



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

04

Послание Президента Российской Федерации
Владимира Путина Федеральному Собранию

09

Правительство Российской Федерации
расширит эксперимент по переводу государственных IT-систем
на единую облачную платформу

13

Итоговое заседание коллегии Министерства здравоохранения
Российской Федерации



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

03 / 21

**«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

№ 3, 2021

Научно-практический журнал

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Председатель редакционного совета

Е.Е. Чернякова – Председатель ФОМС

Заместитель председателя редакционного совета

Н.А. Хорова – заместитель Министра здравоохранения
Российской Федерации

Т.Ю. Гроздова – директор ТФОМС города Севастополя, д.м.н.

А.В. Грот – вице-президент Общероссийской общественной
организации малого и среднего предпринимательства «ОПОРА
РОССИИ», д.э.н., профессор

Н.А. Губриева – директор ТФОМС Краснодарского края, к.ф.н.

О.М. Драпкина – директор ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр терапии и профилактической
медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор, член-
корреспондент РАН

Н.П. Дронов – председатель координационного совета
МОД «Движение против рака»

Ю.А. Жулев – сопредседатель Всероссийского союза
общественных объединений пациентов

С.Г. Кравчук – заместитель Председателя ФОМС

Д.Ю. Кузнецов – вице-президент Всероссийского союза
страховщиков

А.Л. Линденбрaten – руководитель научного направления
ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени
Н.А. Семашко», д.м.н., профессор

А.В. Решетников – директор Института социальных наук, д.м.н.,
д. социол. н., профессор, академик РАН

Л.М. Рошаль – президент Национальной медицинской палаты,
президент Московского НИИ неотложной детской хирургии и
травматологии, д.м.н., профессор

И.В. Соколова – заместитель Председателя ФОМС

В.И. Стародубов – научный руководитель ФГБУ «Центральный
НИИ организации и информатизации здравоохранения»
Минздрава России, д.м.н., профессор, академик-секретарь
отделения медицинских наук РАН, академик РАН

Т.И. Фролова – член комитета Государственной Думы
Российской Федерации по охране здоровья, к.м.н.

О.В. Царева – заместитель Председателя ФОМС

И.М. Шейман – профессор кафедры управления и экономики
здравоохранения факультета социальных наук НИУ ВШЭ, к.э.н.

С.В. Шишкин – директор Центра политики в сфере
здравоохранения НИУ ВШЭ, д.э.н., профессор

Главный редактор:

Е.А. Политова – генеральный директор ООО «Издательство
«Офтальмология», к.п.н.

ISSN 2221-9943

Учредители: Федеральный фонд обязательного медицинского
страхования, Дом печати «Столичный бизнес»

Журнал издается ООО «Издательство «Офтальмология»

Номер подписан в печать 18.06.2021.

Тираж: 2000 экз. Номер заказа: Н-5924

Формат: 205 x 275 мм. Объем: 60 полос

Адрес редакции: ООО «Издательство «Офтальмология»

127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59А.

Тел.: (499) 488-87-03

E-mail: iol.buh@mail.ru; journal-oms@yandex.ru (для отправки
статей), Internet: www.omsjournal.ru

При перепечатке ссылка на журнал «Обязательное медицинское
страхование в Российской Федерации» обязательна

© «Обязательное медицинское страхование
в Российской Федерации», 2021

Выходит 1 раз в два месяца с 2006 года

Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства
в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия

Регистрационный номер ПИ № ФС77-23840 от 28 марта 2006 года

**Подписка на журнал «Обязательное медицинское страхование
в Российской Федерации» производится**

в ООО «Издательство «Офтальмология»

Тел.: (495) 485-40-66; (499) 488-87-03; e-mail: iol.buh@mail.ru

Подписной индекс по каталогу агентства

ООО «УП Урал-Пресс» – 36347

ISSN 2221-9943



9 772221 994772 >

СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Послание Президента Российской Федерации
Владимира Путина Федеральному Собранию **4**

Правительство Российской Федерации расширит
эксперимент по переводу государственных
IT-систем на единую облачную платформу **9**

Постановление Правительства Российской Федерации
от 2 апреля 2021 г. № 527 «О внесении изменений
в постановление Правительства Российской
Федерации от 28 августа 2019 г. № 1114» **10**

Итоговое заседание коллегии Министерства
здравоохранения Российской Федерации. **13**

Министерство здравоохранения Российской
Федерации утвердило порядок использования средств
нормированного страхового запаса Федерального
фонда обязательного медицинского страхования . . **14**

Приказ Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 26 марта 2021 г. № 245н
«Об утверждении порядка использования средств
нормированного страхового запаса
Федерального фонда обязательного
медицинского страхования» **15**

О заместителе Председателя Федерального фонда
обязательного медицинского страхования **18**

Новые кадровые назначения. **19**

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

*А.М. Чухраёв, Н.С. Ходжаев,
А.Д. Чупров, А.О. Лосицкий*
Роль качества медицинских услуг
в маркетинговой политике клиники **20**

Н.Н. Ясько
Медицинские организации Поморья
повышают качество и доступность медицинской
помощи за счет средств нормированного
страхового запаса. **26**

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

А.Г. Ткачева, Е.С. Недочукова
Телемедицина формата «врач – врач» – в интересах
пациентов. Результаты консультаций медицинских
организаций Челябинской области с НМИЦ
с применением телемедицинских технологий
в 2019–2020 гг. **32**

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СМО

А.А. Старченко
Ненадлежащее качество медицинской помощи
и риск возникновения осложнений и новых
заболеваний при острых нарушениях мозгового
кровообращения в экспертной деятельности
системы ОМС **38**

РЕГИОНАЛЬНЫЕ НОВОСТИ

Консультационная площадка «ОМС – важно знать»
на медицинском форуме «ЕнисейМедика» **58**

Конференция-семинар в рамках повышения
квалификации врачей-онкологов. **59**

ПОСЛАНИЕ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВЛАДИМИРА ПУТИНА ФЕДЕРАЛЬНОМУ СОБРАНИЮ

21 апреля 2021 года, Москва, Центральный выставочный зал «Манеж»



На церемонии присутствовали сенаторы Российской Федерации, депутаты Государственной Думы, члены Правительства, руководители Конституционного и Верховного судов, губернаторский корпус, председатели законодательных собраний субъектов Федерации, главы традиционных конфессий, общественные деятели.

В.В. Путин: Уважаемые члены Совета Федерации, депутаты Государственной Думы! Уважаемые граждане России!

Сегодняшнее Послание будет посвящено главным образом нашим внутренним вопросам. Это, разумеется, вопросы здравоохранения, социальной политики, экономики.

”

В.В. Путин: *Сбережение народа России – наш высший национальный приоритет.*

О здравоохранении

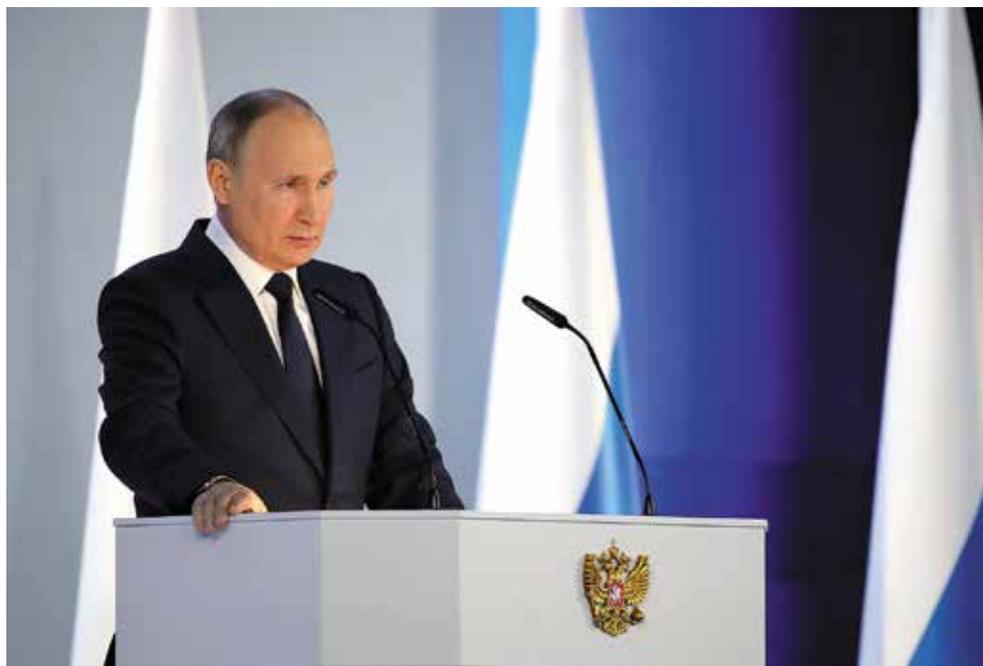
Начну, конечно, с событий прошлого года, когда наша страна да и, собственно, весь мир столкнулись с новой, неизвестной и чрезвычайно опасной инфекцией.

В те дни, в том числе в ходе совещаний со специалистами и разговоров с лидерами многих государств, часто слышал от них такую оценку ситуации: мы имеем дело с абсолютной неопределённостью. И это действительно было так.

Видел это по информации из наших регионов. Число заболевших, которым требовалась срочная госпитализация, постоянно росло. Многие больницы были переполнены, сообщали о реальной угрозе нехватки кислорода, в том числе и в реанимациях. Аппараты ИВЛ, респираторы, средства индивидуальной защиты распределялись буквально поштучно.

Эпидемия наступала. Но наряду с естественной большой тревогой у меня лично была твёрдая уверенность в том, что мы обязательно преодолеем все испытания.

Граждане, общество, государство действовали ответственно и солидарно. Сплотившись, мы смогли сработать на опережение, создать условия, снижающие риски заражения, обеспечить медицинских работников и граждан средствами защиты. Более чем в пять раз, до 280 тысяч, увеличили число коек в стационарах для приёма больных с коронавирусной инфекцией.



За кратким перечислением мер – огромный напряжённый труд миллионов людей во всех регионах Российской Федерации. Хочу всех вас за это сердечно поблагодарить. Все работали быстро, качественно, на совесть.

Анализ ситуации шёл в те дни да и позже практически непрерывно. Хорошо помню, как приехал в больницу в Коммунарке. Надо было прочувствовать, увидеть своими глазами, с какой опасностью мы столкнулись, как, в каких условиях трудятся медицинские работники, ведь они сразу вышли на передовую, рискуя собой, сражались за каждую жизнь.

Сегодня в этом зале вместе с нами врачи, фельдшеры, медсестры, сотрудники скорой помощи. Ещё раз сердечное спасибо вам, вашим коллегам из всех регионов России.

Настоящий прорыв совершили наши учёные, и сейчас Россия обладает тремя надёжными вакцинами от коронавируса. Эти и многие другие достижения последних лет – прямое воплощение растущего научного и технологического потенциала страны.

Хочу поблагодарить всех, каждого, кто внёс вклад в борьбу с инфекцией: коллективы заводов, выпускающих лекарства, медицинскую технику, средства защиты, предприятия непрерывного цикла, ЖКХ, торговли, российский бизнес, который в сжатые сроки перестроил целые отрасли на производство необходимой продукции, гражданских и военных строителей.

Выдержку проявили граждане, соблюдая, прямо скажем, изматывающие, но жизненно необходимые меры предосторожности. Тем самым мы вместе

поставили мощный заслон эпидемии.

Солидарность людей выразилась в конкретных делах, в заботе о близких, в готовности помочь тем, кто нуждается в помощи. Миллионы стали волонтерами, выстраивали маршруты помощи от человека к человеку. Общероссийская акция «Мы вместе» объединила представителей разных профессий и возрастов. Духовной опорой общества, как и всегда это бывало в трудное время, стало служение наших традиционных религий.

Сбережение народа России – наш высший национальный приоритет. Этим приоритетом определяются все положения обновлённой Конституции о защите семьи, о важнейшей роли родителей в воспитании детей, об укреплении социальных гарантий, развитии экономики, образования и культуры.

Наша стратегия в том, чтобы вновь выйти на устойчивый рост численности населения, добиться, чтобы в 2030 году средняя продолжительность жизни в России составила 78 лет.

Коронавирус пока ещё не побеждён окончательно, остаётся прямой угрозой. Мы видим, как драматично складывается ситуация во многих странах, где число заражений растёт. Нам нужно сейчас держать под контролем все рубежи, призванные затормозить распространение вируса: и по контуру внешних границ, и внутри нашей страны.

Ещё раз обращаюсь к гражданам России: дорогие мои, нельзя терять бдительность. Прошу вас беречь себя и своих близких, максимально ответственно соблюдать все рекомендации врачей и санитарных служб.

Центральное значение сейчас имеет вакцинация. Прошу

Правительство, Минздрав, глав регионов в ежедневном режиме заниматься этим вопросом. Возможность сделать прививку должна быть повсеместной, что позволит осенью сформировать так называемый коллективный иммунитет.

Решение этой задачи зависит только от нас с вами, от всех граждан. Пожалуйста, ещё раз обращаюсь с призывом ко всем гражданам России: сделайте прививку. Только так мы заблокируем смертельно опасную эпидемию. Другого пути нет. Другой путь хуже: переболеть с трудно предсказуемыми последствиями.

Повторю, опасность вируса ещё сохраняется. Но уже сейчас мы должны чётко определить, как будем лечить нанесённые им раны, восстанавливать здоровье людей.

В период пиковых нагрузок больницы, поликлиники вынуждены были сократить или даже приостановить плановый приём пациентов. А это означает риск обострения хронических заболеваний или опасность пропустить, вовремя не заметить, не распознать болезнь.

Прошу Правительство, Минздрав совместно с субъектами Федерации с учётом текущей эпидемиологической ситуации расширить программы диспансеризации и профилактических осмотров, запустить их в полном объёме с 1 июля текущего года для людей всех возрастов. Здесь важен максимальный охват. Поэтому уже в ближайшее время нарастим для регионов поставки мобильных медицинских диагностических комплексов.



Одна из мишеней, по которой прицельно бьёт коронавирус, – это сосуды и сердце. А это и так одна из первых причин смертности. Поэтому особое внимание в ходе профилактических осмотров нужно уделить гражданам с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Поручаю Правительству реализовать дополнительные меры по противодействию болезням, которые являются основными причинами преждевременной смертности. Это, как уже сказал, сердечно-сосудистые заболевания и, кроме того, злокачественные новообразования, болезни органов дыхания.

Много молодых жизней уносит и гепатит С. Здесь тоже необходимы решения, которые позволят в горизонте десятилетия свести к минимуму эту опасность для здоровья нации.

Чтобы как можно больше людей смогли укрепить здоровье в санаториях и на курортах, предлагаю по меньшей мере до конца года продлить программу, по которой гражданину возвращается 20 процентов его затрат на туристические поездки по России.

Особое внимание мы должны уделить здоровью наших детей. Ведь именно в детстве на многие годы вперёд закладывается основа здоровья. Детский отдых нужно сделать максимально доступным. В этой связи предлагаю в текущем году возвращать половину стоимости путёвки при поездке детей в летние лагеря.

Благодарю все парламентские фракции, которые поддержали решение о налоге на высокие

доходы, точнее сказать, на часть этих высоких доходов. Полученные за счёт этого средства идут в специально созданный фонд «Круг добра» и уже направляются на помощь детям, страдающим редкими и тяжёлыми заболеваниями, на закупку для них дорогих лекарств, медицинского оборудования, на оплату операций.

28 апреля мы будем отмечать День работника скорой медицинской помощи. Он учреждён в знак уважения к тем, кто первым вступает в борьбу за жизнь людей. Эти специалисты должны быть обеспечены всем необходимым. В ближайшие три года дополнительно направим ещё пять тысяч новых «скорых» в сельскую местность, в посёлки городского типа и малые города, что позволит практически полностью обновить парк машин скорой помощи.

Хочу подчеркнуть: здравоохранение во многих ведущих странах – мы это хорошо знаем, собственно, они сами об этом говорят – не смогло так же эффективно, как это сделали мы в России, отразить вызовы эпидемии. Вместе с тем, это надо признать и видеть, мировое здравоохранение стоит на пороге настоящей революции. Мы не можем её пропустить.

Эпидемия повсеместно и многократно ускорила внедрение телемедицины, искусственного интеллекта, новых подходов в диагностике, в проведении операций, реабилитации, в производстве лекарственных препаратов. И наша задача – поставить такие технологии на службу гражданам нашей страны.

Именно на новой технологической базе нам надо выстроить всю систему здравоохранения, при этом не ослабляя внимания





к острым повседневным проблемам. А их, как мы знаем, много, прежде всего в первичном звене медицинской помощи. Здесь не должно быть очередей, трудностей с записью на диагностику, к профильному специалисту, с получением рецептов и больничных. Мы много в последнее время об этом говорим. Деньги выделены, предусмотрены. Нужно начинать это делать эффективно и быстро.

У нас в здравоохранении, как и в других социальных отраслях, до сих пор немало нерешённых вопросов: технических, финансовых, управленческих. Но человеку необходима именно квалифицированная своевременная помощь. С такой точки зрения предлагаю рассмотреть проблемы здравоохранения на одном из расширенных заседаний Госсовета. Подготовим его в ближайшее время.

В период эпидемии многие врачи и медсёстры, буквально вчера получившие дипломы, ординаторы и студенты медвузов смело пошли в так называемые красные зоны, встали рядом со своими старшими коллегами. В экстраординарной ситуации преподаватели, школьники, студенты колледжей и университетов учили и учились, принимали и сдавали экзамены, ребята поддерживали своих родителей, старших родственников. Молодёжь России в период испытаний проявила себя в высшей степени достойно. Мы можем ими гордиться.

Мы запускаем инновационные программы по направлениям, критически важным для развития страны. Они получают статус проектов государственного значения.

У нас должен быть мощный надёжный щит в сфере сани-

тарной и биологической безопасности. Мы понимаем теперь, что это такое. Нужно обеспечить независимость России в производстве всего спектра вакцин, субстанций для фармацевтики, в том числе лекарств против инфекций, устойчивых к нынешнему поколению антибиотиков. Причём сделать это надо с максимальным использованием российского оборудования и отечественных компонентов. В случае появления инфекции, такой же опасной, как коронавирус, или, может быть, больше, не дай бог, Россия должна быть готова в течение четырёх дней, именно в течение четырёх дней, разработать собственные тест-системы и в самое короткое время создать эффективную отечественную вакцину, приступить к её массовому производству. Эти задачи мы ставим перед собой. Для достижения этих задач определяем период – к 2030 году. Но чем раньше мы это сделаем, тем лучше.

Сегодняшнее выступление я начал с актуальных вопросов в области здравоохранения и, завершая его, хочу сказать следующее. Никто в мире не знал, с какой бедой нам придётся столкнуться. Но мы, граждане России, уже сделали многое и сделаем всё, всё возможное, чтобы отразить угрозу эпидемии. Для этого наша страна располагает надёжным потенциалом, созданным в предыдущие годы в здравоохранении, науке, образовании, промышленности.

www.kremlin.ru

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ РАСШИРИТ ЭКСПЕРИМЕНТ ПО ПЕРЕВОДУ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ИТ-СИСТЕМ НА ЕДИНУЮ ОБЛАЧНУЮ ПЛАТФОРМУ



К эксперименту по переводу государственных информационных систем и ресурсов на единую облачную платформу присоединятся 10 новых участников. Это федеральные ведомства и министерства, а также внебюджетные фонды. Постановление от 2 апреля 2021 года № 527 подписал Председатель Правительства Российской Федерации Михаил Мишустин.

Эксперимент по переводу госорганов на единую облачную платформу стартовал в 2019 году в рамках национальной программы «Цифровая экономика». Его первыми участниками стали Минцифры России, Минтруд России, Минюст России, Ростехнадзор,

Росимущество, Федеральная таможенная служба, Фонд социального страхования Российской Федерации.

В 2021 году к проекту присоединятся Минэкономразвития России, Минстрой России, Минздрав России, Роструд, Росреестр, Пенсионный фонд Российской Федерации и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

Перевод государственных систем в облачную платформу позволяет сэкономить ресурсы на обслуживание собственной ИТ-инфраструктуры. В перспективе гособлако станет инфраструктурным фундаментом для развития электронного правительства и обеспечит

безопасность данных, в том числе благодаря использованию преимущественно российского софта и оборудования.

Эксперимент продлится до конца 2022 года. По его результатам Министерство цифрового развития, связи и массовых коммуникаций Российской Федерации представит доклад в Правительство с оценкой финансово-экономического эффекта. Также, используя полученный опыт, министерство подготовит предложения по последующему отбору государственных информационных систем и ресурсов для перевода в облачную платформу.

Подписанным документом внесены изменения в постановление Правительства от 28 августа 2019 года № 1114 «О проведении эксперимента по переводу информационных систем и информационных ресурсов федеральных органов исполнительной власти и государственных внебюджетных фондов в государственную единую облачную платформу, а также по обеспечению федеральных органов исполнительной власти и государственных внебюджетных фондов автоматизированными рабочими местами и программным обеспечением».

www.government.ru



**ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

от 2 апреля 2021 г. № 527

МОСКВА

**О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ
В ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ОТ 28 АВГУСТА 2019 г. № 1114**

Правительство Российской Федерации **постановляет:**

Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в постановление Правительства Российской Федерации от 28 августа 2019 г. № 1114 «О проведении эксперимента по переводу информационных систем и информационных ресурсов федеральных органов исполнительной власти и государственных внебюджетных фондов в государственную единую облачную платформу, а также по обеспечению федеральных органов исполнительной власти и государственных внебюджетных фондов автоматизированными рабочими местами и программным обеспечением» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, № 35, ст. 4979; 2020, № 37, ст. 5717).

Председатель Правительства
Российской Федерации
М. МИШУСТИН

Утверждены
постановлением Правительства
Российской Федерации
от 2 апреля 2021 г. № 527

ИЗМЕНЕНИЯ, КОТОРЫЕ ВНОСЯТСЯ В ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 28 АВГУСТА 2019 г. № 1114

1. Наименование изложить в следующей редакции:

**«О проведении
эксперимента по переводу информационных
систем и информационных ресурсов федеральных органов
исполнительной власти, Центральной избирательной комиссии
Российской Федерации и государственных внебюджетных фондов
в государственную единую облачную платформу, а также
по обеспечению федеральных органов исполнительной власти
и государственных внебюджетных фондов автоматизированными
рабочими местами и программным обеспечением».**

2. Пункты 1 и 2 после слов «информационных ресурсов федеральных органов исполнительной власти» дополнить словами «, Центральной избирательной комиссии Российской Федерации».

3. Пункт 5 дополнить абзацем следующего содержания:

«Обеспечение проведения эксперимента в части перевода информационных систем и информационных ресурсов Центральной избирательной комиссии Российской Федерации в государственную единую облачную платформу осуществляется Министерством цифрового развития, связи и массовых коммуникаций Российской Федерации в пределах бюджетных ассигнований федерального бюджета, предусмотренных на реализацию национальной программы «Цифровая экономика Российской Федерации».».

4. В Положении о проведении эксперимента по переводу информационных систем и информационных ресурсов федеральных органов исполнительной власти и государственных внебюджетных фондов в государственную единую облачную платформу, а также по обеспечению федеральных органов исполнительной власти и государственных внебюджетных фондов автоматизированными рабочими местами и программным обеспечением, утвержденном указанным постановлением:

а) наименование изложить в следующей редакции:

**«Положение
о проведении эксперимента по переводу информационных
систем и информационных ресурсов федеральных органов**

исполнительной власти, Центральной избирательной комиссии Российской Федерации и государственных внебюджетных фондов в государственную единую облачную платформу, а также по обеспечению федеральных органов исполнительной власти и государственных внебюджетных фондов автоматизированными рабочими местами и программным обеспечением»;

б) пункт 1 после слов «информационных ресурсов федеральных органов исполнительной власти» дополнить словами «, Центральной избирательной комиссии Российской Федерации»;

в) в пункте 2:

абзац второй после слов «инфраструктуры федеральным органам исполнительной власти» дополнить словами «, Центральной избирательной комиссии Российской Федерации»;

абзац пятый после слов «федеральный орган исполнительной власти» дополнить словами «, Центральная избирательная комиссия Российской Федерации»;

г) подпункт «б» пункта 3 дополнить словами «, Министерство экономического развития Российской Федерации, Министерство строительства и жилищно-коммунального хозяйства Российской Федерации, Министерство здравоохранения Российской Федерации, Федеральная служба по труду и занятости, Федеральная служба государственной регистрации, кадастра и картографии, Федеральная служба по ветеринарному и фитосанитарному надзору, Федеральное агентство лесного хозяйства, Пенсионный фонд Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, а также Центральная избирательная комиссия Российской Федерации (на добровольной основе)»;

д) пункт 8 изложить в следующей редакции:

«8. Организация перевода информационных систем и информационных ресурсов федеральных органов исполнительной власти, Центральной избирательной комиссии Российской Федерации и государственных внебюджетных фондов в государственную единую облачную платформу, а также обеспечение федеральных органов исполнительной власти и государственных внебюджетных фондов автоматизированными рабочими местами и программным обеспечением в рамках проведения эксперимента осуществляется Министерством цифрового развития, связи и массовых коммуникаций Российской Федерации в соответствии с соглашением, заключаемым Министерством цифрового развития, связи и массовых коммуникаций Российской Федерации с такими участниками эксперимента, а при отсутствии заключенного соглашения – указанными участниками эксперимента самостоятельно.»;

е) в пункте 10:

в абзаце первом подпункта «а» слова «в срок до 30 сентября 2019 г.» исключить;

подпункт «б» изложить в следующей редакции:

«б) определяет по согласованию с участниками эксперимента, указанными в подпункте «б» пункта 3 настоящего Положения, перечень их информационных систем и информационных ресурсов, подлежащих переводу в государственную единую облачную платформу»;

в абзаце первом подпункта «в» слова «в срок до 30 декабря 2019 г.» исключить.

ИТОГОВОЕ ЗАСЕДАНИЕ КОЛЛЕГИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

16 апреля, 2021 года, Москва

В ходе мероприятия Министр здравоохранения Российской Федерации Михаил Мурашко подвел итоги работы Министерства за 2020 год и обозначил основные задачи в области здравоохранения на 2021 год.

«В 2020 году история ударила в набат, призвав медиков на борьбу с одной из самых серьезных угроз за последние сто лет – пандемией COVID-19. Это был беспрецедентный вызов, объединивший медицинских работников, волонтеров, некоммерческие организации, производителей медицинской продукции для решения общей задачи – отражения удара «коронавирусной инфекции», – начал свой доклад Михаил Мурашко.

В условиях пандемии в оказании медицинской помощи пациентам с коронавирусом было задействовано почти 2,5 тысячи медицинских организаций, а в период максимального подъема заболеваемости помощь оказывалась одновременно 1,3 млн человек.

Принципиально новым, по словам Министра, был сформированный Минздравом подход к организации помощи при ковиде, основанный на применении двух документов – Временного порядка организации и оказания медицинской помощи, утвержденного приказом №198н, и Временных методических рекомендаций «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)».

«Указанные акты непрерывно актуализировались с учетом появления новых данных о подходах к терапии коронавируса: на сегодняшний день действуют 12-я редакция Временного порядка и 10-я редакция Временных методических рекомендаций», – сказал Михаил Мурашко.

Он также подчеркнул, что в связи с необходимостью экстренно реагировать на вызовы пандемии, Минздравом России было принято более 50 актов, и это без учета внесения изменений и распоряжений Правительства.

«Одной из принципиальных задач стало содействие регионам в выстраивании медпомощи при коронавирусе – это фактически индивидуальная доработка системы. Созданные Министерством на базе ведущих федеральных учреждений дистанционные консультативные центры анестезиологии-реаниматологии провели более 31 тысячи консультаций», – рассказал Михаил Мурашко.

Мобилизация медперсонала, открытие новых больниц и создание «коек двойного назначения», оперативное

обучение врачей, работа с огромными массивами первичных данных практически в режиме реального времени – все это в прошлом году позволило создать необходимый запас прочности системы здравоохранения, что позволило даже

Премьер-министр РФ Михаил Мишустин направил приветствие участникам коллегии, в котором отметил, что Россия справляется с вызовами пандемии успешнее других стран. В итоговой коллегии Минздрава России также приняла участие вице-премьер Правительства РФ Татьяна Голикова.

на пиковых нагрузках не страдать от дефицита коечных мест, аппаратов ИВЛ, медицинских специалистов.

При этом Михаил Мурашко подчеркнул, что о выходе из пандемии говорить пока рано и окончательные итоги будут подводиться позднее.

Весь прошлый год медицинская помощь оказывалась не только пациентам с коронавирусной инфекцией, но и пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями. Помощь пациентам с сердечно-сосудистыми и с онкологическими заболеваниями в РФ не останавливалась даже в периоды значительного подъема заболеваемости коронавирусной инфекцией. Министр также напомнил, что Россия находится в числе первых стран, которые ВОЗ планирует исключить из перечня стран с высоким бременем туберкулеза.

В завершение выступления Михаил Мурашко отметил, что многое еще предстоит сделать.

«В первую очередь необходимо обеспечить охват не менее 60% взрослого населения специфической профилактикой коронавирусной инфекции – задача на 2021 год», – подчеркнул Михаил Мурашко.

Министр также поблагодарил всех, кто в 2020 году помогал Минздраву России решать поставленные задачи, – вице-преьера Татьяну Голикову, Администрацию Президента России и Аппарат Правительства России, членов Федерального Собрания Российской Федерации, коллег из федеральных и региональных органов государственной власти, а также представителей общественных движений, профессиональных союзов, пациентских и других организаций.

minzdrav.gov.ru

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ УТВЕРДИЛО ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Приказом Минздрава России от 26.03.2021 № 245н «Об утверждении порядка использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования» утверждены правила использования Федеральным фондом ОМС средств нормированного страхового запаса (НСЗ), порядок и сроки их распределения и перераспределения между физическими и юридическими лицами.

Прежний порядок, утвержденный в 2010 году, и внесенные в него в разные годы поправки утрачивают силу. Настоящий порядок определяет правила использования Федеральным фондом ОМС средств НСЗ, формируемого в составе расходов бюджета фонда в соответствии с законом об ОМС.

НСЗ используется фондом на цели, которые установлены в законе о бюджете Федерального фонда ОМС на очередной финансовый год и плановый период.



Получателями средств НСЗ являются физические и юридические лица, указанные в законе о бюджете и порядках предоставления средств НСЗ.

В документе оговорены порядок и сроки распределения, перераспределения, перечисления средств НСЗ, в том числе в случае недостаточных доходов ФОМС.

minzdrav.gov.ru



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 26 марта 2021 г. № 245н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В соответствии с частью 3 статьи 26 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2014, № 49, ст. 6927) и подпунктом 5.2.128 пункта 5 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526), приказываю:

1. Утвердить прилагаемый порядок использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

2. Признать утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 декабря 2010 г. № 1229н «Об утверждении Порядка использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2011 г., регистрационный № 19744);

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 апреля 2011 г. № 264н «О внесении изменений в Порядок использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 декабря 2010 г. № 1229н» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2011 г., регистрационный № 20669);

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 декабря 2011 г. № 1691н «О внесении изменения в Порядок использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденный приказом Министерства здравоохра-

нения и социального развития Российской Федерации от 30 декабря 2010 г. № 1229н» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2012 г., регистрационный № 23272);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 августа 2014 г. № 441н «О внесении изменений в Порядок использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 декабря 2010 г. № 1229н» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 августа 2014 г., регистрационный № 33897);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 февраля 2020 г. № 84н «О внесении изменений в Порядок использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 декабря 2010 г. № 1229н» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 апреля 2020 г., регистрационный № 58034).

Министр
М.А. МУРАШКО

*Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 26 марта 2021 г. № 245н*

ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Настоящий порядок определяет правила использования Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее – Федеральный фонд) средств нормированного страхового запаса Федерального фонда, формируемого в составе расходов бюджета Федерального фонда в соответствии со статьей 26 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»¹ (далее соответственно – нормированный страховой запас, Федеральный закон).

2. Нормированный страховой запас используется Федеральным фондом на цели, устанавливаемые в федеральном законе о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период (далее – закон о бюджете) в соответствии с частью 3 статьи 26 Федерального закона².

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2020, № 50, ст. 8075.

² Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2014, № 49, ст. 927.

3. Получателями средств нормированного страхового запаса являются физические и юридические лица, указанные в:

законе о бюджете;

порядках предоставления средств нормированного страхового запаса, устанавливаемых Правительством Российской Федерации или федеральными органами исполнительной власти в случаях, определенных в законе о бюджете (далее – порядок предоставления средств).

4. Обеспечение использования средств нормированного страхового запаса производится путем их распределения (перераспределения) Федеральным фондом на цели, указанные в пункте 2 настоящего порядка, в пределах размера нормированного страхового запаса, устанавливаемого в законе о бюджете, и предоставления получателям средств нормированного страхового запаса или осуществления оплаты расходов Федерального фонда.

5. Распределение (перераспределение) Федеральным фондом нормированного страхового запаса осуществляется на основании обоснования распределения (перераспределения) нормированного страхового запаса, содержащего расчет суммы распределения (перераспределения) или указание на акты законодательства Российской Федерации, содержащие сумму данного распределения (перераспределения) или порядок ее определения, и утверждается председателем Федерального фонда или уполномоченным им его заместителем.

6. Сумма средств, распределяемых (перераспределяемых) из нормированного страхового запаса на увеличение бюджетных ассигнований на исполнение расходных обязательств Федерального фонда в случае недостаточности доходов бюджета Федерального фонда для финансового обеспечения их исполнения, определяется в размере дефицита денежных средств на едином счете бюджета Федерального фонда, открытом в Федеральном казначействе, для осуществления ежемесячно планируемых кассовых выплат в рамках текущего финансового года.

7. В случаях, указанных в абзаце третьем пункта 3 настоящего порядка, распределение (перераспределение) средств нормированного страхового запаса осуществляется Федеральным фондом в течение 10 рабочих дней со дня вступления в силу соответствующего порядка предоставления средств.

8. Перечисление Федеральным фондом средств нормированного страхового запаса получателям средств нормированного страхового запаса осуществляется в сроки, определенные порядками предоставления средств, или в случае неопределения данных сроков в порядках предоставления средств, не позднее 10 рабочих дней со дня распределения (перераспределения) Федеральным фондом средств нормированного страхового запаса на соответствующую цель.

О ЗАМЕСТИТЕЛЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 2 апреля 2021 г. № 828-р Царева Ольга Владимировна назначена заместителем Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования



Царева Ольга Владимировна

Родилась в 1975 году.

В 1999 году окончила Российский университет дружбы народов по специальности «Лечебное дело», врач, кандидат медицинских наук.

С 1999 по 2001 год – ординатор РУДН.

С 2001 по 2004 год – аспирант кафедры глазных болезней РУДН.

С 2004 по 2005 год – заместитель главного врача по клинко-экспертной работе городской поликлиники № 213 ЮАО г. Москвы.

С 2005 года работает в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования в должностях консультанта, заместителя начальника Управления модернизации системы ОМС – начальника отдела анализа системы ОМС и сопровождения приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения Управления модернизации системы ОМС.

С 2009 по 2021 год – начальник Управления модернизации системы ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

2 апреля 2021 г. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 02.04.2021 № 828-р назначена заместителем Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

За многолетний добросовестный труд отмечена Благодарностью Президента Российской Федерации, ведомственными наградами.



НОВЫЕ КАДРОВЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области – Кузбасса



Воронкова Анастасия Викторовна, 1980 года рождения, назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области – Кузбасса на основании Распоряжения Правительства Кемеровской области – Кузбасса от 20.02.2021 № 102-р.

А.В. Воронкова в 2003 году окончила Московский государственный университет коммерции по специальности «Бухгалтерский учет и аудит», в 2014 году прошла обучение по Президентской программе подготовки управленческих кадров по направлению «Менеджмент».

В Территориальном фонде ОМС Кемеровской области – Кузбасса работает с 2003 года: сначала экономистом в экономическом отделе, с 2012 до 2020 года – начальником экономического отдела.

В 2020 году назначена заместителем директора по организационным, кадровым и общим вопросам.

С 08.05.2020 по 19.02.2021 исполняла обязанности директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области – Кузбасса.

Общий трудовой стаж составляет более 18 лет.

Объявлена Благодарность Председателя Федерального фонда ОМС, награждена медалью «За служение Кузбасу», Почетной грамотой Совета народных депутатов Кемеровской области.

УДК 614.2

РОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В МАРКЕТИНГОВОЙ ПОЛИТИКЕ КЛИНИКИ

А.М. Чухраёв¹, Н.С. Ходжаев¹, А.Д. Чупров², А.О. Лосицкий²



Чухраёв А.М.



Ходжаев Н.С.



Чупров А.Д.



Лосицкий А.О.

Реферат

Цель: выявить место и роль системы организации качества медицинской помощи в маркетинговой работе медицинской организации.

Материал и методы. Контроль качества медицинской деятельности в Российской Федерации осуществляется за счёт государственного контроля. Требований к проведению контроля, утвержденных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти не издано, что дает широкое поле для нормотворчества как внутри субъектов Российской Федерации, так и внутри отдельных медицинских учреждений.

Результаты. В системе МНТК «Микрохирургия глаза» генеральным директором утверждено положение о контроле качества и безопасности медицинской деятельности, содержащее основные принципы функционирования данной службы в клинике. Система контроля качества медицинских услуг в учреждении носит многоуровневый характер, включая в себя: самоконтроль лечащего врача; контроль и управление контролем медицинской помощи со стороны заведующего отделением, заместителя директора по лечебной работе, а также со стороны врачебной комиссии. По всем принятым нозологиям методика оценки качества выявляет следующие параметры клинического результата: полноту сбора анамнеза, выполнение необходимых диагностических исследований, диагноз, этапный подход, назначение необходимых рекомендаций, оформление медицинской документации с выставлением оценки. Со стороны пациента качество медицинских услуг характеризуется уровнем удовлетворенности и степенью достижения запланированного результата.

Заключение. Медицинский маркетинг при предоставлении медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования – понятие, не тождественное рекламной деятельности, это неразрывная цепь от первого контакта с пациентом до выписки, это деятельность по продвижению медицинских услуг, оценке стоимости медицинских услуг и контролю качества медицинских услуг. Взаимно влияя друг на друга, данные звенья являются эффективной системой организационных мер, обязательной к внедрению в медицинской организации.

¹ ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, Москва;

² ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, Оренбургский филиал, Оренбург

Ключевые слова:

обязательное медицинское страхование, качество медицинской помощи, контроль качества, медицинская услуга, маркетинг.

Введение

Медицинский маркетинг в системе обязательного медицинского страхования – это организационно-экономическая деятельность, направленная на достижение наиболее полного и качественного удовлетворения потребностей населения с получением при этом высоких экономических результатов для государства [4, 5, 7].

Качество медицинской помощи – это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики и лечения, степень достижения запланированного результата; это обязанность медицинской организации, закрепленная в законодательстве Российской Федерации, обеспечиваемая в том числе применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, предоставлением медицинской

организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, иным в соответствии со статьей 10 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1, 6].

Развитие организаций здравоохранения является неотъемлемым компонентом устойчивого роста любой цивилизованно функционирующей экономической системы. Стратегический менеджмент в здравоохранении тесно сопряжен с понятием качества организации управления, так как суть медицинской деятельности заключается не только в управлении процессами, но и в улучшении лечебных или диагностических показателей и, в конечном счете, ориентирована на улучшение здоровья населения [2, 3, 6].

Для корреспонденции**Чухраёв Александр Михайлович**

Генеральный директор ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, д.м.н., профессор

Тел.: +7 (499) 906-50-01
E-mail: fgu@mntk.ru

Ходжаев Назрулла Сагдуллаевич

Заместитель генерального директора ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России по организационной работе и инновационному развитию, д.м.н., профессор

Тел.: +7 (499) 488-87-47
E-mail: filialcentr@mail.ru

Адрес: 127486, Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59А

Чупров Александр Дмитриевич

Директор ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, Оренбургский филиал, д.м.н., профессор

Тел.: +7 (3532) 36-44-59
E-mail: office@mail.ofmntk.ru

Адрес: 460047, Оренбург, ул. Салмышская, д. 17

Лосицкий Александр Олегович

Заместитель директора ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, Оренбургский филиал, по организационно-методической работе

Тел.: +7 (3532) 65-06-82
E-mail: nauka@ofmntk.ru

Адрес: 460047, Оренбург, ул. Салмышская, д. 17

Цель исследования: выявить место и роль системы организации качества медицинской помощи при предоставлении медицинских услуг.

Материал и методы

Контроль качества медицинской деятельности в России осуществляется за счёт государственного контроля согласно Постановлению Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности», а также ведомственным контролем на основании Приказа МЗ РФ от 21.12.2012 № 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» и внутренним контролем медицинских учреждений. Особое место занимает контроль качества медицинской деятельности, осуществляемый страховыми компаниями. С учетом того, что основная доля оказываемых медицинских услуг сегодня оказывается за счет средств ОМС, данный вид контроля имеет доминирующее значение в системе организации медицинской помощи.

Понятие качества медицинской помощи в российском правовом поле непосредственно описывается и как частный случай в рамках гражданского законодательства, и как общее понятие в рамках законодательства об охране здоровья граждан. Несмотря на отдельные недостатки, государственный, ведомственный контроль и контроль со стороны страховых медицинских организаций достаточно четко прописан в существующей нормативно-правовой базе. При этом Федеральный закон № 323 содержит ссылку на наличие внутреннего контроля качества медицинской деятельности, осуществляемого органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, осуществляется в соответствии с требованиями к его организации и проведению, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Требований к проведению контроля, утвержденных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти не издано, что дает широкое

поле для нормотворчества как внутри субъектов Российской Федерации, так и внутри отдельных медицинских учреждений. Мобильность правовой базы всегда несет дополнительные юридические риски как для медицинских учреждений, так и для пациентов. По сведениям базы данных регионального законодательства, размещенным в открытом доступе в сети Интернет, в 57 субъектах Российской Федерации орган управления здравоохранением издал типовые рекомендации об организации внутреннего контроля качества медицинской деятельности в отношении учреждаемых организаций.

Результаты и обсуждение

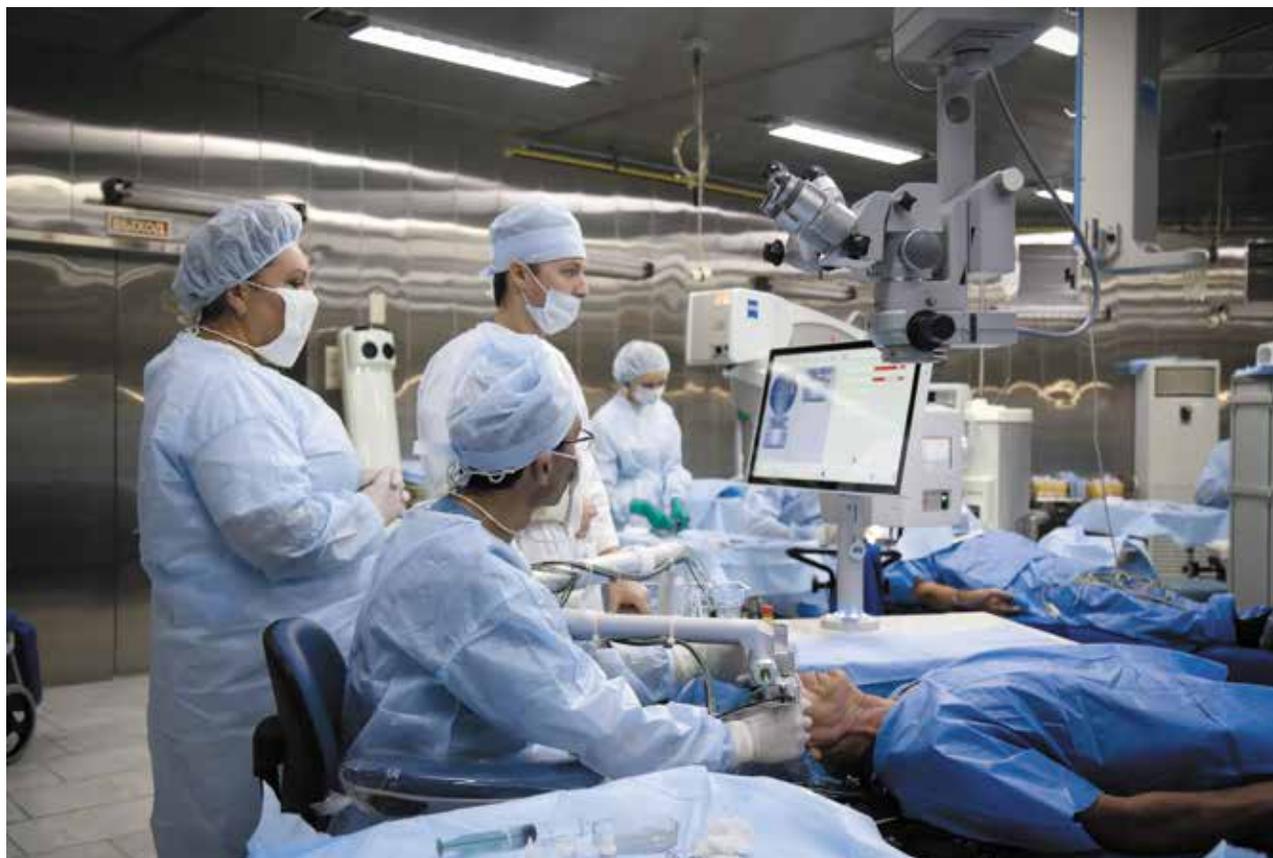
В системе МНТК «Микрохирургия глаза» генеральным директором утверждено положение о контроле качества и безопасности медицинской деятельности, содержащее основные принципы функционирования данной службы в клинике.

Система контроля качества медицинских услуг в учреждении носит многоуровневый характер, включая в себя: самоконтроль лечащего врача; контроль и управление контролем медицинской помощи (КМП) со стороны заведующего отделением, заместителя директора по лечебной работе, а также со стороны врачебной комиссии.

Заведующий отделением обязан проводить оценку состояния здоровья всех пациентов, поступивших в отделение и выбывших из него. Выявленные недостатки в оказании медицинской помощи анализируются и докладываются с предложениями в виде служебных записок ежемесячно заместителю руководителя по лечебной работе Учреждения для принятия управленческого решения.

Заведующий клинико-экспертным кабинетом осуществляет внутренний контроль качества медицинской помощи на втором уровне контроля в соответствии с приказом руководителя, должностной инструкцией и локальными нормативными актами Учреждения. Заведующий клинико-экспертным кабинетом проводит контроль не менее:

- 100% экспертиз законченных случаев оказания специализированной медицинской помощи: лазерного, хирургического, терапевтического



В операционной Оренбургского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

лечения с оформлением результатов в медицинской информационной системе клиники.

- Не подлежат экспертизе случаи, указанные в отдельном приказе директора Учреждения;
- 5% экспертиз специализированной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях (диагностики) в течение месяца, с оформлением результатов в медицинской информационной системе клиники.

Внутренний контроль качества медицинской помощи проводится по случаям медицинской помощи (законченным или незаконченным), оказанным в организации, независимо от источника финансирования, медицинской помощи, должностей и квалификации работников, оказывавших медицинскую помощь, диагноза, возраста пациентов, оформления листка нетрудоспособности и других факторов.

Для оценки специализированной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях разработаны и внедрены в практику Оренбургского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России методики расчета индикаторов качества при оказании специализированной медицинской помощи при следующих нозологических группах: катаракта, глаукома, отслойка сетчатки, возрастная макулярная дегенерация (ВМД), стационарная миопия взрослых. Каждая методика содержит параметры клинического результата, характеристику эталона клинического результата, критерии отклонения от эталона клинического результата, максимальную оценку и снижение результата.

По всем принятым нозологиям методика оценки качества выявляет следующие параметры клинического результата: полнота сбора анамнеза, выполне-

1. Легкость предварительной записи				7. Услуги проживания (палаты)					
по телефону				платные					
через интернет				льготные					
лично				8. Питание в кафе					
2. Быстрота приема				9. Отзывчивость персонала					
на диагностические услуги									
на оперативное лечение									
3. Вежливость персонала				10. Простота и понятность движения пациентов в клинике					
4. С какого раза Вам удалось дозвониться в справочную службу (3532)38-80-30									
5. Профессионализм операторов справочной службы (3532)38-80-30				11. Откуда Вы узнали о нашей клинике					
6. Ваш возраст (поставьте галочку)				родственники и друзья					
18-35		35-55		55-65		интернет		газета	
65-70		более 70 лет				реклама на ТВ		врач поликлиники	
				радио					

Рисунок. Пример анкеты по оценке сервисных услуг

ние необходимых диагностических исследований, диагноз, этапный подход, назначение необходимых рекомендаций, оформление медицинской документации с выставлением оценки.

Качество медицинской помощи – многогранное понятие, которое объективно характеризуется клиникой: достижение запланированного клинического результата, который может быть фактически измеренным (острота зрения, стабилизация внутриглазного давления, анатомическое прилегание сетчатки, уменьшение макулярного отека и т.д.), а со стороны пациента – это субъективное понятие, характеризующееся уровнем удовлетворенности и степенью достижения запланированного результата.

Фактически это результат соотношения ожидаемого результата и полученной медицинской услуги, т.е. удовлетворенность пациентов зависит от ряда субъективных ощущений и объективных факторов.

Первым уровнем оценки удовлетворенности пациентов является анкетирование. Данный механизм позволяет решить общие задачи по оценке уровня питания, охраны, сервиса, скорости (рисунок).

В результате проведенного исследования было выявлено, что более лояльные требования к качеству медицинской помощи предъявляют пациенты, получающие медицинские услуги за счет обязательного медицинского страхования. Так, при анкетировании пациентов в Оренбургском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» при одинаковом питании, состоянии палат, объективных показателях результата лечения (острота зрения без коррекции при хирургическом лечении катаракты равнялась 1,0, при условии отсутствия сопутствующей патологии органа зрения), при репрезентативной выборке в 250 человек оценка питания была на 27% выше у пациентов, получавших лечение за счет средств ОМС по отношению к оценке, поставленной паци-

ентами, получающими услуги на платной основе, состояние палат – на 18%.

Индивидуализированная оценка строится на механизме обратной связи посредством автоматизированного обзвона, с помощью чего выявляется степень удовлетворенности медицинскими услугами клиники. Автообзвон может проводиться большими или малыми выборками в зависимости от поставленной задачи.

Примером оценки удовлетворенности большой выборки могут служить результаты совершенных в период с января по февраль 2019 года автообзвон всех пациентов, получивших медицинские услуги в 2018 году. Были получены следующие результаты: средняя оценка удовлетворенности составила 4,1 балла из 5, при этом четких закономерностей между услугой, конечным состоянием и финансовым источником не выявлено.

Образцом узкого обзвона может служить исследование, направленное на субъективное восприятие качества жизни пациентами, получавшими медицинскую услугу по удалению катаракты с коррекцией роговичного астигматизма, как часть исследования оптимального метода коррекции астигматизма. Выявлены незначительные статистические отличия между удовлетворенностью медицинской помощью при получении схожих объективных результатов, что не позволяет использовать данный метод при принятии управленческих решений.

Таким образом, на сегодня в маркетинговой политике клиники возможно применение только объективных критериев качества медицинской помощи как прописанных в законодательстве, так и внутренних, разработанных в медицинском учреждении.

Заключение

Медицинский маркетинг при предоставлении медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования – понятие, не тождественное рекламной деятельности, это неразрывная цепь от первого контакта с пациентом до выписки, это

деятельность по продвижению медицинских услуг, оценке стоимости медицинских услуг и контролю качества медицинских услуг. Взаимно влияя друг на друга, данные звенья являются эффективной системой организационных мер, обязательной к внедрению в медицинской организации.

Литература

1. *Абрамов А.Ю., Кича Д.И., Рукодашный О.В. Категория маркетинга отношений в медицинских организациях // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2018. – Т. 22, № 3. – С. 314–321.*
2. *Дорошенко Г.В., Литвинова Н.И., Пронина Н.А. Менеджмент в здравоохранении: Учебное пособие. 2-е издание. – М.: ИНФРА-М, 2011. – 160 с.*
3. *Иванюк И.А., Гвозденко А.Н. Маркетинг отношений как координатор оказания профессиональных медицинских услуг в России // Известия Волгоградского государственного технического университета. – 2012. – Т. 14, № 16 (103). – С. 132–137.*
4. *Иорданская Н.А., Поздеева Т.В., Носкова В.А. Маркетинг в здравоохранении. – Н. Новгород: НижГМА, 2008 – 64 с.*
5. *Мамедова Г.Б., Шайматов М.Ж., Тешабаева М.Х., Исмаилова Н.М. Эффективность применения маркетинга в медицинских учреждениях // Austrian Journal of Technical and Natural Sciences. – 2014. – № 9-10. – С. 80–83.*
6. *Маругина Т.Л., Яркин А.К., Загородних Е.С. Маркетинг отношений как основа повышения качества оказания услуг в стоматологической поликлинике КрасГМУ // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). – 2013. – № 10. – С. 1–14.*
7. *Ortiz S.E., Rosenthal M.B. Medical marketing, trust, and the patient-physician relationship // JAMA. – 2019. – Vol. 321, No. 1. – P. 40–41.*

УДК 614.2

МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОРЬЯ ПОВЫШАЮТ КАЧЕСТВО И ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА

Н.Н. Ясько



Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования
Архангельской области

Реферат

В публикации отражены итоги реализации плана мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств нормированного страхового запаса Территориального фонда обязательного медицинского страхования Архангельской области с 2016 по 2020 год. Особое внимание уделено переподготовке медицинских кадров, а также закупке и ремонту медицинского оборудования за счет средств нормированного страхового запаса Территориального фонда ОМС Архангельской области в медицинских организациях, расположенных в сельской местности. Проведен анализ удовлетворенности доступностью амбулаторной медицинской помощи населения Поморья за последние 5 лет.

Ключевые слова:

обязательное медицинское страхование, НСЗ, доступность и качество медицинской помощи, контрольно-экспертные мероприятия, ТФОМС Архангельской области.

Для корреспонденции

Ясько Наталья Николаевна

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования
Архангельской области

Тел.: +7 (8182) 28-58-62
Факс: +7 (8182) 65-70-75
E-mail: common@arhofoms.ru

Адрес: 163061, Архангельск, пр. Чумбарова-Лучинского, д. 39, корп. 1

Одним из основных направлений деятельности в сфере обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) является защита прав граждан, застрахованных по ОМС, на получение доступной, бесплатной и качественной медицинской помощи, выявление проблем, связанных с реализацией данного права и формированием предложений в адрес органов управления здравоохранением, медицинских организаций для поиска управленческих решений, направленных на совершенствование организации и повышение доступности и качества медицинской помощи.

Согласно Федеральному закону от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», одним из инструментов защиты прав застрахованных лиц и предупреждения нарушений при оказании медицинской помощи является проведение контрольно-экспертных мероприятий страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС, и территориальными фондами ОМС (далее – ТФОМС) с целью оценки объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

При выявлении в ходе контрольно-экспертных мероприятий дефектов/нарушений, допущенных в процессе оказания медицинской помощи застрахованному лицу, к медицинским организациям применяются финансовые санкции. Часть средств от применения санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, направляются на формирование нормированного страхового запаса (далее – НСЗ) ТФОМС Архангельской области.

Средства НСЗ используются на финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, что позволяет медицинским организациям устранить причины, приведшие к дефектам в оказании медицинской помощи.

Таким образом, санкционный механизм в ОМС помогает выявить проблему и риски в деятельности медицинских организаций, обратить на них внимание как администрации медицинской организации, так и регионального органа управления в сфере здравоохранения; стимулирует найти организационно-управленческое решение и с помощью средств НСЗ реализовать его.

На территории Архангельской области реализация плана мероприятий, финансируемых за счет средств НСЗ ТФОМС Архангельской области, началась с 4 октября 2016 года. Перед участниками ОМС была поставлена задача: при реализации плана мероприятий необходимо повысить доступность и качество медицинской помощи, оказываемой северянам, а также показатель удовлетворенности жителей области при получении медицинской помощи по полису ОМС.

Тогда, в 2016 году, в Поморье реализация плана мероприятий началась с приобретения и ремонта медицинского оборудования — за 3 месяца 2016 года шесть медицинских организаций Архангельской области приобрели 12 единиц медицинского оборудования на 6,4 млн рублей, причем основная часть оборудования ушла в районы Архангельской области: аппарат ЭКГ шестиканальный и модульный с дистанционной передачей данных, колоноскоп, стоматологическая установка, гастрофиброскоп и др. В том же году за счет средств НСЗ были отремонтированы первые медицинские установки: рентген- и МР-томограф для больниц II и III уровней оказания медицинской помощи, цифровой флюорограф в медицинской организации I уровня, – всего на общую сумму 12,5 млн рублей. Необходимо отметить, что медицинское оборудование предусмотрено порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, а его обновление напрямую влияет на качество оказания медицинской помощи и ее доступность, в том числе для жителей, проживающих в удаленных районах области.

Уже с 2017 года в план мероприятий, финансируемых за счет средств НСЗ, было включено финан-



Новый авторефрактометр в кабинете офтальмолога ГБУЗ Архангельской области «Верхнетоемская центральная районная больница»

совое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников. В последующие годы расширялась «карта» медиков, прошедших переподготовку за счет средств НСЗ, среди медицинских организаций становилось все больше участников, особенно расположенных в сельской местности.

Так, к 1 января 2021 года общее число медицинских работников, получивших за счет средств НСЗ дополнительное профессиональное образование по программам повышения квалификации, в том числе в рамках непрерывного медицинского образования, достигло отметки 2 695 человек, из которых более 40% – сельские медики. За данный период на указанные цели в медицинские организации было направлено свыше 11 млн рублей. Медицинские работники повысили свою квалификацию в части выявления эндокринной патологии у детей и подростков,

лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы, мануальных навыков в неонатологии и неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии, а также прошли обучение по диагностической лапароскопии, рациональной фармакотерапии, терапии острых нарушений мозгового кровообращения, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции, диагностике рака наружных локализаций, детской онкологии, современным методикам лучевой терапии опухолей органов головы и шеи, неврологии новорожденных и другим темам.

Более того, за 5 лет медицинские организации Архангельской области за счет средств НСЗ закупили 101 единицу медицинского оборудования на общую сумму 215,1 млн рублей.

Для оказания медицинской помощи были приобретены стоматологические установки, комплекс оборудования для проведения медицинской реабилита-

ции, УЗИ-аппаратура, гастрофиброскопы, лапароскопические комплексы, рентгеновский маммограф, наборы для оперативных вмешательств, авторефкератометр, аудиометры, аппарат ИВЛ, флюорографы, лабораторный анализатор, модульные системы регистрации и дистанционной передачи ЭКГ, позволяющие сократить время на расшифровку ЭКГ и постановку диагноза заболевания, и другая техника.

К примеру, в 2018 году Онежская и Устьянская ЦРБ закупили лапароскопические комплексы. И уже в конце сентября 2018 года первые операции с использованием обновленной техники были проведены в Устьянской ЦРБ: врачи-хирурги Владимир Сакута, Иван Соболев и Владимир Гурчак под руководством заведующего хирургическим отделением № 2 Архангельской областной клинической больницы Алексея Попова провели семь операций с использованием нового лапароскопического оборудования. По их словам, современное эндоскопическое оборудование позволяет проводить операцию «с минимальным разрезом брюшной полости, сократить сроки госпитализации пациента и снизить риск осложнений».

Специального обучения для онежских врачей-хирургов работе с новой эндоскопической стойкой не потребовалось. Медики районной больницы уже имеют большой опыт работы с данным оборудованием. Сегодня закупленный лапароскопический комплекс применяется при проведении плановых операций.

Диагностический аудиометр и рабочее место врача-оториноларинголога были приобретены – для Котласской ЦГБ в 2018 году. За следующие 3 года с использованием нового оборудования были обследованы порядка 306 северян для диагностики заболеваний среднего и внутреннего уха. Обследовались и пациенты, которые сами отмечали ухудшение слухового восприятия.



Медицинская сестра ГБУЗ Архангельской области «Карпогорская центральная районная больница» Е.О. Рябова осуществляет подготовку нового лапароскопического оборудования к работе

Не осталась в стороне и Вельская ЦРБ, которая является межрайонным центром II уровня, оказывает медицинскую помощь в экстренной и плановой формах жителям Вельского, Устьянского, Шенкурского, части Коношского районов Архангельской области. В 2020 году медицинские работники Вельской ЦРБ одними из первых включились в борьбу с новой коронавирусной инфекцией. Поэтому потребность в приобретении оборудования очень высокая. В декабре 2020 года за счет средств НСЗ в больницу была осуществлена закупка лабораторного анализатора и аппарата ИВЛ на общую сумму более 4,6 млн рублей.



Врач — анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ Архангельской области «Вельская центральная районная больница» Д.Р. Торопов работает с новым аппаратом ИВЛ

Аппарат ИВЛ был введен в эксплуатацию в конце декабря 2020 года, с его помощью были пролечены два жителя Поморья. В конце января текущего года был введен в эксплуатацию лабораторный автоматический биохимический анализатор. Преимущество нового биохимического анализатора – это высокая производительность (320 тестов/час, большее количество загружаемых на борт анализатора образцов и реагентов – количество позиций для образцов 135, для реагентов – 88), низкое потребление дистиллированной воды (менее 14 л/час), светодиод с практически неограниченным сроком эксплуатации вместо галогеновой лампы, рассчитанной на 1000–3000 ча-

сов работы. Анализатор также поддерживает высокую мощность, выполняет большое количество разных биохимических методик за заданный период времени.

В плане мероприятий по приобретению медицинской техники с 2016 года приняли участие 72 медицинские организации, из которых 52 – находятся в районах: это южный куст Поморья – Котласская ЦРБ, Устьянская ЦРБ, Красноборская и Коношская ЦРБ, Холмогорская ЦРБ, отдаленная от «столицы Поморья» Лешуконская ЦРБ, соседствующая с космодромом Плесецкая ЦРБ, расположенная на побережье Белого моря Онежская ЦРБ и многие другие.

Кроме того, за 5 лет было отремонтировано 24 единицы медицинского оборудования на сумму около 91 млн рублей.

В основном медицинским организациям Поморья требовалось «реанимировать» такую дорогостоящую технику, как рентген-, МРТ-аппараты, цифровой флюорограф, ультразвуковой сканер, наркозо-дыхательные аппараты. В качестве заказчиков выступили Няндомская ЦРБ, Коряжемская ЦГБ, Приморская ЦРБ, Новодвинская ЦГБ, а также медицинские организации II и III уровней оказания медицинской помощи:

Архангельская областная клиническая больница, Первая ГКБ им. Е.Е. Волосевич, Архангельская областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова, Северодвинская ГБ № 2 скорой медицинской помощи.

Необходимо отметить, что, применяя системный подход в выборе мероприятий для включения в план по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования за счет средств НСЗ, удалось повысить уровень удовлетворенности населения медицинской помощью в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания



Врач-эндоскопист ГБУЗ Архангельской области «Ильинская центральная районная больница» А.Г. Пунанов и медицинская сестра Л.В. Варакина презентуют новый эндоскоп

гражданам медицинской помощи в Архангельской области.

Так, по данным социологических опросов страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Архангельской области, уровень удовлетворенности доступностью амбулаторной медицинской помощи населения Поморья за последние 5 лет вырос с 42,3 до 79,7% – граждане положительно оценивают уровень оснащения медицинских организаций оборудованием, а также отмечают упрощение процедуры записи на лабораторные и диагностические исследования и повышение доступности консультаций врачей-специалистов.

Коллектив ТФОМС Архангельской области убежден, что приобретенное и отремонтированное

медицинскими организациями медицинское оборудование позволит ускорить диагностику заболеваний, сократить сроки госпитализации и проводить щадящие операции, а значит, совершенствовать оказание медицинской помощи северянам. Кроме того, возможность совершенствования знаний, предоставленная медицинским работникам за счет средств НСЗ в рамках непрерывного медицинского образования по таким актуальным темам, как снижение смертности населения от основных причин, предупреждение развития осложнений заболеваний при проведении систематического диспансерного наблюдения и многим другим, – это курс на повышение качества медицинской помощи.

УДК 614.2

ТЕЛЕМЕДИЦИНА ФОРМАТА «ВРАЧ – ВРАЧ» – В ИНТЕРЕСАХ ПАЦИЕНТОВ. РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСУЛЬТАЦИЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ С НМИЦ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В 2019–2020 гг.

А.Г. Ткачева, Е.С. Недочукова



Ткачева А.Г.



Недочукова Е.С.

Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования
Челябинской области

Реферат

Реализация на территории Челябинской области федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров (НМИЦ) и внедрение инновационных медицинских технологий» позволила расширить возможности медицинских организаций для профессиональных телеконсультаций с ведущими специалистами Российской Федерации. Развитие в регионе этого востребованного и перспективного направления подтверждается трехкратным ростом числа телемедицинских консультаций по итогам 2019–2020 годов. С целью обеспечения и защиты прав застрахованных лиц приоритетными задачами участников системы ОМС в рамках реализации федерального проекта становятся взаимодействие по учету сведений о телемедицинских консультациях посредством информационного ресурса, разработанного ТФОМС Челябинской области, и проведение экспертного контроля оказанной медицинской помощи с учетом рекомендаций специалистов НМИЦ.

Ключевые слова:

телемедицинские консультации, НМИЦ Минздрава России, инновационные медицинские технологии и системы контроля качества медицинской помощи, ТФОМС Челябинской области, информационный ресурс «Мониторинг телемедицинских консультаций».

Для корреспонденции

Ткачева Агата Геннадьевна

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области, к.м.н.

Тел.: +7 (351) 211-35-17

Е-mail: mail@foms74.ru

Недочукова Елена Сергеевна

Заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области по вопросам организации ОМС

Тел.: +7 (351) 211-18-59

Е-mail: dd_oms@foms74.ru

Адрес: 454080, Челябинск, ул. Труда, д. 156

Федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий», куратором которого является заместитель Председателя Правительства Российской Федерации Татьяна Алексеевна Голикова, реализуется в Российской Федерации с 1 января 2019 года, срок окончания проекта – 31 декабря 2024 года.

Сеть Национальных медицинских исследовательских центров (далее – НМИЦ) создается на основе системы центров лидерства, формирование которой определено Стратегией развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года. Координатором реализации Стратегии является Министерство здравоохранения Российской Федерации.

В рамках реализации проекта к концу 2022 года в России должна полностью сформироваться сеть из 27 НМИЦ, призванных сопровождать внедрение в 750 медицинских организациях субъектов РФ инноваций и системы контроля качества медицинской помощи.

НМИЦ являются ведущими учреждениями здравоохранения Российской Федерации, играющими роль «головных» организаций по профилям оказания медицинской помощи, их функции включают:

- организационно-методическое сопровождение деятельности краевых, республиканских, областных, окружных медицинских организаций (и/или их структурных подразделений) для формирования вертикально интегрированной системы организационно-методического сопровождения оказания медицинской помощи в субъектах Российской Федерации;
- деятельность в области подготовки медицинских кадров по профилям медицинской помощи;
- организационно-методическую деятельность в области инновационных разработок в интересах практического здравоохранения.

Принцип функционирования НМИЦ как «головных» организаций основан на взаимодействии центра с «якорными» краевыми, республиканскими, областными, окружными медицинскими организациями третьего уровня в каждом субъекте Российской Федерации по определенному профилю оказания медицинской помощи. «Якорные» медицинские организации, в свою очередь, должны транслировать результаты проведенной работы в другие медицинские организации региона.

Взаимодействие НМИЦ с «якорными» медицинскими организациями осуществляется посредством:

- проведения консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий, виртуальных обходов;
- разборов сложных случаев и показательных операций в режиме телеконференции;
- проведения иных мероприятий в режиме телеконференции;
- осуществления выездных мероприятий в медицинские организации для выявления проблем и их причин, в том числе в отношении выстраивания систем контроля качества медицинской помощи, методического содействия в организации оказания медицинской помощи; внедрения новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе включенных по результатам клинической апробации в клинические рекомендации.

Телемедицинские консультации формата «врач – врач» («врач – консультант») проводятся специалистами НМИЦ по запросам региональных медицинских организаций. Как правило, запросы связаны с необходимостью консультации в сложных клинических случаях: при тяжелых, атипично протекающих или редких заболеваниях, отсутствии положительного эффекта в процессе терапии, в случае если необходимы уточнение, верификация диагноза, выбор тактики, маршрутизация больного в федеральное учреждение здравоохранения и т.п. Такое сотрудничество открывает пациентам оперативный доступ к лучшим специалистам страны без необходимости длительных и дорогостоящих поездок, позволяет сократить сроки ожидания и обеспечить высокое качество оказания медицинской помощи за счет применения инновационных технологий и методов.

Телемедицинские консультации проводятся в экстренной, неотложной или плановой форме как в режиме реального времени (в формате видеоконференции), так и в отложенном режиме. Консультации-видеоконференции обеспечивают прямое общение между консультантом и лечащим врачом, в ряде случаев – с участием больного, наиболее сложные ситуации могут обсуждаться медицинским консилиумом. Для отложенной консультации необходимая информация о пациенте (выписки из медицинской карты, результаты обследований, медицинские изображения) передается по телемедицинской системе Минздрава России ФГБУ ВЦМК «Защита», предназначенной в том числе для приема и обработки запросов на проведение телемедицинских консультаций. После изучения документов консультант готовит

заклучение без непосредственного взаимодействия с лечащим врачом (рис. 1).

Современные информационные системы позволяют, что особенно актуально в период распространения новой коронавирусной инфекции и связанных с этим ограничений, организовать телеконсультацию на любом расстоянии, с любым количеством участников. Обмен информацией происходит с соблюдением требований безопасности персональных данных пациента, результаты консультации вносятся в медицинскую карту.

Старт федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров (НМИЦ) и внедрение инновационных технологий» предоставил региональным клиникам Челябинской области широкие возможности для профессиональных консультаций с ведущими специалистами России.

В соответствии с регламентом подключения к федеральной телемедицинской системе Минздрава России ФГБУ ВЦМК «Защита», администратором регионального уровня с правом просмотра перечня запросов и консультаций в масштабе субъекта Российской Федерации является Министерство здравоохранения Челябинской области.

В системе ОМС Челябинской области определены 8 якорных медицинских организаций третьего уровня, где сосредоточены наиболее современные технологии, оборудование, высококвалифицированные специалисты и, соответственно, самые сложные пациенты. Это Челябинская областная клиническая больница, Челябинская областная детская клиническая больница, Челябинский областной центр онкологии и ядерной медицины, Областной онкологический диспансер № 2, Областной перинатальный центр, Областная клиническая больница № 3, Челябинский областной кардиологический диспансер, Городская клиническая больница № 6 г. Челябинска.

Всего в 2019 году в Российской Федерации НМИЦ отработано 35 110



Рис. 1. Схема телемедицинского консультирования

запросов региональных медицинских организаций. Челябинская область по количеству запросов находится на 24 месте среди субъектов РФ (таблица).

Данные по Уральскому федеральному округу представлены на рис. 2.

В 2019 году медицинскими организациями Челябинской области создано 493 запроса на телемедицинские консультации (с учетом запросов по профилю «фтизиатрия», сформированных медицинскими организациями, не входящими в систему ОМС) в 17 ведущих национальных медицинских исследовательских центрах России: НМИЦ эндокринологии, НМИЦ фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева, НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко, НМИЦ трансплантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова и т.д.



Рис. 2. Количество телемедицинских консультаций МО УРФО с НМИЦ в 2019 г.

Таблица

Объем телемедицинских консультаций медицинских организаций РФ с НМИЦ в 2019 г.

Место по количеству запросов	Субъекты РФ	Общий итог	Приоритет			
			экстренный и неотложный приоритет	%	плановый приоритет	%
	Общий итог	35 110	10 583	30	24 527	70
1	ЯНАО	1 588	414	26	1 174	74
3	ХМАО – Югра	1 167	164	14	1 003	86
					
7	Город Москва	833	70	8	763	92
9	Республика Башкортостан	806	476	59	330	41
					
23	Архангельская область	512	118	23	394	77
24	Челябинская область	493	132	27	361	73
25	Забайкальский край	463	72	16	391	84
					
32	Свердловская область	387	135	35	252	65
35	Тюменская область	369	135	37	234	63
59	Курганская область	258	40	16	218	84
					
84	Республика Алтай	56	9	16	47	84
85	Московская область	15	8	53	7	47

Из них медицинскими организациями, работающими в системе ОМС, создано 355 запросов по 240 пациентам. В среднем на 1 пациента создано от 1 до 6 запросов на телемедицинские консультации. В большинстве случаев необходимость повторных запросов связана с рекомендацией специалистами НМИЦ провести дополнительные обследования с целью обоснованного принятия решения.

Наибольшее число консультаций получено Челябинской областной детской клинической больницей (31,5%), Челябинской областной клинической больницей (20,5%), Челябинским областным клиническим центром онкологии и ядерной медицины (18%) по профилям «онкология», «детская эндокринология», «педиатрия», «нейрохирургия» и «трансплантология» (рис. 3).

По результатам консультаций рекомендовано дополнительное обследование в 55% случаев консультаций больных, уточнен диагноз у 45%, из них направлены в федеральные учреждения 10% пациентов.

В 2020 году специалистами НМИЦ медицинским организациям Челябинской области предоставлено 948 консультаций в отношении 677 пациентов (без учета консультаций по профилю «фтизиатрия»), что



Рис. 3. Телемедицинские консультации по профилям медицинской помощи в 2019 г.



Онлайн-трансляция операции и консультация с применением телемедицинских технологий в ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»

превышает объем 2019 года в 2,7 раза. Это позволяет говорить о высокой потребности в телеконсультациях при оказании медицинской помощи жителям региона.

В 2020 году медицинские организации Челябинской области консультировали специалисты 23 НМИЦ Российской Федерации: НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, НМИЦ эндокринологии, НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева, НМИЦ здоровья детей, РНИМУ им. Н.И. Пирогова и т.д.

При этом самое большое количество консультаций получено Челябинской областной детской клинической больницей (34%), Челябинским областным клиническим центром онкологии и ядерной медицины (32%) и Челябинской областной клинической больницей (28%) по профилям «онкология», «педиатрия», «эндокринология», «детская онкология» и «сердечно-сосудистая хирургия» (рис. 4).

Кроме того, в соответствии с приказом Минздрава России от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» специалистами дистанционных консультативных центров анестезиологии-реаниматологии по вопросам диагностики и лечения новой коронави

русной инфекции и пневмоний проконсультированы 58 пациентов, по которым создан 71 запрос по профилю «анестезиология-реаниматология», что составляет 7,5% в общем числе запросов.

По результатам консультаций специалистами НМИЦ рекомендовано дополнительное обследование 39% больных, уточнен диагноз у 23% пациентов, направлены в федеральные учреждения для обследования 8%, для лечения – 7,2% пациентов.

В 2020 году ТФОМС Челябинской области разработан и внедрен информационный ресурс «Мони-



Рис. 4. Телемедицинские консультации по профилям медицинской помощи в 2020 г.

торинг телемедицинских консультаций», ставший новым инструментом в работе фонда.

Программный продукт обеспечивает системное взаимодействие участников ОМС региона в части корректного учета информации, позволяет специалистам территориального фонда отслеживать полноту и достоверность данных, передаваемых медицинскими организациями, получать информацию о деятельности страховых медицинских организаций по контролю выполнения рекомендаций НМИЦ и их результатов в актуальном режиме.

В соответствии с приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» медицинские организации размещают на указанном ресурсе сведения о застрахованных лицах, в отношении которых получены рекомендации НМИЦ. На основании этой информации страховые медицинские организации осуществляют контроль выполнения рекомендаций, а также проведение медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи. Важно отметить, что согласно правилам ОМС объем экспертиз качества по случаям оказания застрахованным лицам медицинской помощи с применением рекомендаций НМИЦ должен составлять не менее 70% случаев лечения в стационарных условиях. В 2020 году экспертные мероприятия проведены страховыми компаниями Челябинской области в отношении 72% случаев, выявлено менее 2% нарушений, преимущественно связанных с дефектами ведения медицинской документации.

Телемедицинские консультации с национальными медицинскими исследовательскими центрами являются одним из эффективных инструментов принятия решения в практической деятельности врачей, обладающим очевидными достоинствами: экономия времени и финансовых затрат, приближение консультанта-эксперта к медицинской организации и пациенту в регионе, возможность проведения дистанционных консилиумов. При этом в системе обязательного медицинского страхования должны решаться комплексные задачи по обеспечению доступности телеконсультаций с ведущими специалистами НМИЦ для жителей Челябинской области. В первую очередь это увеличение числа медицинских организаций в регионе, имеющих доступ к инновационным технологиям, с учетом разнообразия профилей медицинской помощи. Значимыми разделами работы являются проведе-

ние контрольно-экспертных мероприятий по исполнению рекомендаций специалистов НМИЦ при лечении и обследовании пациентов, а также обеспечение посредством информационного ресурса корректного учета сведений об оказании медицинской помощи с применением рекомендаций НМИЦ, объемов и результатов проведенных экспертиз.

Литература

1. *Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16).*
2. *Порядок подключения к Федеральной телемедицинской системе Минздрава России ФГБУ ВЦМК «Защита» от 13.11.2018.*
3. *Постановление Правительства РФ от 5.05.2018 № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».*
4. *Приказ Минздрава России от 11.09.2017 № 622 «О сети национальных медицинских исследовательских центров».*
5. *Приказ Минздрава России от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».*
6. *Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».*
7. *Приказ Минздрава России от 29.03.2019 № 181 «Об утверждении методик расчета дополнительных показателей федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий», входящего в национальный проект «Здравоохранение».*
8. *Распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 № 2580-р «О Стратегии развития медицинской науки в РФ на период до 2025 г.».*
9. *Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».*

УДК 614.2

НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ И НОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ОМС

А.А. Старченко



ООО «Капитал Медицинское Страхование»

Реферат

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в большинстве своем сопровождаются развитием ранних и поздних опасных для жизни осложнений и возникновением новых тяжелых заболеваний, которые становятся причиной длительно текущих хронических болезненных состояний, инвалидизации и смерти пациента. Соответственно, развитие осложнений ОНМК и возникновение новых заболеваний и патологических состояний в острейшем и остром периоде инсульта могут быть вызваны особенностями течения ОНМК, индивидуальными характеристиками организма пациента и дефектами в оказании медицинской помощи, среди которых: несвоевременная диагностика первых признаков осложнения или нового заболевания, приводящая к несвоевременному началу лечения данного осложнения, переводу в отделение интенсивной терапии, оказанию медпомощи не в полном объеме; неправильный выбор методов диагностики, который приводит к позднему выявлению осложнения и позднему началу его лечения; отсутствие прогнозирования возможных осложнений и новых заболеваний, которое приводит к отсутствию их профилактики, несвоевременной диагностике начальных признаков осложнения и несвоевременному оказанию медпомощи по их поводу, следовательно, прогрессированию этих осложнений и новых заболеваний.

Ключевые слова:

ОНМК, осложнения инсульта, экспертиза качества медицинской помощи, дефекты качества медицинской помощи.

Для корреспонденции

Старченко Алексей Анатольевич

Советник генерального директора ООО «Капитал Медицинское Страхование», доктор медицинских наук, профессор, член Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, президент НП «Национальное агентство по безопасности прав пациентов и независимой экспертизе», эксперт качества медицинской помощи

Тел.: +7 (495) 287-81-25, доб. 4079
E-mail: oms@kapmed.ru

Адрес: 115184, Москва, ул. Б. Татарская, д. 13, стр. 19

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в большинстве своем сопровождаются развитием ранних и поздних осложнений и возникновением новых заболеваний, которые становятся причиной длительно текущих хронических болезненных состояний, инвалидизации и смерти пациента. Соответственно, развитие осложнений ОНМК и возникновение новых заболеваний и патологических состояний в острейшем и остром периоде инсульта могут быть вызваны особенностями течения ОНМК, индивидуальными характеристиками организма пациента и дефектами в оказании медицинской помощи.

Статьей 2 Закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» определены характеристики ненадлежащего качества медицинской помощи:

- несвоевременность;
- неправильный выбор методов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации;
- недостижение запланированного результата оказания медпомощи.

Указанные выше характеристики могут быть причиной дефектов в ведении пациента с ОНМК:

- несвоевременная диагностика первых признаков осложнения или нового заболевания приводит к несвоевременному началу лечения данного осложнения, переводу в отделение интенсивной терапии, оказанию медпомощи не в полном объеме;
- неправильный выбор методов диагностики приводит к позднему выявлению осложнения и позднему началу его лечения;
- отсутствие прогнозирования возможных осложнений и новых заболеваний приводит к отсутствию их профилактики, несвоевременной диагностике начальных признаков осложнения и несвоевременному оказанию медпомощи по их поводу, следовательно, прогрессированию этих осложнений и новых заболеваний.

Среди осложнений и новых заболеваний у пациентов с ОНМК наиболее часто встречаются следующие:

- острый коронарный синдром, острая сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца;
- пневмония, ассоциированная с инсультом, –

внутрибольничная пневмония, нозокомиальная пневмония (НП);

- тромбоэмболические осложнения;
- инфекция мочевыводящих путей.

Происхождение, течение и ведение указанных нозологических единиц и патологических состояний в процессе экспертных мероприятий (экспертизы качества медпомощи, ЭКМП) должны быть оценены на соответствие требованиям пункта 21 части 2 Закона РФ № 323-ФЗ как результат возможного ненадлежащего качества медпомощи по характеристикам: несвоевременность, неправильный выбор методов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации; степень или недостижение запланированного результата оказания медпомощи.

С целью получения объективных, всесторонних и научно обоснованных результатов ЭКМП страховых случаев с ОНМК следует учитывать особенности осложнений и новых заболеваний, возникающих при оказании медпомощи по поводу ОНМК.

1. Кардиальные осложнения, такие как инфаркт миокарда или внезапная сердечная смерть, относятся к наиболее частым причинам смерти больных, переживших острую стадию инсульта. Ежегодный риск смерти вследствие сердечно-сосудистой катастрофы у больных, перенесших инсульт, составляет 2–4%. Инфаркт миокарда развивается при ишемическом инсульте в 0,5–3,6% случаев, причем у 37–60% указанных больных он привел к смерти, при геморрагическом – в 0,4–2% случаев. Описано уменьшение частоты случаев инфаркта миокарда до 0,8% после выполнения тромбэндартериектомии или имплантации стента в проксимальный отдел сонной артерии.

Нарушения ритма сердца, такие как фибрилляция предсердий, (над)желудочковые тахикардии и брадикардии вплоть до асистолии, после инсульта описаны во многих исследованиях – до 8% при ишемическом инсульте. Большая часть случаев нарушений ритма приходится на первые 72 часа после инсульта. В течение 7 дней после церебральной ишемии у больных, у которых раньше не было нарушений ритма сердца, в 4,8% случаев развивается фибрилляция предсердий, в 3,4% – другие нарушения ритма. Примерно у 1/3 больных, перенесших субарахноидальное кровоизлияние, развиваются нарушения ритма сердца, которые в 5–8% случаев имеют клиническое значение, так как речь идет о фибрилляции/трепетании предсердий или желудочковой тахикардии.

Сердечная недостаточность и инсульт представляют собой частое сочетание. Состояние функции сердца в значительной степени оказывает влияние на прогноз инсульта. Так, было проведено исследование с участием 200 больных после острой церебральной ишемии, из которых у 8,5% сердечная недостаточность была диагностирована еще до инсульта. В течение 72 ч после появления неврологических симптомов при проведении ЭхоКГ у 29% больных была выявлена систолическая и у 19% – диастолическая дисфункция. У пациентов, перенесших инсульт, у которых имелась систолическая дисфункция, зарегистрирован сравнительно высокий уровень госпитальной летальности. В других когортных исследованиях сердечная недостаточность регистрировалась у 3–29% больных, перенесших инсульт, при этом у 9% она была диагностирована до ишемического инсульта. Систолическая дисфункция левого желудочка, выявленная у 3–26% больных, перенесших субарахноидальное кровоизлияние, по меньшей мере в половине случаев носила преходящий характер.

2. Пневмония, ассоциированная с инсультом.

Примерно у каждого десятого больного после перенесенного инсульта развивается тяжелая бактериальная инфекция. Особенно часто в острой стадии инсульта наблюдаются пневмонии. Пневмония является независимым прогностически неблагоприятным фактором риска. Поэтому всех больных с инсультом необходимо тщательно обследовать для выявления признаков пневмонии и как можно более раннего начала антибактериальной терапии. У больных с повышенным риском следует на ранних этапах применять целенаправленные меры профилактики пневмонии.

Пневмония, ассоциированная с инсультом, – это бактериальная пневмония, которая может развиваться в первые дни после перенесенного инсульта. Раньше в литературе ее обозначали как аспирационную пневмонию, так как дисфагия является важнейшим клиническим фактором риска для пневмонии, ассоциированной с инсультом. Инфекционное заболевание может сопровождаться так называемым синдромом системного воспалительного ответа. К нему применимы также клинические критерии сепсиса. В редких случаях, когда появляются признаки острой полиорганной недостаточности, формируется клиническая картина тяжелого сепсиса. Инфекции относятся к наиболее частым осложнениям инсульта.

В специализированном сосудистом отделении бактериальные инфекции наблюдаются у 21–65% больных. Для сравнения: средняя частота инфекций в стационаре составляет 6–9%. Чаще всего у больных с инсультом развиваются инфекция мочевыводящих путей и пневмония. Инфекция мочевыводящих путей развивается у 6–27% больных, пневмония – у 5–22%. Частота инфекций коррелирует с первоначальной тяжестью инсульта. Исследования, проведенные на репрезентативных когортах больных, перенесших инсульт, показали, что средний риск заболевания пневмонией в первые 7 дней может достигать 7%. По сравнению с этими данными средний риск заболевания пневмонией в гериатрическом отделении составляет около 3%. Тяжелый сепсис после острого инсульта встречается редко. Его причинами являются тяжелая пневмония, инфекция мочевыводящих путей или катетерные инфекции.

К клиническим факторам риска пневмонии, ассоциированной с инсультом, относятся дисфагия, пожилой возраст больного (>75 лет) и искусственная вентиляция легких. Риск пневмонии повышается по мере нарастания тяжести инсульта (>5 по шкале, разработанной Национальным институтом здравоохранения США [NIHSS – National Institutes of Health Stroke Scale]) и размера очага инфаркта. На основании этих клинических факторов была разработана простая шкала прогнозирования пневмонии после инсульта.

Факторы риска по шкале A2DS2, являющиеся предикторами пневмонии: возраст (A – Age; старше 75 лет), фибрилляция предсердий (A – Atrial Fibrillation), дисфагия (D – Dysphagia), пол (S – Sex; мужской) и тяжесть инсульта (S – Severity; NIHSS >5). Оценка более 3 баллов по шкале A2DS2 как признак высокого риска пневмонии имеет чувствительность более 90% и специфичность более 50%. С помощью этой шкалы можно выявить высокий риск пневмонии уже спустя 1 день после инсульта и начать активные профилактические мероприятия.

Больных с высоким риском пневмонии необходимо несколько раз в день обследовать для исключения признаков пневмонии и проводить общие мероприятия по ее профилактике. К таким мероприятиям относятся:

- проба на дисфагию;
- глотательные упражнения;
- ранняя мобилизация;

- дыхательные упражнения;
- приподнятие верхней половины тела (на 30–45°);
- исключение из назначений ингибиторов протонной помпы;
- соблюдение гигиены рта (полоскания раствором хлоргексидина);
- отказ от профилактической интубации;
- отказ от профилактического введения желудочного зонда;
- отказ от раннего наложения чрескожной эндоскопической гастростомы.

Несмотря на то что пневмония, ассоциированная с инсультом, считается излечимым осложнением, она является независимым фактором риска неблагоприятного отдаленного прогноза. На долю пневмонии приходится 20% ранней смертности; кроме того, она приводит к формированию устойчивого неврологического дефекта после инсульта. Наряду с патогенетической терапией инсульта эффективная профилактика пневмонии является важнейшим компонентом лечения и служит для улучшения прогноза после инсульта.

3. Тромбоз глубоких вен – частое осложнение после инсульта. Обычно тромбоз возникает преимущественно в нижних конечностях, но при наличии локальных повреждающих факторов (например, катетер в центральной вене, инфильтрация опухолью) может иметь иную локализацию. Отрыв фрагментов тромба от основной его массы или от венозной стенки приводит к тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Это состояние диагностируется с помощью соответствующих методов у 20–50% больных с тромбозом глубоких вен, однако клинические признаки выявляются менее чем у 5%. К последствиям тромбоэмболии легочной артерии относится посттромботический синдром, который выявляется спустя 5–8 лет примерно у 1/3 больных с тромбозом глубоких вен, а также хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия, развивающаяся после ТЭЛА в 5% случаев.

4. Неврологические нарушения мочеиспускания наблюдаются у каждого 2–3-го больного, перенесшего инсульт. Урологическая симптоматика значительно чаще появляется у больных старше 60 лет. К факторам риска инфекции мочевыводящих путей относятся пожилой возраст, тяжелый инсульт, применение мочевого катетера и женский пол.

Совместное обследование больного, перенесшего инсульт, и дальнейшее лечение его урологом должны проводиться периодически с целью оценки статуса больного, выбора метода лечения и контроля его динамики; они последовательно включают в зависимости от клинической ситуации:

- сбор подробного анамнеза (предшествующие заболевания, факторы риска, диатезы) и соматическое обследование;
- тщательный контроль баланса вводимой и выделяемой жидкости (в условиях стационара) или ведение дневника, в котором отмечается количество выпитой жидкости и выделенной мочи (в амбулаторных условиях);
- общий анализ мочи (с применением многофункциональных тест-полосок);
- урофлоуметрию;
- ультразвуковое исследование, при необходимости соноэластографию (для выявления объемных образований, имплантатов в области тазового дна);
- цистоскопию;
- рентгенографию мочевого пузыря, в том числе с применением контрастного средства (цистография);
- уродинамическое исследование;
- МРТ.

К типичным осложнениям инсульта, возникающим у больных в течение нескольких последующих месяцев и требующим лечения, относятся:

- частые позывы к мочеиспусканию, учащенное мочеиспускание;
- стрессовое и императивное недержание мочи;
- задержка мочи, требующая катетеризации мочевого пузыря (медицинским работником или самим больным);
- задержка мочи с возникновением пузырно-мочеточниково-почечного рефлюкса;
- недержание кала;
- нарушение опорожнения мочевого пузыря с образованием остаточной мочи;
- инфекции мочевыводящих путей (НИМВП);
- боль в области таза;
- нарушение сексуальной функции у женщин;
- эректильная дисфункция у мужчин (Осложнения и последствия инсультов. Диагностика и лечение ранних и поздних нарушений функции, 2018).

А.В. Зверьков, А.П. Зузова (2013) указывали, что частота встречаемости нозокомиальных инфекций (НИ) в острый период инсульта представлена в широком диапазоне: от 5 до 65% для всех инфекций, из них 1–33% – НП, 2–27% – нозокомиальные инфекции мочевыводящих путей (НИМВП). Авторы приводят исследование, включавшее 14 293 пациентов, где НП была самым частым осложнением острого периода инсульта, при этом летальность возрастала в 3 раза. Общая частота инфекционных осложнений после инсульта составляет около 30%, из них НП и НИМВП – около 10%. В палатах общего профиля НП и НИМВП развиваются у 1,1 и 1,7% пациентов соответственно. НИ чаще диагностировалась в течение первых 3 дней госпитализации, в 25% случаев – позже 3 дней. НП выявлялась чаще в первые дни после развития инсульта как у пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), так и в профильном отделении. НП и НИМВП повышают риск неблагоприятного исхода у пациентов с ОНМК, способствуют обездвиживанию и ухудшению условий ухода, удлинению сроков госпитализации.

К перспективным направлениям профилактики НП авторы относят:

1. *Метод активной аспирации из подсвязочного пространства.* Аспирация секрета из ротоглотки и подсвязочного пространства является важной частью профилактики развития вентилятор-ассоциированной пневмонии (ВАП). Эндотрахеальные трубки (ЭТТ) с возможностью аспирации секрета из ротоглотки и подсвязочного пространства были специально разработаны как устройства с отдельным каналом для постоянного активного дренирования секрета из надманжеточного пространства. Применение ЭТТ с возможностью дренирования из надманжеточного пространства позволило снизить частоту развития ВАП на 50%. Использование ЭТТ с аспирацией из подсвязочного пространства снижает риск развития ВАП в сроки с 3-х по 7-е сутки искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

2. *Эндотрахеальные трубки с покрытием.* Применение ЭТТ, покрытых серебром, сопровождается уменьшением частоты ВАП в связи со снижением бактериальной колонизации дистальных отделов дыхательных путей, особенно во время бронхоскопий и санаций дыхательных путей, а также образования биопленок. Наблюдалось значительное снижение частоты развития ВАП у пациентов, интубированных

посеребрёнными ЭТТ и находящихся на ИВЛ сутки и более. Микробиологическое подтверждение НП получено у 4,8% пациентов, интубированных ЭТТ с серебряным покрытием, и у 7,5% пациентов со стандартной ЭТТ.

3. *Обработка полости рта раствором хлоргексидина.* В многочисленных исследованиях проведен анализ эффективности обработки полости рта раствором хлоргексидина для профилактики НП у разных категорий больных. Было выявлено, что применение хлоргексидина снижает частоту развития НП у кардиохирургических больных в ОРИТ, однако эффективность обработки полости рта раствором хлоргексидина как средства профилактики ВАП у хирургических и соматических больных в ОРИТ не доказана.

4. *Метод «перерыва седации» пациентов и перехода на режимы вспомогательной вентиляции легких в профилактике ВАП.* Перерывы седации включают в себя ежедневную оценку готовности пациента обходиться без седативной терапии и возможность перевода его на различные режимы вспомогательной вентиляции легких. Значительное снижение длительности проведения ИВЛ и сокращение сроков госпитализации в ОРИТ было выявлено в группе пациентов, которым проводился ежедневный перерыв седации.

5. *Метод высокопоточной кислородотерапии.* Внедрение в ОРИТ высокопоточных назальных кислородных канюль для осуществления кислородотерапии обеспечивает доставку увлажненного кислорода в дыхательные пути пациента с FiO_2 до 100%. Применение высокопоточной назальной оксигенотерапии с помощью назальных катетеров снижает необходимость интубации и ИВЛ у больных с ранними признаками дыхательной недостаточности за счет значительного сокращения дыхательных усилий и улучшения парциального давления кислорода в крови.

В.Г. Гусаров и соавт. (2012) считают, что ранняя постановка правильного диагноза является фундаментальной основой ведения пациентов с НП. Поздняя диагностика и последующее запоздалое начало адекватного лечения могут приводить к неблагоприятному течению и исходу НП. Риск развития пневмонии при инсульте значительно выше, чем при многих других тяжелых заболеваниях, травмах, критических состояниях. Среди факторов риска развития пневмонии у пациентов с инсультом известны

следующие: возраст старше 65 лет, тяжелый неврологический дефицит, обширный инфаркт в бассейне средней мозговой артерии, нарушения сознания и глотания, дизартрия, афазия, хроническая obstructивная болезнь легких (ХОБЛ), гипергликемия, несбалансированное питание, уремия. У пациентов с инсультом в возрасте старше 65 лет наличие даже одного из этих факторов позволяет с высокой чувствительностью и специфичностью предсказать развитие пневмонии. НП является фактором риска развития неблагоприятного исхода у пациентов с острым инсультом. Отдельно взятые клинические, лабораторные и рентгенологические признаки НП обладают неудовлетворительной чувствительностью, что может обуславливать удлинение сроков принятия решения о коррекции терапии в связи с развитием НП. Учитывая эти обстоятельства, алгоритм диагностики НП должен включать такие методики, комплексное применение которых имеет максимальную чувствительность и специфичность. Этому требованию в большей степени отвечает применение шкалы CPIS, в которой клинические, лабораторные, рентгенологические и бактериологические данные теряют свою исключительность и приобретают примерно равное значение. При этом, по нашим данным, чувствительность метода повышается до 97%, а специфичность составляет 97,9%. Важно подчеркнуть, что главным достоинством применения шкалы CPIS для оценки вероятности НП стало значительное опережение динамики балльной оценки в сравнении с появлением рентгенологических изменений. Наиболее значимыми факторами риска развития НП у больных с острым инсультом являются: время до интубации трахеи ≥ 1 час, количество фибробронхоскопий ≥ 2 , время до начала энтерального питания ≥ 3 сут, бульбарные нарушения.

М.А. Кутлубаев (2014) указывает на важность оценки двух постинсультных состояний.

1. Постинсультная пневмония – это пневмония, которая развивается в течение первого месяца после церебрального инсульта. Некоторые авторы, однако, подразделяют постинсультную пневмонию на раннюю и позднюю в зависимости от того, развилась она в течение первого месяца после инсульта или позже. Основная причина развития постинсультной пневмонии – аспирация. Риск аспирации наиболее высок у пациентов с нарушениями глотания (дисфагией) и расстройством сознания. В остром периоде

церебрального инсульта аспирация является прямым следствием дисфагии, в то время как в восстановительном периоде, как правило, имеет место микроаспирация (или немая аспирация) – затекание назального секрета или слюны в дыхательные пути в ночное время. Частота постинсультной пневмонии, по данным разных авторов, колеблется от 4 до 56%. Наиболее высокие показатели получены в исследованиях, проведенных в палате интенсивной терапии неврологического профиля, – 4,1–56,5%, чуть ниже – в палате интенсивной терапии общего профиля – 17–50%, в инсультном отделении – 3,9–44%, в реабилитационном отделении – 3,2–11%. Высокие показатели частоты постинсультной пневмонии в палатах интенсивной терапии связаны с тем, что в них находятся пациенты с тяжелыми инсультами, с нарушениями глотания, с назогастральными зондами, находившиеся ранее на ИВЛ. Для выявления группы риска развития пневмонии после инсульта предложено несколько прогностических шкал. Одна из них – шкала A2DS2, максимальное значение по которой 10 баллов. При значении 0 баллов риск развития пневмонии составляет 0,3%, а при значении 10 баллов – около 40%. Шкала позволяет выявить высокий риск пневмонии уже спустя 1 день после инсульта и начать активные профилактические мероприятия.

Шкала риска развития пневмонии после инсульта (A2DS2):

Параметр на момент поступления и балл

1. Возраст более 75 лет – +1 балл.
2. Фибрилляция предсердий – +1 балл.
3. Дисфагия – +2 балла.
4. Мужской пол – +1 балл.
5. Тяжесть инсульта по шкале, баллы:
 - 5.1. Сумма баллов по шкале NIHSS 0–4 – +0 баллов.
 - 5.2. Сумма баллов по шкале NIHSS 5–15 – +3 балла.
 - 5.3. Сумма баллов по шкале NIHSS более 16 – +5 баллов.

При значении суммы баллов по шкале **A2DS2**:

- 0 баллов – риск развития пневмонии составляет 0,3%;
- 5 баллов – высокий риск пневмонии – 20–30%;
- 10 баллов – около 40%.

Оценка и интерпретация результатов оценки Шкалы тяжести инсульта NIHSS (оценивает невро-

лог или реаниматолог; обязательна для госпитально-го регистра ОНМК; при поступлении и при выписке) (Союз реабилитологов России):

- сумма баллов NIHSS 0 – нет симптомов инсульта;
- сумма баллов 1–4 – инсульт легкой степени;
- сумма баллов 5–15 – инсульт средней степени тяжести;
- сумма баллов 16–20 – тяжелый инсульт;
- сумма баллов 21–42 – крайне тяжелый инсульт;
- сумма баллов 5–24 – показания к тромболизису у пациентов с ишемическим инсультом в терапевтическом окне.

Развитие пневмонии оказывает выраженное негативное влияние на исход инсульта. У пациентов с постинсультной пневмонией выше смертность, как ранняя (госпитальная), так и отсроченная (после выписки), хуже функциональный исход, чаще наблюдается необходимость в постороннем уходе. По данным Китайского национального регистра инсульта, развитие пневмонии значительно повышает риск развития других осложнений церебрального инсульта, таких как желудочно-кишечные кровотечения, пролежни, тромбоз глубоких вен, эпилептические приступы, инфекции мочевыводящих путей, фибрилляция предсердий и повторный инсульт. Негативное влияние пневмонии на исход инсульта связано с рядом факторов, в частности, лихорадка, электролитные нарушения и гипоксия могут усугублять состояние пациента. Пневмония может стать причиной развития делирия. Воспалительный процесс также может приводить к гиперкоагуляции и, как следствие, к увеличению ишемического очага в головного мозга.

Факторы риска по развитию пневмонии после инсульта:

- Пожилой возраст.
- Мужской пол.
- Угнетение сознания.
- Интубация трахеи.
- Текущее инфекционно-воспалительное заболевание (не легочное) до инсульта.
- Парентеральное питание.
- Подключичный катетер.
- Хронические заболевания в анамнезе (фибрилляция предсердий, ХОБЛ, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность (ХСН).

- Гипоальбуминемия.
- Низкий уровень гемоглобина.
- Высокое артериальное давление при поступлении (у пожилых).
- Уровень ЛПВП $\geq 2,1$ ммоль/л.
- Прием ингибиторов протонной помпы.
- Тяжелый неврологический дефицит (более 10 баллов по шкале NIHSS).
- Дисфагия.
- Инсульты в анамнезе.
- Высокий балл по шкалам, оценивающим функциональные исходы инсультов (шкала Рэнкина, шкала Бартел).
- Большие размеры инсультного очага.
- Инсульты в стволе, в бассейне СМА, в правой гемисфере.

2. Инфекционно-воспалительные заболевания мочевых путей. Частота развития уроинфекции в течение первого месяца после инсульта колеблется от 1 до 24%, в среднем составляя 10%. Как и пневмония, она оказывает выраженное негативное влияние на исход инсульта. Развитие инфекции мочевыводящих путей связано с увеличением сроков госпитализации, стоимости лечения и риском развития уросепсиса. Уроинфекция в 5 раз повышает риск усугубления неврологического дефицита в остром периоде инсульта. Отрицательное влияние уроинфекции на состояние пациента после инсульта связано с лихорадкой, снижением двигательной активности катетеризированных пациентов.

К.И. Агафонов и соавт. (2016) указали на особенности течения острого периода ишемического инсульта, осложненного НИ. Прогноз инсульта определяется не только топикой и объемом поражения мозга, но и формированием у больного полиорганной патологии в связи с утратой вегетативных церебровисцеральных рефлексов и с индуцированной иммунной недостаточностью. Данное состояние известно в мировой литературе как «инсульт-индуцированные инфекции», наиболее часто это НИ. По результатам многих наблюдений, частота развития пневмоний достигает 85%. В первые 3 суток данные инфекционные осложнения развиваются наиболее часто. Вторая волна пневмоний регистрируется через 2–6 недель от момента госпитализации. Не каждый инсульт однозначно приводит к госпитальному инфекционному осложнению. Ранние пневмонии наиболее часто возникают при массив-

ных кровоизлияниях или обширной полушарной ишемии мозга, а также в очагах в стволе мозга любого объема. Как уже говорилось, патогенез НП при ОНМК связан как с нарушением церебровисцеральных рефлексов и легочной перфузии, так и с первичными церебральными симптомами – дисфагией и аспирацией. Жизненно важным мероприятием у пациентов с дисфагией является модификация диеты с целью снижения риска аспирации либо полное исключение самостоятельного глотания на период 3–5–7 дней с постоянной тренировкой самостоятельного глотания (логопедический массаж, прием воды мелкими глотками 3–4 раза в день). В то же время необходимо обеспечить полноценное питание и достаточный объем жидкости. Авторами установлена прямая средней степени выраженности корреляционная зависимость между выраженным неврологическим дефицитом при поступлении с нарушением активности по шкале Рэнкина (5 баллов) и частотой летальных исходов госпитализации: нарушениями антибактериальной терапии и развитием пневмонии. Установлена прямая средней степени выраженности корреляционная зависимость между летальностью и гипопроотеинемией менее 65 г/л; тяжелым нарушением мобильности (5 баллов по шкале Рэнкина) и применением антибиотиков; тяжелым нарушением мобильности и госпитализацией более 13 койко-дней. Кроме того, прослеживается прямая средней степени выраженности корреляционная зависимость между наличием гипопроотеинемии менее 65 г/л и риском возникновения пневмонии.

М.А. Биденко и В.В. Шпрах (2012) исследовали структуру госпитального инсульта, его исходы и осложнения и ключевой индикатор качества оказания медицинской помощи больным с инсультом – время от появления первых симптомов заболевания до обращения за медицинской помощью. При исследовании уровня общей летальности при инсульте значимых отличий в данном показателе за весь период исследования выявлено не было, то же справедливо в отношении ишемического инсульта. Однако отмечалось более чем 6% снижение уровня летальности при геморрагическом инсульте, что, по мнению авторов, связано с активным внедрением оперативных методов лечения данной патологии.

За период исследования отмечалось значимое уменьшение частоты пневмоний у умерших боль-

ных. Этот факт авторы объясняют внедрением обязательного скрининга глотания у всех больных при поступлении, ранней вертикализацией пациентов с инсультом, применением дыхательных упражнений и усилением контроля над проведением ИВЛ. Показатель времени от появления первых симптомов заболевания до обращения за медицинской помощью за период исследования значительно уменьшился (2008 г. – 8–21 час; 2011 г. – 5–10 часов). Это, по мнению авторов, говорит об улучшении осведомленности населения о первых симптомах и признаках инсульта.

М.А. Герасимова (2020) напоминает о том, что важность проблемы инсульта кроется не столько в самом заболевании как таковом, сколько в его исходах. Учеными Оксфордского университета установлено, что летальность от всех видов инсульта в течение первой недели составляет 12%, первого месяца – 19%, первого года – 31% и 60% – в течение 5 лет. По данным же российских авторов, ранняя 30-дневная летальность после инсульта составляет 34,6%, а в течение года умирают около 50% больных, т.е. каждый второй заболевший, а спустя 7 лет летальность достигает 80%. Непосредственной причиной смерти человека может явиться не сам эпизод ОНМК, а его осложнения (такие, как пневмония, в том числе аспирационная, отек и дислокация головного мозга, легочно-сердечная недостаточность, тромбоз вен нижних конечностей, сепсис и др.). Актуальность проблемы НП заключается в том, что помимо высокой распространенности данное заболевание с учетом тяжести основного заболевания и наличия коморбидных состояний характеризуется высокой летальностью, которая достигает 30–70%, при этом определить так называемую атрибутивную летальность, т.е. непосредственно связанную с НП, бывает сложно. По статистике трех последних лет, у 23,1% пациентов блока интенсивной терапии пневмония установлена уже при поступлении. У 48,0% пациентов, проходивших лечение в палате интенсивной терапии, пневмония включена в структуру окончательного диагноза. Из них у 83,3% пациентов диагностирована НП, 16,7% пневмоний имели аспирационный генез. Наряду с этим у 46,1% пациентов, умерших в блоке интенсивной терапии, по итогам секционного исследования выявлены морфологические признаки пневмонии (Трясунова М.А. и др., 2015). В первые 3 суток данные инфекционные

осложнения развиваются наиболее часто. Вторая волна пневмоний регистрируется через 2–6 недель от момента госпитализации. Ранние пневмонии наиболее часто возникают при массивных кровоизлияниях или обширной полушарной ишемии мозга, а также в очагах в стволе мозга любого объема (Агафонов К.И. и др., 2016). Но также не стоит забывать и про отдаленные периоды ОНМК, когда риск развития пневмонии достаточно высок. Так, по результатам исследования группы авторов в городе Архангельске было показано, что при последствиях инсульта (ПИ) в 79,9% случаев люди умирали от развившейся пневмонии на дому, что вносит существенный вклад в поддержание высокого уровня смертности от данной группы состояний, в том числе и вне медицинских организаций (Герасимова М.А. и др., 2017). Есть отдельные публикации о данных регистра ОРАКУЛ-РФ, где пневмония была зафиксирована у 43,1% пациентов с декомпенсацией кровообращения, а летальность при внебольничной пневмонии (ВП) у пациентов этой категории больных достигала 21,5–27,4%. Имеются единичные работы, в которых показано, что именно пневмония явилась причиной смерти у больных с ОНМК. Так, в работе Chang и соавт. (2013) она составила 5% (приблизительно 12 тыс. смертей в год). В метаанализе Westendorp и соавт. (2011) частота возникновения пневмоний составила 9–10%, в отделениях интенсивной терапии – 38–52%. Улучшение качества медицинской помощи привело к уменьшению числа летальных исходов в остром периоде заболевания, однако среди выживших 19–35% остаются глубокими инвалидами и требуют ухода, а к труду возвращаются не более 20–30% пациентов трудоспособного возраста. Вопросу повышения выживаемости пациентов в отдаленные периоды заболевания в настоящее время уделяется меньшее внимание. Система здравоохранения часто «теряет из виду» таких пациентов после выписки из стационара. Это приводит к наступлению высокого риска летальных исходов вне медицинских организаций (Герасимова М.А. и др., 2017; 2020). Ввиду определенных сложностей и сложившейся практики пневмония редко рассматривается как причина смерти, несколько чаще – как смертельное осложнение. В известной мере это искажает истинное значение пневмонии как фактора танатогенеза при сосудистых катастрофах. Важно определить истинную роль пневмонии как смертельного осложнения или

сочетанного заболевания при сосудистых катастрофах не только со статистических, но и с клинических позиций, что позволит разрабатывать эффективные способы профилактики, рекомендации по своевременной диагностике и лечению заболевания (Герасимова М.А. и др., 2020).

Д.В. Одинцова и соавт. (2017–2018) изучали роль пневмонии в танатогенезе у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) и ОНМК.

Д.В. Одинцовой (2018) сделаны важные для ЭКМП выводы:

1. Роль развития НП как фактора риска смертельного исхода при ОИМ и ОНМК недооценивается: ее частота составила 68,6%, из них с ОИМ – 34,8%, а с ОНМК – 75,2%, причем при ИВЛ длительностью 3 суток и более она была в 4,5 раза выше.

2. Диагностика НП у пациентов с ОИМ и ОНМК существенно затруднена. НП не была диагностирована при жизни в 27,1% случаев, в 69% не было проведено рентгенологическое исследование в динамике, гипертермии не было у 53,8%, аускультативные признаки не регистрировались у 73%, лейкоцитоза/лейкопении не было у 46,2%.

3. Предикторами развития НП оказались длительность госпитализации и длительность ИВЛ, а возраст, пол, наличие сахарного диабета и ХОБЛ, катетеризация центральных вен не влияли на частоту ее развития.

4. Гипертермия, лейкоцитоз, аускультативные данные и рентгенологические изменения, характерные для пневмонии, достоверно чаще встречаются у пациентов с НП, но их отсутствие не исключает ее наличие у больных с ОИМ и ОНМК.

5. Пациенты с ОИМ и ОНМК, имеющие повышенный риск развития НП, нуждаются в проведении комплекса мероприятий по профилактике пневмонии. Эти мероприятия могут быть оформлены в форме локальных протоколов.

6. Диагностика НП у пациентов с ОИМ и ОНМК, особенно в условиях ОРИТ, должна основываться на комплексной оценке клинических (лихорадка, аускультативные изменения), лабораторных (лейкоцитоз) и рентгенологических данных.

А.Г. Чучалин и соавт. (2016) представили согласованную позицию экспертов по лечению пневмонии у пациентов с декомпенсацией кровообращения.

1. *Госпитализация.* Госпитализация при подтвержденном диагнозе пневмонии у пациента со

стабильной ХСН необходима при наличии как минимум одного из следующих признаков.

Данные физикального обследования: частота дыхания ≥ 30 /мин; ДАД ≤ 60 мм рт.ст.; САД < 90 мм рт.ст.; ЧСС ≥ 125 уд/мин; температура тела $< 35,5$ °С или $\geq 39,9$ °С; нарушение сознания. Лабораторные и рентгенологические данные: количество лейкоцитов в периферической крови $< 4,0 \times 10^9$ /л или $> 20,0 \times 10^9$ /л; SaO₂ $< 92\%$ (по данным пульсоксиметрии), PaO₂ < 60 мм рт.ст. и/или PaCO₂ > 50 мм рт.ст. при дыхании комнатным воздухом; креатинин сыворотки крови $> 176,7$ мкмоль/л; пневмоническая инфильтрация, локализуемая более чем в одной доле; наличие полости (полостей) распада; плевральный выпот; быстрое прогрессирование очагово-инфильтративных изменений в легких (увеличение размеров инфильтрации $> 50\%$ в течение ближайших 2 суток); гематокрит $< 30\%$ или гемоглобин < 90 г/л; внелегочные очаги инфекции (менингит, септический артрит и др.); сепсис или полиорганная недостаточность, проявляющаяся метаболическим ацидозом (pH $< 7,35$), коагулопатией.

Невозможность адекватного ухода и выполнения всех врачебных предписаний в домашних условиях. При наличии ХСН стабильного течения, а также возраста старше 60 лет (возрастная категория, к которой относится большинство больных с недостаточностью кровообращения) выбор стационарного лечения ВП представляется нам более оптимальным. Дополнительными независимыми критериями предпочтительности стационарного лечения ВП у пациентов с ХСН являются: другие сопутствующие заболевания (хронический бронхит/ХОБЛ, бронхоэктазы, злокачественные новообразования, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, хронический алкоголизм, наркомания, выраженный дефицит массы тела, цереброваскулярные заболевания); неэффективность стартовой антибактериальной терапии.

2. *Оценка эффективности стартового режима антибактериальной терапии (АБТ) и ее продолжительность.* Первоначальная оценка эффективности стартового режима АБТ должна проводиться через 48–72 ч после начала лечения. Основными критериями эффективности в эти сроки является снижение температуры тела, выраженности интоксикации, дыхательной недостаточности, недостаточности кровообращения и других систем. Если у пациента

сохраняются высокая лихорадка и интоксикация, прогрессируют симптомы заболевания или развиваются осложнения, АБТ расценивается как неэффективная. В этом случае необходимо пересмотреть выбранный режим АБТ. При неэффективности АБТ на втором этапе необходимо провести обследование пациента для уточнения диагноза, выявления возможных осложнений ВП и проанализировать результаты доступных к этому моменту микробиологических исследований. При положительной динамике у пациентов, получавших стартовую антибактериальную терапию (АБТ) парентерально, следует рассмотреть возможность перевода на пероральный прием антибактериальных препаратов (АБП) в рамках ступенчатой терапии. При положительной динамике у пациентов, получавших стартовую АБТ парентерально, следует рассмотреть возможность их перевода на пероральный прием АБП в рамках ступенчатой терапии. Ступенчатая АБТ предполагает двухэтапное применение АБП, при котором терапия начинается с внутримышечного или внутривенного введения антибиотика с последующим переходом на пероральный прием того же препарата либо АБП со сходным спектром активности и механизмом действия. Переход осуществляется сразу после стабилизации клинического состояния пациента. Цель ступенчатой терапии заключается в уменьшении длительности парентеральной АБТ, что обеспечивает сокращение сроков пребывания пациента в стационаре и снижение риска осложнений.

3. *Продолжительность АБТ.* Выбор оптимальной продолжительности АБТ у пациентов с ВП и ХСН определяется возрастом, состоянием иммунной системы, наличием других сопутствующих заболеваний, осложнений, скоростью ответа на стартовую АБТ, характеристикой назначенного антибактериального препарата, результатами этиологической верификации диагноза. При нетяжелой ВП АБТ может быть завершена по достижении стойкой нормализации температуры тела в течение 48–72 ч. При таком подходе длительность лечения обычно составляет 7 дней. Оптимальная продолжительность применения антибактериальных препаратов при тяжелой ВП до настоящего времени не определена. Метаанализ исследований, оценивавший исходы лечения у пациентов с ВП относительно коротким (7 дней) курсом АБТ, не выявил различий между группами, однако в него не включались пациенты, госпитализирован-

ные в ОРИТ. По мнению экспертов, при тяжелой ВП неуточненной этиологии продолжительность АБТ должна составлять 10 дней. Более длительные курсы АБТ (14–21 день) рекомендуются при развитии осложнений заболевания (эмпиема, абсцесс), наличии внелегочных очагов инфекции, инфицировании такими возбудителями, как *S. aureus*, *Legionella* spp., неферментирующие микроорганизмы (*P. aeruginosa* и др.). Длительность применения противовирусных препаратов (оселтамивир, занамивир) обычно составляет 5–10 дней.

4. Эмпирическая АБТ ВП у госпитализированных пациентов с ХСН:

1) Пневмония нетяжелого течения.

Наиболее частые возбудители: *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *C. pneumoniae*, *S. aureus*, *Enterobacteriaceae*.

Рекомендованные режимы терапии: Ампициллин/сульбактам в/в, в/м, Амоксициллин/клавуланат в/в, в/м, Цефотаксим в/в, в/м, Цефтриаксон в/в, в/м, Эртапенем в/в, в/м ± макролид (азитромицин, кларитромицин) внутрь или Респираторный фторхинолон (левофлоксацин, моксифлоксацин) в/в.

2) Пневмония тяжелого течения без факторов риска инфицирования *P. aeruginosa* (длительная терапия системными ГКС в фармакодинамических дозах, вторичные бронхоэктазы, недавний прием системных АМП) и аспирации:

Наиболее частые возбудители: *S. pneumoniae*, *Legionella* spp., *S. aureus*, *Enterobacteriaceae*.

Рекомендованные режимы терапии: Цефтриаксон, цефотаксим, амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам, цефепим, цефтаролин, эртапенем в/в + макролид (азитромицин или кларитромицин) в/в или Респираторный фторхинолон (левофлоксацин, моксифлоксацин) в/в + цефтриаксон, цефотаксим в/в.

3) Пневмония тяжелого течения с факторами риска инфицирования *P. aeruginosa* (длительная терапия системными ГКС в фармакодинамических дозах, вторичные бронхоэктазы, недавний прием системных АМП).

Наиболее частые возбудители: *S. pneumoniae*, *Legionella* spp., *S. aureus*, *Enterobacteriaceae* + *P. aeruginosa*.

Рекомендованные режимы терапии: Пиперациллин/тазобактам, цефепим, меропенем, имипенем/

циластатин в/в + ципрофлоксацин или левофлоксацин (левофлоксацин назначается в дозе 500 мг/2 раза в сутки; в/в) или Пиперациллин/тазобактам, цефепим, меропенем, имипенем/циластатин в/в + аминогликозид II–III поколения (могут использоваться гентамицин, амикацин, тобрамицин; выбор препарата зависит от региональных/локальных данных чувствительности *P. aeruginosa*) в/в + азитромицин или кларитромицин в/в или Пиперациллин/тазобактам, цефепим, меропенем, имипенем/циластатин в/в + аминогликозид II–III поколения (могут использоваться гентамицин, амикацин, тобрамицин; выбор препарата зависит от региональных/локальных данных чувствительности *P. aeruginosa*) в/в + моксифлоксацин или левофлоксацин в/в.

4) Пневмония тяжелого течения с подтвержденной/предполагаемой аспирацией.

Наиболее частые возбудители: *Bacteroides* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Fusobacterium* spp., *Streptococcus* spp., *S. aureus*, *Enterobacteriaceae*.

Рекомендованные режимы терапии: Амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам, пиперациллин/тазобактам, эртапенем, меропенем, имипенем/циластатин в/в или Цефтриаксон, цефотаксим в/в + клиндамицин или метронидазол в/в.

При наличии показаний всем пациентам (у пациентов, нуждающихся в ИВЛ, при наличии бронхообструктивных заболеваний предпочтение следует отдавать оселтамивиру) дополнительно к АБТ могут назначаться оселтамивир внутрь или занамивир ингаляционно.

М.А. Чукина (2020) представила предикторы риска развития и неблагоприятного исхода нозокомиальной пневмонии.

1. Частота развития нозокомиальной пневмонии в условиях многопрофильного стационара в среднем составляет 17,1%, в частности у пациентов онкологического и кардиохирургического профиля в 31,7 и 26,7% случаев соответственно. Факторами риска развития НП являются наличие хронических заболеваний легких и онкологических заболеваний; факторами риска неблагоприятного исхода – онкохирургические заболевания, потребность в установке трахеостомии и в проведении ИВЛ длительностью более 2 дней.

2. Среди возбудителей нозокомиальной пневмонии преобладают грамотрицательные микроорганизмы с множественной лекарственной устойчиво-

стью: карбапенемазапродуцирующие *Acinetobacter baumannii* (31,3%), *Pseudomonas aeruginosa* (20,8%), *Klebsiella pneumoniae* (12,5%), а также *Klebsiella pneumoniae* БЛРС (25,0%).

3. Пациентам кардиохирургического и онкологического профиля с факторами риска, такими как заболевания легких, предикторами неблагоприятного исхода (потребностью в проведении ИВЛ или трахеостомии, введении вазопрессоров) в качестве эмпирической терапии следует назначать комбинированную АБТ, направленную на полирезистентные штаммы *Acinetobacter baumannii* CR, *Pseudomonas aeruginosa* CR, *Klebsiella pneumoniae* ESBL, *Klebsiella pneumoniae*.

4. Пациентам с НИ с высоким риском неблагоприятного прогноза при наличии онкохирургических заболеваний, потребности в трахеостомии и проведении ИВЛ более 48 часов рекомендовано назначение комбинированной АБТ с добавлением к стандартной парентеральной терапии ингаляционное введение амикацина в дозе 500 мг каждые 12 часов в первые сутки терапии.

5. Учитывая высокий профиль безопасности, эффективность и поддержание высокой концентрации амикацина при ингаляционного введения в бронхоальвеолярной жидкости, рассмотреть возможность включения дополнения в инструкцию по применению рекомендаций по ингаляционному назначению пациентам с НИ.

А.А. Белкин и др. (2018) считают, что мультидисциплинарная экспертиза качества медицинской помощи – один из наиболее сложных, но одновременно и высокочувствительный инструмент в анализе многоэтапной медицинской помощи. Примером такого вида помощи является сосудистая программа, в частности пациентам с ОНМК, эффективность реализации которой заложена в мониторируемых региональных показателях состояния организации системы здравоохранения. Сложность программы в том, что, начиная от этапа неотложной помощи, она охватывает последующий реабилитационный этап и диспансерное наблюдение в условиях амбулаторно-поликлинического звена. Это означает, что снижение смертности от инсульта может быть достигнуто только при условии качественно оказанной помощи в первичных сосудистых, реабилитационных и поликлинических отделениях. Автоматически предложены «*Экспертные признаки качества*

оказания помощи по профилю «*медицинская реабилитация*»:

I. Оценка обоснованности госпитализации.

1. Наличие направления на госпитализацию.
2. Наличие заключения врача отделения медицинской реабилитации специализированного отделения в истории болезни.
3. Наличие протокола ВК при дальнейшей маршрутизации на следующий этап реабилитационного лечения.
4. Наличие протокола телеконсультации для пациентов с индексом 4–6 по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) при выписке с решением о дальнейшей маршрутизации.

II. Оценка соответствия объема лечебно-диагностических мероприятий, проведенных медицинской организацией.

5. Консультация анестезиолога-реаниматолога при госпитализации.
 6. Консультация врача ЛФК с оценкой состояния по стандартизированным шкалам.
 7. Консультация логопеда с оценкой состояния по стандартизированным шкалам.
 8. Консультация клинического психолога с оценкой состояния по стандартизированным шкалам.
 9. Фиброларингоскопия с оценкой функции глотания и подбором текстуры питания.
 10. Суточное наблюдение врача анестезиолога-реаниматолога пациентов с индексом 5 по ШРМ.
 11. Оценка риска ТЭЛА, в том числе УЗИ глубоких вен голени.
 12. Отметки о реабилитационном лечении в реанимационной карте при длительности пребывания в ОРИТ более 24 часов.
 13. Лабораторные данные (по показаниям).
 14. МНО (пациентам, принимающим варфарин).
 15. ЭКГ.
 16. Наличие в истории болезни протокола мультидисциплинарного обхода с формированием целей реабилитации, программы реабилитации (задачи).
 17. Проведение мероприятий по вторичной профилактике ОНМК (по показаниям).
- #### **III. Оценка эффективности лечебно-диагностических мероприятий, проведенных медицинской организацией.**
18. Медицинская реабилитация начата не позднее 48 часов от момента поступления в стационар.

19. Карта мониторинга реабилитационных мероприятий с полностью заполненными графами и указанием результатов предыдущих этапов.

20. Оценка целевой динамики при 2-кратном измерении веса пациента с расчетом ИМТ и дефицита/избытка массы тела.

21. Начата индивидуальная нутритивная поддержка для пациентов с назогастральным зондом/гастростомой не позднее 24 часов от момента поступления в стационар с последующей коррекцией с указанием в листе назначения.

22. Наличие пролежней при отсутствии их описания в первичном осмотре.

23. ТЭЛА при отсутствии комплекса профилактических мер.

24. Отсутствие отражения динамики состояния пациента в записях совместных обходов/заседаний мультидисциплинарной бригады.

25. Проведение реабилитационных мероприятий в объеме не менее 120 минут ежедневно (в режиме 6-дневной рабочей недели).

26. Соответствие данных о терапии, внесенных в «Карту мониторинга реабилитационных мероприятий» и данных «Листа назначений».

27. Обоснование досрочной выписки или неэффективности реабилитационного лечения.

IV. Ключевые критерии качества:

Достижение не менее двух критериев из нижеперечисленных:

- 1) уменьшение двигательного дефицита (шкала MRC, Ривермид);
- 2) повышение количественного и (или) качественного уровня сознания;
- 3) коррекция нарушений речи, глотания и питания (данные специальных шкал);
- 4) снижение уровня зависимости от посторонней помощи и адаптация к самообслуживанию (индекс ШРМ шкала Бартел, шкала исходов Glasgow).

Авторы предлагают ряд вопросов, которые эксперт качества медицинской помощи, специалист по лечению и реабилитации пациентов с ОНМК, на основании предоставленных чек-листов должен ответить на следующие вопросы:

1. Был ли предотвращен летальный исход? Если да, то в какой медицинской организации были допущены значимые для исхода дефекты?

2. Есть ли нарушения организации медицинской

помощи в определенной медицинской организации и в конкретной клинической ситуации?

3. Правильно ли проведена маршрутизация пациентов на этапах оказания помощи в соответствии с региональным регламентом?

Авторы приводят в качестве иллюстрации протокол МД ЭКМП одного из пациентов.

«Пациентка К.Л.С., 1957 г.р., умерла в первичном сосудистом отделении от повторного ишемического инсульта в бассейне ЛСМА и кардиогенного шока на 3-и сутки на фоне прогрессирующего отека головного мозга и сердечной недостаточности. Первичный инсульт произошел в июле 2017 года, лечение проведено на всех этапах оказания медицинской помощи: ПСО, РСЦ, 2 этапа реабилитации (2-й этап реабилитации проводится также в 2 этапа: 2А этап – ОМР, 2Б этап – ЦМР). Повторный инсульт развивается на 5-е сутки пребывания на 2Б этапе реабилитационного лечения, пациентка госпитализируется в ПСО». Данный случай соответствует критериям выборки, что послужило поводом для назначения МД ЭКМП. На основании изучения ПМД были выявлены дефекты в оказании помощи в ПСО:

1. Не выполнено определение патогенетического варианта ишемического инсульта по критериям TOAST, т.е. не установлен патогенетический подтип ишемического инсульта: код дефекта 4.2. – нарушение оформления медицинской документации.

2. Не выполнена профилактика повторных сосудистых нарушений лекарственными препаратами группы антиагреганты при некардиоэмболическом варианте ишемического инсульта или лекарственными препаратами группы антикоагулянты при кардиоэмболическом варианте ишемического инсульта (при отсутствии медицинских противопоказаний): код дефекта 3.2. – создание риска прогрессирования заболевания.

3. Оценка по шкале ШРМ не уменьшилась не менее чем на 1 балл за время пребывания в стационаре: код дефекта 3.4.

При анализе качества оказания помощи пациентке К.Л.С. комиссией под руководством специалиста было сделано следующее заключение: «При госпитализации в ПСО не учтены данные анамнеза и данные амбулаторно-поликлинического этапа, что не позволило определить патогенетический вариант инсульта и продолжить вторичную профилактику антикоагулянтами в период нахождения с ПСО.

При нахождении пациентки в отделении медицинской реабилитации на 2А этапе проведение мероприятий по вторичной профилактике ОНМК антикоагулянтами проводилось, но без учета инструкции по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний. На фоне развития побочной реакции на прием антикоагулянтов проводится отмена препарата с переводом на прием антиагрегантов. Прием антикоагулянтов другой группы рекомендуется только при выписке из отделения. Не проводится консультация логопеда у пациентки с клиническими проявлениями дисфагии, дизартрии и моторной афазии, что создало дополнительный риск развития осложнений на этапе реабилитационного лечения. После выписки из отделения медицинской реабилитации пациентка госпитализируется на 2Б этап в ЦМР, где начат подбор рекомендованной антикоагулянтной терапии, но на фоне недостаточного эффекта (МНО 1,38) на 5-е сутки развивается повторный инсульт, пациентка госпитализируется в ПСО, находится в ОРИТ в течение 3 суток, не консультирована в РСЦ до 3 суток. На секции: обширный инфаркт, отек, дислокация створчатых структур, исходы мелкоочаговых инфарктов пневмоний, смешанный обтурирующий тромб искусственного двустворчатого аортального клапана (Операция «СОКБ №1» в 2010 году: протезирование аортального клапана по поводу ревматического комбинированного порока). Резюме: Летальный исход был предотвращен. Фатальная ошибка была допущена в ПСО, где не был диагностирован патогенетический вариант инсульта и не начата патогенетическая терапия антикоагулянтами. Начатая с опозданием вторичная профилактика инсульта на этапе ОМР не была проведена должным образом, что привело к повторному инсульту. При оказании помощи в ПСО была упущена возможность оказания адекватной нейрохирургической помощи в условиях РСЦ. Финансовые санкции должны быть применены по отношению к ПСО, где оказывалась помощь при первичном инсульте. Рекомендовано усилить методический контроль в ОМР за правильностью назначения антикоагулянтной терапии».

Целенаправленный мониторинг и прецизионная экспертиза качества помощи при ОНМК способствует выявлению системных ошибок в организации

специализированной помощи и локальных технологических дефектов, связанных с недостатком подготовки персонала или низким уровнем оснащенности ЛПУ. Это позволит органам управления здравоохранения совершенствовать механизмы контроля и управления качеством оказываемой в регионе специализированной помощи. Используемый авторами подход к созданию инструмента экспертного контроля в виде детализированных чек-листов, разработанных специалистами по профилю оказываемых при ОНМК видов помощи, обеспечил возможность проведения медико-экономической экспертизы экспертами СМО без специальной подготовки по неврологии. Это демонстрирует универсальность подхода и перспективы его экстраполирования на другие многокомпонентные виды специализированной помощи. Принципиальным моментом экспертизы является использование в процессе формирования единых требований к организации лечебно-диагностического и реабилитационного процессов, единых универсальных и специальных воспроизводимых инструментов в виде шкал и метрик, адекватно примененных на всех этапах медицинской помощи.

Авторы сделали вывод: мультидисциплинарная экспертиза качества медицинской помощи – эффективный инструмент анализа эффективности организации медицинской помощи как системно, так и в разрезе отдельных технологий, в частности диагностики и медицинской реабилитации, включающей мероприятия по вторичной и третичной (предупреждение инвалидности) профилактике.

Таким образом, авторы-эксперты МД выявили дефект оказания медпомощи в ПСО – невыполнение определения патогенетического варианта ишемического инсульта по критериям TOAST, но квалифицировали его по коду дефекта 4.2 как нарушение оформления медицинской документации. Это вызывает вопрос: если не установлен патогенетический подтип ишемического инсульта, значит, не было выполнено соответствующее типу лечение и не выявлены причины, что никак не может быть только дефектом оформления меддокументации, т.к. неустановление патогенетического подтипа влечет невыявление его причин и невыполнение необходимого лечения, что создает риск прогрессирования заболевания – код дефекта 3.2.3.

Таким образом, возникшие в процессе оказания

медицинской помощи новые патологические состояния и нозологические единицы должны быть расценены в процессе экспертизы качества медпомощи в соответствии с п. 21 части 2 Закона РФ № 323-ФЗ как ятрогения и ненадлежащее качество медпомощи по характеристике «степень достижения запланированного результата»:

- острый коронарный синдром, острая сердечная недостаточность;
- нарушения ритма сердца;
- пневмония, ассоциированная с инсультом, – внутрибольничная, НП;
- катетерный сепсис, флегмоны, абсцессы;
- гемопневмоторакс;
- тромбоэмболические состояния;
- инфекция мочевыводящих путей.

Приказом Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н утверждены медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека: «6.1. Вред здоровью, опасный для жизни человека, который по своему характеру непосредственно создает угрозу для жизни, а также вред здоровью, вызвавший развитие угрожающего жизни состояния (далее – вред здоровью, опасный для жизни человека).

Вред здоровью, опасный для жизни человека, создающий непосредственно угрозу для жизни:

6.1.10. закрытое повреждение органов грудной полости: сердца или легкого, или бронхов, или грудного отдела трахеи; травматический гемоперикард или пневмоторакс, или гемоторакс, или гемопневмоторакс;

6.2. Вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью (далее – угрожающее жизни состояние):

6.2.1. шок тяжелой (III–IV) степени;

6.2.2. кома II–III степени различной этиологии;

6.2.3. острая, обильная или массивная кровопотери;

6.2.4. острая сердечная и (или) сосудистая недостаточность тяжелой степени, или тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения;

6.2.5. острая почечная или острая печеночная, или острая надпочечниковая недостаточность тяжелой степени, или острый панкреонекроз;

6.2.6. острая дыхательная недостаточность тяжелой степени;

6.2.7. гнойно-септическое состояние: сепсис или перитонит, или гнойный плеврит, или флегмона;

6.2.8. расстройство регионарного и (или) органного кровообращения, приводящее к инфаркту внутреннего органа или гангрене конечности; эмболия (газовая, жировая, тканевая, или тромбоэмболии) сосудов головного мозга или легких.

25. Ухудшение состояния здоровья человека, обусловленное дефектом оказания медицинской помощи, рассматривается как причинение вреда здоровью».

Приказом МЗ РФ от 27.05.1997 № 170 и МКБ 10-го пересмотра отнесено к нанесению вреда здоровью пациента при выполнении терапевтической процедуры (Y60–Y69):

«Y63.6. Нанесение вреда здоровью неприменением необходимого лекарственного средства, медикамента или биологического вещества»;

«Y66. Непредоставление хирургической и терапевтической помощи»;

«Y63.8. Ошибочность дозировки во время других терапевтических процедур»;

«Y65.5. Выполнение операции, не соответствующей показаниям»;

«Y60.0. Случайный порез, укол, перфорация или кровотечение при проведении хирургической операции».

П.А. Мачинским и соавт. (2019) были выделены следующие наиболее важные морфологические критерии посмертной диагностики острых нарушений мозгового кровообращения, позволяющие дифференцировать различные подтипы геморрагических и ишемических инсультов головного мозга от других нозологий, которые также сопровождаются ОНМК. К цереброваскулярным заболеваниям при геморрагическом инсульте относятся: субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния, другие случаи нетравматических геморрагических инсультов, когда их образование обусловлено следующими причинами:

- Разрывом артериовенозных мальформаций, врожденных аневризм или приобретенных атеросклеротических аневризм церебральных артерий. Все остальные случаи разрывов аневризм церебральных артерий или вен мозга (например, при васкулитах, посттравматических аневризмах и др.) с образованием внутримозговых кровоизлияний и/или

субарахноидальных кровоизлияний следует расценивать как осложнения других нозологий, не относящихся к цереброваскулярным заболеваниям.

- Если в качестве фонового заболевания выступает гипертоническая болезнь (первичная или эссенциальная артериальная гипертензия) или симптоматическая (вторичная) артериальная гипертензия, которую бывает сложно дифференцировать с гипертонической болезнью. Например, при симптоматической артериальной гипертензии почечного характера, когда ОНМК развиваются на фоне хронического пиелонефрита, протекающего без выраженных явлений уремии (хронической почечной недостаточности тяжелой степени).
- Если в качестве фонового заболевания выступает сахарный диабет (как самостоятельное заболевание или в составе метаболического синдрома) с проявлениями артериальной гипертензии и геморрагического инсульта, но без выраженных явлений уремии, связанных с диабетической нефропатией.
- При исключении всех других возможных заболеваний (кроме цереброваскулярных болезней), способных вызвать геморрагический инсульт.

К цереброваскулярным болезням при ишемическом инсульте относятся инфаркты головного мозга в следующих случаях:

- При атеротромботическом ишемическом инсульте – если четко доказана гипертоническая (наличие деструктивно-репаративных изменений сосудов головного мозга с сужением или облитерацией их просвета на фоне артериальной гипертензии и др.) или атеросклеротическая (наличие атеростеноза, атеротомбоза, артерио-артериальной тромбоэмболии) природа поражения прецеребральных или церебральных артерий.
- При ишемическом инсульте гемодинамического подтипа – когда имеется поражение прецеребральных и церебральных артерий в виде тандемного (эшелонированного) атеростеноза, которое на фоне сердечно-сосудистой недостаточности с тенденцией к снижению артериального давления (в том числе на фоне фибрилляции предсердий) приводит к нару-

шению циркуляции крови по сосудам головного мозга в зонах смежного кровоснабжения по механизму «последнего луга». Нужно исключить все варианты ишемического инсульта кардиоэмболического подтипа (в том числе при фибрилляции предсердий), а также такие разновидности гемодинамических инфарктов головного мозга, механизм образования которых обусловлен не последствиями поражения прецеребральных и церебральных артерий на фоне атеросклероза и артериальной гипертензии, а связан с совершенно другими причинами. К этим причинам относятся кардиомиопатия, инфаркт миокарда, обильная кровопотеря, обмороки, а также многие другие заболевания и состояния, которые сопровождаются уменьшением сердечного выброса, объема циркулирующей крови или падением тонуса сосудов.

- Случаи ишемического инсульта атеротромботического и гемодинамического подтипов – когда в качестве фонового заболевания выступает сахарный диабет 2-го типа, в том числе в составе метаболического синдрома, поскольку патогенез сахарного диабета и метаболического синдрома тесно связан с атеросклеротическим поражением прецеребральных и церебральных артерий (например, с тандемным атеросклерозом).
- При кардиоэмболическом ишемическом инсульте – когда обычно нет тандемного атеросклероза и доказано, что источником тромбоэмболии церебральных артерий является именно полость левого предсердия или его ушко, в которых образовался тромб при различных типах фибрилляции предсердий (мерцательной аритмии). Должна быть исключена любая другая природа эмболов (жировая, воздушная, тканевая) и причина эмболий (в том числе образующихся по механизму артерио-артериальных тромбоэмболий из аневризм прецеребральных и церебральных артерий).
- При лакунарном ишемическом инсульте – если доказано, что образование ишемических очагов (в виде только малых глубинных инфарктов мозга или в сочетании с малыми поверхностными инфарктами) обусловлено

поражением мелких сосудов головного мозга в результате артериальной гипертензии или атеросклероза. Не исключается также возможность образования малых глубинных инфарктов и малых поверхностных инфарктов головного мозга (изолировано или чаще в сочетании с ишемическими очагами более крупных размеров) при атеротромботическом или кардиоэмболическом подтипах ишемического инсульта путем артерио-артериальной эмболии из прецеребральных и церебральных артерий, а также путем эмболии из полости сердца. Дифференциальная диагностика этих разновидностей лакунарных ишемических инсультов находится на стадии разработки.

- При инфарктах другой известной этиологии – диагноз цереброваскулярных болезней выставляется только в виде исключения, когда доказана конкретная причина ОНМК по ишемическому типу (например, нетравматическая диссекция сосудов головного мозга, непигментный тромбоз вен головного мозга и синусов твердой мозговой оболочки и др.).
- При ишемическом инсульте неуточненного патогенетического подтипа – если имеются две причины и более для развития ОНМК по ишемическому типу (например, фибрилляция предсердий и атеросклеротическое поражение прецеребральных и/или церебральных артерий), а также исключены все другие нозологические единицы (кроме цереброваскулярных болезней), способные вызвать ишемический инсульт.
- При исключении всех других возможных заболеваний (кроме цереброваскулярных болезней), способных вызвать ишемический инсульт.

Таким образом, вышеизложенные авторами морфологические критерии геморрагических и ишемических инсультов при цереброваскулярных болезнях могут быть использованы для их дифференциальной диагностики с другими нозологиями, которые также сопровождаются ОНМК.

Клиническими рекомендациями «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых» (Всероссийское общество неврологов; Национальная ассоциация по борьбе с инсультом; Ассоциация нейрохирургов России; МОО «Объедине-

ние нейроанестезиологов и нейрореаниматологов»; Союз реабилитологов России, 2020) предусмотрены меры по профилактике, ранней диагностике и лечению осложнений ОНМК, которые подлежат оценке в рамках ЭКМП, и при их невыполнении требующих признания качества оказанной медицинской помощи ненадлежащим:

«Отсроченная летальность связана с ассоциированными осложнениями в виде пневмонии, острой сердечной недостаточности, инфекционными осложнениями и пр.

2.2. Физикальное обследование

Рекомендуется всем пациентам с предположительным диагнозом «ТИА и ишемический инсульт» обязательно проводить исходную оценку дыхания и функции легких, определение ранних признаков дисфагии (предпочтительно с использованием теста оценки глотания), физикальное обследование сердечно-сосудистой системы.

Рекомендуется всем пациентам с предположительным диагнозом «ТИА и ишемический инсульт» проводить исходную оценку функции глотания для выявления ранних признаков дисфагии.

Комментарии: Исходную оценку функции глотания предпочтительно проводить с использованием теста оценки глотания.

Комментарии: Тест на дисфагию («трехложечная проба» с использованием пульсоксиметра) следует проводить в течение первых 24 часов пребывания пациента в отделении. Наличие дисфагии в 3–11 раз увеличивает риск аспирационной пневмонии и риск внезапной смерти. При невозможности тестирования функции глотания или выявления дисфагии показана установка назогастрального зонда для осуществления нутритивной поддержки.

Рекомендуется обратить особое внимание на симптомы и признаки, которые могут прогнозировать острый инфаркт миокарда, кровотечение, повторный инсульт, гипертонические кризы, аспирационную пневмонию, сердечную и почечную недостаточность.

3.1.1. Базисная терапия

Под базисной терапией подразумеваются основные терапевтические стратегии, направленные на стабилизацию состояния тяжелобольных пациентов и коррекцию тех нарушений, которые могут осложнить восстановление неврологических функций. Базисная терапия включает поддержание функций дыхания и

кровообращения, коррекцию метаболических и волевых нарушений, контроль уровня артериального давления, профилактику и лечение таких состояний, как судороги, венозные тромбозы, дисфагия, аспирационные пневмонии и другие инфекционные осложнения, коррекцию повышенного внутричерепного давления.

Рекомендуется проведение мониторинга неврологического статуса, частоты сердечных сокращений, артериального давления, температуры тела и сатурации кислородом в течение 24–72 часов у пациентов с сохраняющейся общемозговой и очаговой неврологической симптоматикой.

Комментарии: Общепринятой практикой является активный мониторинг неврологического статуса и таких жизненно важных показателей, как артериальное давление, пульс, уровень глюкозы и температура тела. Для оценки неврологического статуса могут быть использованы такие общепризнанные неврологические шкалы, как Шкала Инсульта, NIH. Исходя из рандомизированных клинических испытаний, не существует прямых указаний, с какой частотой должен выполняться мониторинг показателей. Однако в исследованиях, касающихся организации отделений для лечения острых нарушений мозгового кровообращения, практиковалось наблюдение и обследование как минимум каждые 4 часа в течение первых 72 часов от начала заболевания.

3.1.1.6. Питание

Рекомендуется проведение скрининга дисфагии перед кормлением с целью идентификации пациентов с повышенным риском аспирации.

Комментарий: скрининг дисфагии должен проводиться логопед.

Рекомендуется начинать энтеральное питание при церебральном инсульте в течение 7 дней.

Комментарии: Расчет объема и состава питания рекомендуется проводить с участием врача-диетолога, нутрициолога либо другого специалиста, прошедших подготовку по искусственному питанию пациентов в критических состояниях. Необходимо обеспечивать ежедневную дефекацию с применением стимулирующих средств и приемов механического опорожнения кишечника.

Рекомендуется устанавливать назогастральные зонды при дисфагии в острой фазе инсульта (в течение первых 7 дней) для кормления, а у пациентов с ожидаемой длительной дисфагией (> 2–3 нед.) – чрескожную гастростомию.

Рекомендуется ввести протокол гигиены полости рта для снижения риска развития пневмонии после инсульта.

3.1.1.7. Профилактика тромбоза глубоких вен

Рекомендуется перемежающаяся пневматическая компрессия в дополнение к стандартной терапии (ацетилсалициловая кислота и гидратация) для неподвижных пациентов с ишемическим инсультом.

Комментарии: Метод не рекомендуется к использованию у пациентов с открытыми ранами на ногах и должен применяться с осторожностью у пациентов с уже существующим тромбозом глубоких вен, сердечной недостаточностью, тяжелыми заболеваниями периферических сосудов или спутанным сознанием, когда попытки встать могут привести к падению и травме.

Рекомендуется профилактическая антикоагуляция нефракционированным гепарином (5 000 единиц п/к 2 или 3 раза в день) или низкомолекулярным гепарином, или гепариноидом для неподвижных пациентов с ишемическим инсультом, у которых преимущества снижения риска венозной тромбоземболии достаточно высоки, чтобы компенсировать повышенный риск внутричерепных и внемозговых кровотечений, связанных с их использованием.

Рекомендуется рассмотреть низкомолекулярный гепарин или гепариноид вместо нефракционированного гепарина из-за большего снижения риска тромбоза глубоких вен, большего удобства, снижения затрат на персонал и комфорта пациента, связанных с однократной суточной дозой, по сравнению с многократными ежедневными инъекциями, если было принято решение о том, что показана профилактическая антикоагуляция.

Комментарии: Преимущества низкомолекулярного гепарина и гепариноида должны быть сопоставлены с более высоким риском экстракраниального кровотечения, более высокими затратами на лекарства и рисками у пожилых пациентов с плохой функцией почек.

4.1. Первый (I) этап организации медицинской реабилитационной помощи

Рекомендуется в течение острейшего периода ишемического инсульта (1–5-е сутки ИИ) менять не реже, чем каждые 2 часа положение конечностей и туловища пациентов по отношению к горизонтальной плоскости в зависимости от статуса вертикализации пациентов.

Комментарий: Позиционирование может проводиться с 1-х суток пребывания пациента в ОРИТ с перерывами на сон. Позиционирование используется для гравитационной стимуляции перераспределением жидкости при подъеме головного конца.

Головной конец всегда должен быть приподнят не ниже 30°. Последовательное изменение положения тела пациента осуществляется на 3-секционной кровати с формированием позы в соответствии со статусом вертикализации (поднятый головной конец, опущенный ножной конец) с 1-х суток постоянно. В ходе процедур производится непрерывный мультимодальный мониторинг с целью раннего выявления симптомов, ограничивающих или останавливающих дальнейшее проведение мобилизации.

Рекомендуется начинать активную или пассивную мобилизацию, а также мышечную тренировку так рано, как только это позволит клиническое состояние пациента.

Рекомендуется при отсутствии противопоказаний начинать вертикализацию пациентов со 2-х суток пребывания в ОРИТ с целью раннего выявления симптомов, ограничивающих или останавливающих дальнейшее проведение мобилизации пациентов.

Комментарий: Этот раздел мобилизации занимает особое место в ранней реабилитации, так как существенно уменьшает отрицательные эффекты постельного режима и готовит пациента к скорейшему переводу из ОРИТ в другое отделение. Вертикализация представляет собой увеличение угла подъема головного конца с последующим опусканием ножного конца. Увеличение гравитационного градиента (ГГ) происходит в среднем через 15 минут при отсутствии симптомов, ограничивающих или останавливающих дальнейшее проведение мобилизации. При достижении 90° возможен переход на уровень пассивного пересаживания в кресло. Положение сидя помогает поддерживать центральную и периферическую перфузию, приемлемый уровень сатурации крови, предотвращать развитие пневмонии, улучшает мышечный метаболизм, препятствует венозному стазу и тромбозу глубоких вен голени».

Таким образом, к дефектам оказания медицинской помощи больным с ОНМК в рамках ЭКМП относят:

1) создание риска возникновения нового заболевания у пациентов с ОНМК (ОКС, ОЧН, внутриболь-

ничная пневмония, инфекции мочевыводящих путей, катетер-ассоциированная инфекция, тромбоэмболические состояния) по критериям качества медпомощи в соответствии с п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ – несвоевременное выполнение и/или неправильный выбор методов диагностики и лечения;

- 2) возникновение факта нового заболевания (ятрогении) у пациента с ОНМК (ОКС, ОЧН, внутрибольничная пневмония, инфекции мочевыводящих путей, катетер-ассоциированная инфекция, тромбоэмболические состояния) по критериям качества медпомощи в соответствии с п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ – несвоевременное выполнение и/или неправильный выбор методов диагностики и лечения и недостижение запланированного результата;
- 3) создание риска прогрессирования возникшего осложнения или нового заболевания у пациентов с ОНМК несвоевременной диагностикой первых признаков осложнения или нового заболевания, приводящей к несвоевременному началу лечения данного осложнения, переводу в отделение интенсивной терапии, оказанию медпомощи не в полном объеме, по критериям качества медпомощи в соответствии с п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ – несвоевременное выполнение и/или неправильный выбор методов диагностики и лечения;
- 4) создание риска прогрессирования возникшего осложнения или нового заболевания у пациентов с ОНМК неправильным выбором методов диагностики, что приводит к позднему выявлению осложнения и позднему началу его лечения, по критерию качества медпомощи в соответствии с п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ – неправильный выбор методов диагностики и лечения;
- 5) создание риска возникновения осложнения или нового заболевания у пациентов с ОНМК отсутствием прогнозирования возможных осложнений и новых заболеваний, что приводит к отсутствию их профилактики, несвоевременной диагностике начальных признаков осложнения и несвоевременному оказанию медпомощи по их поводу, следовательно, прогрессированию этих осложнений и новых заболеваний, по критериям качества медпомощи в соответствии с п. 21 ст. 2 Закона

РФ № 323-ФЗ – несвоевременное выполнение и/или неправильный выбор методов диагностики и лечения и недостижение запланированного результата.

Литература

1. Агафонов К.И., Трясунова М.А., Алёшина Е.Н. и др. Особенности течения острого периода ишемического инсульта, осложненного нозокомиальной инфекцией // *Вестник современной клинической медицины*. – 2016. – Т. 9, № 6. – С. 16–20.
2. Белкин А.А., Иванова Г.Е., Алашеев А.М., Пинчук Е.А., Шелякин В.А. Первый опыт мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения на этапах интенсивной терапии и реабилитации // *Вестник восстановительной медицины*. – 2018. – № 2. – С. 13–20.
3. Белкин А.А. Синдром последствий интенсивной терапии (ПИТ-синдром) // *Вестник интенсивной терапии имени А.И. Салтанова*. – 2018. – № 2. – С. 12–23.
4. Биденко М.А., Шпрах В.В. Структура инсульта и оценка качества оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Иркутске по данным госпитального регистра // *Бюллетень ВСНЦ СО РАН*. – 2012. – № 6 (88). – С. 109–112.
5. Виленский Б.С. Соматические осложнения инсульта // *Неврологический журнал*. – 2003. – № 3. – С. 4–10.
6. Герасимова М.А. Вклад пневмонии в увеличение смертности от инсультов и их последствий (обзор литературы) // *Медицинская экология*. – 2020. – № 2. – С. 51–57.
7. Гусаров В.Г., Замятин М.Н., Теплых Б.А., Бардаков В.Г., Пихута Д.А., Бронов О.Ю. Диагностика и факторы риска нозокомиальной пневмонии у больных тяжелым инсультом // *Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова*. – 2012. – Т. 7, № 2. – С. 63–69.
8. Зверьков А.В., Зузова А.П. Особенности профилактики нозокомиальной пневмонии у пациентов с инсультом // *Клин. Микробиол. Антимикроб. Химиотер.* – 2013. – Т. 15, № 2. – С. 95–103.
9. Инсульт. Современные подходы диагностики, лечения и профилактики: методические рекомендации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 352 с.
10. Крылов В.В., Царенко С.В., Петриков С.С. Диагностика, профилактика и лечение госпитальной пневмонии у больных с внутричерепными кровоизлияниями, находящихся в критическом состоянии // *Нейрохирургия*. – 2003. – № 4. – С. 45–48.
11. Кутлубаев М.А. Инфекционно-воспалительные осложнения церебрального инсульта // *Клиническая медицина*. – 2014. – № 1. – С. 66–72.
12. Кутлубаев М.А., Ахмадеева Л.Р. Делирий в остром периоде церебрального инсульта // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2012. – № 8. – С. 100–105.
13. Мачинский П.А., Плотникова Н.А., Ульянов В.Е., Альмяшева Р.А. Основные морфологические критерии посмертной диагностики цереброваскулярных заболеваний // *Клинические, патологоанатомические и юридические аспекты ятрогений, врачебных ошибок и расхождений диагнозов: сборник трудов XI Пленума Российского общества патологоанатомов, 31 мая – 1 июня 2019, г. Самара / РОП, ФГБНУ НИИ Морфологии человека, ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России*. – Самара, 2019. – С. 66–71.
14. Мерхольц Я. Ранняя реабилитация после инсульта. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 248 с.
15. Одицова Д.В., Малявин А.Г., Зайратьянц О.В. Предикторы развития пневмонии у пациентов с острыми сосудистыми катастрофами // *Архив внутренней медицины*. – 2017. – Т. 7, № 1. – С. 55–59.
16. Одицова Д.В. Роль пневмонии в танатогенезе у пациентов с острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения: Автореф. ... дисс. канд. мед. наук. – СПб., 2018. – 23 с.
17. Осложнения и последствия инсультов. Диагностика и лечение ранних и поздних нарушений функции. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 254 с.
18. Пирадов М.А., Рябинкина Ю.В., Гнедовская Е.В. Пневмония у больных с тяжелым инсультом // *Русский медицинский журнал*. – 2008. – № 16. – С. 1718–1721.
19. Пирадов М.А., Максимова М.Ю., Танашян М.М. Инсульт: пошаговая инструкция. Руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 288 с.
20. Современные аспекты кардиореабилитации. – М.: НИССХ им. А.Н. Бакулева. – 2015. – 254 с.
21. Чукина М.А. Предикторы риска развития и неблагоприятного исхода нозокомиальной пневмонии. Клиническая и микробиологическая эффективность амикацина при ингаляционном введении: Автореф. ... дис. канд. мед. наук. – М., 2020. – 23 с.
22. Чучалин А.Г., Арутюнов Г.П., Синопальников А.И., Авдеев С.Н. и др. Согласованная позиция экспертов по лечению пневмонии у пациентов с декомпенсацией кровообращения // *Журнал Сердечная Недостаточность*. – 2016. – Т. 17, № 3. – С. 212–228.

КОНСУЛЬТАЦИОННАЯ ПЛОЩАДКА «ОМС – ВАЖНО ЗНАТЬ» НА МЕДИЦИНСКОМ ФОРУМЕ «ЕНИСЕЙМЕДИКА»



3–5 марта 2021 года в Красноярске прошел традиционный медицинский форум «ЕнисейМедика». В целях повышения информированности населения о правах при обращении за бесплатной медицинской помощью, работала консультационная площадка «ОМС – важно знать», организованная Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Красноярского края и страховыми медицинскими организациями.

Консультационная площадка «ОМС – важно знать» была востребована весь период выставки, специалисты ОМС информировали посетителей о решениях вопросов, возникающих при получении бесплатной медицинской помощи, особое внимание уделялось диспансеризации, вакцинации против коронавирусной инфекции, профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Страховые представители оказывают помощь при обращении застрахованных граждан в случаях, если:

- необходима консультация по вопросам получения бесплатной медицинской помощи по ОМС;

- необходимо содействие при получении бесплатной медицинской помощи по ОМС;
- имеются претензии к медицинской организации;
- необходимо организовать экспертизу качества оказанной медицинской помощи.

Страховые представители разбираются с каждой конкретной ситуацией, с которой обращаются пациенты, оказывают содействие в получении медицинской помощи, активно взаимодействуя с медицинскими организациями и Министерством здравоохранения Красноярского края.

Также в мероприятии приняли участие студенты Красноярского медицинского техникума – будущие медсестры раздавали посетителям форума информационные материалы о правах застрахованных граждан, призывали население задуматься о своем здоровье и приглашали в медицинские организации края для прохождения профилактических мероприятий. За время работы форума площадку посетили более 2700 человек.

КОНФЕРЕНЦИЯ-СЕМИНАР В РАМКАХ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ-ОНКОЛОГОВ



3 марта 2021 года в Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Красноярского края в рамках повышения квалификации врачей-онкологов состоялась научно-практическая конференция-семинар. Организатором мероприятия выступило ФГБУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России.

С основным докладом на тему «Борьба с онкологическими заболеваниями в условиях ОМС: национальные цели и стратегические задачи» выступил директор ТФОМС Красноярского края С.В. Козаченко.

В своем выступлении С.В. Козаченко рассказал присутствующим медикам о деятельности систем здравоохранения и ОМС Красноярского края, которые обусловлены реализацией Национального проекта «Здравоохранение» и являются в современных условиях важнейшим направлением государственной политики в сфере охраны здоровья населения.

Борьба с онкологическими заболеваниями как приоритетный проект в сфере здравоохранения, направленный на создание современной комплексной системы от ранней диагностики до своевременного эффективного лечения и снижение показателей смертности, погружен в систему обязательного медицинского страхования. Установлены предельные сроки от онкоподозрения до начала оказания специализированной медицинской помощи, сокращены максимально допустимые сроки ожидания плановых обследований для граждан с онкологическими заболеваниями. В целях обеспечения и защиты прав застрахованных граждан предъявлены дополнительные требования по их информацион-

ному сопровождению на всех этапах оказания медицинской помощи, через систему ОМС введена специальная система учета оказания медицинской помощи застрахованным лицам, страдающим онкологическими заболеваниями, утверждены формы и порядок предоставления отчетности о медицинской помощи, оказанной пациентам с онкологическими заболеваниями, содержащие объемные и стоимостные показатели, позволяющие оценить онкологическую помощь в разрезе медицинских организаций по условиям ее оказания.

Также с докладами выступили представители ТФОМС Красноярского края: В.И. Токарев – «Правовое регулирование ОМС: теоретико-прикладной аспект», А.Н. Коноваленко – «Контроль объемов, сроков, качества и условий оказания онкологической помощи: результат МЭК, МЭЭ, ЭКМП», В.Н. Злобина – «Защита прав застрахованных граждан: опыт ТФОМС Красноярского края при информационном сопровождении», М.А. Гафаров – «Персонифицированный учет оказания онкологической помощи: специальная система учета», Н.В. Иванова – «Персонифицированный учет оказания онкологической помощи: специальная система учета», М.А. Корженко «Нормативы финансового обеспечения онкологической помощи, вопросы тарифообразования» и директор Красноярского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» А.Ю. Орлова с докладом на тему «Защита прав застрахованных граждан: информирование и информационное сопровождение страховыми представителями».

Участникам обучения было предложено пройти входное/выходное анкетирование для оценки полученных знаний, а также для выявления интересных и актуальных для них вопросов.

В ходе обучения медики активно задавали вопросы докладчикам, показав свою заинтересованность в получении новых знаний и навыков. Они отметили, что полученная от представителей ТФОМС Красноярского края в процессе обучения информация будет важной составляющей для их дальнейшей практической деятельности.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

I. Рукопись

Статья должна сопровождаться письмом с подписью руководителя и печатью организации с указанием названия работы, организации и фамилиями всех авторов. Статья должна быть подписана всеми авторами. На отдельном листе указать сведения о каждом авторе на русском и английском языках (фамилия, имя, отчество полностью; место работы; должность и звание; полный почтовый и служебный адрес, e-mail; служебный тел./факс).

На отдельном листе (на русском языке) предоставляется реферат (краткое содержание статьи), а также ключевые слова (5-6 слов), способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах. Максимальный объем рукописи, включая таблицы, не более 7 машинописных страниц, размер шрифта 14, через 1,5 интервала с полями 2,5 см. Все страницы должны быть пронумерованы.

Статья должна быть предоставлена в двух печатных и одном электронном экземплярах.

В работе необходимо указать:

- название статьи (емкое и лаконичное), соответствующее цели работы;
- инициалы и фамилии авторов;
- название организации, где выполнена работа; город.

Математические формулы должны быть написаны четко черными чернилами и иметь соответствующие пояснения.

Таблицы, рисунки, графики, схемы, диаграммы должны быть представлены с подрисовочными подписями на отдельных листах в конце текста. Фотографии с соответствующими подписями должны прилагаться отдельно.

В тексте (в круглых скобках, в конце предложения) должны быть ссылки на используемый иллюстративный материал.

II. Содержание

Статья должна содержать оригинальный материал, прежде нигде не опубликованный полностью или частично.

Рукопись должна отвечать следующим критериям: научная новизна, практическая значимость, профильность, оригинальность содержания.

Текст статьи должен отвечать следующим разделам: введение, включая цель исследования, материал и методы, результаты и обсуждение, заключение или выводы.

III. Ссылки

Пристатейный библиографический список должен быть выстроен по алфавиту фамилий авторов с инициалами, соблюдая хронологию вначале отечественных, затем иностранных – в соответствии с правилами библиографического описания.

Номера цитат и ссылок в тексте статьи должны быть указаны в квадратных скобках и соответствовать номерам в пристатейном списке литературы.

Сокращения названий иностранных журналов должны соответствовать сокращениям, принятым в Index Medicus.

Если у статьи до четырех авторов, то они указываются все. Если авторов более четырех, то указывают первых трех, а далее следует «и др.».

При указании нескольких статей одного автора их необходимо выстраивать в алфавитном порядке соавторов или названий.

При составлении списка литературы нужно учитывать, что в нем не могут быть упомянуты устные сообщения, неопубликованные материалы, ссылки на Internet-сайты.

Примеры библиографических описаний:

Книга

Серегина И.Ф., Стародубов В.И. Становление и развитие механизмов саморегулирования в здравоохранении Российской Федерации. – М.: Менеджер здравоохранения, 2010. – 131 с.

Автореферат диссертации

Михайлова И.Ю. Оценка состояния ортодонтической помощи, оказываемой по программе обязательного медицинского страхования: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 25 с.

Статья из сборника

Организация защиты прав застрахованных граждан и контроля качества медицинской помощи в системе ОМС Санкт-Петербурга в 2007 г.: Сборник информационно-аналитических материалов/ Под ред. В.Ф. Чавпецова, Е.В. Атоян. – СПб., 2008. – 220 с.

Статья из журнала

Колабутин В.М., Атоян Е.В., Карачевцева М.А. Взаимодействие территориальных фондов ОМС Северо-Западного федерального округа при создании систем управления качеством медицинской помощи // Заместитель главного врача. – 2009. – № 7. – С. 38-42.

Статья из зарубежного журнала

Walkinshaw E. Medical wgste – management practices vary across Canada // CMAJ. – 2011. – Vol. 21, № 3. – P. 138-141.

Сборник тезисов докладов международных конференций
Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft fur Radioonkologie: Abstractband. – Magdeburg, 2010. – 164 s.

IV. Иллюстрации

К тексту могут прилагаться черно-белые или цветные фотографии, слайды в одном экземпляре. Фотографии должны быть подписаны на обороте с указанием верха иллюстрации.

Диаграммы, графики, схемы должны быть сделаны в программах векторной графики (Illustrator) и сохранены в формате *.eps. Файлы с диаграммами, графиками, схемами и штриховыми рисунками, сделанные в программах WORD и EXEL, должны быть представлены в формате PDF. Отсканированные слайды и фотографии должны быть в формате *.jpg, *.eps, *.tif с разрешением 300 dpi при 100% размерах (не менее 2000 px по ширине для фото на ширину страницы).

V. Авторские правки

Авторские правки не могут быть внесены в сверстаный макет издания. Редакция оставляет за собой право вносить правки в статью и с согласия авторов публиковать ее как краткое сообщение. Рукописи, не принятые к публикации, авторам не возвращаются.

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

Рукописи направлять по адресу:
Россия, 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, 59а,
ООО «Издательство «Офтальмология».
Тел.: +7 (499) 488-87-03
E-mail: journal-oms@yandex.ru