

## ТЕМА НОМЕРА

# ВМП

### 1 ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

**«Мы сознательно идем по пути создания очагов профильной специализированной активности»**

О системе оказания ВМП в Москве — в интервью **Алексея ХРИПУНА**

### 2 ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДПОМОЩЬ

Специализированная помощь в Москве в цифрах и фактах

### 3 СТРАНИЦА ГЛАВНОГО СПЕЦИАЛИСТА

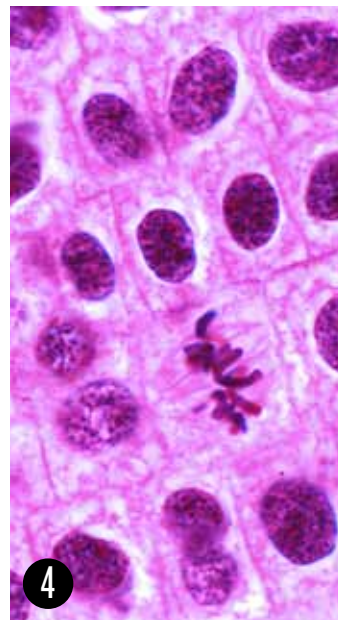
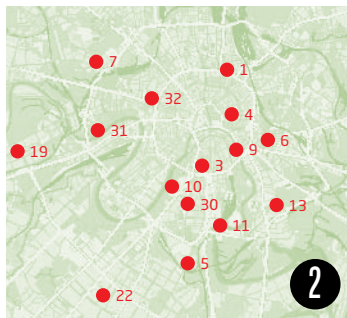
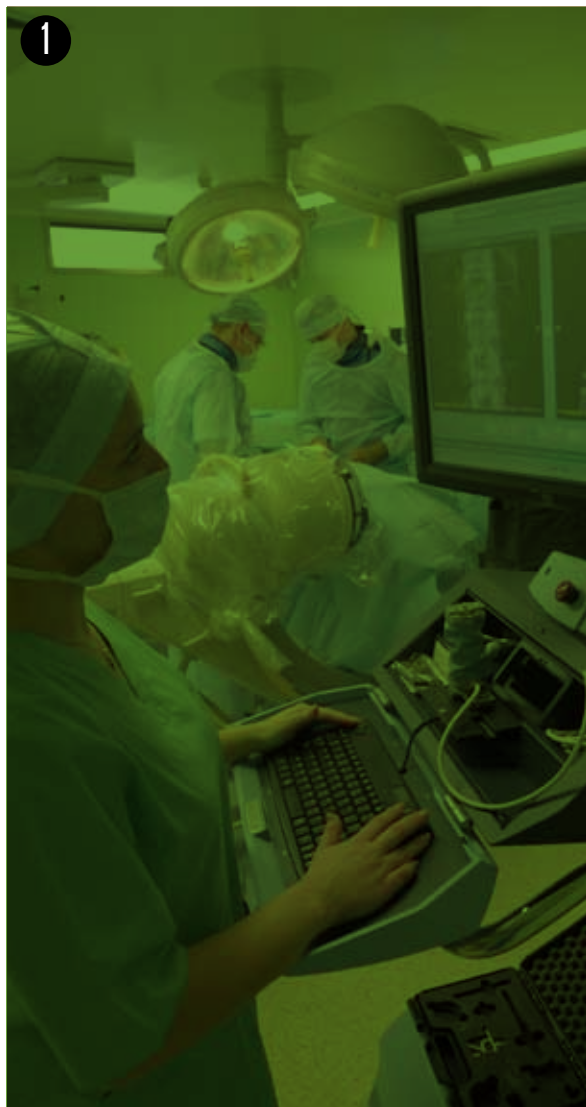
О перспективах роботической хирургии рассказывает **Дмитрий ПУШКАРЬ**

### 4 КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

В рубрике представлены материалы майской и июньской клиничко-анатомических конференций

### 5 АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

О принципах организации психологической помощи онкобольным рассказывает **Наталья РИВКИНА**



# Журнал «Московская медицина»

## Председатель редакционного совета

Печатников Леонид Михайлович, заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

## Редакционный совет

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

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

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

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

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

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

**Гехт Алла Борисовна**, главный внештатный специалист психоневролог Департамента здравоохранения Москвы

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

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

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

**Зеленский Владимир Анатольевич**, директор МГФОМС

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

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

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

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

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

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

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

**Назарова Ирина Александровна**, председатель совета главных врачей Москвы

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

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

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

**Потекаев Николай Николаевич**, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы, главный

внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы

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

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

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

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

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

**Шпектор Александр Вадимович**, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**

Заместитель главного редактора: **Альфия Анваровна Саитгареева**

(e-mail: info@niiiozmm.mosgorzdrav.ru; тел.: 8-499-940-99-72)

Ответственный секретарь: **Ева Александровна Василевская**

Шеф-редактор: **Ирина Георгиевна Красивская**

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

**Учредитель:** Департамент здравоохранения города Москвы

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

Регистрационный номер ПИ № ФС 77 - 57984

**Издательство:** ООО «Бионика Медиа» 117420, Москва, ул. Профсоюзная, д. 57  
Выпуск № 3(6) 2015 журнала «Московская медицина» отпечатан 22 сентября 2015 года

ООО «ПОЛИГРАФ-ПЛЮС»

107023, г. Москва, ул. Электrozаводская, д.21

Тел.: 8 (903)511-04-26, E-mail: rostest-iv@inbox.ru

Тираж 10000 экз.

Бесплатно

Сегодня московское здравоохранение абсолютно самодостаточно для оказания всех без исключения видов высокотехнологичной медицинской помощи. Возможно не всегда московские клиники могут быстро обеспечить необходимое количество некоторых редких вмешательств, но нет такого вида ВМП, который бы не выполнялся в стационарах Департамента здравоохранения Москвы. Значительно выросли и объемы этих видов помощи.

Это обусловлено прежде всего возросшим уровнем технического обеспечения клиник. Он сегодня несопоставим с тем, что было 5 лет назад. За это время в больницах установлено более 100 тыс. единиц самой разнообразной техники. А вслед за техникой пришли и новые технологии.

Прогресс неувидителен, если учесть объем финансирования ВМП в городе. В этом году он составит почти 3 млрд рублей. За последние 5 лет финансирование увеличилось в разы. И главный источник финансирования — бюджет города, софинансирование из федерального бюджета составляет не более 500 млн рублей.

Но главное, что останавливаться на достигнутом нет никаких оснований. Правительство города и Департамент здравоохранения ведут работу над повышением тарифов на отдельные виды ВМП, решают организационные вопросы предоставления высокотехнологичной медпомощи горожанам. Мы создаем в Москве компактную эффективную систему оказания медпомощи, делаем медицину более рациональной и высокотехнологичной. А это, в том числе, и источник дополнительных средств, за счет которых можно в дальнейшем повышать объемы предоставляемой москвичам медпомощи. Развитие оказания ВМП жителям города — один из приоритетов работы департамента и всей системы здравоохранения города, и уверен, что наши усилия принесут свои плоды.



**Алексей ХРИПУН,**  
руководитель  
Департамента  
здравоохранения  
Москвы

**ОТ РЕДАКЦИИ**

Обращение к читателям руководителя Департамента здравоохранения  
Москвы Алексея ХРИПУНА

**02****ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА**

**Алексей ХРИПУН: Москва самодостаточна в плане  
оказания ВМП**

**1****05****ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДПОМОЩЬ****Возможности и перспективы**

Карта с расположением клиник, оказывающих ВМП, комментарии  
специалистов, статистические данные

**2****12**

**Валерий ПАВЛОВ: перечень видов ВМП,  
финансирующихся из средств ОМС, может быть  
расширен**

**38****СТРАНИЦА ГЛАВНОГО СПЕЦИАЛИСТА**

**Дмитрий ПУШКАРЬ: роботизированные технологии –  
один из основных путей развития хирургии в XXI веке**

**3****43****КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА**

На обсуждение в рамках майской клинико-анатомической конференции была  
представлена история болезни 7-летнего ребенка, умершего в результате бак-  
териального тромбэндокардита аортального клапана

**46**

В июне на клинико-анатомической конференции специалисты обсуждали  
историю болезни пациентки, причина смерти которой — острый лейкоз —  
была установлена только при посмертном судебно-медицинском исследовании

**4****58****ПРАВОВАЯ ПРАКТИКА**

**Законодательство о назначении наркотических средств:  
контроль и ответственность**

**70**

**АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА**

**Союз в поддержку пациента**

О принципах организации психологической помощи онкобольным рассказывает Наталья РИВКИНА

5

77

**МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ**

**Меланома: лимфосцинтиграфия и биопсия сторожевого лимфатического узла**

86

**ТЕХНОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ**

**Первый среди равных**

Опыт организации помощи онкобольным на базе многопрофильного медцентра

89

**Инновации в лабораторной диагностике: ограничения или возможности?**

94

# АЛЕКСЕЙ ХРИПУН: МОСКВА САМОДОСТАТОЧНА В ПЛАНЕ ОКАЗАНИЯ ВМП

Объемы оказываемой москвичам высокотехнологичной медицинской помощи в последние годы неуклонно растут. Не отстает и ее качество. Более того, поставленное в ходе программы модернизации оборудование позволило московским медикам проводить уникальные операции. О нюансах функционирования системы оказания ВМП в Москве как единого целого рассказывает руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей ХРИПУН.

## — Самодостаточна ли московская система здравоохранения в плане оказания ВМП жителям города?

— Москва абсолютно самодостаточна в плане оказания ВМП. Сегодня нет такого вида ВМП, который бы не могли выполнить в клиниках Департамента здравоохранения столицы. Объем финансирования приближается к 3 миллиардам рублей, и это не учитывая те вмешательства, которые оплачиваются из средств ОМС. Напомню, что сегодня из более чем девятисот видов ВМП 452 погружены в систему ОМС.

Безусловно, направление развивается. Осваиваются новые технологии. Благодаря современному оборудованию принципиально иначе, более эффективно и в большем масштабе, используются и те методики, которые уже были освоены московскими медиками. Например, лапароскопическая аппендэктомия. Строго говоря, этот вид вмешательств не относится к ВМП, но пример показателен, на мой взгляд. Если раньше, дай Бог, чтобы такая операция проводилась пару раз в неделю, то сегодня в большинстве клиник Москвы удаление червеобразного отростка проводится исключительно с эндоскопическим доступом. Значительно увеличился и объем эндопротезирования. Таких примеров можно привести множество.

Да, конечно, есть направления, которые у нас пока еще недостаточно развиты. Например, классическая открытая кардиохирургия представлена у нас только в



**Алексей ХРИПУН,**  
руководитель  
Департамента  
здравоохранения  
Москвы



Институте Склифосовского, больницах № 81 и 15, при том, что есть известные федеральные центры — Центр сердечно-сосудистой хирургии, Научный центр хирургии РАН. Недостаточно развито направление онкогематологии. Поэтому в некоторых ситуациях мы направляем пациентов для проведения операций в федеральные центры.

**— Какова потребность города в ВМП? Насколько она удовлетворяется сегодня?**

— В прошлом году 98 тысяч москвичей получили ВМП. Из них примерно 40 тысячам помощь оказана в федеральных клиниках, остальные лечились в наших учреждениях.

**— Так происходит потому, что не хватает московских мощностей?**

— Главным образом из экономических соображений. Если человек получил квоту, встал в очередь в федеральном учреждении и получил там помощь, которая была профинансирована и оплачена из федерального бюджета. Разве это плохо? Но есть и сложности с объемами по некоторым направлениям. Например, мы сейчас создали потрясающую коронарную сеть из 22 сосудистых центров. Скорая приезжает быстро, больного оперативно привозят и кладут в операционную. Количество стентирований увеличилось, у нас потрясающие результаты по лечению острого инфаркта миокарда, госпитальная летальность которого уменьшилась в 3 раза: в 2010 этот показатель был равен 30%, а в 2014-м составил 10,2%. Но когда возникают показания к аортокоронарному шунтированию, ресурсов наших клиник, работающих, замечу, на полную мощность, не всегда хватает. Мы никогда не делали столько коронарографий, сколько сейчас, никогда не выявляли столько показаний к аортокоронарному шунтированию. Поэтому мы совершенно спокойно направляем часть пациентов в федеральные центры.

## **— Как планируются необходимые объемы ВМП и оценивается мощность московской сети клиник по этому направлению?**

— Зная объем вмешательств, который был выполнен в предыдущем году, мы составляем план оказания ВМП в каждой из медицинских организаций и доводим до них соответствующие бюджетные средства. Сегодня в Москве 32 больницы, оказывающие ВМП. К слову, еще в 2010 году их было 13. Составляется и примерный план по объемам ВМП в ОМС. Если возникает необходимость направить пациента в федеральную клинику, направляем туда. Кроме того, у нас в соответствии с законом № 323-ФЗ любой человек может обратиться за помощью в любую организацию. Мы стараемся учитывать все нюансы законодательства и баланс мощностей наших клиник, их технологические возможности.

## **— Существует ли практика оказания платных услуг по ВМП и насколько для стационаров это важный источник дохода?**

— Если иногородний гражданин хочет лечиться в московской клинике, сам выбирает нашу больницу, приезжает сюда, мы не можем сделать ему операцию из перечня видов помощи, которые финансируются из московского бюджета. Прооперировать его можно только на платной основе. Если показанная операция входит в те, что оплачиваются через ОМС, то при наличии направления пациент получает помощь бесплатно. Направление обязательно для того, чтобы произвести взаиморасчет с территориальным фондом ОМС того региона, где проживает пациент. Плата от пациента может также поступить за более комфортные условия пребывания в клинике или тогда, когда пациент не хочет, именно не хочет, а не не может, по медицинским показаниям ждать очередь. Определенная очередность и время ожидания при проведении плановых операций в наших клиниках пока еще сохраняются.

## **— Вы сказали про 32 клиники, оказывающие ВМП в Москве. Этого достаточно?**

— Сейчас в Москве сформировались 35 многопрофильных больничных комплексов, это в основном крупные больницы. Большинство из них оказывают те или иные виды ВМП. Какой смысл расширять этот список, ведь даже у этих клиник огромный потенциал? В них можно и нужно наращивать объемы оказываемой помощи. Мы сконцентрировали ресурсы в этих стационарах для того, чтобы выстроить там систему интенсивного, быстрого, эффективного лечения. Мы сознательно идем по этому пути, пути создания очагов профильной специализированной активности, куда направляем, маршрутизируем больных. Это наша стратегия.

## **— За счет чего можно увеличить объем? Выходит, потенциал этих клиник используется не до конца?**

— Прежде всего за счет лучшей организации труда. Объемы увеличатся при более быстрой диагностике, правильном дооперационном обследовании, когда человеку проводят все необходимые обследования и диагностику до поступления в стационар. А там его сразу оперируют, возможно, в день поступления. И через какое-то непродолжительное время реабилитации выписывают, направляя на долечивание, если это необходимо, на амбулаторном уровне. Второе направление — организация работы операционной. 15 лет назад в Австрии в ортопедической клинике я был потрясен интенсивностью работы специалистов. Разрез хирург начинал в 8 утра. Пока мы в те годы в столь ранний час занимались



**В ПРОШЛОМ ГОДУ 98 ТЫСЯЧ МОСКВИЧЕЙ  
ПОЛУЧИЛИ ВМП.**



привычной утренней говорильней на конференциях, наши зарубежные коллеги оперировали. К тому времени, когда хирург заканчивал оперировать, в операционной в доступном режиме уже осуществлялась уборка. Все было предусмотрено для того, чтобы пациента, еще находящегося под наркозом, переместить на специальную каталку, вывезти в другое помещение, где с ним продолжают работать анестезиологи, а на операционный стол после необходимых санитарных процедур уже кладут другого человека. Когда в течение шести часов при мне прооперировали три колена и два бедра, я был потрясен. Потом я внедрял такие же подходы к организации работы в операционной в ГКБ № 31, где работал на тот момент, в ГКБ № 12. В этом и есть наш резерв. Интенсифицировать процесс можно, современное оборудование это позволяет. Но, конечно, важно и то, чтобы хирург делал операцию привычно, чтобы каждое движение было выверенным. Когда человек делает одно и то же действие много раз, он делает это лучше. Важна и работа всей бригады, когда рядом с хирургом сработанные ассистенты, операционная сестра, анестезиолог. Необходимо участие в ведении пациента и функциональных диагностов, например, кардиохирургов, занимающихся сложными нарушениями ритма. В этих же бригадах всегда должен быть инженер, потому что в клиниках используется сложная техника. Одним словом, работать должны все, и работать слаженно. При ведении больного в стационаре необходима четкая и слаженная работа на всех этапах: в операционной, в отделении реанимации, чтобы не было сбоев в раннем послеоперационном периоде и осложнений. Как только появляются осложнения, период пребывания пациента в клинике растягивается. Крайне необходима и

ранняя реабилитация пациентов с ранней выпиской. Полноценная реабилитация, конечно же.

Такая система будет работать эффективно, и объемы будут нарастать. И не нужно для этого большого количества профильных хирургов. Пусть оперируют 2–3, но привычно, красиво, быстро и качественно.

### — Возможно ли все это?

— Конечно! Недавно в родной для меня ГКБ № 12, которая на две трети — хирургическая клиника по разным профилям, делали капремонт. Понятно, что просто закрыть оперблок и сделать спокойно ремонт нельзя. Необходимо делать его поэтапно. Так вот, в процессе ремонта, когда медики вынуждены были работать фактически на трети площадей, то за счет организации труда смогли не только не снизить объем хирургических вмешательств, но даже его увеличить. А если бы с той же эффективностью они работали на всей площади операционных — вот и увеличение объемов в три раза. Как говорится, было бы желание работать с умом!

### — Существует ли сейчас проблема кадров в московской системе оказания ВМП?

— Здесь история тоже не совсем простая. Возьмем хирургию печени. Нужно ли, чтобы операции на печени выполняли во всех 35 стационарах? Конечно, нет. Достаточно одного-двух профильных, где будут работать соответствующие специалисты. Например, Боткинская больница — общепризнанный не только в Москве центр хирургии печени. В Институте Склифосовского тоже выполняются серьезные операции. Этого на сегодня достаточно. Не надо воспитывать в каждой клинике этих специалистов, такой потребности нет. Сегодня в Москве нет дефицита специалистов по какому-то направлению ВМП. Но это не значит, что надо сидеть сложа руки. Мы активно обучаем наших ведущих специалистов и молодежь. За четыре года в московском здравоохранении 600 человек прошли стажировку за рубежом. Это молодые специалисты, владеющие иностранным языком, которые, как правило, представляют какую-то хирургическую отрасль, легко обучаемые, способные впитывать новую профессиональную, отраслевую и производственную психологию. На освоение навыков работы с новейшим оборудованием нацелены и симуляционные центры. У нас откроется один такой в Боткинской больнице. Он будет мультидисциплинарным, с колоссальными возможностями. Мы планируем приглашать ведущих зарубежных специалистов, чтобы учить своих врачей дома.

### — Есть ли какие-то направления ВМП, в которых Москва может служить примером?

— Да, конечно. Например, это хирургия печени и поджелудочной железы. У нас работает Дмитрий Пушкарь — уролог мирового уровня, который недавно проводил мастер-классы для европейских коллег по роботической хирургии. Блестящий нейрохирург — Владимир Крылов. В его клинике выполняется весь объем вмешательств соответствующего профиля. Активно развивается Московский научно-клинический центр, который возглавляет профессор Игорь Хатьков — специалист по хирургии с применением видеоэндоскопических технологий с европейским и мировым признанием. Александр Разумовский — блестящий поливалентный хирург, а детская хирургия в его исполнении — абсолютно мировой уровень. Назвать можно многих.



**СЕГОДНЯ В МОСКВЕ НЕТ ДЕФИЦИТА  
СПЕЦИАЛИСТОВ ПО КАКОМУ-ТО  
НАПРАВЛЕНИЮ ВМП.**



**— А как вы оцениваете управленческие навыки современных главврачей московских стационаров? Вас они устраивают? Понимают ли они, как меняется система московского здравоохранения?**

— Не все отвечают современному уровню серьезного сильного менеджера в крупной клинике. Но есть и управленцы новой волны, если так можно выразиться. Неравнодушные люди, совмещающие и нетривиальные способности врача, и управленческие качества. Тот же Игорь Хатьков, который никогда раньше клиникой не руководил, он хирург, ученый, педагог. Но когда возникла идея создать центр, никто не усомнился в его способностях организатора, в том, что он может сделать эту работу. И это происходит буквально на глазах. Он подобрал команду: у него работают финансисты, инженеры, экономисты, хозяйственники, не говоря уже о клиницистах, и эта команда эффективно работает. Аналогичный пример — Алексей Шабунин. Еще один руководитель высокого уровня менеджмента — Игорь Колтунов, главный врач Морозовской больницы. К счастью, есть достаточное количество современных, активных руководителей — не только прекрасных медиков, но людей, имеющих глубокие знания в экономике, организации здравоохранения.

**— Может быть, нужны управленцы в помощь медикам на руководящих должностях в ЛПУ?**

— Всеми признано, что современная клиника — это самый сложный механизм для управления, потому что руководитель ее должен решать все вопросы, связанные с лечебно-диагностической работой и всем циклом жизнеобеспечения деятельности больницы. Но уверен, что руководить клиникой должен медик,



который или получил второе образование, или приобрел необходимый опыт и демонстрирует способности и успехи в менеджменте. А тем, кто хочет учиться, мы всегда поможем.

### **— Каковы перспективы развития системы оказания ВМП в Москве?**

— Я бы сказал не о перспективах, а о проблемах. Но в их решении и состоит наша перспектива. Не все тарифы на ВМП полностью соответствуют затратам на ее оказание в наших учреждениях. Мы активно занимаемся проблемой и поднимаем тарифы. Например, в прошлом году подняли тарифы на травматологию, в том числе и на высокотехнологичные виды помощи по этому направлению. Не думаю, что у всех регионов для этого есть такая возможность, но в Москве есть. И не в последнюю очередь благодаря существующим подходам к ведению хозяйства. В немалой степени мы имеем такую возможность именно потому, что активно занимаемся модернизацией и реорганизацией здравоохранения Москвы, создаем компактную и эффективно работающую систему оказания медпомощи в городе. Логика проста: если какой-то объем вмешательств в конкретном учреждении выполняли 500 медиков, а сейчас те же объемы, и даже большие, выполняют условно 400 человек, то возникает возможность перераспределить финансы из фонда оплаты труда на те же тарифы или потратить на что-то другое. Так что условия для развития и ВМП, и системы оказания медпомощи в целом в городе есть. Более того, по-моему, в столице они беспрецедентны. И то, что мы видим в наших клиниках, лучшее подтверждение моих слов.

Подготовил  
**Сергей ЛИТВИНЕНКО**

# ВОЗМОЖНОСТИ И РЕСУРСЫ

Развитие ВМП – один из приоритетов работы системы здравоохранения города. В текущем году Перечнем ВМП, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.11.2014 г. № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», определены 18 профилей ВМП, которые оказываются в 32 медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы.

Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Напомним, что согласно Приказу № 930н Минздрава РФ высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в следующих условиях:

- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

В 2015 году для оказания жителям Москвы ВМП законом города Москвы от 19.11.2014 г. № 54 «О бюджете города Москвы на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» предусмотрены целевые средства в размере 2 476,1 млн руб. Кроме того, в связи с возросшей потребностью в оказании ВМП в текущем году дополнительно из регионального бюджета выделено 658,1 млн руб.


Общий объем финансирования ВМП за счет средств бюджета города Москвы составит 3134,2 млн рублей.


Клиники Департамента здравоохранения Москвы, оказывающие ВМП, на карте города



## 01 ДОСЬЕ

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
Большая Сухаревская пл., д. 3

 **Профили ВМП:**


- абдоминальная хирургия
- комбустиология
- нейрохирургия
- сердечно-сосудистая хирургия
- торакальная хирургия
- травматология и ортопедия
- трансплантация

 **Директор:**  
Хубутия Могли Шалвович


## 02 ДОСЬЕ

Московский клинический научно-практический центр Департамента здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
Шоссе Энтузиастов, д. 86


 **Профили ВМП:**


- абдоминальная хирургия
- онкология
- урология
- акушерство и гинекология
- гастроэнтерология
- ревматология
- эндокринология

 **Директор:**  
Хатьков Игорь Евгеньевич


## 03 ДОСЬЕ

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
ул. Большая Полянка, д. 22

 **Профили ВМП:**


- нейрохирургия
- травматология и ортопедия

 **Директор:**  
Митиш Валерий Афанасьевич


## 04 ДОСЬЕ

Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии Департамента здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
Сверчков пер., д. 5

 **Профили ВМП:**

- сердечно-сосудистая хирургия

 **Директор:**  
Иоселиани Давид Георгиевич

## 05 ДОСЬЕ

Научно-исследовательский  
клинический институт  
оториноларингологии  
им. Л.И. Свержевского  
Департамента здравоохранения  
города Москвы

**Адрес:**

Загородное шоссе, д. 18А, стр. 2

**Профили ВМП:**

- оториноларингология

**Директор:**

Крюков Андрей Иванович

## 06 ДОСЬЕ

Московский научно-практический  
центр медицинской реабилитации,  
восстановительной и спортивной  
медицины Департамента  
здравоохранения города Москвы

**Адрес:**

Земляной Вал, д. 53

**Профили ВМП:**

- травматология и ортопедия

**Директор:**

Разумов Александр Николаевич

## 07 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
имени С.П. Боткина Департамента  
здравоохранения города Москвы

**Адрес:**

2-й Боткинский проезд, д. 5

**Профили ВМП:**

- абдоминальная хирургия
- акушерство и гинекология
- нейрохирургия
- онкология
- офтальмология
- сердечно-сосудистая хирургия
- травматология и ортопедия
- урология
- челюстно-лицевая хирургия
- ревматология
- оториноларингология

**Главный врач:**

Шабунин Алексей Васильевич

## 08 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
имени А.К. Ерамишанцева  
Департамента здравоохранения  
города Москвы

**Адрес:**

ул. Ленская, д. 15

**Профили ВМП:**

- абдоминальная хирургия
- сердечно-сосудистая хирургия
- травматология и ортопедия
- урология
- нейрохирургия

**Главный врач:**

Крапивин Андрей Александрович

## 09 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
им. И.В. Давыдовского  
Департамента здравоохранения  
города Москвы



**Адрес:**

Яузская ул., д. 11



**Профили ВМП:**

- сердечно-сосудистая хирургия



**Главный врач:**

Хрупкин Валерий Иванович

## 10 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 1 им. Н.И. Пирогова Департа-  
мента здравоохранения города  
Москвы



**Адрес:**

Ленинский проспект, д. 8



**Профили ВМП:**

- сердечно-сосудистая хирургия
- травматология и ортопедия
- абдоминальная хирургия
- акушерство и гинекология
- оториноларингология
- офтальмология
- ревматология
- урология
- челюстно-лицевая хирургия



**Главный врач:**

Свет Алексей Викторович

## 11 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 4 Департамента здравоохра-  
нения города Москвы



**Адрес:**

ул. Павловская, д. 25



**Профили ВМП:**

- абдоминальная хирургия
- сердечно-сосудистая хирургия
- ревматология



**Главный врач:**

Хрупалов Андрей Александрович

## 12 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
им. В.М. Буянова Департамента  
здравоохранения города Москвы



**Адрес:**

ул. Бакинская, д. 26



**Профили ВМП:**

- нейрохирургия
- сердечно-сосудистая хирургия
- травматология и ортопедия
- абдоминальная хирургия
- акушерство и гинекология
- гастроэнтерология
- офтальмология
- ревматология
- урология





**Главный врач:**

Саликов Александр Викторович

## 13 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 13 Департамента  
здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
ул. Велозаводская, д. 1/1

 **Профили ВМП:**


- абдоминальная хирургия
- акушерство и гинекология
- сердечно-сосудистая хирургия
- травматология и ортопедия
- эндокринология
- нейрохирургия
- неонатология
- офтальмология

 **Главный врач:**  
Аронов Леонид Семенович


## 14 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 15 им. О.М. Филатова  
Департамента здравоохранения  
города Москвы

 **Адрес:**  
ул. Вешняковская, д. 23


 **Профили ВМП:**


- нейрохирургия
- офтальмология
- сердечно-сосудистая хирургия
- травматология и ортопедия
- абдоминальная хирургия
- акушерство и гинекология
- неонатология
- ревматология

 **Главный врач:**  
Тюлькина Екатерина Евгеньевна

## 15 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 31 Департамента  
здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
ул. Лобачевского, д. 42

 **Профили ВМП:**


- абдоминальная хирургия
- травматология и ортопедия
- акушерство и гинекология
- урология

 **Главный врач:**  
Ефремова Наталья Михайловна

## 16 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 36 им. Ф.И. Иноземцева

 **Адрес:**  
ул. Фортунатовская, д. 1

 **Профили ВМП:**


- абдоминальная хирургия
- акушерство и гинекология
- комбустиология
- нейрохирургия
- сердечно-сосудистая хирургия
- травматология и ортопедия
- челюстно-лицевая хирургия
- урология

 **Главный врач:**  
Митичкин Александр Евгеньевич

## 17 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 40 Департамента  
здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
ул. Касаткина, д. 7

 **Профили ВМП:**


- онкология
- абдоминальная хирургия

 **Главный врач:**  
Фатуев Олег Эдуардович

## 18 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 50 Департамента  
здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
ул. Вучетича, д. 21


 **Профили ВМП:**


- абдоминальная хирургия
- онкология
- торакальная хирургия
- урология
- оториноларингология

 **Главный врач:**  
Торубаров Сергей Феликсович

## 19 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 51 Департамента  
здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
ул. Алябьева, д. 7/33


 **Профили ВМП:**

- абдоминальная хирургия
- акушерство и гинекология
- сердечно-сосудистая хирургия
- урология

 **Главный врач:**  
Бражник Виктория Алексеевна


## 20 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 52 Департамента  
здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
ул. Пехотная, д. 3

 **Профили ВМП:**


- абдоминальная хирургия
- акушерство и гинекология
- сердечно-сосудистая хирургия
- эндокринология
- гематология
- офтальмология
- оториноларингология
- ревматология
- урология

 **Главный врач:**  
Лысенко Марьяна Анатольевна

## 21 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 57 Департамента  
здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
11-я Парковая ул., д. 32


 **Профили ВМП:**


- акушерство и гинекология
- онкология
- сердечно-сосудистая хирургия
- урология
- абдоминальная хирургия

 **Главный врач:**  
Назарова Ирина Александровна

## 22 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 64 Департамента  
здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
ул. Вавилова, д. 61


 **Профили ВМП:**

- сердечно-сосудистая хирургия
- травматология и ортопедия
- абдоминальная хирургия
- акушерство и гинекология
- урология

 **Главный врач:**  
Шарапова Ольга Викторовна

## 23 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 67 им. Л.А. Ворохобова  
Департамента здравоохранения  
города Москвы

 **Адрес:**  
ул. Саляма Адила, д. 2/44

 **Профили ВМП:**


- абдоминальная хирургия
- нейрохирургия
- травматология и ортопедия
- оториноларингология
- офтальмология
- сердечно-сосудистая хирургия
- урология
- эндокринология

 **Главный врач:**  
Шкода Андрей Сергеевич

## 24 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
им. М.Е. Жадкевича  
Департамента здравоохранения  
города Москвы

 **Адрес:**  
Можайское шоссе, д. 14


 **Профили ВМП:**


- сердечно-сосудистая хирургия
- травматология и ортопедия
- абдоминальная хирургия
- нейрохирургия

 **Главный врач:**  
Мясников Александр Леонидович

## 25 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 79 Департамента  
здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
ул. Академика Миллионщикова, д. 1


 **Профили ВМП:**

- абдоминальная хирургия
- акушерство и гинекология
- сердечно-сосудистая хирургия
- нейрохирургия
- неонатология
- травматология и ортопедия
- урология

 **Главный врач:**  
Косаченко Алина Георгиевна

## 26 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 81 Департамента  
здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
ул. Лобненская, д. 10


 **Профили ВМП:**

- нейрохирургия
- сердечно-сосудистая хирургия
- травматология и ортопедия
- абдоминальная хирургия
- эндокринология

 **Главный врач:**  
Верткина Наталия Викторовна

## 27 ДОСЬЕ

Госпиталь для ветеранов войн  
№ 2 Департамента  
здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
Волгоградский просп., д. 168

 **Профили ВМП:**


- травматология и ортопедия

 **Главный врач:**  
Местергази Георгий Михайлович

## 28 ДОСЬЕ

Госпиталь для ветеранов войн  
№ 3 Департамента  
здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
ул. Стартовая, д. 4А

 **Профили ВМП:**

- сердечно-сосудистая хирургия
- травматология и ортопедия

 **Главный врач:**  
Румянцев Олег Николаевич

## 29 ДОСЬЕ

Научно-практический центр медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы Департамента здравоохранения города Москвы



### Адрес:

ул. Авиаторов, д. 38



### Профили ВМП:

- нейрохирургия
- онкология



### Главный врач:

Притыко Андрей Георгиевич

## 31 ДОСЬЕ

Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского Департамента здравоохранения города Москвы



### Адрес:

Шмитовский проезд, д. 29



### Профили ВМП:

- комбустиология
- нейрохирургия
- травматология и ортопедия
- урология
- оториноларингология



### Главный врач:

Корсунский Анатолий Александрович

## 30 ДОСЬЕ

Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы



### Адрес:

4-й Добрынинский пер., д. 1



### Профили ВМП:

- акушерство и гинекология
- нейрохирургия
- онкология
- оториноларингология
- педиатрия
- травматология и ортопедия
- урология
- абдоминальная хирургия
- гастроэнтерология
- неонатология
- офтальмология
- ревматология
- эндокринология



### Главный врач:

Колтунов Игорь Ефимович

## 32 ДОСЬЕ

Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы



### Адрес:

ул. Садовая-Кудринская, д. 15



### Профили ВМП:

- детская хирургия в период новорожденности
- сердечно-сосудистая хирургия
- травматология и ортопедия
- неонатология
- педиатрия

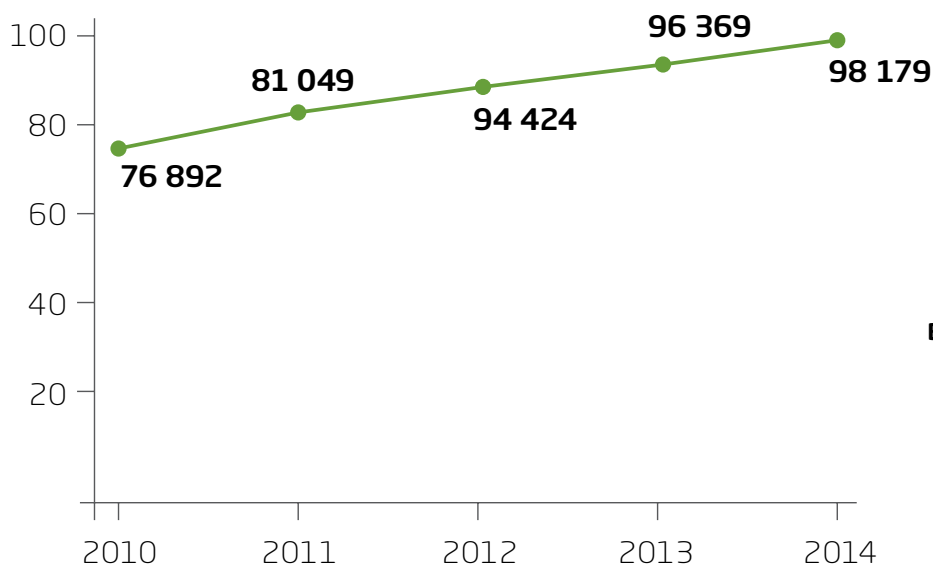


### Главный врач:

Чубарова Антонина Игоревна

# ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ МОСКВЫ В 2010–2015 ГГ.

Рисунок 1. Количество жителей, получивших ВМП (всего, тыс. чел.)

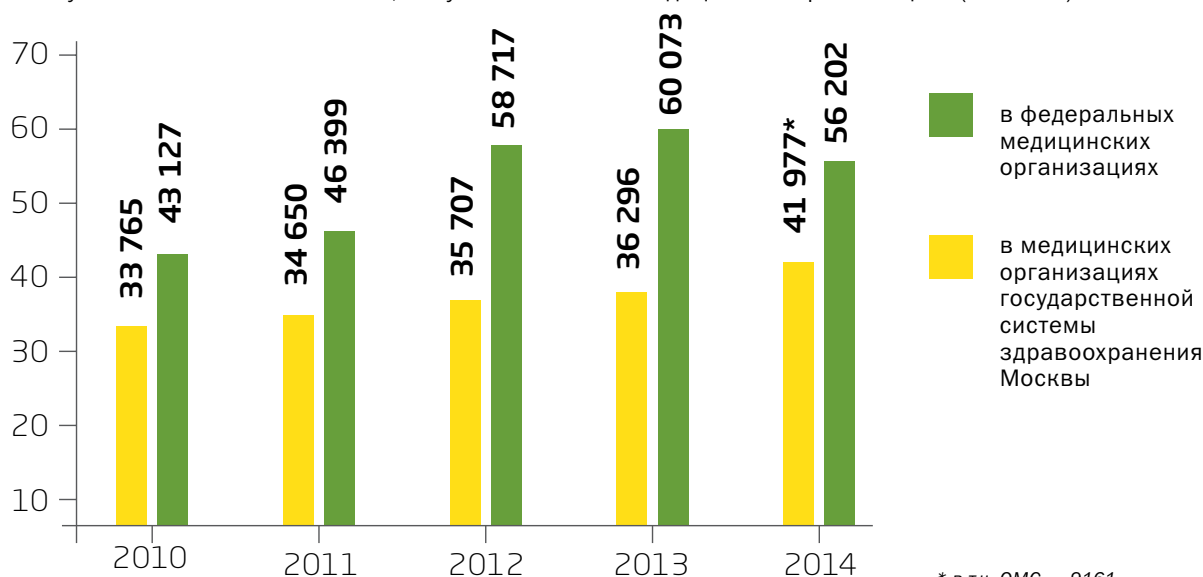


# 98 500

жителей Москвы  
получили ВМП в 2015 году

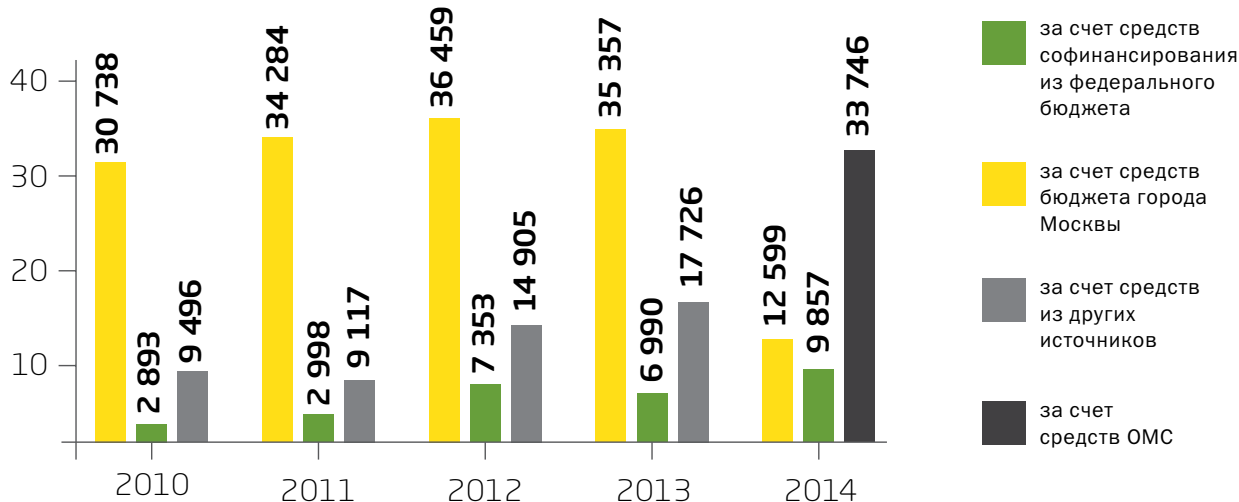
**В федеральных медицинских организациях не менее 42 000 человек. В медицинских организациях государственной системы здравоохранения Москвы – не менее 56 200 человек.**

Рисунок 2. Количество жителей, получивших ВМП в медицинских организациях (тыс. чел.)



\* в т.ч. ОМС — 9161

Рисунок 3. Количество жителей, получивших ВМП из разных источников финансирования (тыс. чел.)



Примечание: в 2015 году количество жителей, получивших ВМП за счет средств софинансирования из федерального бюджета, составляет 13 616 человек, за счет средств из других источников — до 10 000 человек, за счет средств ОМС — не менее 32 884 человек.

Рисунок 4. Объем финансовых средств на оказание ВМП (руб.)

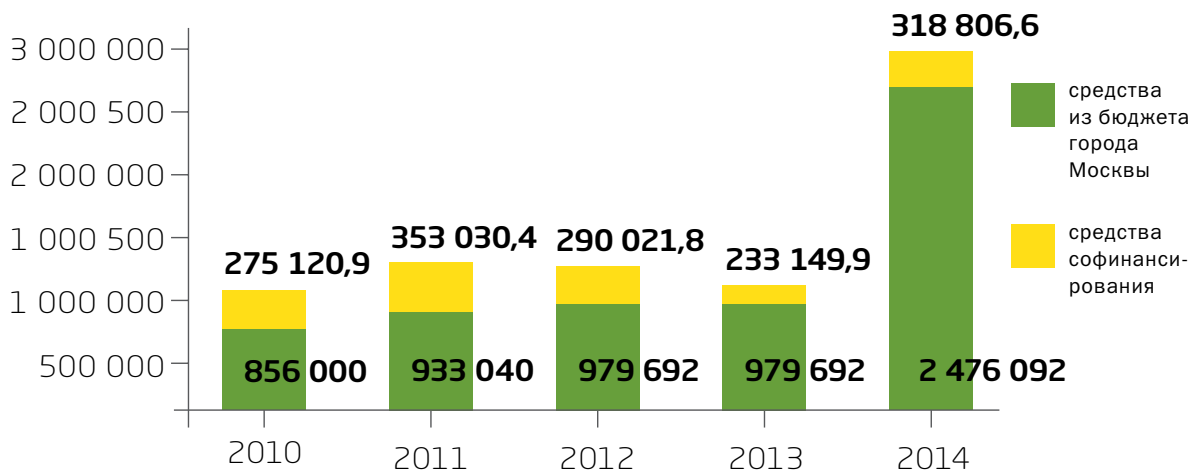
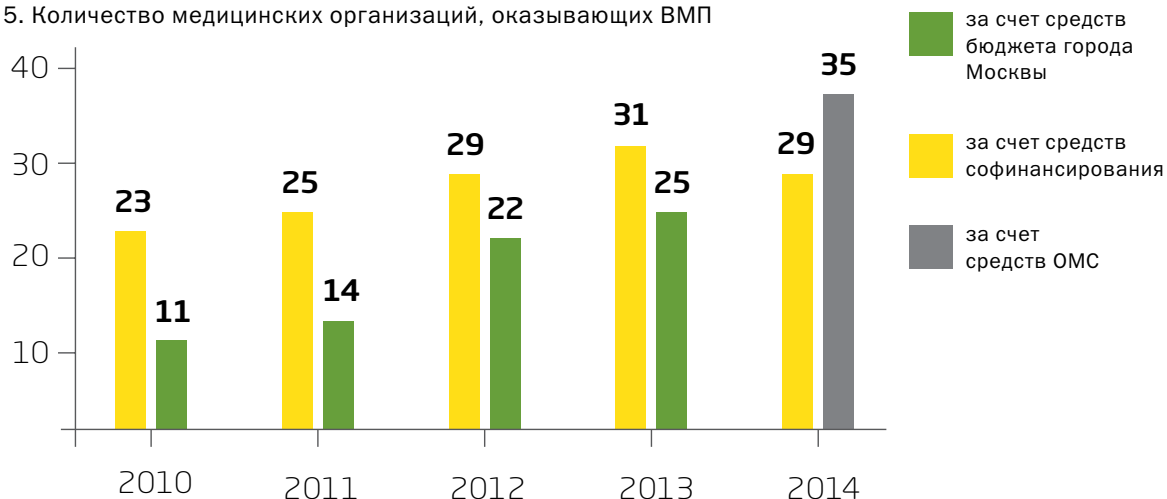


Рисунок 5. Количество медицинских организаций, оказывающих ВМП





**Игорь Хатьков,**  
директор Московского  
клинического научного  
центра, главный вне-  
штатный специалист-  
онколог Департамента  
здравоохранения  
Москвы

## Онкология

Все высокотехнологичные хирургические вмешательства и медицинские технологии, которые сегодня применяются в мире, доступны и нам. Начиная с этапа диагностики, мы проводим все самые современные исследования, например, гастроскопию и колоноскопию под общим обезболиванием, в том числе одномоментным. Многие люди, ранее ездившие на эти процедуры в Европу и Израиль, сегодня приходят к нам, поскольку мы можем оказать услуги такого же уровня, качества и степени комфортности для пациента. Другим примером может служить эндоскопическое ультразвуковое исследование (эндоузи). Его особенность заключается в том, что на эндоскопе закреплен ультразвуковой датчик, позволяющий врачу подробнейшим образом рассмотреть стенку желудка, поджелудочную железу, желчные протоки и происходящие в них процессы. В результате в разы повышается информативность исследования.

Успешно развивается и конфокальная микроскопия, при выполнении которой появляется возможность фактически оценить морфологию слизистой, рассмотрев клетки. Это практически морфологическое исследование в онлайн-режиме. Окончательный морфологический диагноз при этом не устанавливается, но с высокой степенью точности определяется место, из которого нужно взять биопсию.

В нашей клинике есть отдел оперативной эндоскопии, специалисты которого решают множество проблем, которые раньше решались только с помощью больших серьезных операций. Примерами могут служить патологии общего желчного протока, панкреатического протока, при которых удаляются камни, ликвидируются сужения, восстанавливается проходимость этих протоков. Кроме того, наши эндоскописты научились удалять опухоли из стенки пищевода, желудка без разрезов. Сужение пищевода или желудка позволяет восстановить проходимость и подготовить паци-

ента к операции либо обеспечить ему комфортную полноценную жизнь в тех случаях, когда радикальное лечение невозможно.

В институте создан отдел интервенционной хирургии. Специалисты этого отдела выполняют различные вмешательства: дренирование протоков, пункции дренирования жидкостных скоплений, абсцессов брюшной полости и т.д. под контролем ультразвука и рентгена. Врачи могут попасть в самые тонкие протоки, поставить туда дренажи, стенты. Иногда они работают совместно с эндоскопистами, делают операции, ликвидируют самые труднопроходимые стриктуры желчных протоков. Еще 10–15 лет назад подобные хирургические вмешательства были, что называется, из области фантастики, а сегодня успешно проводятся и у нас, и на Западе. Большое развитие в клинике имеет эндоскопическая хирургия. Это значимое направление, у нас есть опыт выполнения эндоскопических операций при онкологических заболеваниях пищевода, желудка, толстой кишки, печени, поджелудочной железы. Мы выполняем операции при

злокачественных поражениях поджелудочной железы, в том числе при опухолях, растущих в крупные сосуды, в частности в верхние брыжеечные и воротные вены, полностью эндоскопическим доступом. Такие операции выполняются только в двух клиниках в мире, включая нашу.

С каждым годом набирает обороты роботическая хирургия. Помимо широко распространенных операций опухолей предстательной железы или почки, в нашей клинике накапливается опыт выполнения уникальных роботических операций на печени, а также на прямой кишке.



**У НАС ЕСТЬ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ  
ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ  
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА,  
ЖЕЛУДКА, ТОЛСТОЙ КИШКИ, ПЕЧЕНИ,  
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.**

## Торакальная хирургия

Торакальная хирургия — одна из самых сложных областей хирургической науки и практики. Современная торакальная хирургия немыслима без широкого применения высоких медицинских технологий. Одной из тенденций последнего времени стало стремление уменьшить травматичность операций на органах грудной клетки за счет широкого внедрения торакоскопических операций. При этом они заметно усложнились: если еще пять-семь лет назад речь шла в основном о простых операциях — биопсиях, краевых резекциях легкого, то сейчас и за рубежом, и у нас, в России, все больше выполняется сложных анатомических торакоскопических резекций легкого, таких как лобэктомия и сегментэктомия. Это направление очень важно, потому что малотравматичные операции дают возможность ранней реабилитации пациентов, сокращения сроков пребывания в отделении реанимации, госпитализации, что позволяет значительно более эффективно использовать коечный фонд.

Еще одна общемировая тенденция — выполнение органосохраняющих операций при раке легкого. Если более старый «классический» подход подразумевал, что в 80–90 % случаев при раке легкого выполняется пневмонэктомия — удаление легкого, то сегодня благодаря развитию высоких технологий все больше проводится органосохраняющих операций, которые обладают такой же онкологической радикальностью. Они очень сложны, выполняются с резекцией бронхов, иногда с резекцией сосудов легкого, с наложением бронхиальных и сосудистых анастомозов. Плюсы подобных операций очевидны: сохранение части легкого, более ранняя реабилитация, более эффективное использование имеющихся мощностей торакального хирургического отделения.

Также стоит отметить хирургию местно-распространенного рака легкого. Это сложная проблема, которой в большинстве специализированных онкологических учреждений, за редким исключением, не занимаются вовсе, заранее считая этих пациентов неоперабельными. Недавно мы провели анализ результатов наших операций за несколько лет и выяснили, что пациенты с местно-распространенным раком легкого не столь безнадежны. При использовании современных высокотехнологичных подходов к выполнению таких расширенных тяжелых операций удается достичь у «заранее обреченных неоперабельных» пациентов годичной выживаемости 79,1%, а пятилетней — 33,9%.

Не менее значимый аспект нашей работы — хирургия эмфиземы легкого. В мировой практике решением этой проблемы стала трансплантация легкого, однако в связи с недостаточной развитостью трансплантации в России такой возможности мы пока не имеем. Тем не менее работа в содружестве с пульмонологами, подбор пациентов с эмфиземой легкого в нужной фазе течения этого патологического процесса, выполнение операции строго по показаниям приносит хорошие результаты и позволяют в большей степени улучшить ситуацию с эмфиземой, которая сегодня является одной из ведущих причин летальных исходов в мировой практике. Так, если в 2005 году, по данным ВОЗ, хроническая обструктивная болезнь легких занимала только шестое место по количеству летальных исходов в мире, то по прогнозу на 2020 год она поднимется на третье место.

Конечно, в московской торакальной хирургии немало проблем. Одна из них заключается в том, что «городская» торакальная хирургия исторически была слабее, чем торакальная хирургия в федеральных учреждениях, которые тоже расположены в Москве. Отчасти это было связано с разным уровнем оснащенности, хотя на сегодняшний день московские больницы оснащены не хуже, возможно, и лучше,

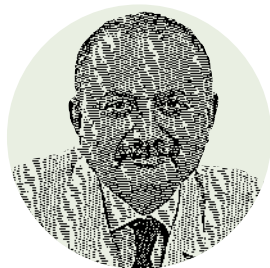


**Кирилл Жестков,** заведующий кафедрой торакальной хирургии Российской медицинской академии последипломного образования, национальный представитель России в Европейском обществе торакальных хирургов (ESTS)



**МЫ ПРОВЕЛИ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ НАШИХ ОПЕРАЦИЙ ЗА НЕСКОЛЬКО ЛЕТ И ВЫЯСНИЛИ, ЧТО ПАЦИЕНТЫ С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО НЕ СТОЛЬ БЕЗНАДЕЖНЫ.**

чем целый ряд федеральных учреждений. В результате конкуренции между двумя структурами здравоохранения московские городские торакальные отделения были очень маломощными. В большинстве таких отделений выполняется порядка 100–150 операций в год, что, безусловно, мало. Мало как с точки зрения рационального использования коечного фонда, так и с точки зрения опыта торакального хирурга. Так, в 30-коечном отделении, где делается 100 операций в год, на каждого врача приходится приблизительно 30 операций. Для сравнения: в Европейском обществе торакальных хирургов для того, чтобы получить аккредитацию, необходимо лично выполнять 250 торакальных операций в год. Из этой проблемы вытекает еще одна: при отсутствии достаточного объема оперативной работы, без постоянно накапливаемого хирургического опыта, большинство из выполняемых в таком отделении операций будут самыми простыми. Когда в 2012 году мы пришли в ГКБ № 50, в существовавшем на тот момент отделении за год было выполнено 59 операций, из них только две условно можно было отнести к сложным. В течение первого года мы сделали 420 операций и большую часть из них — высокотехнологичных. Решение проблем московской городской торакальной хирургии видится в организации специализированных центров пульмонологии и торакальной хирургии на основе университетских клиник, в которых бы аккумулировались сложные больные и работали бы опытные и постоянно пополняющие свой багаж знаний и опыта торакальные хирурги, пульмонологи, анестезиологи-реаниматологи.



**Анатолий Корсунский,**  
главный врач  
ДГКБ № 9  
им. Г.Н. Сперанского

### Помощь детям

Программа высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) детям одна из наиболее успешных в многолетней истории модернизации российского здравоохранения. Позитивной тенденцией является оказание ВМП в медицинских организациях субъектов Российской Федерации как условие повышения доступности этой помощи для граждан на территории страны и фактора стандартизации специализированной медицинской помощи независимо от географических и экономических особенностей региона. Огромный опыт накоплен в этой сфере детскими больницами Москвы. Хирургические подразделения ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского» Департамента здравоохранения г. Москвы оказывают ВМП детям по четырем хирургическим профилям: комбустиология, нейрохирургия, травматология-ортопедия, урология (детская урология-андрология). Необходимо указать, что традиции оказания ВМП в больнице формировались на протяжении четверти века соответствующей деятельностью на ее базе ФГБУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии» Минздрава России (ныне — НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России).

Сотрудничество ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского» Департамента здравоохранения г. Москвы и НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России позволило разработать и внедрить в клиническую практику ряд оригинальных медицинских технологий, направленных в том числе на снижение ресурсоемкости ВМП.

По профилю деятельности «комбустиология» в интересах пациентов с тяжелой ожоговой травмой и выраженным дефицитом донорских участков разработан и внедрен в клиническую практику ряд методов восстановления кожного покрова на основе технологий культивирования аутоклеток кожи (кератиноцитов, фибробластов) для закрытия обширных раневых поверхностей. В настоящее время активно реализуются комплексные исследования по формированию доказательной базы и разработки дифференцированных показаний к использованию вакуумной терапии при лечении детей с глубокими ожогами. В разделе травматология-ортопедия разработаны и внедрены способы лечения детей и подростков со сложными переломами бедренной кости и костей голени на



**Владимир Розин,**  
директор НИИ хирургии  
детского возраста  
РНИМУ им. Н.И. Пирогова,  
профессор

основе закрытого интрамедуллярного остеосинтеза стержнями с блокированием оригинальной конструкции, приоритетность которой подтверждается патентом Российской Федерации. Изготовление указанных имплантатов, стоимость которых на 50–70% ниже аналогичных импортных, налажено отечественными производителями. С целью замещения дефектов суставного хряща у пациентов с дегенеративными изменениями используются биотехнологические методы лечения (аутоплазма, модифицированная по технологии Arthrex, биологическая мембрана ChondroGide). В стадии доклинических испытаний находится разработка технологий стимуляции процессов репаративной регенерации суставного хряща на основе культивирования аутохондроцитов.

В части нейрохирургии сотрудничество обеспечило реализацию технологии транскатанной стабилизации позвоночного столба винто-стержневыми системами отечественного производства, конструкция которых была адаптирована работами клиники к анатомо-функциональным характеристикам детей различных возрастных групп.

Практика урологии детского возраста обогатилась спектром эндохирургических вмешательств у пациентов с обструктивным мегауретером и пузырно-мочеточниковым рефлюксом, базирующихся на использовании комплектов оригинальной конструкции отечественного производства для пластики и стентирования.

Таким образом, перспективное направление совершенствования специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями и травмами обусловлено эффективностью научно-практического сотрудничества, ориентированного в современных условиях на трансляцию достижений фундаментальных исследований в клинику и обоснование медико-технических условий замещения иностранных расходных материалов отечественными.

## Нейрохирургия

В последние годы московские нейрохирургические отделения были существенно дооснащены в связи с реализацией «сосудистой программы» и модернизацией здравоохранения. В учреждения поступило большое количество как диагностического, так и хирургического оборудования, которое позволило выйти на новый уровень оказания специализированной медицинской помощи. Приобретены современные магнитно-резонансные и компьютерные томографы, сериографы, позволяющие на современном уровне исследовать головной и спинной мозг и сосуды. Появились современные микроскопы, микрохирургические инструменты, операционные столы, навигационные станции, эндоскопическое и другое оборудование, которые делают оказание высокотехнологичной медицинской помощи возможным и, что немаловажно, удобным для хирурга. Соответственно, практически в любом нейрохирургическом отделении появилась возможность выполнять сложные вмешательства.

Проведена и серьезная работа по обучению нейрохирургов современным методам диагностики и хирургии сосудистых заболеваний головного мозга, заболеваний и повреждений позвоночника и спинного мозга. Внедрены новые методы хирургии и интенсивной терапии черепно-мозговой травмы. Каждый год в городе проводится несколько обучающих тематических циклов по различным аспектам нейрохирургии и интенсивной терапии нейрохирургических больных. Ведущую роль в этой работе занимают отделение неотложной нейрохирургии НИИ скорой помощи им.



**С ЦЕЛЮ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ СУСТАВНОГО ХРЯЩА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ.**



**Владимир Дашьян,** профессор кафедры нейрохирургии и нейрореанимации МГМСУ им. А.И. Евдокимова, член Ассоциации нейрохирургов России



**ВНЕДРЕНИЕ НАВИГАЦИОННЫХ  
И ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ  
ПОЗВОЛИЛО ВО МНОГИХ СЛУЧАЯХ ОТКАЗАТЬСЯ  
ОТ НЕКОТОРЫХ ТРАВМАТИЧНЫХ ОПЕРАЦИЙ  
В ПОЛЬЗУ МИНИИНВАЗИВНЫХ.**

больницах. В НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского с успехом развиваются такие направления функциональной нейрохирургии, как хирургическое лечение фармакорезистентной эпилепсии и лицевой боли. Пациенты, которым в течение лет, а иногда и десятков лет, невозможно было помочь медикаментозными средствами, получают избавление от припадков и мучительных болей хирургическими методами. Правда, наравне с успехами есть и серьезная проблема — нехватка дорогостоящих расходных материалов для высокотехнологичных операций, в первую очередь внутрисосудистых вмешательств, большинство из которых импортного производства, и пока их заменить нечем. Хотелось бы, чтобы они были доступны, и тогда у целого ряда больных можно было бы не просто заменить одно вмешательство на менее инвазивное, а реально спасти жизнь, когда эндоваскулярный метод единственно возможный.

**Кардиохирургия**

В нашей больнице, как и в других медучреждениях Москвы, активно развиваются малоинвазивные методики оперирования. Они позволяют снизить травматичность операций, уменьшить время операционного доступа, сократить время искусственного кровообращения.

Одна из таких методик — имплантация аортального клапана. Подобные вмешательства применяются, как правило, у больных пожилого возраста. Часто у пациентов старше 70 лет мы видим дегенеративные изменения аортального клапана, которые приводят к его стенозу и нарушению гемодинамики сердца. Через бедренную артерию, через верхушку сердца эндоваскулярным методом имплантируется клапан взамен атеросклеротически измененного аортального клапана. Эта процедура позволяет относительно малотравматично заменить клапан, который работает на протяжении 10 и более лет. Вторая малоинвазивная методика — это вмешательство на митральном клапане. Традиционное вмешательство производится через стернотомию, при которой необходимо рассекать грудину, подключать аппарат искусственного кровообращения и выполнять протезирование либо пластику. В последние годы применяется методика мини-доступа: из небольшого доступа, разреза в 3–4 см, за счет периферического подключения аппарата искусственного кровообращения через бедренную артерию и вену выполняется замена либо протезирование митрального клапана. Это



**Николай Баяндин,**  
заведующий кардио-  
хирургическим отделе-  
нием ГKB № 15  
им. О.М. Филатова

исключает необходимость рассечения грудины. Поскольку вмешательство проводится в межреберном промежутке, нет необходимости рассекать костные ткани. Это важно, особенно для пациентов с ожирением. Плюс это дает хороший косметический эффект. Кроме того, в последние два года мы широко внедряем эндоскопический забор венозных трансплантатов. При операциях по поводу ишемической болезни сердца пораженные участки артерий заменяются тканями от подкожной вены, а вена забирается с ноги. Если раньше это производилось с традиционного большого доступа, то сейчас мы это делаем из двух небольших доступов в 2 см. С помощью видеоскопической поддержки из каналов забирается необходимый трансплантат, который дальше используется как аортокоронарный шунт. Отпадает необходимость в широких разрезах на нижних конечностях, у больного улучшается заживляемость раны.

Еще одна серьезная патология — это острое расслоение аорты. Сейчас широко применяются гибридные методики. В места надрыва аорты производится эндоваскулярная имплантация стентов, которые замещают эти участки и как бы восстанавливают ее целостность. Благодаря этому отпадает необходимость делать широкие хирургические доступы к грудному отделу аорты и абдоминальному отделу аорты. Это снижает травматичность и риск операции, позволяет достичь хорошего клинического эффекта.

Эта методика — эндоваскулярного протезирования аорты — сочетается с хирургическими методами. Поэтому операция имеет гибридный характер: частично аорта замещается из хирургического доступа, а основная часть замещается эндоскопически, что для больного наименее безопасно и дает очень неплохие результаты.

Вторым основным направлением нашей работы являются больные с сердечной недостаточностью, которые поступают в клинику с острым инфарктом миокарда либо с пороками сердца. Здесь очень важно применение вспомогательных методов кровообращения. Работа сердца перед операцией частично возмещается аппаратом, тем самым разгружается сердечная мышца, и пациента можно оперировать через некоторое время в лучшем, более безопасном состоянии, чем если бы его оперировали на фоне сердечной недостаточности.

Методы, о которых я рассказал, позволяют улучшить результаты как в блоках интенсивной терапии, куда поступают пациенты в кардиогенном шоке, требующем введения кардиотоников (лекарств, поддерживающих сократимость миокарда), так и во время операции, а также в послеоперационном ведении пациентов с сердечной недостаточностью.

Малоинвазивные операции довольно широко применяются зарубежными хирургами, с которыми мы поддерживаем тесное сотрудничество, обмениваемся опытом. В нашем отделении проведено уже около полусотни малоинвазивных операций, накапливается опыт. Уже сегодня можем сказать, что пациенты переносят их намного легче. Койко-день сокращается в 2–3 раза: при традиционных вмешательствах это 1–15 дней, «малоинвазивных» пациентов можно выписывать уже на 4–5 день.

У нас сейчас доля малоинвазивных вмешательств составляет 30%, поскольку эти методики революционны, проходят этап внедрения. Мы считаем их очень перспективными для дальнейшего внедрения и планируем расширять применение. В процентном отношении доля таких вмешательств будет возрастать. Правда, эти методики пока еще достаточно дорогостоящие, ведь они высокотехнологичны. Но я думаю, что со временем, по мере более широкого внедрения, их себестоимость будет снижаться.



**В НАШЕМ ОТДЕЛЕНИИ ПРОВЕДЕНО УЖЕ ОКОЛО  
ПОЛУСОТНИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ.  
ПАЦИЕНТЫ ПЕРЕНОСЯТ ИХ НАМНОГО ЛЕГЧЕ.**



**Андрей Крюков,**  
директор «Научно-исследовательского клинического института оториноларингологии им. Л.И. Свержевского, внештатный специалист-оториноларинголог Департамента здравоохранения Москвы

## Оториноларингология

Наш институт является яркой иллюстрацией современного подхода к диагностике и лечению болезней лор-органов. В составе института 5 отделов, работающих по соответствующим профилям специальности. На подготовку высококвалифицированных кадров, представляющих эти направления, в стенах института уходит около 10 лет. Использование современного операционного оборудования, в т.ч. хирургического лазера, навигационной техники, операционных микроскопов, хирургического инструментария, высокотехнологичных методов обследования пациентов, а также разработанных в стенах учреждения индивидуальных и комплексных методик реабилитации, позволяет быстро и малотравматично реабилитировать больных с патологией лор-органов.

В нашем институте оказываются все виды лор-помощи, включая высокотехнологичную. Лидирующее место в этом отношении занимает отдел микрохирургии уха. На сегодняшний день сотрудниками отдела выполняется широкий диапазон высокотехнологичных микрохирургических методов лечения: кохлеарная имплантация, пломбировка полукружного канала, операции на эндолимфатическом мешке и его протоке, селективная лазеродеструкция лабиринта при болезни Меньера, операции на стремени и структурах среднего уха (патент РФ, премия правительства Москвы в области медицины, Ленинская премия в области медицины).

Лечение болезни Меньера, которая сопровождается тяжелыми нарушениями равновесия, приступами головокружения, является сложной комплексной проблемой. Разработанный в институте способ хирургического лазерного лечения этой патологии позволил исключить инвалидизацию этих пациентов, восстановить функцию органа равновесия, сохранив при этом слух, и таким образом избавить пациента от приступов головокружения. В отделе микрохирургии уха проводится весь спектр хирургических вмешательств на структурах наружного, среднего и внутреннего уха, а также — задней и средней черепной ямке: варианты одномоментных санирующих операций на среднем

ухе и тимпаноластики с применением ауто- и аллотканей интраметалльным, эндауральным или заушным хирургическими подходами. При тимпанальной и смешанной формах отосклероза выполняются: модифицированная поршневая стапедопластика, частичная стапедэктомия с использованием расфокусированного лазерного луча в суперимпульсном режиме с флешсканером и с применением в качестве протеза стремени аутохряща задней поверхности ушной раковины, стапедотомия с применением поршневого протеза на аутовенозный трансплантат. Такого рода операций выполняется около 500 ежегодно. Пациентам с заболеваниями височной кости невоспалительного характера (переломы височной кости, отолликворея травматического и нетравматического генеза,



**В ОТДЕЛЕ МИКРОХИРУРГИИ УША ПРОВОДИТСЯ  
ВСЕ СПЕКТР ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ  
НА СТРУКТУРАХ НАРУЖНОГО, СРЕДНЕГО И  
ВНУТРЕННЕГО УША, А ТАКЖЕ ЗАДНЕЙ  
И СРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКЕ.**

фистулы и дегисценции лабиринта, доброкачественные новообразования барабанной полости) также оказывается необходимая, в том числе микрохирургическая, помощь. Впервые в России в 2009 году в клинике института у молодой и полностью дезадаптированной пациентки был диагностирован синдром Меньера — дегисценция верхнего полукружного канала (патент РФ). После проведенной операции у пациентки полностью восстановилась вестибулярная функция, что позволило ей продолжить полноценную жизнь. Всего в стенах института было прооперировано с этой патологией 5 пациентов. В доступной мировой литературе описано менее ста подобных клинических наблюдений.



Отдельное место в отиатрической практике занимает кохлеарная имплантация у взрослых и детей. В год проводится около 15 подобных операций у взрослых и 20 у детей. В отделении микрохирургии гортани и фониатрии на самом современном уровне и с учетом клинических рекомендаций Европейского союза фониатров (UEP), а также Комитета по фониатрии при Европейском ларингологическом обществе (ELS), проводится обследование и лечение пациентов с доброкачественными образованиями голосовых складок, острыми и хроническими воспалительными заболеваниями гортани, функциональными дисфониями и параличами гортани, а также консультации вокалистов. Использование современного оборудования позволяет быстро и полно провести комплексное объективное исследование клинко-функционального состояния голосообразующей системы, а использование систем архивации данных обследования облегчает динамическое наблюдение за пациентами. Ежегодно в НИКИО им. Л.И. Свержевского проводится более 300 микрохирургических вмешательств на голосовых складках по поводу доброкачественных образований и хронического ларингита, в том числе с применением лазерных технологий. Разработаны авторские алгоритмы наблюдения, комплексного и этапного лечения больных, перенесших микрохирургические вмешательства на голосовых складках, и пациентов с предраковыми заболеваниями гортани. Научно-исследовательская деятельность, проводимая в институте, носит прикладной, практический характер. Давние связи и совместная работа с предприятиями Московского региона позволили воплотить в жизнь многие разработки, которые сейчас производятся в промышленных масштабах. Разработанные средства остановки носового кровотечения, фиксации перегородки носа, obturации оперированных околоносовых пазух позволили не только облегчить переносимость хирургического вмешательства, но и сократить время нахождения пациента в стационаре в 2,3 раза (патент РФ, премия города Москвы в области медицины). Таких пациентов у нас насчитывается до 3000 в год. Многие разработки носят поистине уникальный характер и не имеют аналогов за рубежом. Так, разработанный «функциональный



шунт» барабанной перепонки позволяет избавить от тяжелых страданий пациентов со стойкой дисфункцией слуховой трубы, вернуть им нормальный слух. Эти пациенты ранее являлись бесперспективными в отношении восстановления у них слуховой функции, поскольку во всех случаях стойкой тубарной дисфункции развивался адгезивный средний отит.

Возможность динамического наблюдения за пациентами в условиях консультативного отделения НИКИО, применение физиотерапевтических и фонопедических методов реабилитации значительно повышает качество голосовосстановительного лечения.



**Алексей Шабунин,**  
главный врач ГKB  
им. С.П. Боткина,  
главный внештатный  
специалист хирург  
Департамента здраво-  
охранения Москвы

Современная медицина немыслима без инноваций. Внедрение во врачебную практику новых технологий дает стремительный рост качества оказываемых населению медицинских услуг.

Одним из современных направлений в медицине, которое уверенно вошло в повседневную практику работы врачей Боткинской больницы, стала роботическая хирургия.

Несмотря на то что роботическая хирургия существует более 25 лет, хирургическая система Da Vinci с возможностью дистанционного управления до сих пор остается уникальной. В 2013 году в учреждения здравоохранения Москвы были поставлены 4 установки Da Vinci, и одной из таких клиник стала Боткинская больница. С помощью Da Vinci хирурги выполняют сложнейшие операции, при этом их травматичность стала значительно меньше, восстановление после оперативного вмешательства проходит быстрее, а результат лечения эффективнее.

В Боткинской больнице роботические операции на хирургическом комплексе Da Vinci внедрены с декабря 2013 года. Для работы с операционным роботом хирурги Боткинской больницы прошли обучение в ведущих зарубежных клиниках Франции, Бельгии и Южной Кореи. Роботические вмешательства широко применяются в ГKB им. С.П. Боткина в урологии, гинекологии, общей хирургии, онкологии и хирургии печени и поджелудочной железы.

К настоящему времени хирурги ГКБ им. С.П. Боткина уже выполнили более 150 робото-ассистированных операций. Их отличительными особенностями являются: повышенные возможности хирурга в части прецизионного доступа к внутренним органам, минимальная кровопотеря и значительно более короткий период восстановления пациента после операции.

В ноябре 2014 года в практику работы кардиохирургов Боткинской больницы была внедрена уникальная методика роботической операции маммарокоронарного шунтирования (восстановления кровоснабжения миокарда). Уникальная операция с использованием

Da Vinci была выполнена пациенту с обширным поражением основной артерии сердца. Применение робота Da Vinci позволило избежать традиционного травматичного хирургического доступа, каким является срединная стернотомия, и выполнить шунтирование сосудов на работающем сердце через небольшие проколы на теле пациента. Уже на следующий день больной смог подняться с постели и ходить. Выписка из больницы стала возможной на 2–3 сутки после операции.

Положительный опыт проведения маммарокоронарного шунтирования будет активно использоваться кардиохирургами Боткинской больницы в дальнейшем при осуществлении малоинвазивных вмешательств и расширении применения роботических методик при устранении патологий сердечно-сосудистой системы.

Тем не менее не стоит забывать, что «руки» робота Da Vinci являются уникальным инструментом в руках хирурга, а «мозгом» системы является сам хирург. Мастерство и уверенность сидящего за консолью хирурга предопределяют конечный успех операции.

Роботическая хирургия является одним из перспективных направлений в хирургии Боткинской больницы. Использование системы Da Vinci в повседневной практике целесообразно в многопрофильной клинике, каковой является Боткинская больница. Важно отметить, что ежегодно специалистами ГКБ им. С.П. Боткина выполняется более 40 тысяч хирургических операций, свыше 25% из которых высокотехнологичные. Мы уверенно внедряем в нашу ежедневную практику медицинские инновации, стараясь соответствовать девизу Боткинской больницы — «Вековые традиции — новые технологии».

## **Травматология и ортопедия**

Когда-то наша специальность делилась на 2 направления — на лечение повреждений и на лечение последствий повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата. Сейчас два этих направления разделить уже практически невозможно. Поэтому на современном этапе всю высокотехнологичную помощь в области травматологии и ортопедии условно можно разделить на два направления — замена суставов на искусственные и различные операции на костях, суставах и позвоночнике. Конечно, прежде всего перед нами стоит задача сохранить собственный сустав пациента. Однако это удается далеко не всегда, и тут на помощь приходят современные импланты, представляющие сегодня достаточно сложную конструкцию. Достаточно сказать, например, что для оценки соответствия сочленяемых поверхностей производитель эндопротеза тазобедренного сустава использует 8–9 тысяч точек. Для таких имплантатов применяют высокотехнологичные сплавы, например титано-ниобиевые, которые зачастую не используются даже в космической промышленности или обладающие высоким качеством и однородностью специальные, в том числе и циркониевые, керамики. Это крайне важно, так как



**ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ  
МАММАРОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ  
БУДЕТ АКТИВНО ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ  
КАРДИОХИРУРГАМИ БОТКИНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ.**



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



нередко приходится оперировать пациентов, которым и по 90, и по 100 лет. Непростыми являются и сами операции. Иногда замена сустава проводится на фоне тяжелых поражений, деформаций, нарушений, и сама по себе операция становится очень сложной, приходится использовать сложные навигационные компьютерные системы, чтобы ориентировать наши импланты в пространстве. Это очень напоминает ориентацию космического корабля на орбите и требует от врача и серьезных знаний, и наличия соответствующего оборудования. Эти же технологии можно использовать и при проведении сложных операций на костях таза и позвоночника.

Второе важное направление в травматологии и ортопедии связано с микрохирургическими вмешательствами. Это операции, которые выполняются при травмах и устранении их последствий. Представление большинства населения о микрохирургии складывается только как о пришивании отрезанных пальцев. Но на самом деле микрохирургия представляет собой огромное количество операций по перемещению кровоснабжаемых лоскутов, костных, кожно-мышечных. Так, например, когда при несросшемся переломе нижней трети бедра можно выделить 20 сантиметров сосудистой ножки вместе с кусочком кости, к которому прикрепляется этот сосуд, и вся конструкция переносится в зону перелома. Все это крайне длительные операции, которые могут продолжаться по 18–20 часов, и, как правило, они проводятся двумя-тремя бригадами или посменно.

Третье направление нашей деятельности — это эндоскопическая медицина. Пластические операции на хрящах, замещение связок — все это тоже

высокотехнологичная помощь. Нередко в СМИ проходит информация, что наши спортсмены выезжают на операции за рубеж. Но нужно понимать, почему они это делают. Не потому, что в России их прооперируют хуже, а потому, что у них западные страховки и западные компании хотят, чтобы пациенты были прооперированы у них. Но на самом деле очень многие спортсмены мирового уровня уже приезжают и оперируются у нас, ведь результаты таких операций ничуть не хуже.

Еще одно значимое направление высокотехнологичной медицинской помощи — это хирургия позвоночника при переломах, дегенеративных заболеваниях. При неврологических симптомах, а практически у каждого современного человека старше 30 лет, как правило, есть проблемы, наша основная задача — стабилизировать позвоночник. В этом случае приходится устанавливать сложные конструкции. Конечно же, такая помощь стоит недешево. Так, например, для проведения таких операций необходимы прозрачные столы, пропускающие рентгеновские лучи. Такие столы иногда стоят по несколько сотен тысяч, и не рублей, а долларов. Но правительство Москвы находит эти деньги как в рамках программ модернизации здравоохранения, так и в рамках программ адресного финансирования лечебных учреждений, специализирующихся на тех или иных видах помощи. Поскольку для проведения сложных операций с использованием имплантов на позвоночнике нужны сложные навигационные устройства для их введения, приходится строить операционные с компьютерным томографом внутри операционной.

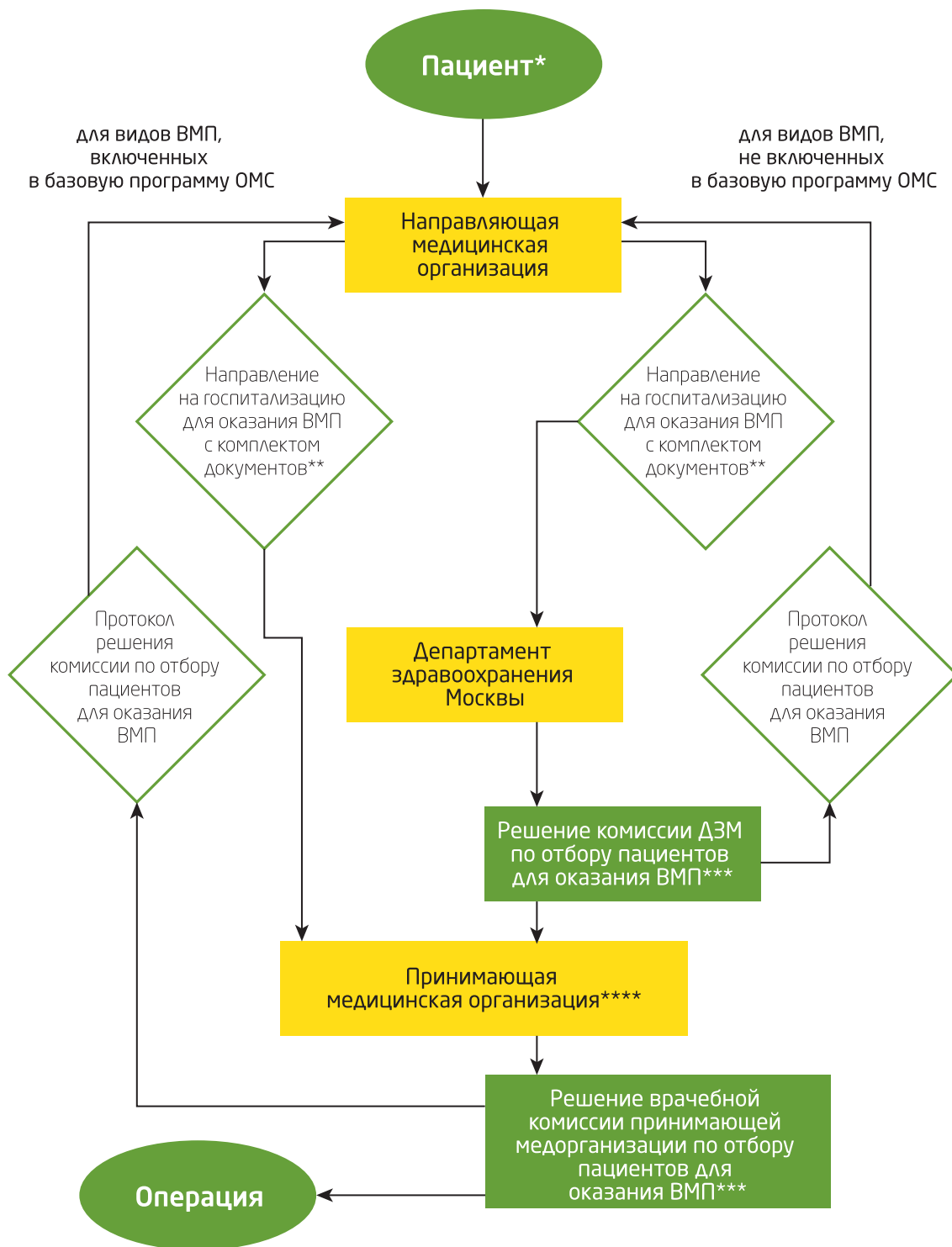
На сегодняшний день все крупные больницы уже могут выполнять такие операции, в результате растёт их число. Так, например, только в нашем отделении, а это обычное отделение, которое начало работать по ВМП только в этом году, уже выполняется до 8 операций по эндопротезированию в неделю. Раньше они были единичны. Сейчас все говорят о сокращении: коечного фонда, врачей, медучреждений. Однако почему-то в результате сокращения коек количество пролеченных больных с патологией опорно-двигательного аппарата возросло. Причины, думаю, понятны: стали более рационально перераспределяться финансы, импланты, ресурсы медучреждений.

Говоря об организации травматологической помощи, нельзя не сказать о реабилитации. Проблема ведь заключается не только в том, чтобы качественно прооперировать больного, проблема в том, чтобы его правильно восстановить. И если раньше все это происходило внутри больницы, то сейчас у нас есть возможность перенаправлять таких больных после проведенного оперативного вмешательства в специально созданные реабилитационные центры восстановительного лечения. Благодаря тому, что весь период постоперационной реабилитации, который больной ранее проводил в стационаре, сейчас проходит в реабилитационном центре, у нас появилась возможность использовать койку стационара с более высоким оборотом и пролечить больше пациентов за меньший срок.



**ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМАХ НАША  
ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА — СТАБИЛИЗИРОВАТЬ  
ПОЗВОНОЧНИК.**

Схема оказания ВМП



\*Пациент (его законный представитель) вправе самостоятельно представить оформленный комплект документов в ОУЗ (в случае оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования) или в принимающую медицинскую организацию (в случае оказания высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования).

\*\*При наличии подтвержденных медицинских показаний к оказанию ВМП лечащий врач оформляет направление на госпитализацию для оказания ВМП на бланке направляющей медицинской организации, которое должно содержать следующие сведения:

- фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дату его рождения, адрес регистрации по месту жительства (пребывания);
- номер полиса обязательного медицинского страхования и название страховой медицинской организации (при наличии);
- страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);
- код диагноза основного заболевания по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10 пересмотр);
- профиль, наименование вида высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, показанного пациенту;
- наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача, контактный телефон (при наличии), электронный адрес (при наличии).

К направлению на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи прилагаются следующие документы пациента:

- выписка из медицинской документации, заверенная личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя направляющей медицинской организации, содержащая:
- диагноз заболевания (состояния);
- код диагноза по МКБ-10;
- сведения о состоянии здоровья пациента;
- результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований,

подтверждающих установленный диагноз и необходимость оказания ВМП;

- копии документов, удостоверяющих личность пациента.

\*\*\*При направлении пациента в принимающую медицинскую организацию оформление на пациента талона на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (далее талон на оказание ВМП) с применением специализированной информационной системы обеспечивает принимающая медицинская организация с прикреплением комплекта документов.

При направлении пациента на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оформления талона на оказание ВМП с применением специализированной информационной системы обеспечивает ОУЗ с прикреплением комплекта документов и заключения Комиссии органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее Комиссия ОУЗ).

Срок подготовки решения Комиссии ОУЗ о подтверждении наличия (об отсутствии) медицинских показаний для направления пациента в принимающую медицинскую организацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи не должен превышать десяти рабочих дней со дня поступления в ОУЗ комплекта документов.

\*\*\*\*Высокотехнологичная медицинская помощь по перечню видов, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказывается медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Высокотехнологичная медицинская помощь по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказывается:

- федеральными государственными учреждениями, перечень которых утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с частью 6 статьи 34 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- медицинскими организациями, перечень утверждается уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствии с частью 7 статьи 34 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

# ВАЛЕРИЙ ПАВЛОВ: ПЕРЕЧЕНЬ ВИДОВ ВМП, ФИНАНСИРУЮЩИХСЯ ИЗ СРЕДСТВ ОМС, МОЖЕТ БЫТЬ РАСШИРЕН

На возникающие в ходе оказания высокотехнологичной медицинской помощи вопросы отвечает заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Валерий ПАВЛОВ.

**— Каковы сегодня источники финансирования оказания московскими клиниками ВМП? Как определяется объем финансирования для каждой медицинской организации, участвующей в оказании ВМП?**

— На сегодняшний день существуют три источника финансирования оказания ВМП гражданам Российской Федерации:

— за счет средств бюджета города Москвы;

— на условиях софинансирования за счет средств федерального бюджета;

— за счет средств обязательного медицинского страхования.

Объем финансового обеспечения для каждой медицинской организации определяется исходя из средней стоимости лечения одного пациента по видам соответствующего профиля ВМП, ежегодно утверждаемой Департаментом здравоохранения города Москвы на следующий календарный год, и объема медицинской помощи по видам ВМП, планируемого к оказанию медицинской организацией.

**— В порядке оказания ВМП, утвержденном Приказом № 930 н Минздрава РФ, фигурируют два списка видов ВМП: включенные в базовую программу ОМС и не включенные в нее. Чем они отличаются?**

— Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в соответствии с Перечнем видов ВМП, установленным программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (статья 80 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и постановление Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2014 г. № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»), который состоит из двух частей.

Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, содержит 30 видов по 17 профилям ВМП, раздел II — 64 вида по 18 профилям лечения. В этот раздел включены наиболее часто выполняемые так называемые растиражированные виды ВМП, которые можно оказывать в экстренной форме. Напомню, что высокотехнологичная медицинская помощь по перечню видов, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказывается медицинскими организациями, включенными в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Высокотехнологичная медицинская помощь по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказывается федеральными государственными учреждениями, перечень которых утверждается Министерством здравоохранения, и медицинскими организациями, перечень которых утверждается Департаментом здравоохранения города Москвы.

Такое разделение продиктовано необходимостью повышения доступности оказания отдельных видов ВМП жителям Российской Федерации, а также необходимостью обеспечить участие в программе по оказанию ВМП федеральных медицинских организаций в условиях перехода на страховую модель здравоохранения, их участие в реализации территориальных программ ОМС.

**— Каковы объемы финансирования ВМП, оказываемой в Москве? В каких пропорциях и из каких источников она финансируется? Какие виды ВМП финансируются из регионального, городского бюджета?**

— В 2015 году для оказания жителям Москвы ВМП законом города Москвы от 19.11.2014 года № 54 «О бюджете города Москвы на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» предусмотрены целевые средства на оказание ВМП в размере 2 476,1 миллиона рублей.

Кроме того, в связи с возросшей потребностью в оказании ВМП в текущем году дополнительно из регионального бюджета выделено 658,1 миллиона рублей. Всего в 2015 году за счет средств бюджета города Москвы предусмотрено 3134,2 миллиона рублей.

В соответствии с Соглашением между правительством Москвы и Министерством здравоохранения Российской Федерации о предоставлении в 2015 году субсидии бюджету города Москвы в целях софинансирования расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, от 26.06.2015 года из федерального бюджета выделено 519,7 миллиона рублей.



**ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ  
МЕЖДУ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ  
ВОЗМОЖНО ПРИ УСЛОВИИ ЗАКЛЮЧЕНИЯ  
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СОГЛАШЕНИЯ К СОГЛАШЕНИЮ  
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СУБСИДИИ БЮДЖЕТУ  
ГОРОДА МОСКВЫ В ЦЕЛЯХ СОФИНАНСИРОВАНИЯ  
РАСХОДОВ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ОКАЗАНИИ  
ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ, НЕ ВКЛЮЧЕННОЙ В БАЗОВУЮ  
ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ МЕЖДУ ПРАВИТЕЛЬСТВОМ  
МОСКВЫ И МИНИСТЕРСТВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.**

Планируется, что в пределах данных объемов финансирования ВМП будет оказана 13,6 тысячи жителям столицы.

**— За какие виды ВМП или в каких случаях предусматривается взимание платы с пациента? Могут ли клиники, имеющие лицензию на оказание ВМП, использовать свой потенциал для развития этого направления вне рамок госпрограммы?**

— ВМП жителям Москвы оказывается за счет средств ОМС, а также средств федерального бюджета и бюджета города Москвы. Взимание платы с пациентов за оказание ВМП не предусмотрено. Однако городские стационары, имеющие лицензию на оказание ВМП, могут оказывать данный вид помощи в рамках платных медицинских услуг, что является реальным стимулом для развития лечебной базы этих учреждений.

**— Что включает в себя процесс лицензирования клиники под ВМП? Каковы обязательные требования к клиникам, которые хотят оказывать ВМП в Москве?**

— Лицензирование клиник под ВМП производится в соответствии с общим порядком лицензирования на право занятия лечебной деятельностью и ничем от него не отличается. Обязательные требования к клиникам, которые хотят оказывать ВМП в Москве, определены постановлением правительства Москвы от 24.03 2015 года № 133-пп.

Условиями включения медицинской организации в Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, являются:

- наличие у медицинской организации лицензии на медицинскую деятельность, предусматривающей выполнение работ (услуг) по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи по заявленным профилям ВМП;
- наличие у медицинской организации опыта оказания ВМП по видам высокотехнологичной медицинской помощи с применением методов лечения, которые предусмотрены перечнем видов ВМП, содержащим в том числе методы лечения, утвержденным Территориальной программой государственных гарантий;
- оказание медицинской организацией ВМП с применением методов лечения, которые предусмотрены перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащим в том числе методы лечения, утвержденным Территориальной программой государственных гарантий;
- наличие в медицинской организации отделения реанимации и интенсивной терапии;
- создание в медицинской организации круглосуточного оказания специализированной медицинской помощи и круглосуточного проведения сложных диагностических исследований для оказания ВМП (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и ангиография);
- наличие в медицинской организации медицинского оборудования, применяемого при оказании ВМП;
- наличие в штате медицинской организации медицинских работников, оказывающих ВМП с применением методов лечения, которые предусмотрены перечнем видов ВМП, содержащим в том числе методы лечения, утвержденным Территориальной программой государственных гарантий.

Перечень медицинских организаций размещается на официальном сайте Департамента здравоохранения города Москвы в информационно-телекоммуникационной сети интернет в срок не позднее 5 рабочих дней со дня его утверждения.

**— Есть ли частные клиники, включенные в систему оказания ВМП в рамках программы госгарантий в Москве?**

— В настоящее время медорганизации с негосударственной формой собственности, участвующие в реализации Территориальной программы ОМС города Москвы, ВМП не оказывают.

**– Какова общая схема предоставления ВМП гражданину? Кто и в каких случаях может получить ВМП в московских клиниках?**

— В московских городских стационарах или в федеральных медицинских организациях при наличии медицинских показаний ВМП может получить любой гражданин. Медицинскими показаниями для направления на оказание ВМП является наличие у пациента заболевания или состояния, требующих ее применения.

Департаментом здравоохранения города Москвы в специализированной информационной системе на каждого пациента оформляется «Талон-направление на оказание ВМП», согласно которому отслеживаются все этапы оказания ВМП как в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, так и в федеральных медицинских организациях.

**– Кто имеет решающее слово в процессе подтверждения необходимости предоставления ВМП конкретному пациенту?**

— Медицинские показания к оказанию ВМП определяет лечащий врач медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи или специализированной медицинской помощи с учетом права на выбор медицинской организации.

Наличие медицинских показаний к оказанию ВМП подтверждается решением врачебной комиссии указанной медицинской организации, которое оформляется протоколом и вносится в медицинскую документацию пациента. Решающее слово в процессе подтверждения необходимости предоставления ВМП имеет комиссия по отбору пациентов для оказания ВМП.

**– По каким критериям и на каком этапе определяется медорганизация, где пациенту по показаниям должна быть оказана ВМП?**

— Основным критерием для определения медицинской организации, в которой пациент может получить ВМП, является вид ВМП, необходимый пациенту. Медицинская организация для оказания ВМП определяется на этапе рассмотрения документации комиссией по отбору пациентов для оказания ВМП.

**– Насколько часто пациенты сами собирают и предоставляют в ОУЗ комплект документов, необходимых для получения талона на оказание ВМП? Какова доля такого рода обращений в общем объеме оказываемой ВМП?**

— Право на выбор медицинской организации для оказания ВМП реализуется пациентом в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с учетом возможностей медицинской организации. Согласно пункту 16 Порядка организации оказания ВМП с применением специализированной информационной системы, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2014 года № 930н, пациент или его законный представитель такое право имеет. Учет количества собственноручно представленных документов не ведется.

**– Каковы особенности оказания ВМП в Москве для иностранных граждан и пациентов из других регионов? Каковы схемы и особенности для принимающей клиники получения оплаты за оказанную в этих случаях помощь?**

— В медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы ВМП за счет средств бюджета города Москвы могут получить только жители города Москвы. Одновременно с этим в соответствии с Соглашением о предоставлении в 2015 году субсидии бюджету города Москвы в целях софинансирования расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования от 26.06.2015 года, за счет этих субсидий в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы ВМП могут получить жители других субъектов Российской Федерации.

При этом схема финансирования медицинской организации остается прежней и не меняется.

**— Предполагается ли создание единого реестра пациентов, нуждающихся в ВМП?**

— В настоящее время прорабатывается вопрос о возможности создания такого регистра.

**— Когда планируется автоматизировать процессы отслеживания очереди пациентов, направляемых на ВМП?**

— На каждого пациента оформляется и размещается в Подсистеме мониторинга государственного задания по оказанию ВМП «Талон на оказание ВМП», номер которого и очередность можно отслеживать на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации Rosminzdrav.ru.

**— Планируется ли создание рейтинга медицинских организаций, оказывающих ВМП?**

— Нет. Создание такого рейтинга не планируется.

**— В настоящее время процесс согласования объемов и финансирования высокотехнологической медицинской помощи медицинским организациям города Москвы и направление субсидий на ее выполнение реализуется в середине года, что задерживает мероприятия по закупке необходимых расходных материалов. Сложившаяся ситуация приводит к тому, что оказание запланированных на текущий год объемов ВМП приходится на IV квартал. Планируется ли нормативно-правовое регулирование данного вопроса?**

— Начиная с 2016 года процесс согласования медицинскими организациями объемов медицинской помощи и объемов финансовых средств на ее оказание будет осуществляться в январе-феврале текущего года. При подписании Соглашения между Правительством Москвы и Министерством здравоохранения Российской Федерации о предоставлении субсидии бюджету города Москвы в целях софинансирования расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации ВМП, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, объемы медицинской помощи и объемы финансирования будут корректироваться.

**— Существуют ли в настоящее время в медицинских организациях города Москвы механизмы организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи иногородним гражданам?**

— В соответствии с Соглашением между Правительством Москвы и Министерством здравоохранения Российской Федерации о предоставлении в 2015 году субсидии бюджету города Москвы в целях софинансирования расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации ВМП, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования от 26.06.2015 года, иногородние граждане могут получить ВМП в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы по четырем профилям: «нейрохирургия», «травматология и ортопедия», «онкология», «сердечно-сосудистая хирургия».

**— На что надо обращать внимание главным врачам клиник, оказывающих ВМП, при развитии этого направления у себя в организации сегодня? Какие нововведения ожидают систему оказания ВМП медицинскими организациями города Москвы в следующем году?**

— Ключевых момента на сегодняшний день три: оснащенность клиники современным лечебно-диагностическим оборудованием, его эффективное использование и наличие профессиональных медицинских кадров. Что же касается перспектив, то, по имеющейся информации, в 2016 году Минздравом РФ планируется расширение перечня видов ВМП, оказание которых будет финансироваться из средств обязательного медицинского страхования. К этому нужно быть готовым.

# ДМИТРИЙ ПУШКАРЬ: РОБОТИЗИРОВАННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ — ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ПУТЕЙ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИИ В XXI ВЕКЕ

Все большее число операций в мире сегодня проходит с помощью роботов или робот-ассистированных технологий. О том, насколько доступны данные технологии москвичам и перспективах развития роботохирургии в столичных стационарах, рассказывает главный внештатный специалист уролог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, руководитель урологической клиники МГМСУ им. А.И. Евдокимова **Дмитрий ПУШКАРЬ**.

— **Дмитрий Юрьевич, основной мировой тренд предполагает движение в сторону все большего расширения объема лапароскопических операций. Насколько интенсивно внедрение этих технологий происходит сейчас в России и, в частности, в Москве?**

— Рассуждая о перспективах робот-ассистированной хирургии, как мне кажется, мы должны ориентироваться прежде всего на то, чего хочет наш пациент. А он хочет не просто хорошие результаты операции, которые дает применение роботохирургов, если мы говорим, скажем, о раке простаты. Ему необходимо обеспечить еще и сохранение эрекции, короткий, не более трех-четырех дней, период пребывания в стационаре, быстрое возвращение к профессиональной деятельности. Также современный пациент хочет, чтобы ему не было больно после операции, чтобы не пришлось принимать много лекарственных препаратов. При этом прооперированный практически сразу же возвращается к своей обычной жизни, может выйти на работу. Все это позволяет обеспечить робот-ассистированная хирургия. Робот-ассистированные вмешательства уже много лет включены во все рекомендации — европейские, американские, английские, то есть, по сути, это уже



**Дмитрий ПУШКАРЬ**,  
главный внештатный  
специалист уролог  
Минздрава РФ  
и Департамента  
здравоохранения  
Москвы

даже не будущее, а настоящее современной хирургии. Более того, применение робота позволяет обеспечить стандартизацию операции в отличие от операций, проводимых открытым методом, которые, по сути, делают кто как хочет. Думаю, что со временем по мере совершенствования этих методов они вообще вытеснят открытую хирургию. Так, например, в США уже сейчас четыре из пяти простатэктомий проводятся с помощью роботов. Очевидно, что со временем мы сможем говорить о роботических технологиях и во многих других областях медицины, к примеру, в диагностике, при проведении биопсии, планировании объема операции.

### — Насколько готовы к этому российские врачи?

— Определенно использование этих технологий потребует от врача совершенно иного подхода к оценке своей квалификации и дополнительного обучения. Ведь робот не оперирует пациента сам, он лишь предоставляет в распоряжение врача дополнительные инструменты — микроножницы, микроиглы, микропинцеты, что и позволяет нам получать те результаты, которые мы сегодня имеем, — более успешные показатели хирургического лечения, низкий уровень травматизации тканей, сохранение функций оперируемого органа, отсутствие кровопотери. В настоящее время в нашей клинике наработан самый большой в России опыт проведения робот-ассистированных операций в урологии, и могу сказать совершенно точно: если сравнивать два этих метода — оперативные вмешательства, проводимые открытым способом, и робот-ассистированные, — результаты последних, конечно же, значительно лучше.

Все врачи, которые оперируют на роботических установках, проходят стажировку за границей. Для московских хирургов нами создана первая в России роботическая программа. Скоро должна быть запущена разработанная Минздравом совместно с Первым МГМУ им. И.М. Сеченова федеральная программа постдипломного обучения робот-ассистированной урологии. Недавно мы выпустили первую в России полноценную книгу — практическое руководство по робот-ассистированной хирургии.

В городе создано два специализированных центра робот-ассистированной хирургии и реконструктивной урологии: один в ГКБ № 50 и еще один в Московском клиническом научном центре. В этом центре мы также начинаем сейчас проводить обучение специалистов. Предполагается, что этот процесс будет многоступенчатым и персонализированным, полностью отвечающим европейским стандартам. То есть специалист

сможет как просто прийти, посмотреть на операции, так и при желании получить сертификат. Собственно обучение будет занимать один-два дня, после чего врач может начать работать, но под контролем. Думаю, что со временем мы сможем предлагать такие циклы, в том числе дистанционные, не только московским специалистам, но и российским тоже.

### — Как вы оцениваете уровень квалификации тех специалистов, которые уже сейчас работают с пациентами?

— Вопрос очень важный, но ответить на него я, к сожалению, не могу, так как в настоящий момент не существует единой системы оценки качества операций. Ее нет и нигде в мире. Поэтому наша клиника, единственная в России, приняла участие в международном пилотном проекте, суть которого заключается в том, что специалист, который делает операции, документирует каждый свой шаг, заполняя специальную анкету, разработанную Европейским обществом роботических хирургов. Такой мониторинг мы планируем проводить в течение полугода. Это позволит обеспечить понимание уровня каждого конкретного специалиста, увидеть все его слабые места. Сейчас всего этого у нас нет, а хотелось бы, чтобы такая аналитика проводилась. Но данный вопрос должен получить оформление прежде всего на законодательном уровне в виде приказа или иного законодательного решения, ведь очевидно, что далеко не все врачи захотят, чтобы их контролировали.

### — Цена роботической хирургии достаточно высокая. Оправдывают ли себя такие затраты и какой экономический эффект они дают?

— Роботизированные технологии в настоящий момент — один из основных путей развития хирургии в XXI веке. Главное препятствие на этом пути — высокая стоимость расходных материалов. Стоимость инструментов, которые необходимы для проведения одной операции и являются при этом одноразовыми, достигает 200 тысяч рублей. И это не считая стоимости самого робота, а это около 2 миллионов условных единиц. Но мы вынуждены идти на эти расходы, так как пока иного пути развивать роботическую хирургию нет. Есть пациенты, которые платят за себя сами, где-то оперируют по квотам. Усредненная стоимость одной квоты составляет в среднем около 240 тысяч рублей. То есть пока квота в основном покрывает затраты, но что будет с переходом всей высокотехнологичной помощи в систему ОМС, пока непонятно. Конечно, в сравнении с этими затратами стоимость операций, проводимых открытым способом и лапароскопически, существенно ниже.

Единственным вариантом снизить затраты для нас является создание собственного робота российского производства. Его созданием по заданию Минпромторга РФ совместно с Институтом конструкторско-технологической информатики РАН мы занимаемся в настоящее время. Предполагается, что российский робот и стоимость расходных материалов к нему будет стоить в пять раз дешевле, чем Da Vinci. При этом, создавая его, мы не повторяем Da Vinci, а создаем принципиально новую конструкцию, с элементами искусственного интеллекта, который позволит подключать его к операционной программе. Наш робот будет гораздо меньше, настолько, что его можно будет упаковать, взять с собой и поехать проводить операцию, скажем, в другой город. То есть там не будет консоли, а управлять операцией врач будет, используя 3D-очки. Мы рассчитываем провести первую пробную операцию на животном с его использованием при участии коллег из Китая и Финляндии уже в этом году, а в практическое применение, робот, скорее всего, будет запущен не ранее 2016 года. В настоящее время с точки зрения медицинских возможностей конкурентов у Da Vinci нет, хотя мы и рассчитываем, что наш робот будет не хуже.

### **— Это отставание как-то планируется наверстывать?**

— Как главный специалист я выступаю за то, чтобы в Москве было столько роботов, сколько надо. Но возникает резонный вопрос, а сколько надо? В нашей клинике, к примеру, проводится до двух робот-ассистированных операций в день. Всего в Москве имеется четыре роботические установки, все они загружены. И, наверное, для города этого достаточно, ведь есть еще и федеральные центры. Кроме того, может быть, прежде чем говорить о покупке новых роботов, следует сначала попытаться обеспечить заданием те, что уже есть. У нас есть центры, где наработан большой опыт роботических операций, они поставлены на поток. А есть и те, где проводится 30–50 операций в год. И, конечно, такая ситуация с использованием столь дорогостоящего оборудования недопустима. Так, к примеру, в нашей клинике мы могли бы выполнять и четыре операции в день. Но встает вопрос, а где взять медицинский персонал, чтобы операций стало больше? Ведь любая операция с участием робота — это командная работа не менее чем пяти человек, причем не только врачей, но и медицинских сестер тоже. А их также надо подготовить.

### **— Кроме роботхирургии, какие еще интересные технологии в лапароскопии применяются сейчас в Москве?**

— Очень активно работает программа по криодеструкции тканей у больных раком почки, раком предстательной железы. Также нами активно поддерживается программа гистосканинга — выявления суспециозных зон в предстательной железе. Гистосканинг прописан в программах Минздрава России как метод возможной ранней диагностики рака простаты и может применяться в составе любого урологического центра в стране. Кроме этих методик, конечно, должен сказать и о микроперкутанных технологиях в лечении мочекаменной болезни и, конечно, о лазерных технологиях для больных с доброкачественной гиперплазией простаты или аденомой простаты. Данная методика также актив-



## **Я ВЫСТУПАЮ ЗА ТО, ЧТОБЫ В МОСКВЕ БЫЛО СТОЛЬКО РОБОТОВ, СКОЛЬКО НАДО.**

но применяется в Москве на самом высоком уровне. Не могу не сказать о Московской урологической школе, которую мы сейчас формируем и которая объединит всех урологов Москвы. Ее проведение намечено на 8–9 октября 2015 года. Надеюсь, эта школа будет главным образовательным событием года для московских специалистов и станет шагом на пути к балльной системе образования. Мы прекрасно понимаем: для того, чтобы делать все в том качестве, которое необходимо пациентам, этого не избежать.

### **ПОДРОБНОСТИ**

Всего в мире используется около пяти тысяч роботов Da Vinci, из которых около четырех тысяч находится в США, тысяча в Европе и еще несколько сотен разбросаны по всему миру. В России роботов пока немного, что опять же связано с финансовой стороной вопроса. А вот, например, в той же Японии, население которой сопоставимо с Россией, работает 300 установок.

Подготовила **Татьяна БЕСКАРАВАЙНАЯ**

# ПОД ГИПНОЗОМ ПЕРВОГО ДИАГНОЗА

На общегородской клинико-анатомической конференции, состоявшейся 18 мая, обсуждалась история болезни 7-летнего ребенка, умершего в результате бактериального тромбоембокардита аортального клапана.

## 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.

Историю ведения пациента начала излагать главный врач Детской городской поликлиники № 7 ДЭМ Елена Кац:

— Ребенок с рождения в 2007 году по ноябрь 2012 года наблюдался в филиале № 2 Городской поликлиники № 7, ранее ДГП № 14. Перинатальный период протекал без особенностей. Мальчик родился с нормальными показателями роста и веса, оценка по шкале Апгар 7 — 8 баллов. В роддоме вакцинирован против туберкулеза, гепатита В, обследован на наследственные заболевания. Патологии не выявлено. Выписан из роддома в удовлетворительном состоянии.

Далее она уточнила, что в период первичного патронажа участкового педиатра ребенку был поставлен диагноз «группы риска: по поражению ЦНС, возникновению гнойно-септических заболеваний, группа здоровья II».

— В течение первого года обследовался и лечился в соответствии с разработанным планом, — продолжила выступающая. — С трех месяцев наблюдался неврологом с диагнозом «последствия гипоксически-ишемического поражения ЦНС, синдром мышечной дистонии», получал комплексное лечение. В 11 месяцев диагноз снят в связи с выздоровлением.

Как сообщила Елена Кац, ребенок получил все необходимые прививки. В возрасте одного года ему был поставлен диагноз: «здоров, физическое развитие среднее гармоничное, нервно-психическое развитие соответствует возрасту, группа здоровья I». В возрасте после одного года мальчик перенес поствакцинальную аллергию по поводу положительной реакции Манту (в 2008 г.), ОРВИ с обструктивным синдромом (в 2010 г.). В последующем 1—2 раза в год болел ОРВИ и аденоидитом. В период заболеваний отклонений в проводимых общих анализах крови и мочи не зафиксировано.

При осмотре педиатром в возрасте 1 года 9 месяцев впервые был обнаружен систолический шум, в связи с чем были проведены ЭКГ и Эхо-КГ. При первом обследовании

зафиксирован вариант возрастной нормы, при втором — аномально расположенная хорда левого желудочка. Поставлен диагноз: «малая аномалия развития сердца, аномалия хордального аппарата левого желудочка, группа здоровья II».

В сентябре 2012 года в ходе проведенного для выписки справки в спортивную секцию ЭКГ было сделано заключение: «неполная блокада правой ножки пучка Гиса». В ноябре 2012 года мальчик был исключен из регистра прикрепленного населения в связи со сменой места жительства.

С 21 декабря 2012 мальчик наблюдался в ДГП № 52.

— На момент поступления под наше наблюдение, — начал главный врач поликлиники Евгений Омелянук, — ребенок был организован, посещал детский сад, за медицинской помощью обращался крайне редко. В 2013 году было зафиксировано всего одно обращение по поводу ветряной оспы. В марте 2014 года ребенок обследовался перед поступлением в школу. По результатам осмотра бригады врачей было сделано заключение: «ребенок здоров, группа здоровья I, физическое развитие среднее, нервно-психическое развитие соответствует возрасту».

Лето прошлого года мальчик провел в Подмосковье, продолжал самостоятельно заниматься спортом, поскольку до этого участвовал в нескольких спортивных кружках для дошкольников, часто купался в реке. 23 августа ребенок возвратился в Москву. В этот же день температура тела повышается до 39,0 °С. Мать дала ребенку препарат нурофен, лихорадка прошла. На следующий день температура снова повысилась до 38,0 °С, отмечались рвота и жидкий стул.

— Ребенок был осмотрен врачом отделения круглосуточной медицинской помощи, продолжил главврач.

— Состояние ребенка было расценено как удовлетворительное. Температура тела — 37,2 °С, частота сердечных сокращений (ЧСС) — 92 в минуту. При этом установлено катаральное изменение в зеве, в легких везикулярное дыхание. При аускультации выслушивался систолический шум. Органы брюшной полости — без особенностей. Диагноз: «ОРВИ, функциональное нарушение ЖКТ». Назначена симптоматическая терапия.

25 августа ребенок осматривался участковым педиатром. На момент обследования температура — 37,0° С, но он жалуется на ночную лихорадку с повышением температуры до 39,0° С.

— Сохранялись катаральные явления в зеве, ЧСС — 91 в минуту. Других нарушений выявлено не было. Предыдущий диагноз был подтвержден, продолжено то же лечение, — уточняет Евгений Омелянук. — Учитывая отсутствие положительной динамики, участковый педиатр с 6-го дня болезни добавил к симптоматической терапии антибиотик флемоксин, препарат широкого спектра действия. Дважды родителям предлагалась госпитализация, однако они отказались.

2 сентября при посещении ребенка педиатром обнаружилась геморрагическая сыпь на ладонях и подошвах на фоне сохраняющейся лихорадки (температура 38,4 °С), со слов пациента, у него был 4-кратный жидкий стул в этот день. Педиатр вызвал бригаду СМП. Ребенок был госпитализирован с диагнозом: «ОРВИ, энтеровирусная инфекция».

— А за 10 дней заболевания хотя бы раз проводился анализ крови? — спросил Леонид Печатников.



**МЫШЛЕНИЕ ВСЕХ ВРАЧЕЙ УСТРОЕНО ТАК,  
ЧТО КАКОЕ-ТО ВРЕМЯ МЫ НАХОДИМСЯ ПОД  
ГИПНОЗОМ ПЕРВОГО ДИАГНОЗА, СЛИШКОМ  
ДОВЕРЯЯ ЕМУ.**

**Леонид ПЕЧАТНИКОВ**

— Как раз в день госпитализации, 2 сентября, — ответил Евгений Омелянюк. — Проба была взята еще на дому, но результат был получен к концу дня: отмечался умеренный лейкоцитоз до 13 тысяч в 1 мкл, СОЭ — 33 мм/час.

— Вы не считаете, что этот анализ был выполнен с большим опозданием и что в состоянии ребенка были особенности, указывающие на присоединение бактериальной инфекции? Я говорю о выраженной гектической лихорадке, очень высокой для ребенка СОЭ, геморрагической сыпи. Вам не кажется, что срочно нужны были и другие обследования? — задал вопрос Леонид Печатников.

— Я согласен, мы опоздали с нашими действиями, — признал Евгений Омелянюк. О действиях врачей бригады СМП рассказал заместитель главного врача станции скорой медицинской помощи им. А.С. Пучкова Георгий Введенский:

— Первый вызов к ребенку в связи с повышением температуры на станцию поступил еще 26 августа, второй — 28 августа. При осмотре обнаружили нарушения, о которых рассказал главный врач ДГП № 52, и наши врачи дважды поставили диагноз «ОРВИ». Причем, если в первый выезд бригады СМП был передан актив в поликлинику, где для ребенка должно было продолжиться лечение, то во второй выезд, учитывая то, что шли уже пятые сутки заболевания, были симптомы выраженной интоксикации, терапия не принесла результата, родителям было предложено госпитализировать ребенка. После отказа родителей от госпитализации моим коллегам оставалось только передать новый вызов в поликлинику. Третий вызов поступил 2 сентября от участкового педиатра. При обследовании ребенка бригадой была отмечена звездчатая геморрагическая сыпь в области стоп, ладоней и ягодиц, температура 40,5 °С. Был поставлен предварительный диагноз: «менингококцемия». После внутримышечного введения раствора анальгина температура снизилась до 38,7 °С. Однако от введения антибиотиков и гормональных препаратов мать, несмотря на объяснение ей поставленного диагноза, отказалась, но не возражала против госпитализации. За 52 минуты от момента звонка ребенок был доставлен в Инфекционную клиническую больницу № 2.

О лечении пациента в ИКБ № 2 со 2 по 11 сентября рассказала главный врач больницы Светлана Сметанина.

— Ребенок был госпитализирован по линии СМП с диагнозом: «менингококцемия, геморрагический синдром». При поступлении состояние средней тяжести за счет умеренной интоксикации, экзантемы. Пациент жаловался на слабость, сыпь на теле, лихорадку, тошноту, рвоту. Поведение мальчика было активное, катаральных симптомов не было. Температура тела — 37,2 °С, ЧСС — 100 ударов в минуту, частота дыхательных движений (ЧДД) — 24 в минуту. Менингеальные симптомы отмечались в виде ригидности затылочных мышц, но очаговой симптоматики не было. Кожные покровы, видимые слизистые, периферические лимфатические узлы, миндалины — без изменений. На стопах обнаружилась папулезная розового цвета сыпь, плотная и болезненная на ощупь, единичные элементы с геморрагиями. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. В зеве гиперемии нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, причем был установлен грубый громкий систолический шум над всей областью сердца с акцентом во II межреберье слева. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Кишечник эластичный, тенезмов нет. Печень и селезенка — при пальпации без изменений. Стул оформленный, без патологических примесей, диурез адекватный. Поставлен диагноз: «менингит предположительно энтеровирусной этиологии». Была проведена люмбальная пункция и взято лабораторное исследование крови.

Рис. 1. Результаты исследований спинномозговой жидкости

Ликвор прозрачный, бесцветный, цитоз 21 кл. в 1 мкл (норма 2-3 кл. в 1 мкл), белок 0,3 г/л, глюкоза 3,1 мм/л, в мазке 11 нейтрофилов, 10 лимфоцитов, лактат 1,7 мм/л										
Общий клинический анализ крови										
Дата	Нв	Эр	Лейк	Тромб	п/я	с/я	Лимф	Мон	Эоз	СОЭ
02.09.2014	114	4,22	14,3	270	6	75	9	9	1	20
КЩС										
Параметр/дата	рН		Натрий, мм/л		Калий, мм/л		Кальций, мм/л		ВЕ, мм/л	
02.09.2014	7,425		133		3,36		1,08		3,8	
Коагулограмма										
Параметр/дата	АЧТВ, сек			ПТИ, %		Фибриноген, г/л		МНО		
02.09.2014	29			65		8,2		1,53		

Рис. 2. Результаты исследований крови и мочи

Биохимический анализ крови												
Дата	Белок (66-87г/л)	Альбумин (32-48 г/л)	Мочевина (1,7-8,3 мм/л)	Креатинин (0-124 мкм/л)	Билирубин общ. (0-18,8 мкм/л)	АСТ (0-38 Ед/л)	АЛТ (0-41 Ед/л)	ЛДГ (240-480 Ед/л)	Глюкоза (4,1-5,9 мм/л)	КФК (38-174 Ед/л)	Лактат (0-55 ЕД/л)	СРБ
09.09	64	29	3,3	44	12	30	11	760	5,6	119	2,4	191 мг/л
Общий клинический анализ мочи												
Показатель	Глюкоза	Белок	рН	Кетоновые тела	Уд. вес	Эпителий плоский	Лейкоциты	Эритроциты	Цилиндры	Слизь	Соли	Бактерии
03.09	Отр.	Отр.	6,0	+-	1018	В небольшом кол-ве	4-5 в п/зр	Отр.	Отр.	Умерен.	Отр.	Отр.
По результатам обследования сделано заключение: энтеровирусная инфекция. Серозный менингит у ребенка с малыми аномалиями развития сердца.												

По словам главврача, учитывая данные исследований спинномозговой жидкости и крови, диагноз был уточнен: «энтеровирусная инфекция, серозный менингит у ребенка с малыми аномалиями развития сердца». Поясняя по просьбе Леонида Печатникова, на основании каких данных был поставлен диагноз «энтеровирусная инфекция», Светлана Сметанина сказала:

— В результате люмбальной пункции был обнаружен цитоз, наличие нейтрофилов и лимфоцитов. При гнойных менингитах количество нейтрофилов в мазке составляет 70% и выше. Если показатель ниже 70%, это свидетельствует в пользу диагноза — серозный менингит, как правило, возникает при энтеровирусной инфекции. К тому же у ребенка в анамнезе были диспептические явления. Обратили внимание и на сыпь, которая бывает именно при энтеровирусной инфекции.

— Отчасти вы правы, — заметил Леонид Печатников, — но разве также установленные выраженный лейкоцитоз, высокий уровень С-реактивного белка, снижение гемоглобина в крови характерны для вирусной этиологии заболевания?

— Нет, — сказала Светлана Сметанина, — такое не характерно для вирусной этиологии. Но мы сделали выводы, о которых я рассказываю по итогам всего одного, первого дня наблюдения ребенка.

— Я думаю, Светлана Васильевна, — заметил Леонид Печатников, — мышление всех врачей устроено так, что какое-то время мы находимся под гипнозом первого диагноза, слишком доверяя ему. Но затем каждый из нас должен переосмыслить его критически. И в результате начальный диагноз иногда подтверждается, а иногда и нет. В ситуации с этим ребенком диагноз первого дня явно вызывал сомнение. Вы начали разбираться дальше?

Как сообщила Светлана Сметанина, был составлен план обследований и консультаций по трем направлениям: для выявления кишечной инфекции, уточнения диагноза

менингита, а также, учитывая данные аускультации сердца, были намечены консультация кардиолога и ЭКГ. Была назначена симптоматическая терапия при энтеровирусной инфекции.

Назначение: постельный режим, лечебное питание, зодак, аскорутин, в плане антибактериальной терапии — цефтриаксон по 2,5 г 1 раз в сутки в/в.

Посев крови на стерильность был проведен 2 сентября, но результаты получены уже после смерти ребенка 12 сентября. Был выделен *Staphylococcus aureus*, определена чувствительность к цефалотину, цефтриаксону, ванкомицину, линезолиду, меронему, ципрофлоксацину, эритромицину, клиндамицину.

### Результаты обследований 2 — 3 сентября 2014 года

*С отрицательным результатом:*

- посев кала на патогенную микрофлору
- реакция непрямой гемагглютинации с сальмонеллезными, дизентерийным, иерсиниозным, псевдотуберкулезным диагностикумами, менингококковыми диагностикумами А и С
- бактериоскопия СМЖ и толстой капли крови на менингококк
- посев СМЖ

*С положительным результатом:*

- обнаружены антитела к энтеровирусам IgM — 61,1 (+)
- выявлен повышенный уровень антистрептолизина до 400 МЕ/мл (при отрицательном ревматоидном факторе)

*Рентгенография грудной клетки 3 сентября 2014 года*

Легочный рисунок усилен в пределах нижних отделов обоих легочных полей, а также в прикорневом отделе левого легочного поля. Корни уплотнены, левый слегка расширен. Синусы, диафрагма и средостение без особенностей.

*Рентгенография придаточных пазух носа 3 сентября 2014 года*

Существенных нарушений не обнаружено.

*ЭКГ 3 сентября 2014 года*

Ритм синусовый, правильный, ЧСС 104 в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца. Незначительная депрессия сегмента ST в левых грудных отведениях.

*КТ головного мозга 9 сентября 2014 года*

Картина без патологических изменений.

*УЗИ брюшной полости 3 сентября 2014 года*

Увеличение печени и селезенки. Мезаденит.

*Заключение невролога:* серозный менингит, астенический синдром.

*Заключение лор-врача:* острой лор-патологии не выявлено.

*Заключение кардиолога:* с учетом анамнеза, данных осмотра, результатов ЭКГ (депрессия сегмента ST), клинического анализа крови (лейкоцитоз), биохимического исследования крови (АСТ/АЛТ = 3,0, повышение СРБ) у ребенка нельзя исключить миокардит (кардит?) на фоне вирусной инфекции. Рекомендовано дообследование: Эхо-КГ, а также ряд биохимических анализов крови.

По результатам обследований пациента в ИКБ № 2 был поставлен заключительный диагноз. Клинический: «серозный менингит энтеровирусной этиологии»

средней тяжести. Осложнение: астенический синдром». Сопутствующий диагноз: «врожденный порок сердца. Стеноз и недостаточность аортального клапана. Малые аномалии развития сердца. Кардит».

— Почему при наличии грубого систолического шума над всей областью сердца нельзя было сразу включить в план обследования Эхо-КГ? Почему этот анализ вы провели только после рекомендации профессора Мазанковой? А что, сам врач-инфекционист не мог такое обследование назначить? И почему его нужно было проводить в Детской больнице Св. Владимира? — удивился Леонид Печатников

— В нашей больнице, — объяснила Светлана Сметанина, — был болен сотрудник, работающий на этом оборудовании. Обнаружив на основании серологического исследования антитела к энтеровирусам, мы решили, что имеем дело с заболеванием энтеровирусной этиологии, а кардиологические патологии ему сопутствуют.

— Очень плохо то, — заметил Леонид Печатников, — что вы пытались всю диагностику строить только на лабораторных показателях, не принимая во внимание клинические данные. По сути, результаты ЭКГ не обнаружили серьезных нарушений. Пусть с опозданием и в другом учреждении, но 5 сентября наконец провели Эхо-КГ. И вдруг оказывается, что это обследование впервые выявило у 7-летнего мальчика, вполне до этого здорового, не просто врожденные аномалии развития сердца, которые, как мы знаем, встречаются у детей нередко, но уже «зрелый» порок сердца с недостаточностью, стенозом, с систолической перегрузкой левого желудочка. Получается, что ребенка наблюдали в двух поликлиниках и никакой врожденной патологии сердца не находили, а сейчас вдруг обнаружили, да еще на фоне сильной лихорадки, сыпи и целого набора лабораторных признаков воспаления?! Но самое плохое то, что ни вы, ни кардиологи, которых должны были снова вызвать для консультаций в такой ситуации, но не позвали, — словом, никто так и не сделал никаких выводов из результатов Эхо-КГ от 5 сентября. А те «выводы», что были сделаны, то есть то, что стоит провести повторную Эхо-КГ через 6 месяцев, надо при самой мягкой формулировке признать неконструктивными.

6 сентября температура тела у мальчика нормализовалась. Симптомы интоксикации, катаральных, менингеальных, общемозговых явлений отсутствовали.

## ПОДРОБНОСТИ



### **Заключение главного внештатного специалиста по инфекционным болезням у детей Департамента Здравоохранения Москвы Людмилы Мазанковой**

Для дифференциального диагноза врожденного порока сердца и кардита необходимо проведение Эхо-КГ, контроль ЭКГ в динамике.

Следует продолжить антибактериальную терапию и прием НПВС.

*Заключение по результатам проведенного Эхо-КГ-исследования:* признаки умеренно выраженного клапанного стеноза с недостаточностью аортального клапана с систолической перегрузкой левого желудочка; признаки открытого овального окна, дополнительной диагональной хорды левого желудочка, функциональной недостаточности трикуспидального клапана.

Рекомендовано повторное Эхо-КГ исследование через 6 месяцев в ИССХ им. А.Н. Бакулева для решения вопроса об оперативном лечении.

Следует исключить физические нагрузки.

— Мальчик был активен, играл, сон и аппетит не были нарушены. По данным осмотра: кожа чистая, видимы слизистые розовые, чистые, блестящие. Зев не гиперемирован. Носовое дыхание свободное. В легких хрипов нет. Аускультативная картина сердца прежняя. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание не нарушено, — уточнила Светлана Сметанина.

Однако 10 сентября температура вновь поднялась до 39,5 °С, появилась рвота, головная боль. В анализах крови лейкоцитоз снизился до 8 тысяч в 1 мкл, а уровень С-реактивного белка — до 24 мг/л. При этом ревматоидный фактор оставался отрицательным, а уровень антистрептолизина составлял, как и в прошлом анализе, 400 МЕ/мл. Повторное ЭКГ не выявило существенных отклонений.

— Учитывая сохраняющуюся фебрильную лихорадку, — продолжила Светлана Сметанина, — результаты лабораторного обследования, данные аускультативной картины сердца, и чтобы исключить системные и ревматоидные заболевания

### **Заключение после проведения Эхо-КГ 11 сентября 2014 года**

Значительное расширение полости левого желудочка со снижением сократительной функции. Аортальный клапан двустворчатый, стенки уплотнены. Стеноз и недостаточность аортального клапана. На створке аортального клапана визуализируется гиперэхогенное образование размером 6х6 мм. Кроме того, слева от аортального клапана визуализируется анэхогенная структура размером 17х9 мм. Ствол левой коронарной артерии несколько расширен. Передняя нисходящая коронарная артерия на верхней границе нормы. *Заключение профессора Натальи Головановой на основании Эхо-КГ от 11 сентября и проведенного ею осмотра ребенка:*

Оснований за системное заболевание соединительной ткани на данный момент нет. Учитывая обнаруженные при УЗИ сердца вегетации на аортальном клапане, следует исключить эндокардит, миксому, тромб. Требуется перевод в кардиологическое отделение, консультация кардиохирурга.

соединительной ткани, аллергосептический синдром, кардит не ревматической этиологии, а также для повторного проведения Эхо-КГ, ребенок был направлен на консультацию в УДКБ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

11 сентября с диагнозом «порок сердца, миксома, эндокардит, реконвалесцент серозного менингита» ребенок был переведен в кардиологическое отделение Морозовской ДГКБ.

— Всего час с небольшим, — начал свое выступление главный врач этой больницы Игорь Колтунов, — пробыли у нас ребенок, его мать и врач инфекционной больницы. Они приехали к нам на машине СМП после обследования в начале того же дня в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова, а затем уехали в ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова. Мы нашли ребенка в состоянии средней тяжести, в сознании, мальчик жаловался на головную боль и слабость. Ребенка осмотрели педиатр и невролог. Температура тела была 36,8 °С, ЧСС — 90 в минуту, ЧДД — 22 в минуту, АД — 90/65 мм рт. ст. Тоны сердца громкие, ритмичные. Грубый систолический шум прослушивался над всей областью сердца. По остальным органам и системам — без особенностей, очаговой неврологической патологии не было выявлено. Был поставлен предварительный диагноз: «бактериальный эндокардит». Ребенок нуждался в экстренной госпитализации в кардиологическое отделение Морозовской ДГКБ, но, несмотря на рекомендации врачей приемного отделения и мнение кардиохирурга ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова, с которым мы немедленно связались по телефону, мать отказалась от госпитализации в нашу

клинику. Она вызвала платную службу СМП с целью госпитализации в отделение кардиохирургии ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова.

Мальчик поступил в кардиохирургическое отделение ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова 11 сентября в 16:30.

Предварительный диагноз по Эхо-КГ в ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова «недостаточность аортального клапана II—III степени, вегетация на створке клапана аорты, подозрение на бактериальный эндокардит; умеренная дилатация полости левого желудочка; III функциональный класс сердечной недостаточности по ROSS».

— В 18:00 мать привезла ребенка в приемное отделение нашей больницы, — уточнила главный врач клиники Антонина Чубарова. — Он был осмотрен заведующим отделением кардиохирургии профессором Игорем Ильиным. Состояние ребенка было тяжелое, он был слабый, вялый, жаловался на выраженную головную боль. Температура тела — 37,8 °С, ЧСС — 120 в минуту, АД — 100/50 мм рт. ст. Печень выступала из-под края реберной дуги на 1,5 см. По остальным органам — без существенных изменений. Поскольку у ребенка не было прямых неотложных показаний для кардиохирургического вмешательства, и с диагнозом, который звучал как «бактериальный эндокардит, недостаточность аортального клапана II—III степени, III функциональный класс сердечной недостаточности, миокардит», ребенок, по согласованию между мной и главным врачом Морозовской ДГКБ, был опять направлен туда. Учитывая текущий инфекционный процесс, его возможную генерализацию с прорывом возбудителя в кровь, то есть развитием сепсиса, нашим кардиохирургом было рекомендовано экстренно продолжить лечение в инфекционном стационаре с возможностью динамического контроля детского кардиолога для подбора терапии, компенсирующей недостаточность кровообращения.

### **Статус ребенка при поступлении**

Больной в сознании, но состояние крайне тяжелое, рвота дважды, жалобы на головную боль, боль за грудиной, слабость. Кожа бледная, акроцианоз. Тахикардия до ЧСС 160 в минуту, тахипноэ до ЧДД 40 в минуту, АД 118/50 мм рт. ст., сатурация кислорода 90%. Гепатомегалия до 1,5 см из-под края реберной дуги. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево при нормальном содержании лейкоцитов и отсутствии других изменений, гипокапния, гиперлактатемия, гипоальбуминемия до 25 г/л. Резкое увеличение уровня креатинфосфокиназы в крови до 178 пг/мл, мочевины — до 9,2 мкмоль/л.

*Данные рентгенографии легких*

Интерстициальный отек легких, двухсторонний гидроторакс

— Как я понял, — спросил Леонид Печатников, — в Филатовской больнице вы увидели в сердце ребенка вегетации и диагноз «бактериальный эндокардит» уже не вызывал сомнений?

— Безусловно, — признала Антонина Чубарова.

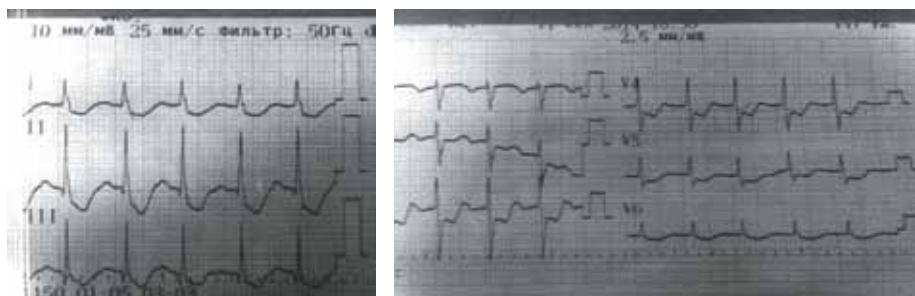
Как сообщил Игорь Колтунов, 11 сентября в 21:00 ребенок был доставлен в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) Морозовской ДГКБ.

Рис. 3. Рентгенограмма легких  
Интерстициальный отек легких, двухсторонний гидроторакс



— В отделении реанимации, — рассказал Игорь Колтунов, — были начаты мероприятия в связи с прогрессирующим ухудшением состояния, частыми эпизодами брадикардии, гипотонии. На ЭКГ были выявлены ишемические изменения в миокарде в виде депрессии сегмента ST. Была начата интенсивная терапия: обезболивание промедолом, вводился атенолол, трамал, гепарин, лазикс, глюкокортикоиды, диклофенак, диазепам; проводилась антибактериальная терапия, применялся увлажненный кислород, глюко-солевые растворы. Однако состояние мальчика прогрессивно ухудшалось, нарастали одышка и артериальная гипотония. Была начата кардиотоническая терапия допамином с последующим подключением добутамина и адреналина. Через 3,5 часа после поступления в ОРИТ ребенок был переведен на искусственную вентиляцию легких в режиме ViPAP. Состояние продолжало ухудшаться, брадиаритмия и гипотония прогрессировали. 12 сентября в 3:30 был зафиксирован эпизод асистолии. Реанимационные мероприятия в полном объеме продолжались вплоть до 4:10, когда была констатирована биологическая смерть ребенка.

Рис. 4. ЭКГ-исследование больного в ОРИТ  
Синусовая тахикардия (136 в мин).  
Депрессия сегментов ST в I, II, III отведениях и в 3, 4 грудных отведениях.  
Распространенный субэндокардиальный инфаркт. Также отмечается гипертрофия левого желудочка



Протокол патологоанатомического исследования представил заведующий кафедрой патологической анатомии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова Александр Талалаев.

*Комбинированное основное заболевание.* Бактериальный стрептококковый тромбэндокардит аортального клапана и простеночного эндокарда левого желудочка. Склероз и деформация створок аортального клапана с метаплазией в хрящ и в кость.

*Фоновое заболевание.* Порок развития аортального клапана, двухстворчатый аортальный клапан.

*Осложнения основного заболевания.* Разрыв створки аортального клапана с окклюзией устья левой коронарной артерии, тромбозом. Субэндокардиальный инфаркт переднебоковой стенки миокарда левого желудочка с распространенными зонами интрамурального станинга. Тромбобактериальная эмболия артерий селезенки с очаговым инфарктом селезенки. Изолированный фиброэластоз эндокарда предсердий. Миогенная дилатация полостей сердца. Венозное полнокровие внутренних органов. Двухсторонний гидроторакс, гидроперикард, асцит. Отек легких. Субплевральные петехиальные кровоизлияния. Отек мягких мозговых оболочек, вещества мозга. Мелкокапельная жировая дистрофия печени. Реактивная фолликулярная гиперплазия лимфоидной ткани.

Леонид Печатников попросил специалиста напомнить собравшимся об основных сведениях по пороку сердца — двухстворчатому аномальному клапану.

— Эта болезнь, встречающаяся приблизительно у 2% населения, десятилетиями может протекать без симптомов, — пояснил Александр Талалаев. — В норме клапан аорты имеет три створки, которые смыкаются и открываются в определенные фазы сердечного цикла, обеспечивая односторонний ток крови из сердца в аорту. При внутриутробном развитии могут происходить сбои в формировании клапанного аппарата. В результате вместо трехстворчатого образуется двухстворчатый клапан. Обычно в течение первых 2-3 десятилетий жизни клапанный аппарат работает нормально. Однако затем проявляются одышка, тахикардия, боли в сердце и другие симптомы, характерные для аортальной недостаточности. В возрасте больного 7 лет двухстворчатый аортальный клапан гемодинамически, как правило, еще вполне обеспечивает нормальную жизнеспособность человека, и если у такого пациента обнаруживается недостаточность и стеноз этого клапана, то на основании этих данных не стоит сразу делать вывод только о врожденном пороке сердца как причине данных нарушений. Еще раз обращаю ваше внимание на результаты вскрытия. Мы установили не просто врожденный порок сердца, но грубые деформации обеих створок клапана, крупные вегетации на створках, плотные, мелкозернистые, имеющие стрептококковое происхождение, тромбозом в устье левой коронарной артерии, многочисленные ишемические участки в миокарде, субэндокардиальный некроз и ряд других признаков тяжелого поражения сердца.

— Можно ли на основании результатов вскрытия понять, за сколько времени до начала клинических проявлений заболевания ребенка у него стали развиваться осложнения клапанного порока? — попросил уточнить Леонид Печатников.

— Мы установили в миокарде и клапанах признаки склероза, или же грубоволокнистой метаплазии соединительной ткани, что характерно для стеноза аортального клапана. Поэтому можно думать, что болезнь начала прогрессировать задолго до конца лета 2014 года, когда ребенок вернулся в Москву из деревни, — последовал ответ Александра Талалаева.

### Выступления рецензентов

— Напомню, что в отделение ИКБ № 2, где лечат пациентов с направляющим диагнозом «нейроинфекции», ребенок поступил с подозрением на менингококцемию, то есть бактериальное воспаление, но не исключалась и вирусная патология, — начала свой доклад главный внештатный специалист по инфекционным болезням у детей Департамента здравоохранения Москвы Людмила Мазанкова. — И весь алгоритм обследования был в первую очередь направлен на то, чтобы исключить бактериальную инфекцию, тяжелейшее поражение мозга с проявлениями менингита. Обследование было выполнено в соответствии со стандартами, которые применяются для этой патологии.

По ее словам, с первого дня ведения пациента инфекционисты понимали, что поставленный ими диагноз «серозный менингит энтеровирусной этиологии средней тяжести» не определял всю тяжесть состояния больного:

— Гектическая лихорадка, воспалительные изменения в анализе крови, признаки нарушений сердечной деятельности и другие симптомы отмечены в истории болезни как еще одна патология, которая также могла определять тяжесть состояния больного. И это заболевание связывалось с поражением сердца, я говорю о кардите. Замечу, что никакого «спокойного отношения» врачей к тому, что происходило с ребенком в ИКБ № 2, не было. Специалисты понимали, что поставленный ими диагноз нуждался в уточнении, и работали над этой проблемой. Впрочем, врожденный порок и поражение клапанного аппарата были диагностированы с запозданием. С опозданием прозвучал и уточненный диагноз «бактериальный эндокардит». Мое главное замечание по ведению ребенка в ИКБ № 2: лечащие врачи недооценили степень неинформативности первого Эхо-КГ, проведенного 5 сентября, фактически пошли у него на поводу, не приняли срочных мер. Однако вспомним в отношении догоспитального ведения ребенка, что он поступил с выраженными кардиологическими изменениями, но без диагноза врожденного порока сердца. И это серьезно затормозило интерпретацию обнаруженных нарушений.

Следующую рецензию представил заместитель директора Научно-исследовательского клинического института педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева РНИМУ им. Н.И. Пирогова Игорь Ковалев:

— По анализу представленных документов экспертиза пришла к главному выводу о несвоевременной диагностике инфекционного эндокардита, что привело к фатальным осложнениям в виде тромбоза коронарной артерии и развития острого инфаркта миокарда. Важную роль сыграла пропущенная еще на ранних этапах развития ребенка врожденная аномалия развития сердца, двухстворчатый аортальный клапан. У части пациентов еще в детском возрасте она сопровождается формированием стеноза, причем риск такого развития событий неизвестен. Поэтому все такие дети нуждаются в постоянном наблюдении, а нередко и в профилактических мерах. В возрасте 1 год 9 месяцев пациент был направлен на Эхо-КГ участковым педиатром, услышавшим систолический шум, но УЗИ-специалист описал только дополнительную левожелудочковую трабекулу. Увы, на этом все успокоились... Между тем указанный дефект никогда не дает столь выраженного шума. Убежден, что у ребенка к началу заболевания в августе прошлого года уже длительное время существовал стеноз аортального клапана. Это подтверждено и данными патоморфологического исследования. Кроме того, на ЭКГ ребенка, выполненной в марте 2014 года, заметны косвенные признаки гипертрофии левого желудочка. Но опять-таки никого из врачей это не встревожило. Ускорению процесса формирования у больного стеноза

клапана аорты с высокой вероятностью способствовали интенсивные занятия спортом, строго противопоказанные таким больным согласно рекомендациям Европейской ассоциации кардиологов. Вывод: исходно при проведении Эхо-КГ по месту жительства у ребенка не было выявлено аномалии развития двухстворчатого клапана аорты, что привело к отсутствию контроля за формированием стеноза клапана и настороженности по поводу риска развития инфекционного эндокардита. На амбулаторном этапе, когда с 23 августа по 2 сентября у ребенка с высокой вероятностью развился острый инфекционный эндокардит, критические проявления заболевания были оценены неправильно. Как следствие, мальчик не был своевременно госпитализирован в профильное отделение, а именно в кардиологический стационар, и не получал адекватной терапии.

Далее рецензент обратил внимание на то, что, несмотря на наличие ряда объективных данных, диагноз «бактериальный эндокардит» не только не был поставлен врачами ИКБ № 2, но даже не заподозрен ими. По его мнению, назначенная терапия цефтриаксоном не могла кардинально повлиять на течение патологического процесса.

— Препаратами выбора, в отсутствие данных о чувствительности патогенов к метицилину, могли служить только ванкомицин и гентамицин, — подчеркнул специалист.

Недопустимой, по его мнению, следует признать отсрочку до 12 сентября определения результатов бактериального посева, а также ситуацию, возникшую 11 сентября, когда пациент с подтвержденным диагнозом инфекционного эндокардита, при наличии вегетации и подозрением на парааортальный абсцесс, который потом и был подтвержден, неоднократно перемещался из стационара в стационар. Причем без оказания какой-либо помощи и при наличии высочайшего риска развития фатальной тромбоэмболии, что в итоге и произошло.

— Пациент должен был быть госпитализирован в любой стационар, включая кардиохирургический, поскольку описанная ситуация могла потенциально служить показанием для экстренного хирургического вмешательства на фоне массивной антибактериальной терапии. Хотя, конечно, риск этого вмешательства был крайне высок, — уточнил Игорь Ковалев. — Представленный клинический случай является яркой демонстрацией нераспознанного по причине целой серии врачебных ошибок бактериального эндокардита.

Итог обсуждению подвел Леонид Печатников.

— Целиком согласен с Игорем Ковалевым в том, что очень серьезные проблемы возникали еще на этапе ведения этого ребенка в двух поликлиниках, где не имели представления о его врожденном пороке. Затем прибавились проблемы в инфекционной больнице, где, как выяснилось, у нас не могут диагностировать бактериальный эндокардит. И отнюдь не по причине нехватки медицинского оборудования, а из-за низкой квалификации врачей. И пока мы сами этого не признаем, она у нас не повысится. Если мы не заставим учиться наших врачей сегодня, то завтра наших детей и внуков лечить будет уже некому. Мы разобрали сегодня трагический случай, который имеет отношение не к отдельным врачам, а ко всей медицинской службе нашего города. Никаких оправданий здесь быть не может. Основной вывод, который следует из разбора истории этой болезни, заключается в необходимости повысить качество последипломного образования московских врачей. Уже в этом году Департамент здравоохранения Москвы примет в данном направлении решительные и неотложные меры.

# ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ НЕУТОЧНЕННОГО КЛЕТОЧНОГО ТИПА

На общегородской клинико-анатомической конференции, состоявшейся 22 июня, обсуждалась история болезни женщины в возрасте 51 года, умершей по причине острого лейкоза, который был распознан только при посмертном судебно-медицинском исследовании.

## 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.

Первой на конференции выступила Светлана Азевич, заместитель главного врача ГКБ № 13 филиал «Южнопортовый», где пациентка наблюдалась с 2000 года:

— До 2009 года хронических заболеваний женщина не имела, на диспансерном учете не состояла. В период с 2009 по 2010 год она несколько раз обращалась к поликлиническому гинекологу, который диагностировал миому матки и диффузную мастопатию и рекомендовал пациентке наблюдение в женской консультации. В 2012 году женщина была осмотрена терапевтом для трудоустройства в торговой сети, результаты общего и биохимического анализов крови были в пределах нормы, проведенная флюорография не выявила нарушений. Осенью того же года лечилась у лор-врача по поводу правостороннего среднего отита. В феврале 2013 года снова обращалась к гинекологу. Диагноз: «миома матки, полип эндометрия». По результатам УЗИ малого таза женщине было рекомендовано оперативное лечение. В плане предоперационной подготовки была выполнена флюорография, ЭКГ, общий и биохимический анализы крови, анализ крови на ВИЧ, HBS и HCV. Показатели всех анализов также оказались в пределах нормы. Изменений в формуле

### **Данные осмотра пациентки в ГКБ № 13 филиал «Южнопортовый» от 7 марта 2015 года**

Температура 37,8 °С, общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Слизистая зева гиперемирована. Носовое дыхание затруднено. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипы отсутствуют. Частота дыхания — 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 90 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание нормальны.

*Диагноз:* «ОРВИ». Пациентке был рекомендован амбулаторный режим, общий анализ крови и мочи, флюорография органов грудной клетки, консультация гинеколога. Выданы направления на исследования.

*Назначения:* обильное питье, ингавирин, полоскание горла, орошение горла гексоралом и ринонормом, закапывание полидекса в нос, парацетамол при повышении температуры. Рекомендован амбулаторный режим. Выдан листок нетрудоспособности по 11 марта, на этот же день назначен прием к участковому терапевту.

крови выявлено не было. На основании осмотра у терапевта противопоказаний для оперативного лечения не установлено. Пациентка была направлена в хирургическое отделение с рекомендацией последующего наблюдения в женской консультации.

После этого в течение 2-х лет пациентка в поликлинику не обращалась. Однако 7 марта 2015 года пришла на прием к участковому терапевту с жалобами на повышение температуры до 38 °С, общую слабость, заложенность носа, першение в горле, ломоту в теле. Из анамнеза известно, что она была больна третий день, когда после переохлаждения появились перечисленные симптомы. — Аллергоанамнез не отягощен, — добавил главврач, — согласно эпиданамнезу из Москвы в последние 3 месяца не выезжала.

В следующий раз женщина обратилась в поликлинику 11 марта.

— Она по-прежнему жаловалась на общую слабость, першение в горле, заложенность носа, небольшой сухой кашель, — уточнила Светлана Азевич. — Со слов пациентки, 10 марта в процедурный кабинет для выполнения анализов согласно рекомендациям она не приходила, поскольку в связи с сильной заложенностью носа она решила самостоятельно обратиться к лор-врачу в частную клинику «Доктор Загер». Ни один из назначенных ей в поликлинике анализов в коммерческом учреждении сделан не был, но поставлен диагноз: «острый ринит» и назначена симптоматическая терапия.

Со слов главврача, состояние больной при осмотре 11 марта было практически такое же, как и за 4 дня до этого. Температура на момент осмотра 37,8 °С. Диагноз был уточнен: «ОРВИ, острый фарингит». Рекомендации: безотлагательно выполнить флюорографию органов грудной клетки, общий анализ крови и мочи, ЭКГ и обратиться для консультации к гинекологу. Назначение: прием флемоксина солютаба — антибиотика широкого спектра действия из группы пенициллинов. Листок нетрудоспособности был продлен по 15 марта, на этот же день назначен прием к терапевту.

Однако за день до даты, когда пациентка должна была прийти на прием, то есть 14 марта в 10:50, она была осмотрена на дому терапевтом по активу со стороны бригады СМП. Со слов пациентки, 13 марта, в связи с повышением температуры до 38 °С, появлением озноба, усилением болей в мышцах, выраженной осиплостью голоса, она вызвала бригаду СМП.

На момент осмотра участковым терапевтом 14 марта больная отмечала некоторое улучшение самочувствия, что связывала с мероприятиями, проведенными врачами СМП. При этом жаловалась на общую слабость, приступообразный кашель, боли в мышцах. Температура на момент осмотра составляла 36,8 °С. — Несмотря на настоятельные рекомендации участкового терапевта, — продолжала выступающая, — в этот же день сдать анализы и в обязательном порядке прийти на прием к терапевту 15 марта, пациентка не сделала ни то ни другое, и в эти два дня не отвечала на телефонные звонки. 16 марта в ответ на наш звонок к телефону подошла дочь женщины, которая сообщила, что 15 марта состояние ее матери резко ухудшилось. Она дважды вызывала бригаду СМП, и в ночь с 15 на 16 марта больная скончалась. Из разговора мы также узнали, что тело больной было направлено на судебно-медицинскую экспертизу в морг № 7.



**В ПОЛИКЛИНИКЕ МОЖНО БЫЛО  
ОРГАНИЗОВАТЬ ПРОВЕДЕНИЕ АНАЛИЗА КРОВИ  
НА ДОМУ. ТОГДА БЫЛО БЫ ПОНЯТНО, ЧТО ЗА  
КАТАСТРОФА СЛУЧИЛАСЬ В ЕЕ КРОВЕНОСНОЙ  
СИСТЕМЕ. И МОЖЕТ БЫТЬ ЕЕ ЕЩЕ МОЖНО  
БЫЛО СПАСТИ.**

**Леонид ПЕЧАТНИКОВ**

— Светлана Альбертовна, — обратился к докладчику Леонид Печатников, — скажите, пожалуйста, если бы вы чудом узнали, что все закончится столь плачевно, что бы вы тогда сделали по-другому?

— Ретроспективно я понимаю, — ответила Светлана Азевич, — что необходимо было взять анализ крови у пациентки хотя бы в ее последний визит в поликлинику — 11 марта. Мы пришли к такому выводу, обсуждая подробно этот случай на клинико-анатомической конференции в нашей клинике.

— А ведь она сама приходила к вам в этот день, хотя вы рекомендовали ей амбулаторный режим, — уточнил Леонид Печатников. — То есть она нарушила режим, и по вашей вине. Состояние этой длительно лихорадящей пациентки было такое, что ей надо было остаться дома, и вы должны были обеспечить ей такую возможность. В вашей

поликлинике наверняка можно было взять у нее на дому пробу крови хотя бы для анализа на форменные элементы. Если бы вы ей это предложили, она бы вряд ли отказалась. И тогда бы вы поняли, что за катастрофа случилась в ее кроветворной и кровеносной системе. И, может быть, ее еще можно было спасти. Но вы этого не сделали.

— Да, такой анализ после взятия пробы на дому мы могли бы выполнить в нашей поликлинике, но не предложили это пациентке. Это была наша ошибка, — признала Светлана Азевич.

Действие врачей бригад СМП, приехавших на вызовы пациентки, описал заместитель главного врача станции скорой и неотложной помощи им. А. С. Пучкова Георгий Введенский:

**Объективные данные при осмотре врачами СМП:** состояние средней тяжести. Тоны сердца звучные, пульс — 78 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 140/80 мм рт. ст., дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД — 19 в минуту, t — 38,4 °С. Зев рыхлый, гиперемирован, чистый, небные дужки гиперемированы, миндалины увеличены, чистые. Кожные покровы чистые, сыпи нет, лимфоузлы не увеличены. Был введен раствор анальгина 50% — 2,0 мл внутримышечно. Терапия оказалась с положительным эффектом, температура снизилась до 37,6 °С.

— Первый вызов состоялся 13 марта в 21:18 по поводу лихорадки неясной этиологии. Доезд бригады был своевременный, оперативный. Пациентка жаловалась на боли в горле, насморк, повышение температуры тела. Из анамнеза было установлено, что она больна в течение 5 дней, наблюдается участковым терапевтом и лор-врачом частной клиники, получает амбулаторное лечение, ей была назначена антибактериальная терапия, полоскание горла. С учетом осмотра лор-врачом установлен диагноз: «ОРВИ, хронический тонзиллит, обострение; хронический гайморит, обострение». Был передан актив в поликлинику, но по данному обращению был получен ответ, что врач поликлиники уже осмотрел пациентку.

Следующий вызов состоялся 15 марта, через двое суток после первого вызова. Он поступил в 19:24 по поводу желудочного кровотечения, лихорадки с температурой 38,7 °С.

— Бригада доехала к больной через 10 минут, — рассказал Введенский. — Пациентка жаловалась на головную боль, першение в горле, слабость, сухость во рту. Больная, с ее слов, уже в течение недели получала амбулаторное лечение у терапевта и лор-врача по поводу ринита и хронического тонзиллита, все назначения она выполняла аккуратно. Также женщина сообщила, что в день вызова около 19 часов после приступа кашля отошел слизистый комок

**Объективный осмотр:** кожные покровы бледные. В области передней поверхности шеи справа находится гематома багрового цвета размером 3,0х3,0 см округлой формы, в области лба справа — гематома продолговатой формы 3,0х1,5 см. Трупное окоченение не выражено. Дыхательных движений нет. При аускультации дыхательные шумы в легких и тоны сердца не выслушиваются. Пульс на магистральных артериях не определяется. Зрачки широкие, на свет не реагируют. Корнеальные рефлексы отсутствуют. Симптом Белоголова положительный. Констатирована биологическая смерть.

розового цвета. Больная уточнила, что желудочного кровотечения у нее не было. Дочь, вызывая бригаду СМП, ошибочно указала на такое кровотечение как основной повод для обращения в эту службу. Состояние больной было в основном такое же, как 2 дня назад, за исключением небольшого снижения температуры до 38,4 °С и учащения пульса до 92 в мин. Проведенная глюкометрия обнаружила сахар крови 4,1 ммоль/л. В лакунах миндалин обнаружались казеозные пробки с двух сторон. В связи с этим диагноз был уточнен: «острая респираторная вирусная инфекция, хронический тонзиллит, обострение». После введения раствора анальгина температура снизилась до 37,4 °С. Пациентка была оставлена на дому, в поликлинику передан актив. Третий вызов поступил в ночь с 15 на 16 марта в 5:47 в связи с поводом «болит живот». По прибытии через 10 минут после вызова бригада СМП обнаружила пациентку без признаков жизни.

— Со слов дочери, у ее матери в 5:30 начались резкие боли в животе, — уточнил Георгий Введенский. — Дочь вызвала скорую помощь и вышла на улицу, чтобы встречать машину. В квартиру она вернулась вместе с врачами. Резюмируя, Георгий Введенский сказал:

— Учитывая ситуацию, на вызове были проведены реанимационные мероприятия по социальным показаниям, документация передана отделу судебно-медицинской экспертизы.

— Согласно алгоритмам действия врачей СМП, если речь идет о длительной лихорадке пациента как возможном проявлении бактериального осложнения ОРВИ, вы оставляете актив для поликлиники и уезжаете — это все? — уточнил Леонид Печатников.

— Да. И врачи нашей службы так и поступали при вызовах к этой пациентке, — подтвердил Георгий Введенский. — Хочу подчеркнуть, что в состоянии пациентки за три дня, с 13 по 15 марта, не наступило заметного ухудшения. Никаких угрожающих жизни симптомов не появилось. Этим можно объяснить то, что пациентке не предлагалась госпитализация. Сейчас разрабатывается новая редакция алгоритмов, где будет указано, что при сроке лихорадки более 5 суток больного с первичным диагнозом «ОРВИ или ОРЗ» нашей службе надо госпитализировать пациента.

Результаты судебно-медицинского исследования представила заведующая танатологическим отделением № 7 Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗМ Галина Кузнецова:

— Тело женщины было доставлено в танатологическое отделение 16 марта в 14:40 из квартиры по направлению правоохранительных органов с целью установления причины смерти. Согласно сопроводительным документам тело нашли в комнате на полу. В лобной области и на шее были кровоподтеки и ссадины. Подчеркну, что при наружном исследовании тела в танатологическом отделении были установлены кровоподтеки и ссадины не только лица и шеи, но также верхних и нижних конечностей, причем при желтушности кожного покрова всего тела. Желтушность мягких тканей обращала на себя внимание и при исследовании внутренних органов. Также была выявлена гепатоспленомегалия при неизмененных лимфатических узлах, гипертрофия миокарда с расширением камер сердца, фиброз, липоматоз поджелудочной железы, жировая дистрофия печени. То есть мы нашли изменения, свидетель-

### Судебно-медицинский диагноз

Основное заболевание. Острый лейкоз неуточненного клеточного типа: выраженная гиперплазия и субтотальная бластная метаплазия кроветворной ткани селезенки, большое скопление кроветворных бластных клеток в просветах сосудов миокарда, почки, печени, гипофиза, щитовидной железы, множественные инфильтраты в печени, почке, щитовидной железе.

Осложнения основного заболевания. Неравномерное кровенаполнение внутренних органов. Кровоизлияния под легочной плеврой, эпикардом, в поджелудочной железе. Отек головного мозга, неравномерный отек легких, острая очаговая эмфизема легких. Острые эрозии пилорического отдела желудка. Реанимационные мероприятия — интубационная трубка.

Сопутствующие заболевания. Кардиомиопатия: атрофия, дистрофические изменения кардиомиоцитов, мелкоочаговый периваскулярный кардиосклероз. Фиброз, липоматоз поджелудочной железы. Аденоматозная гиперплазия передней доли гипофиза. Микрофолликулярная тиреопатия. Очаговый фиброз мягкой оболочки головного мозга. Липоидоз венечных артерий, аорты. Сетчатый холестероз. Множественные миомы матки. Гломерулосклероз. Кровоподтеки лица, шеи, верхних и нижних конечностей.

ствующие о выраженной интоксикации, возможно, хронического эндогенного происхождения.

Как сообщила Галина Кузнецова, взятые биологические объекты от тела были направлены на лабораторные исследования. Насильственный характер смерти был исключен, в том числе и отравление токсическими веществами.

Обнаруженные повреждения квалифицировались как не причинившие вреда здоровью, к наступлению смерти они отношения не имели.

Рис. 1. Выраженная гиперплазия и субтотальная бластная метаплазия кроветворной ткани селезенки

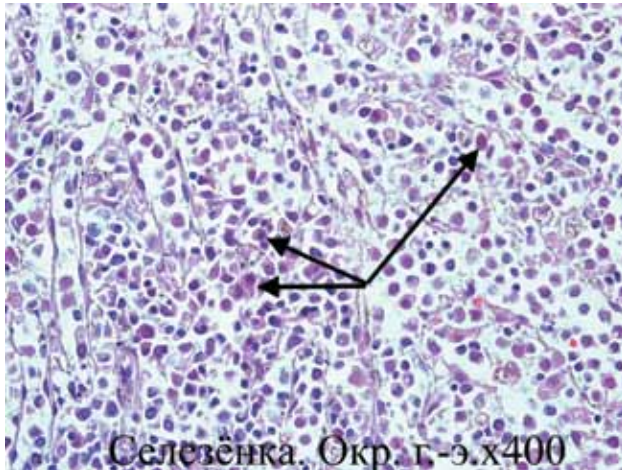
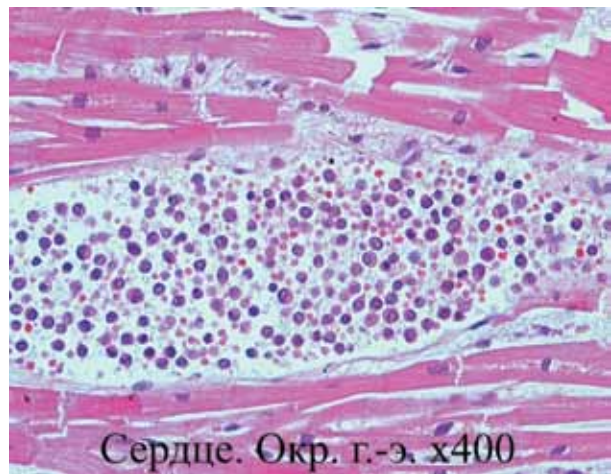
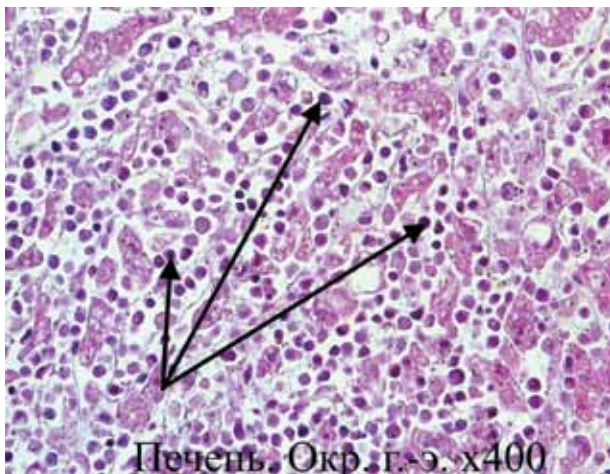


Рис. 2 и 3. Большое скопление кроветворных бластных клеток в печени (рис. 2) и просветах сосудов миокарда (рис. 3). Стрелки указывают на бластные клетки



— При гистологическом исследовании внутренних органов, — продолжила докладчик, — были обнаружены микроскопические признаки резко выраженного генерализованного процесса. Он затронул, без преувеличения, все внутренние органы. А именно: было выявлено скопление кроветворных бластных клеток в просветах сосудов, множественные инфильтраты из бластных клеток во внутренних органах, выраженная гиперплазия и бластная метаплазия кроветворной ткани селезенки, а также микроскопические признаки, подтверждавшие и уточнявшие сказанное мной. Я говорю об атрофии, очагах фрагментации и дистрофических изменений кардиомиоцитов, мелкоочаговом переваскулярном кардиосклерозе. На основании

исследования трупа и гистологического изучения внутренних органов была определена первоначальная причина смерти: острый лейкоз с выраженной гиперплазией и субтотальной бластной метаплазией в кроветворной ткани селезенки с большими скоплениями кроветворных бластных клеток в просветах сосудов внутренних органов и с множественными инфильтратами из них. — Галина Станиславовна, — попросил Леонид Печатников, — какова же все-таки была непосредственная причина смерти?

— Первоначальную причину смерти мы определили как острый лейкоз, — последовал ответ.

— Нет, — возразил Леонид Печатников, — вы назвали сейчас основное заболевание. А меня интересует, от чего непосредственно умерла пациентка? Если речь идет о лейкозе, причинами смерти чаще всего становятся инфекционные осложнения, кровотечения. Но в данном случае кровотечений во внутренних органах не было?

— Нет, кровотечений не было.

— Итак, вы не можете указать непосредственную причину смерти? — спросил Леонид Печатников.

— Нет, у нас нет данных для такого заключения, — пояснила Галина Кузнецова.

### Выступления рецензентов

Первой из рецензентов выступила главный врач городской поликлиники № 115, главный внештатный специалист по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению СЗАО Москвы Елена Степаниченко:

— На поликлиническом этапе было достаточное количество дефектов. 7 марта врач не отметил в данных анамнеза, принимала ли пациентка какие-то препараты в связи с данным заболеванием, были ли эффекты от терапии. При по-

следующих осмотрах отсутствуют записи о течении заболевания. Некорректен диагноз, поставленный на самом первом осмотре врачом поликлиники. Поясню, что диагноз «ОРВИ» подразумевает под собой не одно заболевание, а целую группу. И она не была уточнена подробно. Помимо того, что первоначальный диагноз был выставлен без необходимого уточнения, в медицинской документации в последующие дни фигурируют разнообразные диагнозы: от ринита, фарингита до хронического тонзиллита, гайморита в фазе обострения. Однако все эти диагнозы были поставлены при минимальных объективных изменениях, которые мы видим в записях, сделанных врачами всех служб. Единственным же четким, бесспорным и ярко выраженным был интоксикационный синдром. Он прослеживался постоянно, нисколько не купиро-

вался на фоне данного лечения, и это никем не принималось во внимание. По мнению рецензента, флюорография была назначена неоправданно. Требовалось проведение рентгенографии, если стоял вопрос об осложнениях ОРВИ или подозрении на заболевание дыхательных путей.

— Учитывая, что выявить на амбулаторном этапе такое заболевание, как острый лейкоз, невозможно без лабораторных исследований, основной



**СЕЙЧАС РАЗРАБАТЫВАЕТСЯ НОВАЯ РЕДАКЦИЯ АЛГОРИТМОВ, ГДЕ БУДЕТ УКАЗАНО, ЧТО ПРИ СРОКЕ ЛИХОРАДКИ БОЛЕЕ 5 СУТОК БОЛЬНОГО С ПЕРВИЧНЫМ ДИАГНОЗОМ «ОРВИ ИЛИ ОРЗ» НАШЕЙ СЛУЖБЕ НАДО ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ ПАЦИЕНТА.**

**Георгий ВВЕДЕНСКИЙ**

ошибкой я считаю отсутствие активной позиции лечащего врача в обязательном проведении диагностических мероприятий, — подчеркнула Елена Степаниченко. — Здесь важно напомнить, что согласно соответствующим приказам Минздрава России отказ от проведения анализов должен оформляться в виде информированного добровольного несогласия пациента с назначенными ему обследованиями. И такие документы, подписанные больным, должны быть приложены к истории болезни. Возможно, при более настойчивом поведении врача и более подробном разъяснении пациентке последствий для ее здоровья невыполнения анализов она бы их сдала, не откладывая.

Елена Степаниченко обратила внимание участников конференции и на расхождение данных объективного обследования с результатами судебно-медицинской экспертизы, где были описаны крупные кровоподтеки на коже верхних и нижних конечностей пациентки. Срок давности этих кровоподтеков, как уточнила рецензент, составлял не менее 4—7 дней. То, что они, как и зафиксированная после смерти желтушность кожных покровов, не были замечены врачами, обследовавшими женщину, их грубая ошибка.

— А как вы относитесь к тому, что при судебно-медицинском вскрытии была обнаружена выраженная гепатоспленомегалия? Может, она появилась сразу после смерти женщины, а до этого все было в порядке? — поинтересовался Леонид Печатников.

— Как раз об этом и хотела сказать, Леонид Михайлович, — ответила Елена Степаниченко. — Очень плохо то, что весьма выраженное увеличение таких внутренних органов, как печень и селезенка, не было замечено при объективных осмотрах, в том числе и проводимых в последние дни жизни пациентки. Это ставит под сомнение проведение осмотров как таковых. Я воздержусь от комментариев по поводу лечения. Стандартов для лечения таких заболеваний, как ОРВИ, не существует. Но замечу, что для ряда препаратов в амбулаторной карте не были отмечены назначаемые дозы, режим их приема. Главный недостаток работы врачей амбулаторного звена в том, что они недооценили тяжесть состояния пациентки, проявили формальный подход к обследованию и лечению. При длительном течении заболевания ни разу не ставился вопрос об уточнении диагноза, о смене терапии, сколь-нибудь углубленном обследовании, в том числе и на дому. Отсутствуют консультации и заведующих отделениями, и врача-инфекциониста по поводу длительной гипертермии и интоксикационного синдрома. Соответственно не ставился вопрос и о госпитализации.

— Спрошу теперь вас, Елена Михайловна, отчего же умерла эта больная? — повторил ранее звучавший вопрос Леонид Печатников.

— Вероятнее всего, — предположила рецензент, — метастатические поражения в коронарных сосудах в виде бластных клеток спровоцировали патологию сердца, возможно, жизнеугрожающее нарушение сердечного ритма.

Перед выступлением следующего рецензента Леонид Печатников подвел предварительный итог обсуждения:

— Вы сказали, что «все это ставит под сомнение проведение осмотров как таковых». Да, вы правы, и я думаю, что больную никто как следует не осматривал!



**ОШИБКОЙ Я СЧИТАЮ ОТСУТСТВИЕ АКТИВНОЙ  
ПОЗИЦИИ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ  
ПРОВЕДЕНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ  
МЕРОПРИЯТИЙ.**

**Елена СТЕПАНИЧЕНКО**

Такая гепатоспленомегалия, которая была у пациентки, конечно, не развилась у нее за день до смерти. И терапевт, осматривающий ее, сделал он это как следует, не мог не увидеть такого явного нарушения. Значит, врач ее не пальпировал и не перкутировал. Бегло приложил фонендоскоп, услышал, что дыхание везикулярное, хрипов нет, и на этом осмотр закончился. Позвольте мне быть в этом уверенным. На желтушность кожных покровов участковый врач тоже не обратил внимания. Врачи СМП не зарегистрировали ЭКГ больной, а если бы они провели такое обследование, не сомневаюсь, что выраженные признаки кардиомиопатии, которые увидели патологоанатомы, проявились бы. Поэтому уже не в первый раз обращаюсь к руководителям поликлиник: ваши врачи не смотрят больных, и они пропедевтику либо не знают, либо не хотят использовать те знания, которые имеют.

Следующую рецензию представил заместитель главного врача по терапии ГКБ им. С.П. Боткина Владимир Алексеев:

— В этой трагической ситуации, безусловно, главный вопрос в том, можно ли было поставить диагноз «острый лейкоз» на момент обращения больной в марте 2015 года? Ответ однозначный — нет. Ведь в данном случае отсутствовал в первую очередь общий анализ крови и не было выявлено клинических признаков вовлечения в генерализованный процесс при этой опухолевой болезни кроветворной системы. Я говорю о гепатоспленомегалии, лимфоаденопатии, геморрагическом синдроме.

— Что касается лимфоаденопатии, — уточнил Леонид Печатников, — то да, явных признаков здесь не было. Геморрагический синдром мы уже обсуждали. Его врачи «проморгали», это была их явная ошибка. А что вы думаете по поводу гепато- и спленомегалии?

— Эта женщина была достаточно полная, — продолжил Владимир Алексеев, — пальпировать печень у таких пациентов весьма сложно. Но я не уверен, что ее пальпировали на самом деле. В медицинской карте есть запись, что

### Алгоритм лабораторной диагностики острого лейкоза

*Клинический анализ крови при остром лейкозе.*

Анемия, как правило, нормохромная, снижение гемоглобина ниже 100 г/л выявляется у 85% пациентов.

Лейкопения менее  $4 \times 10^9$ /л обнаруживается у 20%, а менее  $1 \times 10^9$ /л — у 80% пациентов.

Практически у всех больных (98%) в периферической крови выявляются бластные клетки. Характерно так называемое лейкемическое зияние: в лейкоцитарной формуле больного регистрируются бластные формы и далее без наличия переходных форм (промиелоцитов и миелоцитов) имеются зрелые гранулоциты. Их число может быть значительно снижено за счет увеличения содержания лимфоцитов или бластных клеток.

печень у пациентки не увеличена, но размеры ее не отмечены. Поэтому мы не знаем, проводил ли доктор такое обследование. Что же касается селезенки, то определение ее размера без использования УЗИ, а только при физикальном обследовании непростая процедура даже у больного, не страдающего ожирением. Больную надо было положить на правый бок, ноги прижать к животу и пальпировать селезенку при дыхательных движениях. О значительном увеличении селезенки свидетельствует также положительный симптом Рогозы: выявление тупого перкуторного звука в месте пересечения X левого ребра

со средней подмышечной линией в положении больного на правом боку. Однако очевидно, что эти обследования никем не проводились. Иначе о них упоминалось бы в документации.

Рис. 4. Клинические проявления при острых лейкозах

Нейтропения	Повышение температуры тела; тяжелые, затяжные инфекции, некротические ангины
Анемия	Сердцебиения, слабость, одышка, бледность кожных покровов и слизистых, ортостатическая гипотензия, гипоксемия
Тромбоцитопения	Кровоизлияния в кожу и слизистые, носовые и десневые кровотечения, желудочно-кишечные и почечные кровотечения
Инфильтрация органов	Лимфоаденопатия, спленомегалия, гепатомегалия, гиперпластические гингивиты, боли в костях, нарушения функции черепно-мозговых нервов, головная боль, лейкемиды
Опухолевая интоксикация	Слабость, ночные поты, субфебрильная температура, похудание
Лейкостаз	Нарушения зрения, неврологические нарушения, головная боль, дистресс-синдром легких, приапизм

— Что послужило причиной смерти больной? — снова спросил Леонид Печатников.

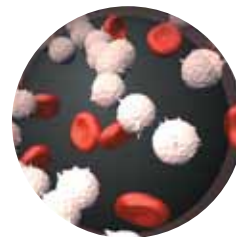
— Сам острый лейкоз, — сказал Владимир Алексеев, — несмотря на вовлечение в процесс целого ряда органов и систем, не может рассматриваться как непосредственная причина смерти. Напомню также, что гнойно-воспалительных очагов, а также кровоизлияний в жизненно важные органы выявлено не было. По всей видимости, смерть больной носила «сердечный» характер. Она наступила из-за тяжелой миокардиодистрофии, вызванной опухолевой и вирусной интоксикацией. Нарушения сердечного ритма и отек легких, возможно, и стали причиной смерти больной.

Леонид Печатников попросил рецензента уточнить прогноз заболевания, если бы правильный диагноз был поставлен до 14 марта.

— Тогда можно было с достаточной вероятностью рассчитывать на эффективность назначенного лечения, — ответил Владимир Алексеев.

По просьбе Леонида Печатникова о некоторых особенностях острого лейкоза рассказал заместитель главного врача по гематологии ГКБ им. С.П. Боткина, главный внештатный специалист гематолог-трансфузиолог ДЗМ Вадим Птушкин.

## ПОДРОБНОСТИ



### Выводы рецензента Владимира Алексеева

1. Лечение и наблюдение за больной в поликлинике принципиальных замечаний не вызывает. Вместе с тем, учитывая 2-недельную длительность лихорадочного периода, врач-терапевт должен был бы быть более настойчивым в осуществлении назначенных пациентке диагностических исследований, в том числе с привлечением ее родственников.

2. Диагноз острого лейкоза, в связи с отказом больной от проведения клинического анализа крови и отсутствием клинических проявлений, установлен быть не мог.

— Острый лейкоз — достаточно редкое заболевание, он встречается примерно в 3% случаев от всех злокачественных заболеваний, — отметил специалист. — Заболеваемость составляет порядка 5 случаев на 100 тысяч населения. В последние годы в Москве встречалось ежегодно 450–500 новых случаев этого рака крови ежегодно. 75% случаев острого лейкоза диагностируется у взрослых, причем соотношение миелоидных и лимфоидных лейкозов у этой категории больных составляет 6:1. Подчеркну, что острые миелоидные лейкозы — это чаще всего болезнь пожилых людей, средний возраст 60–65 лет. Зато у детей 80–90% всех лейкозов лимфоидные, средний возраст заболевания у таких пациентов около 10 лет. Рассматривая возраст пациентки, мы можем предположить, что она умерла по причине острого нелимфобластного, иначе говоря, миелоидного лейкоза. Острый лейкоз заканчивается летально без лечения в 100% случаев. До эры химиопрепаратов все подобные больные погибали в течение 3 месяцев от инфекций либо геморрагий. За последние полвека достигнуты определенные успехи в тера-

пии лейкозов, 5-летняя выживаемость сегодня составляет 40–60%. У 70–85% больных удается добиться ремиссии, а примерно у 15–30% пациентов — пятилетней безрецидивной выживаемости, которая приравнивается к выздоровлению больного. Современное лечение лейкозов включает полихимиотерапию, сопроводительную терапию, аллогенную либо аутологичную трансплантацию костного мозга.

— По клиническим проявлениям и судя по анализу крови, — уточнил Вадим Птушкин, — как бы тщательно ни собрали и ни оценивали эти данные, мы можем только предположительно высказаться в пользу диагноза «острый лейкоз». Окончательный диагноз данного рака крови можно установить только морфологически — по обнаружению несомненно бластных опухолевых клеток в крови или

костном мозге — не менее 20% «бластов» — миелоидных либо лимфоидных. Выводы Вадим Птушкин сформулировал следующим образом:

— Смерть пациентки наступила вследствие не диагностированного при жизни острого, скорее всего миелобластного лейкоза. Постановке диагноза помешало в первую очередь отсутствие анализа крови. Однако я считаю, что более детальный осмотр пациентки, который мог бы обнаружить геморрагические проявления и органомегалию, возможно, стимулировал бы активность врачей в получении анализов.

Последним из рецензентов выступил начальник Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗМ, главный внештатный специалист по судебно-медицинской экспертизе ДЗМ Евгений Кильдюшов:

— При производстве судебно-медицинского исследования наша задача состояла в исключении именно насильственного характера смерти. Эта причина после наружного и внутреннего исследования трупа экспертами была отклонена. Затем необходимо было решить вопрос, что стало непосредственной причиной смерти пациентки. При ответе на этот вопрос обращает на себя внимание желтушность кожного покрова женщины. Учитывая также выраженные изменения во внутренних органах, а именно достаточно



**СМЕРТЬ ПАЦИЕНТКИ НАСТУПИЛА ВСЛЕДСТВИЕ НЕ ДИАГНОСТИРОВАННОГО ПРИ ЖИЗНИ ОСТРОГО, СКОРЕЕ ВСЕГО МИЕЛОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА. ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ПОМЕШАЛО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОТСУТСТВИЕ АНАЛИЗА КРОВИ.**  
**Вадим ПТУШКИН**

большую пролиферацию бластных клеток, можно думать о развитии смерти не по кардиальному, а по гипоксическому типу. При исследовании трупа было установлено наличие множественных кровоизлияний, которые можно, с одной стороны, интерпретировать как геморрагический синдром, а с другой — как факторы, увеличивающие проницаемость сосудистой стенки и усугубляющие выраженность признаков гипоксии. По моему мнению, здесь имела место как циркуляторная, так и тканевая, то есть, смешанная гипоксия. Это предположение хорошо укладывается в ту клиническую картину, о которой мы услышали. Например, больная жаловалась на боли в мышцах. Такие симптомы вызывает сдвиг метаболизма в сторону анаэробного типа окисления с последующим накоплением в тканях молочной кислоты. Если учесть, что вес печени женщины составлял 3,7 кг, что в 2,5 раза больше, чем у здоровых людей 50 лет, а селезенка весила в 3 раза больше, чем в норме, то, несомненно, — столь выраженная гепатоспленомегалия может развиваться в течение нескольких месяцев. Думаю, что женщина заболела раком крови примерно в конце или даже середине 2014 года.

Итог обсуждению подвел Леонид Печатников.

— Сначала хотел бы сказать несколько слов для руководства ГКБ № 13. Мы услышали сегодня много критических высказываний по поводу того, что у пациентки не пропальпировали печень, селезенку. И если бы я сейчас предоставил слово Светлане Азевич, она бы вслух признала вину сотрудников клиник, но про себя наверняка сказала: «А когда же им это делать тщательно, если время на прием одного пациента – всего 10 минут...». Я понимаю, в каких реалиях мы живем, но все-таки... При первичном осмотре нужно печень и селезенку пропальпировать как следует. На дальнейших приемах пациента — смотря по ситуации. То, что ваши врачи и бригада СМП не заметили желтушность слизистых оболочек и кожных покровов, как и геморрагии, — это непростительная оплошность. Думается, не так часто в практике участкового терапевта при подозрении на ОРВИ у пациента доктор вдруг видит и желтуху, и «синяки». Если такое случается, их нельзя не заметить! То же касается и врачей СМП. И в поликлинике, и врачами «скорой» тяжесть состояния больной была недооценена. Сегодня мы стараемся решить проблему острого недостатка времени у участкового терапевта на осмотр пациента, делаем все, чтобы улучшить условия вашего труда и создать условия для того, чтобы повысилось его качество. Это пошло бы на пользу больным. Но пока эта проблема не решена, никто не освобождает вас от обязанностей тщательного осмотра больного. И недопустимо превращать встречу с пациентом в заполнение истории болезни! Хотелось бы обратиться к руководителям поликлиник: пожалуйста, боритесь за пропедевтику, отправляйте ваших подчиненных на обучение. Возможности для последипломного образования московских терапевтов сегодня созданы отличные. Очень вас прошу, объясняйте вашим докторам, что учиться никогда не поздно. И если они не будут знать пропедевтику, то такие случаи, какой мы обсудили сегодня, будут повторяться снова и снова. И, поверьте, это не будет проходить безнаказанно.



**СЕГОДНЯ МЫ СТАРАЕМСЯ РЕШИТЬ  
ПРОБЛЕМУ ОСТРОГО НЕДОСТАТКА ВРЕМЕНИ  
У УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА НА ОСМОТР  
ПАЦИЕНТА. НО ПОКА ЭТА ПРОБЛЕМА НЕ  
РЕШЕНА, НИКТО НЕ ОСВОБОЖДАЕТ ВРАЧА  
ОТ ОБЯЗАННОСТЕЙ ТЩАТЕЛЬНОГО ОСМОТРА  
БОЛЬНОГО.**

**Леонид Печатников**

# ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО О НАЗНАЧЕНИИ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ: КОНТРОЛЬ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

В последние месяцы в средствах массовой информации все чаще появляется информация о самоубийствах онкологических больных (с начала 2015 года погибло 11 онкологических больных). В качестве одной из основных причин самоубийств называются проблемы с доступностью обезболивающих наркотических средств. И проблема действительно существует: судебная практика по уголовным делам в отношении медицинских работников, связанным с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, обосновывает причины нежелания медицинского персонала связываться с этими препаратами.



**Татьяна КУРНОСОВА,**  
директор по правовым  
и кадровым  
вопросам GEMC

## Суд постановил

Для начала приведу несколько примеров из судебной практики. Фельдшер скорой помощи М. в целях купирования болевого синдрома при инфаркте миокарда ввела пациенту К. опиат, в результате чего

состояние пациента К. стабилизировалось. Решение надо было принимать срочно, и фельдшер не смогла согласовать назначение наркотического средства с ответственным дежурным врачом станции. Опрос больного о предыдущих назначениях не проводился. Из-за большого объема работы фельдшер не успела в положенный срок надлежащим образом оформить назначение наркотика. Проверка установила, что документация оформлена ненадлежащим образом, отсутствует согласование назначения препарата с дежурным врачом, в медицинской карте больного нет данных о предыдущих назначениях наркотических средств. По факту нарушения законодательства в сфере оборота наркотических средств возбуждено дело об административном правонарушении по

ст. 6.16 Кодекса РФ об административных правонарушениях. Рассматривается даже вопрос о привлечении фельдшера к уголовной ответственности по ст. 228.2 Уголовного кодекса РФ.

Химкинский суд приговорил медсестру-анестезиста из химкинской больницы к штрафу в 15 тысяч рублей за то, что остатки психотропного наркотического вещества, которое для анестезии было введено больному, она вылила в раковину, а не уничтожила по всем правилам противодействия «созданию условий для незаконного оборота наркотиков» — то есть с записью в журнал, вызовом врача и другими обязательными формальностями.

Врач одной из поликлиник Вологодской области хранил в сейфе комнаты дежурного врача одну просроченную ампулу с промедолом и две просроченные ампулы с кетаминном, а также отвозил для уничтожения в надлежащее медицинское учреждение 30 ампул с морфином в дневное время в неохраняемой машине и без соответствующего сопровождения. К тому же, доктор хранил в сейфе комнаты дежурного врача и другие наркотические и психотропные препараты без обеспечения надлежащей охраны (решетки на окнах, тревожная кнопка и т. д.). Таким образом, по мнению суда, из-за халатности подсудимого создавались условия «выбытия наркотических средств и психотропных веществ, находящихся под специальным контролем». В связи с «деятельным раскаянием» доктора дело было прекращено.

Фельдшер станции скорой и неотложной медицинской помощи города Чайковский Пермского края, по мнению следствия, умышленно совершила нарушение правил хранения наркотических средств и психотропных веществ, что привело к утрате наркотического средства. Дело в том, что фельдшер получила в кабинете хранения и заправки медицинских упаковок (врачебного чемоданчика с медикаментами) станции скорой медицинской помощи упаковку № 7, в которой находились наркотические средства: промедол (одна ампула), морфина гидрохлорид (одна ампула), кетамин (одна ампула). Потом она передала эту упаковку № 7 другому фельдшеру, не имевшему

допуска к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами. Когда «скорая» вернулась с вызова, из упаковки № 7 исчезла одна ампула с морфином. В другой раз та же фельдшер передала не имевшему права доступа к наркотическим и сильнодействующим психотропным веществам фельдшеру скорой помощи другую упаковку № 7, в которой находились реланиум (две ампулы) и клофелин (две ампулы). На этот раз из упаковки бесследно исчезла ампула с сильнодействующим веществом — клофелином. Таким образом, по мнению следствия, фельдшер умышленными противоправными действиями нарушила правила хранения сильнодействующих веществ, что повлекло его хищение. На суде фельдшер вину свою полностью признала и раскаялась. Суд приговорил ее к штрафу в размере 25 тысяч

рублей с лишением права занимать определенные должности, связанные с хранением наркотических средств, психотропных и сильнодействующих веществ, сроком на один год шесть месяцев.

Как видно из указанных выше примеров, оборот наркотических средств и психотропных веществ, используемых для медицинского применения, требует четкого и постоянного

контроля со стороны медицинского работника и документального оформления, о нюансах которого и поговорим ниже.

## Общие положения

Одним из основных источников правового регулирования конкретных видов оборота наркотических средств и психотропных веществ, в том числе и их назначение для медицинского применения, служит Федеральный закон от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах». Порядку использования наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях посвящена ст. 31 Закона № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», в соответствии с которой в медицинских целях могут использоваться наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в Списки II и III. Однако законодатель ограничивает круг субъектов, которые могут



### **НАЗНАЧЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ ТРЕБУЕТ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО СОГЛАСОВАНИЯ С ЗАВЕДУЮЩИМ ОТДЕЛЕНИЕМ, А В ЭКСТРЕННЫХ СЛУЧАЯХ — С ОТВЕТСТВЕННЫМ ДЕЖУРНЫМ ВРАЧОМ ИЛИ ДРУГИМ ЛИЦОМ, УПОЛНОМОЧЕННЫМ ПРИКАЗОМ ГЛАВНОГО ВРАЧА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.**

**Оборот наркотических средств и психотропных веществ, используемых для медицинского применения, требует четкого и постоянного контроля со стороны медицинского работника**



использовать наркотические средства и психотропные вещества в своей деятельности.

Во-первых, в силу ч. 4 ст. 31 Закона не допускается использование наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Списки II и III, в медицинской деятельности частнопрактикующих врачей.

Во-вторых, в соответствии с п. 18 ч. 1 ст. 12 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» оборот наркотических средств и психотропных веществ подлежит лицензированию.

Медицинская организация, имеющая лицензию на использование наркотических средств и психотропных веществ в своей деятельности, действует через своих работников (врачей, фельдшеров). Поэтому нормы о лицензировании содержат ряд специальных требований как к организации (наличие помещений, оборудования и др.), так и к работникам.

Порядок и условия использования наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях определяются федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

Приказом Минздравсоцразвития России от 12.02.2007 № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания» утверждена Инструкция о порядке назначения лекарственных препаратов (далее — Инструкция). При назначении наркотических средств и психотропных веществ конкретному пациенту следует учитывать показания, противопоказания, возможные сроки применения тех или иных лекарственных средств (например, утвержденный Минздравом России 19.07.2001 «Порядок и сроки назначения наркотических анальгетиков. Методические указания № 2001/129»).

При выборе и назначении наркотических средств и психотропных веществ следует принять во внимание наличие следующих запретов. Так, не допускается применение:

■ препаратов, не разрешенных в установленном порядке к медицинскому применению (ч. 1 ст. 13, ст. 33 Закона № 61-ФЗ, ст. 2, ч. 2 ст. 14 Закона № 3-ФЗ);

### **Общий порядок действия лечащего врача стационара при назначении наркотических средств и психотропных веществ:**

- вывод о необходимости назначения наркотических средств и психотропных веществ и его обоснование;
- опрос пациента о предыдущих назначениях наркотических средств и психотропных веществ и последующая запись об этом в медицинской документации (за исключением случаев, когда опрос провести невозможно);
- согласование назначения с уполномоченным должностным лицом;
- оформление документации и скрепление подписями;
- назначение наркотических средств и психотропных веществ.

### **Специальный порядок (применяется при состояниях, требующих экстренной помощи (в т. ч. медикаментозной) либо при ведении послеоперационных больных):**

- вывод о необходимости назначения наркотических средств и психотропных веществ и его обоснование;
- опрос пациента о предыдущих назначениях наркотических средств и психотропных веществ с соответствующей записью в медицинской документации (за исключением случаев, когда опрос провести невозможно);
- назначение наркотического средства или психотропного вещества;
- уведомление уполномоченного должностного лица, оформление документации и скрепление подписями в течение суток с момента назначения наркотических средств и психотропных веществ.

### **Исключения:**

- наличие одного врача в ЛПУ;
- отсутствие врачебного персонала в ЛПУ (обязанности по ведению пациентов возложены на средний медицинский персонал).

■ наркотических средств и психотропных веществ при отсутствии медицинских показаний (ч. 2 ст. 25, ст. 40 Закона № 3-ФЗ);

■ наркотических средств и психотропных веществ для лечения наркомании (ч. 6 ст. 31, ч. 4 ст. 55 Закона № 3-ФЗ).

## **Назначение наркотических средств и психотропных веществ в стационаре**

В соответствии с Инструкцией при оказании стационарной помощи лекарственные препараты, в том числе рекомендованные врачами-консультантами, назначаются единолично лечащим врачом, за исключением случаев:

- а) одномоментного назначения пяти и более лекарственных препаратов одному больному;
- б) назначения наркотических средств, психотропных веществ, иных лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету, анаболических гормонов;
- в) необходимости назначения лекарственных препаратов, не входящих в территориальный перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных

препаратов (ЖНВЛП), при нетипичном течении болезни, наличии осложнений основного заболевания и/или сочетанных заболеваний, при назначении опасных комбинаций лекарственных препаратов, а также при непереносимости лекарственных препаратов, входящих в территориальный перечень ЖНВЛП.

Назначение наркотических средств и психотропных веществ требует предварительного согласования с заведующим отделением, а в экстренных случаях — с ответственным дежурным врачом или другим лицом, уполномоченным приказом главного врача медицинской организации. Факт назначения фиксируется в медицинских документах больного (истории болезни, листе назначений и т. д.) с указанием наименований препаратов, разовой дозы, способа и кратности введения, ориентировочной длительности курса, обоснования назначения и заверяется подписью лечащего врача (дежурного врача) и заведующего отделением (ответственного дежурного врача или другого уполномоченного лица).

Пунктом 2.2 Инструкции предусмотрено исключение из данного правила. Послеоперационным больным, а также больным с болевым и иным шоком

**Общий порядок действия врача поликлиники при назначении наркотических средств и психотропных веществ:**

- вывод о необходимости назначения наркотических средств и психотропных веществ и его обоснование;
- опрос пациента о предыдущих назначениях наркотических средств и психотропных веществ с соответствующей записью в медицинской документации (за исключением случаев, когда опрос провести невозможно);
- рассмотрение вопроса о назначении наркотических средств и психотропных веществ врачебной комиссией;
- назначение наркотических средств и психотропных веществ врачебной комиссией.

**Исключение:**

- отсутствие врачебного персонала в ЛПУ (обязанности по ведению пациентов возложены на средний медицинский персонал).

**Фельдшер выездной фельдшерской бригады Общий порядок:**

- согласование назначения наркотических средств и психотропных веществ с ответственным дежурным врачом станции (подстанции, отделения) скорой помощи (наличие у пациента болевого шока в результате травмы, инфаркта, иных острых заболеваний и состояний);
- опрос пациента о предыдущих назначениях наркотических средств и психотропных веществ с соответствующей записью в медицинской документации (за исключением случаев, когда опрос провести невозможно);
- оформление назначения наркотических средств и психотропных веществ в установленном порядке.

(кардиогенным, гемотрансфузионным и пр.), анурией и другими остро развившимися состояниями, при оказании экстренной медицинской помощи лекарственные препараты назначаются лечащим врачом единолично. Таким образом, предварительное согласование назначения наркотических средств и психотропных веществ лечащим врачом стационара не требуется только при ведении послеоперационных больных, а также иных больных при развитии у них угрожающих для жизни состояний.

Однако и в этом случае обоснованность назначения лекарственных препаратов должна быть подтверждена ответственным дежурным врачом или другим уполномоченным лицом в медицинских документах больного и заверена подписью врача в срок не позднее суток. В остальных случаях врач стационара должен получать соответствующее согласие должностных лиц организации.

Вместе с тем, указанный выше порядок назначения наркотических средств и психотропных веществ не во всех случаях может быть соблюден в силу особенностей организации оказания медицинской помощи в отдельных местностях (например, из-за нехватки врачей) определенным категориям больных. В частности, этот порядок неприменим для медицинских организаций, в которых работает один врач (участковая

больница, родильный дом, расположенные в сельской местности). Поэтому согласно п. 2.3 Инструкции назначение лекарственных препаратов, в том числе наркотических средств и психотропных веществ, в таких организациях осуществляется лечащим врачом единолично и фиксируется в документах больного. В участковых больницах и родильных домах, где нет врача, право назначения наркотических средств и психотропных веществ по решению органа управления здравоохранением субъекта РФ может быть предоставлено фельдшеру или акушерке (п. 2.8 Инструкции). Перечень клинических случаев, в которых наркотические средства и психотропные вещества могут быть назначены фельдшером (акушеркой), ограничен. Так, им предоставлено право назначения наркотических средств и психотропных веществ:

- онкологическим больным с выраженным болевым синдромом согласно рекомендациям специалиста-онколога, участкового врача-терапевта, врача общей практики (семейного врача);
- больным с выраженным кашлевым синдромом препаратов кодеина на срок не более 5 дней с последующей консультацией в случае необходимости у врача-специалиста;
- при оказании экстренной медицинской помощи находящимся в этих учреждениях больным

(пациенткам родильных домов) в случаях возникновения болевого шока при травмах, инфарктах, осложнениях в родах и иных острых заболеваниях и состояниях.

Следует также указать, что инкурабельным онкологическим больным, находящимся в хосписе или доме (больнице) сестринского ухода, изменить дозу и/или назначить иное наименование наркотических средств может медицинская сестра, руководящая этим учреждением, по согласованию с врачом-онкологом. Все изменения фиксируются в медицинской документации больного и заверяются подписью врача-онколога в срок не позднее 5 дней с момента внесения изменений в фармакотерапию (п. 2.7 Инструкции).

## Назначение амбулаторно наркотических средств и психотропных веществ

Назначение наркотических средств и психотропных веществ при оказании амбулаторно-поликлинической помощи имеет свои особенности. В соответствии с п. 3.7 Инструкции наркотические средства и психотропные вещества Списков II и III при амбулаторном лечении назначаются лечащим врачом по решению врачебной комиссии:

- онкологическим больным с выраженным болевым синдромом согласно рекомендациям специалиста-онколога (при его отсутствии — на основании одного решения врачебной комиссии);
- больным с выраженным болевым синдромом неопухолевого генеза;
- больным с выраженным кашлевым синдромом (препараты кодеина).

## ПОДРОБНОСТИ

### Ответственность за нарушение закона об обороте наркотических средств и психотропных веществ

Следует обратить внимание руководителей медицинских организаций на следующие возможные нарушения законодательства о назначении наркотических средств и психотропных веществ:

- отсутствие у медицинского работника допуска к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами (нет необходимых справок в личном деле работника, соответствующего приказа, сведений о допуске к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами в должностной инструкции, трудовом договоре и др.);
- отсутствие согласования назначения наркотических средств и психотропных веществ в стационарных условиях с должностными лицами медицинской организации (заведующим отделением, дежурным врачом и др.);
- отсутствие согласования с ответственным дежурным врачом станции (подстанции, отделения) скорой помощи при назначении наркотических средств и психотропных веществ фельдшером выездной бригады скорой медицинской помощи;
- назначение наркотических средств и психотропных веществ при амбулаторном лечении без решения врачебной комиссии;
- отсутствие записей в медицинских документах о оказании к назначению наркотических средств и психотропных веществ, предыдущих назначениях наркотических средств и психотропных веществ;
- отсутствие решения органа управления здравоохранением субъекта РФ, которым в особых случаях предоставлено право назначения наркотических средств и психотропных веществ фельдшеру (акушерке).

Действующим законодательством установлена ответственность за правонарушения в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ. Так, в Кодексе РФ об административных правонарушениях (далее – КоАП РФ) есть ряд статей, устанавливающих ответственность:

- за нарушение правил оборота наркотических средств и психотропных веществ (ст. 6.16 КоАП РФ) — в виде административного штрафа в размере до 400 000 руб. либо административного приостановления деятельности на срок до девяноста суток;
- несоблюдение лицензионных требований и условий при осуществлении деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ (ст. 14.1, ст. 19.20 КоАП РФ) — в виде административного штрафа в размере до 40 000 руб. Административной ответственности за правонарушения, предусмотренные ст. 6.16 КоАП РФ, подлежат только юридические лица. Меры противодействия незаконному обороту наркотических средств и психотропных веществ регулируются также Уголовным кодексом РФ (далее — УК РФ).

В главе 25 «Преступления против здоровья населения и общественной нравственности» УК РФ раскрыты основные составы преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ. К уголовной ответственности могут привлекаться только физические лица. Особенное значение для медицинских работников имеют ст. 228.2 «Нарушение правил оборота наркотических средств или психотропных веществ», ст. 229 «Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ, а также растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества», и ст. 233 «Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ» УК РФ.



### О назначении наркотических средств и психотропных веществ делается запись в амбулаторной карте

Наркотические средства и психотропные вещества назначаются только врачебной комиссией по ограниченному перечню заболеваний (патологических состояний). То есть при амбулаторном лечении врач самостоятельно не вправе назначить соответствующие средства пациенту. О назначении наркотических средств и психотропных веществ делается запись в амбулаторной карте, оформляется акт (протокол) врачебной комиссии, выписывается рецепт на специальном рецептурном бланке. Кроме того, в амбулаторной карте должны быть зафиксированы ответы пациента на вопросы о предыдущих назначениях наркотических средств и психотропных веществ. В особых случаях (проживание в сельской местности, где находятся медицинские организации или их обособленные подразделения, не имеющие врача) по решению органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения самостоятельно ведущим амбулаторный прием фельдшеру или акушерке таких медицинских организаций предоставляется право назначения наркотических средств:

- онкологическим больным с выраженным болевым синдромом согласно рекомендациям специалиста-онколога;

- больным с выраженным кашлевым синдромом на срок не более 7 дней с последующим направлением, в случае необходимости, на консультацию к врачу-специалисту.

Круг возможных клинических ситуаций, при которых могут быть назначены НС фельдшером (акушеркой), сформулирован как исчерпывающий.

### Назначение наркотических средств и психотропных веществ при скорой и неотложной помощи

При оказании скорой и неотложной медицинской помощи лекарственные препараты назначаются врачом выездной бригады скорой медицинской помощи или врачом отделения неотложной помощи (помощи на дому) медицинской организации.

Фельдшер выездной фельдшерской бригады скорой медицинской помощи может назначить наркотические средства и психотропные вещества по согласованию с ответственным дежурным врачом станции (подстанции, отделения) скорой помощи (п. 3.7.2 Инструкции; приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении

Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», решение Верховного Суда РФ от 27.10.2011 № ГКПИ11-1353).

При назначении наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Списки II и III, медицинский работник (врач или фельдшер) должен опросить больного о предыдущих назначениях наркотических средств и психотропных веществ и сделать соответствующую запись в медицинских документах. В случаях, когда опрос провести невозможно, об этом должна быть сделана соответствующая запись в медицинской документации. Более обстоятельно порядок назначения наркотических средств и психотропных веществ при оказании скорой и неотложной помощи регулируется актами местного уровня, а также локальными актами учреждений здравоохранения.



### НАРКОТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА И ПСИХОТРОПНЫЕ ВЕЩЕСТВА НАЗНАЧАЮТСЯ ТОЛЬКО ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИЕЙ ПО ОГРАНИЧЕННОМУ ПЕРЕЧНЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ).

# СОЮЗ В ПОДДЕРЖКУ ПАЦИЕНТА

Ряд случившихся недавно суицидов среди пациентов с онкологическим диагнозом вызвал широкий резонанс в СМИ. Хотя журналисты нередко связывали их причины с отсутствием адекватного обезболивания, проведенные проверки показали, что у этих больных не было проблем с доступом к обезболивающим препаратам. Как отметил на одной из конференций заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников, причинами суицида стали серьезные психические проблемы, с которыми сталкивается большинство онкопациентов.

Суицидальный риск у таких пациентов вызван не недоступностью медицинской помощи, а нераспознанными и нелечеными депрессиями. Для своевременного оказания им психиатрической помощи и психологической поддержки необходимо участие в лечебном процессе специалиста-онкопсихолога. О возможностях решения проблемы беседуют руководитель клиники психиатрии и психотерапии GEMC Наталья Ривкина и руководитель клиники дерматовенерологии и аллергологии-иммунологии GEMC, член Европейской академии дерматовенерологии (EADV) Ева Василевская.

**Ева ВАСИЛЕВСКАЯ (Е.В.):** В связи с серией самоубийств пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, хочется разобраться во всех нюансах этой проблемы. С одной стороны, проблема вроде бы лежит на поверхности: пациенты не в состоянии терпеть боль. Однако восприятие боли достаточно субъективно. И невозможность переносить боль может быть связана либо с ее обостренным восприятием, либо с нехваткой купирующих препаратов, либо с недостаточной эффективностью данных препаратов. Так обстоит дело с физической болью,



**Наталья РИВКИНА,**  
руководитель клиники  
психиатрии и психоте-  
рапии GEMC

но ведь есть еще и боль душевная, с которой пациент не всегда в состоянии справиться. Представим человека, который узнал о наличии онкологического заболевания. При этом он может не только ощущать физическую боль, но и испытывать психологическую нагрузку...

Начнем разговор с самого понятия «боль». Какая она, можно ли ее измерить?

**Наталья РИВКИНА (Н.Р.):** Несомненно, есть объективные и субъективные показатели боли. Работая с пациентами, мы всегда используем шкалу оценки боли, когда больной субъективно оценивает степень болевого синдрома. И, откровенно говоря, для нас это субъективное восприятие боли является наиболее важным в принятии решения об объеме оказываемой пациенту помощи. На субъективное восприятие боли оказывают влияние разные факторы. Действительно, помимо физического компонента есть еще и толерантность к боли, страх — эмоци-



**СУБЪЕКТИВНОЕ ВОСПРИЯТИЕ БОЛИ ПАЦИЕНТОМ  
ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ В ПРИНЯТИИ  
РЕШЕНИЯ ОБ ОБЪЕМЕ ОКАЗЫВАЕМОЙ ЕМУ  
ПОМОЩИ.**

нальные реакции, которые могут снижать порог переносимости. Иначе говоря, существует индивидуальная переносимость, но есть и психоэмоциональные реакции. Известно, что болевой синдром может быть сопряжен с высокой частотой тревожных аффективных расстройств, что увеличивает суицидальный риск. Наличие внешней поддержки может эффективно помогать в купировании этих психоэмоциональных реакций и состояний, а также болевого синдрома. Специалисты по паллиативной помощи часто сталкиваются с тем, что высокий уровень тревоги может влиять на переносимость боли пациентом. Врачу важно оценить степень выраженности боли и своевременно ее купировать. Однако решать этот вопрос

следует индивидуально: есть пациенты, которые хотели бы купировать боль полностью, а другие способны ее переносить и, более того, стремятся на фоне болевого синдрома осознать свое состояние. Поэтому с пациентами обсуждают, какую степень купирования боли они хотели бы получить. Во многих клиниках для пациентов сейчас доступны системы самостоятельного контроля уровня боли за счет количества обезболивающих препаратов.

Кроме того, мы понимаем, что при купировании болевого синдрома необходимо правильно оценивать психоэмоциональный статус пациента, нередко переживающего депрессию, тяжелую деморализацию. Деморализация — это один из синдромов, состояние, которое в настоящее время пытаются ввести в психиатрические классификации в качестве отдельного понятия. В мировом сообществе психоонкологов ведется большая дискуссия по этому поводу. По сути дела, это реактивное состояние, связанное с потерей пациентом смысла жизни, ее образа и качества, к которым он привык. Это такой комплекс, который может включать тревогу, нарушение сна, и в том числе суицидальные мысли. Такое состояние требует абсолютно иных подходов в помощи, нежели обычная депрессия. Так, при диагностировании депрессии, по современным стандартам, если это состояние сохраняется более двух недель, мы обязаны назначить фармакотерапию. В состоянии же деморализации пациенту нужна прежде всего психотерапевтическая или психосоциальная поддержка, для того чтобы он мог адаптироваться к тому, что с ним происходит.

Очевидно, что при наличии подобных состояний пациенты гораздо тяжелее переносят болевой синдром, испытывают большой страх, что невозможно будет контролировать боль. Эти факторы могут влиять и на увеличение суицидального риска. То есть, решая вопрос о тактике обезболивания, мы должны учитывать не

только собственно медицинскую сторону, предоставляя пациенту необходимые обезболивающие препараты, но и психоэмоциональные компоненты, связанные с возникновением болевого синдрома.

**Е.В.:** А вообще как разобраться в его причинах? Вскрытие, например, позволяет судить о правильности постановки диагноза: рак определенного органа, наличие метастазов, других заболеваний соматического профиля и т.д. Но разобраться в причинах суицида вскрытие нам не поможет... Очень трудно сказать, что явилось его причиной: действительно невыносимая боль, невозможность получить вовремя обезболивающие лекарства, отсутствие эффекта от применяемых препаратов, либо это была та самая душевная боль, которая заставила больного чувствовать неизбежность финала и сделать такой страшный выбор. Далеко не всегда основывать мнение о причинах суицида можно исходя из содержания предсмертной записки, которую иногда пишут такие люди. Да и мнения родственников тоже могут быть весьма субъективными. Ведется ли общемировая статистика суицидов в онкологии?

**Н.Р.:** Да, конечно, во всем мире ведется статистика и суицидальных попыток, и завершенных суицидов. Цель этой работы — в первую очередь разработка единых стандартов для оценки суицидального риска, ведь предупреждение суицидов во многом зависит от правильной оценки степени риска. Существуют факторы, которые предрасполагают к более высокому суицидальному риску: возраст пациента, локализация опухоли, ответ на терапию, наличие внешней поддержки, включая поддержку со стороны семьи и социальную, гендерная принадлежность. Известно, что у одиноких людей, страдающих онкологическими заболеваниями и не имеющих семьи, уровень суицидов выше, чем у семейных.

Вообще причиной суицида является комплекс факторов. Например, наличие депрессивных реакций может комбинироваться с ощущением невозможности получить адекватную помощь (что не всегда соответствует реальному положению дел) или с ощущением безысходности.

**Е.В.:** Пациентами, у которых выявлено онкологическое заболевание, начинают заниматься онкологи. В обязательном ли порядке к помощи данному больному должен подключиться психиатр? На каком этапе это должно произойти? Как врачу мне приходилось сталкиваться с проблемой, когда пациент соматического профиля нуждается в поддержке психиатра, а не психолога. И далеко не всегда легко и просто удается ему сообщить об этом. Бывает, что пациенты реагируют на подобные сообщения неадекватно. А когда, каким образом человеку сообщать о том, что у него обнаружен рак?.. Может быть, лучше, чтобы именно в этот момент к беседе с пациентом подключился психиатр?

**Н.Р.:** Не во всех 100% случаев пациентам требуется помощь психиатра. Доказанный факт, что далеко не все больные, получающие информацию об угрожающем их жизни заболевании (это, конечно, не только рак), испытывают сопутствующие психические расстройства, и далеко не у всех пациентов реакция на стресс требует специальной помощи. Примерно 40% пациентов не нуждаются в специальной поддержке, могут адаптироваться к подобному известию, располагают внутренними ресурсами, чтобы справиться с кризисом. И здесь речь идет не



**ИЗВЕСТНО, ЧТО У ОДИНОКИХ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ  
ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И НЕ  
ИМЕЮЩИХ СЕМЬИ, УРОВЕНЬ СУИЦИДОВ ВЫШЕ,  
ЧЕМ У СЕМЕЙНЫХ.**

только о пациентах с хорошим прогнозом, но и о больных, переходящих на паллиативные этапы помощи, об умирающих.

Однако это не значит, что больные должны двигаться по этому пути сами по себе, ведь они находятся в группе риска. Впервые встречаясь с пациентом, которому мы должны сообщить, что у него рак, мы не знаем, в какую категорию он попадает. Даже если раньше этот человек успешно справлялся с трудными ситуациями, вовсе не обязательно, что так же успешно он справится и сейчас. Это индивидуально. Но тут присутствие на консультации психиатра, психолога или специалиста по социальной работе не является обязательным. Здесь гораздо важнее наличие у онколога специальных навыков и инструментов для оценки необходимости такой помощи пациенту.

Это не значит, что онколог должен быть подготовлен психиатром. В помощь ему могут быть предоставлены опросники. Например, во всем мире существует так называемая шкала дистресса, которая в различных странах выглядит по-



**В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬНО  
ЗАКРЕПЛЕНО ПРАВО ПАЦИЕНТА ЗНАТЬ  
СВОЙ ДИАГНОЗ.**

разному. Есть варианты шкалы дистресса с 32 вопроса-ми. А в Канаде, например, где социальная помощь хорошо развита, шкала дистресса обязательно используется для пациентов и включает лишь два вопроса. Ее применение не займет много времени на приеме, но при этом становится для онколога хорошим подспорьем при сообщении пациентам диагноза и оказании поддержки. Еще раз скажу, не обязательно быть психотерапевтом, психологом, необходимо воспользоваться в работе скрининговым инструментом, это позволит онкологу сориентироваться в ситуации с каждым конкретным пациентом.

Надо сказать, что психологическая поддержка очень неравномерна в разных странах мира и даже внутри одной страны. Например, в США в разных штатах или даже в разных районах Нью-Йорка она развита по-разному. Есть страны, которые занимают здесь ведущее положение, например, Германия, Канада. К сожалению, Россия не относится к их числу. Идея постоянно действующих ставок психологов у нас только внедряется, и, к счастью, сейчас мы об этом задумались. Многие клиники уже сделали шаги в этом направлении, что помогло повысить доступность психологической помощи для их пациентов.

Но в то же время мы должны понимать, что первое звено оценки — это онкологи. Но проведению такой оценки их обязаны научить психиатры. Поэтому уже на протяжении многих лет Международное общество психосоциальной онкологии сотрудничает с национальными обществами онкологов. Встречи сообщества онкологов с сообществом психиатров способны дать больше ресурсов для обучения онкологов базовым навыкам оценки состояния пациента и оказания помощи.

Кстати, во многих онкологических клиниках мира, которые относят к флагманским, опробовали идею консультирования пациента психиатром или психологом, но в результате пришли к выводу, что целесообразнее будет обучить онкологов первичному скринингу и нацеленному направлению пациента на консультацию к психиатру или психологу. Существует международный протокол оказания психологической помощи людям с суицидальными намерениями. В этом смысле психосоциальная помощь мало чем отличается от обычной медицины с ее стандартами назначения лекарств в определенных дозировках. То же самое и с психосоциальной поддержкой: в мире есть множество исследований, связанных

с эффективностью тех или иных интервенций, и эти интервенции имеют, по сути дела, математическую точность, когда специалист в каждый момент понимает, что и зачем он делает. Этому помогает четко структурированная информация, которая начинается с психообразования, с обучения пациента тому, что с ним происходит.

Проводимые в мире исследования показали, что именно психообразование является наиболее эффективной поддержкой в отношении реакции на стресс, и в том числе профилактики суицидального риска на первых этапах заболевания. Например, в Германии это является необходимым компонентом помощи онкобольным, который, кстати, осуществляют психологи или психиатры, а не врачи-онкологи. У пациента есть возможность обсудить все детали своего диагноза, причины заболевания, возможные методы лечения, помощь. Это первая линия поддержки, которую получают пациент и его семья, что позволяет снизить количество коморбидных психических расстройств и суицидальные риски в том числе. Ведь нередко суицидальный риск может быть связан просто с отсутствием информации.

Когда я первично консультирую пациентов, узнавших о своем заболевании, большинство из них выражают страх, что будут испытывать неконтролируемую боль, с которой не справятся. Это одно из первых переживаний. Информация о том, что сейчас есть система контроля боли, где сам пациент решит, какой уровень обезболивания он получит, приносит облегчение. Знание, как эта система устроена, каким образом можно получать обезболивание, становится для пациента поддержкой.

**Е.В.:** Итак, врач-онколог должен быть специально обучен уже по психологическому портрету пациента определить, будет ли тот нуждаться в дополнительной помощи психиатра или психолога. А если в дальнейшем он все-таки почувствует, что пациент в дополнение к лечебным мероприятиям нуждается в психологической помощи, то предоставит больному дополнительную информацию, которая будет защищать его психологически. Как я понимаю, подобный механизм действий у нас пока не закреплен в нормативной базе. В России вообще относительно недавно медики начали открыто говорить с пациентами онкологического профиля об их проблемах. Мы все помним, как пациенту еще в 80–90-х годах прошлого века не полагалось сообщать о наличии у него онкозаболевания, для этого и зашифровывался диагноз в медицинской документации. Я знаю много врачей, которые до сих пор продолжают действовать по старинке...

**Н.Р.:** В настоящее время законодательно закреплено право пациента знать свой диагноз. На самом деле Европа и США тоже прошли большой путь, прежде чем пациенты обрели право на получение открытой информации о своем состоянии, диагнозе. Для того чтобы мир к этому пришел, было проведено огромное количество исследований. Почему вдруг решили, что надо открыто обсуждать с пациентами данную проблему? Потому, что получили статистически подтвержденные доказательства, что при отсутствии такой информации частота депрессий, тревожных расстройств, высота суицидального риска у них увеличивается. Сейчас известно, что коморбидные психические расстройства влияют на прогноз заболевания. И если нам не безразличен прогноз заболевания, мы должны сделать все необходимое, чтобы снизить частоту коморбидных психических



**КОМПЛАЕНС — ЗАЛОГ ТОГО, ЧТО ВРАЧ СМОЖЕТ  
ОКАЗАТЬ АДЕКВАТНУЮ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ.**



**Работая с пациентами, следует использовать шкалу оценки боли, когда больной субъективно оценивает степень болевого синдрома**

расстройств, а для этого надо правильно информировать пациента о его недуге. Несомненно, каждый пациент индивидуален, и в общении необходим индивидуальный подход. Думаю, многие врачи, в том числе те, которые считают, что неправильно сообщать пациентам диагноз, упрощают взгляд на проблему. Если мы по единой форме будем говорить каждому пациенту: «У вас рак. До свидания, приходите послезавтра», то действительно увеличим частоту суицидальных попыток. Во всем мире одним из общеобразовательных курсов в мединститутах является деонтология — совокупность этических, нравственных норм профессионального поведения медицинских работников и работы с пациентом. На Западе этот курс включает коммуникацию, во многих странах есть тренинги коммуникаций, и уже на уровне базового медицинского образования врачей этому обучают.

Такая коммуникация имеет свои законы, свои правила, очень четкий, понятный протокол. Несомненно, от неподготовленного врача многого не потребуешь. И предъявлять претензии врачам за ошибки, которые они допускают при общении с пациентами, не совсем честно, если медики этому просто никогда не учились. Сначала надо научить врача. Нам доподлинно известно, что если пациенту, его семье информация преподнесена в правильном формате, то он легче начинает справляться с ситуацией, может правильным образом планировать свои силы, возможности, свою жизнь. В результате он сталкивается с меньшим количеством проблем, легче адаптируется к тому, что с ним происходит.

**Е.В.:** Вот об этом хотелось бы поговорить подробнее. Вы пионер данного направления в России, пользуетесь методиками из США, Англии, из лучших университетов, которые занимаются этой проблемой. Но у нас еще не создана необходимая образовательная база. Как ее можно создать? Что для этого нужно?

**Н.Р.:** Необходимым условием успешного лечения пациентов, особенно длительно болеющих, помощь которым сопряжена с побочными, порой тяжелыми эффектами, у нас признан так называемый комплаенс — приверженность пациента терапии, назначениям врача, удовлетворенность лечением, доверие врачу. Это залог того, что врач сможет оказать адекватную помощь пациенту. Есть немало исследований, показывающих, что комплаенс строится в первую очередь на коммуникации, которую врач предоставляет пациенту.

Не только в СССР, в России, но и в мире на протяжении многих лет придерживались патерналистских подходов, в соответствии с которыми считалось, что врач лучше знает, что нужно пациенту, а пациенту вменялась обязанность абсолютно точно придерживаться врачебных назначений. Такой подход имеет свои плюсы, но в то же время далеко не в отношении всех пациентов он работает, а иногда и вовсе приводит к отказу от лечения. Многим пациентам требуется, чтобы они были включены в процесс лечения, являлись партнерами врача, участвовали в принятии решения относительно выбора терапии.

Так вот, переход от патерналистской модели к сотрудничеству — это концептуальный переход, который меняет клиническое мышление врача. Он не может произойти неожиданно, требуется время и подготовка.

Соответствующие тренинги начали возникать в мире в 80–90-е годы прошлого века, они были направлены на формирование определенного мышления врачей в отношении коммуникаций с пациентами. В настоящее время во многих странах эти клиники являются базовыми в области медицинского образования. Есть целые группы в разных странах мира. Например, внутри Европейской ассоциации психосоматической медицины (EAPM) есть группа, которая занимается тренингами коммуникаций, а также научными исследованиями в этом направлении.

Существуют разные варианты тренингов коммуникаций, но один из наиболее эффективных — с использованием актеров. Актеры могут играть роли пациентов и провоцировать врача на то или иное поведение, которому мы хотим медика научить. Задача актера — не просто сыграть пациента, а спровоцировать врача вести себя наиболее эффективным образом, смоделировать различные ситуации в зависимости от психологического типа изображаемого пациента.

Программа, на которой базируемся мы в Медицинской школе EMC, создана в MemorialSloanKetteringCancerCenter (USA). Это нью-йоркская клиника, ведущий исследовательский онкологический центр США, где действует отделение психиатрии, кстати говоря, первое в мире отделение психиатрии в соматической клинике. Оно возникло в конце 50-х — начале 60-х годов прошлого века, и на протяжении 15 лет в нем разрабатывали программу обучения врачей. Сегодня она представляет собой трехдневный тренинг, в рамках которого врачи изучают различные аспекты коммуникаций: обсуждение диагноза, прогноза, планы лечения, принятие пациентом информированного согласия, встречи с семьей, реагирование на гнев пациента, переход на паллиативное лечение, обсуждение с пациентом смерти и умирания. В MemorialSloanKetteringCancerCenter есть даже самостоятельная программа naturaldying — естественное умирание, когда за полтора месяца до предполагаемой смерти пациента с ним и его семьей



**ИЗВЕСТНО, ЧТО БОЛЕВОЙ СИНДРОМ МОЖЕТ БЫТЬ  
СОПРЯЖЕН С ВЫСОКОЙ ЧАСТОТОЙ ТРЕВОЖНЫХ  
АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, ЧТО УВЕЛИЧИВАЕТ  
СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК.**

40%

**пациентов не нуждаются в специальной поддержке, располагают внутренними ресурсами, чтобы справиться с кризисом**

обсуждаются все детали этого процесса, и больной может принять решение, где и как хотел бы умереть, с каким уровнем обезболивания и сознания, кто должен находиться с ним рядом в это время. Есть соответствующие специальные программы, сфокусированные на разных специалистах, когда для участия в них собирают единообразные группы, скажем, врачей-педиатров, онкологов-педиатров, хирургов, химиотерапевтов, или по локализациям — онкологов, работающих с торакальными опухолями, опухолями мозга и т.д. Есть такие программы и для медсестер, они обязательны для прохождения.

Специалисты осваивают подобные программы в сотрудничестве с постоянной группой актеров. Участникам предоставляется алгоритм, благодаря которому каждый навык становится автоматическим, ведь цель — научить врачей не просто справляться с трудными ситуациями, а делать это автоматически. И удивительным образом это не превращает врачей в роботов, а наоборот, делает их живыми людьми.

Согласно имеющемуся исследованию, основная причина, почему пациентам не сообщается диагноз, заключается в страхе врача перед аффективной реакцией. Мы боимся того, что последует, что не будем знать, как действовать. Когда же врач знает, как действовать в каждой конкретной ситуации, у него появляется возможность лучше сконцентрироваться на личности конкретного пациента, а больной, таким образом, получит гораздо больше внимания и поддержки.

Приведу простой пример. Когда с женщиной 34 лет, страдающей раком молочной железы и имеющей двух маленьких детей, мы обсуждаем прогноз ее онкологического заболевания, наличие автоматических навыков, алгоритмов работы дает нам гораздо больше свободы быть с ней в этот момент, а не размышлять: если она сейчас разрыдается, где я буду искать психиатра, чтобы ей оказали поддержку.

Действующая в Memorial Sloan Kettering Cancer Center программа международная, в ней есть отдельные блоки, рассчитанные на докторов из других стран. По структуре эти программы могут отличаться. Наиболее развиты они в Германии — ориентированы на разные тематические циклы. Например, на цикле по психиатрии работают над тем, как мотивировать пациента на госпитализацию или начало лечения вопреки желанию покончить жизнь самоубийством. Есть программа, посвященная разным аспектам работы онкологов с пациентами, программа для врачей общей практики, включающая аспекты. То есть уже на уровне базового образования каждой специализации соответствуют свои коммуникативные тренинги. Доказано, что наличие у врача этих навыков улучшает комплаентность пациентов и удовлетворенность лечением, а значит, улучшает прогноз основного заболевания.

**Е.В.:** Я знаю, что подобную программу вы привезли в Россию, и она пока в экспериментальном режиме внедрена в систему подготовки врачей клиники психиатрии и психотерапии. Возможно ли тиражирование этой программы для нужд здравоохранения столицы?

**Н.Р.:** У нас эта программа работает с 2013 года, обучение по ней проходит с частотой раз в 2 месяца. Она предназначена для уже практикующих врачей, есть также программа для врачей, которые пока проходят обучение. Проект я курирую. Когда строила эту программу, моя идея была в том, чтобы она собиралась как Lego, из отдельных элементов, которые могли бы различаться по длительности, в зависимости от того, с какой группой специалистов мы работаем. Например, для иногородних докторов, которым бывает сложно длительно находиться в Москве, это может быть однодневная программа. В рамках данного проекта мы предоставляем обучение врачам-онкологам взрослой практики, врачам-онкологам

детской практики, врачам, работающим с редкими заболеваниями у детей, что сопряжено с высокой летальностью и большой психоэмоциональной нагрузкой. Есть несколько программ для сотрудников хосписов и отделений паллиативной помощи. Сейчас готовим большую годовую программу для Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом. Еще одну годовую программу запустили для специалистов, работающих с редкими заболеваниями, которые часто сталкиваются и с паллиативной помощью. Эта программа включает в себя четыре блока, посвященных коммуникациям, и два блока — профилактике эмоционального выгорания.

На самом деле формализм в нашей работе зачастую связан с эмоциональным выгоранием, когда врачи настолько истощены, что не способны поддерживать пациентов. Поэтому, когда готовили программу, разослали опросники специалистам с целью выяснить, какие темы для них наиболее важны. И уже по итогам опроса решили включить в обучение тему профессионального выгорания.

Сейчас доказано, что пациент, услышав от врача диагноз онкологического заболевания, максимальный стресс испытывает через несколько часов после консультации. Врач же испытывает его во время консультации и порой несколько раз в день. Но у пациента вообще-то есть шанс попасть к психологу, а у врача этого шанса нет. Поэтому наши тренинги включают анализ реакции врачей на стрессовые ситуации и обучение способам выстраивать собственную эмоциональную защищенность.

**Е.В.:** В рамках XIX Российского онкологического конгресса, который состоится этой осенью в Москве, вы планируете проведение мастер-классов. Чему они будут посвящены?

**Н.Р.:** Мы второй раз участвуем в этом конгрессе. Мастер-классы будут посвящены коммуникациям, диагностике и профилактике суицидального риска. Рассчитываем на аудиторию до 100 человек. Мы будем рассказывать об альтернативных, менее психотравмирующих способах сообщения пациентам диагноза.

Если говорить о возможности создания подобных программ для федеральной системы здравоохранения, я уверена, что осуществить это реально. Обучение, которое мы проводим, рассчитано на группы из 40 человек. Конечно, их объем может и колебаться, но пропускная способность программы достаточно большая.

**Е.В.:** Хочу попросить вас сказать несколько слов о вашем коллеге профессоре Луиджи Грассо. Какую школу он представляет? Как вы сотрудничаете?

**Н.Р.:** Луиджи Грассо возглавляет департамент психиатрии в Университете Феррары в Италии (Università di Ferrara). Он был президентом Международного общества психоонкологии, а сейчас возглавляет Федерацию обществ психоонкологии, то есть стоит во главе всех обществ психоонкологии в мире. Он курирует вопросы, связанные с передачей опыта, с образовательными программами, в том числе федеральные начинания с психоонкологией в разных странах.

**Е.В.:** Он основатель мировой школы психоонкологии?

**Н.Р.:** Эту школу создала группа людей, которые в 70–80-е годы начали активно внедрять психоонкологические службы на государственном уровне. Луиджи Грассо является одним из них, ведущим специалистом, разрабатывающим стандарты лечения депрессий у онкологических больных и диагностику суицидального риска. Он приезжал в Россию два года назад. Совместно с ним мы проводили программу по психоонкологии рака молочной железы. Его вклад в нашу программу касался вопросов профилактики суицидального риска. Именно этой теме будет посвящена программа, которую мы представим в ноябре на XIX Российском онкологическом конгрессе.

# МЕЛАНОМА: ЛИМФОСЦИНТИГРАФИЯ И БИОПСИЯ СТОРОЖЕВОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА

Во всем мире, в том числе и в России, отмечается рост заболеваемости меланомой (англ. melanoma, malignant melanoma) – самой злокачественной опухоли кожи, развивающейся из меланоцитов – пигментных клеток, продуцирующих меланин. Опухоль имеет нейроэктодермальное происхождение, преимущественно локализуется в коже, значительно реже в сетчатке глаза, на слизистых оболочках и мягких тканях.

**Максим СМОЛЯРЧУК**, врач-радиолог, заведующий отделением радионуклидной диагностики Европейского медицинского центра

**Эльмира ДЗЫБОВА**, врач-дерматовенеролог, дерматоонколог, аллерголог-иммунолог, хирург Европейского медицинского центра

К основным факторам риска развития меланомы относятся избыточное УФБ-излучение, 1 и 2 фототипы, солнечные ожоги в анамнезе, меланома в личном или семейном анамнезе. Для меланомы характерны частое рецидивирование и метастазирование лимфогенным и гематогенным путем практически во все органы. Обычно в течение первого года определяются метастазы в регионарные лимфатические узлы, в связи с чем их исследование с целью обнаружения опухолевых клеток позволяет определить стадию и прогноз заболевания и подобрать оптимальную схему лечения, так как даже при минимальном метастатическом поражении регионарных лимфоузлов прогноз при меланоме значительно ухудшается.

Лимфосцинтиграфия — радиоизотопная визуализация путей лимфооттока от меланомы, является стандартной диагностической процедурой, позволяющей определить местонахождение сторожевого лимфатического узла (СЛУ) — первого узла, фильтрующего афферентную лимфу от опухоли. Гистологическое исследование СЛУ после его селективной биопсии,

является надежным методом обнаружения микрометастазов в регионарных лимфатических узлах. Биопсия СЛУ также позволяет отказаться от выполнения травматичных профилактических лимфодиссекций, нарушающих естественную циркуляцию лимфы и увеличивающих риск локальной диссеминации.

К основным факторам метастазирования меланомы относятся глубина прорастания по Breslow, уровень инвазии по Clark, наличие изъязвлений, высокая митотическая активность, наличие микро- и макрометастазов в регионарных лимфоузлах, наличие отдаленных метастазов.

Прогностическими факторами для появления метастазов при «тонких» меланомах (< 1мм) являются толщина опухоли по Breslow > 0,75 мм, уровень инвазии по Clark IV—V, изъязвление, молодой возраст, митотический индекс > 0, отсутствие опухоли-инфильтрирующих лимфоцитов, мужской пол, регрессия первичной опухоли.

Ранняя клиническая диагностика первичной меланомы кожи преимущественно основывается на правиле ABCDE. Данная английская аббревиатура расшифровывается как асимметрия пигментного пятна, неровность его границ, изменение окраски, диаметр более 6 мм и его возвышение.

Затем проводится дерматоскопическое исследование пигментного образования, во время которого оцениваются его размер, асимметрия, края, цвет и структура. При обнаружении признаков атипичности проводится радикальное хирургическое иссечение первичной опухоли в пределах здоровой ткани. Для меланомы *in situ* адекватным является отступ 0,5–1,0 см, при предполагаемой толщине опухоли по Breslow до 1,0 мм отступ составляет 1,0 см, при толщине опухоли по Breslow 1–4 мм — 2,0 см. При первичных опухолях с выраженной инвазией более 4 мм по Breslow может быть рекомендован отступ > 2 см.

В зависимости от результатов гистологического исследования определяется дальнейшая тактика лечения. При Breslow < 0,75 мм, Clark I и нормальной митотической активности рекомендованы ежегодные физикальные осмотры с тщательной оценкой состояния кожных покровов. При Breslow > 0,75 мм даже при нормальной митотической активности рекомендована

биопсия СЛУ. При Breslow < 0,75 вероятность микрометастазов менее 1%, но при Clark III–V и митотической активности > 1 также показана биопсия СЛУ.

Для определения СЛУ проводится лимфосцинтиграфия, которая помогает идентифицировать и точно определить локализацию всех регионарных лимфатических бассейнов, в которые осуществляется лимфоотток от первичной опухоли, включая лимфатические бассейны с нестандартным месторасположением.

Биопсию СЛУ не проводят при подтвержденных другими методами метастазах. Также не проводят при изначально широкой экцизии первичной опухоли, так как при этом может измениться лимфоотток от опухоли.

Процедура лимфосцинтиграфии заключается во внутрикожном введении вокруг опухоли или послеоперационного рубца на расстоянии 1,5–2,0 см от него радиофармпрепарата (РФП), который представ-

ляет собой нанокolloид метастабильного технеция-99 (рис. 1). Частицы РФП, попадая внутрь кожи, вместе с током лимфы достигают СЛУ. В 75% случаев лимфоотток происходит в одну группу лимфоузлов. В 25% случаев — в 2 и более группы, что чаще всего наблюдается при локализации первичной опухоли на голове или туловище. При локализации меланомы на дистальных отделах конечностей в 9% случаев СЛУ могут обнаруживаться в подколенных и кубитальных областях. Для исключения получения ложноотрицательных результатов в этих областях делается симметричное введение РФП. Через 20–60 минут проводится скintiграфическое исследование на гамма-камере для первичного поиска пути лимфооттока (рис. 2), затем делается разметка на коже с помощью гамма-зонда для поиска СЛУ (рис. 3). При возникновении сложностей с определением точной локализации СЛУ проводятся однофотонная эмиссионная компьютерная томография и низкодозная компьютерная томография (ОФЭКТ/КТ): схему распределения препарата топографически соотносят с анатомическими изображениями. Исходя из разметок на коже, выполняются надрезы, хирург-онколог при помощи гамма-зонда находит СЛУ, селективно удаляет его (рис. 4) и проводит ревизионную радиометрию операционного поля. Удаленный лимфоузел отдается на гистологическое исследование.



### **ЛИМФОСЦИНТИГРАФИЯ И ПОСЛЕДУЮЩАЯ СЕЛЕКТИВНАЯ БИОПСИЯ СЛУ ЗАМЕНЯЕТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЮ И СТАНОВИТСЯ СТАНДАРТНОЙ ПРОЦЕДУРОЙ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ.**

При отрицательных данных гистологического исследования СЛУ можно говорить об отсутствии метастазов в других ЛУ, и, следовательно, необходимость в профилактической лимфаденэктомии отпадает, так как вероятность рецидива крайне низка. Пациентам рекомендовано наблюдение и проведение ультразвукового исследования в области лимфооттока. Время дожития у пациентов после биопсии СЛУ с отрицательным гистологическим результатом не отличается от времени дожития у пациентов с профилактической лимфаденэктомией.

При обнаружении микрометастазов в СЛУ рекомендована расширенная лимфаденодиссекция и подбор системной терапии.

При Breslow > 4 мм, Clark > II, при наличии изъязвлений и митотическом индексе > 2 высока вероятность обнаружения не только регионарных метастазов, но и отдаленных гематогенных. В таком случае рекомендовано проведение ПЭТ-КТ с 18F-ФДГ (рис. 5), это

исследование имеет большую чувствительность и специфичность, чем КТ всего тела. Однако даже при отсутствии отдаленных метастазов по результатам ПЭТ-КТ остается необходимым проведение биопсии СЛУ для исключения микрометастазов в регионарных лимфатических узлах. При обнаружении отдаленных метастазов принимается решение о подборе системной терапии.

После биопсии СЛУ частота развития рецидивов заболевания в зоне регионарных лимфатических узлов составляет 2–4% при минимальных осложнениях данного вмешательства. Таким образом, лимфосцинтиграфия и последующая селективная биопсия СЛУ заменяет профилактическую лимфаденэктомию и становится стандартной процедурой для определения стадии заболевания. Биопсия СЛУ является минимально травматичной и эффективной процедурой в определении распространенности меланомы.

Рис. 1. Введение РФП на расстоянии 1,5–2 см от опухоли или послеоперационного рубца

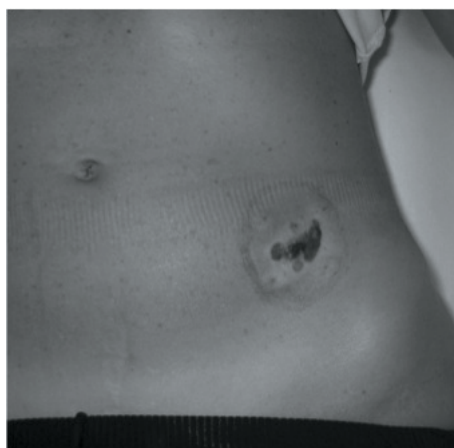


Рис. 2. Визуализация на гамма-камере, ОФЭКТ/КТ

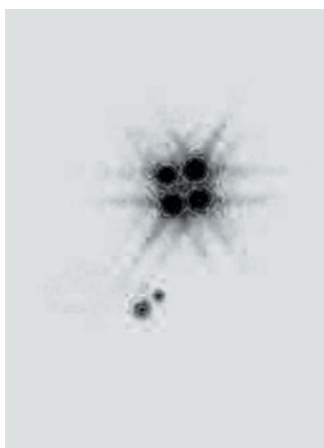


Рис. 5. При ПЭТ-КТ вводится 300–400 МБк F-18 FDG и через час производится сканирование всего тела от макушки до пальцев ног

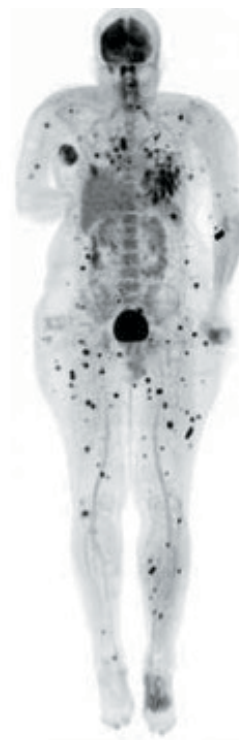


Рис. 3. Разметка на коже под контролем гамма-зонда



Рис. 4. Селективная биопсия сторожевого лимфатического узла



# ПЕРВЫЙ СРЕДИ РАВНЫХ

В последнее время с высоких трибун активно продвигается идея использования потенциала частного бизнеса для решения задач по обеспечению граждан медицинскими услугами. Негосударственные клиники все активнее включаются в работу системы оказания медпомощи в рамках ОМС. Могут поделиться частные клиники и управленческими, организационными ноу-хау. В области оказания помощи онкологическим больным уникальный опыт наработан специалистами Европейского медицинского центра: недавно открывшийся на базе многопрофильной клиники ПЭТ-центр стал своеобразным завершающим звеном в полном цикле диагностики и лечения онкологических заболеваний в медучреждении. Не удивительно, что медцентр стал клинической базой для обучения студентов, ординаторов и врачей из ведущих вузов Москвы.

## Полный цикл

Многопрофильный медцентр был первой частной клиникой в России, получившей лицензию на оказание онкологической помощи. Пять лет назад, когда все только начиналось, многие специалисты были настроены скептически, полагая, что пациенты не будут платить за частную онкологию, ведь эту же помощь можно получить бесплатно в государственных медучреждениях. Однако по прошествии времени стало очевидно — спрос на помощь частных специалистов в этом сегменте довольно высок. Причем люди готовы платить не только за более высокий сервис, но и за качество самого лечения.

— Мы начали с нескольких пациентов, но их число быстро росло, — рассказывает руководитель Клиники онкологии и гематологии ЕМС Юлия Мандельблат. — Поначалу мы ограничивались проведением химиотерапии. Однако значительному числу

обращавшихся к нам пациентов нужно было и проведение лучевой. Так как клиника не обладала соответствующими возможностями, мы направляли таких пациентов в государственные учреждения. Но в связи с высокой загруженностью их мощностей очень часто отдельно взятому больному приходилось прерывать лечение.

Эта ситуация заставила руководство клиники задуматься об организации на ее базе полноценной службы лучевой диагностики. За помощью в этом деле решили обратиться к специалисту, знакомому с европейским опытом работы такой службы. — Я начал здесь работать с декабря 2011 года. Когда я приехал сюда в 2011 году и увидел рентгеновское отделение, у меня пошел мороз по коже. К сожалению, работавших тогда людей пришлось менять. Причем не только из-за недостатка знаний современных подходов в лучевой диагностике, но и из-за менталитета людей, — рассказывает о становлении службы заместитель медицинского директора по вопросам организации работы диагностических отделений ЕМС Евгений Либсон.

Врач-рентгенолог (специалист по пункционным биопсиям под контролем КТ), член Израильского и Североамериканского обществ радиологов, Американского общества рентгеновских исследований, Общества по визуализации молочной железы, Европейской группы по скринингу рака молочной железы, Международного общества по радиодиагностике раковых заболеваний, он знает, о чем говорит:

— Правильная диагностика — залог успешного лечения. Можно быть самым замечательным онкологом в мире, но, не поставив правильный диагноз, не вылечишь пациента. У людей, с которыми я работал на первых порах, не было этого понимания. Надо было создавать новое отделение, набирать молодых врачей и обучать их.

Евгений Либсон приехал в Москву из зарубежной клиники, где был реализован полный замкнутый круг ведения пациента от диагностики до лечения.

— Было очевидно, что этот же подход необходимо применить и здесь. Мы начали внедрять уже наработанные зарубежными коллегами программы, чтобы заполнить лакуны в системе оказания медпомощи и создать полноценный многопрофильный центр. Необходимо было сконцентрировать под одной крышей все службы для онкобольного. Пациент пришел, прошел диагностику, причем за очень короткий срок и в амбулаторном режиме.

## На одном языке

Ставка была сделана на реализацию так называемого междисциплинарного подхода при ведении пациентов.

— По поводу каждого пациента регулярно собирается группа разнопрофильных специалистов для обсуждения всех аспектов диагностирования и терапии заболевания, — продолжает Юлия Мандельблат. — Узкие специалисты за редким исключением имеют специализацию в онкологии: онкохирургии, если нужны урологические онкохирурги, гинекологические онкохирурги, колоректальные онкохирурги. Помимо этого в обсуждении и ведении пациента в обязательном порядке принимают участие терапевт, специалисты диагностической службы. Таким образом, мы можем рассмотреть каждый случай со всех сторон, «прокрутить» пациента на 360 градусов.

Важной особенностью такого подхода считается повышение контроля правильности принимаемых в ходе лечения решений. В ходе обсуждения выбирается оптимальный вид терапии и алгоритм ведения пациента. Собственно, такой подход не новость, во многих зарубежных клиниках и отечественных многопрофильных стационарах он уже применяется. И не только онкологического профиля. Неслучайно в Москве

взят курс на концентрацию ресурсов в крупных стационарах, с тем чтобы в случае необходимости пациент мог получить помощь от специалистов различных профилей. Однако в области лечения онкологических заболеваний мультидисциплинарный подход особенно актуален из-за сложности и многогранности патологии. И в этом случае важно рассматривать мультидисциплинарность не как передовую идею, а трансформировать ее в методику.

— Нередко, когда говорят о мультидисциплинарном подходе в других клиниках, речь может идти об обсуждении пациента в режиме «частных» консультаций одного специалиста с другим. Встретились в коридоре или в кабинете и посоветовались. Это не совсем то, что практикуем мы, — подчеркивает Юлия Мандельблат. — Для нас мультидисциплинарный подход — четко разработанная и неукоснительно соблюдаемая методика. Обсуждения проводятся в обязательном порядке и регулярно. Все специалисты, принимающие в них участие, располагают одной и той же исходной информацией.

Итоговые решения принимаются группой специалистов максимально взвешенно, и каждое из них подробно обсуждается.

— Мультидисциплинарный подход — это не только обмен мнениями, а возможность получить согласие коллег на выбранный подход, — добавляет Евгений Либсон. — Мы выбираем наилучший путь для пациента. Обсуждение не всегда гладкое, со спорами, но всегда находим результат. Это собрание людей, которым пациент ценен, и они за него могут скрестить мечи, спорить не один час.

Из сказанного очевидно, что в основе реализации такого подхода лежит слаженная работа команды специалистов.

— Нам важна команда, в которой есть взаимопонимание, которая работает по похожим принципам. Это не значит, что мы безусловно и во всем соглашаемся друг с другом, споры идут весьма жаркие, — замечает Юлия, — но дискуссия всегда ограничена рамками постулатов и подходов доказательной медицины. Мы говорим на одном языке.

## **Замыкая круг**

Однако команда специалистов и правильный методологический подход не единственное необходимое условие оказания качественной медпомощи онкобольным. Неотъемлемая часть — современное оборудование. И одним из ключевых звеньев в системе оказания медпомощи стал ПЭТ-центр.

— Пришел сюда в начале прошлого года и был приятно удивлен. По роду своей деятельности на своей предыдущей работе объездил всю страну и иногда терял надежду, что существует место, где действительно реализуется мультидисциплинарный подход, — рассказывает заведующий отделением радионуклидной диагностики ЕМС, врач-радиолог Максим Смолярчук. — Обычно между специалистами существует конкуренция за пациента. При этом качественная диагностика может полностью поменять ход лечения. Радионуклидная диагностика как раз относится к таковой. В международном врачебном сообществе ее сейчас называют молекулярной визуализацией. Даже многие специалисты уверены в том, что главное найти опухоль, однако это совсем не так. Важный, если не ключевой этап, — стадирование, когда специалист может видеть локализацию опухоли, наличие и локализацию метастазов. ПЭТ-сканирование — оптимальный метод для оценки хода лечения, для оценки рецидивов.

Конечно, ПЭТ-центр ЕМС не первый в стране и столице. В Москве работают два государственных ПЭТ-центра: в Российском онкологическом научном центре им. Н.Н. Блохина и в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева.

Всего же в России функционируют 12 ПЭТ. Однако это единственный частный ПЭТ-центр с собственным циклотроном и радиохимической лабораторией. Более того, он один из немногих с собственным производством диагностических препаратов. — Наше преимущество в том, что у нас собственное производство радионуклидных препаратов. Мы планируем первыми выйти на рынок их продажи, — замечает Максим Смолярчук.

Оборудование центра под стать решаемым задачам. Линейный ускоритель, по утверждению главного консультанта отделения лучевой терапии, члена Европейского общества медицинской онкологии (ESMO, Американского общества клинической онкологии (ASCO), Американского общества терапевтической радиологии и онкологии (ASTRO) и Израильского общества клинической онкологии и лучевой терапии (ISCORT), радиотерапевта Нидаля Салима, является основным элементом самой эффективной на сегодняшний день технологии лучевого лечения онкологических заболеваний.

Рис. 1. Трехмерное изображение опухоли и органов риска

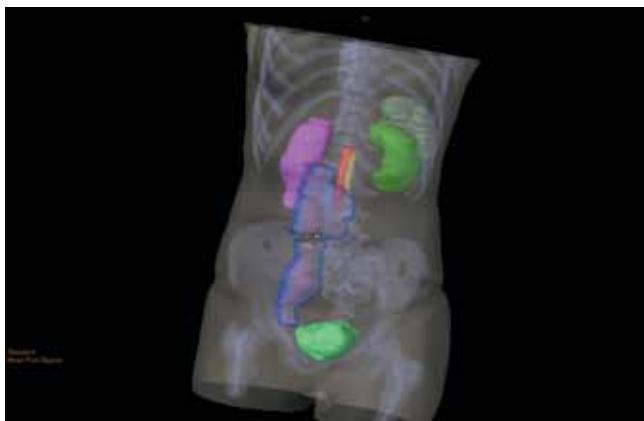
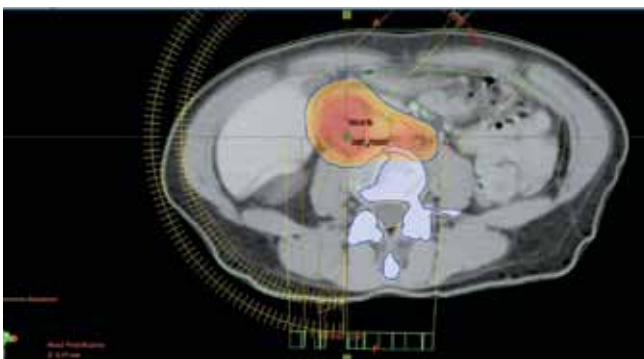


Рис. 2. Область облучения и органы риска



Зеленая линия — тонкая кишка, розовая линия — правая почка, синяя линия — PTV (запланированный объем облучения), красная линия — GTV (объем опухоли). На изображении видно, что 120% максимум дозы полностью сконцентрирован на

GTV, а 98% предписанной дозы полностью покрывает запланированный объем облучения (PTV), при этом органы риска не попадают в зону лечебной дозы.

— Аппарат позволяет воспроизводить современные медицинские технологии: лучевую терапию под визуальным контролем (IGRT), модулированную по интенсивности лучевой терапии (IMRT), RapidArc и Gated RapidArc, — рассказывает Нидаль Салим. — Все они позволяют точно облучать зону опухоли, следуя ее контурам. Аппарат также дает возможность проведения стереотаксической радиохирургии, при которой мощное однократное излучение используется как хирургический нож.

Основной же плюс для пациента — сокращение количества сеансов и возможность воздействия на очаги небольшого размера. Оборудование центра позволяет проводить лучевую терапию за один сеанс (стереотаксическая радиохирургия).

— Эта технология в корне меняет взгляд на онкологическое лечение больных, ранее считавшихся безнадежными. В ее применении почти нет ограничений. Лучевое лечение проводится за несколько или даже за один день, госпитализация в стационар при этом не требуются, — подчеркивает Нидаль Салим.

Отрадно и то, что опыт работающих в центре специалистов транслируется на сколько это возможно широкую аудиторию специалистов.

— У нас есть образовательное учреждение, где проходят образовательные циклы и курсы, лекции по разным специальностям медицины, в том числе онкологии, диагностике онкозаболеваний, — рассказывает Евгений Либсон.

Есть в онкологическом центре EMC и ординатура.

— Нужно заниматься воспитательным процессом с молодыми врачами. Готовить новое поколение русских врачей. И мы это можем делать, — подчеркивает профессор.

Евгений Либсон мечтает даже о создании онкологического института. И судя по тому, что уже удалось сделать, эта мечта осуществляется. На базе Европейского медицинского центра создана Медицинская школа, обладающая лицензией на постдипломное профессиональное образование, в которой в 2014–2015 годах прошли обучение более 2000 врачей по 18 различным направлениям клинической медицины. Проводятся в медцентре и клинические испытания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, функционирует этический комитет, работают аспиранты и докторанты из ведущих вузов России.

## ПОДРОБНОСТИ



### Единая команда

Понятно, что даже при наличии самого современного оборудования, его использование без высококвалифицированного персонала малоэффективно. Проблему кадров пришлось решать и EMC. В ходе формирования команды специалистов центра стояла задача не только найти специалистов, готовых обучаться за рубежом, вдали от своих родных в течение длительного промежутка времени, но и совершенствовать навыки уже на рабочем месте. Команду собирали на протяжении нескольких лет. Причем преимущественно из врачей двойных специальностей: онкологи-радиотерапевты, рентгенологи-радиологи, радиологи-онкологи, медицинские физики и рентгенолаборанты. И поставленная задача была решена. Сегодня в центре работают высококвалифицированные специалисты, понимающие друг друга, — единая команда. Все специалисты руководствуются международными протоколами и схемами лечения, принятыми в ведущих клиниках Израиля, Европы и США.

Сегодня в Центре лучевой терапии под руководством Нидаля Салима, сертифицированного Европейским советом по медицинской онкологии, Израильским советом по медицинской онкологии и радиотерапии, работают 30 сотрудников, которые в круглосуточном режиме оказывают помощь 25–30 пациентам ежедневно.

# ИННОВАЦИИ В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ: ОГРАНИЧЕНИЯ ИЛИ ВОЗМОЖНОСТИ?

В лабораторных службах московского городского здравоохранения (клинико-лабораторная и патологоанатомическая) за несколько последних лет произошли существенные изменения, включающие централизацию и оснащение самым современным оборудованием центральных лабораторий. Клиницисты и пациенты получили доступ к высокотехнологичной лабораторной диагностике. Какие возможности для инноваций это открывает?

**Артем БОРБАТ**, руководитель направления «онкопатология» отдела маркетинга ООО «Рош Диагностика Рус», врач-патологоанатом, кандидат медицинских наук

**Сергей ЛИЦУК**, заведующий патоморфологической лабораторией EMC, врач-патологоанатом

«Инновационность» звучит довольно широко и неконкретно и, возможно, поэтому воспринимается профессиональным сообществом со значительной долей скепсиса, а нередко и с насмешкой. Однако инновационный подход — это прежде всего решение задачи нетривиальным способом. Централизованная лаборатория с современным оборудованием и лабораторной информационной системой — это реалии московского здравоохранения. Можно продолжать наращивать финансирование, но это не решит задачи, поскольку ресурс традиционного подхода исчерпан. Лабораторные службы сталкиваются с необходимостью решения тех же проблем,



**Централизованная лаборатория с современным оборудованием и лабораторной информационной системой — реалии московского здравоохранения**

что и система здравоохранения в целом: лимитирование ресурсов, с одной стороны, и обеспечение безопасности (эффективность, достаточность, целесообразность, полноценность) при медицинских вмешательствах — с другой. В этой ситуации работают детальный анализ и оптимизация существующих процессов. Однако оптимизация в каждом конкретном учреждении с учетом его специфики и локальных особенностей делает ее уникальной, а потому и инновационной.

Напомним, что ограниченность в ресурсах актуальна не только для российского здравоохранения, но и для большинства других стран. Снижение расходной части, к сожалению, очень часто ассоциируется с «урезанием» бюджетов и сокращением штатов. Однако решение задачи сохранения качества медицинской помощи и комфортных условий труда для сотрудников в условиях снижения расходов отнюдь не тривиальна. Внутри самой лаборатории можно выделить значительное количество дублирующих, а поэтому лишних действий: даже расположение оборудования в помещении оказывает значительное влияние на «путь» материала, количество израсходованных материалов и операций, выполняемых медицинским техником, а значит, и на временные и человеческие ресурсы. Детальный анализ и выработка наименее затратных процессов внутри лаборатории — задачи лабораторного консалтинга — относительно новой отрасли знаний, цель которой сводится к экономии ресурсов в конкретной лаборатории с учетом ее потребностей и возможностей. К сожалению, пока на такого рода возможности оптимизации в большей степени обращают внимание частные клиники.

Широкие возможности открываются при оптимизации лабораторной диагностики за рамками самой лаборатории. Многие производители медицинского оборудования не ограничиваются высокопроизводительными системами и приближают лабораторные методы к пациенту, т.е. предлагают портативные анализаторы, которые нередко оказываются дешевле централизованной лаборатории. Простой пример — использование портативных коагулометров. Казалось бы, это повышает расходы на дополнительное оборудование, но на самом деле — за счет более широкого

охвата терапии непрямыми антикоагулянтами приводит к снижению количества посещений врача и осложнений, а следовательно, средних расходов на пациента (Хруслова М.В., Лобачев В.И., Уханова И.Ю. и др. Оценка экономической эффективности системы централизованного мониторинга пациентов, принимающих непрямые антикоагулянты. Поликлиника. 2014. № 4). А определение уровня сердечных тропонинов (как централизованное, так и «у постели больного») при диагностике острого коронарного синдрома позволяет снизить количество госпитализаций и сократить время пребывания на койке (Берестовская В.С., Ларичева Е.С. Выбор стратегии организации лабораторных исследований при кардиологических катастрофах. Журнал международной медицины. Кардиология. 2013. № 2 (3).)

Другим важным и до сих пор не освоенным направлением является безопасность медицинского вмешательства. Между тем работа в этом направлении для Всемирной организации здравоохранения является приоритетной.

В рамках диагностических лабораторных служб эту задачу можно было бы охарактеризовать как «обеспечение уверенности в лабораторном диагнозе» или «лабораторная диагностика стабильно высокого качества».



**НАЛАЖЕННЫЕ ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ  
ЛАБОРАТОРНЫМИ СЛУЖБАМИ И КЛИНИЦИСТАМИ,  
МИНИМУМ УТОЧНЯЮЩИХ ОБРАЩЕНИЙ И  
ПРОСТОТА КОММУНИКАЦИИ — МЕРЫ, РЕАЛЬНО  
ПОВЫШАЮЩИЕ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
И СНИЖАЮЩИЕ РИСК НЕПРАВИЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ.**

Традиционные инструменты для решения данной задачи — включающие увеличение расходов на закупку более дорогого оборудования — исчерпаны. Однако это лишь первый шаг на пути улучшений. По мнению экспертов ВОЗ, одним из ключей к решению данной задачи является организация эффективной коммуникации между различными медицинскими специалистами и подразделениями. Клиническому врачу иногда настолько непросто получить разъяснения по тем или иным параметрам лабораторного исследования, что он предпочитает проигнорировать отклонения в показателях, списав их на ошибку в лаборатории.

Специфичность сложившихся связей в каждом конкретном учреждении — также точка приложения усилий применения инновационных управленческих решений.

Налаженные отношения между лабораторными службами и клиницистами, минимум уточняющих обращений и простота коммуникации — меры, реально повышающие качество медицинской помощи и снижающие риск неправильного лечения. Технически это может быть реализовано через ознакомительные и образовательные семинары для врачей клинических специальностей, единый дежурный телефон для получения информации, цветные метки при случайно обнаруженных, но корректных результатах и т.д.

Ограниченность в ресурсах и безопасность медицинского вмешательства — основные вызовы современного здравоохранения, над решением которых бьются во всем мире. Инновационные подходы для решения этих проблем не могут быть исключительно спускаемыми сверху. Они должны разрабатываться и реализовываться непосредственно на местах.

В практическом здравоохранении выработка и реализация таких решений в поле ответственности медиков: заведующих отделениями и руководителей учреждений, поскольку только они знают специфику своей организации и нюансы «производственного» процесса: от времени забора и доставки материала в централизованную лабораторию до нюансов обновления информации в электронной истории болезни, от бюджетирования расходов лабораторной службы до детализации расходов на диагностику и лечение конкретной нозологической формы. Только специалисты на местах могут обеспечить городское здравоохранение реальными инновациями.



**ДЕПАРТАМЕНТ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ГОРОДА МОСКВЫ**