопой и даже онкологические больные с тяжелой болью в результате, например, последствий химиотерапии, вообще не получают обезболивания. Московские травмпункты зимой — это точки боли и мужества, ни у одного из них нет лицензии на работу с опиатами. Получить обезболивание, если ты не москвич, по-прежнему можно только в ручном режиме, подключив связи или НКО. Дети, страдающие от боли, зачастую просто не рассматриваются всерьез: поболит и пройдет, не реви, давай, вставай, походи. Это я пишу о девочке, которой после визита в больницу врача детского хосписа «Дом с маяком» был назначен морфин.

Однако, если еще раз перечитать написанное в предыдущем абзаце, получается, что все вопросы уже не к законодательству, а к медикам. В крайнем случае к оргметодотделам, от которых можно ожидать создания локальных нормативных документов, инициативы и работы на пользу пациентов, а не мифической отчетности.

Именно поэтому и возникла идея проекта «Москва без боли». Это проект образовательный и информационный. Нужно разработать критерии оценки качества обезболивания на всех этапах и для пациентов любого возраста с болью любого генеза. Нужно обучать организаторов здравоохранения работать с изменившимися нормативно-правовыми актами, как федеральными, так и городскими. Нужно проконтролировать, сколько врачей-специалистов, включая педиатров, прошли обучение по работе с наркотическими средствами и психотропными веществами... Нужно, нужно, нужно...

Мы все знаем, что 20 лет назад ходить к зубному было больно, а теперь стало совсем не страшно, потому что перестало быть больно. Так же должно стать и во всех остальных отраслях медицины. И сегодня это возможно.

Зачем нужна «Москва без боли»? Причин несколько.

Основная — врачи катастрофически необразованны в части лечения болевого синдрома. Боль не умеют не только лечить, но и диагностировать. Не умеют пользоваться шкалами оценки боли. Не считают правильным прислушиваться к мнению пациента о его боли, хотя боль, безусловно, субъективное ощущение.

Во многих поликлиниках города до сих пор требуется заключение врачебной комиссии для назначения опиатов. Это нарушение нового порядка.

Сегодня все врачи имеют право назначать и выписывать опиаты, однако по-прежнему выписывают только участковые терапевты. В некоторых учреждениях теперь и назначают, и выписывают онкологи. Получить адекватное обезболивание у других специалистов, даже трамадол, практически невозможно. Получить наркотическое обезболивание в стационарах при сильных болях в послеоперационном периоде — редкая удача.

Обезболивание у детей — отдельная тема. Детям боятся назначать морфин при сильных болях, объясняя это тем, что морфин угнетает дыхание. Пользуются крайне вредным промедолом и трамадолом, которые во всем мире вообще запрещены в детской практике.

Необходимо остановить самолечение. Не получая достаточного внимания к боли от врачей, пациенты идут в аптеку и скупают все возможные обезболивающие и противовоспалительные препараты. Их бесконтрольное применение приводит к жутким последствиям — от желудочного кровотечения до серьезных изменений состава крови, к поражению печени и даже к агранулоцитозу. Но самое главное — у врачей просто-напросто отсутствует культура обезболивания пациента. Боль во время болезни считается нормой. «Потерпите, если вы болеете, то должно болеть. Боль — это естественно». Все это мы регулярно слышим от медиков.

В сегодняшней Москве гастроскопия или колоноскопия проводятся без обезболивания, и врачи хвалят пациентов за мужество, вместо того чтобы проводить эти процедуры с анестезией. Тот факт, что боль можно лечить, что любая боль излечима, что боль мешает процессу выздоровления и забирает порой последние силы, — этого мы от врачей не слышим.

Основная задача программы «Москва без боли» — обучение медиков, повышение информированности врачебного и пациентского сообщества о том, что боль терпеть нельзя, ее нужно лечить, а главное — можно вылечить.

Независимо от возраста пациента, места его регистрации, дня недели и времени суток, от стадии заболевания и причины происхождения боли — обезболивание должно быть доступно в течение не более чем двух часов от момента возникновения боли.

Боль — важный фактор качества жизни для любого пациента, который с ней сталкивается. Когда у пациентов диагностируют рак и мы спрашиваем, что у них вызывает наибольший страх в связи с этим диагнозом, большинство называют боль как первый фактор, который связан с рисками не справиться с заболеванием. При этом важно понимать, что вокруг идеи болевого синдрома немало мифов и заблуждений. К сожалению, у нас достаточно низкая информированность населения, да и самих пациентов, о возможностях современного обезболивания. В этой ситуации важное направление работы — правильное информирование пациентов и родственников о современных возможностях обезболивания. Информированность помогает снизить чрезмерную тревогу, связанную с возможным развитием болевого синдрома как неконтролируемого процесса.

Хотелось бы напомнить, что болевой синдром в два раза увеличивает у пациентов частоту депрессий, тревожных расстройств и суицидального риска. У любого онкопациента риск клинической депрессии на фоне онкозаболевания составляет 15%, а у пациента с хроническим болевым синдромом — 30%. Получается, что каждый третий такой больной — носитель депрессии, требующей лечения. А ведь депрессия и тревожное расстройство снижают порог переносимости боли — этим пациентам гораздо труднее. Когда мы сталкиваемся с суицидальными попытками у онкопациентов, мы видим, что эти суицидальные попытки связаны именно с депрессией, а не с болью как таковой. У нас же уровень оценки депрессии, аффективных расстройств, суицидального риска у таких пациентов находится на очень низком уровне. Специалисты общего профиля крайне мало знакомы с соответствующим инструментарием диагностирования. Многие врачи не решаются задать пациенту вопрос: «Думаете ли вы о смерти или возможности закончить свою жизнь?». И в итоге зоны суицидального риска остаются белым пятном, отдаются на откуп самому пациенту и его семье. В итоге — резонансные самоубийства и спекуляции в СМИ.

Отрадно в этой связи, что Департаментом здравоохранения города Москвы инициирована образовательная программа по обучению врачей выявлению суицидального риска и базовым принципам оказания помощи больным с болевым синдромом, через которую прошли более 500 московских медиков — онкологов и специалистов паллиативной помощи. Мы должны помнить, что сама боль не убивает человека, но болевой синдром повышает тяжесть и частоту расстройств аффективного спектра, это та область, на которую врачи-онкологи, соматические врачи, имеющие дело с угрожающими жизни заболеваниями, паллиативными состояниями, ассоциированными с болевым синдромом, должны обращать самое пристальное внимание. И иметь в своем арсенале инструменты для скрининга — быстрой оценки психического статуса больного. Важная в этой области задача — выстраивание преемственности лечения и ведения пациентов между психиатрической службой и общесоматической. У общих психиатров должны быть инструменты оказания помощи соматическим больным — они кардинально отличаются от инструментов помощи психиатрическим больным с клинической депрессией.

Программа «Москва без боли» инициирована для того, чтобы решить проблему обезболивания пациентов с хроническим болевым синдромом в комплексе. Речь идет о своевременной и адекватной оценке болевого синдрома, выстраивании правильной коммуникации между специалистами, потому что проблема боли — междисциплинарная проблема, для решения которой необходимо привлекать и онкологов, и специалистов паллиативной помощи, и



Наталья РИВКИНА,
руководитель Клиники
психиатрии
и психотерапии ЕМС



Наталья РИВКИНА: «В мире принято определять болевой синдром пятой витальной шкалой, которая оценивается через субъективное восприятие пациентов, но не менее важной, чем другие показатели жизнедеятельности человека»

терапевтов, и психиатров, и анестезиологов. Важное направление работы — выстраивание четкой системы коммуникации между специалистами и разными уровнями оказания медпомощи пациенту, внедрение современных стандартов обезболивания, информация о различных вариантах комбинированного обезболивания. Поскольку помощь оказывается специалистами разных направлений, у них должна быть общая подготовка, общий стандарт того, как обезболивание производится. Это не работа по наитию. Мы должны понимать, что боль — такой же симптом, как температура, или тошнота, или слабость, или одышка, а для лечения любого симптома в медицине есть очень четкие протоколы терапии.

Общий стандарт работы медиков в такой области, как обезболивание, крайне важен. Стандарт, клинически подтвержденный, прошедший необходимый объем клинических исследований, оправдавший свою действенность. И одна из задач состоит в том, чтобы таким стандартом обезболивания владели все специалисты в общей системе оказания медпомощи пациенту и понимали правильную последовательность действий при выявлении болевого синдрома. У нас же сегодня не все протоколы обезболивания доступны, не во всех медицинских организациях врачи в полной мере знакомы со всеми существующими препаратами для обезболивания.

Не всегда четко работает и система диагностики болевого синдрома, оценки состояния больного. Здесь нужно понимать, что болевой синдром

— субъективный показатель, и многие пациенты склонны терпеть боль. При этом в мировой практике есть четкие критерии и инструменты, позволяющие оценивать состояние пациента и уровень болевого синдрома. И в зависимости от этого состояния подбирается и терапия. Начиная с ненаркотического обезболивания, обучения пациентов контролю болевого синдрома. Например, в психотерапии есть методики, позволяющие пациенту повысить порог болевой чувствительности. Все это необходимо, чтобы оказать поддержку пациентам с болевым синдромом, чтобы боль была более переносима для пациента. Мы учим пациента правильно формулировать свое состояние и коммуницировать с врачами и родственниками в отношении того, что с ним происходит, просить их о помощи. И, конечно, обо всем спектре возможностей помощи пациенту должны знать медики, которые на том или ином уровне оказания медпомощи с пациентом сталкиваются.

Решение проблемы обезболивания невозможно и без обеспечения пациентов и медицинских организациях необходимыми лекарственными средствами, в том числе современными препаратами, которые помогают купировать болевой синдром с минимальными побочными эффектами.

Имеется богатый зарубежный опыт организации центров помощи пациентам с болевым синдромом. Как правило, такие центры локализованы в клиниках. Это может быть, например, команда специалистов внутри онкоотделения или специализированное отделение в составе клиники. Специалисты этого подразделения работают со всеми пациентами клиники, испытывающими болевой синдром. Они должны быть готовы оказать помощь в лечении болевого синдрома пациентам с разными нозологиями, не только с раком.

На Западе такие центры называют Pain Clinic. У нас это буквально и не совсем удачно, переводится как «клиника боли», хотя задачи там решаются прямо противоположные. Скорее, можно назвать такие клиники или отделения отделениями лечения боли, управления болью. Но как бы оно ни называлось, основная задача такого отделения и работающих в нем специалистов — оценка состояния пациента с болевым синдромом и разработка плана его купирования.

В идеале необходимо оценить качество жизни больного с учетом множества факторов и разработать индивидуальный план сопровождения болевого синдрома. Этот план реализуется специалистом по обезболиванию или командой специалистов. Но нужно понимать, что эта команда — часть общей системы. Окончательные решения по ведению пациента принимает лечащий врач, а значит, с ним должна быть согласована любая терапевтическая активность. Невозможно поставить болевой синдром на постамент и лечить его без привязки к лечению основного заболевания. Так быть не должно.

В западных клиниках у специалиста или команды по лечению болевого синдрома есть запрос на осмотр пациента от лечащего врача. После осмотра пациента лечащему врачу отправляется некое обоснование, концепция лечения болевого синдрома, которая утверждается им или обсуждается совместно.



ОБЩИЙ СТАНДАРТ РАБОТЫ МЕДИКОВ В ТАКОЙ ОБЛАСТИ, КАК ОБЕЗБОЛИВАНИЕ, КРАЙНЕ ВАЖЕН. И ОДНА ИЗ ЗАДАЧ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТОБЫ ТАКИМ СТАНДАРТОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ВЛАДЕЛИ ВСЕ СПЕЦИАЛИСТЫ В ОБЩЕЙ СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ МЕДПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ.

Наталья РИВКИНА

Если говорить о текущей ситуации у нас в стране, насколько знаю, такие группы специалистов формируются несколько спонтанно. Такие команды и отделения в клиниках сегодня решают проблемы мизерного количества пациентов. Нужна система. В том числе и система подготовки специалистов. Надо понимать, что зарубежные врачи, работающие в таких командах и отделениях, проходят специализацию. Это врачи, прошедшие постдипломную подготовку, чтобы заниматься обезболиванием. Причем речь идет не только об онкологических больных. Болевой синдром может возникать при самых различных патологиях. В России исторически сложилось, что паллиативная помощь ориентирована в основном на онкопациентов, однако во всем мире паллиативная помощь — его помощь для любых пациентов, требующих поддерживающей терапии на более поздних этапах болезни, в том числе и для лечения болевого синдрома. Отрадно, что сегодня и у нас выстраивается система, в которой врачи паллиативной помощи могут оказывать поддержку более широкому кругу больных.

Еще одна проблема — однонаправленность терапии: люди, которые специализируются на помощи паллиативным больным и работают с болевым синдромом, сконцентрированы на подборе обезболивания, но не оценивают психический и социальный статус пациента. Поэтому важно, чтобы система образования учитывала разные аспекты проблематики и подготовки специалистов. Конечно, не может быть врача, который бы занимался всем, но мы должны ориентироваться на обучение разносторонне подготовленных специалистов, умеющих работать в большой мультидисциплинарной команде. К сожалению, к боли привыкнуть человеческий организм не может. У многих пациентов возникает еще и страх оказаться в ситуации, когда он не сможет себя контролировать, потеряет лицо. Поэтому боль часто заслоняет собой вызвавшее ее заболевание. Но это не диагноз, это лишь симптом того или иного заболевания. В мире принято определять болевой синдром 5-ти бальной вербальной шкалой, которая оценивается через субъективное восприятие пациентов, но не менее важной, чем другие показатели жизнедеятельности человека. И усилия купировать боль равноценны усилиям нормализовать артериальное давление, частоту сердечных сокращений, сердечный ритм, снабжение организма кислородом и прочие вещи, связанные с базовыми функциями жизнедеятельности. Поэтому пациенту важно объяснить, что боль, с одной стороны, не является чем-то отдельным, с другой стороны, она является одним из симптомов в группе приоритетных для оценки симптомов. Программа «Москва без боли» — программа комплексная. Работа должна вестись по разным направлениям и на разных уровнях организации и оказания медпомощи пациентам с болевым синдромом, начиная от образования специалистов и заканчивая информированием пациентов.

Одна из первоочередных задач — создание образовательной программы и материалов, которые бы информировали население о возможности получения помощи в отношении купирования болевого синдрома, снижать страх, связанный с болью. В части же собственно оказания медпомощи начинать нужно с выстраивания алгоритма ведения таких пациентов, маршрутизации в оказании им помощи.

Следующий этап — подготовка структурированных унифицированных обучающих программ для специалистов, которые будут внедряться на этапе постдипломного образования, чтобы на выходе мы получили специалистов, работающих с одинаковыми протоколами, которых можно было бы встроить в существующую систему оказания медпомощи.



29-30 ноября 2016 года состоится XV Ассамблея «Здоровье Москвы».
Местом проведения форума станет Международный выставочный центр «Крокус Экспо», Москва.

Организаторы

Правительство Москвы
Департамент здравоохранения города Москвы
НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы

Целевая аудитория:

главные врачи, организаторы здравоохранения, директора НИИ, заведующие отделениями, научные сотрудники, врачи и специалисты следующих направлений: терапия, кардиология, гастроэнтерология, неврология, ревматология, пульмонология, нефрология, инфекционные болезни, педиатрия, неонатология, хирургия, акушерство и гинекология, урология, травматология и ортопедия, нейрохирургия, анестезиология и реаниматология, оториноларингология, стоматология, онкология, дерматовенерология, психиатрия и психотерапия, фтизиатрия и аллергология, гематология, наркология, фармакология, репродуктология, комбустиология, рентгенология и радиология, лабораторные исследования и др.

Основные направления научной программы

- Модернизация сферы здравоохранения и фармацевтической отрасли в России.
- Совершенствование системы обязательного медицинского страхования и ее законодательные изменения в 2016 году.
- Специализированная медицинская помощь.
- Интеграция программ модернизации и оптимизации структуры современных ЛПУ.
- Современные модели непрерывного медицинского образования в России.
- Юридические и правовые аспекты деятельности врача и медицинского персонала.
- Научно-практическая деятельность специалистов.
- Профилактика, диагностика, лечение и реабилитация различных заболеваний и пр.

Доклады и тезисы

Специалисты, чья научно-практическая деятельность соответствует тематике Ассамблеи, могут опубликовать тезисы своих работ в сборнике материалов.

Тезисы принимаются **до 15 сентября 2016 г.**

Выставка

В рамках Ассамблеи будет организована выставка современных достижений и медицинских технологий, используемых на практике в лечебных учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы.

Секретариат Ассамблеи

тел.: +7 (495) 722-64-20, +7 (495) 518-26-70,

e-mail: info@moscowhealth.ru

Подробнее о мероприятии: www.moscowhealth.ru

Конгресс-оператор:

ООО «КТ Интерфорум»



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ**