



**КАПИТАЛ**  
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ



**КАФЕДРА анестезиологии и реанимации ФУВ  
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского**

**Московское областное региональное отделение**

**ООО «Федерация анестезиологов и реаниматологов»**

**Сессия «Вопросы организации анестезиологической помощи в РФ  
и медико-юридические проблемы»**

**Дефекты реанимационной помощи  
при внебольничной пневмонии  
с летальным исходом:  
судебная практика в системе ОМС**



**Санкт-Петербург  
8-10 декабря 2022 года**

**Советник генерального директора «КАПИТАЛ МС»,  
член Совета Общественных организаций  
по защите прав пациентов при Росздравнадзоре,  
эксперт Всероссийского союза страховщиков  
д.м.н., профессор Алексей Старченко**



# 14 Конференция «Медицина и качество -21»

7-8 декабря 2021 г.

## ФОМС: «Риск-ориентированная модель защиты прав застрахованных лиц – пациентов»

РИСК-ОРИЕНТИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ ЗАЩИТЫ ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ В СИСТЕМЕ ОМС: ЧЕК-ЛИСТЫ ЭКСПЕРТНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СЛУЧАЯМ С COVID-19		
1	РЕГИСТРАЦИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ С COVID-19 - Федеральный регистр лиц, больных новой коронавирусной инфекцией COVID-19	
2	Чек-лист для проведения ЭКМП - случай оказания медицинской помощи ЗЛ старше 70 лет, заболевшим COVID-19	3
	Чек-лист для проведения экспертных мероприятий - случай оказания медицинской помощи ЗЛ в условиях круглосуточного стационара с COVID-19 с летальным исходом	
<p><i>Основания для проведения оценки качества:</i></p> <p>Совместное письмо Минздрава РФ и ФОМС от 04.03.2021 № 11/8/п/2-3254, № 00-10-30-1-04/1191</p> <p>Совместное письмо Минздрава РФ и ФОМС от 17.08.2021 № 30-4/п/2-12868, № 00-10-30-4-06/4666</p>		
<p><b>К рискам застрахованного лица относится:</b></p> <p>не соответствие оказанной медицинской помощи ЗЛ старше 70 лет, с COVID-19 Временному порядку организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 (приказ Минздрава России от 19.03.2020 № 198н) (ВМП)</p> <p>не соответствие выполнения ВМП при оказании медицинской помощи застрахованным лицам с заболеванием, вызванным COVID-19;</p> <p>нарушения доступности и качества медицинской помощи застрахованным лицам с заболеванием, вызванным COVID-19</p>		
<b>ПОВОВВЕДЕНИЕ!</b>		
<p><i>Основания для проведения оценки качества:</i></p> <p>Поручение Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой от 22.10.2021 № ТГ-П12-15021кв</p>		
4	Чек-лист для проведения экспертных мероприятий по случаю оказания медицинской помощи с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в амбулаторных условиях и в условиях круглосуточного стационара	
<p><b>К рискам застрахованного лица относится:</b></p> <p>не соответствие оказанной медицинской помощи положениям ВМП;</p> <p>нарушение сроков начала этиотропного лечения;</p> <p>нарушение сроков вызова и первого приема врача, выявление случаев лечения без предоставления пациенту бесплатно лекарственных препаратов</p>		

# ПРОБЛЕМА ДЕФЕКТОВ НЕ НОВА !

«Криминалистическая характеристика преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи и медицинских услуг», письмо СК РФ  
Министру здравоохранения РФ 01.02.19 г. № 226/1-3267-19/88

**Преступления совершаются путем действия – 97%,  
бездействия – 3%.**

**Чаще всего преступления совершают:**

- хирурги – 27,5%;
- акушеры-гинекологи – 16,8%;
- анестезиологи-реаниматологи – 13,2%;
- все остальные – 57,5%.

**30% потерпевших – несовершеннолетние.**

**Три основные группы преступных дефектов по результатам кластерного анализа:**

- 1. Нарушения при диагностике ли лечении – 46%:** непроведение или неполное проведение необходимых обследований, непривлечение специалиста; недооценка риска; непринятие мер к направлению в медорганизацию; оставление без внимания анамнеза, клинических проявлений.
- 2. Дефект на основе субъективного фактора – 23%:** невнимание, проведение процедуры с нарушениями, непрофессионализм.
- 3. Дефект при медицинском вмешательстве – 31%:** неправильная тактика ведения пациента, операции (манипуляции), родов с недооценкой риска, неадекватная манипуляция, невнимательность, ненадлежащее место оказания медпомощи, - отсутствие наблюдения; - недооценка риска.

**Дефект в период оказания медпомощи - ненадлежащее проведение реанимационных мероприятий – 2%:**



## КРИМИНАЛИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕСТУПЛЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С НЕНАДЛЕЖАЩИМ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

В управлении научно-исследовательской деятельности (научно-исследовательском институте криминалистики) Главного управления криминалистики (Криминалистического центра) Следственного комитета Российской Федерации научным центром 143 наладившихся в производстве следственных органов Следственного комитета Российской Федерации в 2016 – 2017 годах уголовных дел в отношении 167 лиц со вступившими в законную силу судебными решениями. Деяния медицинских работников по этим делам квалифицированы в большинстве случаев по статье 109 УК РФ (78% дел), а также статьям 118, 124, 238 и 293 УК РФ.

Определено, что систему элементов криминалистической характеристики таких преступлений составляет информация о личности обвиняемого, личности потерпевшего, объективе преступления (место, время, другие элементы), способе преступления, типичных случаях преступления.

Характеристика личности обвиняемого. Чаще всего рассматриваемые преступления совершаются врачами-хирургами (27,5%), акушерами-гинекологами (16,8%), анестезиологами-реаниматологами (13,2%). Чуть реже медицинские дефекты допускаются педиатрами, терапевтами, фельдшерами скорой медицинской помощи, травматологами и ортодами, неврологами, врачами общей практики, эндоскопистами, онкологами, неонатологами, врачами-инфекционистами, проктологами, стоматологами, оториноларингологами, психиатрами-неврологами, гастроэнтерологами. Из них 58% составляют мужчины и 42% женщины, 90% имеют высшее медицинское образование, а остальные – среднее профессиональное.

**Частота дефектов в здравоохранении «в мировом масштабе»  
(S. Stender, 2012)**

Исследование/страна	Авторы, год публикации	Год исслед.	Число пациентов	<b>Частота дефектов</b>
Гарвардская медицинская практика	Brennan TA, Leape LL и соавт; 1991	1984	30195	<b>27,6</b>
Юта-Колорадо (США)	Thomas и соавт; 2000	1992	14052	<b>2,9</b>
Качество здравоохранения в Австралии	Wilson и соавт; 1995	1992	14179	<b>16,6</b>
Новая Зеландия	Davis и соавт; 2002	1998	6579	<b>11,2</b>
Великобритания	Vincent и соавт; 2001	1999	1014	<b>10,8</b>
Канада	Baker и соавт; 2004	2002	3745	<b>7,5</b>
Франция	Michel и соавт; 2007	2004	8754	<b>6,6</b>
Великобритания	Sari и соавт; 2007	2004	1006	<b>8,7</b>
Испания	Aranaz-Andre и соавт; 2008	2005	5624	<b>8,4</b>
Нидерланды	Zegres и соавт; 2009	2006	7926	<b>5,7</b>
Швеция	Soop и соавт; 2009	2006	1967	<b>12,3</b>



# НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

(НПЛ)



О.В.Зайратьянц, МГМСУ им. А.И.Евдокимова, 2013 г.

## Виды НПЛ

Неблагоприятное последствие лечения - НПЛ (*adverse event*);  
Побочное действие диагностической или лечебной процедуры (*adverse effect*);

Неблагоприятная реакция, побочный эффект (*adverse reaction, side effect*) на правильно выполненную диагностическую процедуру или лечение

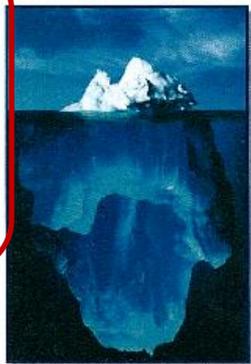
Медицинская ошибка (*medical error*);

Ятрогенное заболевание (*iatrogenesis*);

Тяжелое неблагоприятное последствие лечения (*serious adverse event*)

НПЛ - дефекты оказания медицинской помощи, имеющие разнообразные причины (международный стандарт ИСО, система менеджмента качества в сфере медицинских услуг)

ПРИ ЖИЗНИ  
НЕ  
ДИАГНОСТИРУЕТСЯ  
более 30%  
НПЛ



Круглый стол в ГД РФ - ФОМС, 2018:  
За 9 месяцев 2017 г. ненадлежащее выполнение и невыполнение необходимых лечебно-диагностических мероприятий – причина 6,5% летальных исходов

Частота дефектов (Капитал МС за 2021 г.) :

- Проведено ЭКМП 1 млн. страховых случаев;
- Выявлено дефектов качества в 16,5% страховых случаев;
  - 3.2.1 – 89%; 3.2.2 – 9%; 3.2.3 – 0,84%; 3.2.4 – 0,1%

05/22

**ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ**  
в РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

04 Вице-премьер Татьяна Голикова и Министр здравоохранения Российской Федерации Михаил Мурашко посетили НИИ ОИРА госкорпорации «Росатом» по производству российского инновационного оборудования для ядерной медицины

05 Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Илья Балакин. Субъекты на реализацию территориальных программ ОМС в 2023 году выйдут на 11,6 процента

# Журнал «Обязательное медицинское страхование в РФ» -

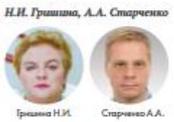
## ФОМС создан единый методологический подход в системе ОМС к охране и защите прав пациентов в рамках риск-ориентированной модели их защиты, что является важнейшим залогом, во-первых, скорейшего выявления и восстановления нарушенных прав граждан на базе единой экспертной практики СМО, ТФОМС и ФОМС, во-вторых, профилактики возможных нарушений информированием всех заинтересованных сторон, в-третьих, объективизации судебной правоприменительной практики по спорам о нарушении прав граждан

**omsjournal.ru**

### 46 Деятельность СМО

#### УДК 614.2

## МЕТОДОЛОГИЯ И ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОВОДУ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ



**Реферат**

Федеральный фонд ОМС в соответствии с ФОД.02.01 № 4654/20-14 предпринял спартаки медицинским организациям системы ОМС использовать изучение Министра здравоохранения РФ от 02.02.2019 № 37 о проведении единой экспертизы качества медицинской помощи по спорным случаям с диагнозом новой коронавирусной инфекции с летальным исходом. В результате единой экспертизы летальных исходов коронавирусной инфекции с юридическим заключением по поводу наличия дефектов, выявленных на основе соблюдения, отнесены - выявление требований по мониторингу необходимых показателей, которые могут указывать на наличие скрытой инфекции, документально подтвердив наличие заболевания в результате исследований, имеет определенное прогностическое значение, снижает влияние на выбор лекарственных средств и/или режим их назначения, что снижает риск прогрессирования заболевания - несовершенство выбора лекарственных средств в период в состоянии ремиссии; - несовершенство выбора качества антибиотикотерапии; - выявление требований по полноте сведения антибиотикотерапии (применяется у пациентов с факторами риска летального исхода пневмонии); - соблюдение документов антибиотикотерапии, что снижает риск прогрессирования хронической болезни; - отказ в предоставлении копии амбулаторной амбулаторной карты.

#### Для корреспонденции

Гришина Надежда Ивановна  
Правовой директор ООО «Калита Медицинское Страхование»

Тел.: 8 (495) 287-81-27  
E-mail: niga@omsjournal.ru

Старченко Александр Антонович  
Системный администратор директор ООО «Калита Медицинское Страхование», Доктор медицинских наук, профессор, член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, президент НИИ «Обязательное медицинское страхование» при Академии и независимый эксперт»

Тел.: 8 (495) 287-81-25, доб. 4079  
E-mail: aaaa@omsjournal.ru

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

### 36 Деятельность СМО

#### УДК 614.2

## ЭКСПЕРТИЗА ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ «ЗА ПРЕДЕЛАМИ ИНСТРУКЦИИ» В СИСТЕМЕ ОМС: РИСК-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД

М.Н. Триванко, А.А. Старченко



**Реферат**

В статье описан процесс экспертной оценки лекарственных средств в рамках экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС (далее - экспертиза качества). Целью исследования является анализ применения лекарственных средств «за пределами инструкции» в системе ОМС. Для этого были проанализированы данные о применении лекарственных средств «за пределами инструкции» в системе ОМС за период с 2019 по 2021 гг. В результате исследования выявлено, что в большинстве случаев применение лекарственных средств «за пределами инструкции» связано с необходимостью лечения пациентов с редкими заболеваниями, а также с необходимостью применения лекарственных средств «за пределами инструкции» в рамках клинических исследований. Кроме того, выявлено, что в большинстве случаев применение лекарственных средств «за пределами инструкции» связано с необходимостью применения лекарственных средств «за пределами инструкции» в рамках клинических исследований.

### 22 Деятельность СМО

#### УДК 614.2

## ДЕФЕКТЫ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ: ШКОЛА ЭКСПЕРТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А.А. Старченко, А.В. Устюгов



**Реферат**

Стремительно нарастающая роль новой коронавирусной инфекции (НПИ) требовала поиска быстрых и эффективных методов снижения тяжести инфекции, недопущения и пресечения ее высокой летальности. Так в практику вошла антицитокиновая противовоспалительная терапия тяжелых осложнений НПИ - «цитокинового шторма», острого респираторного дистресс-синдрома, полиорганной недостаточности, ветвя-тор-ассоциированной госпитальной пневмонии и др. Одновременно с привлечением врачей различных специальностей к уходу за пациентами с НПИ возникла необходимость получения обратной связи об эффективности применяемых рекомендаций и применении в соответствии с ними многокомпонентной терапии, а также необходимости в совершенствовании, а также необходимости в объективной информации о возможных дефектах в оказании медицинской помощи с целью снижения их вклада в создание риска прогрессирования инфекции и летального исхода. С целью увеличения объема экспертизы качества медицинской помощи, оказанной при НПИ, и ее выполнения решено привлечь врачей различных специальностей, прошедших специальную подготовку по уходу за пациентами с НПИ. Именно поэтому предлагаем вниманию экспертов качества медицинской помощи, применяемых и экспертных случаев ухода за пациентами с НПИ, материалы по осуществлению противовоспалительной терапии при наличии показаний и отсутствии противопоказаний; индивидуальный выбор методов диагностики (отсутствие мониторинга показателей, выявления показаний/противопоказаний для назначения противовоспалительной терапии) и лечения (отказ от назначения противовоспалительной терапии при наличии показаний и отсутствии противопоказаний); отсутствие планирования результата лечения с учетом рекомендаций о назначении рено-ингибиторных препаратов; ингибиторов и моноклональных антител. Совершенная, объективная и научно обоснованная обратная связь от экспертов страховой медицинской организации и органы исполнительной власти субъектов РФ о выявленных дефектах позволит быстро и эффективно принимать управленческие решения по снижению летальности и тяжести течения НПИ.

ООО «Калита Медицинское Страхование»

#### Ключевые слова:

обязательное медицинское страхование, экспертиза качества медицинской помощи, дефекты качества медицинской помощи, права пациентов, права застрахованных лиц, новая коронавирусная инфекция, противоопухолевый шторм, гено-ингибиторные биопрепараты, моноклональные антитела, COVID-19.

А.А. Старченко, О.В. Тарасова, О.В. Салдуева,  
С.А. Перегудин, М.Д. Гуженко

## КАРТА ДЕФЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

**РИСК-ОРИЕНТИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ ЗАЩИТЫ  
ПРАВ ПАЦИЕНТОВ-ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ  
И ЭКСПЕРТИЗЫ В ОНКОХИМИОТЕРАПИИ,  
КАРДИОЛОГИИ, НЕВРОЛОГИИ, COVID-19**

Москва  
2021

## ГЛАВА 17. РИСК-ОРИЕНТИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ COVID-19 С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ: МЕТОДОЛОГИЯ, ФОРМУЛИРОВКИ, ОБОСНОВАНИЯ

Во исполнение поручения Министра здравоохранения РФ от 02.03.20 г. № 37 Федеральный фонд ОМС письмом от 08.04.20 г № 4654/30-1/и предписал страховым медицинским организациям (СМО) системы ОМС провести целевую экспертизу качества медицинской помощи (ЭКМП), оказанной по страховым случаям с диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 с летальным исходом.

В настоящее время внебольничная пневмония (ВП) является одной из ведущих причин смерти от инфекционных болезней. Согласно данным ВОЗ по состоянию на 2015 г., заболевания органов дыхания находятся на четвертом месте среди причин смерти и обуславливают 3,19 млн смертей в год. В РФ летальность среди больных с тяжелой внебольничной пневмонией составляет от 21% до 58%. Статистические данные и результаты международных эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что пневмония своевременно не диагностируется примерно у 1 млн человек, а смертность от тяжелых форм пневмонии достигает 10%. По данным литературы, ошибки при диагностике пневмоний в России составляют около 30%.

Л.Г. Дуков и А.И. Ворохов (1988) представили типичные ошибки эмпирической антимикробной терапии пневмонии:

- 1) неправильный выбор этапа лечения;
- 2) ошибки в выборе исходного препарата;
- 3) ошибки в определении оптимальных доз антибиотиков;
- 4) нарушение правил введения лекарственных средств;
- 5) необоснованное применение комбинаций антибиотиков;
- 6) использование нерациональных сочетаний антибиотиков;
- 7) неудачный выбор антибиотиков среди сходных по эффективности, но с различной токсичностью;
- 8) неосторожность при использовании антимикробных препаратов в некоторых ситуациях;
- 9) несоблюдение преемственности терапии;
- 10) позднее начало лечения;
- 11) врачебное расточительство.

Ж.М. Оралбековой (2013) на основе анализа 1497 летальных случаев внебольничной пневмонии сделаны следующие выводы.

1. Летальность при ВП составляет 28,6%, причём только в 6,4% она является основной патологией, а в 93,6% – фатальным осложнением хронической обструктивной болезни лёгких, хронической алкогольной интоксикации, кардиоваскулярных и онкологических заболеваний.

2. На практике недооцениваются факторы риска летального исхода, не ведётся мониторинг течения заболевания и недостаточно используются современные диагностические и лечебные пособия.

3. Невыполнение клинических рекомендаций по ведению больных с внебольничной пневмонией способствует высокой досрочной летальности, несвоевременной госпитализации в отделения интенсивной терапии и позднему началу антибактериальной терапии.

4. Ситуация осложняется высоким процентом расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов при ВП: в Москве он составляет 25%, в Санкт-Петербурге – 23,9%.

С.А. Гладковым (2016) установлено, что при гриппе частота возникновения бактериальной коинфекции лёгких – 37,8%, её танатологическая значимость – 24,4%. Значительные лёгочные бактериальные ос-

**ГЛАВА 18.**  
**ЧЕК-ЛИСТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА**  
**МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО СЛУЧАЯМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ**  
**ПНЕВМОНИИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫЗВАННОЙ НОВОЙ**  
**КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19)**

**Основания для проведения контроля качества МП в стационарных условиях:**

1. Временные методические рекомендации МЗ РФ «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)».
2. Клинические рекомендации «Внебольничная пневмония у взрослых» РРО, МАКМАХ.
3. Российские национальные рекомендации «Нозокомиальная пневмония у взрослых» Российской ассоциации специалистов по хирургическим инфекциям, Федерации анестезиологов и реаниматологов (ФАР), РРО, МАКМАХ, Российского общества патологоанатомов.
4. Методические рекомендации ФАР «Анестезиолого-реанимационное обеспечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19» (2020).
5. Клинические рекомендации ФАР «Диагностика и интенсивная терапия острого респираторного дистресс-синдрома» (2020);
6. Критерии оценки качества медицинской помощи, утв. Приказом МЗ РФ от 10.05.17 г. № 203н.
7. Письмо МЗ РФ от 06.03.2020 г. №30-4/и/2-2702 «Алгоритм оказания помощи взрослому населению с внебольничными пневмониями» (разработан главным внештатным специалистом пульмонологом МЗ РФ проф. С.Н. Авдеевым).
8. Федеральные клинические рекомендации «Эпидемиология и профилактика синегнойной инфекции» Национальной ассоциации специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ»), 2014; согласованы Профильной комиссией МЗ РФ по эпидемиологии 20 ноября 2014 г., протокол № 4).

№	Позиция обязательной оценки	Нормативно-правовые акты	Наличие/Отсутствие	Код дефекта при отсутствии
<b>I. Внебольничная пневмония</b>				
	Внутрибольничное инфицирование – пневмония, развивающаяся через 48 ч и более после госпитализации в стационар.	Клинические рекомендации «Внебольничная пневмония у взрослых» РРО, МАКМАХ, РОП и КР «Нозокомиальная пневмония у взрослых»: «Нозокомиальная (госпитальная, внутрибольничная) пневмония (НП) – пневмония, развивающаяся через 48 ч и более после госпитализации в стационар». (В случае с COVID имеет значение именно факт внутрибольничного инфицирования ранее неинфицированного пациента при известном источнике инфекции: заражение от больного врача или пациента). Ненадлежащее качество медпомощи по критерию п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ: – неправильный выбор методов диагностики, лечения и профилактики, приведший к возникновению ВБИ; – планируемая степень достижения результата не достигнута, т.к. возникло незапланированное ВБИ.	Да/Нет	3.2.3 – создание риска возникновения нового заболевания и его реализации.

	Отсутствие направления трупа на патолого-анатомическое исследование.	В соответствии с требованиями Клинических рекомендаций «Внебольничная пневмония» пневмония отнесена к инфекционным заболеваниям: «1.1. Определение. Пневмонии – группа различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных (преимущественно бактериальных) заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов лёгких с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации». Код дефекта 3.11. Невыполнение по вине медицинской организации патолого-анатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством: ст. 67 Закона РФ № 323-ФЗ предписывает обязательность патолого-анатомического вскрытия трупа при наличии инфекционного заболевания – пневмония: «3. По религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии – иных родственников либо законного представителя умершего, или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, патолого-анатомическое вскрытие не производится, за исключением случаев: 2) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти; 5) смерти; б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него». В соответствии с требованиями Клинических рекомендаций «Внебольничная пневмония» РРО, МАКМАХ пневмония отнесена к инфекционным заболеваниям: «1.1. Определение. Пневмонии – группа различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных (преимущественно бактериальных) заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов лёгких с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации».	Да/Нет	3.11
<b>II. Внебольничная пневмония, вызванная новой коронавирусной инфекцией (особенности)</b>				
	Проведение лабораторной диагностики.	Требования Методических рекомендаций ФАР «Анестезиолого-реанимационное обеспечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19»: «3.2. У пациентов с НКИ COVID-19 рекомендуется провести следующую лабораторную диагностику: общий (клинический) анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмму, исследование уровня С-реактивного белка и дополнительные исследования с учётом показателей пульсоксиметрии». Ненадлежащее качество медпомощи по критерию п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ: – несвоевременное выполнение и неправильный выбор методов диагностики, лечения и профилактики.	Да/Нет	3.2.3 – создание риска прогрессирования заболевания отказом от лабораторного контроля и риска не выявления или несвоевременного выявления осложнения.
	Мониторинг результатов исследования газов артериальной крови с определением PaO <sub>2</sub> , PaCO <sub>2</sub> , pH, бикарбонатов, лактата при наличии показаний.	Временные методические рекомендации МЗ РФ «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)»: исследование газов артериальной крови с определением PaO <sub>2</sub> , PaCO <sub>2</sub> , pH, бикарбонатов, лактата у пациентов с признаками острой дыхательной недостаточности (ОДН) при SpO <sub>2</sub> менее 90% по данным пульсоксиметрии. Ненадлежащее качество медпомощи по критерию п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ: – несвоевременное выполнение и неправильный выбор методов диагностики, лечения и профилактики. Создание риска прогрессирования имеющегося заболевания: невыполнение требований по мониторингу необходимых показателей, которые могут указывать на наличие органной дисфункции, декомпенсацию сопутствующих заболеваний и развитие осложнений, имеют определённое прогностическое значение, оказывают влияние на выбор лекарственных средств и/или режим их дозирования, что создаёт риск прогрессирования имеющегося заболевания.	Да/Нет	3.2.3 – создание риска прогрессирования заболевания отказом от лабораторного контроля и риска не выявления или несвоевременного выявления осложнения.

# ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА  
И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ  
ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

Версия 16 (18.08.2022)



МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



## Анестезиолого-реанимационное обеспечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19

Методические рекомендации Общероссийской общественной  
организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов»,  
версия 6

Утверждены Президиумом ФАР 2 декабря 2021 года



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

## **Основные нарушения при оказании медицинской помощи больным COVID-19. Первоочередные меры по снижению смертности от коронавирусной инфекции**

Заместитель Министра здравоохранения  
Российской Федерации

Олег Владимирович Гриднев

16 сентября 2020 года

### **Нарушения требований Временных рекомендаций отмечено МЗ РФ в 1550 случаях в 75 субъектах РФ:**

- нарушение алгоритмов обследования пациентов с подозрением на COVID-19, в том числе на этапах сбора эпидемиологического анамнеза, выполнения инструментальных и лабораторных диагностических исследований;
- нарушение принципов оказания медицинской помощи пациентам с COVID19 в амбулаторных условиях (на дому);
- нарушение маршрутизации пациентов с подозрением на COVID-19;
- нарушения в назначении лекарственной терапии и др.

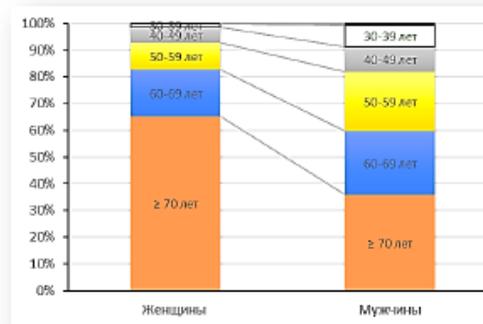
### **Выявлено грубое несоблюдение требований порядков оказания медицинской помощи:**

- 1) порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология», утверждённого приказом Минздрава России от 15.11.2012 №919н, отмечено в 135 медицинских организациях в 20 субъектах РФ;
- 2) порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях, утверждённого приказом Минздравсоцразвития от 31.01.2012 №69н, выявлено в 87 медицинских организациях в 10 субъектах РФ;
- 3) порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология», утверждённого приказом Минздравсоцразвития от 15.11.2012 №916н, отмечено в 22 случаях в 6 субъектах РФ;
- 4) несоблюдение маршрутизации пациентов с диагнозом новой коронавирусной инфекции в 36 случаях в 20 субъектах РФ.

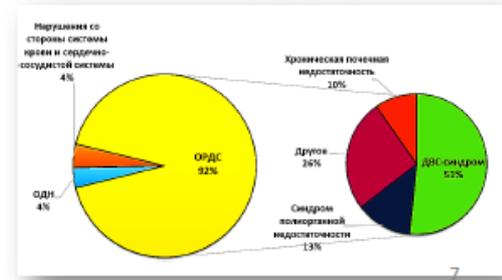
## Основные причины летальности от COVID-19 и внебольничных пневмоний

- Позднее обращение за медицинской помощью и позднее начало противовирусной терапии;
- Поздняя госпитализация, неправильная маршрутизация;
- Несвоевременное начало системной противовоспалительной терапии;
- Несвоевременное начало и неправильный выбор антибактериальной терапии;
- Неэффективная антитромботическая терапия;
- Несвоевременное начало и неправильный выбор респираторной поддержки.

Возрастно-половая структура умерших от COVID-19



Структура осложнений среди умерших от COVID-19



## К первоочередным мерам по снижению риска прогрессирования заболевания и смертности от COVID-19

### Минздрав России на госпитальном этапе отнес:

1. Ведение пациента **строго в соответствии с временными методическими рекомендациями.**
2. Обеспечение лабораторного мониторинга состояния пациента для своевременного назначения патогенетической терапии: **СРБ, ферритин, D-димер, прокальцитонин и др.**
3. **Назначение антикоагулянтной терапии** в соответствии с временными методическими рекомендациями (своевременный переход с профилактических на лечебные дозы).
4. **Назначение системной противовоспалительной терапии** в соответствии с временными рекомендациями.
5. **Назначение антибактериальной терапии** в соответствии с клиническими рекомендациями.
6. **Выбор метода респираторной поддержки** в соответствии с временными методическими рекомендациями.

## Дефекты качества медпомощи в ОМС, признанные судебными решениями

### 1. Отказ в назначении патогенетической терапии НКИ генно-инженерными биопрепаратами (ГИБП) - ингибиторов киназ и моноклональных антител), предусмотренными версиями Временных рекомендаций МЗ РФ

#### 5.2. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Алгоритмы патогенетического лечения COVID-19 представлены в таблице (Приложение 8-2) в виде альтернативных терапевтических схем, включающих генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) и/или ГКС.

В случае госпитализации в стационар пациента с легким/среднетяжелым течением COVID-19 и факторами риска тяжелого течения при наличии патологических изменений в легких, соответствующих КТ1-2, или **пневмонии среднетяжелой степени** по данным рентгенологического обследования (неоднородные затемнения округлой формы и различной протяженности, вовлечение паренхимы легкого  $\leq 50\%$ ) в сочетании с двумя и более признаками:

- $SpO_2$  - 97 и выше, без признаков одышки;
- $3N \leq$  уровень СРБ  $\leq 6N$ ;
- температура тела 37,5-37,9 °С в течение 3-5 дней;
- число лейкоцитов -  $3,5-4,0 \times 10^9/л$ ;
- абсолютное число лимфоцитов -  $1,5-2,0 \times 10^9/л$

- рекомендуется назначение ингибиторов янус-киназ 1,2 (барицитиниба или тофацитиниба) или ГИБП: или антагониста рецептора ИЛ-6 левелимаба (подкожно/внутривенно), или блокатора ИЛ-6 олокизумаба (подкожно/внутривенно), или антагониста рецептора ИЛ1 $\alpha$ /ИЛ1 $\beta$  – анакинры (см. Приложение 8-2).

ВРЕМЕННЫЕ  
МЕТОДИЧЕСКИЕ  
РЕКОМЕНДАЦИИ

ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА  
И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ  
ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

Версия 1.6 (18.08.2022)

МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

При наличии патологических изменений в легких, соответствующих КТ1-2, или пневмонии среднетяжелой степени по данным рентгенологического обследования (неоднородные затемнения округлой формы и различной протяженности, вовлечение паренхимы легкого  $\leq 50\%$ ) в сочетании с двумя и более нижеуказанными признаками:

- SpO<sub>2</sub> 94-97% одышка при физической нагрузке;
- 6N  $\leq$  уровень СРБ < 9N;
- температура тела  $\geq 38^\circ\text{C}$  в течение 3-5 дней;
- число лейкоцитов -  $3,0-3,5 \times 10^9/\text{л}$ ;
- абсолютное число лимфоцитов -  $1,0-1,5 \times 10^9/\text{л}$

- рекомендуется назначение ингибиторов янус-киназ 1,2 (барицитиниба или тофацитиниба) или внутривенное назначение антагонистов рецептора ИЛ-6 – тоцилизумаба или сарилумаба, или левилимаба, или блокатора ИЛ-6 олокизумаба, или антагониста рецептора ИЛ1 $\alpha$ /ИЛ1 $\beta$  – анакинры (см. [Приложение 8-2](#)).

В течение первых 7 дней болезни и/или при положительном результате лабораторного исследования на РНК SARS-CoV-2 и/или антигены SARS-CoV-2 терапия ингибиторами янус-киназ 1,2, антагонистами рецептора ИЛ-6, или блокаторами ИЛ-6, или антагонистом рецептора ИЛ1 $\alpha$ /ИЛ1 $\beta$  сочетается с препаратами этиотропного лечения (фавипиравиром, или ремдесивиром, или моноклональными антителами к SARS-CoV-2, или иммуноглобулином человека против COVID-19), а также с антикоагулянтами (см. [Приложение 8-2](#)).

При наличии патологических изменений в легких, соответствующих КТ1-4, или пневмонии по данным рентгенологического обследования среднетяжелой степени (неоднородные затемнения округлой формы и различной протяженности; вовлечение паренхимы легкого  $\leq 50\%$ ) или тяжелой степени (сливные затемнения по типу инфильтрации (симптом «белых легких»), вовлечение паренхимы легкого  $\geq 50\%$ ) в сочетании с двумя и более нижеуказанными признаками:

- SpO<sub>2</sub>  $\leq 93\%$ , одышка в покое/прогрессирующая одышка в течение первых 2-3 дней ;
- температура тела  $> 38^\circ\text{C}$  в течение 2-3 дней ;
- уровень СРБ  $\geq 9\text{N}$  или рост уровня СРБ в 3 раза на 3-5 дни заболевания;
- число лейкоцитов  $< 3,0 \times 10^9/\text{л}$ ;
- абсолютное число лимфоцитов крови  $< 1,0 \times 10^9/\text{л}$ ;
- уровень ферритина\* сыворотки крови  $\geq 2$  норм на 3-5 дни заболевания;
- уровень ЛДГ сыворотки крови  $\geq 1,5$  норм на 3-5 дни заболевания;
- уровень ИЛ-6\*  $> 40$  пк/мл.

- рекомендуется назначение антагонистов рецепторов ИЛ-6 (тоцилизумаба, сарилумаба, левилимаба), блокаторов ИЛ-1 (канакинумаба, анакинры) или блокатора ИЛ-6 (олокизумаба) внутривенно или ингибиторов янус-киназ 1,2 (барицитиниба или тофацитиниба) ([Приложение 8-2](#)).

#### Противопоказания для назначения генно-инженерных биологических препаратов (блокаторов янус-киназ, рецептора ИЛ-6, ИЛ-6, ИЛ-1):

- сепсис, подтвержденный патогенами, отличными от COVID-19;
- гиперчувствительность к любому компоненту препарата;
- вирусный гепатит В;
- сопутствующие заболевания, связанные, согласно клиническому решению, с неблагоприятным прогнозом;
- иммуносупрессивная терапия при трансплантации органов;
- нейтропения  $< 0,5 \times 10^9/\text{л}$ ;
- повышение активности АСТ или АЛТ более чем в 5 норм;
- тромбоцитопения  $< 50 \times 10^9/\text{л}$ .

Пожилой и старческий возраст не является противопоказанием для применения ГИБП. Пациентам, получающим иммунодепрессанты после трансплантации органов, ГИБП назначаются по решению врачебной комиссии с коррекцией исходной базовой иммуносупрессивной терапии. Этому контингенту пациентов проводятся: отмена цитостатика, увеличение дозы ГКС в 2 раза, снижение дозы ингибиторов кальциневрина до снижения концентрации циклоsporина в сыворотке крови 40-50 нг/мл, такролимуса 1,5-3 нг/мл.

Антагонисты рецептора ИЛ-6 (тоцилизумаб, сарилумаб, левилимаб), блокаторы ИЛ-6 (олокизумаб) и ИЛ-1 (канакинумаб, анакинра) у пациентов со среднетяжелым, тяжелым и критическим течением COVID-19 назначаются в сочетании с ГКС ([Приложение 8-2](#)).

Ингибиторы янус киназ могут использоваться в терапии новой коронавирусной инфекции при легком течении при наличии факторов риска, среднетяжелом течении, а также доказана эффективность использования препаратов при тяжелом течении COVID-19, в том числе у пациентов, требующих проведения ИВЛ и ЭКМО. Сроки использования 10-14 дней.

Противопоказания для назначения генно-инженерных биологических препаратов (блокаторов янус-киназ, рецептора ИЛ-6, ИЛ-6, ИЛ-1):

- сепсис, подтвержденный патогенами, отличными от COVID-19;
- гиперчувствительность к любому компоненту препарата;
- вирусный гепатит В;
- сопутствующие заболевания, связанные, согласно клиническому решению, с неблагоприятным прогнозом;
- иммуносупрессивная терапия при трансплантации органов;
- нейтропения  $< 0,5 \times 10^9/\text{л}$ ;
- повышение активности АСТ или АЛТ более чем в 5 норм;
- тромбоцитопения  $< 50 \times 10^9/\text{л}$ .

Пожилой и старческий возраст не является противопоказанием для применения ГИБП. Пациентам, получающим иммунодепрессанты после трансплантации органов, ГИБП назначаются по решению врачебной комиссии с коррекцией исходной базовой иммуносупрессивной терапии. Этому контингенту пациентов проводятся: отмена цитостатика, увеличение дозы ГКС в 2 раза, снижение дозы ингибиторов кальциневрина до снижения концентрации циклоsporина в сыворотке крови 40-50 нг\мл, такролимуса 1,5-3 нг\мл.

Антагонисты рецептора ИЛ-6 (тоцилизумаб, сарилумаб, левилимаб), блокаторы ИЛ-6 (олокизумаб) и ИЛ-1 (канакинумаб, анакинра) у пациентов со среднетяжелым, тяжелым и критическим течением COVID-19 назначаются в сочетании с ГКС ([Приложение 8-2](#)).

Ингибиторы янус киназ могут использоваться в терапии новой коронавирусной инфекции при легком течении при наличии факторов риска, среднетяжелом течении, а также доказана эффективность использования препаратов при тяжелом течении COVID-19, в том числе у пациентов, требующих проведения ИВЛ и ЭКМО. Сроки использования 10-14 дней.

## 2. Отсутствие необходимого объема диагностического исследования ДВС-синдрома (уровень тромбоцитов, Д-димера (ПДФ), протромбинового времени, фибриногена) (прил. 2).

### Приложение 2

#### Лабораторный мониторинг пациентов с COVID-19 или с подозрением на COVID-19 в зависимости от тяжести состояния

Легкое и среднетяжелое течение. Амбулаторное лечение	Легкое и среднетяжелое течение. Госпитализация	Тяжелое течение. ОРИТ
Клинический анализ крови по показаниям	Клинический анализ крови не позднее 12 часов после поступления x 1 раз в 2-3 дня	Клинический анализ крови не позднее 3 часов после поступления, ежедневно и по показаниям
Биохимические исследования по показаниям	Биохимические исследования (обязательный список*) x 1 раз в 2-3 дня	Обязательные биохимические исследования*, электролиты, альбумин, лактат – ежедневно и по показаниям
	Коагулограмма (АЧТВ, протромбиновое время, фибриноген) x 1 раз в 2-3 дня D-димер по показаниям	Контроль гемостаза: D-димер при поступлении в ОРИТ далее по показаниям Коагулограмма (АЧТВ, протромбиновое время, фибриноген) при поступлении, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2-3 дня
	СРБ не позднее 24 часов от поступления, далее – не реже 2 раз в неделю; прокальцитонин и ферритин по показаниям; ИЛ-6 при доступности	СРБ – не реже 1 раза в 2 дня, прокальцитонин по показаниям при подозрении на бактериальную инфекцию и сепсис; ферритин, тропонин при поступлении и в динамике по показаниям; ИЛ-6, NT-proBNP/BNP, Т- и В-лимфоциты при доступности

\* Перечень обязательных биохимических исследований: мочевина, креатинин, глюкоза, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, билирубин, лактатдегидрогеназа.

**3. Нарушения требований по патогенетическому лечению антикоагулянтами всем пациентам в профилактической дозе, пациентам с избыточной массой тела – в промежуточной дозе, при наличии ТГВ/ТЭЛА, ОРДС – в лечебной дозе (прил. 7.1, 7.2).**

## **5.2. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

### *Антитромботическая терапия у пациентов, поступивших в стационар.*

Назначение НМГ/фондапаринукса натрия, как минимум, в профилактических дозах показано ВСЕМ госпитализированным пациентам и должно продолжаться до выписки. Нет доказанных преимуществ какого-либо одного НМГ по сравнению с другими. При недоступности НМГ/фондапаринукса натрия или противопоказаниях к ним возможно использование НФГ.

У больных с ожирением (индекс массы тела  $>30$  кг/м<sup>2</sup>) следует рассмотреть увеличение профилактической дозы на 50%.

По опубликованным данным [10] [11] [12] [13] [14] [15] [16] [17] [18] [19] [20] [21] [22] [23] [24] [25] [26] [27] [28] [29] [30] [31] [32] [33] [34] [35] [36] [37] [38] [39] [40] [41] [42] [43] [44] [45] [46] [47] [48] [49] [50] [51] [52] [53] [54] [55] [56] [57] [58] [59] [60] [61] [62] [63] [64] [65] [66] [67] [68] [69] [70] [71] [72] [73] [74] [75] [76] [77] [78] [79] [80] [81] [82] [83] [84] [85] [86] [87] [88] [89] [90] [91] [92] [93] [94] [95] [96] [97] [98] [99] [100] [101] [102] [103] [104] [105] [106] [107] [108] [109] [110] [111] [112] [113] [114] [115] [116] [117] [118] [119] [120] [121] [122] [123] [124] [125] [126] [127] [128] [129] [130] [131] [132] [133] [134] [135] [136] [137] [138] [139] [140] [141] [142] [143] [144] [145] [146] [147] [148] [149] [150] [151] [152] [153] [154] [155] [156] [157] [158] [159] [160] [161] [162] [163] [164] [165] [166] [167] [168] [169] [170] [171] [172] [173] [174] [175] [176] [177] [178] [179] [180] [181] [182] [183] [184] [185] [186] [187] [188] [189] [190] [191] [192] [193] [194] [195] [196] [197] [198] [199] [200] [201] [202] [203] [204] [205] [206] [207] [208] [209] [210] [211] [212] [213] [214] [215] [216] [217] [218] [219] [220] [221] [222] [223] [224] [225] [226] [227] [228] [229] [230] [231] [232] [233] [234] [235] [236] [237] [238] [239] [240] [241] [242] [243] [244] [245] [246] [247] [248] [249] [250] [251] [252] [253] [254] [255] [256] [257] [258] [259] [260] [261] [262] [263] [264] [265] [266] [267] [268] [269] [270] [271] [272] [273] [274] [275] [276] [277] [278] [279] [280] [281] [282] [283] [284] [285] [286] [287] [288] [289] [290] [291] [292] [293] [294] [295] [296] [297] [298] [299] [300] [301] [302] [303] [304] [305] [306] [307] [308] [309] [310] [311] [312] [313] [314] [315] [316] [317] [318] [319] [320] [321] [322] [323] [324] [325] [326] [327] [328] [329] [330] [331] [332] [333] [334] [335] [336] [337] [338] [339] [340] [341] [342] [343] [344] [345] [346] [347] [348] [349] [350] [351] [352] [353] [354] [355] [356] [357] [358] [359] [360] [361] [362] [363] [364] [365] [366] [367] [368] [369] [370] [371] [372] [373] [374] [375] [376] [377] [378] [379] [380] [381] [382] [383] [384] [385] [386] [387] [388] [389] [390] [391] [392] [393] [394] [395] [396] [397] [398] [399] [400] [401] [402] [403] [404] [405] [406] [407] [408] [409] [410] [411] [412] [413] [414] [415] [416] [417] [418] [419] [420] [421] [422] [423] [424] [425] [426] [427] [428] [429] [430] [431] [432] [433] [434] [435] [436] [437] [438] [439] [440] [441] [442] [443] [444] [445] [446] [447] [448] [449] [450] [451] [452] [453] [454] [455] [456] [457] [458] [459] [460] [461] [462] [463] [464] [465] [466] [467] [468] [469] [470] [471] [472] [473] [474] [475] [476] [477] [478] [479] [480] [481] [482] [483] [484] [485] [486] [487] [488] [489] [490] [491] [492] [493] [494] [495] [496] [497] [498] [499] [500] [501] [502] [503] [504] [505] [506] [507] [508] [509] [510] [511] [512] [513] [514] [515] [516] [517] [518] [519] [520] [521] [522] [523] [524] [525] [526] [527] [528] [529] [530] [531] [532] [533] [534] [535] [536] [537] [538] [539] [540] [541] [542] [543] [544] [545] [546] [547] [548] [549] [550] [551] [552] [553] [554] [555] [556] [557] [558] [559] [560] [561] [562] [563] [564] [565] [566] [567] [568] [569] [570] [571] [572] [573] [574] [575] [576] [577] [578] [579] [580] [581] [582] [583] [584] [585] [586] [587] [588] [589] [590] [591] [592] [593] [594] [595] [596] [597] [598] [599] [600] [601] [602] [603] [604] [605] [606] [607] [608] [609] [610] [611] [612] [613] [614] [615] [616] [617] [618] [619] [620] [621] [622] [623] [624] [625] [626] [627] [628] [629] [630] [631] [632] [633] [634] [635] [636] [637] [638] [639] [640] [641] [642] [643] [644] [645] [646] [647] [648] [649] [650] [651] [652] [653] [654] [655] [656] [657] [658] [659] [660] [661] [662] [663] [664] [665] [666] [667] [668] [669] [670] [671] [672] [673] [674] [675] [676] [677] [678] [679] [680] [681] [682] [683] [684] [685] [686] [687] [688] [689] [690] [691] [692] [693] [694] [695] [696] [697] [698] [699] [700] [701] [702] [703] [704] [705] [706] [707] [708] [709] [710] [711] [712] [713] [714] [715] [716] [717] [718] [719] [720] [721] [722] [723] [724] [725] [726] [727] [728] [729] [730] [731] [732] [733] [734] [735] [736] [737] [738] [739] [740] [741] [742] [743] [744] [745] [746] [747] [748] [749] [750] [751] [752] [753] [754] [755] [756] [757] [758] [759] [760] [761] [762] [763] [764] [765] [766] [767] [768] [769] [770] [771] [772] [773] [774] [775] [776] [777] [778] [779] [780] [781] [782] [783] [784] [785] [786] [787] [788] [789] [790] [791] [792] [793] [794] [795] [796] [797] [798] [799] [800] [801] [802] [803] [804] [805] [806] [807] [808] [809] [810] [811] [812] [813] [814] [815] [816] [817] [818] [819] [820] [821] [822] [823] [824] [825] [826] [827] [828] [829] [830] [831] [832] [833] [834] [835] [836] [837] [838] [839] [840] [841] [842] [843] [844] [845] [846] [847] [848] [849] [850] [851] [852] [853] [854] [855] [856] [857] [858] [859] [860] [861] [862] [863] [864] [865] [866] [867] [868] [869] [870] [871] [872] [873] [874] [875] [876] [877] [878] [879] [880] [881] [882] [883] [884] [885] [886] [887] [888] [889] [890] [891] [892] [893] [894] [895] [896] [897] [898] [899] [900] [901] [902] [903] [904] [905] [906] [907] [908] [909] [910] [911] [912] [913] [914] [915] [916] [917] [918] [919] [920] [921] [922] [923] [924] [925] [926] [927] [928] [929] [930] [931] [932] [933] [934] [935] [936] [937] [938] [939] [940] [941] [942] [943] [944] [945] [946] [947] [948] [949] [950] [951] [952] [953] [954] [955] [956] [957] [958] [959] [960] [961] [962] [963] [964] [965] [966] [967] [968] [969] [970] [971] [972] [973] [974] [975] [976] [977] [978] [979] [980] [981] [982] [983] [984] [985] [986] [987] [988] [989] [990] [991] [992] [993] [994] [995] [996] [997] [998] [999] [1000]

В России для лечения ОРДС у взрослых пациентов разрешено использование природного препарата Сурфактант-БЛ. Согласно результатам пилотных исследований, применение ингаляций Сурфактант-БЛ при ОРДС, ассоциированным с COVID-19, сопровождалось улучшением уровня оксигенации и уменьшением риска использования инвазивной респираторной поддержки. Препарат рекомендовано назначать при  $SpO_2 \leq 92\%$  у неинтубированных пациентов с помощью небулайзера (преимущество имеют меш-небулайзеры) в дозе 75-150 мг 2 раза в сутки в течение 3-5 суток.

## Антикоагулянты для лечения COVID-19 у взрослых

Препарат	Профилактическая доза	Промежуточная доза <sup>2</sup>	Лечебная доза
<b>Антикоагулянты для парентерального введения</b>			
<b>Нефракционированный гепарин</b>			
Нефракционированный гепарин	Подкожно 5000 ЕД 2-3 раза/сут	Подкожно 7500 ЕД 2-3 раза/сут	В/в инфузия оптимально под контролем анти-Ха активности (АЧТВ может повышаться при COVID-19, поэтому может быть ненадежным). Начальная доза при венозных тромбозмобилических осложнениях – внутривенно болюсом 80 ЕД/кг (максимально 5000 ЕД) и инфузия с начальной скоростью 18 ЕД/кг/ч.
<b>Низкомолекулярные гепарины</b>			
Далтепарин натрия <sup>1</sup>	Подкожно 5000 анти-Ха МЕ 1 раз/сут	Подкожно 5000 анти-Ха МЕ 2 раза/сут	Подкожно 100 анти-Ха МЕ/кг 2 раза/сут
Надропарин кальция <sup>1</sup>	Подкожно 3800 анти-Ха МЕ (0,4 мл) 1 раз/сут при массе тела ≤70 кг или 5700 анти-Ха МЕ (0,6 мл) 1 раз/сут при массе тела >70 кг	Подкожно 5700 анти-Ха МЕ (0,6 мл) 2 раза/сут	Подкожно 86 анти-Ха МЕ/кг 2 раза/сут
Эноксапарин натрия <sup>1</sup>	Подкожно 4000 анти-Ха МЕ (40 мг) 1 раз/сут	Подкожно 4000 анти-Ха МЕ (40 мг) 2 раза/сут; возможно увеличение до 50 МЕ (0,5 мг)/кг 2 раза/сут	Подкожно 100 анти-Ха МЕ (1 мг)/кг 2 раза/сут, при клиренсе креатинина 15-30 мл/мин 100 анти-Ха МЕ (1 мг)/кг 1 раз/сут
Парнапарин натрия <sup>1</sup>	Подкожно 0,3 мл (3200 анти-Ха МЕ) или 0,4 мг (4250 анти-Ха МЕ) 1 раз/сут	Подкожно 0,3 мл (3200 анти-Ха МЕ) 2 раза/сут	Подкожно 0,6 мл (6400 анти-Ха МЕ) 2 раза/сут
Бемипарин натрия <sup>1</sup>	Подкожно 2500 анти-Ха МЕ 1 раз/сут	Подкожно 3500 анти-Ха МЕ 1 раз/сут	
<b>Синтетические антикоагулянты</b>			
Фондапаринукс натрия <sup>1</sup>	Подкожно 2,5 мг 1 раз/сут При клиренсе креатинина 20-50 мл/мин – 1,5 мг 1 раз/сут		Лечение ТГВ/ТЭЛА: 5 мг 1 раз/сут при массе тела до 50 кг; 7,5 мг 1 раз/сут при массе тела 50-100 кг; 10 мг 1 раз/сут при массе тела выше 100 кг

206

Версия 16 (18.08.2022)

<b>Пероральные антикоагулянты<sup>3</sup></b>			
Ривароксабан	10 мг 1 раз/сут		Лечение ТГВ/ТЭЛА: 15 мг 2 раза/сут 21 сутки, затем 20 мг 1 раз/сут не менее 3 месяцев
Апиксабан	2,5 мг 2 раза/сут		Лечение ТГВ/ТЭЛА: 10 мг 2 раза/сут 7 суток, затем 5 мг 2 раза/сут как минимум 3 месяца
Дабигатрана этексилат <sup>4</sup>	110 мг 2 раза/сут; 75 мг 2 раза/сут у больных с клиренсом креатинина 30-49 мл/мин		Лечение ТГВ/ТЭЛА: после как минимум 5 суток введения лечебных доз парентеральных антикоагулянтов 150 мг 2 раза/сут не менее 3 месяцев

## Примечания:

- 1 – при выраженной почечной недостаточности противопоказаны (см. инструкцию к препаратам);
- 2 – единого определения промежуточных доз антикоагулянтов нет;
- 3 – при отсутствии антикоагулянтов для парентерального введения;
- 4 – эффективность дабигатрана этексилата в профилактике ТГВ/ТЭЛА изучена только при крупных ортопедических вмешательствах.

Рutinное мониторирование анти-Ха активности в крови при подкожном введении антикоагулянтов не требуется. Однако, если возможно, его целесообразно использовать для подбора дозы у больных с очень низкой или высокой массой тела, выраженным нарушением функции почек, высоким риском кровотечений, при беременности. Целевые значения для профилактического применения 0,2-0,6 анти-Ха ЕД/мл, для лечебных доз 0,6-1,0 анти-Ха ЕД/мл. При применении НМГ кровь для определения анти-Ха активности берется через 4-6 ч после введения препарата (оптимально после 3-4-х инъекций), при подкожном введении промежуточных доз НФГ – посередине между инъекциями, при внутривенной инфузии НФГ – через 6 часов после каждого изменения дозы. При измерении анти-Ха активности для каждой группы препаратов (НФГ или НМГ)

## 4. Нарушения требований по антибактериальной терапии (своевременность назначения, правильность выбора схемы при наличии факторов летального исхода; правильные доза и интервал введения; своевременная замена схемы)

### 5.4. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ И АНТИМИКОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ИНФЕКЦИИ

#### 5.4.1. Антибактериальная терапия при осложненных формах инфекции

COVID-19, как и любая другая вирусная инфекция, не является показанием для применения антибиотиков. В патогенезе поражения легких при COVID-19 лежат иммунные механизмы – синдром активации макрофагов с развитием «цитокинового шторма», на который антибактериальные препараты не оказывают воздействия.

Антибактериальная терапия назначается только при наличии убедительных признаков присоединения бактериальной инфекции (повышение ПКТ более 0,5 нг/мл, появление гнойной мокроты, лейкоцитоз  $> 12 \times 10^9/\text{л}$  (при отсутствии предшествующего применения глюкокортикоидов), повышение числа палочкоядерных нейтрофилов более 10%).



Клинические рекомендации

#### Внебольничная пневмония у взрослых

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: I13-I16, I18  
 Год утверждения (частота пересмотра): 2021  
 Возрастная категория: Взрослые  
 Год окончания действия: 2025  
 ID: 654

Разработчик клинической рекомендации

- Российское респираторное общество
- Международная ассоциация по клинической микробиологии и антибактериальной химиотерапии

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Лечение в стационаре	
1	Выполнено назначение АБП системного действия в течение 4 ч с момента установления диагноза (1 ч - при ТВП, осложненной ЦШ)
2	Назначены внутривенные АБП системного действия для стартовой терапии (при ТВП)
3	Назначена комбинированная АБТ для стартовой терапии (при ТВП)
4	Дано обоснование выбора АБП системного действия с учетом стратификации риска возбудителей и профиля АБП
5	Через 48-72 ч выполнена оценка эффективности и безопасности стартового режима АБТ
6	Осуществлен перевод с парентерального на пероральный прием АБП системного действия при достижении критериев клинической стабильности
7	Выполнена оценка соответствия критериям достаточности при отмене АБТ
8	Обеспечены и поддерживаются целевые значения SpO <sub>2</sub> и/или PaO <sub>2</sub>

#### Режимы дозирования АМП (нормальная функция печени и почек)

Наименование АМП	Режим дозирования
Азитомисин**	0,5 г внутрь каждые 24 ч 0,5 г в/в каждые 24 ч
Ампицилин** [90]	15 мг/кг/сут в/в каждые 24 ч <sup>1</sup>
Амоксициллин**	0,5-1 г внутрь каждые 8 ч
Амоксициллин+клавулановая кислота**	0,5 г внутрь каждые 8 ч или 0,875 г внутрь каждые 12 ч (расчет по амоксициллину) 1,2 г в/в каждые 6-8 ч
Ампицилин**	2,0 г в/в, в/н каждые 6 ч
Ампициллин+сульбактам**	1,5-3 г в/в, в/н каждые 6-8 ч
Ванкомицин** [92]	15-20 мг/кг в/в каждые 12 ч <sup>2</sup>
Доксициклин**	0,1 г внутрь каждые 12 ч
Занамивир	10 мг ингаляционно каждые 12 ч
Имипенем+циластатин	0,5-1 г в/в каждые 6-8 ч (по имипенему)
Кларитромицин**	0,5 г внутрь каждые 12 ч 0,5 г внутрь каждые 24 ч (ЛФ с замедленным высвобождением) 0,5 г в/в каждые 12 ч
Клиндамицин**	0,6-0,9 г в/в каждые 8 ч 0,3-0,45 г внутрь каждые 6 ч
Левобупрокаиен**	0,5 г каждые 12 ч внутрь или в/в или 0,75 г каждые 24 ч внутрь
Линезолид**	0,6 г внутрь или в/в каждые 12 ч
Меропенем**	1-2 г в/в каждые 8 ч (возможна продленная инфузия)
Метронидазол**	0,5 г внутрь или в/в каждые 8 ч
Моксифлоксацин**	0,4 г внутрь или в/в каждые 24 ч
Оксациллин**	2,0 г в/в каждые 4-6 ч
Осетамивир**	75 мг внутрь каждые 12 ч
Пиперациллин+тазобактам	4,5 г в/в каждые 6-8 ч (возможна продленная инфузия)
Рифамицин**	0,6 г внутрь или в/в каждые 24 ч
Цефазолин**	2,0 г в/в, в/н каждые 8 ч
Цефалексин**	2,0 г в/в каждые 8 ч
Цефотаксим**	1,0-2,0 г в/в, в/н каждые 6-8 ч <sup>3</sup>
Цефтазидим**	2,0 г в/в, в/н каждые 8 ч
Цефтриаксон фосAMIL**	0,6 г в/в каждые 12 ч <sup>4</sup>
Цефтриаксон**	2,0 г в/в, в/н каждые 12-24 ч <sup>5</sup>
Цефтриаксон+сульбактам	2,0 г в/в, в/н каждые 12-24 ч, расчет по цефтриаксону
Ципрофлоксацин [92]**	0,5-0,75 г внутрь каждые 12 ч 0,6 г в/в каждые 12 ч или 0,4 г в/в каждые 8 ч
Эритромицин**	1 г в/в или в/н каждые 12-24 ч <sup>6</sup>

**Таблица 5. Антибактериальная терапия нетяжелой внебольничной пневмонии в стационаре**

Группа	Препараты выбора	Альтернатива
Нетяжелая ВП у пациентов без сопутствующих заболеваний <sup>1</sup> , не принимавших за последние 3 мес АМП $\geq 2$ дней и не имеющих других факторов риска <sup>2</sup>	Амоксициллин/ клавулановая кислота и др. ИЗП* в/в, в/м ИЛИ Ампициллин в/в, в/м	РХ (левофлоксацин, моксифлоксацин) в/в
Нетяжелая ВП у пациентов с сопутствующими заболеваниями <sup>1</sup> и/или принимавших за последние 3 мес АМП $\geq 2$ дней и/или имеющих другие факторы риска <sup>2</sup>	Амоксициллин/клавулановая кислота и др. ИЗП* в/в, в/м ИЛИ ЦС III поколения (цефотаксим, цефтриаксон, цефтриаксон/сульбактам, цефотаксим/сульбактам) в/в, в/м ИЛИ РХ (левофлоксацин, моксифлоксацин) в/в ИЛИ Цефтаролин <sup>3</sup> в/в ИЛИ Эртапенем <sup>4</sup> в/в, в/м ИЛИ Биापенем в/в <sup>4</sup>	

<sup>1</sup> ХОБЛ, СД, ХСН, ХБП, цирроз печени, алкоголизм, наркомания, истощение.

<sup>2</sup> К факторам риска инфицирования редкими и/или полирезистентными возбудителями относят пребывание в доме престарелых или других учреждениях длительного ухода, наличие госпитализаций по любому поводу в течение  $\geq 2$  суток в предшествующие 90 дней, в/в терапия, наличие сеансов диализа или лечение ран в домашних условиях в предшествующие 30 дней.

**Таблица 6. Антибактериальная терапия тяжелой (пациент госпитализирован в ОРИТ) внебольничной пневмонии**

*1. Пациенты без дополнительных факторов риска*

Рекомендованный режим:

Амоксициллин/клавулановая кислота или ампициллин/сульбактам или цефотаксим или цефтриаксон или цефтаролин

+ азитромицин или кларитромицин

Альтернативный режим:

Амоксициллин/клавулановая кислота или ампициллин/сульбактам или цефотаксим или цефтриаксон или цефтаролин или цефтриаксон/сульбактам + моксифлоксацин или левофлоксацин

*6. Пациенты с подтвержденной/предполагаемой аспирацией*

Рекомендованный режим:

Ампициллин/сульбактам, амоксициллин/клавулановая кислота, пиперациллин/тазобактам, эртапенем

+ азитромицин или кларитромицин

Альтернативный режим:

Ампициллин/сульбактам, амоксициллин/клавулановая кислота, пиперациллин/тазобактам, эртапенем

+ моксифлоксацин или левофлоксацин

## 2. Пациенты с факторами риска инфицирования ПРП

Рекомендованный режим:

Цефтаролин или цефотаксим<sup>2</sup> или цефтриаксон<sup>2</sup>  
+ азитромицин или кларитромицин

Альтернативный режим:

Цефтаролин или цефотаксим<sup>2</sup> или цефтриаксон<sup>2</sup> или цефтриаксон/сульбактам или  
цефотаксим/сульбактам  
+ моксифлоксацин или левофлоксацин

## 3. Пациенты с факторами риска инфицирования *P. aeruginosa*

Рекомендованный режим:

Пиперациллин/тазобактам или цефепим или меропенем или имипенем  
+ цiproфлоксацин или левофлоксацин или цефепим/сульбактам или  
цефоперазон/сульбактам

Альтернативный режим:

Пиперациллин/тазобактам или цефепим или меропенем или имипенем  
+ азитромицин или кларитромицин +/- амикацин или цефепим/сульбактам или  
цефоперазон/сульбактам

УДК 577.182

С.А. СЕМЕНОВ, Г.Р. ХАСАНОВА

Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Казань

### Факторы риска формирования резистентности *Streptococcus pneumoniae* к антибиотикам

Факторы пенициллинрезистентных препаратов (ПРП) стрептококков пневмонии – МЕДРАБОТНИКИ В ЗОНЕ РИСКА:

- предшествующий прием антибиотиков, особенно в течение последних нескольких месяцев (макролиды, пенициллины и фторхинолоны);
- перенесенные ранее заболевания;
- предшествующий факт госпитализации;
- нозокомиальный характер пневмонии;
- работа в МО, школах и детсадах.

### Факторы риска

Термин “фактор риска” предполагает прямые или опосредованные воздействия, влияющие на исход лечения, увеличивающие вероятность развития у больных инфекционного процесса. Многочисленные факторы риска присоединения синегнойной инфекции могут быть классифицированы на несколько групп:

- эндогенные факторы, связанные с состоянием пациента;
- факторы, обусловленные характером медицинской технологии;
- факторы, связанные с особенностями послеоперационного периода;
- экзогенные факторы, определяемые состоянием антиинфекционной защиты лечебно-диагностического процесса;
- экзогенные факторы, обусловленные состоянием больничной среды.

**5. Не выполнены в полном объеме требования КР «Тяжелая внебольничная пневмония у взрослых» ФАР, РРО, МАКМАХ (2021):**

«Рекомендация 7. Всем пациентам с ТВП рекомендуется исследование уровня прокальцитонина (ПКТ) в сыворотке крови (количественный тест)».

Рекомендация 12. Всем пациентам с ТВП при наличии плеврального выпота и показаний к плевральной пункции рекомендуется микробиологическое исследование образца плевральной жидкости.

Рекомендация 13. Всем пациентам с ТВП рекомендуется культуральное исследование двух образцов венозной крови.

Рекомендация 21. Всем пациентам с определенным диагнозом ТВП рекомендуется назначение системных АБП в как можно более ранние сроки (не позднее 4 ч с момента установления диагноза, 1 ч – при ТВП, осложненной септическим шоком).

Рекомендация 22. АБТ ТВП рекомендуется начинать с внутривенного введения АБП.

Рекомендация 23. Для стартовой АБТ ТВП рекомендуется назначать комбинацию АБП.

Рекомендация 32. Всем пациентам с ТВП через 48 ч после начала лечения рекомендуется оценка эффективности и безопасности, а также пересмотр стартового режима АБТ с возможной его деэскалацией.

Рекомендация 36. При проведении респираторной поддержки рекомендуется стремиться к достижению целевых показателей SpO<sub>2</sub> 92-96% и PaO<sub>2</sub> 65-80 мм рт.ст. (для пациентов ХОБЛ и другими хроническими респираторными заболеваниями – SpO<sub>2</sub> 88-92% и PaO<sub>2</sub> 55- 35 80 мм рт. ст.)

Рекомендация 56. Для оценки тяжести и определения показаний к госпитализации в ОРИТ всем госпитализированным пациентам с ВП рекомендуется использовать критерии IDSA/ATS или шкалу SMART-COP.

**Не выполнены в полном объеме требования КР «Внебольничная пневмония у взрослых» РРО, МАКМАХ:**

1. «3.4. Лечение госпитализированных пациентов. 3.4.1. Антимикробная терапия. **Всем пациентам с определенным диагнозом ВП в как можно более короткие сроки должны назначаться системные АБП; при подозрении на тяжелую ВП назначение АМП является неотложным**»: отсутствует введение АБТ в течение 2 часов в рамках неотложной формы оказания медпомощи, 1 ч – при септическим шоке.

2. «3.4. Лечение госпитализированных пациентов. 3.4.1. Антимикробная терапия. АБТ ВП у госпитализированных пациентов должна начинаться с парентеральных лекарственных форм; **при тяжелой ВП необходимо внутривенное введение АБП**»: отсутствует, АБТ назначена перорально.

3. «3.4. **У всех пациентов через 48-72 ч после начала лечения необходимо оценить эффективность и безопасность стартового режима АБТ**».

## 6. Не правильный выбор места оказания медпомощи: наличие показаний и своевременность перевода в ОРИТ: «5.6. Основные принципы терапии неотложных состояний» ВМР МЗ РФ

В целом анестезиолого-реанимационное обеспечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 рекомендуется проводить в соответствии с Методическими рекомендациями Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов» ([https://faronline.ru/api/static/cms-files/7e17aba2-57d5-40da-8553-f164ebe2f2dd/MP\\_ФАР\\_COVID-19\\_ver6\\_v07\\_for\\_website.pdf](https://faronline.ru/api/static/cms-files/7e17aba2-57d5-40da-8553-f164ebe2f2dd/MP_ФАР_COVID-19_ver6_v07_for_website.pdf))



Анестезиолого-реанимационное обеспечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19

Методические рекомендации Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов», версия 6

Утверждено Приказом ФАР 21 ноября 2021 года

Не выполнены требования Временных методических рекомендаций МЗ РФ «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» Версии 11-16 от 07.05.21 г.: «5.6. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ. В целом анестезиолого-реанимационное обеспечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 рекомендуется проводить в соответствии с Методическими рекомендациями Общероссийской общественной организации "Федерация анестезиологов и реаниматологов" (<http://far.org.ru/newsfar/496-metreccovid19>)».

**Не выполнены в полном объеме требования Методических рекомендаций ФАР «Анестезиолого-реанимационное обеспечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19»: «34. Всех пациентов с НКИ COVID-19 или подозрением на эту инфекцию рекомендуется оценивать по шкале NEWS (National Early Warning Score) и рассмотреть целесообразность госпитализации в ОРИТ при сумме баллов 5 и выше.**

***Для перевода в ОРИТ взрослых пациентов используются следующие критерии (достаточно одного из критериев):*** начальные проявления и клиническая картина быстро прогрессирующей ОДН (нарастающая и выраженная одышка; цианоз; ЧД > 30 в минуту; SpO<sub>2</sub> < 90%); артериальное давление АД сист. < 90 мм рт. ст.; шок (мраморность конечностей, акроцианоз, холодные конечности, симптом замедленного сосудистого пятна (>3 сек), лактат более 3 ммоль/л); дисфункция центральной нервной системы (оценка по шкале комы Глазго менее 15 баллов); острая почечная недостаточность (мочеотделение < 0,5 мл/кг/ч в течение 1 часа или повышение уровня креатинина в два раза от нормального значения); печеночная дисфункция (увеличение содержания билирубина выше 20 мкмоль/л в течение 2-х дней или повышение уровня трансаминаз в два раза и более от нормы); коагулопатия (число тромбоцитов < 100 тыс/мкл или их снижение на 50% от предшествующего значения в течение 3-х дней).

Код дефекта 3.2.2 – создание риска прогрессирования имеющегося заболевания отказом в переводе в ОРИТ; несвоевременно поздним переводом в ОРИТ

## ПРОТОКОЛ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА (NEWS)

### Параметр

### Расшифровка баллов

### Балл пациента

#### ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ ЗА 1 МИНУТУ

≤8	3
9-11	1
12-20	0
21-24	2
≥25	3

#### НАСЫЩЕНИЕ КРОВИ КИСЛОРОДОМ, %

≤91	3
92-93	2
94-95	1
≥96	0

#### НЕОБХОДИМОСТЬ ИНСУФЛЯЦИИ КИСЛОРОДА

да	1
нет	0

#### ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА, С

≤35,0	3
35,1-36,0	1
36,1-38,0	0
38,1-39,0	1
≥39,1	2

#### СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ мм.рт.ст.

≤90	3
91-100	2
101-110	1
111-219	0
≥220	3

#### ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В 1 МИНУТУ

≤40	3
41-50	1
51-90	0
91-110	1
111-130	2
≥131	3

#### ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ

нет	0
есть	3

#### ПАЦИЕНТ с COVID-19?

Подтверждено позитивный	0
Подозрительный	0
Маловероятно	0
Подтверждено отрицательный	0

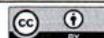
ИТОГО \_\_\_\_\_ баллов (УКАЗАТЬ РЕЗУЛЬТАТ)

**1 – 4 балла (низкий балл)**  
требует оценки состояния пациента для его маршрутизации

**5 – 6 баллов (средний балл) ИЛИ один из параметров = 3 балла**  
требует консультации врача отделения интенсивной терапии для оценки витальных функций и решения вопроса о маршрутизации пациента

**≥7 баллов (высокий балл)**  
как правило, требует маршрутизации пациента в отделение интенсивной терапии

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ НОВОЙ  
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ  
COVID-19



## Шкала NEWS2 в практике работы инфекционного госпиталя для больных COVID-19. Внедрение и результаты

Н. Н. ПОПОВА<sup>1</sup>, А. А. ЖУКОВ<sup>2</sup>, И. Л. ЗЫКИНА<sup>2</sup>, Д. В. ТРОЩАНСКИЙ<sup>1</sup>, И. Н. ТЮРИН<sup>3</sup>, Д. Н. ПРОЦЕНКО<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Городская клиническая больница № 40 ДЗМ, Москва, РФ

<sup>2</sup>ООО «Медицинский центр Невро-Мед», Москва, РФ

<sup>3</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, Москва, РФ

Сравнение шкал REMS, NEWS, qSOFA и критериев SIRS в прогнозе возникновения сепсиса у пациентов с подтвержденным диагнозом SARS-CoV-2: результаты ретроспективного наблюдательного исследования

К. Д. Зыбин<sup>1,2</sup>, А. А. Носков<sup>1,2</sup>, Т. С. Мусаева<sup>1,2</sup>, М. П. Кузнецова<sup>1</sup>, С. И. Гончаренко<sup>2</sup>, О. В. Высоцкий<sup>2</sup>, П. И. Данилюк<sup>2</sup>, Е. С. Петрущенко<sup>2</sup>, М. И. Веселенко<sup>2</sup>, А. А. Потапова<sup>2</sup>, С. В. Синьков<sup>1,2</sup>, В. М. Дурлештер<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия  
<sup>2</sup> ГБУЗ «Краславская клиническая больница № 2», Краснодар, Россия



Анестезиолого-реанимационное  
обеспечение пациентов с новой  
коронавирусной инфекцией COVID-19

Методические рекомендации Общероссийской общественной  
организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов»,  
версия 6

Утверждены Протоколом ФАР 2 декабря 2021 года

## 7. Не достижение целевых показателей газообмена мерами кислородотерапии - $PaO_2$ 90-105 мм рт.ст. или $SpO_2$ 95-98% и гликемии

В целом анестезиолого-реанимационное обеспечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 рекомендуется проводить в соответствии с Методическими рекомендациями Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов» (<http://far.org.ru/newsfar/496-metreccovid19>).

11С выполнены в полном объеме требования Клинических рекомендаций «Диагностика и интенсивная терапия острого респираторного дистресс-синдрома» (2020) ФАР: «**Рекомендация 20. Пациентам с ОРДС при проведении респираторной терапии рекомендовано достигать следующих целевых значений артериальной оксигенации:  $PaO_2$  90-105 мм рт.ст,  $SpO_2$  95-98%, так как это приводит к улучшению исхода**».

Не достигнут Критерий оценки качества медицинской помощи: «**2. Достигнуты целевые значения  $PaO_2$  и  $PaCO_2$  в соответствии рекомендациями**».

Код дефекта 3.2.2 – создание риска прогрессирования имеющегося заболевания не достижением целевых показателей  $SpO_2$ , являющихся критериями оценки качества.

Не выполнены в полном объеме требования Методических рекомендаций ФАР «Анестезиолого-реанимационное обеспечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19»: «**79. У пациентов с НКИ COVID-19 и  $SpO_2$  менее 92% рекомендуется начать оксигенотерапию до достижения величины 96%**».

**Целевое значение  $SpO_2 >$  или = 96% с  $PaO_2$  90-105 мм рт.ст., использование более низкой цели  $SpO_2$  88-92% ( $PaO_2$  55-70 мм рт.ст) по оксигенации было ассоциировано с повышенной летальностью**».

Не достигнут Критерий оценки качества медицинской помощи: «**6. У пациентов с НКИ COVID-19 и  $SpO_2$  менее 92% начата оксигенотерапия до достижения величины 96%**».

Код дефекта 3.2.2. – невыполнение требований КР по достижению целевых показателей  $SpO_2 >$  или = 96%, что создает риск летального исхода.

## 5.7. ОСОБЫЕ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ

### Пациенты с сахарным диабетом

Сахарный диабет (СД) является фактором риска развития тяжелой пневмонии и септического течения вирусной инфекции, ассоциированного с развитием полиорганной недостаточности и повышением риска осложнений и смерти. Пациенты с сахарным диабетом должны тщательно следовать рекомендациям по профилактике заболевания COVID-19. В качестве специфической профилактики рекомендовано применение препаратов альфа-интерферона.

При легком течении COVID-19 у пациента с СД рекомендуется:

- контроля гликемии каждые 4-6 ч с расширением питьевого режима до 2-3 литров в сутки с учетом сопутствующих заболеваний.
- продолжить текущую сахароснижающую терапию.
- целевые показатели гликемии натощак – не более 7 ммоль/л, через 2 часа после еды – не более 10 ммоль/л.

При повышении гликемии необходимо усилить терапию СД. При гликемии натощак выше 10 ммоль/л нужно оценить уровень кетонов в моче, начать терапию базальным инсулином (например, инсулин-изофан человеческий генно-инженерный инсулин или аналог инсулина длительного действия) или увеличить его дозу (если пациент ранее уже получал базальную инсулинотерапию).

При среднетяжелом течении COVID-19 и появлении респираторных симптомов:

- Контроль гликемии каждые 3-4 ч, контроль кетонов в моче, контроль содержания лактата крови;
- При уровне глюкозы плазмы натощак менее 10 ммоль/л и глюкозы плазмы через 2 часа после еды менее 13 ммоль/л и отсутствии кетонурии можно продолжить терапию неинсулиновыми сахароснижающими препаратами под контролем показателей лактата крови, кетонов крови и мочи, уровня сатурации, функции почек и печени;
- При уровне глюкозы плазмы натощак выше 10,0 ммоль/л или глюкозы плазмы через 2 часа после еды более 13 ммоль/л, или при появлении кетонов в моче, или повышении содержания лактата крови необходимо отменить прием неинсулиновых препаратов (метформина, ингибиторов ДПП-4, агонистов рецепторов ГПП-1 (арГПП-1), ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (иНГЛТ-2), препаратов сульфонилмочевины) и начать базис-болюсную инсулинотерапию (препаратами инсулина короткого и пролонгированного действия);

- Целевые показатели гликемии натощак – не более 7,5 ммоль/л.

**Тяжелое течение COVID-19 характеризуется прогрессированием дыхательной и полиорганной недостаточности. Рекомендовано:**

- Контроль гликемии ежедневно при гликемии выше 13,0 ммоль/л или каждые 3 ч при гликемии ниже 13,0 ммоль/л для коррекции скорости введения инсулина, контроль содержания кетонов в моче и лактата в крови проводится 2 раза в день.
- Отменить все неинсулиновые сахароснижающие препараты. Вводить инсулин в базис-болюсном режиме подкожно или путем внутривенной инфузии с помощью инфузомата

Целевые показатели гликемии 10 – 13 ммоль/л



Анестезиолого-реанимационное  
обеспечение пациентов с новой  
коронавирусной инфекцией COVID-19

Методические рекомендации Общероссийской общественной  
организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов»,  
версия 6

### Контроль гликемии

Рекомендация 136. Глюкозу крови рекомендуется определять каждые 4 ч с момента поступления в ОРИТ, особенно в течение первых 48 ч лечения (УДД — 2, УУР — В).

**Комментарий.** Ряд наблюдательных исследований подтвердил сильную связь между тяжелой гипергликемией ( $> 11$  ммоль/л), выраженной гликемической вариабельностью, легкой гипогликемией ( $< 3,9$  ммоль/л) и повышенной смертностью. Тем не менее проспективные исследования остаются неубедительными из-за различий в практике и трудностей в достижении безопасного и эффективного контроля гликемии.

«Гликемическая мишень», связанная с наилучшими скорректированными результатами, колеблется в диапазоне 7,8–10 ммоль/л.

Рекомендация 137. Коррекцию уровня глюкозы крови инсулином рекомендуется проводить при величинах  $> 10$  ммоль/л (УДД — 2, УУР — В) [237–239].

**Комментарий.** Имеющиеся клинические рекомендации предлагают начинать инсулинотерапию, когда уровень глюкозы в крови превышает 10 ммоль/л. Контроль уровня глюкозы в крови имеет важное значение и должен быть нацелен на концентрацию 7–8 ммоль/л, которая, как было показано, коррелирует с улучшением показателей клинического исхода в ОРИТ.

# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

## ПРИКАЗ

от 10 мая 2017 г. N 203н

### ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гриппе с пневмонией (коды по МКБ-10: [J10.0](#); [J11.0](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
2.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при наличии дыхательной недостаточности III степени и/или недостаточность кровообращения III степени и/или нарушении сознания)	Да/Нет
6.	Выполнена пульсоксиметрия не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
8.	Выполнено бактериологическое исследование мокроты или отделяемого с задней стенки глотки при отсутствии мокроты с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
13.	Выполнено ингаляционное введение кислорода до достижения сатурации 95% и более (при сатурации менее 92%)	Да/Нет
14.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом (при сатурации менее 92%)	Да/Нет

## **АКТ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДПОМОЩИ**

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ эксперта качества медицинской помощи в системе ОМС:**

**констатировано ненадлежащее качество оказанной медицинской помощи по критериям п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ:**

- **своевременность** (несвоевременный вызов реаниматолога и перевод в ОРИТ, несвоевременно позднее начало введения антибиотика);
- **правильность выбора** методов диагностики (отсутствует мониторинг требуемых показателей) и лечения (отсутствие необходимого сочетания антибиотиков при гнойной пневмонии у пациентки с факторами риска летального исхода).
- **степень достижения запланированного результата:** не достигнуты целевые показатели оксигенации и гликемии.

### **НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ОШИБКИ:**

1. Несвоевременно поздний вызов реаниматолога и перевод в ОРИТ.
2. Несвоевременно позднее начало противовоспалительной терапии ГИБП и/или с неправильным сочетанием.
3. Несвоевременно позднее начало антибиотикотерапии с неправильным сочетанием.
4. Невыполнение требований по полноте схемы сочетание АБ препаратов при пневмонии с факторами риска летального исхода в соответствии с Клиническими рекомендациями - приказом МЗ РФ от 27.05.1997 г. № 170 и МКБ-Х пересмотра отнесено к нанесению вреда здоровью пациента при выполнении терапевтической процедуры (Y60-Y69): «Y63.6 нанесение вреда здоровью не применением необходимого лекарственного средства, медикамента или биологического вещества».
5. Ошибочность дозировок препаратов (антибиотиков), что создает риск прогрессирования имеющегося заболевания (МКБ-Х: Y63.8 Ошибочность дозировки во время других хирургических или терапевтических процедур).
6. Невыполнение требований по мониторингу необходимых показателей, которые могут указывать на наличие органной дисфункции, декомпенсацию сопутствующих заболеваний и развитие осложнений, имеют определенное прогностическое значение, оказывают влияние на выбор лекарственных средств и/или режим их дозирования, что создает риск прогрессирования имеющегося заболевания.
7. Не выполнение требований по антикоагулянтной терапии.
8. Не достигнуты целевые показатели оксигенации, гликемии.

## АПЕЛЛЯЦИОННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

**18 октября 2021 г. Судебная коллегия по гражданским делам Астраханского областного суда**

При оказании медицинской помощи М. в стационаре ГБУЗ АО «Ахтубинская районная больница» были допущены следующие нарушения (дефекты):

- 1) не назначены, не выполнены: общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, коагулограмма; за период госпитализации не осуществлялся ежедневный мониторинг в динамике: уровня лейкоцитов, нейтрофилов, лимфоцитов, тромбоцитов, АЛТ, АСТ, СРБ, ферритина, тропонина, D-диаметра, фибриногена, ИЛ-6, количества Т- и В- лимфоцитов, не определялись протромбиновое время, АЧТВ (общий и биохимический анализы крови, коагулограмма);
- 2) при осмотре дежурным врачом при наличии жалоб на одышку в покое не установлено наличие/отсутствие одышки на момент осмотра, ее вид;
- 3) не выполнена контрольная томография легких с целью оценки характера и площади поражения в динамике;
- 4) отсутствует наблюдение пациента средней степени тяжести с оформлением дневниковых записей в карте стационарного больного. **При осмотре пациента гемодинамика неверно расценена как стабильная при АД 100/65 мм рт.ст., пульсе и ЧСС 110 в минуту;**
- 5) «на фоне прогрессивно ухудшающегося состояния остановка сердечной и легочной деятельности», при этом не указано, чем именно проявлялось это ухудшение (какими клиническими признаками), **в палату не приглашен реаниматолог;**
- 6) **при наличии признаков острой дыхательной недостаточности на фоне кислородной поддержки (ЧДД 26 в минуту, SpO<sub>2</sub>-90% на увлажненном O<sub>2</sub>, при осмотре неврологом в 15.30 SpO<sub>2</sub>- 69%), нарушения сознания, увеличения уровня глюкозы в крови, пациент не осмотрен реаниматологом, не осуществлен перевод в реанимационное отделение для определения дальнейшей тактики лечения и вида респираторной поддержки;**
- 7) имеет место несоответствие хронологии событий, некорректное указание времени проведения осмотров; **в протоколе сердечно-сосудистой реанимации не указаны соотношения компрессий и дыхания, кратность введения адреналина.**

## АПЕЛЛЯЦИОННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

**18 октября 2021 г. Судебная коллегия по гражданским делам Астраханского областного суда**

Ухудшение состояния здоровья человека вследствие ненадлежащего оказания ему медицинской помощи, в том числе по причине дефектов ее оказания (постановка неправильного диагноза и, как следствие, неправильное лечение пациента, не поведение пациенту всех необходимых диагностических и лечебных мероприятий, ненадлежащий уход за пациентом и т.п.) причиняет страдания, то есть причиняет вред, как самому пациенту, так и его родственникам, что является достаточным основанием для компенсации морального вреда.

Вопреки выводам, изложенным в решении суда первой инстанции, судебная коллегия приходит к выводу о наличии правовых оснований для взыскания с ГБУЗ АО «Ахтубинская районная больница» в пользу М.

**Судебная коллегия по гражданским делам Астраханского областного суда**

**ОПРЕДЕЛИЛА:** решение Ахтубинского районного суда Астраханской области от 20 июля 2021 года отменить.

Принять по делу новое решение, которым искивые требования М. удовлетворить частично.

Взыскать с Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Астраханской области «Ахтубинская районная больница» в пользу М. **компенсацию морального вреда в размере 1 000 000 руб.**

Уголовное дело прекращено.

**Апелляционным определением Забайкальского краевого суда** удовлетворено апелляционное представление на решение Черновского районного суда г. Читы и удовлетворены искивые требования гражданки Л. **о взыскании компенсации морального вреда, причиненного ей в связи со смертью супруга от новой коронавирусной инфекции с лечебных учреждений, осуществлявших его лечение и обследование.** Ранее судом первой инстанции было отказано в удовлетворении заявленных искивых требований.

Прокурор, участвующий по делу, давший заключение о необходимости удовлетворения искивых требований в части, с принятым решением не согласился и обжаловал его.

**Доводы апелляционного представления о необходимости удовлетворения искивых требований в связи с допущенными дефектами оказания медицинской помощи, хоть и не находившимися в прямой причинно-следственной связи со смертью пациента,** суд второй инстанции признал обоснованными и взыскал в пользу истицы **с ГКУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница», а также ЧУЗ «РЖД-медицина» компенсацию в размере 70 тысяч рублей.** Решение суда вступило в законную силу.

## АПЕЛЛЯЦИОННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

### Судебной коллегии по гражданским делам Московского областного суда Дело № 33-3154/2022

Рассмотрев в открытом судебном заседании **24 января 2022 г.** апелляционную жалобу на решение Шатурского городского суда МО от 19 августа 2021 г. по гражданскому делу по иску к Московской областной станции СМП и Шатурской ЦРБ о компенсации морального вреда, увеличила сумму компенсации морального вреда с 50 до 450 тыс. руб.

11.05.20 г. С., одиноко проживающая пенсионерка старше 60 лет, почувствовала ухудшение здоровья (легкая форма простуды, температура 38°C), вызвала врача ЦРБ на дом. Фельдшер никаких рекомендаций, кроме приема лекарств Арбидол и Ибуклин, не давала, не было предложено сдать анализы на коронавирус, сделать компьютерную томографию, несмотря на то, что пациент находится в группе риска. 13.05.2020 температура поднялась выше 40°C, была вызвана скорая помощь. Врач сделал укол и послушал дыхание, сказал, что легкие чистые и на следующий день придет медработник для отбора материала для анализа на коронавирус. Был поставлен диагноз ОРВИ, легкое течение. 14.05.2020 г. стало хуже, она еле дышала. **Скорая отвезла ее в Шатурскую ЦРБ, где врач отказался принимать ее для лечения, ссылаясь на то, что не было снимка КТ и нет свободного аппарата ИВЛ.** Позже в приемном покое сделали снимок рентген, который показал полное поражение легких. **В результате С. скончалась в приемном отделении, не получив никакой помощи.**

Шатурской прокуратурой проведена проверка и установлено нарушение приказа МЗ РФ от 19.03.2020 №198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения НКИ COVID-19»: **пациенты, относящиеся к группе риска (лица старше 65 лет, с наличием хронических заболеваний сердечно-сосудистой, эндокринной системы) с признаками ОРВИ подлежат госпитализации.**

**В нарушение указанного приказа медицинским персоналом ответчиков необходимые меры по госпитализации не были приняты, не было проведено никакого лечения, не выписано ни одного рецепта, что привело к смерти С.**

Истец просил суд взыскать с ответчиков в солидарном порядке компенсацию морального вреда в размере 2 000 000 руб. Решением Шатурского городского суда МО иск сына С. удовлетворен частично: в солидарном порядке взыскана компенсация морального вреда по 25 000 руб. с МО.

Анализируя выводы заключения комиссии СМЭ, Суд приходит к выводу о том, что основные и наиболее существенные недостатки оказания С. медицинской помощи были допущены Шатурской ЦРБ: дефекты диагностики, выразившиеся в том, что при первичном посещении пациентки из группы риска (лица старше 60 лет) с признаками ОРЗ 11.05.2020 не взят мазок из носоглотки и ротоглотки для проведения ПЦР исследования с целью выявления возбудителя коронавирусной инфекции. При этом своевременная диагностика заболевания С. коронавирусной инфекцией позволила бы назначить необходимое лечение, не получив которое, С. скончалась.

ЦРБ был допущен дефект лечения (тактики): 11.05.2020 был назначен только циклоферон, не был назначен жаропонижающий препарат, а также дефекты ведения медицинской документации: при посещении пациентки на дому 11.05.2020 в дневниковой записи не указана частота дыхательных движений, специальность врача и отсутствует его подпись; в диагнозе, установленном 11.05.2020, не указана степень тяжести острого респираторного заболевания; в записи от 13.05.2020 не указан медицинский сотрудник, который осуществлял вызов на дом и время посещения пациентки.

Допущенные МО Станцией СМП дефекты оказания медицинской помощи в виде отсутствия сведений о степени тяжести ОРЗ пациента и о невозможности 14.05.2020 сотрудниками скорой помощи обеспечить внутривенный доступ для проведения инфузионной терапии, а также в виде нерассмотрения вопроса о проведении внутрикостного доступа для инфузионной терапии значительно менее существенные и сами по себе не препятствовали ЦРБ своевременно диагностировать заболевание С. и избрать необходимые методы лечения.

### **Судебная коллегия ОПРЕДЕЛИЛА:**

Взыскать с Шатурской ЦРБ компенсацию морального вреда в размере 400 000 руб.

Взыскать с Московской областной станции СМП компенсацию морального вреда в размере 50 000 руб..

Труды

ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ  
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ:  
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД»

12–13 мая 2022 года

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ СОДЕЙСТВИЕ В УГОЛОВНО-  
ПРАВОВОЙ КВАЛИФИКАЦИИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО  
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ COVID-19  
(случай из практики)**

к.м.н., доцент С.В. Кузнецов<sup>1,2</sup>; д.м.н. Б.С. Литвинцев<sup>1</sup>,  
д.м.н., профессор Ю.А. Молин<sup>3</sup>, Д.С. Яценко<sup>4</sup>, А.А. Кузнецова<sup>5</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-клинический центр токсикологии имени академика С.Н. Голикова  
ФМБА России», Санкт-Петербург,

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный аграрный университет»,  
Санкт-Петербург

<sup>3</sup>Кафедра судебной медицины Северо-Западного государственного медицинского  
университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

<sup>4</sup>ОГБУЗ «Областное Мурманское бюро судебно-медицинской экспертизы», г.  
Мурманск

<sup>5</sup>Государственное казенное учреждение здравоохранения Ленинградской области  
«Бюро судебно-медицинской экспертизы», Санкт-Петербург

2. На этапе ОГБУЗ «Областная инфекционная клиническая больница»:

1) позднее начало кислородотерапии (показания к проведению которой  
в условиях стационара имеются при сатурации ниже 93%);

2) несвоевременное назначение препарата «Тоцилизумаб» для  
коррекции «цитокинового шторма» как результат непроведения ранней  
диагностики данного состояния методом определения уровня сывороточного  
ферритина;

3) непроведение динамического обследования состояния легких  
методами компьютерной томографии (по всей видимости, из-за отсутствия  
необходимого оборудования, что не снимает ответственности с руководства  
медицинского учреждения за необеспечение профильного стационара  
необходимыми средствами диагностики легких при COVID-19).

3. На этапе осмотра больного специалистом ГБУЗ «Областной центр  
медицины катастроф» с целью оценки его транспортабельности:  
необоснованное решение о нетранспортабельности Х. без наличия  
абсолютных противопоказаний к транспортировке, а также с учетом  
одновременной недооценки большого риска оставления пациента в ОГБУЗ  
«Областная инфекционная клиническая больница».

Выводы

1. Все перечисленные значимые недостатки (дефекты) оказания  
медицинской помощи (как в совокупности, так и в отдельных своих  
комбинациях либо по отдельности), исходя из своей сути, делали подобные  
оказываемые медицинские услуги (помощь) небезопасными, так как  
создавали реальную угрозу здоровью и/или жизни, в тех случаях, где бы это  
имело определяющее значение.

**10.11.22 г. Светлоярский районный суд Волгоградской области приговорил к году лишения свободы условно бывшего врача-терапевта местной больницы А.Г., признанного виновным в причинении смерти по неосторожности- ст. 109, ч.2 УК РФ. Суд признал, что он неверно оценил состояние 51-летней женщины с двусторонней пневмонией и не направил ее в стационар, в результате чего больная скончалась от коронавирусной инфекции. В связи с истечением срока давности врача освободили от уголовной ответственности. Защита планирует обжаловать приговор.**

Бывший терапевт Светлоярской ЦРБ 26 летний А. Г. признан виновным по ч.2 ст. 109 УК РФ (*«Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей»*).

Согласно судебному решению, 6 августа 2020 года на прием к терапевту А.Г. пришла 51летняя пациентка с симптомами, характерными для простудного заболевания. На ПЦР-тест для выявления коронавирусной инфекции врач ее не направил, так как на тот момент это не было обязательным требованием, и отпустил домой, назначив амбулаторное лечение.

Через пять дней, 11 августа, пациентка вызвала врача А.Г. на дом, так как ей стало хуже, однако и на этот раз врач не направил ее на госпитализацию, назначил рентген и анализы, которые та сдала 12 августа, а уже 13 августа женщину доставили в тяжелом состоянии в Волгоградскую КБ СМП № 15», где она в тот же день скончалась. По итогам исследования выяснилось, что у пациентки была коронавирусная инфекция.

**Врача обвинили в том, что после того, как по итогам рентгеновского исследования у женщины была выявлена двусторонняя пневмония, он не направил ее на госпитализацию.**

Расследование уголовного дела инициировали родственники погибшей от COVID19 женщины в 2021 году.

В СУ СКР по Волгоградской области говорили, что по результатам судебно-медицинской экспертизы, проведенной Ставропольским краевым бюро СМЭ, следователи пришли к выводам том, что **смерть пациентки случилась по вине врача А.Г.** Сам А.Г. вину в смерти пациентки не признавал. По его словам, он давал ей направление на общий анализ крови, результат которого мог бы указать на причину заболевания, однако та его якобы так и не сдала.

Первоначально он поставил ей диагноз «острый бронхит», одышки у нее не было, сатурация составляла 98%, оснований для госпитализации не было. ПЦР-тест женщина сдала 12 августа, но его результат с положительным заключением о наличии у нее коронавирусной инфекции пришел только 15 августа, когда та уже погибла.

В итоге суд назначил ему год лишения свободы условно, а также запрет заниматься деятельностью, связанной с оказанием медицинской помощи, на один год.

В связи с истечением срока давности врача освободили от уголовной ответственности в зале суда.

Решение будет обжаловано защитой А.Г.

от 17 АБГ 2021 № 30-4/н/2-12868 от 17.08.2021 № 00-10-30-4-06/1666

Органы исполнительной власти  
субъектов Российской Федерации  
в сфере охраны здоровья

Территориальные  
фонды обязательного  
медицинского страхования

Всероссийский союз страховщиков

Министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в целях контроля выполнения Временных методических рекомендаций «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» при оказании медицинской помощи застрахованным лицам с заболеванием, вызванным новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (далее – COVID-19), а также в целях контроля доступности и качества медицинской помощи поручают организовать страховым медицинским организациям проведение:

- экспертизы качества медицинской помощи по случаям оказания медицинской помощи с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, завершившегося летальным исходом в условиях круглосуточного стационара;

- экспертизы качества медицинской помощи по случаям госпитализации с основным или сопутствующим диагнозом COVID-19, предшествовавшего случаю с летальным исходом от COVID-19 (в том числе в иных медицинских организациях) в течение месяца, предшествующего случаю оказания медицинской помощи, с диагнозом COVID-19, завершившемуся летальным исходом (в том числе в иных медицинских организациях), в условиях круглосуточного стационара;

- медико-экономической экспертизы по случаям оказания медицинской помощи застрахованным лицам с диагнозом COVID-19 в течение месяца, предшествующего случаю оказания медицинской помощи,



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(Минздрав России)

### П Р И К А З

18 февраля 2022

№ 89 Н

Москва

#### Об утверждении временного порядка организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи застрахованным лицам с заболеваниями, вызванными новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)

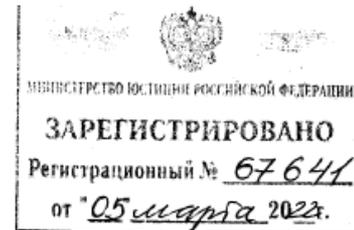
В соответствии с пунктами 3 и 4 постановления Правительства Российской Федерации от 4 февраля 2022 г. № 107 «Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)» (официальный интернет-портал правовой информации ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)), 8 февраля 2022 г., № 0001202202080037) п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить прилагаемый временный порядок организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи застрахованным лицам с заболеваниями, вызванными новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня, следующего за днем его официального опубликования, и действует по 31 декабря 2022 г.

Министр

М.А. Мурашко



**Риск-ориентированный подход защиты прав ЗЛ – выявление при экспертизе существенных дефектов МП, создающих серьезный риск неблагоприятного исхода и/или возникновения нового заболевания/осложнения (ТЭЛА, ОРДС, сепсис), требующих первоочередного восстановления нарушенного права на полнообъемную медпомощь надлежащего качества при COVID-19 (лекарственная терапия, маршрутизация, профилактика осложнений).**

**Объекты оценки – своевременность, объем и качество выполнения требований Временных рекомендаций МЗ РФ «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» (версия 15 от 22.02.22 г.), имеющих существенное значение при госпитализации для планирования благоприятного исхода оказания медпомощи (отражены в чек-листе):**

1. Оценка патогенетического лечения противовоспалительными препаратами (прил. 5 и 8.2.).
2. Оценка объема диагностического исследования стадии ДВС-синдрома (уровень тромбоцитов, Д-димера, ПДФ, протромбинового времени, фибриногена) (прил. 2).
3. Оценка патогенетического лечения антикоагулянтами всем пациентам в профилактической дозе, пациентам с избыточной массой тела – в промежуточной дозе, при наличии ТГВ/ТЭЛА, ОРДС – в лечебной дозе (прил. 7.1, 7.2).
4. Оценка антибактериальной терапии (своевременность назначения, правильность выбора схемы при наличии факторов летального исхода; своевременная замена схемы) (раздел 5.2);
5. Оценка правильности выбора места оказания медпомощи: наличие показаний и своевременность перевода в ОРИТ .
6. Оценка достижения целевых показателей газообмена мерами кислородотерапии -  $PaO_2$  90-105 мм рт.ст или  $SpO_2$  95-98%.
7. Оценка достижения целевых показателей гликемии у пациентов с СД: при легком течении COVID-19 целевые показатели гликемии натощак - не более 7 ммоль/л; при среднетяжелом течении - не более 7,5 ммоль/л, при тяжелом течении – не выше 10 ммоль/л;
8. Оценка исполнения решений телекоммуникационного консилиума при его наличии.

**Верховный суд 19.09.2022 г. в Определении № 14-КГ22-3-К1 высказался по вопросу самостоятельного принятия решения судами по установлению дефекта медпомощи при установлении факта подложности документа.**

А. обратилась в суд с иском о компенсации морального вреда, причиненного ей смертью матери К. по причине некачественно оказанной ей медицинской помощи в Воронежской ГКБ № 3 в декабре 2019 г. и в Воронежской ГКБ № 2 в январе 2020 г. и просила взыскать с компенсации морального вреда в размере 1 500 000 руб. и 2 500 000 руб. соответственно.

Ответчики в суде иск не признали.

**В деле имеется Акт ЭКМП Страховой компании «СОГАЗ-Мед» о дефектах диагностики и сбора информации, о неправильной и несвоевременной постановке диагноза, о непроведении необходимых диагностических и лечебных процедур,** не выполнены требования Стандарта специализированной медицинской помощи при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, утв. приказом МЗ РФ от 9 ноября 2012 N 773н: не было выполнено эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, не проводились морфологические исследования препаратов тканей желудка и двенадцатиперстной кишки, исследование кала на скрытую кровь, биопсия язвы желудка с помощью эндоскопии, врачом-гастроэнтерологом не осуществлялся ее ежедневный осмотр с наблюдением и, кроме того, время оказания К. медицинской помощи в стационарных условиях в Воронежской ГКБ № 3 составило 12 дней вместо среднего срока лечения 21 день.

**Поздняя диагностика ГКБ № 3 и 2 и отсроченное выполнение операции по поводу прободения привели к смерти К. в результате септических осложнений; кроме того, проводилось медикаментозное лечение путем введения ненаркотических и наркотических анальгетиков, что затруднило своевременную диагностику прободения язвы, перитонита и абдоминального сепсиса (назначение препаратов из указанных выше групп категорически противопоказано при диагностике острых хирургических заболеваний органов живота).**

Решением Центрального районного суда г. Воронежа от 26 мая 2021 г. в пользу А.

**взысканы компенсация морального вреда в размере 50 000 руб. и 300 000 руб. и судебные расходы в размере 122 тыс. руб.**

Апелляционная и кассационная инстанции оставили решение без изменения.

**Судебная коллегия по гражданским делам ВС РФ** пришла к выводу о существенных нарушениях норм материального и процессуального права в части, касающейся определения размера подлежащей взысканию с Воронежской ГКБ № 3 в пользу А. компенсации морального вреда, и они выразились в следующем.

**Судом было установлено, что медицинская карта** стационарного больного К., представленная Воронежской ГКБ № 3 в период с июля по сентябрь 2020 года лечебным учреждением **была частично утрачена и восстанавливалась "по памяти" медицинских работников, о чем суд и лица, участвующие в деле, в известность поставлены не были.**

Вместе с тем истцом в материалы дела была представлена заверенная Воронежской ГКБ № 3 копия медицинской карты стационарного больного К., выданная ей 28 января 2020 г.

**При сравнительном анализе указанных документов судом были установлены значительные расхождения в описании состояния пациента К., данных клинических анализов и результатов диагностики, проводимого лечения и иных медицинских показателей.**

**Медицинская карта К., признана судом подложным документом.**

**Верховный суд вернул дело на новое рассмотрение по причинам:**

- **Акт экспертизы СМО – важное доказательство для судов, игнорировать которое нельзя даже при наличии**  
**Заключения Бюро СМЭ с противоположными выводами;**
- выводы суда о том, что дефекты медпомощи в первой больнице менее значительны, чем во второй, не обоснованы;
- ответчик не доказал отсутствие своей вины и уклонился от проведения дополнительной экспертизы копии медкарты;
- **при непредоставлении МО или предоставлении МО подложной Медкарты суд вправе признать факт**  
**ненадлежащего качества установленным;**
- суд не установил степень вины первой клиники в смерти пациента;
- **сумма компенсации морального вреда 50 тыс. руб. мала и подлежит переоценке.**

**ВРЕМЯ ИЗЪЯТИЯ МЕДКАРТЫ СК РФ – 4 часа после получения жалобы !**

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ  
РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 15 июля 2020 года N 1827-р

О создании федерального государственного  
казенного учреждения  
"Судебно-экспертный центр Следственного  
комитета Российской Федерации"

24 ИЮЛЯ 2020 ГОДА В Москве состоялось торжественное открытие Федерального государственного казенного учреждения (ФГКУ) «Судебно-экспертный центр Следственного комитета Российской Федерации (СКР)». Оно приурочено ко Дню сотрудников органов следствия. Об этом в пятницу, 24 июля, сообщает пресс-служба ведомства.

Председатель СКР Александр Бастрыкин подчеркнул важность события, отметив, что специалистами ежегодно проводится порядка 30 тысяч экспертиз и исследований, результаты которых зачастую решают судьбу резонансных и сложных в раскрытии преступлений. Глава ведомства выразил уверенность, что экспертная служба СК России будет развиваться, расширять спектр проводимых ею исследований.

КОПИЯ  
Экз. № 10  
Экз. № 1  
Для служебного пользования

СЛЕДСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

11.09.2021 № 84/220рсп

Москва

Об организации назначения судебных экспертиз по материалам проверок и уголовным делам о преступлениях, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи гражданам

Руководствуясь статьей 13 Федерального закона от 28.12.2010 № 403-ФЗ «О Следственном комитете Российской Федерации» и подпунктом 8 пункта 43 Положения о Следственном комитете Российской Федерации, утвержденного Указом Президента Российской Федерации от 14.01.2011 № 38 «Вопросы деятельности Следственного комитета Российской Федерации»,

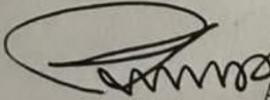
О Б Я З Ы В А Ю:

1. Руководителей следственных подразделений центрального аппарата Следственного комитета Российской Федерации, следственных органов Следственного комитета по субъектам Российской Федерации и приравненных к ним специализированных (в том числе военных) следственных управлений и следственных отделов исключить назначение судебных экспертиз по материалам проверок и уголовным делам о преступлениях, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи гражданам, в судебно-медицинские экспертные учреждения, подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации.

2. Контроль за исполнением распоряжения оставляю за собой.

Председатель Следственного комитета  
Российской Федерации

генерал юстиции  
Российской Федерации

 А.И. Бастрыкин

Следственный комитет Росси  
Федерации  
№84/220рсп

РС 0046407



**КАПИТАЛ**  
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ



**Спасибо за внимание!**





