

ДЕКАБРЬ
2016

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА

СПЕЦИАЛЬНЫЙ
ВЫПУСК #2



ЗДОРОВЬЕ МЕГАПОЛИСА: МЕДИЦИНА НА СЛУЖБЕ У ГОРОДА

12

**СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ
ПОМОЩЬ**

Состояние
и перспективы развития
специализированной помощи

55

**С ЗАБОТОЙ
О ПОДРАСТАЮЩЕМ
ПОКОЛЕНИИ**

Оказание медицинской
помощи детям
и подросткам

80

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ

Информационные
технологии в системе
здравоохранения города

Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета

Печатников Леонид Михайлович, заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

Редакционный совет

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

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

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

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

Бордин Дмитрий Станиславович, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы

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

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

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

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

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

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

Зеленский Владимир Анатольевич, директор МГФОМС

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

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

здравоохранения города Москвы

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

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

Департамента здравоохранения города Москвы

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

Мухтасарова Татьяна Радиковна, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

Назарова Ирина Александровна, председатель Совета главных врачей города Москвы

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

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

Плутницкий Андрей Николаевич, врио руководителя Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области

Погонин Алексей Владимирович, заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

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

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

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

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

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

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

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**

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

Научный редактор: **Наталья Николаевна Камынина**

Шеф-редактор: **Ирина Георгиевна Красивская**

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов публикуемых материалов.

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

Учредитель: Департамент здравоохранения города Москвы

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

Регистрационный номер ПИ № ФС 77 - 57984

ОТ РЕДАКЦИИ

Обращение заместителя мэра Москвы
по вопросам социального развития Леонида ПЕЧАТНИКОВА _____ ■ 4

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

**Глобальные рекомендации по физической
активности для лиц 65 лет и старше _____ ■ 5**

ТЕХНОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ

**Эпидемиологические индикаторы
эффективности противотуберкулезной работы
в городе Москве в 2015–2016 гг. _____ ■ 10**

**Внедрение Стандарта качества управления ресурсами
в государственных учреждениях
Департамента здравоохранения города Москвы _____ ■ 18**

**Международная классификация болезней
на современном этапе развития здравоохранения _____ ■ 25**

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Работа на перспективу _____ ■ 29

**О состоянии и перспективах развития
гастроэнтерологической службы в Москве _____ ■ 33**

**Нейрохирургическая служба
Департамента здравоохранения города Москвы _____ ■ 41**

Современный подход

Оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом _____ **48**

С ЗАБОТОЙ О ПОДРАСТАЮЩЕМ ПОКОЛЕНИИ**Оказание медицинской помощи детям и подросткам****по профилю «педиатрия» в медицинских организациях**

Департамента здравоохранения города Москвы _____ **53**

Система оказания гинекологической

медицинской помощи детям и подросткам в Москве _____ **64**

Детская гастроэнтерология в Москве _____ **69**

Достижения и перспективы**детской неврологической службы**

в городе Москве _____ **75**

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ

Электронное здравоохранение _____ **81**

ЕМИАС на службе здоровья _____ **84**

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ**Оригинальная методика лечения**

стойкой дисфункции слуховой трубы _____ **90**

Выстроить эффективно работающую систему оказания помощи непросто на любом уровне: от клиники до страны. Взаимопроникновение постоянно обновляющихся медицинских знаний, непрерывно совершенствующейся клинической практики и разнообразных управленческих подходов делает систему здравоохранения крайне чувствительным и очень непростым в управлении механизмом. В случае же с охраной здоровья и организацией оказания медицинской помощи в таком большом мегаполисе, каким является Москва, задача усложняется еще больше. Медицина и здравоохранение тесно переплетены с другими составляющим городского организма, влияние которых необходимо учитывать. В Москве здравоохранение — одно из приоритетных направлений работы правительства города, совершенствованию работы системы оказания медицинской помощи жителям и гостям столицы уделяется самое пристальное внимание. И это дает свои плоды. За последнее время удалось перестроить и усовершенствовать работу многих медицинских служб города, повысив уровень доступности и качества оказываемой помощи. Показательные примеры: создание московской «инфарктной сети», Единой медицинской информационной автоматизированной системы, преобразования в поликлиническом звене, создание сети крупных многопрофильных стационаров, централизация лабораторной службы. Но главное, что работа эта не заканчивается. На уровне Департамента здравоохранения города Москвы и правительства Москвы прорабатываются и готовятся к реализации проекты по созданию «инсультной сети», реструктуризации психиатрической службы, совершенствованию оказания медицинской помощи больным туберкулезом и многие другие.

Жить в крупном мегаполисе непросто, он ставит непростые задачи перед каждым. В том числе и перед медиками. Но тем интереснее их решать. Решать, ни на минуту не забывая о главной цели — сохранении здоровья пациента, здоровья мегаполиса.



Леонид ПЕЧАТНИКОВ,
заместитель мэра
Москвы по вопросам
социального развития

Глобальные рекомендации по физической активности для лиц 65 лет и старше

Недостаточная физическая активность считается четвертым из важнейших факторов риска, которые являются причинами смерти в глобальном масштабе. Во многих странах растет физическая инертность (недостаточная физическая активность), что приводит к развитию неинфекционных заболеваний (НИЗ) и ухудшению здоровья населения в мире в целом.

Подготовлено специалистами ГБУЗ «НИИ ОЗММ ДЭМ»

Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья прежде всего ориентированы на профилактику неинфекционных заболеваний с помощью пропаганды физической активности среди населения. Для взрослых людей возрастной группы 65 лет и старше физическая активность предполагает оздоровительные упражнения или занятия в период досуга, подвижные виды активности (например, велосипед или пешие прогулки), профессиональной деятельности (если человек продолжает работать), домашние дела, игры, состязания, спортивные или плановые занятия в рамках ежедневной деятельности, семьи и общины. В целях укрепления сердечно-легочной системы, костно-мышечных тканей, функционального состояния и снижения риска неинфекционных заболеваний, депрессии и нарушения когнитивных функций рекомендуется определенная практика физической активности.

В целом преимущества выполнения вышеуказанных рекомендаций для данной возрастной группы, включая сам факт физических упражнений, превосходят недостатки. При рекомендуемом уровне физической активности средней интенсивности в объеме 150 минут в неделю практически не бывает травм опорно-двигательного аппарата.

При подходе, ориентированном на разные группы населения, представляется целесообразным начинать с занятий средней интенсивности с постепенным увеличением нагрузок до более высоких уровней физической активности.

Во многих странах отмечено снижение уровней физической активности, что негативно сказывается на общем состоянии здоровья людей во всем мире и росте таких неинфекционных заболеваний, как сердечно-сосудистые болезни, диабет и рак, а также их факторов риска, включая повышенное кровяное давление, повышенное содержание сахара в крови и лишний вес. По оценкам, физическая инертность является основной причиной порядка 21–25% случаев заболеваний раком молочной железы и толстой кишки, 27% случаев заболевания диабетом и около 30% случаев заболевания ишемической болезнью сердца. Кроме того, неинфекционные заболевания составляют почти половину бремени всех заболеваний в мире. По оценкам, в настоящее время 6 из 10 случаев смерти связаны с неинфекционными заболеваниями.

В рекомендациях, представленных в Глобальных рекомендациях по физической активности для здоровья, были использованы концепции частоты,

Определения концепций, использованных в рекомендуемых уровнях физической активности

Тип физической активности (указать какой тип). Способ участия в физической активности. Типы физической активности могут иметь различные формы: аэробика, силовые упражнения, упражнения на гибкость, равновесие.

Продолжительность (сколько). Промежуток времени, в течение которого выполняются упражнения. Продолжительность, как правило, выражается в минутах.

Частота (как часто). Число занятий физической активностью или упражнениями. Частота, как правило, выражается в сеансах, сериях или количестве занятий в неделю.

Интенсивность (с какой нагрузкой человек занимается физической активностью). Интенсивность относится к степени активности, с какой человек выполняет упражнения, или уровень усилий, требуемый для выполнения упражнений.

Объем (общий объем). Занятия аэробикой могут характеризоваться взаимодействием между интенсивностью, частотой, продолжительностью и длительностью программы. Результат взаимодействия этих характеристик определяется как объем.

Физическая активность средней интенсивности. В абсолютном выражении средняя степень интенсивности означает выполнение упражнений на уровне 3,0–5,9 раза от интенсивности покоя. По шкале индивидуальных физических возможностей, физическая активность средней интенсивности составляет 5 или 6 по десятибалльной шкале.

Физическая активность высокой интенсивности. В абсолютном выражении высокая степень интенсивности относится к выполнению упражнений на уровне 6,0 и выше от интенсивности покоя для взрослых людей и 7,0 и выше для детей и подростков. По шкале индивидуальных физических возможностей физическая активность высокой интенсивности составляет, как правило, 7 или 8 по десятибалльной шкале. Занятия аэробикой. Занятия аэробикой, также называемые упражнения на выносливость, улучшают сердечно-легочное состояние. Примеры занятий аэробикой включают ходьбу быстрым шагом, бег, езду на велосипеде, прыжки через скакалку, плавание.

продолжительности, интенсивности, типа и общего объема физической активности, необходимой для укрепления здоровья и профилактики неинфекционных заболеваний.

Эти руководящие принципы являются актуальными для всех здоровых взрослых людей в возрасте 65 лет и старше. Они также относятся к людям в этой возрастной категории с хроническими неинфекционными заболеваниями. Люди с особыми проблемами со здоровьем, например, сердечно-сосудистые заболевания и диабет, должны принимать особые меры предосторожности и обратиться за советом к врачу, прежде чем пытаться достигнуть рекомендуемых уровней физической активности для пожилых людей.

Эти рекомендации применяются ко всем пожилым людям независимо от пола, расы, этнической принадлежности или уровня доходов. Однако стратегии представления, распространения и передачи рекомендаций могут отличаться для различных групп населения в целях обеспечения наибольшей эффективности. Рекомендации могут применяться к пожилым людям с ограниченными возможностями, однако, возможно, потребуется адаптация к конкретному человеку с учетом его способностей к нагрузке и конкретных рисков или ограничений по здоровью.

Обобщенные научные данные для взрослых людей в возрасте 65 лет и старше показывают, что физически активные пожилые люди по сравнению с менее активными мужчинами и женщинами гораздо менее подвержены общим причинам смертности, ишемической болезни сердца, гипертонии, инсульту, диабету 2 типа, раку толстой кишки, раку молочной железы, более высокому уровню кардиореспираторных и мышечных состояний, имеют более правильный вес и строение тела, и структура биомаркеров является более благоприятной для предотвращения сердечно-сосудистых заболеваний, диабета 2 типа и укрепления костных тканей.

Эти преимущества были отмечены в старшей взрослой возрастной группе, при наличии или отсутствии неинфекционных заболеваний. Следовательно, взрослые люди в возрасте 65 лет и старше, ведущие малоактивный образ жизни, включая людей с неинфекционными заболеваниями, могут получить преимущества для здоровья за счет повышения уровня физической активности. Если они не могут увеличить объем физической активности до уровня, отвечающего требованиям руководящих принципов, они должны заниматься физической активностью в объеме, соответствующем их физическим возможностям и состоянию здоровья. Пожилые люди, которые в настоящее время не

выполняют рекомендации по физической активности, должны стараться постепенно увеличивать уровень физической активности, начиная с увеличения продолжительности и частоты физических занятий средней интенсивности, прежде чем переходить к физической активности высокой интенсивности. Кроме этого, убедительные доказательства свидетельствуют о том, что физическая активность связана с более высоким уровнем функционального состояния, более низким риском падений и лучшей когнитивной функцией. Согласно эмпирическим данным, взрослые люди после сорока и старше, которые регулярно занимаются физической активностью, имеют меньший риск получения функциональных или ролевых ограничений средней и высокой степени тяжести. Существуют достаточно убедительные доказательства того, что регулярная физическая активность для пожилых людей с функциональными ограничениями является безопасной и оказывает благоприятное воздействие на их функциональные возможности. Однако в настоящее время практически отсутствуют экспериментальные данные по пожилым людям с функциональными ограничениями относительно того, что физическая активность поддерживает их ролевые способности или предотвращает нетрудоспособность.

В отношении пожилых людей с проблемами двигательной активности существуют отдельные доказательства того, что регулярная физическая активность является безопасной и снижает риск падений почти на 30%. Для предотвращения падений рекомендуются упражнения на равновесие и силовые упражнения средней интенсивности, которые следует выполнять три раза

в неделю. Не доказано, что плановая физическая активность снижает риск падения для взрослых и пожилых людей.

Для пожилых людей в возрасте 65 лет и старше физическая активность включает активность в период досуга, передвижений (например, ходьба пешком или езда на велосипеде), соответствующие возрасту игры, спортивные занятия.

Руководящая группа изучила вышеназванную литературу и представила рекомендации в целях укрепления кардиореспираторной системы, костно-мышечных тканей, функционального здоровья, снижения риска развития неинфекционных заболеваний, депрессии и нарушения когнитивных функций.

Пропаганда и содействие регулярной практике физической активности для пожилых людей имеют особое значение, так как эта возрастная группа очень часто является и наименее активной. Усилия по пропаганде физической активности для пожилых людей, как правило, уделяют меньше внимания вопросу повышения объемов активности или выполнению упражнений высокой интенсивности. Однако состояние здоровья и возможности пожилых людей сильно различаются, а некоторые пожилые люди могут и регулярно выполняют большие объемы упражнений средней и высокой интенсивности.

Если человек имеет низкую способность к физической нагрузке (т.е. плохую физическую подготовленность), то интенсивность и объем активности, необходимые для достижения многих преимуществ для здоровья и улучшения физической формы, будут ниже, чем для более физически активного человека, находящегося в хорошей физической форме. Поскольку способность

Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья (возрастная группа 65 лет и старше):

1. Пожилые люди должны заниматься физической активностью средней интенсивности не менее 150 минут в неделю, или выполнять упражнения по аэробике высокой интенсивности не менее 75 минут в неделю, или эквивалентный объем физической активности средней и высокой интенсивности.
2. Упражнения по аэробике следует выполнять сериями продолжительностью не менее 10 минут.
3. Для получения дополнительных преимуществ для здоровья пожилые люди должны увеличивать упражнения аэробикой средней интенсивности до 300 минут в неделю, или выполнять занятия аэробикой высокой интенсивности до 150 минут в неделю, или эквивалентный объем физической активности средней и высокой интенсивности.
4. Пожилые люди с проблемами двигательной активности должны выполнять упражнения на равновесие и предотвращение падений 3 и более дней в неделю.
5. Силовые упражнения следует выполнять, задействуя основные группы мышц, 2 и более дней в неделю.
6. Если пожилые люди не могут выполнять рекомендуемый объем физической активности, им следует выполнять упражнения, соответствующие их возможностям и состоянию здоровья.

к физической нагрузке у взрослых людей с возрастом падает, пожилые люди, как правило, имеют более низкую способность к физической нагрузке, чем более молодые люди.

Следовательно, им необходим план упражнений с более низкой абсолютной интенсивностью и объемом занятий (но с похожими параметрами относительной интенсивности и объема), чем для более физически крепких людей, особенно если они ведут сидячий образ жизни и только начинают занятия по физической активности.

Фактические данные немедленного воздействия на биомедицинские показатели подтверждают преимущества от регулярной физической активности в течение недели (5 и более раз в неделю). Более того, это может способствовать интеграции физической активности в повседневный образ жизни, например, ходьба пешком и езда на велосипеде.

Приведенные выше рекомендации применяются к следующим состояниям здоровья: кардиореспираторная система (ишемическая болезнь сердца, сердечно-сосудистые заболевания, инсульт и гипертония), болезни обмена веществ (диабет и ожирение); костные ткани и остеопороз; рак груди и толстой кишки, предотвращение падений, депрессия и нарушение когнитивных функций.

Объем физической активности, связанный с профилактикой различных хронических неинфекционных заболеваний, имеет различные уровни нагрузки.

Хотя в настоящее время недостаточно научных данных для разработки отдельных руководящих принципов по каждому конкретному заболеванию, но их достаточно для всех отобранных результатов здравоохранительных мер.

Более высокие объемы активности (т.е. свыше 150 минут в неделю) связаны с дополнительными преимуществами для здоровья. Однако, по имеющимся научным данным, физическая активность средней интенсивности свыше 300 минут в неделю ведет к снижению пользы для здоровья и к увеличению риска травм.

Затраты на принятие этих рекомендаций являются минимальными и в основном относятся к национальной адаптации, представлению и распространению.

Реализация комплексных принципов, которая будет содействовать достижению рекомендуемых уровней физической активности, потребует дополнительного инвестирования средств.

Эти рекомендации применяются в странах с низким и средним уровнем доходов.

Однако национальным органам необходимо их адаптировать к культурно приемлемым формам своей страны,

принимая во внимание среди прочего необходимость выявления и адаптации сферы физической активности, которая является широко распространенной среди населения (например, время досуга, профессиональная деятельность или поездки на работу и домой).

В целом преимущества физически активного образа жизни и выполнения вышеприведенных рекомендаций перевешивают недостатки. Неблагоприятные явления, связанные с физической активностью, такие как скелетно-мышечные травмы, встречаются часто, но являются незначительными, особенно при физической активности средней интенсивности, как, например, ходьба пешком.

Внутренний риск неблагоприятных явлений может быть существенно снижен за счет постепенного увеличения физической нагрузки, особенно для пожилых людей, ведущих сидячий образ жизни. Постепенное увеличение физической активности, за каждым из которых следует период адаптации, связано с более низкими показателями скелетно-мышечных травм, в отличие от резкого увеличения нагрузки до аналогичного конечного уровня. Что касается неожиданных сердечных проблем, интенсивность занятий оказывает более неблагоприятное воздействие по сравнению с их частотой и продолжительностью. Выбор низкорисковой активности и консервативного подхода к выполнению упражнений может минимизировать частоту и тяжесть неблагоприятных случаев и максимально увеличить преимущества от регулярной физической активности.

Использованная литература:

1. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization, 2009.
2. The global burden of disease: 2004 update. World Health Organization, Geneva, 2008.
3. Physical Activity Guidelines Advisory Committee (PAGAC). Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008. Washington, DC, US Department of Health and Human Services, 2008.
4. Bauman A., Lewicka M., Schoppe S. The Health Benefits of Physical Activity in Developing Countries. Geneva, World Health Organization, 2005.
5. Paterson D.H., Jones G.R., Rice C.L. Ageing and physical activity: evidence to develop exercise recommendations for older adults. Applied Physiology, Nutrition and Metabolism, 2007, 32:S69–S108.
6. Paterson D., Warburton D. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity, 2009 [under review for publication].

Интересные факты о старении

✓ **Население мира быстро стареет**

За период с 2000-го по 2050 год доля населения мира в возрасте старше 60 лет удвоится примерно с 11 до 22%. Ожидается, что абсолютное число людей в возрасте 60 лет и старше возрастет за этот же период с 605 миллионов до 2 миллиардов человек.

✓ **Самые быстрые и резкие демографические изменения будут происходить в странах с низким и средним уровнем дохода**

Так, например, на то, чтобы доля населения Франции в возрасте 65 лет и старше удвоилась с 7 до 14%, ушло более 100 лет, в то время как таким странам, как Бразилия и Китай, для такого роста потребуется менее 25 лет.

✓ **В мире будет больше людей, доживающих до 80 и 90 лет, чем когда-либо ранее**

Число людей в возрасте 80 лет и старше за период с 2000-го по 2050 год возрастет почти в 4 раза до 395 миллионов человек. Никогда еще ранее в истории не было такого, как сегодня, числа людей среднего и пожилого возраста, имеющих живых родителей. Все большее число детей будет знать своих прадедушек и прабабушек и даже прапрадедушек и, особенно, прапрабабушек. В среднем женщины живут на 6–8 лет больше, чем мужчины.

✓ **Наше старение зависит от многих факторов**

Функциональный потенциал биологической системы человека возрастает в первые годы его жизни и достигает пика в раннем молодом возрасте, а затем естественным образом уменьшается. Темпы его уменьшения определяются отчасти нашим поведением и воздействием некоторых факторов на протяжении всей жизни. Эти факторы включают то, что мы употребляем в пищу, насколько мы физически активны и в какой мере мы подвергаемся воздействию факторов риска, связанных с курением, вредным потреблением алкоголя или воздействием токсических веществ.

✓ **Даже в бедных странах большинство пожилых людей умирают от неинфекционных болезней**

Они умирают от таких болезней, как сердечные заболевания, рак и диабет, а не от инфекционных и паразитарных болезней. Кроме того, пожилые люди часто

имеют одновременно несколько проблем со здоровьем, например, диабет и болезни сердца.

✓ **Во всем мире пожилые люди подвергаются риску плохого обращения**

Около 4–6% пожилых людей в развитых странах сталкиваются с какими-либо формами плохого обращения дома. Плохое обращение в учреждениях включает физическое удержание пациентов, оскорбление их достоинства (например, оставление в грязной одежде) и преднамеренное обеспечение недостаточного ухода (в результате которого появляются пролежни). Плохое обращение с пожилыми людьми может приводить к серьезным физическим травмам и длительным психологическим последствиям.

✓ **Возрастает потребность в длительном уходе**

По прогнозам, число пожилых людей, не способных более ухаживать за собой, в развивающихся странах возрастет к 2050 году в 4 раза. Многие из очень старых людей теряют способность жить независимо из-за ограниченной подвижности, немощности или других физических или умственных проблем со здоровьем. Многим из них требуется какая-либо форма длительного ухода, включая уход на дому, уход на уровне отдельных сообществ, а также проживание в домах с предоставлением частичного ухода, в домах престарелых и длительную госпитализацию.

✓ **В связи с более продолжительной жизнью во всем мире резко возрастет число людей с деменциями, такими как болезнь Альцгеймера**

Риск развития деменции резко возрастает с возрастом. По оценкам экспертов ВОЗ, 25–30% людей в возрасте 85 лет и старше имеют снижение когнитивных способностей. Пожилые люди с деменцией в странах с низким и средним уровнем дохода, как правило, не имеют доступа к недорогому длительному уходу, в котором они могут нуждаться в связи с их состоянием. Их семьи часто не получают финансовой поддержки для ухода за пожилыми родственниками в домашних условиях.

Источник: Всемирная организация здравоохранения

Эпидемиологические индикаторы эффективности противотуберкулезной работы в городе Москве в 2015-2016 гг.

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в городе Москве сегодня одна из наиболее благоприятных в Российской Федерации.

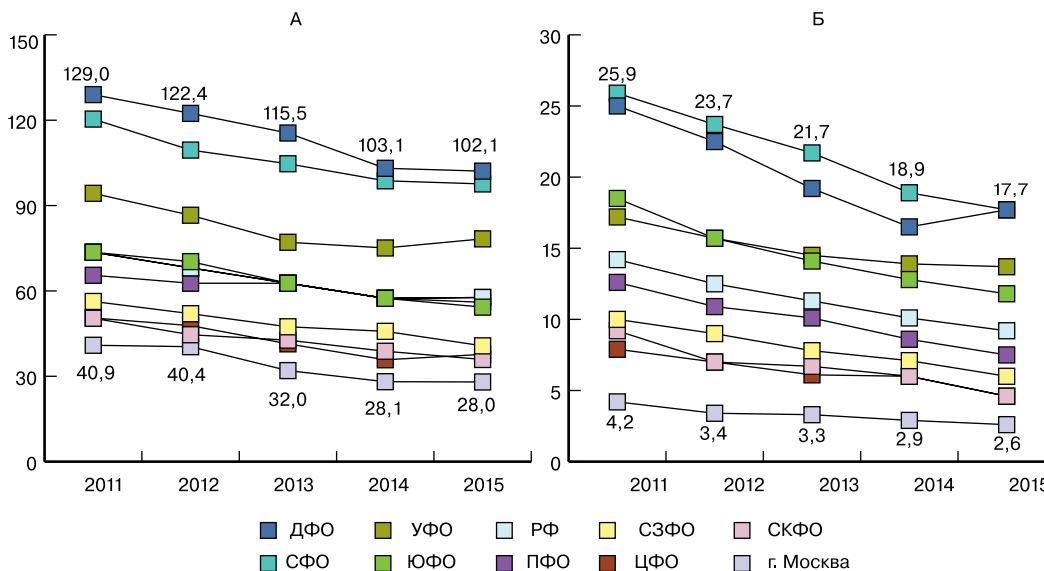
Елена БОГОРОДСКАЯ,

Директор ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗМ», главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы, профессор кафедры фтизиатрии РМАПО

Эпидемиологические показатели по туберкулезу в городе в 2–3,5 раза ниже аналогичных по Российской Федерации, причем в течение последних трех лет отмечается устойчивая тенденция к уменьшению их значений (рис. 1).

Рисунок 1. Показатели территориальной заболеваемости и смертности от туберкулеза по федеральным округам, РФ и городу Москве, на 100 тыс. населения

А) Заболеваемость туберкулезом; Б) Смертность от туберкулеза



В 2014 году показатель заболеваемости туберкулезом постоянного населения столицы был сравним со странами, находящимися в наиболее благополучной группе по классификации ВОЗ (голубая зона на рис. 2, менее 25 случаев на 100 тыс. населения), в которую входят такие страны, как Япония, Великобритания и Дания. Территориальный показатель заболеваемости соответствует второй группе достаточно благополучных по туберкулезу стран (25–49 на 100 тыс., в их числе, например, Бразилия), в то время как показатель заболеваемости туберкулезом в России имеет значение, соответствующее третьей, зеленой группе значений показателя (50–99 на 100 тыс., вместе с Белоруссией, Украиной и Литвой).

По данным 2015 г., территориальная заболеваемость туберкулезом в г. Москве составила 28,0 на 100 тыс. населения, что немного ниже значения показателя в 2014 г. (28,1), т.е. она практически не изменилась. Показатель заболеваемости туберкулезом в Москве в 2014–2015 гг. стал меньше, чем в

Лондоне (30,0). При этом абсолютное число впервые выявленных больных незначительно увеличилось (на 0,5% — 17 случаев) и составило 3430 больных (2014 г. — 3413).

Небольшой рост числа впервые выявленных больных туберкулезом в 2015 г. был отмечен за счет увеличения числа выявленных больных из непостоянных жителей столицы (на 238 пациентов или 18,3%), прежде всего — жителей иностранных государств из ближнего зарубежья (на 187, или 47,5%). Таким образом, рост произошел за счет повышения эффективности выявления заболевания среди приезжих, что связано с изменением нормативных документов, открытием миграционного центра и др. Заболеваемость и смертность от туберкулеза неравномерно распределяется по административным округам города.

Наибольшие значения показателя заболеваемости постоянного населения, как и показателя смертности от туберкулеза постоянного населения,

Рисунок 2. Показатели заболеваемости туберкулезом в городе Москве в сравнении со странами мира, 2014 г., на 100 тыс. населения

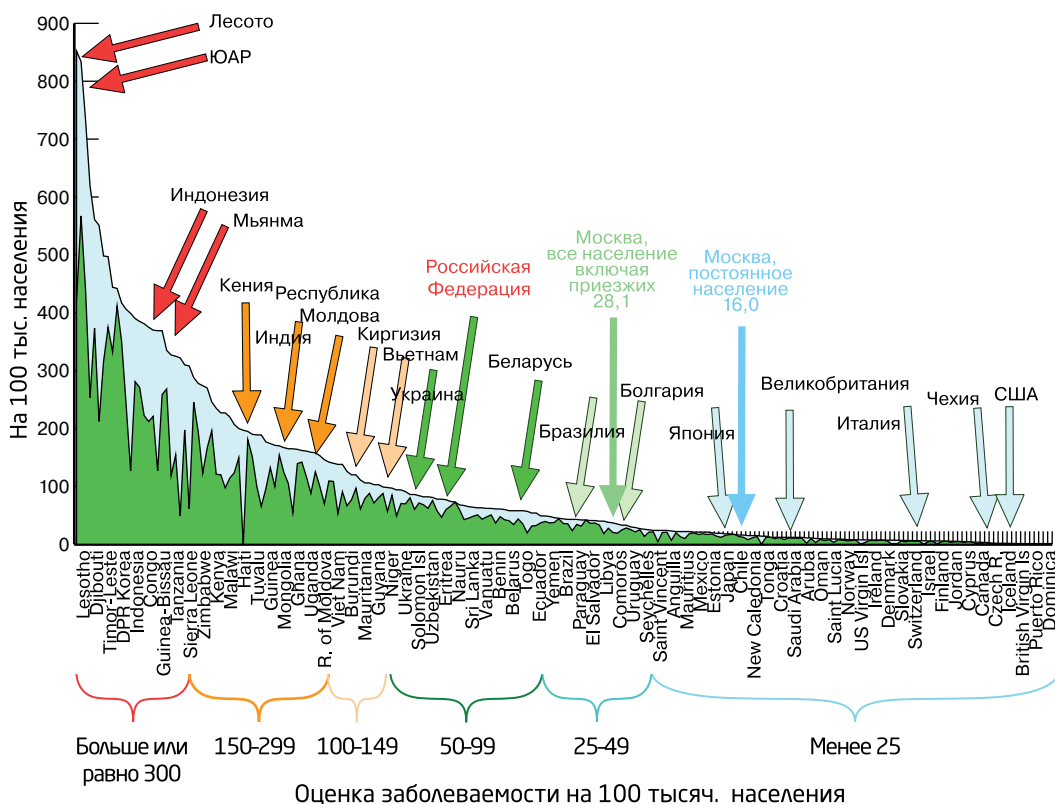
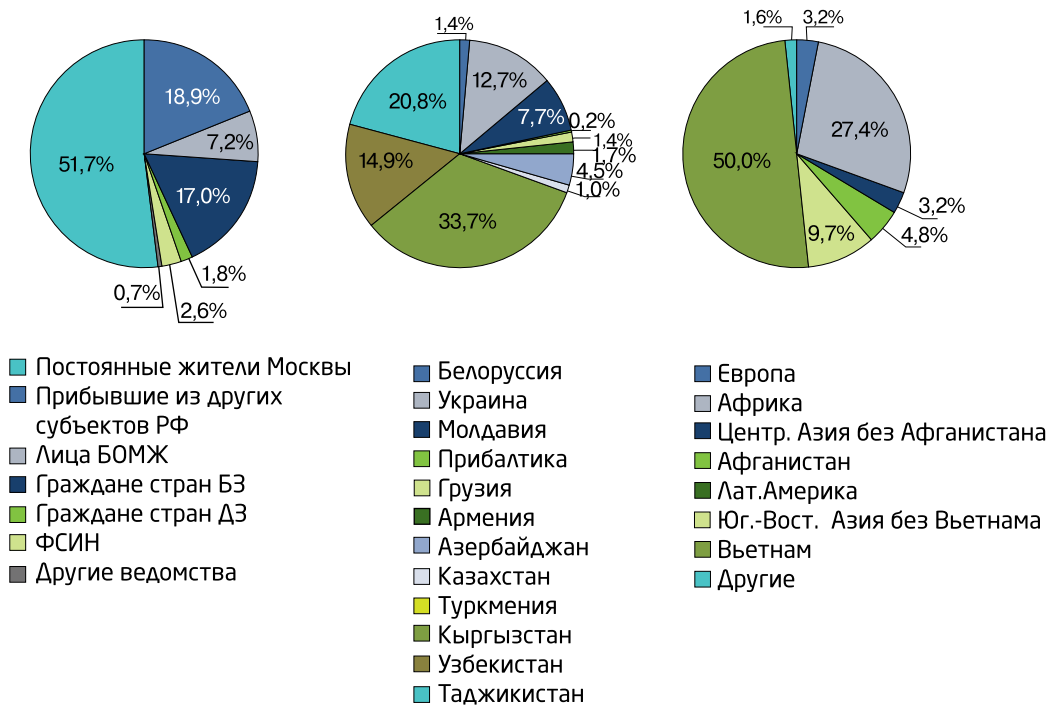


Рисунок 3. Впервые выявленные больные туберкулезом по статусу проживания в городе Москве, 2015 г., %, абс. число



последние годы регистрируются в ТИНАО и ЗелАО, расположенных за МКАД и подверженных наибольшему влиянию мигрантов. Наименьшие значения — в ЦАО. Сравнительно более благополучными по заболеваемости туберкулезом, чем другие округа, являются ЗАО и ЮЗАО (12,8 и 10,5 на 100 тыс.).

Особенностью формирования показателя заболеваемости туберкулезом в г. Москве по сравнению с другими субъектами страны является то, что в структуре впервые выявленных больных туберкулезом постоянные жители города составили в 2015 г. чуть более половины — 51,7%, все остальные — это мигранты, приезжие, лица БОМЖ и лица, находящиеся в учреждениях ФСИН (рис. 3).

Москва испытывает значительное миграционное давление, в том числе по числу прибывающих в столицу больных туберкулезом как из других субъектов РФ, так из стран ближнего и дальнего зарубежья.

Иногородние и иностранные граждане, прибывающие из территорий с более высоким бременем туберкулеза, чем в Москве, повышают риск распространения туберкулеза за счет «завозных» случаев. Так, за один 2015 год в столице выявлено 582 пациента из 12 стран ближнего зарубежья, 62 — из 18 стран дальнего зарубежья, 649 больных из 69 субъектов РФ.

Кроме того, уже ранее диагностированные больные туберкулезом приезжают на лечение в два федеральных НИИ туберкулеза, расположенных на территории столицы.

Часть пациентов не знает о своей болезни, так как не обращается вовремя к врачу. Именно из этих лиц формируется группа больных, диагноз которым установлен посмертно (по результатам вскрытия). Почти в 43% таких случаев умершие не принадлежали к постоянному населению столицы.

В 2015–2016 гг. значительно возросла составляющая заболеваемости туберкулезом, связанная с ростом числа случаев заболевания, зарегистрированных среди прибывших граждан других стран.

В связи с активной работой ГБУ города Москвы «Многофункциональный миграционный центр» за 6 месяцев 2016 года впервые выявлено на 119 больных туберкулезом мигрантов больше, чем в предыдущие полгода. При этом число заболевших туберкулезом москвичей снизилось на 30 человек. Впервые произошел «перекрест» показателей (рис. 4). В городе среди больных туберкулезом число и доля приезжих стали больше, чем постоянных жителей, — 52,7% (за 6 мес. 2015 года — 48,3%, 6 мес. 2014 г. — 41,4%).

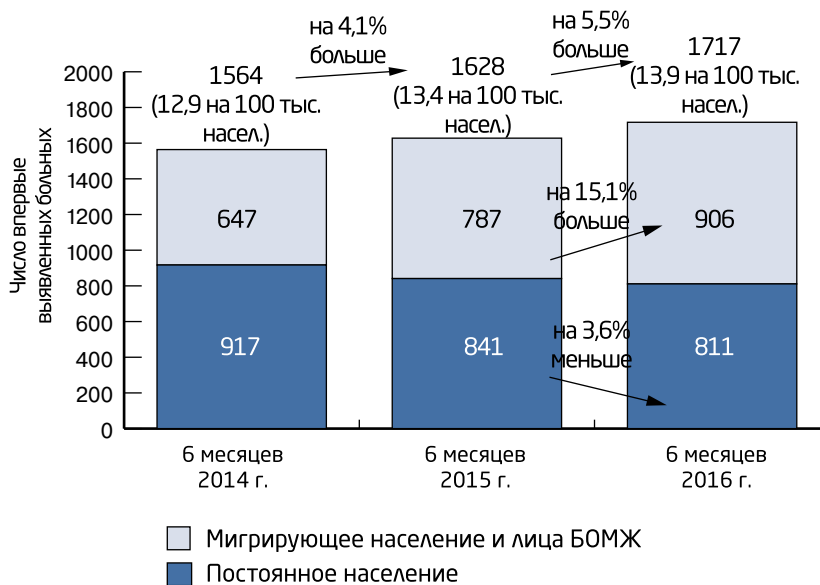
Велика вероятность того, что территориальный показатель заболеваемости туберкулезом в г. Москве может вырасти по итогам 2016 г. за счет заболевших граждан других государств.

Доля мигрирующего населения и лиц БОМЖ среди впервые выявленных больных туберкулезом в Москве в 5,8 раза больше, чем в Российской Федерации, в 3,7 раза больше, чем в ЦФО без г. Москвы и в 1,6 раза больше, чем в городе Санкт-Петербурге.

По итогам первого полугодия 2016 г. отмечено продолжение улучшения эпидемиологической обстановки по туберкулезу среди постоянного населения Москвы. Число впервые выявленных больных туберкулезом в первом полугодии 2016 г. по сравнению с аналогичным периодом прошлого года уменьшилось на 4%, а по сравнению с первым полугодием 2014 г. — на 12%.

В столице туберкулез в основном локализуется в группах риска. Работающее постоянное население страдает заболеванием относительно редко, с частотой 8–10 на 100 тыс. соответствующей группы, в то время как иногородние — в 4 раза чаще, иностранцы – в 5 раз, лица БОМЖ и ВИЧ-инфицированные — на два порядка чаще.

Рисунок 4. Число и структура впервые выявленных больных туберкулезом за 6 месяцев 2016 года (в сравнении с 6 мес. 2014–2015 гг.), г. Москва



В структуре впервые выявленных больных лица, не относящиеся ни к одной из групп риска по туберкулезу, составляют только 25%.

Вся противотуберкулезная работа строится с учетом особенностей эпидемиологического процесса в городе и социальной структуры больных туберкулезом. На территории города Москвы 34,2% впервые выявленных больных выявляют при флюорографическом обследовании в поликлиниках (1174 из 3430 чел.). Всего лучевыми методами на территории города выявлено 75,6% пациентов. В городских больницах туберкулез выявляют преимущественно у пациентов, поступающих по каналу скорой помощи. Среди таких пациентов большинство иностранцев, иногородних и лиц БОМЖ.

Выявляемость туберкулеза в поликлинических группах риска в 5 раз выше, чем среди остального населения, и в среднем составляет 0,46 на 1000 обследованных. В целом выявляемость туберкулеза у постоянных жителей города составляет 0,09 на 1000 осмотренных.

Однако угроза, связанная с завозным туберкулезом в городе Москве, не позволяет отказаться от скрининговых осмотров населения и делает необходимым прицельную диагностику туберкулеза в отдельных группах риска специализированной противотуберкулезной службой с помощью лучевых и иммунологических методов.

Эффективность выявления туберкулеза при освидетельствовании иностранцев в медицинских организациях, подведомственных ДЗМ, в 5 раз выше, чем в негосударственных медицинских организациях.

Если в Миграционном центре и МНПЦ борьбы с туберкулезом в 2015 г. из 152,5 тыс. обследованных было выявлено 247 больных (выявляемость — 1,62), то в коммерческих медицинских организациях из 459,9 тыс. обследованных (74% иностранцев) был выявлен только 141 больной (выявляемость — 0,31)

Всего медицинское освидетельствование в городе за 2015 г. прошли 612 тысяч иностранцев, в то время как на миграционном учете, по данным УФМС, состоит около 1,5 млн человек, часть которых въехала в город без медицинского освидетельствования.

Центром борьбы с туберкулезом особое внимание уделяется обследованию лиц БОМЖ, заболеваемость которых туберкулезом чрезвычайно высока и составляет около 1800–1900 заболеваний в год на 100 тыс. данной категории населения. Обследование лиц БОМЖ на туберкулез осуществляется в г. Москве на регулярной основе в местах их концентрации. «Социальный патруль» Департамента социальной защиты населения доставляет лиц БОМЖ для санобработки на дезстанции № 2 и № 6, а также в центры социальной адаптации «Люблино» и «Марфино», центр «Милосердие». После санобработки они обследуются на передвижном флюорографе с последующим осмотром фтизиатра.

В соответствии с Приказом ДЗМ от 20.02.2013 г. «О порядке госпитализации в круглосуточные стационары противотуберкулезных учреждений Департамента здравоохранения города Москвы» при обнаружении подозрения на туберкулез бездомные машиной скорой помощи госпитализируются в туберкулезную больницу им. А.Е. Рабухина, а по экстренным и неотложным показаниям — в клинику № 2 МНПЦ борьбы с туберкулезом.

С 2013 по 2015 г. силами центра было обследовано около 11,5 тысячи бездомных. В 2014–2015 гг. смертность от туберкулеза снизилась с 2,87 до 2,6 на 100 тыс. населения (почти на 10%). По данным 2015 г., по сравнению с 2014 г. было сохранено 32 жизни. В целом с 2012 г. показатель смертности от туберкулеза в г. Москве снизился на 24% (рис. 1Б). 43% умерших от туберкулеза не являлись постоянными

жителями города. Показатель смертности от туберкулеза постоянного населения составляет 1,6 и является одним из самых низких в стране. Число умерших от туберкулеза постоянных жителей, состоявших на учете, уменьшилось на 23 случая, или 14% (с 165 до 142). Всего на учете в городе состоит 4295 больных активными формами туберкулеза, что составляет распространенность, равную 34,8 на 100 тыс. населения (2014 г. — 40,1).

В связи с полным обеспечением потребности в противотуберкулезных препаратах и повышением эффективности организации лечения пациентов, на 11% уменьшилось число состоящих на учете больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя: с 481 до 428 случаев (3,5 на 100 тыс.).

Условия мегаполиса с высокой плотностью и маятниковой миграцией населения многократно повышают опасность каждого нераспознанного и не санированного очага инфекции. Поэтому приоритетом противотуберкулезной работы в городе является скорейшее выявление больного, его изоляция в стационаре, быстрое прекращение бактериовыделения с параллельно проводимым обследованием максимально широкого круга контактов.

За счет активизации работы в очагах инфекции существенно выросло число лиц, состоящих на учете на конец года в качестве контактных с больными туберкулезом с 47 714 в 2014 г. до 86 903 в 2015 г.

Внедрение картографического метода наблюдения за очагами туберкулеза позволило выявить и санировать территориальные очаги туберкулезной инфекции. На протяжении последних трех лет все обстоятельства работы фтизиатров в очагах туберкулезной инфекции еженедельно разбираются на медицинских советах центра при участии ведущих специалистов МНПЦ борьбы с туберкулезом. У фтизиатров создана стойкая психологическая доминанта о важнейшем значении выявления всех возможных контактов и их полноценном неоднократном обследовании.

В результате в 2015 году заболеваемость в очагах снизилась на порядок и стала ниже территориальной заболеваемости населения города Москвы, а число обследованных лиц по контакту достигло 28 на одного заболевшего и стало максимальным в стране.

Одним из наиболее важных мероприятий, направленных на снижение риска распространения туберкулеза на территории города Москвы в условиях относительного эпидемиологического благополучия, особенно среди постоянного населения, является своевременное выявление лиц с латентной инфекцией.

Затраты на выявление лиц с латентной инфекцией и их профилактическое лечение позволяют сэкономить бюджет за счет уменьшения затрат на лечение больных, т.к. превентивное лечение снижает число заболевших в 2–3 раза.

Так, чтобы предотвратить заболевание туберкулезом 50 человек, необходимо обеспечить превентивное лечение 500 лиц с латентной туберкулезной инфекцией (с учетом заболеваемости туберкулезом среди этой группы населения) — т.е. затратить 7,7 млн рублей,

Эти 500 человек должны были быть выявлены путем постановки 10 000 кожных проб с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (с учетом 5% выявляемости



СТОЛЬ ЗНАЧИМОЕ УЛУЧШЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В ГОРОДЕ МОСКВЕ ДОСТИГНУТОЕ В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ, СТАЛО ВОЗМОЖНЫМ В РЕЗУЛЬТАТЕ СУЩЕСТВЕННОЙ ПОЛИТИЧЕСКОЙ И ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ РАБОТЫ СО СТОРОНЫ РУКОВОДСТВА ГОРОДА И ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ.

латентной инфекции в группах риска с помощью данного метода), что потребовало 11,9 млн рублей.

Таким образом, при известных затратах на лечение 50 больных в размере 22 млн руб., экономия предотвращения 50 случаев заболевания будет составлять 2,4 млн. руб. (11% от расходов на содержание ПТ-учреждений для лечения 50 больных).

Последние годы в РФ наблюдается постоянный рост распространения ВИЧ-инфекции, которая оказывает все большее влияние на заболеваемость туберкулезом и смертность больных туберкулезом в субъектах Федерации.

В г. Москве уделяется особое внимание больным сочетанной инфекцией.

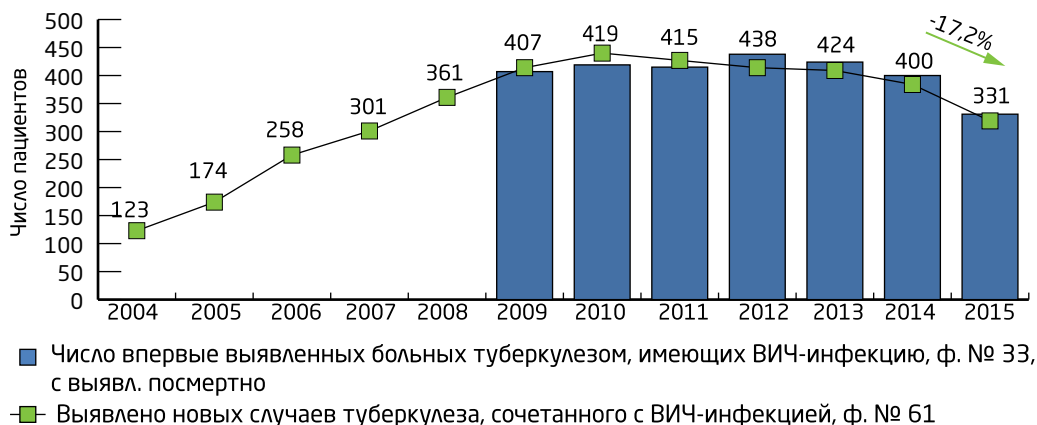
В целом в туберкулезных учреждениях города для больных коинфекцией ВИЧ/туберкулез развернуто 355 коек.

Для работы с данной группой больных противотуберкулезная служба города имеет в своем составе кабинеты для больных сочетанной инфекцией в каждом филиале центра и дневной стационар на 15 коек. В клинике № 2 центра развернуто 60 коек, в туберкулезной клинической больнице им. проф. Г.А. Захарьина — 185 коек, в туберкулезной больнице им. А.Е. Рабухина — 135 коек. Таким образом, больным сочетанной инфекцией оказывается мультидисциплинарная помощь по фтизиатрии, хирургии, торакальной хирургии, урологии, акушерству и гинекологии, педиатрии, психиатрии и наркологии, травматологии и ортопедии.

В инфекционной клинической больнице № 2 открыт кабинет профилактики и раннего выявления туберкулеза, который осуществляет работу с больными ВИЧ-инфекцией по диагностике как активных, так и латентных форм туберкулеза, проведению химиопрофилактики заболевания. В 2014–2015 гг. доля охваченных химиопрофилактикой туберкулеза больных ВИЧ-инфекцией возросла с 4 до 43,8% от всех больных ВИЧ-инфекцией, состоящих под диспансерным наблюдением в Центре СПИД. В настоящее время все больные, имеющие выраженный иммунодефицит, охвачены профилактическим лечением.

В целом в городе наблюдается относительное благополучие по сочетанной инфекции ВИЧ/туберкулез. В результате проводимой работы в г. Москве

Рисунок 5. Впервые выявленные больные туберкулезом из постоянных жителей, у которых имелась ВИЧ-инфекция, г. Москва



достигнуто неуклонное снижение основных эпидемиологических показателей, связанных с сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ. Распространенность, заболеваемость и смертность таких больных в столице в несколько раз ниже, чем в Российской Федерации. В целом г. Москва является единственным субъектом Российской Федерации, в котором начиная с 2015 г. наблюдается снижение не только числа впервые выявленных больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией (с 438 до 331 случая заболевания в 2012–2015 гг.), но и доли таких больных — с 20,3 до 18,6% (рис. 5).

Распространенность сочетанной инфекции в городе достаточно низка — 6–6,5 на 100 тыс. населения (РФ — 17,5 в 2014 г.), причем число больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, состоящих на учете, снизилось с 2012 г. по 2015 г. с 891 до 709. Доля таких больных среди всех пациентов, состоящих на учете с активными формами туберкулеза, равна 16,5% (РФ в целом — 12,7%).

Также в 2012–2015 гг. отмечено снижение числа умерших от ВИЧ-инфекции с проявлениями микобактериальной инфекции (В20.0): 288, 281, 263 и 193 случая соответственно.

Успехи были достигнуты в условиях реорганизации противотуберкулезных учреждений города, проведенной в 2012 г. согласно Приказу Департамента здравоохранения города Москвы. Целью реорганизации было упрочение единства управления всеми компонентами профилактики, выявления, диагностики, лечения и реабилитации туберкулеза. В результате к 01.01.2016 г. в городе осталось 3 юридических лица (в 2012 г. их было 25), осуществляющих противотуберкулезные мероприятия в городе: МНПЦ борьбы с туберкулезом, ТКБ № 3 им. проф. Г.А. Захарьина и ТБ им. проф. А.Е. Рабухина. Одновременно в рамках программы модернизации в 2013–2015 гг. и первой половине 2016 г. было проведено сокращение числа коек круглосуточного лечения больных на 42,3% — с 5285 в 2012 г. до 3050 коек на 01.05.2016 г.

Позитивные результаты были обеспечены внедрением инновационных методов для своевременного выявления и диагностики туберкулеза, исполнением мероприятий по целевой диспансеризации населения, наличием высококвалифицированного медицинского персонала и достаточного количества коек, полноценным обеспечением лекарственными препаратами, активизацией работы в мигрирующих очагах туберкулезной инфекции, высоким уровнем материальной и моральной мотивации сотрудников противотуберкулезных учреждений и повышением уровня жизни населения города.

Наиболее важными мероприятиями, направленными на снижение риска распространения туберкулеза на территории города Москвы, в настоящее время являются:

- социальная, санитарная и специфическая профилактика;
- индивидуальная работа с группами риска;
- своевременное качественное выявление больных туберкулезом, лиц с латентной инфекцией;
- оперативное проведение комплекса мероприятий в бытовых и производственных очагах туберкулезной инфекции с широким привлечением контактных лиц;
- комплексное комбинированное лечение больных с их маршрутизацией и этапностью мероприятий;
- химиопрофилактика заболевания у лиц с латентной инфекцией;
- эффективное использование коечного фонда круглосуточных стационаров, туберкулезных санаториев и дневных стационаров, медицинского оборудования и квалифицированных кадров.

Внедрение Стандарта качества управления ресурсами в государственных учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы

Приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 15.07.2016 № 622 «О внедрении Стандарта качества управления ресурсами (СКУР) в государственных учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы» дан старт очередного этапа внедрения в городе Москве инструментов оценки качества управления ресурсами медицинских организаций.

Сергей БУДАРИН,

заведующий отделом методологии проведения аудита эффективности деятельности учреждений здравоохранения, ГБУ «НИИОЗММ ДЭМ», к.э.н.

Инициатором разработки Стандарта качества управления ресурсами (далее — СКУР) является Главное контрольное управление города Москвы, которое применяет данный инструмент для оценки эффективности использования ресурсов в деятельности государственных учреждений социальной направленности (культуры, образования, социальной защиты населения и здравоохранения).

В настоящее время особое внимание уделяется вопросам взаимосвязи качества управления ресурсами в медицинских организациях, доступностью медицинских услуг и результатами оказания медицинской помощи жителям города Москвы. Внедрение адекватных инструментов оценки качества управления ресурсами, сопоставление достигнутых результатов с целевыми показателями является одним из методов выбора приоритетных направлений при реформировании системы здравоохранения и прогнозирования успешной работы медицинских организаций.

В современных экономических условиях оценка эффективности системы здравоохранения в немалой степени зависит от набора показателей качества управления ресурсами медицинских организаций. Тренд на стандартизацию таких показателей создает основы нормативной правовой базы, с помощью которой оценивается функционирование системы управления в государственных учреждениях,

вырабатывается единый подход к понятию эффективности использования ресурсов.

Объективность оценки качества управления ресурсами государственных бюджетных учреждений системы здравоохранения в Российской Федерации обеспечивается рядом показателей, на которые могут повлиять следующие факторы:

- структурные изменения на фоне проводимой реорганизации (оптимизации) сети учреждений здравоохранения;
- недостаточность и/или недостоверность данных о реальной ресурсной обеспеченности медицинских организаций;
- качество организации процесса сбора и обработки статистических данных о ресурсной базе медицинских организаций и их публичная открытость;
- отсутствие универсальных методик учета фактических затрат медицинских организаций при оказании медицинских услуг и стандартизированных методик оценки эффективности управления ресурсами в медицинских организациях;
- качество организации текущего мониторинга работы государственных учреждений, недостаточно ориентированного на выстраивание эффективных внутренних процессов по ведению финансово-хозяйственной деятельности и развитию системы внутреннего контроля использования ресурсов.

Целью Стандарта качества управления ресурсами является создание условий, способствующих оптимизации расходов при осуществлении учреждением медицинской деятельности, в рамках которой населению оказывается доступная и качественная медицинская помощь.

Внедрение методики СКУР позволяет медицинской организации определить исходный уровень качества управления ресурсами и принять меры, необходимые для повышения эффективности стратегического управления учреждением. С этой целью разрабатывается и реализуется индивидуальная программа повышения качества управления ресурсами (далее — ИППКУР). В ИППКУР входят мероприятия, способные повысить прозрачность деятельности медицинской организации, планирование финансово-хозяйственной деятельности, соблюдение финансовой дисциплины, эффективность системы закупок работ, товаров и услуг, проведение кадровой политики, мотивирующей сотрудников повышать свой профессиональный уровень и т.д. Методика СКУР предусматривает оценку эффективности и результативности работы системы управления медицинской организации, исходя из анализа значений 29 взаимосвязанных ключевых показателей, характеризующих 14 факторов эффективности в шести областях управления ресурсами (Финансовый/операционный менеджмент, Управление закупками, Управление имуществом, Управление персоналом, Раскрытие информации и Деятельность, приносящая доход, и другие внебюджетные источники).

Каждый из ключевых показателей имеет свой вес, критерий оценки значения показателя и коэффициент сложности.

Расчет значения ключевого показателя производится на основе числовых параметров деятельности учреждения, выбранных из различных форм бухгалтерской, финансовой, статистической и других видов отчетности медицинской организации. Величина балльной оценки каждого из показателей рассчитывается по формуле, предусмотренной методикой СКУР, в которой используются значение показателя,



ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДИКИ СКУР ПОЗВОЛЯЕТ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛИТЬ ИСХОДНЫЙ УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА УПРАВЛЕНИЯ РЕСУРСАМИ И ПРИНЯТЬ МЕРЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТРАТЕГИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЕМ.



КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА УПРАВЛЕНИЯ РЕСУРСАМИ УЧРЕЖДЕНИЯ, ВЫРАЖЕННАЯ В БАЛЛАХ, ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ РАСЧЕТНУЮ ВЕЛИЧИНУ (ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ), ЗНАЧЕНИЕ КОТОРОЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК СУММА БАЛЛЬНЫХ ОЦЕНОК ПО ВСЕМ 29 КЛЮЧЕВЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ.

его вес, критерий оценки и коэффициент сложности. Комплексная оценка качества управления ресурсами учреждения, выраженная в баллах, представляет собой расчетную величину (интегральный показатель), значение которой определяется как сумма балльных оценок по всем 29 ключевым показателям.

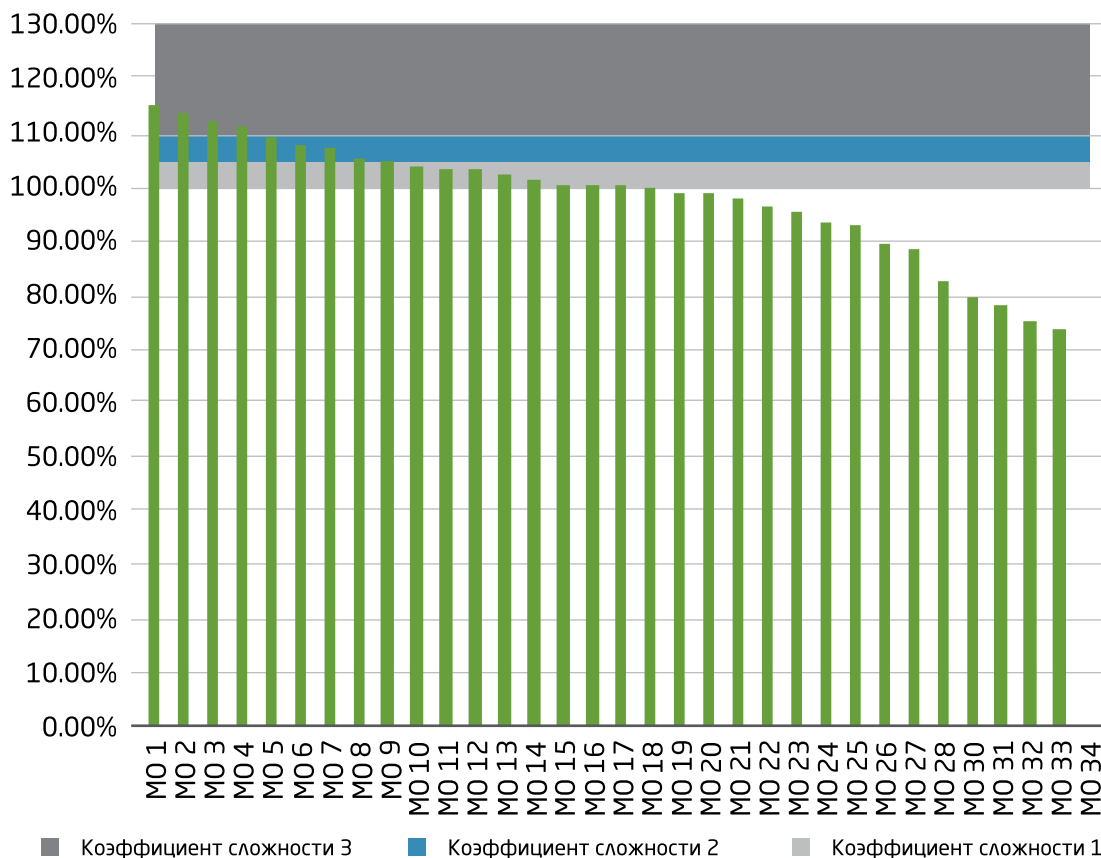
В целях осуществления координации работы учреждений по внедрению СКУР и обеспечения методического сопровождения данного проекта ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» разработаны методические рекомендации, в которых описаны действия медицинских организаций по подготовке регулярных отчетов и разработке ИППКУР.

Приведена подробная информация об источниках данных, необходимых для расчета показателей и оценки

уровня качества управления ресурсами, исходя из расчетного значения каждого показателя.

В течение августа — сентября 2016 года ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» совместно с 225-ю медицинскими организациями тестировалось применение методики СКУР.

Рисунок 1. Отношение доходов учреждения к начисленным расходам учреждения (больничные учреждения)



В методику вносились изменения и дополнения с учетом предложений медицинских организаций, а в качестве обратной связи активно использовался сайт института, на котором размещались все необходимые документы и шаблоны форм для подготовки отчетов. В результате обработки данных за 2015 год определен исходный уровень, с которого стартуют учреждения в проекте внедрения СКУР. Анализ исходного уровня позволил выявить области управления ресурсами медицинской организации, показатели которых требуют корректировок.

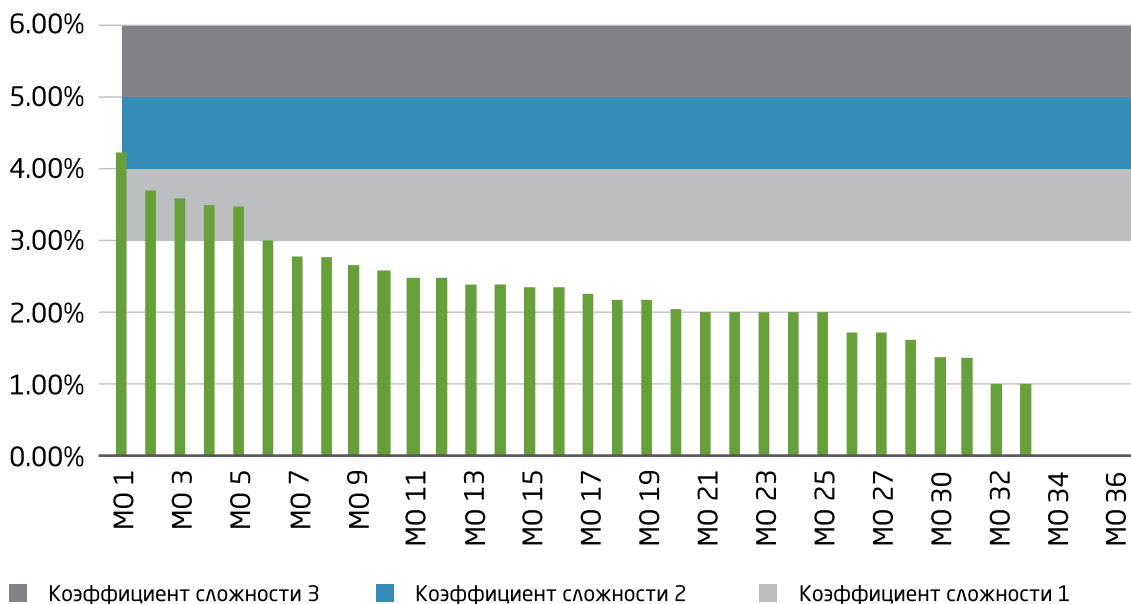
Так, например, в области «Финансовый/операционный менеджмент» около 50% учреждений не смогли достигнуть 1-го уровня сложности по показателям «Отношение доходов учреждения к начисленным расходам учреждения» (рис. 1) и «Максимальное отклонение фактического значения суммы по разделу расходов плана ФХД от первоначального планового показателя за отчетный период (по модулю)».

В области «Управление закупками» проблемы с достижением 1-го уровня сложности возникли по показателю «Среднее количество заявок на 1 лот за отчетный период по конкурентным процедурам закупок (самостоятельные торги)» в среднем у 40% учреждений, а у стоматологических поликлиник (взрослые) более 75% (рис. 2). Достаточно большое количество учреждений (более 30%) не достигло 1-го уровня по показателю «Удельный вес суммы закупок, осуществленных в соответствии с пп. 6, 9, 24, 25 ч. 1. ст. 93 44-ФЗ в общей сумме закупок отчетного периода» (в это число не вошли стоматологические поликлиники, которые не производят закупок по 44-ФЗ).



СТЕПЕНЬ ДОСТИЖЕНИЯ ПЛАНОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ВКЛЮЧЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯМИ В ИПКУР ПО ИТОГАМ 2016 ГОДА, ПОЗВОЛИТ ОЦЕНИТЬ УМЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ КОРРЕКТИРОВАТЬ СВОЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ С ОГЛЯДКОЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ, ПРЕДУСМОТРЕННЫЕ СКУР.

Рисунок 2. Среднее количество заявок на 1 лот за отчетный период по конкурентным процедурам закупок (самостоятельные торги, взрослые стоматологические поликлиники)

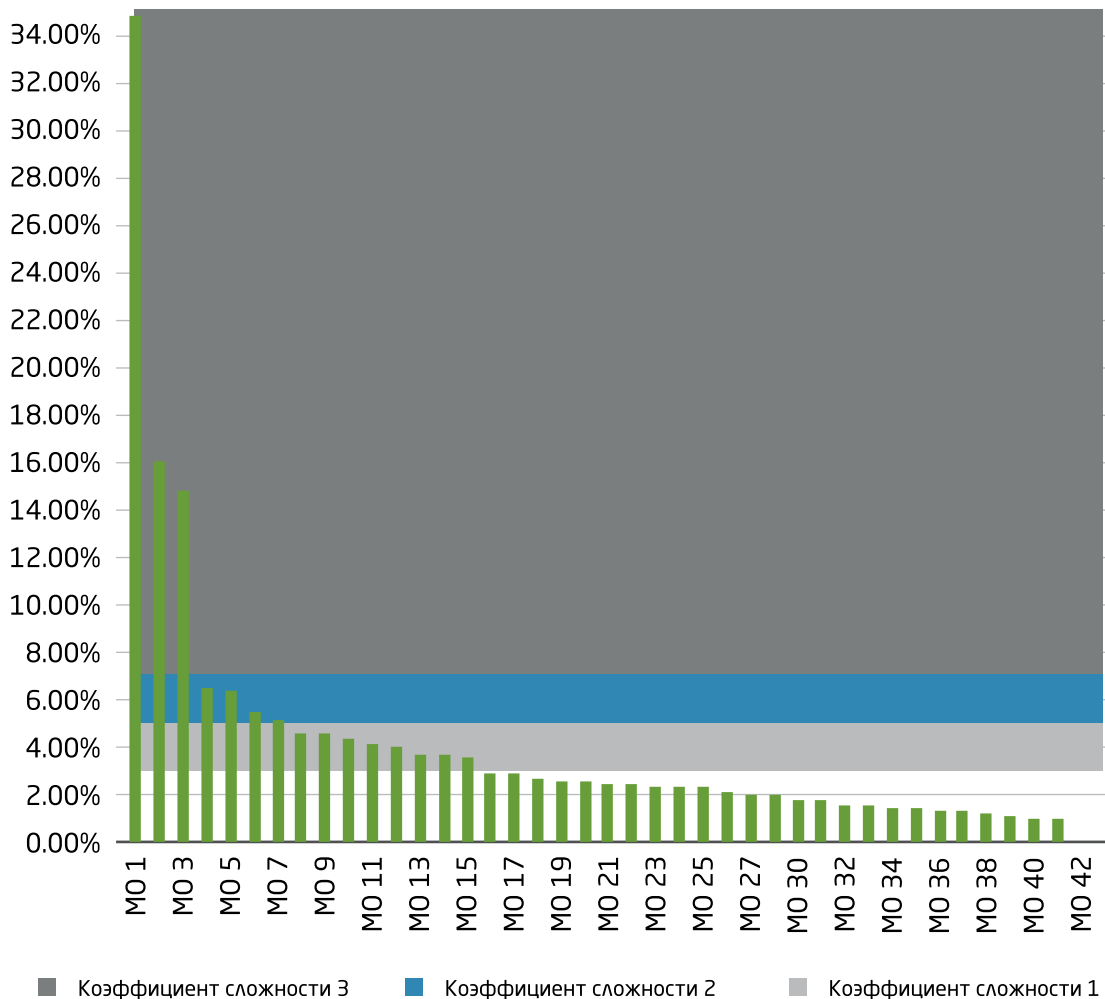


В области «Деятельность, приносящая доход, и другие внебюджетные расходы» 1-го уровня сложности по показателю «Доля поступлений из внебюджетных источников в общем объеме начисленных поступлений за отчетный период» не достигли более 40% амбулаторно-поликлинических учреждений (рис. 3), в то время как значительное большинство больничных учреждений и стоматологических поликлиник достигло 2–3-го уровня сложности.

Параметры, влияющие на достижение вышеуказанных показателей, стали основной темой анализа деятельности учреждений, и мероприятия по улучшению этих показателей стали ведущими при формировании Индивидуальной программы повышения качества управления ресурсами в большинстве медицинских организаций.

Следует отметить, что по ряду показателей практически во всех учреждениях достигнут высокий качественный уровень управления ресурсами, хотя для закрепления достигнутого положения необходимо предпринять дополнительные меры. Это, кстати, учтено рядом учреждений при подготовке ИППКУР.

Рисунок 3. Доля поступлений из внебюджетных источников в общем объеме начисленных поступлений за отчетный период (взрослые городские поликлиники)



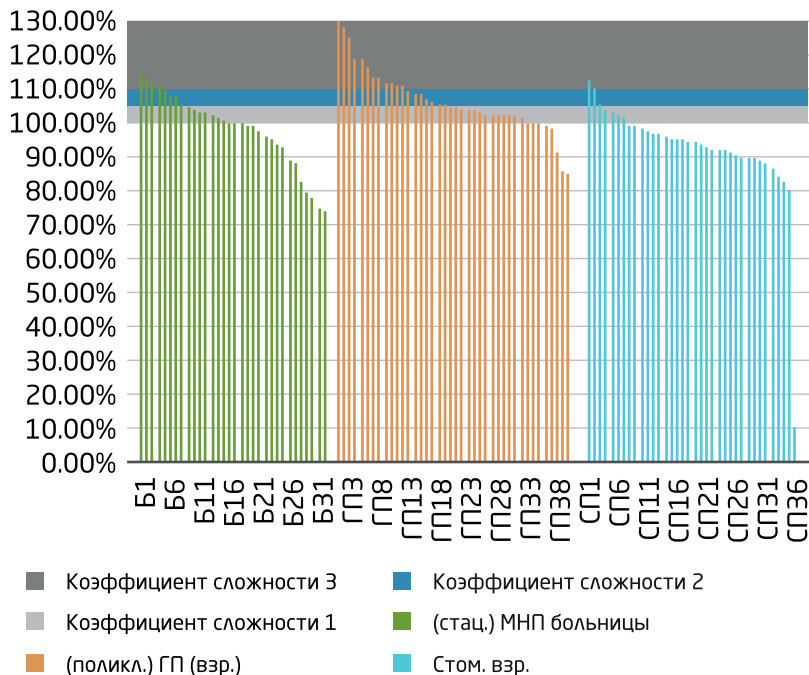
К числу таких показателей можно отнести «Удельный вес административных расходов в начисленных расходах учреждения за отчетный период». И, несмотря на достижение высокого уровня, большинство учреждений не снимает данный показатель с контроля. В области «Управление персоналом» таким показателем является «Доля врачей с высшей и первой квалификационными категориями». Многие медицинские организации обладают резервом, врачами, имеющими вторую квалификационную категорию, а значит, показатель можно улучшить.

Степень достижения плановых показателей, включенных учреждениями в ИППКУР по итогам 2016 года, позволит оценить умение медицинских организаций корректировать свою деятельность с оглядкой на показатели, предусмотренные СКУР, а также улучшить планирование финансово-хозяйственных и других параметров своей деятельности на 2017 год.

В настоящее время ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» продолжает обработку и анализ данных, поступающих от учреждений по итогам квартальной отчетности 2016 года. К сожалению, у медицинских организаций встречаются и ошибки ввода исходных данных, что влияет на значение расчетного показателя. Однако прогресс налицо. Учреждения уже самостоятельно обнаруживают свои собственные ошибки и корректируют формы отчетности, что позволяет надеяться, что в ближайшее время СКУР станет одним из инструментов, необходимых медицинским организациям для оценки эффективности своей деятельности.

Степень достижения плановых показателей, включенных учреждениями в ИППКУР по итогам 2016 года, позволит оценить умение медицинских организаций корректировать свою деятельность с оглядкой на показатели, предусмотренные СКУР, а также улучшить планирование финансово-хозяйственных и других параметров своей деятельности на 2017 год.

Рисунок 4. Отношение доходов учреждения к начисленным расходам учреждения



Анализ показателей основной деятельности учреждений, т.е. показателей доступности и качества медицинской помощи, оказываемой населению, с учетом независимой оценки пациентов по итогам 2016–2017 гг., позволит оценить, насколько успешным оказалось внедрение Стандарта качества управления ресурсами в учреждениях, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, и определить дальнейшие перспективы его совершенствования и развития.

Рисунок 5. Среднее количество заявок на 1 лот за отчетный период по конкурентным процедурам закупок (самостоятельные торги)

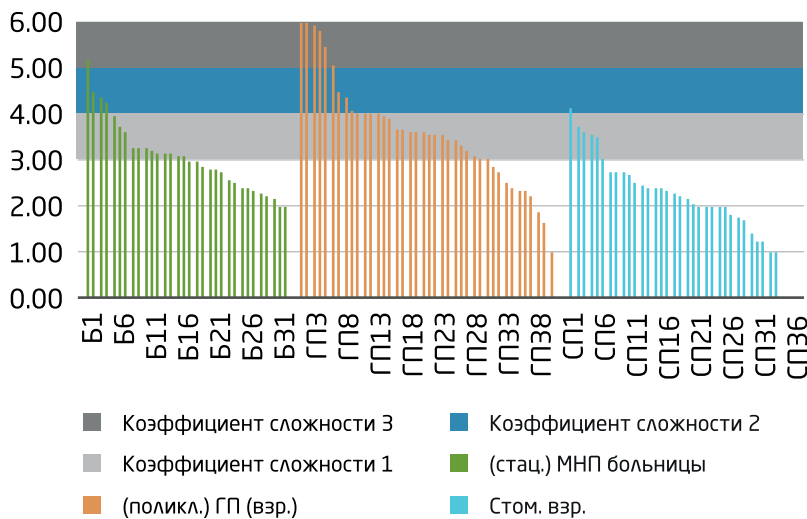
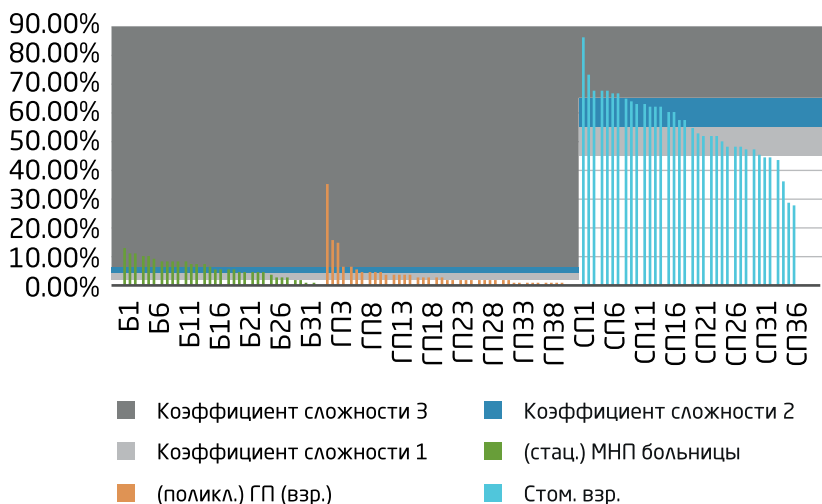


Рисунок 6. Доля поступлений из внебюджетных источников в общем объеме начисленных поступлений за отчетный период



Международная классификация болезней (МКБ) на современном этапе развития здравоохранения

Базовым условием для достижения высокой эффективности деятельности системы здравоохранения является достоверность статистических данных.

Достоверность статистических данных обеспечивается путем строгого соблюдения единых правил регистрации, сбора, аналитического учета и синтеза получаемой информации. Огромная роль в указанных процессах принадлежит кодированию диагностической информации. С 01.01.1999 г. приказом Минздрава России от 27.05.1997 г. № 170 все медицинские организации Российской Федерации обязаны использовать Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (МКБ-10).

Несмотря на длительный опыт ее использования, эксперты при осуществлении аудита качества кодирования информации о заболеваемости и особенно смертности часто сталкиваются с несуществующими в МКБ-10 терминами, некорректным использованием правил кодирования, выбора первоначальной причины смерти. Несоблюдение правил использования в свою очередь приводит к искажениям статистической информации, на основании которой принимаются ошибочные управленческие решения, что влечет за собой негативные экономические и юридические последствия для медицинской организации.

В настоящее время инструктивных материалов, посвященных вопросам кодирования, недостаточно, а в существующих часто не содержится единых детальных рекомендаций, что приводит к различному, а иногда

Подготовлено сотрудниками ГБУЗ «НИО ОЗММ ДЭМ»

и неправильному кодированию одних и тех же диагностических терминов.

Семейство международных классификаций

Данная информация особенно актуальна в свете выпуска переработанной и адаптированной к российской диагностической терминологии второй редакции МКБ-10, включающей все обновления ВОЗ и являющейся мостиком между действующей (МКБ-10) и перспективной (МКБ-11) классификациями.

Международную классификацию болезней можно определить как систему рубрик, в которой конкретные нозологические единицы включены в соответствии с общепринятыми критериями. Целью МКБ является создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в разных странах или регионах и в разное время. МКБ используется для преобразования словесной клинической формулировки диагнозов болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в буквенно-цифровые коды, которые обеспечивают удобство хранения, извлечения и анализа данных.

На практике МКБ стала международной стандартной диагностической классификацией для решения эпидемиологических задач и задач, связанных с управлением здравоохранением. Эти задачи включают

анализ здоровья населения, мониторинг частоты и распространенности болезней и других проблем, связанных со здоровьем, их взаимосвязь с различными факторами, включая индивидуальные особенности. МКБ не предназначена и не должна использоваться для решения финансовых вопросов, таких как определение стоимости медицинской помощи и возмещение затрат медицинских организаций.

Первоначально МКБ использовалась для классификации причин смерти, указанных в свидетельстве о смерти. Позднее ее рамки были расширены для формирования статистических данных о заболеваемости. Важно отметить, что МКБ предусматривает возможность обработки данных о широком спектре признаков, симптомов, отклонений, обнаруженных в процессе исследований, жалоб, социальных обстоятельств, которые могут указываться вместо диагноза в медицинской документации. Благодаря этому МКБ может быть использована для классификации данных, внесенных в такие графы, как «диагноз»,

«причина госпитализации», «состояния, по поводу которых проводилось лечение», «причина обращения за медицинской помощью», которые могут присутствовать в разнообразных медицинских документах, откуда извлекается информация.

Хотя МКБ пригодна для решения многих прикладных задач, она не позволяет удовлетворить запросы всех потенциальных пользователей. Она не предоставляет достаточной детализации, не может описать степень функционирования как одного из аспектов состояния здоровья, не включает в себя весь массив данных по медицинским вмешательствам.

В связи с этим возникла концепция нескольких связанных между собой и построенных на единых подходах международных классификаций. Принципы, заложенные Международной конференцией по МКБ-10 в 1989 году, дают основу для развития «семейства» международных классификаций. Дальнейшее развитие концепции «семейства классификаций» происходило на основе практического

Схематическое представление семейства международных классификаций



использования МКБ-10 и связанных с ней классификаций состояний здоровья ВОЗ. В настоящее время «семейство классификаций» представлено набором взаимосвязанных классификаций, которые предоставляют возможность получения информации о состоянии здоровья и систем здравоохранения.

Базовые классификации ВОЗ являются результатом международных соглашений. Эти классификации были одобрены экспертными комитетами и подтверждены официальными договорами по их применению. Если МКБ используется как эталонная классификация для учета данных по смертности и заболеваемости, то характеристики функционирования и ограничения жизнедеятельности в настоящее время объединены в классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). МКБ и МКФ представляют собой два главных блока, на которых строится международное семейство классификаций ВОЗ (МСК-ВОЗ). Вместе они обеспечивают исключительно широкие и точные инструменты, чтобы охватить полную картину здоровья.

МКФ была опубликована ВОЗ на всех шести официальных языках ВОЗ в 2001 году после официального одобрения на 54-й ассамблее ВОЗ 22 мая 2001 года. МКФ заменила международную классификацию нетрудоспособности и инвалидности (International classification of impairments, disabilities, and handicaps (ICIDH).

МКФ разделяет здоровье и связанные со здоровьем состояния на две части. Первая часть классифицирует функционирование, ограничение жизнедеятельности и здоровья. Вторая часть касается связанных с этими состояниями индивидуальных факторов и факторов окружающей среды, поскольку функционирование и ограничение жизнедеятельности не могут рассматриваться отдельно от факторов окружающей среды.

МКФ по-новому представляет понятия «здоровье» и «ограничения жизнедеятельности». Базовая идея данного подхода заключается в том, что каждый индивид может испытывать снижение работоспособности и тем самым испытывать некоторые ограничения жизнедеятельности. Смещение акцента с причины на следствие позволяет оценивать состояние здоровья и нездоровья на единой основе и использовать одинаковые шкалы для измерения здоровья и ограничения жизнедеятельности. Кроме того, МКФ принимает во внимание социальные аспекты ограничения жизнедеятельности, выходя за рамки медицинского или биологического подхода.

В качестве третьей базовой классификации рассматривается Международная классификация медицинских вмешательств (МКМВ), которая разрабатывается в настоящее время.

Базовые классификации могут быть использованы как основа для разработки производных классификаций. Они могут быть созданы, основываясь на структуре и классах базовых классификаций, предоставляя дополнительную детализацию по сравнению с базовой классификацией, или могут быть подготовлены путем перекомпоновки или собирания компонентов одной или более базовых классификаций. Производные классификации часто адаптируются для использования на национальном уровне.

Производные классификации включают специализированные адаптации МКБ и МКФ, такие как Международная классификация онкологических болезней, 3-я редакция (МКБ-О-3), Приложение международной классификации болезней для стоматологии (МКБ-СП), 3-я редакция, Классификация МКБ-10 психических и поведенческих расстройств (включенная в главу V МКБ-10) и Приложение МКБ для неврологии, 2-е издание (МКБ-10-НП).

Связанные классификации – это такие классификации, которые либо частично ссылаются на базовые классификации, либо связаны с ними на уровне структуры. Процедуры по разработке, совершенствованию и пересмотру статистических классификаций, входящих в семейство международных классификаций, направлены на разрешение проблемы частичного соответствия между ними и предоставляют возможность их дальнейшей гармонизации. В рамках СМК-ВОЗ связанные классификации включают: Международную классификацию первичной медико-санитарной помощи, 2-я редакция (МКПМСП-2), Международную классификацию внешних причин травмы (МКВПТ), Технические средства реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности: классификация и терминология (ISO9999) и Анатомическую, химическую и терапевтическую систему классификации с установленной суточной дозой (АХТ-DDD).

Специализированные версии международных классификаций обычно объединяют в одном компактном томе те разделы или рубрики МКБ, которые относятся к конкретной специализированной области. В таком томе сохраняются четырехзначные подрубрики, а большая детализация достигается с помощью пятизначных, а иногда и шестизначных подрубрик, а также алфавитного указателя связанных терминов. Адаптированные варианты могут иметь глоссарии дефиниций рубрик и подрубрик внутри данной специализированной области. Международные классификации являются плодом очень тесного сотрудничества между неправительственными организациями, другими учреждениями, отделами и подразделениями ВОЗ. Это сотрудничество координирует

специальное подразделение ВОЗ, которое обеспечивает общее руководство и оказывает консультативную помощь. В рамках отдельной страны координацию деятельности в отношении семейства международных классификаций возложены на сотрудничающие центры. В Российской Федерации Сотрудничающий центр по семейству международных классификаций действует на базе ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко» (директор института академик РАН Р.У. Хабриев). Роль Сотрудничающего центра заключается в готовности выступать в качестве координирующего центра на уровне страны, предоставлять консультации по техническим вопросам и рекомендации, обеспечивать при необходимости поддержку. Такой подход к координированной разработке различных компонентов семейства международных классификаций позволяет также избежать ненужного дублирования. Международная классификация болезней 10 пересмотра постоянно совершенствуется и дополняется. За время ее существования в классификацию внесено более 1500 изменений. Это позволяет ей такой длительный период времени оставаться актуальной классификацией, включающей все достижения медицинской науки. В настоящее время Сотрудничающий центр заканчивает работу над новой редакцией МКБ-10 (2014-2016), адаптированной к русскоязычным терминам и включающей все обновления ВОЗ.

Сложности применения

Несмотря на длительный период использования МКБ, видимую простоту ее применения, эксперты Сотрудничающего центра отмечают большое количество ошибок при кодировании диагностической информации. Объективной причиной этому является высокая сложность применения правил МКБ, методик кодирования. Особенно это актуально для медицинского персонала, не имеющего специальной подготовки. В результате ошибок при кодировании искажается статистическая отчетность, принимаются неверные управленческие решения, снижается эффективность использования ресурсов здравоохранения. Существенным помощником в работе с МКБ могут стать автоматизированные системы кодирования. Следует отметить, что в медицинском сообществе распространены довольно примитивные представления о таких системах. Многие уверены, что программы контекстного поиска, когда при наборе диагностического термина на клавиатуре автоматически генерируется код МКБ из электронного справочника (в Российской Федерации нет ни одного рекомендованного экспертами и разрешенного к использованию ВОЗ электронного справочника МКБ), являются вполне

адекватным решением. Однако данный подход не только не учитывает правила МКБ, которых более ста, но и нарушает алгоритм кодирования. Получение адекватной статистической информации при использовании такой «автоматизированной» системы просто невозможно.

В автоматизированных системах, которые реально способны помочь при кодировании, должны функционировать системы логического, формального, лексического и других видов контроля. Количество алгоритмов проверки и анализа при внесении информации в систему достигает 150. Кроме того, в системе должен использоваться международный модуль выбора первоначальной причины смерти и должны быть реализованы механизмы анализа массива ранее введенных данных с использованием гибких запросов. Такая автоматизированная система, базирующаяся на актуальной версии МКБ, действительно может значительно повысить качество статистических данных и существенно экономить временные ресурсы персонала, ответственного за кодирование диагностической информации.

Следующий шаг

Дальнейшим развитием МКБ в будущем должна стать МКБ-11. В октябре 2016 года генеральный директор ВОЗ д-р Маргарет Чен дала старт широкому обсуждению проекта одиннадцатого пересмотра МКБ. Обсуждение продлится до конца 2017 года, после чего страны начнут обсуждать вопрос о необходимости доработки проекта, внесения в него изменений и дополнений. Базовая платформа МКБ-11 соответствует МКБ-10, однако существенно расширяется объем информации, подлежащий кодированию, вводится обязательность множественности кодов, появляется необходимость кодирования не только самого диагноза, но и функционального статуса, а также степени снижения функционирования. Количество классов и кодов значительно возрастает, усложняется их структура. Использование МКБ-11 без использования автоматизированных систем станет практически невозможным. Недаром д-р Маргарет Чен охарактеризовала МКБ-11 как инструмент новой информационной эры в здравоохранении, когда бумажный оборот уйдет в прошлое, а фиксация и обработка всей информации будет реализовываться исключительно с использованием электронных средств коммуникаций и компьютерных систем.

На настоящем же этапе перед всем мировым медицинским сообществом основными задачами являются повышение качества использования МКБ-10, повышение квалификации персонала, занимающегося кодированием диагностической информации, и внедрение автоматизированных систем кодирования. Эти задачи очень актуальны и для системы здравоохранения РФ.

Работа на перспективу

За последние годы в московском здравоохранении произошли значительные перемены, цель которых сделать медицинскую помощь для жителей и гостей столицы максимально доступной при неизменно высоком качестве. Реализованы масштабные инфраструктурные проекты, в основу которых был положен передовой мировой и российский опыт. Но работа по совершенствованию городской системы оказания медицинской помощи Москвы продолжается. На прошедшей в конце ноября XV ассамблее «Здоровье Москвы» были обозначены приоритетные направления этой работы в ближайшей перспективе. Представляем подробности нескольких ключевых проектов.

Повышение качества травматологической помощи

В настоящее время Департаментом здравоохранения города Москвы проводится работа по совершенствованию оказания медицинских услуг по профилю «Травматология и ортопедия». В разработке концепции развития службы непосредственное участие принимают главные внештатные специалисты Департамента здравоохранения города Москвы: травматолог-ортопед В.Э. Дубров и детский травматолог-ортопед Р.А. Кешишян. В дальнейшем к участию в проекте планируется привлечь ведущие стационары города, включая ГКБ им. С.П. Боткина, ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохобова и другие.

Одной из приоритетных возможностей для улучшения качества оказания травматологической помощи является присоединение травмпунктов детских и взрослых поликлиник Москвы к многопрофильным городским стационарам, имеющим травматологические отделения. Данная инициатива во многом обоснована необходимостью обеспечения большей преемственности в лечении после выписки из стационара, возможностью получения в случае необходимости консультаций экспертного уровня.

Переподчинение травмпунктов поликлиник учреждениям, оказывающим травматологическую помощь в стационарных условиях, стартует в 2017 году с пилотных проектов во взрослой и детской сети. В индивидуальном порядке в рамках проекта будут учтены все возможные нюансы, включая улучшение транспортной доступности (при принятии решения о территориальном переносе травмпункта или сохранении его местоположения) и особенности работы в период сезонного травматизма. Одновременно с передачей травмпунктов в городские стационары будет совершенствоваться и маршрутизация



**ОДНОЙ ИЗ ПРИОРИТЕТНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ
ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ
ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ
ПРИСОЕДИНЕНИЕ ТРАВМПУНКТОВ ДЕТСКИХ И
ВЗРОСЛЫХ ПОЛИКЛИНИК МОСКВЫ
К МНОГОПРОФИЛЬНЫМ ГОРОДСКИМ
СТАЦИОНАРАМ.**

пациентов, а также организация непрерывного обучения и стажировок медицинских работников травматологических пунктов на базе ведущих городских стационаров.

Совершенствование психиатрической службы

Общее направление развития психиатрической помощи в мире — оказание помощи в условиях, максимально приближенных к реальной жизни для максимальной социализации пациентов. На сегодняшний день психиатрическая сеть в Москве не в полной мере соответствует такой модели. Значительная часть людей, страдающих психическими расстройствами, вынуждена получать помощь в стационарных условиях, что зачастую неблагоприятно сказывается на процессе восстановления.

В планах Департамента здравоохранения города Москвы модернизировать городскую психиатрическую службу, сделать ее более доступной и социально ориентированной. Приоритетная задача такой модернизации — развитие амбулаторного звена, направленное на расширение возможностей населения получать качественную помощь в диспансере, расположенном неподалеку от его дома, посещать дневной стационар и каждый день возвращаться к семье.

В частности, в настоящее время уже ведется работа по расширению сети амбулаторных подразделений московской психиатрической службы путем открытия новых психоневрологических диспансеров (к 2018 году ожидается увеличение числа диспансеров почти в 2 раза) и внедрения стационарозамещающих технологий оказания помощи. Качественная психиатрическая помощь будет доступна и на дому, в том числе за счет создания отделений неотложной помощи.

Успешным примером практической реализации описанной концепции является ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского. В данном учреждении активная работа по совершенствованию амбулаторного звена, проводимая с 2013 года, позволила снизить среднюю длительность лечения в стационаре на 22%. Также почти на 30% сократилось число госпитализации пациентов в остром состоянии, на 45% снизился уровень принудительной госпитализации.

Есть и еще одна особенность: часть коек в психиатрических больницах занимают пациенты, которые уже не нуждаются в стационарном лечении, но не могут быть выписаны в силу ряда социальных обстоятельств. Они



В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ УЖЕ ВЕДЕТСЯ РАБОТА ПО РАСШИРЕНИЮ СЕТИ АМБУЛАТОРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МОСКОВСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПУТЕМ ОТКРЫТИЯ НОВЫХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ДИСПАНСЕРОВ.

не способны полностью себя обслуживать и проживать самостоятельно. Такие пациенты фактически «живут» в больницах, перемещаясь из стационара в стационар. Эта проблема будет решаться в рамках совместной работы с Департаментом труда и социальной защиты населения города Москвы путем передачи части коечного фонда в специализированные интернаты, где для пациентов будут созданы комфортные условия проживания и максимального сохранения качества жизни.

Развитие городской онкологической службы

Развитие онкологической службы является одним из приоритетных направлений совершенствования городского здравоохранения. Это объясняется двумя причинами. Во-первых, онкология является второй причиной смерти населения Москвы (21% от общего числа умерших). Во-вторых, 75% впервые выявленных злокачественных новообразований приходится на пациентов старше 70 лет. С учетом стабильного роста продолжительности жизни можно прогнозировать дальнейшее увеличение смертности от новообразований.

В последнее время достигнуты большие успехи в диагностике и лечении онкологических заболеваний: доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I–II стадии выросла на 6,5% с 2010 года (с 51,5 до 58%), а доля пациентов, которым удалось продлить жизнь на пять и более лет, за этот же период увеличилась на 12,6% (с 48,4 до 61%).

Тем не менее сохраняется большой потенциал в части улучшения организации медицинской помощи данной категории пациентов. На 2017 год запланированы мероприятия по всей онкологической сети Москвы, которые позволят привести пациента кратчайшим путем к правильному и своевременному диагнозу, назначению и выполнению лечения. В их



НА 2017 ГОД ЗАПЛАНИРОВАНЫ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ВСЕЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЕТИ МОСКВЫ, КОТОРЫЕ ПОЗВОЛЯТ ПРИВЕСТИ ПАЦИЕНТА КРАТЧАЙШИМ ПУТЕМ К ПРАВИЛЬНОМУ И СВОЕВРЕМЕННОМУ ДИАГНОЗУ.

числе объединение межрайонных онкологических отделений городских поликлиник с онкоцентрами стационаров, включая выстраивание четкого маршрута движения пациента от подозрения на онкологический диагноз до получения необходимого лечения, в том числе высокотехнологичного в стационаре.

Ключевым ресурсом проекта являются городские поликлиники, которые хорошо оснащены компьютерными и магнитно-резонансными томографами, эндоскопической и ультразвуковой техникой, обеспечены специалистами-диагностами. В новой структуре пациент сможет быстрее получать диагностику и качественное лечение, а врачам-онкологам будет проще взаимодействовать друг с другом по наиболее сложным вопросам. В итоге пациент получит своевременную точную диагностику в ближайшей поликлинике и комплексное лечение — хирургическое, химиотерапевтическое, лучевую терапию, если это необходимо, в онкологическом стационаре. Долечивание и амбулаторное наблюдение пациентов будут осуществляться в диспансерах и отделениях, которые станут подразделениями онкоцентров, не изменяя своего расположения в городских поликлиниках.

Также в 2017 году будут проводиться работы по улучшению информационных систем и справочников, используемых в онкологической службе, в том числе совершенствование канцер-регистра и его интеграция с ЕМИАС.

Совершенствование оказания населению скорой и неотложной медицинской помощи

Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова (ССиНМП) — крупнейшее в Европе учреждение, оказывающее скорую и неотложную медицинскую помощь заболевшим и

пострадавшим. Успешная работа ССиНМП в последние годы подтверждается положительной динамикой качественных показателей. Так, например, уже сейчас время дозвона по «03» не превышает 8 секунд, а среднее время прибытия бригады с момента поступления вызова снизилось на 23% с 2012 года (с 16,4 до 12,7 минуты).

Для улучшения качества оказания скорой и неотложной медицинской помощи детям и взрослым в 2016 году Департаментом здравоохранения города Москвы на базе ССиНМП организована работа Единого городского диспетчерского центра скорой и неотложной медицинской помощи. Пилотный проект успешно реализован в Зеленограде и Северо-Западном административных округах Москвы:

создан единый колл-центр, в который все экстренные и неотложные обращения граждан поступают по единому номеру «103»;

сформированы окружные диспетчерские центры, управляющие работой бригад на местах.

Приоритетами для дальнейшего развития скорой и неотложной помощи на 2017 год являются подключение всех административных округов города к Единому городскому диспетчерскому центру, а также поэтапное переподчинение отделений неотложной помощи, находящихся в городских поликлиниках, Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова при сохранении их текущего территориального расположения. Уже сейчас в поликлиниках Зеленограда проводится пилотный проект по переподчинению и организации работы отделений неотложной помощи на базе ССиНМП, завершение которого запланировано на февраль 2017 года.

Таким образом, за счет проводимых мероприятий решается главная задача — оказание медицинской помощи жителям максимально быстро, качественно и адресно (профильной бригадой).

Совершенствование инсультной сети города

Статистические данные показывают, что ежегодно в Российской Федерации свыше 500 тыс. человек страдают от инсульта. В Москве ежегодно более 42 тыс. человек попадают в больницу с острыми нарушениями мозгового кровообращения, к которым относятся не только инсульты, но и транзиторные ишемические атаки (то, что в народе называется микроинсультом). К сожалению, эта болезнь нередко приводит человека к полной или частичной утрате двигательных и речевых навыков. Для успешного

лечения важно как можно скорее обратиться к врачу при первых признаках инсульта.

Первые 4,5 часа после проявления признаков болезни — это то терапевтическое окно, которое позволяет медикам наиболее эффективно произвести тромболизис — растворить тромб с помощью препаратов. Чем быстрее врачи справятся с тромбом и восстановят кровоток, тем меньше пострадает мозг. В Москве на базе уже работающих сосудистых центров (29) крупных многопрофильных стационаров организуется инсультная сеть, цель которой оказать наиболее эффективную помощь при данном заболевании. Именно туда госпитализируют пациента для удаления тромба или для нейрохирургической операции при кровоизлиянии. Затем в зависимости от произошедших изменений (есть ли сложности с речью, движением, восприятием информации), вызванных инсультом, начинается лечение и реабилитация пациента в стационаре, которая продолжается и после выписки.

Сегодня наиболее часто тромб в сосуде растворяют с помощью специальных препаратов (это называется тромболизис), но уже вскоре начнут проводить операции по экстренному удалению тромбов. Суть нового метода заключается в том, что при помощи специальных инструментов с минимальным вмешательством проводится полное хирургическое удаление тромба. Новая методика (тромбэкстракция), так же как и тромболизис, рекомендована мировым экспертным сообществом как наиболее эффективная.

Повышение качества медицинской помощи при ведении беременности

В последние годы в Москве реализован комплекс мероприятий, направленных на защиту материнства и детства, совершенствование системы родовспоможения, что привело к заметному улучшению медико-демографических показателей. С 2010 по 2016 год младенческая смертность снизилась на 30% (с 8,4 до 5,9 случая на 1 тыс. родившихся живыми).

Новая модель соответствует принципам преемственности и интеграции учреждений родовспоможения с общей лечебной сетью, что дает возможность обеспечивать оптимальные условия для оказания медицинской помощи женскому населению в полном объеме. Стоит отметить, что в столице накоплен успешный опыт такой организации работы по ведению беременности, ряд женских консультаций уже функционирует в качестве подразделений многопрофильных стационаров (в структуре родильных



В МОСКВЕ НА БАЗЕ УЖЕ РАБОТАЮЩИХ СОСУДИСТЫХ ЦЕНТРОВ (29) КРУПНЫХ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ СТАЦИОНАРОВ ОРГАНИЗУЕТСЯ ИНСУЛЬТНАЯ СЕТЬ.

домов). Основное преимущество — экспертный уровень помощи пациенткам, своевременная диагностика и лечение патологий, системный контроль ведения беременности от постановки на учет до выписки из родильного отделения.

Сейчас реализуется пилотный проект на базе ГБУЗ «КДП № 121 ДЗМ» и ГБУЗ «ЦПСИР ДЗМ» по объединению женских консультаций и акушерского стационара. Такое объединение дает возможность в любой момент провести необходимое исследование в родильном доме или получить экспертное заключение врача. Еще одно преимущество заключается в возможности ротации специалистов стационара и консультации.

Все мероприятия пилотного проекта проводятся при экспертной поддержке и на основе рекомендаций одновременно двух главных внештатных специалистов Департамента здравоохранения города Москвы: А.Г. Коноплянникова (акушер-гинеколог) и А.А. Тяжелникова (специалист по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению).

Итоги пилотного проекта планируется подвести в марте 2017 года. С учетом полученных результатов предполагается реализовать проект по всей сети женских консультаций городских поликлиник с учетом специфики каждого отделения. При этом руководством медицинских организаций будет обеспечено сохранение уровня доступности медицинской помощи, а также возможность самостоятельного выбора родильного дома, создание комфортного рабочего пространства и условий труда сотрудников женских консультаций.

Проект призван улучшить преемственность оказания помощи беременным и роженицам, обеспечив тесное взаимодействие амбулаторного и стационарного звена акушерской помощи, что позволит обеспечить комплексное ведение беременности и единообразие подходов диагностики и лечения на всех этапах.

О состоянии и перспективах развития гастроэнтерологической службы в Москве

Болезни органов пищеварения традиционно остаются одной из актуальных и сложных проблем современной медицины. Хронические заболевания органов пищеварения широко распространены, и ряд их при отсутствии адекватного лечения приводит к развитию онкозаболеваний.

Дмитрий БОРДИН,

главный специалист-гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы, заведующий отделом патологии поджелудочной железы, желчных путей и верхних отделов пищеварительного тракта ГБУЗ МКНЦ ДЭМ, д.м.н.

Игорь БАКУЛИН,

заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, ведущий научный сотрудник отдела гепатологии ГБУЗ МКНЦ ДЭМ, д.м.н.

Татьяна ШКУРО,

заведующая организационно-методическим отделом по гастроэнтерологии ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», к.м.н.

На сегодняшний день в Москве отмечается определенный дефицит специалистов гастроэнтерологов и их недостаточная профессиональная подготовка. По профилю «гастроэнтерология» всего в городе работают 202 врача, их них 123 во взрослой сети. Всемирная организация здравоохранения рекомендует 1 гастроэнтеролога на 50 тысяч населения, что в Российской системе здравоохранения не реализовано. Аналогичная ситуация сложилась и в странах ЕС, там, в зависимости от особенностей национальной системы здравоохранения, количество жителей, приходящихся на одного специалиста-гастроэнтеролога, колеблется от 20 000 во Франции до 165 000 в Нидерландах. В 46% стран ЕС количество гастроэнтерологов недостаточно, в 30% стран — адекватно заболеваемости в регионе, а в 34% европейских государств существует избыток специалистов.



**В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ
СЛУЖБА ГОРОДА МОСКВЫ ПРЕДСТАВЛЕНА
СТАЦИОНАРАМИ С СУММАРНЫМ ФОНДОМ
В 330 КОЕК.**

Несмотря на это, в последние годы в Москве сделано немало для повышения качества лечебно-диагностической помощи больным гастроэнтерологического профиля. Приказами Департамента здравоохранения города Москвы № 28 от 16.01.2013 г. и № 229 от 13.03.2013 г. на базе Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии с присоединением ГКБ № 60 ДЗМ создан Московский клинический научно-практический центр (ГБУЗ МКНЦ ДЗМ) — многопрофильное, научно-исследовательское лечебное учреждение.

В настоящее время гастроэнтерологическая служба города Москвы представлена стационарами с суммарным фондом в 330 коек, из них 260 коек функционирует в ГБУЗ МКНЦ ДЗМ, а также гастроэнтерологическими отделениями многопрофильных больниц (ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ», ГБУЗ «ГВВ №3 ДЗМ»), суммарной мощностью в 70 коек и окружными медицинскими организациями (МО) амбулаторно-поликлинического звена первого и второго уровней.

Врачами-специалистами города, помимо лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта, осуществляется диспансеризация больных с наиболее сложной патологией органов пищеварения, отбор которых проводится совместно с врачом-терапевтом, а также ведется контроль за своевременным и полным охватом диспансерным учетом и оценка его эффективности.

Воспалительные заболевания кишечника

По итогам 2015 г. в Москве зарегистрированы 925 235 амбулаторных пациентов с заболеваниями органов пищеварения.

В структуре гастроэнтерологических заболеваний на амбулаторном этапе ведущее место занимают воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), патология поджелудочной железы, также хронические заболевания печени (циррозы печени), в то время как эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка, 12-перстной кишки) встречается реже.

В структуре гастроэнтерологических заболеваний на стационарном этапе ведущее место занимают декомпенсированные заболевания печени (цирроз печени различной этиологии), хронические панкреатиты, болезнь оперированного желудка, ВЗК, а также функциональные поражения кишечника. Отмечается уменьшение числа больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Количество госпитализаций в 2015 г. практически не отличалось от такового в 201 г. и составило 159 832 против 156 830 соответственно. Вместе с тем увеличилось количество госпитализаций по экстренным показаниям со 107 128 в 2014 г. до 112 333 в 2015 г. В структуре госпитализаций по экстренным показаниям ведущее место занимают ВЗК — болезнь Крона (БК), язвенный колит (ЯК) и другие поражения кишечника, хронический панкреатит (ХП), а также декомпенсированные циррозы печени различной этиологии и желудочно-кишечные кровотечения.

Во всем мире отмечается рост заболеваемости и распространенности ВЗК. Россия занимает 10-е место по заболеваемости в Европе (5,1 на 100 000 населения). Однако, по мнению экспертов, данные распространенности и заболеваемости ЯК и БК в Российской Федерации не отражают реальной картины, поскольку исследования проводились на малочисленных выборках и ограниченной территории. Следовательно, распространенность и заболеваемость ВЗК в России в целом не известна. При этом отсутствие достоверной информации о частоте заболевания не позволяет оценить потребность в том

или ином лекарственном препарате или методе лечения, затрудняет планирование финансирования для решения медицинских и социальных проблем, связанных с заболеванием. В 2015 г. по сравнению с 2014 г., по данным ГКУЗ Бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения города Москвы (ГКУЗ БМС ДЗМ), возросло число госпитализаций по экстренным показаниям пациентов с ЯК в стационары города с 500 до 509, так же как и общее количество госпитализаций — с 1523 до 1589. Вызывает особую тревогу тот факт, что в Москве увеличилось число летальных исходов от ЯК с 27 в 2014 г. до 39 в 2015 г. Аналогичная тенденция сохраняется и в отношении БК — число госпитализаций по экстренным показаниям возросло со 133 в 2014 г. до 221 в 2015 г., а общее с 769 в 2014 г. до 906 в 2015 г.

Стратегической целью диагностики и лечения ВЗК является обеспечение четкой системы мультидисциплинарного оказания медицинской помощи, соответствующей индивидуальным потребностям и ожиданиям пациентов для достижения у каждого из них максимально возможного улучшения здоровья и повышения качества жизни, на основе единой автоматизированной системы, содержащей полную информацию о больных ВЗК (регистра).

Принято выделять три основных вида регистров: Регистры лекарственных средств и медицинской техники; Регистры заболеваний (моно- и полинозологические регистры); Регистры оказания медицинской помощи, включающие клинические регистры.

С целью совершенствования организации медицинской помощи больным ВЗК в городе Москве в 2015 г. на базе ГБУЗ МКНЦ ДЗМ был создан Московский регистр больных с воспалительными заболеваниями кишечника. В настоящее время в Московский регистр включено около 400 пациентов. Задачами регистра является оценка заболеваемости и распространенности ВЗК в Москве; оценка эффективности терапии пациентов с ВЗК и определение потребности в генно-инженерных биологических препаратах (ГИБП) и препаратах базисной терапии (препараты 5-АСК, иммунодепрессанты, гормональные препараты) в Москве; и, следовательно, более эффективное расходование бюджетных средств. На основе анализа данных регистра возможно создание для врачей интернет-ресурсов, обеспечивающих доступ в режиме реального времени к достоверной и современной информации о диагностике и лечении ВЗК. Регистр является ключевым звеном в обеспечении координации между гастроэнтерологической и колопроктологической службами, органами учреждениями здравоохранения, органами социальной защиты, производителями и поставщиками медицинской продукции, касающейся лечения и социальной защиты пациентов с ВЗК.

ВЗК рассматривается в качестве предракового заболевания, поскольку ЯК и БК способствуют развитию ненаследственного колоректального рака (КРР) у лиц мужского пола после 50 лет.

Колоректальный рак

КРР является широко распространенной патологией во всем мире. По данным международного агентства по изучению рака (IARC), заболеваемость КРР в 2012 году по всему миру составила 1,36 млн, из них 447 тыс. случаев в Европе, а смертность — 693 тыс. человек в мире и 215 тыс. в Европе. Согласно предварительному прогнозу, численность вновь заболевших к 2035 году приблизится к 1,36 млн случаев среди мужчин и 1,08 млн случаев среди женщин.



ВРАЧАМИ-СПЕЦИАЛИСТАМИ ГОРОДА, ПОМИМО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НАИБОЛЕЕ СЛОЖНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ, ОТБОР КОТОРЫХ ПРОВОДИТСЯ СОВМЕСТНО С ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ.



**В СТРУКТУРЕ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ
ВЕДУЩЕЕ МЕСТО ЗАНИМАЮТ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА (ВЗК), ПАТОЛОГИЯ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ТАКЖЕ ХРОНИЧЕСКИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ (ЦИРРОЗЫ ПЕЧЕНИ).**

модифицируемые (эндогенные). Модифицируемые риски представлены особенностями пищевого рациона, который характеризуется избыточной калорийностью, высоким потреблением животных жиров, белка и легкоусвояемых углеводов и недостаточным потреблением грубоволокнистой растительной клетчатки. Кнемодифицируемым факторам риска относят наличие в анамнезе аденоматозных полипов толстой кишки, рака толстой кишки у родственников 1 линии, генетически детерминированных синдромов полипоза, ВЗК, сахарного диабета.

Золотым стандартом в диагностике ККР остается эндоскопическое исследование. С помощью этого метода можно выявить колоректальные полипы и опухоли, удалить полипы или взять образцы ткани для морфологического исследования. Согласно данным рандомизированных контролируемых исследований, скрининг с использованием сигмоскопии снижает смертность от ККР на 60–70% в популяции, а скрининговая колоноскопия снижает заболеваемость и смертность от ККР на 31 и 46% соответственно. На основании анализа рекомендаций ведущих международных организаций, а также результатов рандомизированных контролируемых исследований методов скрининга ККР, рекомендуется применять одну из следующих стратегий скрининга у лиц в возрасте от 50 до 75 лет: высокочувствительный анализ кала на скрытую кровь или иммунохимический анализ кала (каждый год) проводить в популяции, при положительном результате — направлять на колоноскопию. Для лиц из групп риска ККР рекомендуется проведение эндоскопического мониторинга (сигмо- или колоноскопии) один раз в три года.

Однако в нашей реальной практике эндоскопическое исследование для обследования больших групп населения не может стать рутинным скрининговым методом ввиду ряда причин экономического и организационного характера, а также отсутствия комплаенса у значительной части обследуемых.

В настоящее время продолжается поиск простой и эффективной стратегии скрининга ККР, имеющей высокую диагностическую ценность и экономическую эффективность. На основании анализа рекомендаций ведущих международных организаций рекомендуется формирование групп риска ККР среди лиц в возрасте от 50 до 75 лет с использованием высокочувствительного анализа с последующим проведением колоноскопии у позитивных лиц.

Для скрининга следует использовать высокоспецифичный и чувствительный иммунохимический анализ кала (ИАК), обеспечивающий выявление гемоглобина человека и при этом не требующий соблюдения специальной диеты.

Внедрение рутинных скрининговых процедур среди пациентов старше 50 лет приводит к снижению заболеваемости ККР и смертности. При этом не снижается

В структуре смертности населения России от злокачественных новообразований ККР занимает второе место у мужчин и женщин. В 2015 г. году ККР в Москве заболело 4682 человека, из них умерли 2349 человек. Из 100 впервые выявленных больных ККР более 70 умирают в 1-й год, так как при первичном обращении к врачу у 60–70% больных диагностируются III–IV стадии заболевания. В то же время при ранней диагностике ККР имеется возможность значительно снизить летальность.

Скрининг ККР остается сложной задачей, пути решения которой становятся темой пристального внимания исследователей во всем мире. Основные факторы риска ККР разделены на две группы — модифицируемые и

значение и первичной профилактики КРР, направленной на формирование и поддержание здорового образа жизни в популяции.

10.10.2015 г. в ГБУЗ МКНЦ ДЗМ впервые был организован День скрининга КРР, на который через СМИ были приглашены жители Москвы. Все участники заполнили анкету, в которой оценивались анамнестические данные, потенциальные факторы риска: образ жизни, наличие вредных привычек, наследственность, характер питания и т.д., также клинические симптомы. Затем проводился анализ кала на скрытую кровь (иммунохимический тест), и при положительном результате рекомендовалось проведение колоноскопии. Итогом мероприятия явилось то, что из 60 граждан, принявших участие в мероприятии, у 10 выявлена положительная реакция на скрытую кровь, из них 5 согласились пройти колоноскопию, по результатам которой у 3 обследованных были выявлены полипы толстой кишки (тубулярная аденома; размеры от 0,5 до 1,0 см); у 1 выявлен хронический геморрой, у 1 патологии не обнаружено.

Рак желудка

В Российской Федерации рак желудка занимает четвертое место в структуре всех злокачественных опухолей по заболеваемости и второе по смертности. По данным Бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения города Москвы (ГКУЗ БМС ДЗМ), в 2015 г. зарегистрировано 2242 случая впервые выявленного рака желудка, погибли 1538 больных.

Получена доказательная база, что не менее 95% случаев рака этиологически связаны с *H. pylori*. В 1994 году экспертная группа IARC признала *H. pylori* канцерогеном 1 типа у человека. Консенсус «Маастрихт-4» (2012 г.) констатировал, что *H. pylori* является наиболее важным фактором риска развития рака желудка, а эрадикация *H. pylori* является наиболее перспективной стратегией снижения заболеваемости раком желудка. Разработаны методы стратификации риска развития рака на основе использования данных эндоскопических и гистологических исследований, а также неинвазивной диагностики (серологического тестирования уровня пепсиногенов и выявления антител к *H. pylori*). Доказано, что эрадикация *H. pylori* останавливает прогрессирование повреждения слизистой оболочки на стадии до развития атрофии, следовательно, лечение инфекции наиболее эффективно у пациентов с неатрофическим гастритом. После эрадикации инфекции у больных с развившейся атрофией сохраняется риск развития рака желудка, пропорциональный степени и тяжести атрофического гастрита. В странах с высокой заболеваемостью раком желудка рассматриваются две стратегии профилактики — первичная и вторичная. Первичная профилактика — это популяционное устранение этиологического фактора (*H. pylori*), вторичная — формирование групп риска рака желудка и воздействие на них.

В странах с высокой заболеваемостью раком желудка (более 20 на 100 000 населения) экономически эффективной признана массовая эрадикация *H. pylori*. Такие программы реализуются в Японии и ряде стран Юго-Восточной Азии. Так, в Тайване массовая эрадикация *H. pylori* проводится с 2004 г. у лиц старше 30 лет, у которых по данным 13С-уреазного дыхательного теста подтверждается наличие *H. pylori*. При сопоставлении данных статистики 1995–2003 г. и 2004–2008 г. отмечено снижение распространенности *H. pylori* в популяции на 78,8%, снижение заболеваемости язвенной болезнью на 67,4%, заболеваемости раком желудка на 25% — с 40,3 до 30,4 на



СТРАТЕГИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВЗК ЯВЛЯЕТСЯ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЧЕТКОЙ СИСТЕМЫ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ПОТРЕБНОСТЯМ И ОЖИДАНИЯМ ПАЦИЕНТОВ.



**РАЗРАБОТАНЫ МЕТОДЫ СТРАТИФИКАЦИИ
РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ЖЕЛУДКА НА ОСНОВЕ
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДАННЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ
И ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, А ТАКЖЕ
НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ (СЕРОЛОГИЧЕСКОГО
ТЕСТИРОВАНИЯ УРОВНЯ ПЕПСИНОГЕНОВ И
ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИТЕЛ К H. PYLORI).**

(гастропанель) — определения в сыворотке крови концентрации биомаркеров атрофии — пепсиногена 1 (ПГ1), пепсиногена 2 (ПГ2) и их соотношения, доказавшее фармакоэкономическую эффективность. Чувствительность гастропанели для диагностики атрофического гастрита составляет 71–83%, специфичность 95–98%.

Эффективность определения пепсиногенов для диагностики атрофического гастрита продемонстрирована в Японии, Китае, Танзании, Доминиканской Республике, Финляндии, Италии, Латвии, США. Показана высокая корреляция данных серологического скрининга, гистологической диагностики и прогноза развития рака желудка. Консенсус «Маастрихт-4» рекомендовал использование валидизированных серологических тестов для диагностики H. pylori и маркеров атрофии (пепсиногенов) в качестве наилучших из имеющихся неинвазивных методов для выявления лиц с высоким риском рака желудка. Такой подход поддерживается и Европейскими рекомендациями по ведению пациентов с предраковыми изменениями в желудке (MAPS).

Современная модель скрининга выглядит следующим образом: в популяции определяются антитела к H. pylori, пепсиноген 1, соотношение ПГ1/ПГ2 («серологическая биопсия»). Уровень пепсиногена 1 ниже нормативного уровня для популяции (в Европе < 25 мкг/л) или соотношение ПГ1/ПГ2 < 3 являются серологическими критериями атрофического процесса и основанием для направления на гастроскопию с морфологической верификацией гастрита по системе OLGA. По факту выявления H. pylori проводится эрадикация инфекции. С учетом полученных морфологических данных стратифицируется риск развития рака, определяющая периодичность эндоскопического наблюдения. Высокая заболеваемость раком желудка в России и высокая летальность, связанная с поздним выявлением этого заболевания, определяют крайнюю актуальность выработки национальной стратегии профилактики и раннего выявления рака желудка. С учетом высокой распространенности H. pylori в российской популяции и основываясь на международном опыте, полагаем, что наиболее эффективной стратегией является формирование групп риска рака желудка на основе серологического скрининга в рамках программы диспансеризации, морфологического определения стадии гастрита, эрадикации H. pylori и динамического эндоскопического наблюдения.

В Москве распространенность H. pylori составляет 60,7–88%. В настоящее время диагностика и эрадикация H. pylori строго рекомендованы при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, MALT-оме желудка, атрофическом гастрите, после резекции желудка по поводу рака, при первой степени родства с больным раком желудка, при желании инфицированного пациента после консультации с доктором.

100 000 населения. Мета-анализ исследований, включавший 6695 больных в Японии со сроком наблюдения от 4 до 10 лет, показал, что относительный риск развития рака желудка после эрадикации H. pylori составляет 0,65 (снижается на 35%).

Мировым лидером вторичной профилактики рака желудка также является Япония, где в качестве инструмента скрининга ранее использовались крупнокадровая флюорография и фиброгастроскопия. Использование инвазивных методов скрининга предраковых изменений и выявления лиц с высоким риском рака желудка (ЭГДС, морфологическое исследование по системе OLGA) высокоэффективно, однако ограничивается значительными финансовыми и организационными трудностями. Оптимальным признано формирование групп риска на основе результатов неинвазивной диагностики

Современные международные (консенсус «Маастрихт-4») и отечественные (5-е Московское соглашение, Рекомендации РГА) рекомендации экспертов подробно регламентируют использование методов диагностики *H. pylori* как для первичного выявления инфекции, так и контроля эффективности проведенного лечения. Предложен ряд схем терапии, эффективность которой во многом определяется резистентностью *H. pylori* к антибиотикам. При этом вопрос о правильности использования рекомендаций экспертов в повседневной работе врачей становится критически важным. Как было уже сказано выше, инструментом изучения реальной клинической практики во многих областях медицины являются регистры. Данные таких наблюдательных программ служат ценным источником информации о реальной практике ведения пациентов и могут быть использованы для дальнейшего совершенствования клинических рекомендаций и алгоритмов, а также создания образовательных программ и материалов.

В настоящее время по инициативе Европейской группы по изучению *H. pylori* и микробиоты (EHMSG, <http://www.helicobacter.org>) проводится крупномасштабное проспективное многоцентровое наблюдательное исследование — Европейский регистр ведения инфекции *Helicobacter pylori* (European Registry on the management of *Helicobacter pylori* infection), протокол Hp-EuReg. В этом исследовании принимают участие 30 стран, в каждой из которых задействовано не менее 10 центров (медицинских учреждений). В России исследование координируется МКНЦ. Действуют центры в Москве, Санкт-Петербурге, Казани, Красноярске, Омске, Кемерово, Новосибирске, Чебоксарах, Рязани, Твери и других городах. Задачей центров исследования является сбор и внесение в электронную базу данных структурированной информации о рутинной клинической практике гастроэнтерологов и врачей общей практики, которые занимаются ведением больных, инфицированных *H. pylori*. Целью создания регистра является получение ответов на ряд ключевых вопросов диагностики и лечения инфекции *H. pylori*. В первую очередь регистр позволяет оценить соответствие рутинной реальной клинической практики рекомендациям международных и отечественных консенсусов по клиническим рекомендациям по диагностике и лечению *H. pylori*. Крайне важны данные об эффективности и безопасности используемых схем эрадикации *H. pylori*, доступности и адекватности применения диагностических тестов.

Данные российского сегмента регистра свидетельствуют о том, что практика ведения больных *H. pylori* далека от оптимальной. Наиболее часто ошибки отмечены в выборе схем и продолжительности лечения, а также при контроле эффективности терапии. Согласно рекомендациям экспертов, его следует проводить не ранее, чем через 30 дней после завершения приема всех препаратов схемы. Несоблюдение этого правила ведет к ложному заключению об эффективности терапии. Предпочтение следует отдавать неинвазивным методам: 13C-уреазному дыхательному тесту (чувствительность 96%, специфичность 93%) и определению антигена *H. pylori* в кале. (чувствительность 92,1%, специфичность 94,1%). Точность получившего распространение в России мочевинового дыхательного Хелик-теста существенно ниже. Одной из распространенных ошибок является применение для контроля эффективности эрадикации серологического метода. После успешного устранения *H. pylori* в крови еще долго остаются антитела, поэтому данный метод не должен использоваться.

У значительной части пациентов контроль эрадикации вовсе не выполняется. Ошибочность такого подхода очевидна, поскольку целью назначения терапии является



**ДАННЫЕ РОССИЙСКОГО СЕГМЕНТА РЕГИСТРА
СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О ТОМ, ПРАКТИКА ВЕДЕНИЯ
БОЛЬНЫХ *H. PYLORI* ДАЛЕКА ОТ ОПТИМАЛЬНОЙ.**



**ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ
ОПТИМИЗИРОВАТЬ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ
И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ У БОЛЬНЫХ
С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ
РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПУТЕМ КОНЦЕНТРАЦИИ
ПАЦИЕНТОВ ДАННОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО ГЕПАТОЛОГИЧЕСКОГО
ЦЕНТРА.**

медицинской помощи данной категории пациентов (снижения заболеваемости раком желудка, язвенной болезнью, в том числе осложненных ЖКК форм) целесообразно внедрение системы сбора информации в Регистр со всех МО города и коррекция клинической практики на основе анализа полученных данных.

Хронический панкреатит (ХП) является заболеванием, основными этиологическими факторами которого являются злоупотребление алкоголем, курение, патология билиарного тракта и наследственные факторы. Одно из наиболее современных направлений изучения острого и хронического панкреатита — исследование факторов генетической предрасположенности к развитию этого заболевания. На базе ГБУЗ МКНЦ ДЗМ для повышения качества оказания медицинской помощи пациентам данной категории создан Регистр больных ХП, предусматривающий в том числе оценку генетических мутаций, являющихся причиной ХП.

Заболевания печени

В 2015 г., согласно данным ГКУЗ БМС ДЗМ, возросло число госпитализаций в стационары г. Москвы больных циррозом печени различной этиологии, составившее 3960 случаев (против 3827 в 2014 г.), в том числе по экстренным показаниям — 2279 (против 2001 случая в 2014 г.). При этом доля «неалкогольных» циррозов печени (аутоиммунного, вирусного, метаболического генеза) составляет около 50%. В 2015 г. проведена 41 трансплантация печени. В стационарах г. Москвы в 2015 г. от циррозов печени и их осложнений погибли 598 человек. Вероятно, столь высокие показатели госпитализации (в том числе по экстренным показаниям), высокие показатели смертности пациентов с хроническими заболеваниями печени обусловлены как особенностями клинического течения заболевания, так и несвоевременной диагностикой, отсутствием скрининговых и профилактических мер. Представляется целесообразным оптимизировать лечебно-диагностические и профилактические подходы у больных с хроническими заболеваниями печени различной этиологии путем концентрации пациентов данного профиля в условиях московского Городского гепатологического центра (МГГЦ) на базе ГБУЗ МКНЦ ДЗМ.

Заключение

Перспективы развития гастроэнтерологической службы связаны с разработкой и внедрением программ скрининга и профилактики колоректального рака и рака желудка, ведением и анализом регистров больных ВЗК, хроническим панкреатитом, заболеваниями, ассоциированными с *H. pylori*.

избавление от инфекции. Отсутствие оценки эффективности лечения, с одной стороны, не позволяет документировать достижения цели лечения у конкретного больного, с другой стороны, лишает врача возможности получить информацию об эффективности назначаемых схем лечения в данном регионе (популяции). Последнее принципиально важно для критического переосмысления практики и своевременного перехода на более эффективные схемы.

Обращает на себя внимание тот факт, что 80% практических врачей не желают проводить повторный курс эрадикации *H. pylori* в случае неудачи при применении первой схемы. При наличии абсолютных показаний к проведению антихеликобактерной терапии — такой подход недопустим и лишь способствует накоплению в популяции антибиотикорезистентных штаммов *H. pylori*.

В Москве в целях повышения качества оказания

Нейрохирургическая служба Департамента здравоохранения города Москвы в 2014–2015 гг. и работа главного внештатного нейрохирурга

О работе службы рассказывает главный внештатный нейрохирург
Департамента здравоохранения города Москвы Андрей ГРИНЬ

Анализ работы нейрохирургической службы в городе Москве в 2014-м и 2015 гг. показал следующее. В 2014 г. в 15 стационарах для оказания помощи взрослому населению было 22 нейрохирургических отделения, в которых имелась 981 койка. На 1 июня 2015 г. в результате реструктуризации коечного фонда в 14 стационарах осталось 20 нейрохирургических отделений, в которых размещено 719 коек. В 2014 г. была закрыта ГКБ № 19 и с ней сокращены 2 нейрохирургических отделения (110 коек для оказания помощи больным с травмами и заболеваниями позвоночника и спинного мозга). С 01.12.2015 г. в ГКБ им. С.П. Боткина 60-коечное отделение сокращено до 30 коек. На 1 января 2016 г. в нейрохирургических отделениях для взрослого населения функционирует 689 коек. Сокращение составило 30%.



**В 2015 Г. БЫЛИ РАЗРАБОТАНЫ И ВНЕДРЕНА
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ-
НЕЙРОХИРУРГОВ И НАБОР ТЕСТОВ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТОВОГО ЭКЗАМЕНА. ПРОВЕДЕНО
НЕСКОЛЬКО ЗАСЕДАНИЙ АТТЕСТАЦИОННОЙ
КОМИССИИ.**

В течение 2014 года в нейрохирургических отделениях стационаров находились 25 563 пациентов, которым произведено 7739 операций (хирургическая активность составляла 31%), а также было выполнено 7580 первичных хирургических обработок ран (ПХО). Количество пациентов, осмотренных нейрохирургом на амбулаторном приеме, превышало 30 000 чел. Консультативная помощь в кабинетах плановых консультаций оказана более 25 000 пациентов. В течение года 4 выездные нейрохирургические консультативные бригады выполнили в других стационарах города 4769 консультаций и 36 операций. В 2014 году в стационарах работали 205 нейрохирургов. Часть врачебных ставок в течение 2014-го и начале 2015 гг. была сокращена. В среднем на одного нейрохирурга в течение года приходилось 292 консультации, 38 операций, 37 — ПХО и 122 пролеченных в стационаре пациента.

В 2015 г. были пролечены 28 468 пациентов, на 11% больше, чем в предыдущем году. Прооперированы 9156 больных (на 18% больше). Хирургическая активность возросла до 32%. Первичных хирургических обработок ран было выполнено 7106. Амбулаторно в течение года осмотрены 41 498 пациентов и еще 49 153 человека консультированы в плановом порядке. Врачами выездных консультативных бригад в 2015 г. выполнено 4820 консультаций и 34 операции. В связи с недостаточной загруженностью бригад (бригада НИИ СП в среднем за сутки выполняла 6,3 консультации, ГКБ им. С.П. Боткина — 1,9; ГКБ № 79 — 2,8; ГКБ № 15 — 3,2) с 1 июля перестала функционировать бригада больницы им. С.П. Боткина. Для повышения эффективности работы консультативных бригад планируется в 2016 г. оставить только две. Предполагаемое количество консультаций, приходящееся на 1 консультативную бригаду, будет составлять от 6,5 до 7.

По состоянию на 31.12.2015 г. в отделениях имелось 200,75 ставки нейрохирургов, с учетом совместителей было занято 193,25 (занятость 96,3%), на которых работают 198 врачей. В эти ставки входят врачи оставшихся трех консультативных нейрохирургических бригад (15 ставок). Таким образом, на одного нейрохирурга в 2015 г. пришлось в среднем: 280 консультаций, 215 принятых амбулаторных пациентов, 148 пролеченных больных в стационаре, 48 операций и 37 ПХО. Как видно, нагрузка на врачей увеличилась.

Имеется положительная динамика по снижению общей и послеоперационной летальности. В 2014 г. всего умерли

1279 пациентов и 1408 — в 2015 (общая летальность — 5,1 и 4,9% соответственно). После операций умерли 941 пациент в 2014 г. и 962 — в 2015 г. (послеоперационная летальность — 12 и 10,5% соответственно). Более чем в 90% случаев летальность была обусловлена тяжелой черепно-мозговой и сочетанной травмой.

В стационарах города Москвы в структуре нейрохирургической патологии преобладают черепно-мозговая травма (51–52%), травма и заболевания позвоночника и спинного мозга (27–29%), пациенты с различными формами нарушений мозгового кровообращения и патологией церебральных сосудов (6–7%), опухолями центральной нервной системы и позвоночника (4–5%). На другую нейрохирургическую патологию (травмы и заболевания периферической нервной системы, аномалии центральной нервной системы (ЦНС), воспалительные заболевания и др.) приходится от 8 до 13% (табл. 1).

В течение 2015 года увеличился спектр выполняемых операций (развивается функциональная нейрохирургия: операции при фармакорезистентной эпилепсии, болевых синдромах позвоночника, при патологии периферических нервов и другие).

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

Количество пострадавших с тяжелой ЧМТ и травмой

Таблица 1. Структура основной нейрохирургической патологии в нейрохирургических отделениях стационаров Департамента здравоохранения города Москвы в 2014–2015 гг.

Вид патологии	2014 г., кол-во больных	2015 г., кол-во больных	всего	оперировано
	всего	оперировано		
Черепно-мозговая травма	13 157	1663	14395	1770
Дегенеративные заболевания позвоночника	5385	2862	5861	3328
Различные формы ОНМК (всего) –	1724	1048	1733	1069
Из них:				
– артериальные аневризмы	377	306	432	326
– артериовенозные мальформации	93	55	107	75
– геморрагический инсульт	762	382	607	393
– ишемический инсульт и ТИА*	492	305	587	292
Травма позвоночника и спинного мозга (ПСМ)	1281	729	1348	761
Опухоли головного мозга	871	642	1162	731
Опухоли спинного мозга и позвоночника	194	160	207	145
Последствия черепно-мозговой травмы	196	150	408	390
Последствия травмы ПСМ	455	285	107	65
Спондилиты и эпидуриты	100	60	141	63
Гидроцефалия	110	82	101	78
Другая нейрохирургическая патология	2090 (8%)	58 (0,8%)	3005 (10,6%)	756 (8,3%)
Итого	25 563	7739	28 468	9156

*ТИА – транзиторные ишемические атаки.

средней степени тяжести постепенно увеличивалось и в течение последних 4 лет составило 7–8 тысяч (в 2002 г. не превышало 4,5 тыс.). За последние годы число больных с ЧМТ остается на одном уровне и не увеличивается (например, в 2012 г. были госпитализированы 14 280 пациентов с ЧМТ, из них — 8000 с сотрясением головного мозга; оперированы по поводу тяжелой ЧМТ — 1756 больных).

Отмечается постоянное увеличение количества больных с опухолями ЦНС (например, в 2002 г. были госпитализированы 439 пациентов, и 271 из них были оперированы, а в 2015-м — 1162 и 731 соответственно), а также пациентов с дегенеративными заболеваниями позвоночника и спинного мозга (в 2002 г. было госпитализировано 1724 пациента, из которых — 892 были оперированы, а в 2015 г. — 5861 и 3328 соответственно). Среди жителей г. Москвы ежегодно необходимо оперировать до 3300 пациентов с опухолями головного мозга и метастазами в мозг.

В хирургическом лечении также нуждаются не менее 1000 пациентов с травмой ПСМ (оперируют только 75%) и 12–36 тыс. больных с дегенеративными заболеваниями позвоночника (в городской сети оперируют только 10%).

Часть пациентов оперируют в расположенных в Москве федеральных центрах, в первую очередь в НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко. При этом потребности в хирургическом лечении всех больных не покрываются даже с учетом таких центров.

С начала 2000-х годов происходило постепенное увеличение количества госпитализированных и оперированных больных с ОНМК. Так, в 2002 г. были госпитализированы 401 пациент с геморрагическими инсультами и 230 — с не-травматическими субарахноидальными крово-

излияниями, из которых оперированы 176 и 149 больных соответственно. Исходя из количества жителей города Москвы — 12 100 000, ежегодно должно быть оперировано 360–370 пациентов по поводу геморрагического инсульта и 600 пациентов — по поводу аневризм головного мозга. В течение последних 4 лет количество оперированных больных с аневризмами головного мозга колеблется от 300 до 330, то есть около 50% от всех нуждающихся. При геморрагических инсультах оперируют 110% от необходимого числа, но летальность при этом в 2014 году превышала 50%, а в 2015 г. составила 43%. Высокая летальность свидетельствует либо о превышении показаний к операциям у ряда пациентов, либо о



НА БАЗЕ НИИ СП ИМ. Н.В. СКЛИФΟΣОВСКОГО ЕЖЕГОДНО ГОТОВИТСЯ ОТ 5 ДО 10 НЕЙРОХИРУРГОВ В ОРДИНАТУРЕ, И 90% ИЗ НИХ РАБОТАЮТ В СТАЦИОНАРАХ ГОРОДА.

Таблица 2. Некоторые показатели лечебной работы нейрохирургических отделений стационаров Департамента здравоохранения города Москвы в 2014 г.

Стационар	Полечено больных/ на 1 койке	Оперировано без ПХО, чел.	Опер. с ПХО, чел.	Хир. активность без ПХО, %	Кол-во опер. на 1 нейрохирурга без ПХО	Кол-во опер. на 1 нейрохирурга с ПХО
ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова	1817/30	473	1843	26	24	92
¹ ГВВ № 2	1055/19	631	631	60	105	105
ГКБ № 3	938/31	154	360	16	26	60
ГКБ № 14	1182/20	237	1039	20	30	130
ГКБ № 15 им. О.М. Филатова	267/13	187	202*	70	14	16
ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохобова	3855/30	967	1440	25	42	63
ГКБ № 68	1011/34	427	1107	42	43	111
² ГКБ № 79 им. С.С. Юдина	3078/51	470	1188	15	43	108
ГКБ № 81	523/26	108	146	21	22	29
³ ГКБ им. В.М. Буянова	808/27	438	467	54	63	67
⁴ ГКБ им. А.К. Ерамишанцева	2874/48	305	1166	11	25	97
⁵ ГКБ им. Ф.И. Иноземцева	1637/36	533	1719	33	33	107
ГКБ им. Боткина	3434/20	1303**	2389	38	48	88
⁶ НИИ СП	2055/21	1505	1703	73	50	57

¹ГВВ № 2 – Госпиталь ветеранов войн № 2; 2 бывшая ГКБ № 7; 3 бывшая ГКБ № 12; 4 бывшая ГКБ № 20; 5 бывшая ГКБ № 36; 6 НИИ СП – НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского; *15 операций при инсультах на головном мозге выполнено врачами отделения в других стационарах; ** 9 операций выполнено врачами консультативной бригады в других стационарах

недостаточном применении щадящих методов хирургии, таких как эндоскопические и пункционные методики, и о недостатках в лечении и выхаживании таких больных. Во многих стационарах отсутствует реанимация для нейрохирургических больных, а там, где она существует, отмечается большой дефицит реабилитационного звена. Так, нейрореанимационных коек должно быть не менее 20% от количества нейрохирургических коек — 140. В стационарах города Москвы в 2015 г. было 54 (39%) нейрореанимационных коек для нейрохирургических больных. В некоторых стационарах нейрореанимационными койками называют койки в отделениях неврологической реанимации и даже — в хирургической. Увеличение хирургической активности при ОНМК может быть достигнуто за счет улучшения выявляемости аневризм сосудов головного мозга в неврологических отделениях и за счет увеличения количества операций при симптомных стенозах магистральных сосудов шеи. Для этого всех больных с субарахноидальными кровоизлияниями и симптомными стенозами магистральных сосудов шеи должны консультировать нейрохирурги.

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

При правильной организации работы операционных и анестезиологической службы, своевременном приобретении расходных материалов для хирургии позвоночника,

эндоваскулярных методов лечения потенциала нейрохирургической службы хватит для увеличения количества операций в 2 раза.

Из табл. 2 видно, что средний койко-день по нейрохирургическим отделениям города колебался в 2014 г. от 7–8 (ГКБ № 7, № 20) до 28 (ГКБ № 15). В среднем по городу койко-день составил 14. С учетом специфики нейрохирургических больных и при хорошей организации работы операционных, преемственности лечения в поликлиническом и реабилитационном звеньях средний койко-день в нейрохирургическом отделении может составлять 12 дней. Однако в погоне за низким койко-днем и оборотом койки для зарабатывания больницами денег в 2015 г. в ГКБ им. А.К. Ерамишанцева дело дошло до nepозволительной ситуации: на официальных 30 койках и штатном расписании 10 нейрохирургов больница пролечила в стационаре 4096 пациентов! То есть на одной койке в среднем пролечено 137 пациентов — это 2,7 среднего койко-дня. Причем 3000 пациентов, исходя из отчета заведующего отделением, были с ушибами головного мозга! Такого количества больных с ушибами головного мозга нет ни в одной больнице г. Москвы. Очевидно необоснованное утяжеление диагноза очень многим пациентам. Другого объяснения увеличения оборота койки более чем на 100% (ГКБ № 3) или возрастание оборота койки в три раза (ГКБ им. А.К. Ерамишанцева) мы не видим.

Хирургическая активность в отделениях варьирует от очень низкой — 10–15% (ГКБ № 3, ГКБ им. А.К. Ерамишанцева и ГКБ № 79 им. С.С. Юдина) до высокой — 60–73% (ГВВ № 2, ГКБ № 15, ГКБ им. В.М. Буянова, НИИСП).

Таблица 3. Некоторые показатели лечебной работы нейрохирургических отделений стационаров Департамента здравоохранения города Москвы в 2015 г.

Стационар, кол-во коек	Полечено больных/на 1 койке	Оперировано без ПХО, чел.	Опер. с ПХО, чел.	Хир. активность без ПХО, %	Кол-во опер. на 1 нейрохирурга без ПХО	Кол-во опер. на 1 нейрохирурга с ПХО
ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, 40 коек	1867/47	895	2079	48	45	104
ГВВ № 2, 50 коек	1224/24	683	683	56	114	114
ГКБ № 3, 20 коек	1307/65	171	442	13	29	74
ГКБ № 14, 30 коек	1037/35	399	822	38	57	117
ГКБ № 15 им. О.М. Филатова, 20 коек	363/18	219+12*	231	60	18	18
ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохобова, 110 коек	3823/35	1132	1593	30	49	69
ГКБ № 68, 30 коек	1017/34	301	408	30	33	45
ГКБ № 79 им. С.С. Юдина, 50 коек	3042/61	451+15*	1270	15	26	71
ГКБ № 81, 20 коек	614/31	154	230	25	26	38
ГКБ им. В.М. Буянова, 30 коек	896/30	543	567	61	78	81
ГКБ им. А.К. Ерамишанцева, 30 коек	4096/137	390	1445	10	39	145
ГКБ им. Ф.И. Иноземцева, 45 коек	1733/39	699	1574	40	44	98
ГКБ им. С.П. Боткина, 118 коек	5182/44	1587+5*	2948	31	55	101
НИИ СП, 96 коек	2240/23	1568+2*	2007	70	51	65

*Указано количество операций в других стационарах, выполненных сотрудниками отделения, работающими на выездной консультативной бригаде.

Работа главного нейрохирурга Департамента здравоохранения города Москвы

В течение 2015 года главным нейрохирургом Департамента здравоохранения города Москвы осуществлено ежегодное посещение всех нейрохирургических отделений города с комплексной оценкой состояния нейрохирургической службы, включая кадровый состав, профессиональную подготовку, качество оказания помощи больным и ведение документации, оснащение стационаров, диагностической службы и операционных, а также порядок госпитализации и перемещения больных в пределах стационара. Ситуация в каждом из стационаров была обсуждена с главными врачами больниц и достигнуто определенное взаимопонимание, совместно намечен план работы по улучшению организации и качества оказания помощи нейрохирургическим больным.

Однако, если посмотреть на количество операций, приходившихся в течение года на одного нейрохирурга, то при хирургической активности 70% в ГКБ № 15 на одного хирурга пришлось 14 операций в год в 2014 г. и 18 — в 2015 г., что является крайне низким показателем, не позволяющим поддерживать качество хирургии на хорошем уровне. В среднем одним нейрохирургом в течение 2015 г. было выполнено от 18 операций (ГКБ № 15) до 114 (в ГВБ № 2). Отделение в ГВБ № 2 является плановым, чем и обусловлена высокая хирургическая активность. По остальным стационарам на одного хирурга приходилось от 22 до 78 операций. Целевым показателем должно стать 50–75 операций в год на одного врача. Опыт европейских стран показывает, что на одного нейрохирурга приходится от 100 до 200 операций. По данному показателю имеется положительная тенденция: если в 2014 г. только в трех

стационарах города Москвы на одного нейрохирурга приходилось 50 и более операций, то в 2015 году таких стационаров стало 6. Данные таблицы демонстрируют, что в ГКБ № 20 и ГКБ № 79 им. С.С. Юдина госпитализируют большой поток пациентов, не нуждающихся в нейрохирургическом лечении и не нуждающихся в длительной госпитализации, т.е. те пациенты, которые могут получать лечение в амбулаторном звене.

Проведен анализ оснащения нейрохирургических отделений (табл. 4), маршрутизации передвижения больных от момента поступления в стационар и до выписки, условий работы врачей и среднего медицинского персонала, соответствия работы отделений и больниц, в которых они расположены, действующим приказам Минздрава РФ и Департамента здравоохранения города Москвы.

Выявлено, что в той или иной степени всеми стационарами не соблюдаются: Приказ Минздрава РФ № 931н от 15.11.2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия» и Приказ Минздрава РФ № 928н от 15.11.2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения».

Проанализировав сложившуюся ситуацию, для улучшения работы нейрохирургических отделений Департамент здравоохранения города Москвы оперативно подготовил и издал Приказ № 323 от 18.04.2016 г. «О дальнейшем совершенствовании организации оказания специализированной медицинской помощи по профилю «нейрохирургия» взрослому населению города Москвы в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы». Этот приказ аккумулировал в себе основные положения Приказов Минздрава РФ 928н, 931н, 422ан (от 7.07.2015) и является обязательным к исполнению по всем пунктам. Для более рационального использования ресурсов больниц и медицинских кадров Департамент

Таблица 4. Оснащение стационаров города Москвы по состоянию на 31.12.2015 г.

Оборудование	Кол-во оборудования	Число коек на единицу оборудования	Число единиц оборудования на отделение нейрохирургии	Нормативные показатели оснащения*
КТ	28	25	1,4	1/отделение
МРТ	17	41	0,85	1/отделение
Сериограф	12	57	0,6	1/отделение
Операционный микроскоп	23	30	1,15	1/ 30 коек
Эндоскопическая стойка	14	49	0,7	1/ отделение
Нейронавигация	10	69	0,5	1/ отделение
С-дуга	14	49	0,7	1/ отделение
Итраоперационный КТ	2	345	0,1	—
Робот	1	689	0,05	—

*Нормы указаны согласно Приказу от 15 ноября 2012 г. № 931н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Нейрохирургия»; мощность нейрохирургического отделения – 30 коек.

здравоохранения города Москвы распределил потоки пациентов по разным нозологиям между наиболее подготовленными для их лечения больницами. Теперь пациенты одного профиля будут концентрироваться в определенных стационарах. Это повысит качество оказания помощи и снизит затраты на их лечение.

В соответствии с выявленными недостатками в работе часть из них уже была устранена, остальные были обсуждены с главными врачами стационаров и руководством соответствующих подразделений ДЗ города Москвы.

По результатам анализа проведенной реструктуризации нейрохирургических отделений стационаров была составлена аналитическая справка, включавшая оценку состояния нейрохирургической службы города, а также предложения по ее улучшению и приведению в соответствие с действующими Приказами МЗ РФ.

Совместно с Департаментом здравоохранения города Москвы в 2015 г. был подготовлен и 18.04.2016 г. издан Приказ № 323 «О дальнейшем совершенствовании организации оказания специализированной медицинской помощи по профилю “нейрохирургия” взрослому населению города Москвы в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

Совместно с Департаментом здравоохранения города Москвы и главными неврологом и кардиологом Департамента здравоохранения города Москвы был подготовлен и издан Приказ № 904 от 27.10.2015 г. «О дальнейшем совершенствовании организации медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями».

Два раза в течение года проведено совещание с заведующими нейрохирургическими отделениями города, на которых заслушивались их отчеты. Заведующие в свою очередь получают информацию о состоянии нейрохирургической помощи населению в г. Москве, о проблемах и перспективах развития нейрохирургической службы. В течение 2015 г. каждому из заведующих нейрохирургическими отделениями были даны конкретные рекомендации по улучшению работы отделений, а также оказана посильная помощь в рабочем порядке по их просьбе.

По распоряжению МГФОМС был подготовлен ряд технологических карт, соотнесены услуги и расходный материал и разработаны в очередной раз клинико-статистические группы.

В качестве главного нейрохирурга Департамента здравоохранения города Москвы участвовал в разработке и обсуждении ряда Приказов Департамента здравоохранения города Москвы («по совершенствованию реабилитации больным неврологического и нейрохирургического профилей», «о работе выездных консультативных нейрохирургических бригад» — в настоящий

Некоторые рекомендации по улучшению работы нейрохирургических отделений:

- Необходимо привести штатное расписание нейрохирургических отделений в соответствие с приказом ДЗ города Москвы № 323 от 18.04.2016 г.
- Дооснастить нейрохирургические отделения и операционные стационаров, входящих в структуру РСЦ, в соответствии с приказом Минздрава № 928н.
- Нейрохирургия одна из наиболее трудоемких, ресурсоемких специальностей, поэтому необходимо изыскивать средства для финансирования закупок новейшего оборудования для научно-практической деятельности.
- Во всех стационарах необходимо обеспечить наличие оснащенных экстренной и плановой операционных для каждого нейрохирургического отделения, обеспеченных операционными сестрами и анестезиологами (в ряде стационаров выявлен недостаток в анестезиологах, в связи с чем происходят задержки при оказании экстренной помощи больным).
- Необходима избирательная госпитализация пациентов в нейрохирургические отделения и увеличение хирургической активности за счет расширения спектра нейрохирургической помощи (хирургия периферической нервной системы, функциональная нейрохирургия, хирургия заболеваний позвоночника, реконструктивная нейрохирургия).
- Число пациентов с ЧМТ имеет тенденцию к снижению и может быть уменьшено на треть за счет полноценного обследования в приемном отделении (осмотр нейрохирурга, выполнение КТ головного мозга, при необходимости и смежных специалистов) больных с легкой ЧМТ и готовности амбулаторного звена к лечению и наблюдению за такими пациентами.
- Необходимо реорганизовать работу выездных консультативных нейрохирургических бригад: оставить две бригады на базе НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, обеспечив экономию средств государства за счет сокращения количества бригад с 4-х до 2-х.
- Учитывая сложность нейрохирургической работы, тяжесть, длительность операций, использование на операциях лучевых методов контроля — необходимо сохранить врачам соответствующие надбавки за сложность и вредность, а также длительность отпуска.

Некоторые из выявленных проблем нейрохирургической службы носят общий характер и касаются всех отделений:

- Во всех стационарах имеют место нарушения работы нейрохирургических отделений в соответствии с Приказом Минздрава 931н: нарушен порядок обследования больных в приемном отделении, не хватает 12 нейрохирургических операционных с соответствующим оснащением.
- Выявлено несоответствие оснащения стационаров, относящихся к РСЦ, приказу Минздрава № 928н.
- Главные врачи не имеют возможности докупать оборудование в операционные. Существующая оплата за лечение больных не покрывает потребностей в текущем лечении и не подразумевает аккумуляцию средств для покупки нового оборудования, ремонта имеющегося.
- В ряде стационаров очень низкая хирургическая активность, приходящаяся на одного нейрохирурга, что сказывается на качестве хирургической помощи.
- Существующая система оплаты за лечение больных приводит к большому числу госпитализаций пациентов, не нуждающихся в стационарном лечении, — для заработка денег. Именно по этой причине диагнозы «утяжеляют» для оплаты более дорогостоящего МЭСа.
- В ряде стационаров нагрузка на медперсонал превышает возможности ее выполнения в рабочее время, что приводит к сверхэксплуатации сотрудников и физической невозможности оказания качественной и своевременной помощи больным.
- От врачей администрация требует выполнения плана по количеству пролеченных больных и подсчета количества заработанных денег. При таком потоке больных страдает качество лечения.
- Нейрохирурги превращаются в «пишущие машинки», направленные на прогон максимального количества больных через отделение при полной незаинтересованности в пациентах, нуждающихся в хирургическом лечении и лечении тяжелых больных.
- Некоторые главные врачи не отпускают нейрохирургов на симпозиумы, научные конференции, мастер-классы и т.д. Посещение таких мероприятий становится возможным только в отпуске и за свой счет. Например, расходы на участие в Съезде нейрохирургов России в июне 2015 г. в г. Казани составили в среднем 40 тыс. руб (билеты, регистрационный взнос, проживание в гостинице, питание). При существующих зарплатах немногие могут себе это позволить. Поэтому вопрос о непрерывности последиplomного образования и повышения квалификации врачей без поддержки администрации больниц является открытым.
- Имеются жалобы, что при переводе пациентов из поликлиники в стационар поликлиника «теряет» деньги. Поэтому врачи поликлиник до «последнего» не отправляют больных на консультации в стационары, при этом отказываются направлять в тот стационар, который выбирает пациент (в пределах Москвы), нарушая при этом права пациентов. Это негативная тенденция приводит к задержке с госпитализацией профильных больных, ухудшает качество лечения и может способствовать повышению количества летальных случаев и плохих функциональных исходов.
- Работа нейрохирургических консультативных бригад недостаточно эффективна и требует реорганизации.
- С учетом всего вышеизложенного в ряде нейрохирургических отделений города наблюдается низкая конкурентноспособность по сравнению с частными клиниками и коммерческими стационарами.

момент находятся на согласовании в ДЗМ), работе клиничко-экспертных комиссий по разбору жалоб больных и работе стационаров, например, в ГКБ № 7, в ГКБ № 67), в работе коллегий Департамента здравоохранения города Москвы и в ряде совещаний.

По направлению Департамента здравоохранения города Москвы и поликлиник города произведена консультация более 200 пациентов и участие в большом количестве клинических разборов и операций.

В 2015 г. были разработаны и внедрены критерии оценки квалификации врачей-нейрохирургов и набор тестов для проведения тестового экзамена. Проведено несколько заседаний аттестационной комиссии.

Совместно с главным травматологом ДЗ г. Москвы разработан проект маршрутизации пациентов с сочетанной травмой в г. Москве и определение стационаров, которые можно отнести к травмоцентрам 1 и 2 уровней.

Совместно с ГКБ 67 организована и проведена городская научно-практическая конференция «Современные хирургические технологии в лечении пациентов с повреждениями позвоночника на фоне остеопороза.

Ежегодно на базе НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского организуется обучение нейрохирургов на тематических циклах по нейрохирургии, которые посещают от 20 до 30 врачей-нейрохирургов из стационаров ДЗ г. Москвы. От 10 до 15 врачей обучаются на проводимых в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского мастер-классах по различным проблемам современной нейрохирургии. От 20 до 40 нейрохирургов ежегодно посещают международные конференции и обучающие семинары за рубежом.

На базе НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ежегодно готовится от 5 до 10 нейрохирургов в ординатуре, и 90% из них работают в стационарах города.

Современный подход

Накануне Всемирного дня борьбы со СПИДом в столице прошла научно-практическая конференция «Современные подходы к лечению ВИЧ-инфекции в практике московского здравоохранения», где главные специалисты Департамента здравоохранения города Москвы, ведущие врачи, ученые в рамках клинических разборов обсудили лечение ВИЧ и сопутствующих социально значимых заболеваний, среди которых туберкулез, гепатит С, онкология. Подобный формат стал «визитной карточкой» московского здравоохранения, и его популярность усиливается: в конференции, посвященной столь актуальным вопросам из реальной врачебной практики, приняли участие более 1500 человек из России и других стран, в том числе в формате онлайн-трансляции.

Пример согласованной работы

По словам заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Елены Хавкиной, специалисты смогли поделиться опытом инновационных подходов в лечении ВИЧ/СПИДа, принять участие в «клинических разборах» того или иного пациента. — Именно такие разборы с отдельно взятым пациентом, с присущими ему отдельно взятыми течением заболевания, терапией помогают врачам в их собственной дальнейшей работе, — считает она. — Здравоохранение города интенсивно меняется, преобразуется, становится еще доступнее для москвичей. Особенно это важно для людей, страдающих хроническими заболеваниями, к которым относится и ВИЧ-инфекция. Организация медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией в Москве — это пример комплексной, согласованной работы городского здравоохранения. В городе не просто создана толерантная среда для больных ВИЧ-инфекцией, у нас созданы условия для получения всех самых сложных и высокотехнологичных видов медицинской помощи для этих людей. Многогранность решаемых вопросов требует тесной взаимосвязи различных специалистов: педиатров, акушеров-гинекологов, наркологов, неврологов, фтизиатров, врачей клинической лабораторной диагностики, оториноларингологов и многих других. Уверена, что это мероприятие станет традиционной площадкой для профессиональных дискуссий, направленных на решение серьезных, актуальных задач, стоящих не только перед столичным здравоохранением, но и перед Россией в целом. Мы готовы делиться своим опытом, ведь достигли хороших результатов. В свою очередь главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Департамента здравоохранения города Москвы, руководитель

Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом Департамента здравоохранения города Москвы Алексей Мазус подчеркнул:

— В последние десять лет мы наблюдаем стагнацию эпидемии в столице, у нас цифры на уровне Западной Европы. Профессиональный диалог стал одной из визитных карточек московского здравоохранения. Комплексная работа врачей позволяет человеку, заболевшему ВИЧ-инфекцией, не болеть СПИДом. И это наша главная задача.

Важно, что сегодня помощь ВИЧ-инфицированным детям максимально упрощена. Для этого в рамках оперативного взаимодействия Морозовской детской больницы и Московского центра СПИД организовано адресное сопровождение каждого больного ВИЧ-инфекцией ребенка, наблюдающегося в Московском центре СПИД и нуждающегося в медицинской помощи по неинфекционной патологии. Это касается и амбулаторной, и стационарной помощи.

— Сегодня мы можем говорить о переходе количества в качество, — убежден главный внештатный специалист по педиатрии Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач Морозовской ДГКБ Игорь Колтунов. — Мы лечим не болезнь, а больного, и все дети, имеющие положительный статус, получают лечение без проблем, и экстренное, и плановое.

Главный внештатный акушер-гинеколог Департамента здравоохранения города Москвы Александр Конопляников рассказал о том, что московские врачи приняли роды у 600 ВИЧ-инфицированных пациенток в 2015 году.

— Самое главное, что порядка 30–35% пациенток — не москвички, а пациентки из других регионов России или даже из регионов бывшего СССР, — объяснил он. — Они не обследованы, не стоят на учете в женской консультации... Благодаря внедрению перинатальной профилактики ВИЧ-инфекции удалось снизить риски инфицирования плода примерно до 2%, — это общеевропейские критерии. В любом роддоме Москвы, который подчинен Департаменту здравоохранения, сегодня есть экспресс-тесты и все препараты для профилактики.

Важной назвал конференцию и главный внештатный невролог Департамента здравоохранения города Москвы Николай Шаламов. По его словам, спектр неврологической симптоматики у ВИЧ-инфицированных чрезвычайно обширен и обуславливает диагностические сложности при работе с этой категорией больных.

— В столице создана четкая служба выявления ВИЧ-инфекции. Система работает практически круглосуточно и с очень высоким качеством. Эта работа получила высокое профессиональное признание, — подчеркнул в свою очередь главный внештатный специалист по клинической лабораторной диагностике Департамента здравоохранения города Москвы Сергей Цибин.

Ситуация под контролем

Благодаря столь выверенной и слаженной междисциплинарной работе специалистов столица уверенно сохраняет статус региона, в котором ситуацию с заболеваемостью ВИЧ-инфекцией стабильно контролируют.

— Положение Москвы особенное, — комментирует ситуацию Алексей Мазус. — Наши показатели, например, лучше, чем в Берлине, который пытаются сделать эталонным по профилактике ВИЧ/СПИДа. Да, в России есть и проблемные регионы, где сверхвысокая заболеваемость ВИЧ-инфекцией. Минздрав самым серьезным образом оценивает эту ситуацию. Однако зарубежные эксперты, когда говорят о распространении ВИЧ в России, оценивают «среднюю температуру по больнице» Это неправильно. Ведь в 65 регионах России выстроена эффективная система профилактических мероприятий. Не отмечают и регионы, где показатели чрезвычайно низкие: Юг России, Амурская область, Хабаровский край и многие другие. Значит, у нас есть национальный опыт

противодействия эпидемии. Есть он и в Москве. Важно распространить лучший опыт и на проблемные регионы.

В лечебной практике городского здравоохранения применяются и инновационные антиретровирусные препараты, зарегистрированные в Российской Федерации в течение последнего времени, в том числе включенные в обновленный Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Можно констатировать, что сегодня структура лекарственного обеспечения, как и в целом качество оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным в Москве, соответствует требованиям к здравоохранению индустриально развитых стран.

Значительная доля пациентов получает эффективное лечение лекарствами, произведенными на территории нашей страны. Применение этих препаратов с учетом их экономической выгоды позволяет существенно увеличить охват больных, получающих терапию, без потери ее качества и значительных дополнительных ассигнований.

Стоит также отметить, что в Москве создана уникальная система мониторинга, которая представляет собой единое статистическое пространство, которое не допускает вариативности в трактовке эпидемической ситуации. Показатели складываются из оперативных данных медицинских организаций, скрининговых лабораторий диагностики ВИЧ-инфекции, данных Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом и управления Роспотребнадзора по городу Москве. После длительного, почти десятилетнего периода сдерживания роста эпидемического процесса в Москве в текущем году регистрируется обнадеживающее снижение показателей первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией в городе.

Исходя из данных государственного статистического наблюдения в городе Москве: в 2015 году по сравнению с 2014 годом число обследованных на ВИЧ граждан на территории Москвы возросло на более чем 1%, число лиц, получавших антиретровирусную терапию, возросло на более чем 12%, зарегистрировано снижение числа умерших ВИЧ-инфицированных москвичей на 11%, отмечается снижение числа новых случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, на 17% и снижение числа умерших от сочетанной инфекции ВИЧ/туберкулез — на 25%.

За 10 месяцев 2016 года по сравнению с аналогичным периодом прошлого года на территории Москвы зарегистрировано небольшое снижение первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией.

Число обследованных на ВИЧ в г. Москве

(по данным формы федерального государственного статистического наблюдения № 4)

2014 г.	4 561 238 чел.
2015 г.	4 612 209 чел.

Число зарегистрированных лиц, в крови которых при исследовании методом иммунного блотинга антитела к ВИЧ выявлены впервые

(по данным формы федерального государственного статистического наблюдения № 61)

2014 г.	Всего	6718
	в т.ч. у москвичей	3060
2015 г.	Всего	7422
	в т.ч. у москвичей	3314
10 месяцев 2015 г.*	Всего	6446
	в т.ч. у москвичей	2783
10 месяцев 2016 г.*	Всего	6191
	в т.ч. у москвичей	2730

*Данные оперативного мониторинга.

Количество вновь выявленных случаев заболевания ВИЧ-инфекцией в г. Москве
(по данным формы федерального государственного статистического наблюдения № 2)

10 месяцев 2015 г.	2016 чел.
10 месяцев 2016 г.	1993 чел.

Число ВИЧ-инфицированных, получавших антиретровирусную терапию
(по данным формы федерального государственного статистического наблюдения № 61)

2014 г.	12 160
2015 г.	13 673

Число умерших ВИЧ-инфицированных москвичей от всех причин
(по данным формы федерального государственного статистического наблюдения № 61)

2014 г.	1088 чел.
2015 г.	969 чел.

Число новых случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией
(по данным формы федерального государственного статистического наблюдения № 61)

2014 г.	384 чел.
2015 г.	319 чел.

Число умерших от ВИЧ-инфекции с проявлениями микобактериальной инфекции
(по данным формы федерального государственного статистического наблюдения № 61)

2014 г.	169 чел.
2015 г.	127 чел.

Точки соприкосновения

Приведенные выше статистические данные официально представлены в рамках прошедшей в Москве с 28 ноября по 4 декабря «Московской недели профилактики ВИЧ-инфекции», программа которой включила в том числе XV ассамблею «Здоровье Москвы», где была организована специальная сессия по вопросам эпидемиологии, и ежегодную отчетную пресс-конференцию руководителя МГЦ СПИД Алексея Мазуса в Информационном центре правительства Москвы.

— Важным для нас событием также была встреча в Общественной палате Москвы с НКО, оказывающими помощь больным ВИЧ-инфекцией, — поделился Алексей Мазус. — Это гражданское общество, которое внимательно следит за нашей работой. Мы решили искать новые формы борьбы с вирусом, и интеграция НКО в нашу работу принципиально важна. Это и важнейший компонент сдерживания заболеваемости в городе.

Председатель благотворительного общественного фонда борьбы со СПИДом «Шаги», член Совета по защите прав пациентов при Департаменте здравоохранения города Москвы Игорь Пчелин подчеркивает:

— Мы работаем порядка 20 лет в поле ВИЧ-инфекции и на собственном опыте поняли, что один в поле не воин. Только совместные усилия дадут согласованный результат. Многие годы мы старались найти точки нашего взаимодействия там, где государственным организациям невозможно справиться самим. Так мы дополняли друг друга. Новый толчок дала нам

Национальная стратегия противодействия ВИЧ-инфекции, в которой четко прописана роль общественных и пациентских организаций в профилактике и борьбе с ВИЧ.

В настоящее время в Москве функционирует некоммерческий социальный информационный центр — один из крупнейших в России, где ведется немедицинская работа с пациентами, получившими ВИЧ, с их родственниками и партнерами.

— Занимаемся мы и профилактикой, продолжил Игорь Пчелин. — Наш центр работает с 2006 года. Через него проходят порядка 12 тысяч человек. На его основе мы апробируем новейшие методологии. Наша главная цель — с первых минут постановки диагноза сопровождать человека психологически, социально, сделать все, чтобы принятие болезни было стабильным и больной лечился. Для этого у нас существует индивидуальное и групповое консультирование, где мы обсуждаем, как открыть свой диагноз окружению. Наша задача — снизить психологический прессинг. У нас есть Школа пациентов, группа взаимопомощи, как женская, так и мужская.

По мнению Игоря Пчелина, работа не была бы эффективна без партнеров — и государственных, и негосударственных. Среди них Московский центр борьбы со СПИДом, МНПЦ наркологии, МНПЦ дерматовенерологии и косметологии, фтизиатрическая служба и ряд других государственных служб.

— Из НКО мы наиболее плотно работаем с Российской наркологической лигой, фондом «Здоровая страна». Это позволяет нам эффективно помогать и грамотно направлять пациента за необходимой помощью, — говорит Игорь Пчелин. — Так, если в МГЦ СПИД находят человека с наркотической зависимостью, ВИЧ-положительного, мы сразу подключаем всех партнеров и сопровождаем его в наркологию, если необходимо, во фтизиатрию. Если ему нужно восстановление документов, тоже помогаем ему и т. д. Наша модель зарекомендовала себя, и к нам приезжают учиться из других регионов.

Алексей Мазус считает, что крайне важно, чтобы люди знали, что ВИЧ — это не подарок, что нужно принимать меры предосторожности.

— Пока мы не победили ВИЧ. Победим, когда создадим вакцину, — говорит он. — А пока мы только сдерживаем заболевание. Российские фармкомпании создали один из лучших в своем классе антиретровирусных препаратов, который выходит вскоре на наш рынок. Испытания показали абсолютно блестящий результат. Ожидается дальнейшая доводка этого препарата в производственную плоскость. Мы надеемся, что он будет доступен в самое ближайшее время нашим больным и больным во всем мире.

ПОДРОБНОСТИ



Неделя профилактики

В масштабной акции «Московская неделя профилактики ВИЧ-инфекции» приняли участие около 50 000 человек. Обследование на ВИЧ-инфекцию в рамках акции прошли 5000 человек.

Лектории по вопросам профилактики и диагностики ВИЧ-инфекции проходили в городских поликлиниках, центрах государственных услуг, общеобразовательных учреждениях. За время акции на круглосуточную «горячую линию» МГЦ СПИД поступило около 1200 вопросов.

Уделено внимание и профилактике ВИЧ-инфекции на производстве: в ходе «профилактической недели» специалисты МГЦ СПИД совместно с МНПЦ наркологии провели информационно-профилактическую акцию для сотрудников Московского нефтеперерабатывающего завода. 1 декабря 2016 года в кинотеатре «35 мм» (ул. Покровка, д. 47/24) прошел «День кино о любви».

Участникам мероприятия демонстрировались легендарные мировые кинокартины, а между сеансами были представлены песни о любви в живом исполнении.

Вечером 1 декабря на фасадах зданий по ул. Новый Арбат были размещены международные символы борьбы со СПИДом — «Красные ленты».

Финалом мероприятий 1 декабря стала масштабная акция «Московская Красная лента против СПИДа» организованная в здании правительства Москвы (Новый Арбат, 36). В программу мероприятия вошла интерактивно-игровая площадка для молодежи, после чего в большом зале всех гостей ждал сюрприз от студенческой труппы Щукинского училища, которые подготовили специальную музыкальную программу «Аллилуйя любви». В мероприятии приняли участие представители «Мосволонтер»,

ВОД «Волонтеры-медики» и студенты государственных профессиональных образовательных организаций Департамента здравоохранения города Москвы.

Оказание медицинской помощи детям и подросткам по профилю «педиатрия» в медицинских организациях Департамента здравоохранения города Москвы

Перспективой столицы является детское население. Согласно проекту «Концепции демографической политики Москвы на период 2016–2025 годы» и проекту плана ее реализации на 2016–2020 годы определены основные направления и целевые показатели улучшения таких демографических показателей, как стимулирование рождаемости, поддержка семей с детьми, укрепление семьи.

Данные ежегодного доклада «О состоянии здоровья населения и организации здравоохранения города Москвы по итогам деятельности за 2015 год» демонстрируют стабилизацию общей численности (с 2013 года по 2015 год) детского и подросткового населения (с рождения до 18 лет) примерно на уровне 1 млн 800 тысяч детей и подростков (табл. 1).

Структура численности населения города Москвы с 2013 года по 2015 год практически не изменяется.

В период с 2013-го по 2015 г. отмечается увеличение рождаемости на 0,4% (11,7) и снижение младенческой смертности на 0,1% (рис. 1, 2).

И.Е. КОЛТУНОВ,
ГБУЗ «Морозовская
ДГКБ ДЭМ»

И.П. ВИТКОВСКАЯ,
Организационно-методический отдел по педиатрии г. Москвы
ГБУ «НИИОЗММ ДЭМ»

Таблица 1. Численность населения Москвы с 2013-го по 2015 г.

Возраст, лет	2013		2014		2015	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
0–14	1 635 032	87,67	1 620 377	87,90	1 609 774	87,00
15–17	229 984	12,33	222 982	12,10	240 494	13,00
Всего дети	1 865 016	15,40	1 843 359	15,11	1 850 268	15,01
Взрослые 18 и старше	1 0243 241	84,60	10 354 237	84,89	10 475 119	84,99
Численность населения в регионе, всего	12 108 257	100	12 197 596	100	12 325 387	100

Несмотря на достигнутые показатели, необходимо продолжать активные мероприятия по снижению младенческой смертности в Москве — средневропейский уровень этого показателя составляет 4,5 (The UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation. Levels and Trends in Child Mortality Report, 2014– 2015).

Необходимость постоянного повышения эффективности, качества и доступности многопрофильной медицинской помощи детям и подросткам является актуальной задачей трехуровневой системы московского здравоохранения на современном этапе. Среди детей 0–14 лет общий показатель заболеваемости в 2014 году (по сравнению с предыдущим годом) увеличился с 226 178,0 до 234 226,6. Темп прироста заболеваемости составил +3,6%. В 2015 году отмечена положительная динамика заболеваемости: темп убыли составил — 2,7%. Уровень заболеваемости подростков 15–17 лет в 2014 году сократился на 10,3% по сравнению с 2013 годом. Этот показатель как результирующий является следствием снижения заболеваемости

практически по всем классам болезней. Однако дальнейшее снижение заболеваемости в 2015 году происходило более медленными темпами (-1,7%). На протяжении многих лет, как продемонстрировано на рисунке 3, абсолютным лидером заболеваемости в Москве у детей являются болезни органов дыхания. Аналогичные показатели — во всех мегаполисах мира. Причины этого — высокая плотность населения, экология, неправильное питание, в том числе способствующее раннему развитию аллергических реакций и неправильный образ жизни. Далее с огромным отрывом следуют травмы и отравления, болезни глаза и его придаточного аппарата и другие. В 2015 году впервые за много лет заболеваемость некоторыми инфекционными и паразитарными заболеваниями превысила заболеваемость болезнями мочеполовой системы. У подростков (рис. 4) также сохраняется лидерство болезней органов дыхания, но с показателя более половины всей заболеваемости происходит уменьшение данного параметра примерно до трети. При этом в 2015 году на втором месте в общей заболеваемости

Рисунок 1. Динамика показателей рождаемости в Москве за 2013–2015 гг.

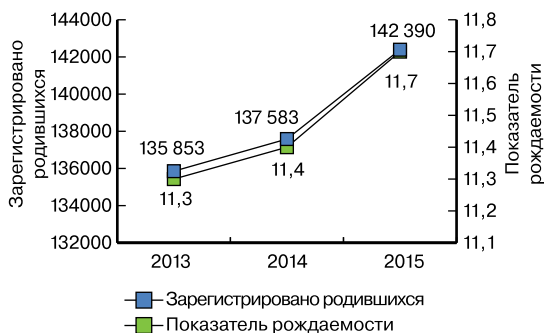


Рисунок 2. Динамика показателя младенческой смертности в Москве за 2013–2015 гг.

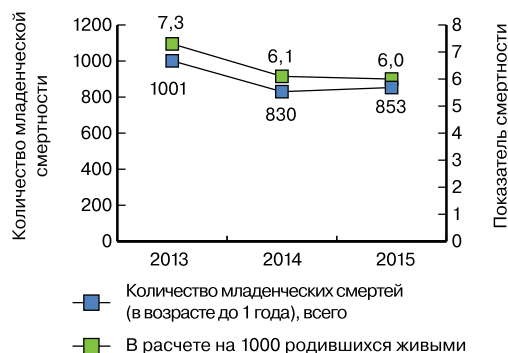
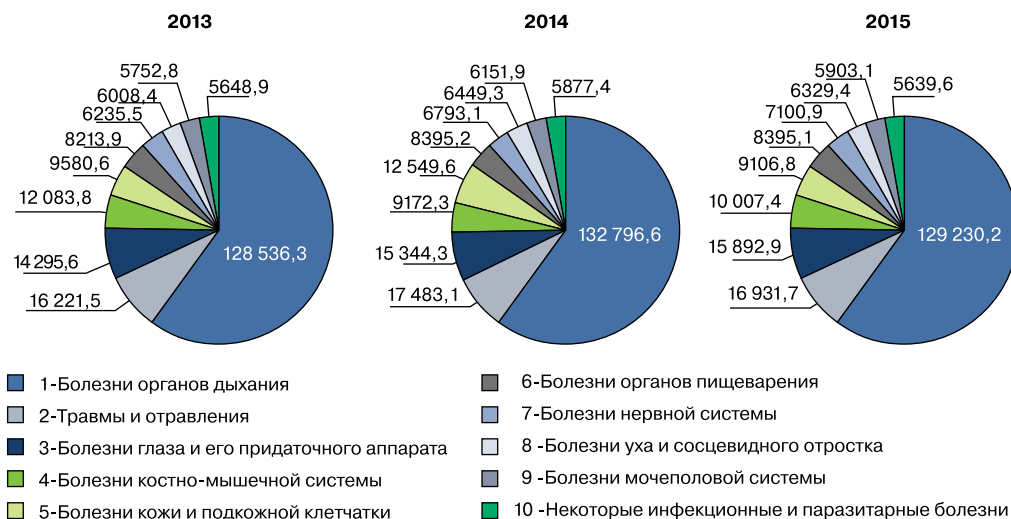
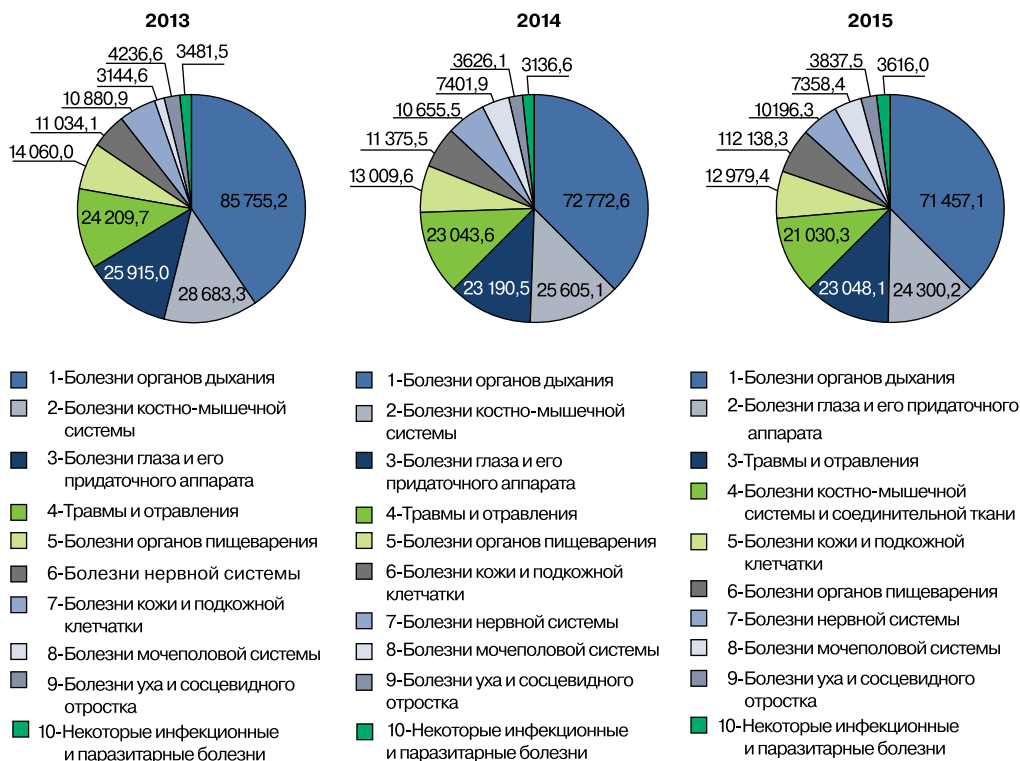


Рисунок 3. Структура общей заболеваемости детей (0–14 лет) в Москве



В 2015 году ранговые места 9 и 10 поменялись местами

Рисунок 4. Структура общей заболеваемости подростков (15–17 лет) в Москве



подростков вместо традиционных болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (переместились на четвертое место) оказались болезни глаза и придаточного аппарата, что явно демонстрирует недостаток именно профилактических мероприятий по охране зрения детей. На третье место, также впервые, в 2015 году попали травмы и отравления, стали более распространены болезни кожи и подкожной клетчатки; болезни органов пищеварения.

Сравнительные данные заболеваемости демонстрируют тенденцию снижения общей заболеваемости в популяции детей от 0 до 17 лет за период с 2013-го по 2015 г., которую можно рассматривать как положительную.

С одной стороны, трехуровневая система оказания медико-санитарной помощи детям, внедрение высокотехнологичных диагностических методов (КТ, МРТ, УЗИ, генетических, иммунологических и др.) повышают выявляемость многих заболеваний и способствуют назначению адекватных методов лечения. С другой стороны, требует повышения качества, доступности и эффективности, прежде всего многопрофильной профилактической педиатрии, с разработкой специальных программ с учетом реалий жизни детей и подростков, рисков для их здоровья, связанных с жизнью в мегаполисе.

Детский контингент населения, обладающий специфичностью развития организма в разные возрастные периоды, требует особенного подхода к охране здоровья. Диспансеризация детей в декретированные периоды и профилактические осмотры всех детей и подростков позволяют своевременно решать проблемы оздоровления. В целях охраны здоровья детского населения города

Москвы в 2015 году проведена очередная диспансеризация в соответствии с ее основными задачами.

Согласно данным отчетной формы № 030-ПО/о-12, распределение детей на группы здоровья по итогам диспансеризации в динамике с 2012 года в целом характеризует позитивные процессы: в 2015 году увеличилось число здоровых детей на 3,1% и уменьшилось число детей с хроническими заболеваниями на 1,6%. Данные согласуются с общими тенденциями снижения заболеваемости.

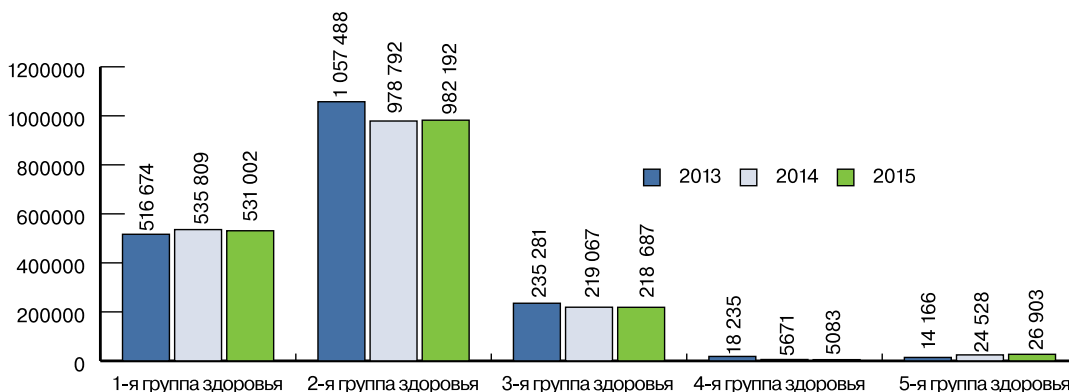
Данные отчетной формы № 030-ПО/о-12 «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних за 2015 год» демонстрируют распределение детей по группам состояния здоровья по результатам профилактических осмотров в период с 2013-го по 2015 г. (рис. 5).

Отмечается увеличение числа детей 1 группы здоровья на 2,8% и 5 группы здоровья на 89,9%, при этом — снижение детей 2 и 3 групп здоровья на 7% и 4 группы здоровья на 72%.

Полученные данные объясняются уже достаточно успешно проводящимися в медицинских организациях города Москвы различными мероприятиями, направленными на снижение рисков развития заболеваний — увеличение здоровых, а также раннюю диагностику хронической патологии с своевременным назначением адекватного обследования и лечения для профилактики смертности и инвалидизации пациентов — увеличение количества детей с 5 группой здоровья при снижении 2, 3 и 4 группы.

Особую категорию среди детского населения составляют дети-инвалиды. Несмотря на то, что эта категория

Рисунок 5. Распределение детей по группам состояния здоровья по результатам профилактических осмотров в период с 2013-го по 2015 г.



детей в общей численности детского населения Москвы (1 879 487 человек) невелика и составляет 1,95%, она нуждается в повышенном внимании врачей детской практики с целью поддержания, улучшения их здоровья, социализации.

Анализ состояния здоровья детей-инвалидов осуществлялся по данным отчетной формы № 19 «Сведения о детях-инвалидах за 2015 год».

На конец 2015 года в Москве зарегистрировано 36 606 детей-инвалидов.

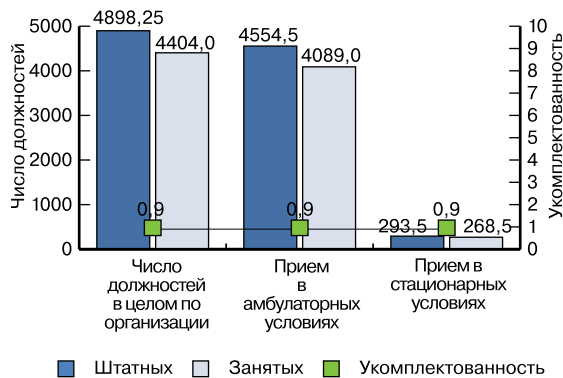
По данным медицинских организаций, с 2011 года отмечается ежегодный рост инвалидности среди детей. В 2015 году по сравнению с указанным годом число детей-инвалидов увеличилось на 9116 человек. Темп прироста составил 33,2% (табл. 2).

Таблица 2. Данные детской инвалидности

Годы	Число детей-инвалидов		Число детей с впервые установленной инвалидностью	
	Абс.	Темп прироста, %	Абс.	%
2011	27 490		3133	11,4
2012	30 316	10,3	3183	10,5
2013	32 284	6,5	3163	9,8
2014	33 941	5,1	3404	10,0
2015	36 606	7,8	4012	10,9

Методами гигиенического воспитания можно не только улучшить состояние здоровья, предотвратить формирование инвалидности, но и улучшить

Рисунок 6. Укомплектованность детских медицинских организаций ДЗМ врачами-педиатрами (по объединенным данным формы 30 годового отчета «Сведения о медицинской организации»)



качество жизни больных детей и их семей.

Основополагающим принципом профилактики врожденной патологии является неонатальный скрининг (Приказ Минздравсоцразвития России от 22.03.2006 № 185 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания» и медико-генетическое консультирование (Приказ Минздрава РФ от 30.12.1993 № 316 (ред. от 05.08.2003) «О дальнейшем развитии медико-генетической службы Министерства здравоохранения Российской Федерации», приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 917н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с врожденными и (или) наследственными заболеваниями») с целью пренатальной диагностики и выявления заболеваний на стадии доклинической симптоматики, организации раннего лечения и предупреждения инвалидизации.

Положительным моментом в решении проблемы инвалидности в Москве следует отметить открытие городских специализированных центров для диагностики заболеваний и их лечения. С 2014 года в столице организована работа 21 Центра специализированной медицинской помощи (табл. 3). Все городские центры специализированной медицинской помощи оказывают амбулаторную и стационарную медицинскую помощь детям под руководством главных внештатных специалистов Департамента здравоохранения города Москвы.

Рисунок 7. Загруженность коечного фонда в детских стационарах ДЗМ в 2015 году

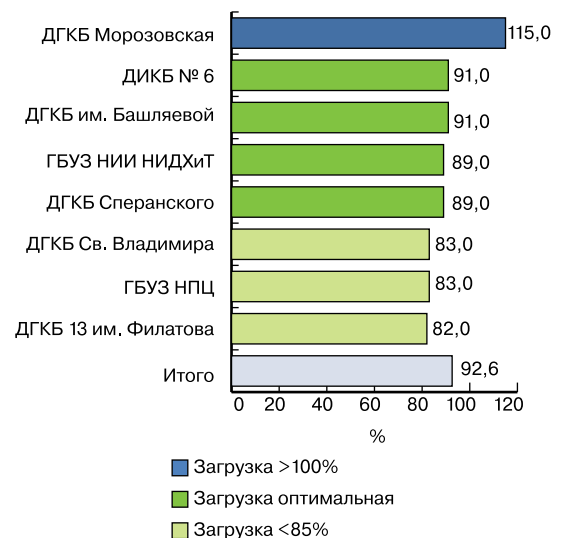


Таблица 3. Городские центры специализированной медицинской помощи детям

п/п	Название центра	Медицинское учреждение
1	Центр по лечению эпилепсии и пароксизмальных состояний у детей и подростков	ГБУЗ «НПЦ детской психоневрологии ДЗМ»
2	Центр для лечения цереброваскулярной патологии у детей и подростков	ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»
3	Центр детской ревматологии	ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»
4	Центр детской онкологии и гематологии	ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»
5	Центр репродуктивного здоровья детей и подростков	ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»
6	Центр детской эндокринологии	ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»
7	Центр орфанных и других редких заболеваний	ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»
8	Центр детской гастроэнтерологии	ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»
9	Московский Центр неонатального скрининга	ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»
12	Референс-центр врожденных наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний	ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»
13	Центр по лечению хронических вирусных гепатитов	ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница № 1 ДЗМ»
14	Центр лечения спортивной травмы у детей	«НИИ НДХИТ ДЗМ»
15	Центр лечения тяжелой механической и сочетанной травмы у детей	«НИИ НДХИТ ДЗМ»
16	Детский центр анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии с экстракорпоральной поддержкой жизни	ГБУЗ «ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ»
17	Центр лечения аномалий развития и заболеваний гепатобилиарной системы у детей	ГБУЗ «ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ»
18	Центр ран и раневых инфекций у детей	ГБУЗ «НИИ НДХИТ ДЗМ»
19	Центр внутриутробных и постнатальных инфекций у новорожденных детей	ГБУЗ «ДИКБ № 6 ДЗМ»
20	Центр детской лазерной медицины	ГБУЗ «НИИ НДХИТ ДЗМ»
21	Центр по лечению детей с болезнью Виллебранда	ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»

Укомплектованность детских медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ) врачами-педиатрами в 2015 году представлена на рисунке 6 и составляет 0,9.

Загруженность коечного фонда в детских стационарах ДЗМ показана на рисунке 7 — по данным формы № 14 годового отчета «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» за 2015 г.

В 2015 году проводился ежемесячный мониторинг работы коечного фонда детских стационаров по следующим показателям: средний койко-день, оборот койки, загруженность коечного фонда по соответствующим профилям, летальность (рис. 8).

Не все стационары города были загружены в рамках целевых значений, что потребовало оптимизации их коечного фонда, которая была произведена в 2016 году.

Средняя летальность по детским стационарам Москвы за 2015 г. составила 0,19% (форма № 14 годового отчета «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях»). Динамика данного показателя с 2013 года практически не изменилась.

Показатель летальности по стационарам варьирует от 0,1 до 0,6% и зависит от профилей коечного фонда и тяжести состояния детей, которым оказывается медицинская помощь (рис. 9).

При оценке причин смерти детей в Москве выявлено, что 47,07% — это отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, почти треть (29,46%) — врожденные аномалии и пороки развития. Далее, с большим отрывом (6,47% и ниже), — новообразования, травмы и отравления, болезни нервной системы и др. (рис. 10).

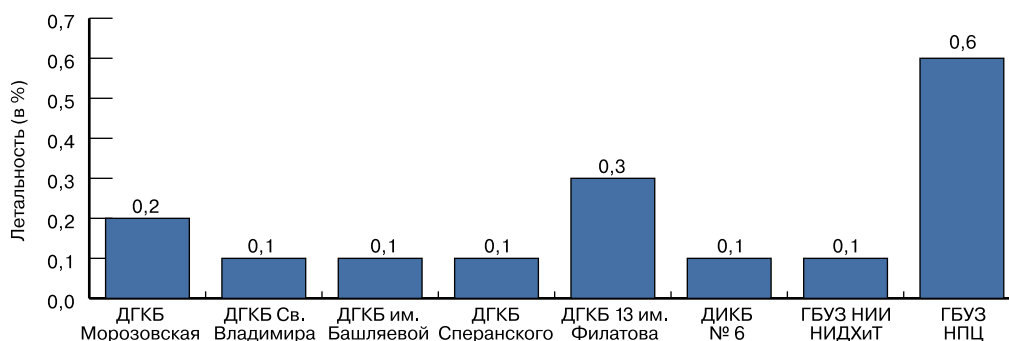
Полученные результаты демонстрируют правильность мероприятий правительства и Департамента здравоохранения города Москвы, направленных на повышение качества медицинской помощи в перинатальном периоде и раннее выявление, своевременное лечение врожденных наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний, направленных на уменьшение инвалидизации и смертности профильных пациентов.

В 2015 году впервые успешно проведен I московский городской съезд педиатров «Трудный диагноз» в педиатрии. Специализированная помощь в работе врача-педиатра». Съезд состоялся 16–17 ноября

Таблица 8 (рис. 8). Показатели работы коечного фонда детских стационаров ДЗМ по профилям оказания медицинской помощи в 2015 г.

лпу	Загруженность по профилю, %	Работа койки по профилю	Оборот койки	Среднегодовое число коек профиля	Средняя длительность пребывания	Уровень риска по загруженности коек
гинекологические	154%	561,9	123	20	4,6	Зона высокого риска (более 110%)
онкологические	152%	554,8	38	117	14,7	
ревматологические	122%	444,9	73	15	6,1	Оптимальный уровень (110%-95%)
гастроэнтерологические	105%	384,2	50	99	7,7	
торакальной хирургии	105%	385,2	48	67	8,0	
гематологические	105%	381,5	70	66	5,5	
офтальмологические	103%	377,6	65	73	5,8	
пульмонологические	100%	365,6	40	60	9,1	
эндокринологические	98%	357,8	44	70	8,0	
нейрохирургические	92%	335,8	63	174	5,3	
реабилитационные соматические	91%	331,9	17	79	19,7	
хирургические	89%	324,8	66	271	4,7	
стоматологические	89%	325,1	86	83	3,8	
нефрологические	88%	319,4	38	148	8,3	
педиатрические соматические	86%	312,1	35	450	8,2	
оториноларингологические	85%	309,1	68	233	4,5	
ортопедические	84%	317,0	20	363	15,8	Ниже среднего уровня развития (менее 85%)
проктологические	83%	302,2	29	16	10,4	
кардиологические	83%	301,6	37	86	8,0	
неврологические	82%	298,1	37	243	8,1	
инфекционные	81%	295,6	54	1122	5,3	
урологические	80%	291,4	53	194	5,4	
ожоговые	79%	286,9	37	50	7,9	
травматологические	77%	281,6	56	255	5,0	
хирургические гнойные	74%	270,6	60	274	4,5	
сосудистой хирургии	69%	252,3	51	38	4,7	
аллергологические	66%	241,5	43	33	5,6	
реанимационные сверхсметные	62%	227,5	12	292	18,2	
паллиативные	61%	222,3	5	61	41,9	
кардиохирургические	59%	214,6	19	19	10,1	
токсикологические	52%	190,0	85	14	2,2	

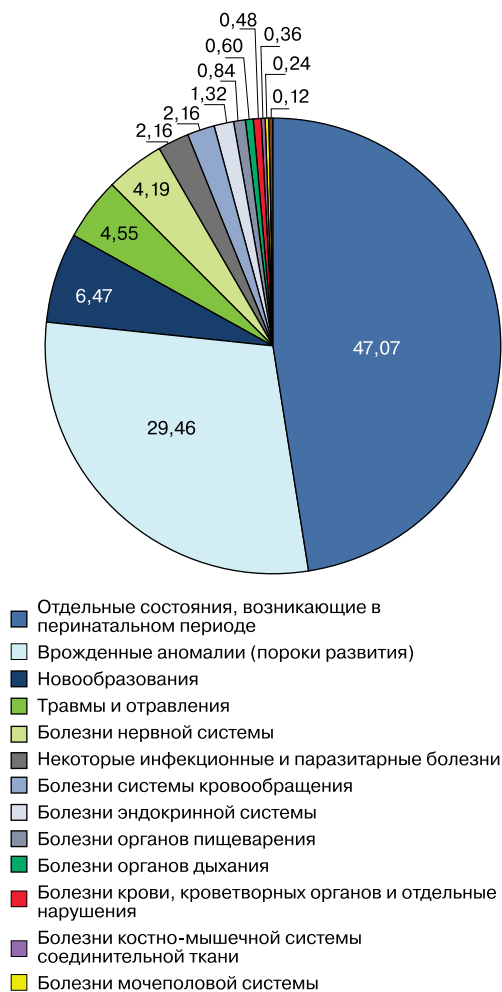
Рисунок 9. Летальность в детских стационарах ДЗМ в 2015 г.



2015 г. и был первым в Москве научно-практическим мероприятием, посвященным различным проблемам оказания педиатрической помощи в нашем городе.

Итоги проведения съезда — около 1600 участников из Москвы, России и зарубежных стран (всего в Москве в детских медицинских организациях ДЗМ работают около 6000 врачей), помимо этого — около 500 участников в on-line трансляции, в том числе в режиме реального времени, участие ведущих организаторов здравоохранения России, ведущих российских и зарубежных врачей и ученых, работающих с детьми, возможности многопрофильного обучения и живого общения с коллегами,

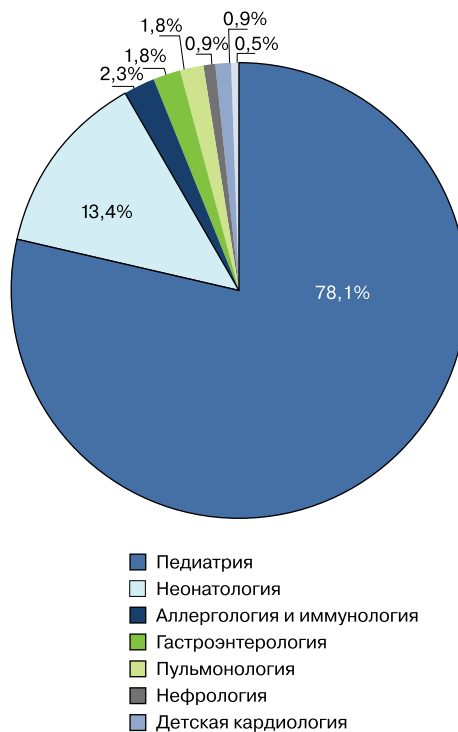
Рисунок 10. Заболевания, приведшие к летальному исходу, у детей в Москве в 2015 г., (%)



проблемные дискуссии с участием члена Совета Федерации Федерального собрания Российской Федерации, заместителя председателя Комитета СФ по социальной политике Л.В. Козловой, заместителя мэра Москвы в правительстве Москвы по вопросам социального развития Л.М. Печатникова, министра правительства Москвы, руководителя Департамента здравоохранения города Москвы А.И. Хрипуна, президента НИИ детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы, президента Национальной медицинской палаты Л.М. Рошаля, директора Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва А.Г. Румянцева и многих других ведущих российских врачей привлекли широкое внимание медицинской общественности и продемонстрировали актуальность ежегодного проведения нашего мероприятия.

II московский городской съезд педиатров «Трудный диагноз» в педиатрии. Преодолевая барьеры. Мультидисциплинарный подход», который состоялся

Рисунок 11. Структура присвоения квалификационных категорий педиатрической экспертной группой в 2015 году (%)



8–10 ноября 2016 г., снова позволил обсудить общие и частные проблемы медицинской помощи детям и подросткам в Москве, пути их решения.

Организаторы съезда при подготовке мероприятия были ориентированы на обсуждение наиболее востребованных вопросов ежедневной клинической работы, более всего актуальных для врачей-педиатров и врачей общей практики. Практическая работа данных врачей сегодня составляет основу медицинской помощи в педиатрии и наиболее востребована, особенно на амбулаторно-поликлиническом этапе, в рамках стационарсберегающих технологий. Требования сегодняшнего дня в московском здравоохранении диктуют необходимость повышения престижа профессии педиатра и врача общей практики — самых востребованных и важных в оказании современной, персонализированной медицинской помощи детям и подросткам.

Одной из научно-практических задач нашего съезда является демонстрация для врачей-педиатров актуальной в современной клинической практике проблемы коморбидности, сочетанной патологии, неочевидности или дискуссионности симптомов тяжелой патологии, всего того, что можно объединить словосочетанием «трудный диагноз» в педиатрии, требующим мультидисциплинарного подхода к ведению пациента.

Масштабное переоснащение клиник в рамках программы модернизации, значительные преобразования в организации системы оказания медицинской помощи в столице под руководством правительства Москвы и Департамента здравоохранения города Москвы не снизили значимость главного для успешного лечения наших пациентов — высокую профессиональную образованность и неравнодушие медицинского персонала, применения его научно-практического опыта и клинического мышления в ежедневной амбулаторной и стационарной медицинской педиатрической практике.

В апреле 2015 года изменен состав экспертной группы «педиатрия», «неонатология», которая проводит оценку знаний на присвоение квалификационной

категории по 9 специальностям: «педиатрия»; «неонатология»; «аллергология и иммунология»; «детская эндокринология»; «инфекционные болезни»; «детская кардиология»; «гастроэнтерология»; «пульмонология»; «нефрология».

В 2016 году данная экспертная группа переименована — экспертная группа по «педиатрии» и специалистам педиатрического профиля. Впервые экспертная группа стала проводить оценку знаний на присвоение квалификационной категории по специальностям: «гематология (детский возраст)»; «детская онкология»; «генетика».

Таким образом, в состав экспертной группы по «педиатрии» и специалистам педиатрического профиля входят 14 членов комиссии, 10 из которых являются главными внештатными детскими специалистами ДЗМ.

В 2015 году экспертной группой аттестовано 219 человек, структура присвоения квалификационных категорий по специальностям представлена на рис. 11.

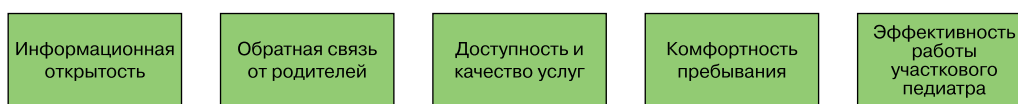
С целью улучшения качества работы детских поликлиник с 25 января по 8 февраля 2016 года проведен краудсорсинг-проект «Детские поликлиники». В ходе проекта 12 000 жителей города Москвы, из которых 2800 сотрудников медицинских организаций, высказали 10 468 предложений по 5 основным направлениям проекта и провели 315 обсуждений актуальных вопросов для детского здравоохранения (рис. 12).

Экспертами краудсорсинг-проекта были рассмотрены 10 468 предложений, из которых 161 идея была признана уникальной. Часть идей легла в основу проекта Московский стандарт поликлиники.

В 2015 году можно отметить следующие инновации в педиатрической практике детских медицинских организаций ДЗМ:

1. Создание городских детских центров специализированной медицинской помощи (клиник законченного случая) под руководством главных внештатных специалистов Департамента здравоохранения города Москвы в медицинских

Рисунок 12. Направления краудсорсинг-проекта «Детские поликлиники»



организациях 3 уровня с оказанием амбулаторной и стационарной медицинской помощи.

2. Эффективная работа стационарных медицинских организаций до 99% в рамках одноканального финансирования.
3. Проведение 1 московского городского съезда педиатров.
4. Проведение МРТ и КТ исследований, в том числе под наркозом, амбулаторно в рамках ОМС.
5. Создание условий совместного пребывания в стационаре мамы с ребенком.
6. Развитие современной детской паллиативной помощи.
7. Исключение бюджетного финансирования детской онкологии — стоимость профильной помощи погружена в МЭС.
8. Централизованная индивидуальная закупка для детей-инвалидов (жителей Москвы) изделий медицинского назначения с расходными материалами и технических средств реабилитации (инсулиновые помпы, баклофеновые помпы, ингаляторы и др.).
9. Развитие многопрофильного обследования и лечения на койках скорой медицинской помощи кратковременного пребывания (досуточная госпитализация) в рамках стационарсберегающих технологий в детских больницах.

Разработаны следующие предложения по работе детских медицинских организаций ДЗМ для повышения качества, эффективности и доступности многопрофильной амбулаторной и стационарной медицинской помощи в Москве:

Приведение в соответствие коечного фонда детских стационаров (профилей коек) с утвержденными профилями коечного фонда по Приказу Минздрава РФ от 17 мая 2012 г. № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи».

Унификация коечного фонда детских стационаров Москвы позволит:

- оптимизировать поступление пациентов по каналу «скорая помощь»;
- ликвидировать искусственно создаваемые «перегрузки» во время эпидемических подъемов инфекционных заболеваний;
- повысить эффективность, качество и доступность многопрофильной медицинской помощи.

2. Снижение на 20% бронхолегочной заболеваемости у детей.

Департамент здравоохранения города Москвы в 2015 г. принял решение о введении должности главного внештатного детского специалиста пульмонолога. Подано предложение о создании городского детского Центра специализированной помощи — Центра респираторной медицины.

3. Развитие стационарсберегающих технологий, в том числе амбулаторной хирургии, по профилям оказания медицинской помощи — детская хирургия, травматология, детская урология-андрология и гинекология.
4. Повышение информированности амбулаторно-поликлинических медицинских организаций о работе городских многопрофильных центров специализированной медицинской помощи в детских стационарах, в том числе путем проведения в поликлиниках округов тематических Дней открытых дверей, обучающих мероприятий, предоставление профильных методических материалов, в том числе по маршрутизации пациентов.
5. Повышение уровня знаний и практических навыков педиатров в смежных специальностях — ЛОР, инфекционные болезни, неврология, гастроэнтерология, гематология и др.

Организация обучения педиатров и врачей общей практики на базе приемных отделений многопрофильных стационаров для повышения уровня профессиональных навыков и знаний в рамках постдипломного образования.

6. Внедрение в детских стационарах электронной истории болезни и системы ЕМИАС в стационарах 3 уровня с созданием электронных каналов связи между 1–2 и 3 уровнями оказания медицинской помощи:

- создаст возможность введения единой персонифицированной нумерации медицинской карты пациента;
- повысит преемственность при оказании стационарной и амбулаторной помощи в различных медицинских организациях (электронная запись на прием, консилиумы, передача медицинских данных пациента, в том числе после выписки из стационара, внедрение обучающих программ и проведение вебинаров и др.).

Московское педиатрическое сообщество совместно с правительством и Департаментом здравоохранения города Москвы активно обсуждает и внедряет в ежедневную клиническую практику все предложения и рекомендации, направленные на улучшение качества оказания медицинской помощи на благо здоровья детей и подростков.

Состав экспертной группы аттестационной комиссии по специальности «Педиатрия» и специалистов педиатрического профиля Департамента здравоохранения города Москвы

1. Председатель: главный внештатный специалист педиатр ДЗМ, главный врач ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ — И.Е. Колтунов
2. Секретарь: заведующая организационно-методическим отделом по педиатрии ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ» — И.П. Витковская
3. Заместители председателя: главный внештатный специалист неонатолог ДЗМ, главный врач ГБУЗ «ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», д.м.н., профессор — А.И. Чубарова
4. Заместитель главного врача ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», главный внештатный детский специалист эндокринолог, д.м.н., профессор — Е.Е. Петрайкина
5. Заведующий отделом клинической физиологии, заведующий отделением функциональной диагностики Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачёва» Министерства здравоохранения Российской Федерации, академик РАЕН, д.м.н., профессор — В.М. Делягин
6. Руководитель научно-образовательного инновационного центра «Неотложные состояния в педиатрии», заведующий кафедрой поликлинической и неотложной педиатрии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова, научный руководитель Детского медицинского центра ГМУ Управления делами Президента РФ, профессор, д.м.н., заслуженный врач РФ — Б.М. Блохин
7. Главный врач ГБУЗ ДИКБ № 6 ДЗМ, д.м.н., профессор, академик РАЕН, заслуженный врач Российской Федерации — Е.А. Дегтярева
8. Главный внештатный специалист гастроэнтеролог ДЗМ, заведующая кафедрой педиатрии с курсом детской хирургии ГКА им. Маймонида, заведующая отделением гастроэнтерологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», врач-гастроэнтеролог высшей категории, д.м.н., профессор — Э.И. Алиева
9. Главный внештатный детский специалист нефролог, главный врач ГБУЗ «ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ», д.м.н., профессор — И.М. Османов
10. Главный внештатный детский специалист ревматолог, руководитель Центра детской ревматологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», д.м.н., профессор — Е.С. Жолобова
11. Главный внештатный специалист по инфекционным болезням у детей, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней ГОУ ДПО РМПАПО, заслуженный врач России, д.м.н., профессор — Л.И. Мазанкова
12. Главный внештатный специалист детский онколог, врач-детский онколог ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», к.м.н. — О.А. Тиганова
13. Главный внештатный детский специалист гематолог, врач-гематолог ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», к.м.н. — К.Л. Кондратчик
14. Главный внештатный специалист по медицинской генетике, врач-генетик ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», д.м.н. — Н.С. Демикова

Система оказания гинекологической медицинской помощи детям и подросткам в Москве

В медицинских организациях государственной системы здравоохранения Москвы работа гинекологов детского и юношеского возраста организована в соответствии с положениями ст. 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Для совершенствования оказания медицинской помощи детям внедрена система стандартов медицинской помощи детям с гинекологическими заболеваниями для стационаров и поликлиник города Москвы.

Елена СИБИРСКАЯ,
главный внештатный
специалист гинеколог
детского и юношеского
возраста Департамен-
та здравоохранения
города Москвы, д.м.н.

Система стандартов создана в соответствии с приказом Министерства здравоохранения России от 12 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология” (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 28.06.2012 № 601 «О внедрении порядков оказания медицинской помощи», приказом Министерства здравоохранения России от 21.12.2012 № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».

В систему организации здравоохранения города Москвы, согласно приказам ДЗМ от 29.05.2012 г. № 494 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в городе Москве» и от 30.07.2013 № 750 «О порядке оказания детскому населению в городе Москве первичной специализированной медицинской помощи на

Таблица 1. Укомплектованность врачами-гинекологами детского и юношеского возраста медицинских учреждений города Москвы*

Показатели	2013	2014	2015	2016 январь – август
Общее число врачей кабинетов гинеколога детского и подросткового возраста, в том числе:	96	114	114	114
штатных единиц	104	108	82	82
физических лиц, в том числе:	96	114	102	102
акушеров-гинекологов	84	92	90	90
педиатров	12	22	12	12
Количество акушеров-гинекологов, работающих гинекологами детского и подросткового возраста по совместительству	28	34	40	40
Укомплектованность кадрами (число занятых должностей/число штатных должностей x 100%)	92%	105%	139%	139%
Коэффициент совместительства (число занятых должностей/число физических лиц на должностях)	0,29	0,31	0,35	0,35

*Не все округа г. Москвы представили информацию, часть округов города Москвы представили информацию не в полном объеме.

Таблица 2. Количество девочек с гинекологическими заболеваниями, выявленными впервые врачами кабинета гинекологии детского и подросткового возраста**

Нозологическая форма (согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра)	МКБ 10	2013	2014	2015	2016 январь /август
Преждевременное (до 8 лет) половое развитие (ППР)	E30.1	36	48	273	195
Вульвовагинит	N76.0	1776	2345	5530	4328
– острый	N76.1	1652	719	4658	3857
– хронический					
Папилломы и кондиломы вульвы	A63.0	108	132	30	18
Опухоли и опухолевидные образования вульвы и влагалища	D28	8	14	54	45
Дистрофия вульвы (лейкоплакия, крауроз)	N90.4	28	17	87	63
Сращения (синехии) половых губ	Q52.5	2354	2124	4968	3854
Эрозия и эктропион шейки матки	N86	164	108	117	85
Эндоцервицит	N72	76	94	98	76
Лейкоплакия шейки матки	N88	6	12	18	12
Дисплазия шейки матки	N87	–	–	–	–
Пороки развития матки	Q51	22	34	38	24
Пороки развития влагалища	Q52	54	60	71	54
Пороки развития вульвы	Q52	2	–	7	4
Сочетанные пороки развития половых органов и мочевыделительной системы (прямой кишки)	Q56	3	1	2	1
Неопределенность пола при вирусизации наружных половых органов (увеличение клитора, урогенитальный синус, мошонкообразные большие половые губы)	Q56	3	2	3	1
Травмы половых органов	S30.2	265	312	378	246
Задержка полового развития, в том числе аменорея I у девочек > 16 лет	E30.1	132	116	278	207
Первичная яичниковая недостаточность	E28.3	–	–	–	–
Нарушения менструального цикла	N92	2152	1986	2528	1845
Гирсутизм (повышенный рост волос)	L68.0	362	284	266	205
Дисменорея (альгоменорея):	N94.4	3452	3683	3204	2810
Предменструальный синдром	N94.3	283	395	375	280
Воспалительные заболевания органов малого таза, в том числе:					
– острые	N70.0	132	190	202	204
– хронические	N70.1	413	528	613	540
Доброкачественные опухоли придатков матки	D27	322	342	472	358
Эндомиомиоз гениталий	N80	5	8	9	5
Миома матки	D25	1	–	–	–
Злокачественные опухоли половых органов	C57	4	6	5	1
Патологические состояния молочных желез	N60	231	262	632	586
Итого:	–	14 046	13 822	24 916	19 904

**Не все округа г. Москвы представили информацию, часть округов города Москвы представили информацию не в полном объеме.

Таблица 3. Количество пациентов, направленных с гинекологической патологией из разных округов города Москвы

Округ	Количество за 2016 год (январь – август)	
	Абсолютные показатели	% от количества пациентов, направленных со всех округов
ЦАО	183	12,9
САО	165	11,6
СВАО	153	10,7
ВАО	137	9,6
ЮВАО	147	10,3
ЮАО	–	–
ЮЗАО	136	9,5
ЗАО	178	12,5
СЗАО	165	11,6
ЗелАО	148	10,4
Троицкий АО	–	–

третьем уровне системы оказания амбулаторно-поликлинической помощи» внедрены три этапа оказания первичной медико-санитарной помощи детям с гинекологическими заболеваниями.

Число врачей акушеров-гинекологов и педиатров, прошедших первичную специализацию по гинекологии детского и подросткового возраста на базе кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ им. Евдокимова и РМАПО: 2013 г. — 22; 2014 г. — 36; 2015 г. — 28; 2016 г. — 19.

На базе МДГКБ функционирует Центр репродуктивного здоровья детей и подростков г. Москвы, а также школа репродуктивного здоровья детей и подростков г. Москвы.

В Центре репродуктивного здоровья детей и подростков наблюдалось 6 девочек с инвалидностью, из которых 2 — с острым вульвовагинитом, 1 — с хроническим вульвовагинитом, 2 — с синехиями малых половых губ, 1 — с первичной дисменореей. Данные Центра репродуктивного здоровья детей и подростков г. Москвы свидетельствуют о преобладании воспалительных заболеваний наружных половых органов, синехий малых половых губ, нарушений

менструального цикла, доброкачественных образований придатков матки и патологий молочных желез, что согласуется с данными о гинекологической патологии у девочек и девушек г. Москвы (эти нозологии также преобладают у девочек и девушек на всей территории Российской Федерации).

После консультаций в Центре репродуктивного здоровья детей и подростков города Москвы за 2016 год

более 150 детей были направлены в стационар МДГКБ на плановое, а также экстренное оперативное лечение.

Госпитализация в стационар осуществляется в круглосуточном режиме бригадой скорой медицинской помощи по экстренным состояниям ребенка, по на-

правлению специалистов поликлинического звена, а также самостоятельно обратившихся за экстренной медицинской помощью пациентов, с целью проведения им дополнительных методов исследования, специализированной экстренной медицинской помощи, проведения оперативного лечения.

В амбулаторно-поликлиническом центре проводится первичная консультация специалистов, различные клинико-лабораторные исследования и



НА БАЗЕ ЦЕНТРА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ФУНКЦИОНИРУЕТ ШКОЛА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ, КОТОРАЯ ПРОВОДИТСЯ В ОДНУ ИЗ ПЯТНИЦ МЕСЯЦА.

Таблица 4. Количество девочек, проконсультированных в Центре репродуктивного здоровья детей и подростков города Москвы за 2015–2016 (январь – август)

Нозологическая форма (в скобках шифр МКБ-Х)	Возрастные группы							
	I 0–4 года		II 5–9 лет		III 10–14 лет		IV 15–17 лет	
	2015 г.	2016 г. январь – август	2015 г.	2016 г. январь–август	2015 г.	2016 г. январь – август	2015 г.	2016 г. январь – август
Преждевременное (до 8 лет) половое развитие (ППР), в том числе: – истинное ППР (E30.1) – изолированное телархе (E30.8) – изолированное менархе (E30.0) – изолированное пубархе	20610	1546						
Вульвовагинит – острый (N76.0) – хронический (N76.1)	60	48	57	51	9657	8847	5971	4862
Папилломы и кондиломы вульвы (A63.0)					54	43	80	67
Опухоли и опухолевидные образования вульвы и влагалища (N75.0)	–	–	–	–	–	–	–	–
Дистрофия вульвы (лейкоплакия, крауроз)	–	–	–	–	–	–	–	–
Сращения (синехии) половых губ (Q52.5)	156	148	12	11				
Эрозия (эктопия) и эктропион шейки матки (N86)					59	51	63	58
Пороки развития половых органов (Q50–Q52): – матки (Q51) – влагалища (Q52.0–Q52.4) – вульвы (Q52.7)	610	47	376	254	1622	1412	23	33
Травмы половых органов (S30.2)	–	–	–	–	–	–	–	–
Задержка полового развития (E30.0), в том числе аменорея I у девочек >16 лет					5	3	33	26
Воспалительные заболевания органов малого таза (N70–N74), в том числе: – хронические					29	24	12	8
расстройства менструаций по типу (N92–N94): – аномальных маточных кровотечений (N92.2)					151	135	147	126
Гирсутизм (L68.0) (повышенный рост волос)					2	3	12	8
Дисменорея (альгоменорея) (N94): – первичная (N94.4) – вторичная (N94.5) – не уточнённая (N94.6)					65	57	146	138
Предменструальный синдром (N93.4)	–	–	–	–	–	–	–	–
Патологические состояния молочных желез (N60–N64): – масталгия (N64.4) – диффузная мастопатия (N60.1) – узловая мастопатия (N63) – киста молочной железы (N60.1) – асимметрия молочных желез (N64.4)					862	74	193	18
Итого:	268	232	85	73	626	542	650	565
	За 2015 г.: 1629 За 2016 г. (январь – август): 1412							



В ЦЕНТРЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГОРОДА МОСКВЫ ЗА 2016 Г. БЫЛО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАНО 1418 ДЕВОЧЕК, НАПРАВЛЕННЫХ ИЗ ПОЛИКЛИНИК ВСЕХ АДМИНИСТРАТИВНЫХ ОКРУГОВ ГОРОДА МОСКВЫ.

современные методы функциональной диагностики, позволяющие провести необходимое обследование для уточнения диагноза в рамках амбулаторно-поликлинического центра. В случае необходимости девочки госпитализируются в гинекологическое отделение МДГКБ для динамического наблюдения, дообследования, уточнения диагноза и подбора лечения.

На базе Центра репродуктивного здоровья детей и подростков города Москвы функционирует Школа репродуктивного здоровья, которая проводится в одну из пятниц месяца.

За время функционирования Школы репродуктивного здоровья детей и подростков города Москвы проведено 8 лекций для мальчиков, девочек и их родителей, посвященных периодам установления менструального цикла, нормам и патологии в репродуктивной системе как девочек, так и мальчиков, порокам развития половых органов, воспалительным заболеваниям наружных и внутренних половых органов, вопросам контрацепции у подростков.

С учетом динамики и перспектив развития системы оказания специализированной гинекологической помощи девочкам в возрасте от 0 до 17 лет включительно целесообразно:

- выделить средства на подготовку специалистов в области детской и подростковой гинекологии;
- продолжить диспансеризацию школьниц согласно приказу Министерства здравоохранения России от 21.12.2012 № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» и приказу Министерства здравоохранения России от 12 ноября 2012 г. № 572н (пункта VIII «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология” с изменениями и дополнениями от 17 января 2014 г. и 11 июня 2015 г.);
- продолжить проведение мероприятий по половому воспитанию и просвещению школьниц, их родителей и педагогов (на базе Морозовской ДГКБ функционирует Школа репродуктивного здоровья детей и подростков г. Москвы);
- обеспечить обязательное участие детского и подросткового гинеколога в ежегодной диспансеризации школьниц;
- обеспечить необходимым оборудованием и оснащением кабинетов гинекологов детей и подростков в соответствии с нормативами и потребностями согласно приказу МЗ РФ № 572н от 01 ноября 2012 года;
- продолжить работу по организации кабинетов детской гинекологии;
- консолидировать работу детских гинекологов города Москвы, проводить совместные заседания, конференции;
- продолжить дальнейшее развитие службы планирования семьи, взаимодействие комитетов по делам молодежи, социальных служб, системы образования и здравоохранения.

Детская гастроэнтерология в Москве

Детская гастроэнтерология является актуальным направлением современной педиатрии. Болезни органов пищеварения занимают одно из ведущих мест в структуре детской заболеваемости и имеют устойчивую тенденцию к росту.

Эльмира АЛИЕВА,

главный внештатный специалист детский гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы, заведующая отделением гастроэнтерологии и Центром детской гастроэнтерологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ» ДЭМ, д.м.н., профессор, врач-гастроэнтеролог высшей квалификационной категории

Рост данного показателя можно объяснить совокупностью многих факторов, таких как несоблюдение режима дня и питания, некачественная пища, повышенная умственная и психоэмоциональная нагрузка, ухудшение экологии и др. Также необходимо отметить исключительное место и обособление детской гастроэнтерологии в общем учении о болезнях органов пищеварения, что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями ребенка, наличием периодов его роста и функционального развития, становлением всех органов и систем, что зачастую не позволяет экстраполировать принципы взрослой гастроэнтерологии на ту же патологию у детей. Таким образом, актуальность проблем детской гастроэнтерологии и необходимость постоянного развития этой области здравоохранения не вызывают сомнений.

В 2015–2016 гг. проведена работа по развитию педиатрической гастроэнтерологической службы города Москвы.

Маршрутизация пациентов – новая организационная технология

С целью эффективного управления и обеспечения качества медицинского обслуживания населения разработана маршрутизация пациентов по профилю «гастроэнтерология». Усилена координация работы и организационно-методическая помощь врачам общей практики и участковым педиатрам по вопросам гастроэнтерологии.

1. Первичная медико-санитарная помощь предусматривает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению гастроэнтерологических заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-гастроэнтерологом.

2. При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь по профилю «гастроэнтерология». Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачами-гастроэнтерологами в стационарных условиях и условиях дневного стационара и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.
3. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной и неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.
4. Оказание специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется при необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствием эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях. При наличии у больного медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи направление больного осуществляется в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь.
5. Больные с гастроэнтерологическими заболеваниями при наличии медицинских показаний направляются для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации.

К учреждениям здравоохранения 1 уровня оказания медицинской помощи больным по профилю «гастроэнтерология» относятся детские городские поликлиники ДЗМ и учреждения ДЗМ, имеющие в своей структуре первичный гастроэнтерологический кабинет.

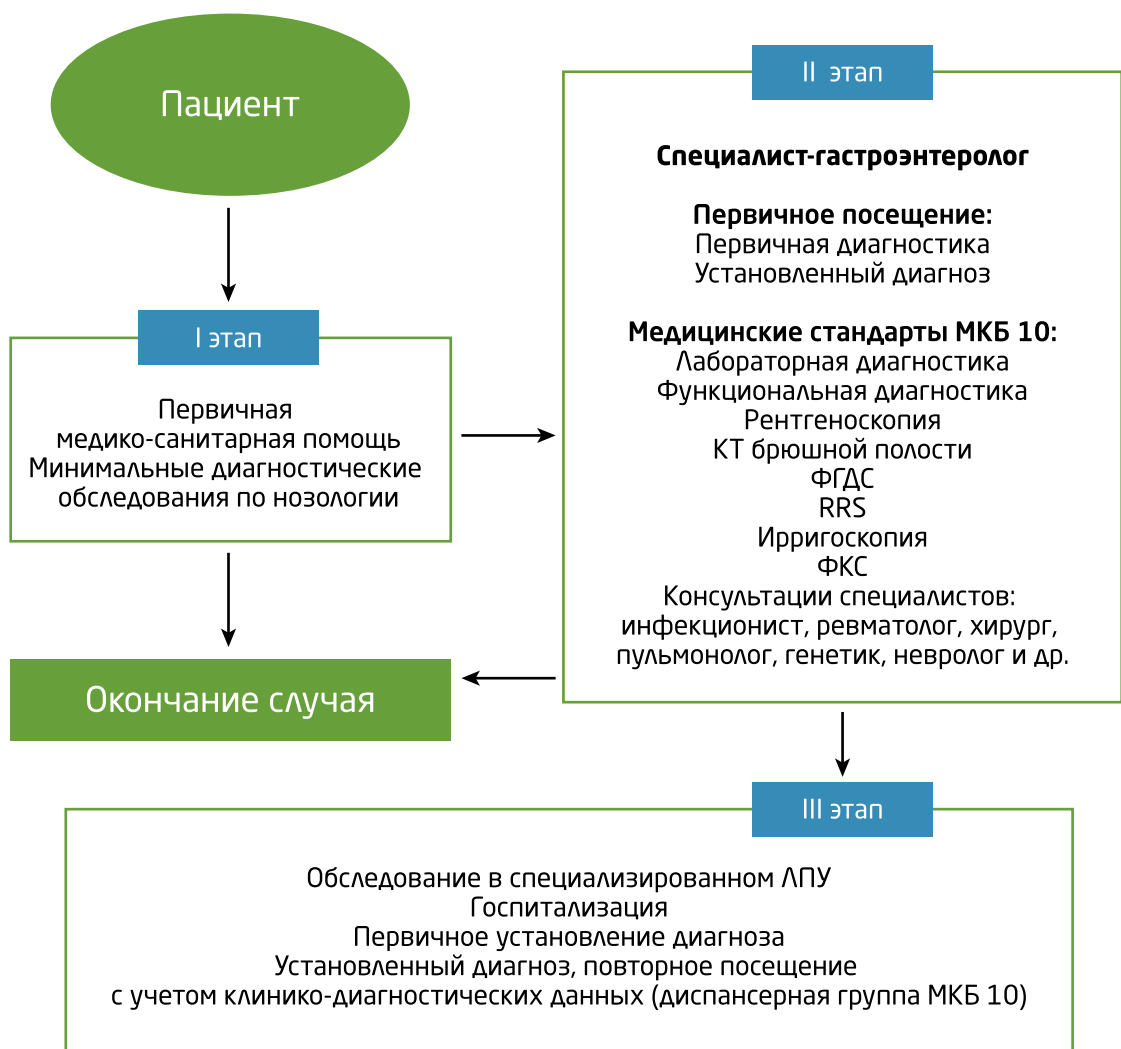
К учреждениям здравоохранения 2 уровня оказания медицинской помощи больным по профилю «гастроэнтерология» относятся медицинские учреждения ДЗМ, оказывающие первичную специализированную помощь по профилю «гастроэнтерология».

К учреждениям здравоохранения 3 уровня оказания медицинской помощи больным по профилю «гастроэнтерология» относятся учреждения клинического уровня оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, помощи по профилю «гастроэнтерология».

Диагностика заболеваний ЖКТ: обеспечение оснащенности детских поликлиник и стационаров Москвы

В детских поликлиниках ДЗМ имеются кабинеты ультразвуковой диагностики, где проводится исследование органов брюшной полости, в том числе проведение функциональных проб для желчного пузыря и верхних отделов пищеварительного тракта. Имеются эндоскопические кабинеты, в которых проводится ЭГДС со взятием биопсии и проведением теста на *H.pilory*.

В специализированных лечебных учреждениях ДЗМ для диагностики заболеваний ЖКТ у детей широко применяются современные методы исследования: ультразвуковое исследование органов брюшной полости, включая исследование полых органов, УЗИ запирающего канала и прямой кишки, определение функции сфинктерного аппарата прямой кишки, эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия со взятием биопсии и морфологическим исследованием материала, видеокапсульное исследование, суточная рН-метрия желудка и пищевода, диагностика хеликобактерной инфекции, электронейромиография запирающего канала, рентгенологические методы исследования: обзорная рентгенография, рентгеноскопия ЖКТ с функциональными пробами, определение пассажа контрастного вещества, ирригография, МРТ и КТ брюшной полости. Также проводится широкий спектр лабораторных исследований. Доступность данных методов исследования позволяют максимально быстро и точно





**ДОСТУПНОСТЬ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ
ПОЗВОЛЯЕТ МАКСИМАЛЬНО БЫСТРО И ТОЧНО
ДИАГНОСТИРОВАТЬ РАЗЛИЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ.**

соссийских и международных конференциях и семинарах, проводимых Департаментом здравоохранения города Москвы, Европейской организацией болезни Крона и язвенного колита (ЕССО), Европейским союзом гастроэнтерологов (UEG).

Отделения гастроэнтерологии лечебно-профилактических учреждений ДЗМ продолжают предоставлять учебную базу различным кафедрам ведущих российских медицинских вузов и НИИ.

В 2015 году была создана рабочая группа по гастроэнтерологии, в которую вошли окружные гастроэнтерологи г. Москвы, проводятся ежемесячные заседания рабочей группы с рассмотрением актуальных вопросов детской гастроэнтерологии в Москве.

**Повышение квалификации
медицинских работников**

Повышение профессионального уровня и квалификации медицинских работников — это необходимое обновление знаний и совершенствование навыков в связи с повышением требований к уровню их квалификации и необходимостью освоения ими способов решения профессиональных задач. Педиатры, врачи-гастроэнтерологи, медицинские сестры отделений гастроэнтерологии ДЗМ успешно повышают квалификацию и получают новые знания на рабочих местах, на курсах повышения квалификации специалистов, на циклах усовершенствования и специализации в центральных институтах, через ординатуру, аспирантуру. Проводятся курсы длительностью 144 часа с выдачей удостоверения о прохождении курса для гастроэнтерологов с углубленным изучением вопросов детской гастроэнтерологии. В настоящее время ведется работа по расширению клинических баз для данного обучения и обновление методических рекомендаций.

**Оказание медицинской помощи
и реабилитация особых групп пациентов**

В настоящее время проблема реабилитации детей-инвалидов с воспалительными заболеваниями кишечника, синдромом короткой кишки, стомированных больных становится все более значимой.

На базе Морозовской ДГКБ организован единственный городской Центр детской гастроэнтерологии. На его базе создан Центр воспалительных заболеваний кишечника, который осуществляет диагностику и специализированное лечение детей с язвенным колитом и болезнью Крона. Ведется регистр данных больных с целью учета больных, анализа заболеваемости, систематического наблюдения и оптимизации лечения, организованной передачи данных пациентов во взрослую сеть. В соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановые 2016-й и 2017 годы и перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования,

диагностировать различные заболевания органов пищеварения. В настоящее время ведется работа над оснащением необходимым оборудованием детских поликлиник г. Москвы.

Научная и методическая работа

Участие в научно-практических конференциях и семинарах — необходимая составляющая работы врача. Последние годы отмечены активным участием врачей-гастроэнтерологов и педиатров Москвы во всероссийских и международных конференциях и семинарах, проводимых Департаментом

финансовое обеспечения которых осуществляется за счет бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования, пациентам оказывается высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, которая включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью. В профиле «гастроэнтерология» это пациенты с заболеваниями: язвенный колит и болезнь Крона 3 и 4 степени активности, гормонозависимые и гормонорезистентные формы. Применяется поликомпонентная терапия химиотерапевтическими и генно-инженерными биологическими лекарственными препаратами под контролем иммунологических, морфологических, гистохимических инструментальных исследований, что позволяет достичь значительных успехов в лечении детей с воспалительными заболеваниями кишечника.

На базе Морозовской ДГКБ осуществляет свою деятельность кабинет работы с детьми с синдромом короткой кишки. За 2015 год был создан рабочий регистр детей с СКК (всего 26 детей, на парентеральном питании 15 пациентов), разработаны индивидуальные карты с учетом необходимых препаратов, продуктов питания, медицинских изделий, получены сведения о необходимых и жизненно важных лекарственных препаратах, специализированных продуктах лечебного питания, изделиях медицинского назначения, необходимых для индивидуального обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, и рассчитаны потребности на месяц и на год, после решения комиссии разработаны и поданы в ДЗМ индивидуально для каждого пациента требования в виде таблиц согласно стандартам. В настоящее время осуществляется организованное и своевременное индивидуальное обеспечение детей с СКК, а также наблюдение детей, очные и заочные консультации.

На базе городского Центра детской гастроэнтерологии проводятся завершающие этапы работы над организацией кабинета работы с детьми с заболеваниями, приведшими к образованию стомы. В данном кабинете будет осуществляться учет и наблюдение детей-носителей стомы, консультация их различными специалистами (детским гастроэнтерологом, детским хирургом-колопроктологом, диетологом и другими специалистами по необходимости), коллегиально гастроэнтерологом и хирургом будут решаться вопросы о закрытии или реконструкции стомы. Также будет осуществляться выдача рецептов на средства индивидуального обеспечения (калоприемники, средства по уходу за стомой), санитарно-просветительская работа (обучение уходу за стомой, психологическая помощь).

Для улучшения качества жизни, медико-социальной поддержки пациентов в учреждениях гастроэнтерологической службы применяется адресный подход в реабилитации с опорой прежде всего на личность больного и его индивидуальные потребности.



ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ АДРЕСНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ С ОПОРОЙ ПРЕЖДЕ ВСЕГО НА ЛИЧНОСТЬ БОЛЬНОГО И ЕГО ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ.

Взаимодействие с общественными и пациентскими организациями

Социальная поддержка, медицинская реабилитация детей с гастроэнтерологической патологией, информирование населения, содействие формированию гражданского общества в сфере оказания медицинской помощи — задачи, которые одновременно



С ЦЕЛЬЮ ЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РАЗРАБОТАНА МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПО ПРОФИЛЮ «ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ». УСИЛЕНА КООРДИНАЦИЯ РАБОТЫ И ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ВРАЧАМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРАМ ПО ВОПРОСАМ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ.

естественный подход к вопросам здоровья, социальной поддержки и медицинской реабилитации детей с гастроэнтерологической патологией. На сайте представлена информация о гастроэнтерологическом отделении и Центре детской гастроэнтерологии Морозовской детской больницы, оказывающих помощь детям с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

В 2016 году при поддержке Департамента здравоохранения города Москвы и фонда «Миротворец» в Морозовской детской больнице состоялся праздник для детей с воспалительными заболеваниями кишечника «Жизнь с ВЗК», а также торжественное открытие художественной выставки работ пациентов Центра детской гастроэнтерологии Морозовской ДГКБ. Целью данного мероприятия было привлечение общественного внимания к проблеме пациентов с данными заболеваниями, а также предоставление возможности для детей завести новые знакомства, узнать об опыте сверстников и более старших товарищей в нелегкой борьбе с ВЗК. Мероприятие прошло в теплой дружественной обстановке и имело большой успех у детей и их родителей. В будущем планируется и далее организовывать подобные встречи и праздники.

Для родителей детей с ВЗК, СКК, стомированных больных организована профилактическая и информационно-просветительная работа, в том числе с использованием современных информационных технологий: проводятся консультации и беседы в рамках «Гастрошкол», на форуме «Кронпортал» (форум для людей с аутоиммунными заболеваниями), открыта онлайн-приемная, где врачами-гастроэнтерологами г. Москвы проводятся бесплатные консультации.

Заключение

Таким образом, за период 2015–2016 гг. в области детской гастроэнтерологии была проведена обширная работа по следующим пунктам: организация маршрутизации больных и преемственности амбулаторного, стационарного и санаторного звена здравоохранения, организация укомплектованности детских поликлиник и стационаров Москвы необходимым оборудованием, содействие доступности и качеству программ повышения квалификации врачей, участие во всероссийских и международных конференциях и конгрессах по гастроэнтерологии, организация помощи детям с ВЗК, СКК, стомированным больным, взаимодействие с общественными и пациентскими организациями.

стоят перед врачами и родителями. Когда усилия врачей и родителей объединены, то цели достигаются быстро и успешно. Пациентские и общественные организации города Москва, которые совместно с врачами решают задачи детской адаптации и реабилитации: автономная некоммерческая организация по оказанию помощи больным с синдромом короткой кишки и метаболическими нарушениями «Ветер надежд», некоммерческое партнерство «Общество родителей детей, больных язвенным колитом и болезнью Крона», форум для людей с аутоиммунными заболеваниями «Кронпортал».

Два года назад успешно реализован совместный проект Центра детской гастроэнтерологии Морозовской ДГКБ и Общества родителей детей, больных язвенным колитом и болезнью Крона, — gastromoroz.ru. Концепция портала gastromoroz.ru отражает вдумчивый и

Достижения и перспективы детской неврологической службы в городе Москве

Несмотря на широкое внедрение передовых достижений современной медицины в диагностике и лечении заболеваний нервной системы у детей, на фоне повышения показателя рождаемости наблюдается неуклонный рост числа детей-инвалидов.

Татьяна БАТЫШЕВА,
главный внештатный
специалист Департа-
мента здравоохра-
нения города Москвы
по детской неврологии,
д.м.н., профессор,
заслуженный врач РФ

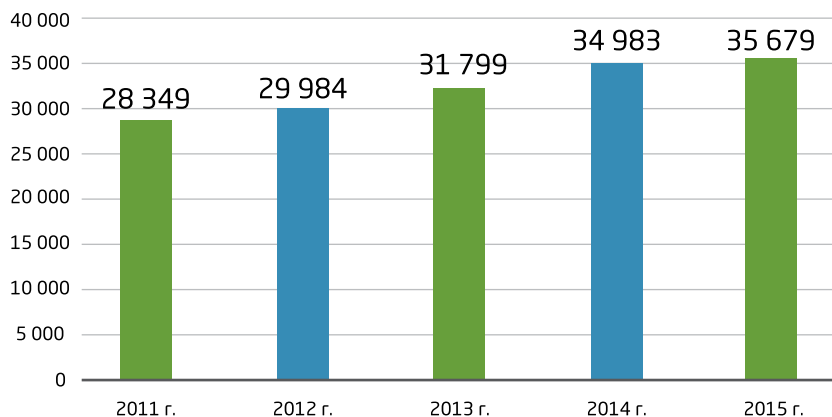
**С.В. ТРЕПИЛЕЦ,
Ю.А. КЛИМОВ,
О.В. КВАСОВА**
ГБУЗ «Научно-практи-
ческий центр детской
психоневрологии ДЗ
г. Москвы»

По данным Мосгорстата, число новорожденных в 2015 году составляло 142 390 человек, что почти на 4 тысячи больше, чем в 2014 году. Одновременно, по данным медико-социальной экспертизы, численность детей-инвалидов в г. Москве в 2011 г. составляла 28 349 человек, в 2012 г. — 29 984, в 2013 г. — 31 799, в 2014 г. — 34 983, в 2015 г. — 35 679 человек.

Среди причин детской неврологической инвалидности первые места занимают детский церебральный паралич (ДЦП), пароксизмальные состояния (в том числе эпилепсия) и задержки психомоторного, речевого и интеллектуального развития различного генеза. Ведущей причиной инвалидности среди заболеваний нервной системы является детский церебральный паралич, распространенность которого растет из года в год: в 2016 г. численность заболевания в г. Москве составила 3,1 случая на 1000 детского населения, что существенно превышает аналогичные данные за 2011 г., когда распространенность ДЦП составила 2,6 на 1000 новорожденных. Продолжает расти абсолютное число детей, родившихся недоношенными (7–9% от числа новорожденных). В последние годы отметилась отчетливая тенденция к повышению выживаемости детей с экстремально низкой массой тела (менее 1000 г).

Применение методов ЭКО с ростом числа многоплодных беременностей, улучшение акушерского пособия и повышение качества медицинской помощи новорожденным на ранних этапах с возможностью выхаживания глубоко недоношенных детей и детей с экстремально низкой массой тела привели к увеличению доли недоношенных детей среди больных ДЦП, снижению доли пациентов со спастической дисплегией, увеличению количества спастических гемипарезов за счет большей распространенности односторонних ВЖК и асимметричных ПВЛ.

Рисунок 1. Количество детей-инвалидов г. Москвы за 2011–2015 гг.



Детский церебральный паралич (ДЦП) — термин, используемый для группы состояний, в основе которых лежит селективный дефект моторной функции мозга. Структурное поражение или аномалия развития мозга в определенный период развития является основой формирования заболевания. Возникая во внутриутробном, интранатальном и раннем постнатальном периодах (до 20 дней жизни), заболевание сохраняется в течение всей жизни, характеризуясь постоянными нарушениями движения и поддержания позы, выраженность которых может изменяться со временем.

Определено большое число факторов, влияющих на нормальное развитие плода, однако роль в формировании ДЦП многих из них до конца не изучена. По данным некоторых авторов, до 50% случаев ДЦП не имеют точно установленной этиологии. Отдельные факторы риска развития ДЦП являются потенциально предотвратимыми.

Главная особенность ДЦП — время воздействия патологического фактора. Выделяют пренатальные (антенатальные), интранатальные (натальные) и постнатальные факторы развития заболевания. До 80% случаев поражений при ДЦП возникают в результате влияния антенатальных факторов (гипоксически-ишемические, травматические, инфекционные, в т.ч. TORCH-инфекции, и синдромальные состояния), воздействующих на плод в период внутриутробного развития и вызывающих аномальное развитие мозга. В последующем внутриутробная патология часто отягощается интранатальной (около

10% детей с ДЦП имеют признаки интранатальной асфиксии). Часто отмечается сочетание нескольких неблагоприятных факторов, воздействующих в период беременности и родов (до недавнего времени родовая асфиксия, особенно при сочетании с хронической внутриутробной гипоксией плода, считалась ведущей причиной поражения мозга у детей). Существенное место в этиологии ДЦП занимает внутричерепная родовая травма, часто возникающая на фоне нарушений внутриутробного развития. К постнатальным факторам развития ДЦП относятся: гипоксически-ишемические, инфекционные (неонатальный сепсис, нейроинфекции — энцефалит, менингоэнцефалит различной этиологии), послеродовые травмы центральной нервной системы и гипербилирубинемия новорожденных.

Своевременное лечение инфекционных заболеваний и улучшение соматического здоровья матери, профилактика акушерско-гинекологической патологии, осложненного течения беременности и преждевременных родов (на сроках до 34-й недели гестации — уменьшение многоплодных беременностей после искусственного оплодотворения, раннее распознавание и лечение перинатальных инфекций и сепсиса, выявление причин привычных аборт и преждевременных родов), предотвращение осложненного течения родов, грамотное родовспоможение и оказание необходимой помощи новорожденным (в т.ч. при неонатальных судорогах, СДР и гипогликемии с предотвращением необратимых повреждений мозга) снижает риск развития ДЦП.

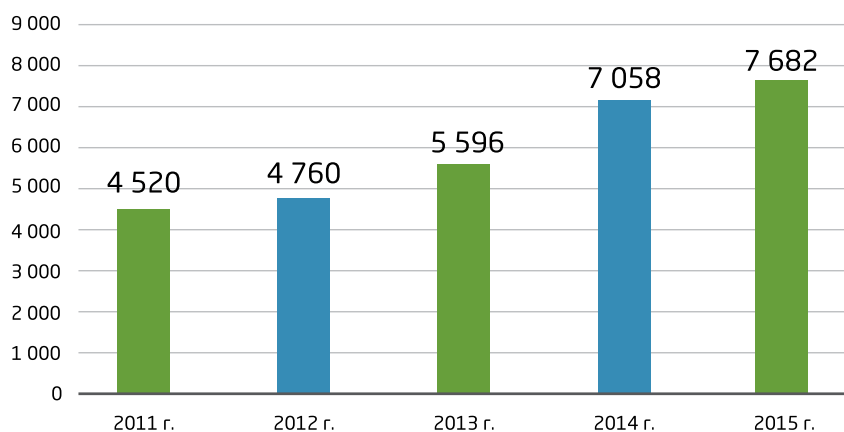
Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы (НПЦ ДП ДЗМ) является ведущей клиникой в нашей стране, специализирующейся на реабилитации пациентов с ДЦП. Основная задача учреждения — интенсивная, комплексная, максимально эффективная реабилитация детей с заболеваниями центральной, периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата с высокопрофессиональной диагностикой и исключением осложнений заболевания, направленная на повышение уровня социальной адаптации пациентов с ДЦП. Количество детей и подростков с патологией нервной системы, получивших восстановительное лечение в НПЦ ДП, составило в 2011 г.— 4520 детей, в 2012 г. — 4760 детей, в 2013 г. — 5596 детей, в 2014 г. — 7058 пациентов и в 2015 г. — 7682 ребенка.

В основе реабилитации в центре лежит метод кинезотерапии по К.А. Семеновой, разработанный и применяемый для детей раннего и младшего возраста с высокой эффективностью при тяжелых формах церебрального паралича. Метод основан на знании закономерностей развития моторного развития и мышечного тонуса здорового ребенка. Используются многочисленные упражнения для выработки и совершенствования каждого физиологического навыка, снижения гипертонуса и патологических рефлексов, устранения патологических поз. Занятия проводятся с использованием мячей, качелей,

специальных валиков, вертикализаторов, тренажеров, беговых дорожек и велосипедов. Массаж и лечебная физкультура обязательно сочетаются с гидротерапией и физиопроцедурами в виде парафиновых аппликаций, озокерита, лекарственного электрофореза, гальванизации. Для снижения патологического тонуса в реабилитационные мероприятия включают амплипульстерапию стимулирующими магнитными токами и фототерапию, в частности световую терапию поляризованным светом «Биоптрон», и лазерную терапию «Лазер-душ», которые не только нормализуют мышечный тонус, но также улучшают кровообращение и укрепляют иммунитет. Классический массаж и ЛФК отлично сочетаются с терапией на современных аппаратах «Хивамат», при которой проводится воздействие пульсирующим электростатическим полем на глубокие мышцы, и «Бодидрейн», улучшающем лимфодренаж и венозный отток тканей организма.

В последние годы в основной курс реабилитации в нашем центре успешно внедрена мануальная терапия и рефлексотерапия, что очень актуально при всех формах ДЦП. Симуляция определенных биологически активных точек улучшает координацию движения и интеллектуальные функции. Применяется медикаментозная иглорефлексотерапия, остеопатия, опорная стимуляция ходьбы, фармако-рефлексотерапия. Комплексное применение этих методик используется во всем мире и называется

Рисунок 2. Количество детей, получавших восстановительное лечение в Научно-практическом центре детской психоневрологии за 2011–2015 гг.



методом синергической рефлексотерапии, позволяющим увеличить объем движений пациентов до 50%, улучшить речь, память, уменьшить выраженность косоглазия и стимулировать навыки самообслуживания, что является основной задачей эрготерапии, необходимой для дальнейшей социальной адаптации детей-инвалидов.

Также для организации двигательного акта необходима активация сенсорной проприоцептивной системы, отвечающей за обратную связь периферических и центральных отделов нервной системы. С этой целью в клинике используются современные достижения космической медицины: нагрузочные костюмы для космонавтов «Адели», «Атлант», а также уникальный реабилитационный тренажер «Локомот», действующий по методу биологически обратной связи, улучшающие функции ходьбы.

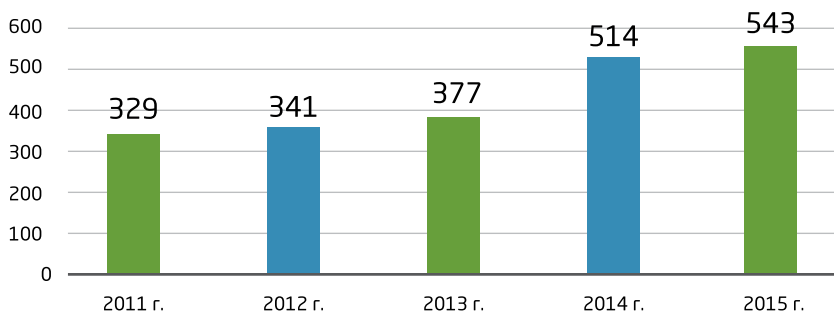
Наибольшее внимание в работе НПЦ ДП уделяется детям раннего возраста, прежде всего с перинатальным поражением ЦНС. Врачи обладают уникальным опытом в области лечения и реабилитации новорожденных и детей первого года жизни. Хотя окончательно диагноз в этом возрасте не всегда может быть установлен, однако определяется задержка психомоторного развития с запаздыванием угасания безусловных рефлексов, определяющая группу риска по развитию церебрального паралича, и проводятся первые шаги для стимуляции компенсаторных возможностей организма с помощью уникального свойства пластичности головного мозга детей раннего возраста. При запаздывании редукции безусловных рефлексов, усилении лабиринтного тонического рефлекса и асимметричного

и симметричного шейных тонических рефлексов с развитием патологических синкинезий врачи используют медикаментозную терапию совместно с реабилитационными мероприятиями.

В отделении раннего возраста, помимо невролога, ребенка обязательно осматривают окулист для исключения ретинопатий, ортопед с целью выявления подвывихов тазобедренных суставов, педиатр оценивает соматическое здоровье пациентов, логопед определяет уровень задержки познавательно-предречевого развития, врачи ЛФК и ФТЛ дают рекомендации по дальнейшему проведению процедур. Использование комплексного воздействия массажа, гимнастики, плавания, физиотерапевтических процедур, иглорефлексотерапии, остеопатии у детей раннего возраста дает положительные результаты, способствует нормальному физиологическому развитию ребенка, предотвращает развитие и формирование патологических двигательных стереотипов, стимулирует психическое и предречевое развитие. Для усиления и закрепления положительного эффекта в отделении родители обучаются элементам различных укладок, рефлексонормализующей гимнастики.

Процесс реабилитации проводится с участием мультидисциплинарной команды, включающей, кроме невролога, врача и инструкторов ЛФК, массажистов, физиотерапевта, рефлексотерапевта и логопеда-дефектолога. По необходимости ребенка консультируют педиатр, окулист, лор, ортопед, эпидемиолог и генетик. Врачи и медики различных дисциплин тесно сотрудничают в команде. Для каждого пациента составляется индивидуальный курс реабилитации,

Рисунок 3. Количество детей первого года жизни, получавших восстановительное лечение в Научно-практическом центре детской психоневрологии за 2011–2015 гг.





**ЭПИЛЕПСИЯ — ЧАСТЫЙ «СПУТНИК» ДЦП.
ПО ДАННЫМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА
ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ, ЭПИЛЕПСИЯ
ДИАГНОСТИРУЕТСЯ У 36% ДЕТЕЙ С ДЦП.**

определяется уровень тяжести двигательных нарушений по шкале GMFS, уровень когнитивных нарушений, составляется программа детального обследования неврологической симптоматики и выявления их причин. При отсутствии противопоказаний вырабатывается высокоинтенсивная, индивидуальная программа терапевтических процедур до 3–4 часов ежедневно пять раз в неделю. Для детей с отягощенной сопутствующей патологией разрабатывается индивидуальный план реабилитации с учетом максимального исключения побочных эффектов и ухудшения состояния ребенка.

У детей с ДЦП достаточно часто выявляются ортопедические проблемы в виде сколиозов, дисплазий и вывихов тазобедренных суставов, развития контрактур крупных суставов, эквинусной или вальгусной деформации стоп.

Ортопеды нашего центра имеют огромный практический опыт применения вспомогательных приспособлений: ортопедической обуви, ортезов, шины Виленского, СВОШ и т.д. При тяжелых контрактурах используется нейро-ортопедическое этапное гипсование, при необходимости — ортопедические операции.

В клинике активно проводятся инъекции ботулотоксина типа А при локальной спастичности и болевом синдроме, нередко после оперативного лечения. С 2011 года на базе НПЦ ДП функционирует Городской кабинет ботулинотерапии, в котором неврологи проводят клинический отбор пациентов, которым необходимо проведение инъекций, определяют необходимую дозу препарата для ослабления мышечного тонуса и увеличения объема движений препарата, проводят процедуру и ведут динамическое наблюдение пациентов г. Москвы.

При ДЦП у детей могут развиваться как обратимые нарушения речи (задержка предречевых и речевого развития), а также более стойкие системные расстройства (общее недоразвитие речи),

спастико-паретическая дизартрия, псевдобульбарная дизартрия и скандированная речь. Характер нарушения речевого развития, часто приводящего к задержке психического развития, зависит от формы ДЦП, тяжести двигательных нарушений, характера изменений на МРТ и ЭЭГ. В НПЦ ДП работает служба логопедов и дефектологов, занимающаяся развитием у ребенка высших психических функций, речи, памяти, логики, совершенствованием крупной и мелкой моторики.

С 2015 года на базе НПЦ ДП функционирует отделение для детей с расстройствами аутистического спектра. За прошедший год стационарное лечение прошли 529 детей с аутизмом и нарушениями психического развития. В отделении активно функционирует педагогическая служба, воспитатели, психологи и педагоги в рамках коррекционных занятий помогают формированию учебно-коммуникативных навыков, улучшают развитие когнитивных функций. С 10.01.2007 г. в соответствии с приказом ДЗМ № 5 «Об организации специализированного кабинета для лечения детей и подростков, страдающих рассеянным склерозом» на базе НПЦ ДП функционирует Городской кабинет рассеянного склероза, где наблюдаются дети с рассеянным склерозом, клинически изолированным синдромом и острым рассеянным энцефаломиелитом. Проводится большая научная работа с участием в международных исследованиях, в частности в области использования таблетированной формы интерферона Гиления® (финголимод).

Эпилепсия — частый «спутник» ДЦП. По данным Научно-практического центра детской психоневрологии, эпилепсия диагностируется у 36% детей с ДЦП (Батышева Т.Т., 2015 г.). С целью оптимизации медицинской помощи приказом № 140 Департамента здравоохранения г. Москвы от 21.02.2014 г. «Об организации Центра по лечению эпилепсии и пароксизмальных состояний у детей и подростков» на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения г. Москвы «Научно-практического центра детской психоневрологии ДЗМ» был сформирован Городской центр эпилепсии и пароксизмальных состояний. Создание центра обусловлено необходимостью оказания своевременной и квалифицированной медицинской и социальной помощи детям г. Москвы с эпилепсией. В центре оказывается консультативно-диагностическая помощь детям с эпилепсией и пароксизмальными состояниями различной этиологии, официально подтверждается



ПО НОРМАТИВАМ ПОВТОРНЫЙ ПРИЕМ ПАЦИЕНТА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В 3 МЕСЯЦА, ПРИ КЛИНИКО-ЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ 1 РАЗ В 6 МЕСЯЦЕВ. СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ИНДИВИДУАЛЬНО.

диагноз эпилепсии, определяется тактика лечения и осуществляется наблюдение за больными с эпилепсией, проводится коррекция терапии. По нормативам, ранее выработанным эпилептологами Городского кабинета эпилепсии и пароксизмальных состояний г. Москвы, повторный прием пациента при первичном обращении проводится 1 раз в 3 месяца, при клинико-энцефалографической ремиссии 1 раз в 6 месяцев. Сроки наблюдения определяются индивидуально для каждого ребенка и составляют от 2 до 5 лет. Особое внимание в работе центра отдается детям-инвалидам с эпилепсией и нарушениями опорно-двигательного аппарата. Важной задачей эпилептологов центра является определение возможности и объема реабилитации детей с ДЦП и эпилепсией. Пациенты получают официальное подтверждение диагноза и необходимости антиэпилептической терапии из перечня жизненно необходимых лекарственных препаратов. За 2014–15 гг. в Центре проконсультировано 1649 детей, 1178 пациентам подтвержден диагноз «эпилепсия», у 368 детей эпилепсия выявлена впервые при обращении в НПЦ ДП. Созданная в г. Москве специализированная амбулаторная служба помощи детям, больным эпилепсией, на базе Научно-практического центра позволяет оказывать высококвалифицированную медицинскую помощь на уровне поликлинического и стационарного звена, повысить доступность и качество лечения пациентов с эпилепсией, в т.ч. ассоциированной с ДЦП, в условиях модернизации здравоохранения. Дети с эпилепсией госпитализируются не только в Научно-практический центр детской психоневрологии, но и в другие стационары, при развитии острых состояний — в Морозовскую ДГКБ, в больницу им. Г.Н. Сперанского. На базе Морозовской больницы с 27.02.2014 г. приказом № 169 Департамента здравоохранения города Москвы функционирует Центр по лечению цереброваскулярной патологии у детей

и подростков, ведется работа по организации поэтапной помощи детям, перенесшим инсульты с последующей реабилитацией в Научно-практическом центре детской психоневрологии. С 2015 г. Центр орфанных заболеваний детей и подростков создан на базе многопрофильного стационара Морозовской детской больницы, куда направляются на консультацию и диагностику дети с подозрением на редкие заболевания. Существует тесная взаимосвязь ведущих неврологических стационаров и поликлиник г. Москвы, что позволяет значительно улучшить качество медицинской помощи. В тесном сотрудничестве с НПЦ СМП им. В.Ф. Войно-Ясенецкого разрабатываются современные подходы к лечению резистентных форм эпилепсии с использованием кетогенной диеты и VNS-терапии, проводится пре-хирургическое обследование детей и подростков. Ведется активная работа по раннему выявлению детей, угрожаемых по развитию неврологических заболеваний, с детскими поликлиниками и окружающими неврологами г. Москвы. В НПЦ ДП регулярно проводятся тематические конференции и семинары для врачей, публикуются научные статьи и методические рекомендации по актуальным проблемам детской неврологии.



ДЕТИ С ЭПИЛЕПСИЕЙ ГОСПИТАЛИЗИРУЮТСЯ НЕ ТОЛЬКО В НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ, НО И В ДРУГИЕ СТАЦИОНАРЫ — В МОРОЗОВСКУЮ ДГКБ, В БОЛЬНИЦУ ИМ. Г.Н. СПЕРАНСКОГО.

Эффективное лечение неврологических заболеваний подразумевает не только восстановление психических, моторных и речевых функций, но и социальную реабилитацию пациентов. Это особенно актуально для детей, лечение любого заболевания у которых должно проводиться с позиции сохранения достойного качества жизни ребенка и его семьи. Сотрудники центра стремятся к тому, чтобы общество наконец начало признавать особых детей, ведь они красивы, умны и талантливы. Если люди научатся этому, то будут сами себя уважать.

Электронное здравоохранение

Развитие электронных сервисов в сфере здравоохранения в Российской Федерации происходит ступенчато и равномерно.

Подготовлено специалистами ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

По оценкам специалистов ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», электронная медицинская карта на ноябрь 2016 года внедрена в 69 объектах внедрения, оформлено 8,05 млн электронных документов, 1,49 млн электронных медицинских карт, сервис электронный рецепт внедрен в 422 объектах, выписано 23,35 млн льготных рецептов.

21 ноября 2014 г. в Астраханской области заместитель председателя Фонда социального страхования Российской Федерации Сергей Алещенко провел федеральное совещание по вопросам реализации пилотного проекта «Электронный листок нетрудоспособности», на котором было отмечено, что в трех субъектах Российской Федерации (Астраханская область, Белгородская область, город Москва) по поручению Председателя Правительства Российской Федерации начинается пилотный проект по переходу на электронный больничный. Директор Департамента информационных технологий и связи Минздрава России Елена Бойко отметила, что внедрение данной программной продукции поможет повысить качество предоставления медицинской помощи. Электронный больничный значительно упростит процедуру начисления выплат, поможет избежать ошибок в заполнении больничного и сэкономит время пациентов и врачей.

В настоящее время электронный листок нетрудоспособности в рамках пилотного проекта уже внедрен в 385 объектах внедрения, выписано более 2 млн листков нетрудоспособности в электронном виде. Можно констатировать, что развитие электронных сервисов направлено на снижение и упрощение документооборота, разгружает работу медицинского персонала и снижает временные затраты пациентов на привычные ранее действия.

Для законодательного закрепления возможности оформления листка нетрудоспособности в форме электронного документа 30.03.2016 Минтруд России разместил на едином портале для размещения информации о разработке федеральными органами исполнительной власти проектов нормативных правовых актов и результатов их общественного обсуждения regulation.gov.ru проект федерального закона «О внесении изменений в статью 13 Федерального закона «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и в статью 59 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — законопроект) предусматривает возможность использования листка нетрудоспособности как на бумажном носителе, так и в форме электронного документа, сформированного в автоматизированной информационной системе, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченных лиц и имеющего равную юридическую силу с листком нетрудоспособности, оформленным в установленном порядке на бланке листка нетрудоспособности по форме, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2011 № 347н.

Принятие законопроекта будет способствовать оптимизации процесса обмена сведениями при формировании листка нетрудоспособности в форме электронного документа между субъектами обязательного социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, медицинскими организациями и федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы.

Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» утверждение порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья, в том числе в электронном виде, отнесено к компетенции Минздрава России.

Минздрав России подчеркивал приоритетность развития информационных технологий в связи с применением информатизации в направлении контроля качества медицинской помощи и развитием информатизации в регионах, а также то, что проведение тотальной информатизации и выравнивание уровня региональных и межрегиональных учреждений систем является основополагающей задачей.

С 2016 года, в связи с внедрением аккредитации как системы допуска специалистов к медицинской и фармацевтической деятельности, функционируют порталы непрерывного медицинского и фармацевтического образования, а также Федеральная электронная медицинская библиотека как справочная система единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Кроме того, в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения в течение многих лет функционируют программный комплекс по ведению паспортов медицинских учреждений Российской Федерации, федеральный регистр медицинских работников, сфера здравоохранения приобрела опыт применения телемедицинских технологий, в том числе при масштабных чрезвычайных происшествиях, сформированы рекомендации по обеспечению необходимых функциональных возможностей медицинских информационных систем непосредственно в медицинских организациях, на уровне региональных медицинских информационных систем. В соответствии с положениями Федерального закона от 27.12.2002 № 184-ФЗ «О техническом регулировании» 01.09.2005 на базе ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» создан технический комитет по стандартизации «Информатизация здоровья» (ТК 468 «Информатизация здоровья»), принят комплекс взаимоувязанных национальных

стандартов информатизации здоровья, установленных требования, нормы и правила, способы и методы, направленные на применение информационно-коммуникационных технологий по обмену информацией в интересах всех участников процесса оказания услуг в сфере здравоохранения.

Таким образом, принятие комплекса разнородных нормативных правовых актов создало основные предпосылки успешного внедрения электронных сервисов в здравоохранение Российской Федерации.

Термин «электронное здравоохранение» внедрено в практику Всемирной организации здравоохранения с 25.05.2005, когда на Пятьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения был представлен доклад А58/21 секретариата Всемирной организации здравоохранения об электронном здравоохранении и принята резолюция WHA58.28.

Доклад секретариата Всемирной организации здравоохранения отмечает, что появление и развитие информационно-коммуникационных технологий, которые затрагивают многие сферы жизни, открыли перед всеми странами благоприятные возможности и в то же время поставили перед ними определенные пробле-

мы в достижении одной из целей Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций, принятой резолюцией 55/2 Генеральной Ассамблеи от 08.09.2000, состоящей в том, чтобы принять меры к тому, чтобы все могли пользоваться благами новых технологий, особенно информационных и коммуникационных.

Электронное здравоохранение, под которым Всемирная организация здравоохранения в настоящем контексте подразумевает использование информационно-коммуникационных технологий как в данном конкретном месте, так и на расстоянии, открывает уникальную возможность для развития общественного здравоохранения. Укрепление здравоохранения с помощью системы электронного здравоохранения может способствовать осуществлению основных прав человека в результате повышения уровня справедливости, солидарности, качества жизни и качества медико-санитарной помощи.



**ТЕРМИН «ЭЛЕКТРОННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»
ВНЕДРЕНО В ПРАКТИКУ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С 25.05.2005 НА ПЯТЬДЕСЯТ
ВОСЬМОЙ СЕССИИ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.**

Всемирная организация здравоохранения для развития электронного здравоохранения призывает:

- разработать долгосрочные стратегические планы в целях развития и реализации услуг в области электронного здравоохранения в различных сферах сектора здравоохранения, включая административное руководство здравоохранением, с включением соответствующих правовых рамок и инфраструктур и поощрением партнерства между государственным и частным секторами;
- надлежащим образом разрабатывать инфраструктуру информационно-коммуникационных технологий в интересах здоровья и способствовать справедливому, дешевому и универсальному доступу к преимуществам, которые они дают, и продолжать работу с информационными и телекоммуникационными учреждениями и другими партнерами, с тем чтобы снизить затраты на телекоммуникационные услуги и сделать успешным электронное здравоохранение;
- мобилизовать многосекторальное сотрудничество для определения стандартов и норм в области электронного здравоохранения на основе фактических данных, анализировать деятельность в области электронного здравоохранения и обмениваться информацией о моделях, эффективных с точки зрения затрат, таким образом обеспечивая качество, безопасность и этические стандарты, а также соблюдение принципов конфиденциальности информации, неприкосновенности частной жизни, справедливости и равенства;
- создать национальные центры и сети передовых технологий в целях выявления наиболее эффективных видов практики в области электронного здравоохранения, координации политики и технической поддержки для оказания медико-санитарной помощи, улучшения обслуживания, информирования граждан, создания потенциала и осуществления эпидемиологического надзора;
- создать электронные национальные системы информации в области общественного здравоохранения и повысить за счет информационных средств потенциал для осуществления эпидемиологического надзора, улучшить оперативные действия в ответ на болезни и чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения.

В докладе отмечено потенциальное воздействие на здоровье электронного здравоохранения в следующем:

- прогресс в области информационно-коммуникационных технологий влечет за собой стремительные изменения. Электронное здравоохранение может выражаться в цифровых продуктах, системах и услугах медико-санитарного назначения. Эти технологии открывают огромные перспективы для стран как с низким, так и с высоким уровнями дохода, и некоторые страны уже получают от них положительный эффект. Этот эффект относится не только к системам медико-санитарного обслуживания, но и к общественному здравоохранению, управлению, финансам, образованию, научным исследованиям и экономической деятельности, связанной со здравоохранением.
- электронная система здравоохранения должна оказать воздействие на системы здравоохранения путем повышения эффективности медицинского обслуживания и улучшения доступа к медико-санитарной помощи, особенно в отдаленных районах, для инвалидов и лиц пожилого возраста. Она должна принести пользу провайдером медико-санитарных услуг, специалистам

и конечным потребителям за счет повышения качества обслуживания и укрепления здоровья. Она должна также положительно сказаться на стоимости медицинской помощи в результате сокращения числа излишних обследований и их дублирования и обеспечения возможности экономии средств за счет эффекта масштаба.

В резолюции WHA58.28 Всемирная организация здравоохранения отмечает потенциальное воздействие, которое может оказать прогресс в области информационно-коммуникационной технологии на оказание медико-санитарной помощи, общественное здравоохранение, научно-исследовательскую работу и деятельность, связанную со здоровьем, в интересах стран как с низким, так и с высоким уровнями дохода. В резолюции особо отмечено, что электронное здравоохранение является экономически эффективной и надежной формой использования информационно-коммуникационных технологий в интересах здравоохранения и связанных с ним областей, включая службы медико-санитарной помощи, медицинский надзор, медицинскую литературу, медицинское образование, знания и научные исследования в области здравоохранения.

На службе здоровья

В свое время Единая медицинская информационно-аналитическая система была признана в номинации «Лучшее отраслевое решение» в области медицины по результатам конкурса Global CIO. Масштабы и проработанность проекта действительно достойны внимания. ЕМИАС сегодня помогает московскому здравоохранению в решении многих стоящих перед ним задач.

Миссия ЕМИАС — «оздоровить» саму систему здравоохранения, аккуратно модернизировать ее, не навредив и максимально адаптировав к современным реалиям и требованиям времени.

Уже сегодня ЕМИАС собирает такой объем информации, что основные процессы в системе здравоохранения становятся прозрачными, а значит, доступными для анализа, планирования и принятия обоснованных решений. Знания, которые получает город благодаря ЕМИАС, делают работу врачей удобнее, а сервисы для пациентов — доступнее.

ЕМИАС освобождает регистратуры поликлиник от пыльных полок с толстыми бумажными медкартами, а коридоры — от очередей. ЕМИАС переводит бумажные документы и очереди в электронный вид, работает с информацией и помогает информации работать на врача и пациента, собирая данные, которые улучшают качество медицинского обслуживания и выводят столичную медицину на новый уровень.

Единая медицинская информационно-аналитическая система города Москвы позволяет экономить бумажные, временные, денежные и человеческие ресурсы.

Например, экономить бумагу московским поликлиникам помогает перевод в электронный вид листов нетрудоспособности, рецептов, направлений, документов лабораторного сервиса. Арифметика проста. В среднем в год выписывается порядка 12,5 млн рецептов, на которые расходуется 24 млн листов, или 50 тыс. пачек. Перевод документов в

электронный вид и присвоение им легитимного статуса дает возможность ежегодно экономить 31 млн листов бумаги.

Электронная документация помогает сохранить и еще один важный ресурс — время. Для выписки электронного рецепта потребуется в 6 раз меньше времени, чем рукописного, — 30 секунд вместо 3 минут, а у аптекаря на обработку электронного назначения уходит в 4 раза меньше времени, чем бумажного, — 1 минута вместо 4 минут. Совокупная экономия времени, с учетом других сервисов ЕМИАС, составляет 1,7 млн часов, что сопоставимо с годовой работой 14 поликлиник. Экономленное таким образом время врач может потратить на более внимательный осмотр пациента и диагностику.

Экономия человеческих ресурсов становится возможной благодаря автоматической синхронизации данных ЕМИАС и МГФОМС для учета листов нетрудоспособности и талонов амбулаторного приема. Раньше эту работу вручную выполняли медицинские регистраторы, дублируя уже имеющиеся данные, автоматическая синхронизация позволяет сократить их штат или поручить другие административные функции.

В денежном эквиваленте экономия бумаги, обслуживания принтеров, затрат на логистику бланков строгой отчетности, времени врачей и медицинских регистраторов составляет порядка 2,96 млрд рублей в год, которые могут быть направлены на развитие московского здравоохранения.

ЕМИАС: математика сохранения ресурсов

ЕМИАС призван не только делать бесплатные медицинские услуги более доступными и комфортными, но и экономить городские ресурсы.



Благодаря ЕМИАС можно сэкономить: бумагу, время, человеческие ресурсы, деньги — и направить их на развитие системы здравоохранения.

Ежегодная ЭКОНОМИЯ ВРЕМЕНИ:

- + На выписку 1 электронного рецепта требуется на **3 минуты меньше**, чем рукописного
- + На обработку 1 электронного назначения у аптекаря уходит в **4 раза меньше времени**
- + Экономия времени благодаря другим сервисам ЕМИАС: листы нетрудоспособности, лабораторный сервис, ЭМК, сервисы дистанционной записи к врачу

1,7 млн часов

Работа 14 поликлиник

Высота полета
10 000 м

Эверест
8 848 м

Ежегодная ЭКОНОМИЯ БУМАГИ

- + Электронные листы нетрудоспособности
- + Электронные рецепты и направления
- + Документация лабораторного сервиса

31 млн листов бумаги

3 100 м

Телебашня «Останкино»
540 м

= 62 тыс. упаковок бумаги высотой 3100 м
= 5,7 × высота Останкинской телебашни
= 2,6 тыс. невырубленных деревьев

Ежегодная ЭКОНОМИЯ ДЕНЕГ

- 9,3 млн рублей** на покупку бумаги +
- 46,5 млн рублей** на обслуживание принтеров +
- ≈ **1 млрд рублей**, которые уходят у города на содержание штата stenographers +
- 1,9 млрд рублей** на сэкономленном времени медицинских работников +

2,96 млрд рублей

Новое оборудование, строительство новых медицинских учреждений и другие вложения в развитие системы здравоохранения

Экономия ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ РЕСУРСОВ

- + Автоматическая синхронизация данных ЕМИАС с данными АИС ОМС
- + Отказ от вбивания вручную талонов амбулаторного приема в АИС ОМС

Труд 2/3 медицинских регистраторов московских поликлиник

Возможность увеличить штат медицинского персонала системы здравоохранения

Но: Федеральный закон определяет рецепт как «письменное назначение лекарственного средства», поэтому врач вынужден печатать электронный рецепт. Ведется работа по внесению правок, и тогда станет возможным добиться максимального эффекта экономии бумажных и денежных ресурсов.

В исследовании агентства PwC ЕМИАС названа лучшей информационной системой в мире, а Москва —

единственным мегаполисом, где полностью внедрена единая система управления городскими поликлиниками.

Ситуационный центр

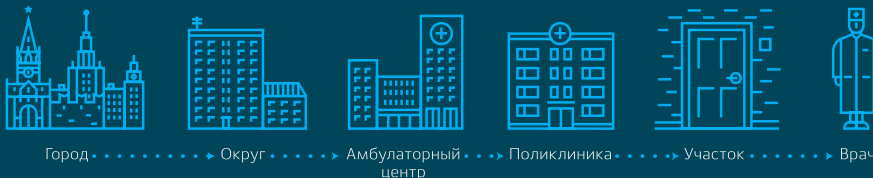
С помощью ЕМИАС, Ситуационный центр Департамента здравоохранения Москвы помогает поликлиникам сокращать очереди и разумно перераспределять ресурсы внутри амбулаторных центров.



Ситуационный центр:

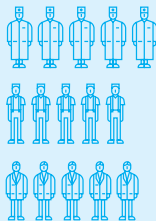
- Ежедневно мониторит доступность врачей во всех поликлиника города;
- Помогает поликлиникам перераспределить нагрузку на врачей и уменьшить очереди;
- Контролирует максимальные сроки ожидания приема по записи и максимальное время ожидания у кабинета врача;
- Предоставляет поликлиникам результаты опросов пациентов;
- Оптимизирует график отпусков медиков;
- Контролирует внедрение новых сервисов ЕМИАС

Данные могут быть проанализированы на следующих уровнях:



Кто анализирует данные?

15 специалистов с медицинским, техническим и юридическим образованием с помощью программы «Центр мониторинга ЕМИАС»

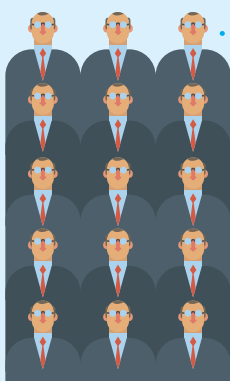


До создания СЦ

- В 90% поликлиник очереди
- Невозможно оперативно собрать статистику по всем поликлиникам города
- Посещение поликлиник вызывало дискомфорт пациентов

Кто пользуется данными?

2700 управленцев



Главврачи поликлиник
Видят и равномерно распределяют работу специалистов



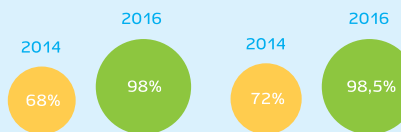
Департамент здравоохранения г. Москвы
Замечает тенденции и решает проблемы на всех уровнях



Правительство Москвы и лично мэр
Контролирует ситуацию с обеспеченностью москвичей медпомощью

Сейчас

- В 94% поликлиниках можно записаться на прием в комфортном временном диапазоне
- Данные по всем 660 поликлиникам Москвы обновляются в режиме реального времени
- 85-90% пациентов положительно оценивают работу поликлиник



*Доля пациентов, которые могли записаться на прием в комфортном или допустимом диапазоне

За 1,5 года работы Ситуационный центр:

1500 раз выезжал в поликлиники

Обучил 152 главврача методам эффективного управления потоками пациентов

Обучил 1500 сотрудников поликлиник навыкам работы с ЕМИАС

Центр мониторинга ЕМИАС

Все поликлиники Москвы
на интерактивной карте

Ключевой инструмент
стратегического управления
здравоохранением столицы



ДАНЫМИ ЦЕНТРА МОНИТОРИНГА ПОЛЬЗУЮТСЯ:

Поликлиники



Видят и равномерно
распределяют нагрузку
на специалистов

ДЗМ*



Замечает тенденции
и решает проблемы
на всех уровнях

Правительство Москвы



В режиме он-лайн контролирует ситуацию
с обеспеченностью населения Москвы медицинской
помощью в амбулаторно-поликлиническом звене

ЦЕНТР МОНИТОРИНГА СТАРТОВАЛ В НАЧАЛЕ 2012 ГОДА

Показатели на июль 2016



660
поликлиник



23 600
врача



9 млн
пациентов



246 млн
записей к врачам



2 700
управленцев пользуются
данными ситуационного центра



500 тыс.
транзакций ежедневно



Данные могут быть проанализированы
на следующих уровнях:

- Город
- Амбулаторный центр
- Участок
- Округ
- Поликлиника
- Врач



ПОКАЗЫВАЕТ:

- обеспеченность медицинской помощью по самозаписи
- время ожидания назначенного по самозаписи приема
- структуру распределения рабочего времени врача
- обеспеченность амбулаторных центров врачебными ресурсами
- распределение и доступность врачебных ресурсов в амбулаторном центре
- занятость времени, выделенного для самозаписи
- маршрутизация внутри амбулаторного центра
- данные по опросам пациентов о качестве оказываемой медицинской помощи



ДОСТИЖЕНИЯ НА СЕГОДНЯ:

- упорядочена деятельность амбулаторных центров
- обеспечено снижение очередей по самозаписи к врачам в среднем в 2 раза
- в 94% поликлиниках можно записаться на прием в комфортном временном диапазоне
- стимулировано квалифицированное и полное использование возможностей ЕМИАС



Сервисы ЕМИАС

Электронная регистратура

Дистанционная запись к врачу
и управление потоками пациентов

1

Электронный рецепт

Автоматизированное лекарственное
обеспечение

2

Ситуационный центр

Оперативный мониторинг
доступности медицинской помощи
и управление ресурсами

3

Листки нетрудоспособности

Автоматизированная система
больничных листов

4

Облачная бухгалтерия

Систем управленческого учета

5

ЕМИАС

СЕГОДНЯ



ЗАВТРА

Оригинальная методика лечения стойкой дисфункции слуховой трубы

Несмотря на более значительный профилактический акцент в современной медицине, отмечается неуклонный рост заболеваний, которые проявляются стойким снижением слуха.

**А.И. КРЮКОВ, Н.Л. КУНЕЛЬСКАЯ, Е.В.ГАРОВ,
Г.Ю. ЦАРАПКИН, Е.В. ГОРОВАЯ**

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ

По прогнозам ВОЗ, к 2020 году число людей, страдающих нарушением слуха, увеличится на 30% [1]. На сегодняшний день данный контингент больных в нашей стране превышает 13 млн человек. При этом, по данным МЗ РФ, более трети всех случаев тугоухости и глухоты связаны с поражением слуховой трубы (СТ). Одной из ведущих причин дисфункций СТ (ДСТ) является патология носа и околоносовых пазух (ОНП) [2]. Воспаление слизистой оболочки верхних дыхательных путей, приводящее к расстройству носового дыхания, запускает цепь патогенетических механизмов, приводящих к нарушению вентиляционной, дренажной и защитной функций СТ. Патология СТ в той или иной мере приводит к изменениям во всех отделах среднего уха. Учитывая колоссальную социальную значимость органа слуха, вопрос качественной медицинской помощи данному контингенту больных всегда актуален. Прежде всего лечение ДСТ направлено на восстановление ее вентиляционной функции. Механизм вентиляционной функции СТ сложен и многоступенчат. При

этом наиболее важную роль играют процессы регуляции открытия и закрытия просвета СТ. Так, основу сложного биомеханического процесса активного открытия СТ составляет работа глоточной мускулатуры (*m. tensor veli palatini*, *m. levator veli palatini*, *m. salpingopharyngeus*). И здесь не последняя роль отводится тубарно-тимпанальной моторной иннервации, которая определяет нормальное функционирование *m. tensor tympani*. В норме СТ пассивно открывается при воздушной компрессии, равной 510–612 daPa [3]. Также следует отметить физиологическую особенность работы СТ, когда ее открытие напрямую связано с пороговым давлением (102–153 daPa) в барабанной полости [4]. В этой связи целостность барабанной перепонки (БП) играет немаловажную роль в осуществлении барофункции СТ. На сегодняшний день лечение ДСТ начинают с нормализации носового дыхания и санации воспалительных очагов в полости носа, ОНП и носоглотке. Только после этого приступают к восстановлению вентиляционной функции СТ: местной лекарственной терапии, механическому (продувание, катетеризация) и физическому (электрофорез, электростимуляция) воздействиям на структуры среднего уха [2, 5]. Если местное лечение не приводит к восстановлению вентиляционной и дренажной функций СТ, проводят миринготомию с установкой тимпанального шунта. В сложных случаях

шунтирование БП повторяют. При этом длительность канюленосительства может составлять от нескольких месяцев до нескольких лет. Иногда приходится прибегать к пожизненному канюленосительству [6]. Повторное шунтирование БП на сегодняшний день рассматривается лишь в контексте рецидива заболевания. При этом не проводится анализ причин несостоятельности проведенного лечения [7]. Но современные медицинские технологии и «багаж» накопленных знаний позволяют нам продолжить движение в этом направлении. Таким образом, вопрос о лечении больных, страдающих стойкой ДСТ, нельзя считать решенным, так как на данный момент отсутствуют четкие критерии оценки проведенного лечения, объективно отражающие функциональное состояние СТ. Также следует отметить, что существующие методы лечения, направленные на восстановление «проходимости» СТ, не учитывают тимпано-тубарную взаимосвязь, которая полностью исключается при перфорированной (канюлированной) БП. Цель работы: повышение эффективности лечения стойкой ДСТ, приводящей к рецидивам катарального или экссудативного среднего отита, посредством разработки оригинального функционального тимпанального шунта, имитирующего мембранную целостность БП для обеспечения тимпано-тубарной взаимосвязи и позволяющего компенсировать надпороговые изменения воздушного давления.

Для достижения цели перед нами были поставлены следующие задачи:

- Разработать оригинальную клапанную конструкцию тимпанального шунта, обеспечивающего уравнивание экстра- и интратимпанального давления благодаря открытию клапана за счет надпороговой разницы давлений между барабанной полостью и наружным слуховым проходом.
- Разработать экспериментальную модель работы оригинального шунта в барабанной перепонке и установить барометрический порог, отражающий его функциональную состоятельность.
- Применить оригинальный функциональный шунт в лечении пациентов со стойкой дисфункцией слуховой трубы и сравнить полученные результаты лечения с таковыми при традиционном лечении данного контингента больных.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 104 пациента в возрасте от 16 до 52 лет (женщин — 48, мужчин — 56) с односторонними негнойными формами среднего отита, которые были вызваны стойкой ДСТ и сочетались



НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ ЛЕЧЕНИЕ ДСТ НАЧИНАЮТ С НОРМАЛИЗАЦИИ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ И САНАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОЧАГОВ В ПОЛОСТИ НОСА, ОНП И НОСОГЛОТКЕ. ТОЛЬКО ПОСЛЕ ЭТОГО ПРИСТУПАЮТ К ВОССТАНОВЛЕНИЮ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ СТ.

с деформацией перегородки носа и хроническим гипертрофическим ринитом. Критериями исключения из исследования были: двустороннее поражение среднего уха, аденоидные вегетации, новообразования полости носа и носоглотки, воспаление ОНП, рубцовые сращения (стеннозы) в области носоглоточного соустья СТ. Все больные проходили обследование и лечение в оториноларингологическом отделении ГБУЗ МНПЦ оториноларингологии им. Л.И. Свержевского ДЗМ. Обследование больных носило динамический характер, проводилось нами каждые 15 дней (0, 15, 30, 45, 60, 75 и т.д.) и включало в себя: сбор жалоб и анамнез заболевания; осмотр лор-органов, рентгенологическое исследование ОНП и височных костей; эндоскопическое исследование полости носа, носоглотки и переднюю активную риноманометрию (ПАРМ); отомикроскопию, камертональное исследование слуха, тональную пороговую аудиометрию (ТПА) и импедансометрию. Для объективной оценки функционального состояния СТ мы использовали компьютерный анализатор среднего уха AT 235 h (Interacustics, Дания) в двух режимах: ETF1 — тест Williams для неперфорированной БП, ETF2 — тест Toynbee — при наличии перфорации БП. Срок наблюдения за больными составил 1 год. Весь цифровой материал подвергали статистической обработке, которую выполняли с помощью компьютерных программ STATISTICA Data Miner, StatSoft Inc.

Хирургическое лечение включало шунтирование БП, септопластику с шинированием перегородки носа по методике А.И. Крюкова и соавт. и нижнюю щадящую конхотомию [8]. Послеоперационный гемостаз проводили оригинальными секционными гидротампонами, которые удаляли через 24 часа после операции [9]. Консервативное лечение ДСТ начинали сразу же после мириготомии. Транссудат (при его наличии) удаляли, устанавливали шунт и транстимпанально вводили препараты, обладающие противовоспалительным и протеолитическим действием. На ранних сроках после операции

проводили туалет полости носа с прицельной анемизацией слизистой оболочки устья слуховой трубы (на стороне пораженного уха). Также больной самостоятельно использовал деконгестанты. С 3 дня лечения проводили катетеризацию СТ. С 10 по 15 сутки после операции — электростимуляцию СТ по методике Р.Г. Антоняна [10]. Далее больной самостоятельно проводил продувание СТ.

Собственные результаты

Экспериментальная часть работы

В нашей работе были использованы тимпанальные шунты, производимые ЗАО «МедСил» (Мытищи, Россия) из силиконовой резины, импрегнированной наночастицами серебра (1–3%). Эта композиция позволяет дополнить гидрофобные свойства материала бактерицидными, что немаловажно при длительно «открытой» барабанной полости [11].

Нами было разработано два вида функциональных тимпанальных шунтов (ФТШ), отличающихся типом щелевого клапана на закрытом фланце вентиляционной трубки, обращенном в наружный слуховой проход. I тип щелевого клапана имел вид вертикального разреза, проходящего через центр силиконовой мембраны, плотно закрывающей фланец шунта. II тип представлял две неполные мембраны, перекрывающие друг друга по типу закрытой диафрагмы фотоаппарата (см. рис. № 1). По нашему мнению, в статичной ситуации створки клапана должны быть закрыты, а при барометрических изменениях — пропускать воздух, уравнивая разницу воздушного давления между барабанной полостью и наружной средой.

Для объективной оценки работы щелевых клапанных механизмов ФТШ нами разработана экспериментальная модель. Наружный слуховой проход с БП был представлен силиконовой трубкой длиной 1,3 см. В закрытый дистальный конец трубки запаивали шунт. В зависимости от использованного типа ФТШ мы

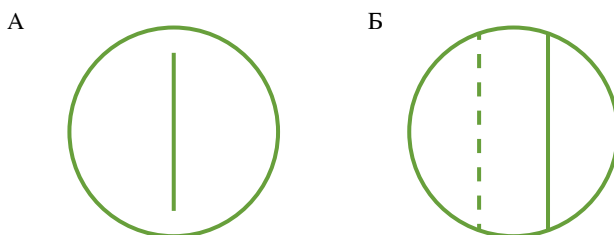
получили два вида модели. В 1-й экспериментальной модели мы изучали работу обычного щелевого клапана, во 2-й — диафрагмального. Модели плотно соединяли с ушным вкладышем, закрепленном на пробнике компьютерного анализатора АТ 235 h (Interacustics, Дания), и проводили тест в режиме ETF2. Аппарат нагнетал воздух и фиксировал барометрический показатель, при котором происходит «сброс» давления. Эксперимент повторяли 10 раз и вычисляли среднее значение барометрического показателя.

В результате проведенных экспериментов нами было отмечено, что при нагнетании воздуха в модель № 1 (режим ETF2) не происходит подъема давления — изучаемый показатель константно равен 0 daPa. Это косвенно свидетельствует о том, что у данной конструкции щелевого клапана отсутствует барометрический порог резистентности. Аналогичный эксперимент с моделью № 2 приводит к подъему давления до 123,06 daPa, после чего происходит резкое его падение до исходного «нулевого порога» (см. рис. 2). Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что модель № 2 работает как барометрический клапан. Диафрагмально-щелевой клапан «открывается», когда разница давления составляет 123,06 daPa. Соотнеся результаты исследования, полученные в эксперименте, с физиологией пассивного открытия СТ, в клинической части работы был применен ФТШ, оснащенный диафрагмально-щелевым клапаном (клапан II типа).

Клиническая часть работы

Предоперационное обследование больных (n=104) показало, что все пациенты предъявляли жалобы на одностороннее снижение слуха и чувство заложенности в ухе. У 86 (82,7%) больных воспаление среднего уха носило рецидивирующий характер. Длительность последнего эпизода заболевания составила $67,85 \pm 8,27$ дня ($p < 0,05$). При этом проведенное консервативное лечение (катетеризация СТ

Рисунок 1. Схема щелевых клапанов. А — клапан I типа, Б — клапан II типа



с введением противовоспалительных препаратов, пневмомассаж БП, деконгестанты и прицельная анемизация слизистой оболочки устья СТ, интраматальные компрессы и физиотерапевтическое воздействие) было не эффективно. Эндоскопическое исследование полости носа выявило выраженную деформацию перегородки носа и увеличенные задние концы нижних носовых раковин, которые доходили до устья СТ. При диагностической анемизации задние отделы нижних носовых раковин не сокращались. Нами проведена ПАРМ, которая у 100% пациентов выявила выраженное нарушение носового дыхания: снижение суммарного объемного потока — $280,22 \pm 11,03$ см³/сек и повышение суммарного сопротивления — $0,58 \pm 0,03$ Pa ($p < 0,05$). При отомикроскопии у 52 (50%) больных (52 уха) мы зафиксировали втяжение и истончение БП, наличие единичных петрификатов с участками атрофии. У 52 (50%) пациентов (52 уха) мы наблюдали контуры экссудата в барабанной полости. У всех больных камертональный опыт Ринне (С128) был отрицательным. При опыте Вебера — латерелизация в больное ухо — 82,7%, без четкого смещения — 17,3%. Камертональный опыт Федеричи (С128,512) был сомнительный у 93(89,4%) пациентов, у 11(10,6%) — положительный. По данным ТПА, у 61 (58,7%) больного выявлена низкочастотная кондуктивная, у 43 (41,3%) — смешанная тугоухость, при этом костно-воздушный интервал (КВИ) составил $29,84 \pm 4,56$ Дб ($p < 0,05$). При акустической тимпанометрии мы отметили изменение показателей градиента и комплаенса. У 52 (50%) пациентов (52 уха) компьютерный анализатор среднего уха ATF 235 h зафиксировал тимпаногамму тип С, у 52 (50%) больных (52 уха) — тип В. При этом давление в барабанной полости составило $-266,37 \pm 11,08$ daPa ($p < 0,05$). При исследовании

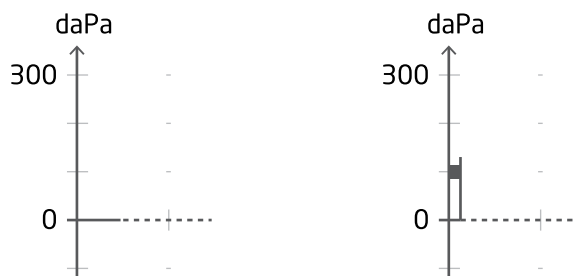
функции СТ с проведением функциональных проб в режиме ETF1 в 100% исследований (104 уха) положительной динамики в значениях интратимпанальной компрессии выявлено не было. Таким образом, у 52 (50%) больных (52 уха) выявлен катаральный; у 52 (50%) пациентов (52 уха) — экссудативный средний отит. Патологический процесс в 100% случаях (104 уха) был связан с выраженной длительной ДСТ. Для последовательного решения поставленных перед нами задач и в соответствии с принципом рандомизации все больные были объединены в две клинические группы, отличающиеся способом лечения длительной ДСТ (видом тимпанального шунта). В I клинической группе (n=52) при катаральной и экссудативной форме среднего отита шунтирование БП проводили стандартными шунтами (СШ). Во II клинической группе (n=52) — при экссудативном отите использовали СШ, в стадии катара или при прекращении процесса экссудации — ФТШ, оснащенным диафрагмально-щелевым клапаном. Виды тимпанальных шунтов, которые мы применили в клинической части нашей работы, представлены на рисунке № 4 (см. рис. 4).

В зависимости от формы воспалительного процесса в среднем ухе в каждой клинической группе выделено по две подгруппы (по 26 человек/ушей в каждой): подгруппы А — составили пациенты с катаральным средним отитом; подгруппы В — с экссудативной формой воспаления в среднем ухе. Эффективность проводимого лечения оценивали по местным клиническим проявлениям, срокам восстановления вентиляционной функции СТ и остроты слуха, по характеру и частоте осложнений.

Результаты лечения больных

У пациентов I и II клинической группы (n=104) результатом хирургического вмешательства на измененных структурах полости носа было восстановление

Рисунок 2. Результаты эксперимента в режиме ETF2
А — модель №1, Б — модель №2.



носового дыхания (суммарный объемный поток увеличился на 86%, составив $521,17 \pm 1,72 \text{ см}^3/\text{сек}$, суммарное сопротивление снизилось в 2,3 раза, достигнув $0,33 \pm 0,01 \text{ Pa}$, при $p < 0,05$); во всех случаях перегородка носа занимала срединное положение, при этом носовые ходы были свободными; задние концы нижних носовых раковин не выходили за пределы хоан. Продолжительность послеоперационного воспаления со стороны «заинтересованных» интраназальных структур составила $21,4 \pm 2,11$ дня ($p < 0,05$), при этом ранних и поздних осложнений зафиксировано не было. Результатом проведенного лечения в I клинической группе ($n=52$) было восстановление вентиляционной функции СТ у 45 (86,5%) пациентов/ушей, значение теста в режиме ETF2 составило $138,45 \pm 12,07 \text{ daPa}$, при этом срок лечения в I-A подгруппе ($n=24$) был равен $73,86 \pm 10,57$ дня, в I-B ($n=21$) — $94,12 \pm 9,04$ дня ($p < 0,05$). После удаления СШ у 18 (75%) больных I-A подгруппы ($n=24$) ятрогенный дефект БП закрылся самостоятельно; в I-B подгруппе ($n=21$) самостоятельное закрытие ятрогенного дефекта БП составило 52,4% (11 больных). Остальным 16 (35,6%) пациентам I-A и I-B подгрупп при $n=45$ потребовалось хирургическое вмешательство по пластическому закрытию перфорации БП. У 7 (13,5%) больных/ушей (пациенты I-B подгруппы) консервативное лечение ДСТ не дало явного положительного эффекта, так как порционное падение давления находилось в интервале от 298 до 221 daPa (при более низких значениях внутритимпанального давления рефлекторного ответа СТ не было). Данный результат лежал в основе показаний к более длительному канюленосительству.

Особенностью ведения пациентов II клинической группы было использование ФТШ, который мы устанавливали в БП при «сухом ухе». Результаты экспериментальной части нашей работы, свидетельствующие о «резистентности» диафрагмально-щелевого клапана, позволили нам предположить, что ФТШ имитирует целостность БП. В связи с этим в общую схему консервативного лечения длительной ДСТ мы добавили пневмомассаж БП, который позитивно отражается на функции *m. tensor tympani* и стимулирует тимпано-тубарную моторную иннервацию. Результатом проведенного лечения во II клинической группе ($n=52$) было восстановление вентиляционной функции СТ у 51 (98,1%) пациента/уха. Значение теста в режиме ETF2 было равно $137,06 \pm 9,28 \text{ daPa}$. При этом срок лечения в II-A подгруппе ($n=26$) составил $42,11 \pm 8,46$ дня, в II-B ($n=25$) — $59,03 \pm 7,17$ суток ($p < 0,05$). После удаления

ФТШ у 23 (88,5%) больных/ушей II-A подгруппы ($n=26$) ятрогенный дефект БП закрылся самостоятельно; в II-B подгруппе ($n=25$) самостоятельное закрытие ятрогенного дефекта БП составило 84% (21 пациент/уху). Остальным 7 (13,7%) пациентам/ушам II-A и II-B подгрупп при $n=51$ потребовалось хирургическое вмешательство по пластическому закрытию перфорации БП. Лишь у 1 (3,8%) больного/уха (пациенты II-B подгруппы) консервативное лечение ДСТ не дало явного положительного эффекта, так как порционное падение давления находилось в интервале от 288 до 217 daPa . Это было прямым показанием к более длительному канюленосительству.

Все 96 больных с полностью восстановленной вентиляционной функцией СТ, вошедшие в I и II клиническую группу, обследованы нами через 2 месяца после самостоятельного (или пластического) закрытия ятрогенного дефекта БП. При отомикроскопии у 96 (100%) больных/ушей БП была бледно-серого цвета, без грубых структурных изменений (участки с неомембраной не флотировали), отоскопических признаков втяжения и экссудата не было. Во всех 100% случаях (96 ушей) камертональный опыт Ринне (С128) был положительный, опыт Вебера не латерализовался, опыт Федеричи (С128,512) был положительный. По данным ТПА, признаков кондуктивной тугоухости выявлено не было. КВИ был сокращен до $6,71 \pm 0,57 \text{ Дб}$ ($p < 0,05$). При акустической тимпанометрии у всех 96 (100%) больных/ушей компьютерный анализатор среднего уха АТ 235 h зарегистрировал тимпаногрammu тип А, при этом интратимпанальное давление находилось в интервале от $-17,63 \pm 0,18$ до $+14,88 \pm 0,03 \text{ daPa}$ ($p < 0,05$). При исследовании функции СТ в режиме ETF1 (тест Williams) отрицательный градиент интратимпанального давления составил $11,06 \pm 0,53 \text{ daPa}$, положительный — $76,42 \pm 4,15 \text{ daPa}$. Полученный нами результат объективно свидетельствовал о нормализации вентиляционной функции СТ.

Обсуждение полученных результатов

Разработанный нами функциональный шунт оригинальной конструкции характеризуется избирательной воздушной проницаемостью, связанной с особенностями диафрагмально-щелевого клапана, который «открывается» при разнице давления в $123,06 \text{ daPa}$. Применение оригинального функционального шунта в консервативном лечении длительной дисфункции слуховой трубы позволяет задействовать тимпано-тубарные взаимосвязи, что повышает эффективность проводимого лечения на 13,3%. Шунтирование барабанной

перепонки оригинальным функциональным шунтом при катаральном воспалении среднего уха сокращает сроки лечения на 42,9% и на 37,3% — при экссудативном среднем отите. После лечения длительной дисфункции слуховой трубы с применением оригинального функционального шунта в 2,6 раза снижается вероятность формирования стойкого ятрогенного дефекта

барабанной перепонки, требующего пластического закрытия.

Функциональный тимпанальный шунт, оборудованный диафрагмально-щелевым клапаном, может быть рекомендован для лечения стойкой дисфункции слуховой трубы, так как предупреждает формирование необратимых органических изменений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Отвагин И.В. Эпидемиологические аспекты нарушения слуха у лиц трудоспособного возраста Центрального Федерального округа // Вестник оториноларингологии. — 2004. — № 5. — С. 33–35.
2. Яковлев В.Н., Кунельская Н.Л., Янюшкина Е.С. Экссудативный средний отит // Вестник оториноларингологии. — 2010. — № 6. — С. 77–80.
3. Бобошко М.Ю., Лопотко А.И. Слуховая труба. — С.-Пб: СпецЛит., 2003. — 360 с.
4. Henry D.F., DiBartolomeo J.R. Patulous eustachian tube identification using tympanometry//J. Am. Acad. Audiol.1993. Vol. 4, № 1. P. 53–57.
5. Савенко И.В., Бобошко М.Ю., Лопотко А.И., Цвылева И.Д. Экссудативный средний отит. — С.-Пб: Диалог, 2010.
6. Knight L.C. and Hilger A. The effects of grommet insertion on Eustachian tube function // Clin Otolaryngol Allied Sci. — 1993.— Vol. 18.—№ 6, P. 459–61.
7. Le C.T., Freeman D.W. and Fireman B.H. Evaluation of ventilating tubes and myringotomy in the treatment of recurrent or persistent otitis media // *Pediatr Infect Dis J.* — 1991.—Vol. 10. —№ 1, P. 2–11.
8. Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Туровский А.Б. Оригинальный способ определения формы и фиксации септальных стентов // Вестник оториноларингологии. — 2008. — № 3. — С. 42–45.
9. Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Кунельская Н.Л., Горювая Е.В., Лаврова А.С. Двухкамерная (секционная) гидротампонада полости носа после внутриносовых хирургических вмешательств // Вестник оториноларингологии. — 2010. — № 2. — С. 48–51.
10. Антонян Р.Г. Функциональные нарушения слуховой трубы и разработка способа их коррекции при различной патологии среднего уха: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. М. 1994.
11. Hanif A. Sintesis and characterization of antimicrobial polymer containing silver nanoparticles *Dental J.* 2012.— Vol. 32.—№ 3, P. 535–539.

Резюме

А.И. Крюков, Н.Л. Кунельская, Е.В. Гаров, Г.Ю. Царапкин, Н.Г. Сидорина, Е.Е. Загорская, асп. Н.Р. Акмудиева
Оригинальная методика шунтирования барабанной перепонки при лечении стойкой дисфункции слуховой трубы
Работа преследовала цель повышения эффективности лечения стойкой дисфункции слуховой трубы, приводящей к рецидивам катарального и экссудативного среднего отита. Авторами разработан диафрагмально-щелевой клапан, интегрированный в силиконовый тимпанальный шунт. Экспериментально установлен компрессионный порог, равный 123,06 даПа, при котором диафрагмально-щелевой клапан уравнивает экстра- и интратимпанальное давление. Оригинальный функциональный шунт обеспечивает постоянное функционирование m. tensor tympani, при этом поддерживается тимпано-тубарная иннервация. Проведено комплексное обследование и лечение 104 больных (104 уха) с длительной дисфункцией слуховой трубы. У 52 пациентов (52 уха) в лечении среднего отита был применен функциональный шунт, у 52 больных (52 уха) — стандартный силиконовый шунт. Сравнительный анализ показал, что эффективность лечения длительной дисфункции слуховой трубы с применением функционального тимпанального шунта повышается на 13,3%, при этом вентиляционная функция слуховой трубы была полностью восстановлена у 51 (98,1%) пациента/уха. Срок лечения больных с применением функционального шунта составляет 42,11±8,46 дня (при катаральном воспалении среднего уха) и 59,03±7,17 суток (при экссудативном среднем отите), что соответственно на 42,9 и 37,3% меньше, чем при традиционном лечении (p<0,05).
Ключевые слова: шунт, слуховая труба, катаральный средний отит, экссудативный средний отит, тугоухость, исследование слуха.

Авторы статьи

Крюков Андрей Иванович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии лечебного факультета ВПО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Росздрава РФ, директор ГБУЗ «Московский научно-практический Центр оториноларингологии имени Л.И. Свержевского» ДЗМ

Кунельская Н.Л. — доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе МНПЦО

Сидорина Надежда Григорьевна — кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела микрохирургии уха МНПЦО
Царапкин Григорий Юрьевич — кандидат медицинских наук, заведующий операционного блока, ведущий научный сотрудник МНПЦО

Гаров Евгений Вениаминович — доктор медицинских наук, руководитель отдела микрохирургии уха МНПЦО

Загорская Елена Евгеньевна — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела сурдологии и патологии внутреннего уха МНПЦО

Акмудиева Нургуль Руслановна — аспирант кафедры оториноларингологии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ**