

**003. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА  
ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ  
С ВКЛЮЧЕНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННОГО  
СРЕДСТВА С ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ  
АКТИВНОСТЬЮ КСИМЕДОНА НА  
ОТДАЛЕННЫХ СРОКАХ У БОЛЬНЫХ  
ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ  
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

**Рустем Миргалимович Газизов** – канд. мед. наук, доц., зав. кафедрой терапии и семейной медицины ГОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия E-mail: [rugazizov@yandex.ru](mailto:rugazizov@yandex.ru)

**Владимир Феоктистович Богоявленский** – докт. мед. наук, проф., ГОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия

**Анатолий Павлович Цибулькин** – докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой клинической лабораторной диагностики ГОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия.

**Реферат.** Изучены отдаленные результаты применения лекарственного средства с иммуномодулирующей активностью ксимедона в комплексном лечении больных хронической ревматической болезнью сердца пожилого возраста. Показано, что иммунокорректирующий эффект, наблюдавшийся после проведения комплексной терапии с включением ксимедона, у больных хронической ревматической болезнью сердца пожилого возраста частично сохраняется и через 6 мес после курса лечения. У больных хронической ревматической болезнью сердца пожилого возраста, получавших традиционную терапию, после отмены лечения наблюдалась тенденция к восстановлению иммунного баланса. Для получения поддерживающего иммунокорректирующего эффекта у больных хронической ревматической болезнью сердца пожилого возраста целесообразно проведение повторных курсов лечения ксимедоном не реже одного раза в полгода.

**Ключевые слова:** хроническая ревматическая болезнь сердца, пожилой возраст, иммуномодуляторы, ксимедон, отдаленные результаты.

**COMPARING EFFECTIVENESS OF COMPLEX  
THERAPY INCLUDING MEDICINAL PRODUCT  
WITH IMMUNOMODULATING ACTIVITY  
XYMEDON TO REMOTE PERIODS IN PATIENTS  
WITH CHRONIC RHEUMATIC HEART DISEASE  
ADVANCED AGE**

**R.M. GAZIZOV, V.F. BOGOJAVLENSKI, A.P.  
TSIBULKIN**

**Abstract.** We study the long-term results of drug with immunomodulating activity Xymedon in the complex treatment of patients with chronic rheumatic heart disease and old age. It is shown that immunocorrective effect observed after complex therapy including Xymedon, in patients with chronic rheumatic heart disease and old age is partially preserved and 6 months after treatment. In patients with chronic rheumatic heart disease, the elderly who received conventional therapy, after discontinuation of treatment tended to restore the immune balance. For supporting immunocorrective effect in patients with chronic rheumatic heart disease and old age it be repeated courses of treatment Xymedon at least once every six months.

**Key words:** chronic rheumatic heart disease, old age, immunomodulators, Xymedon, long-term results.

**Введение.** Основной целью патогенетической терапии хронической ревматической болезни сердца (ХРБС), сформулированной в работах отечественных и зарубежных ученых (Ермолина Л.М., 2004; Насонов Е.Л., ред., 2008; Белов Б.С., Насонова В.А., Кузьмина Н.Н., 2008; Насонов Е.Л., Насонова В.А., ред., 2008; Белов Б.С., Кузьмина Н.Н., 2009; Meador R.J., Russel I.J. 2009 и др.) является подавление активности ревматического процесса, предупреждение прогрессирования имеющихся пороков сердца. По данным многих исследователей при лечении больных ХРБС отмечается высокая эффективность препаратов, обладающих иммунокорректирующим действием (Гриневич Ю.А., 1989; Передерин В.Г. и соавт., 1989; Караулов А.В., 1999; Земсков А.М. и соавт., 2008). Иммуномодулирующий эффект оригинального отечественного препарата ксимедона, синтезированного в институте органической и физической химии им. А.Е.Арбузова Казанского научного центра РАН и внесенного в Реестр лекарственных средств, разрешенных к применению в медицинской практике и к производству, был показан в экспериментальных и клинических исследованиях (Слабов Ю.Д., 1988, 1998; Измайлов С.Г., и соавт., 2001; Цибулькин А.П. и др., 2005 и др.). Эти данные были подтверждены на экспериментальной модели ревматизма у морских свинок (Нурмухаметова Э.Б., 1993) и при лечении больных хронической ревматической болезнью сердца (Соловьев Г.М. и соавт., 1987; Измайлов С.Г., 2001., Ацель Е.А. и соавт., 2010).

По литературным данным продолжительность действия иммуномодуляторов зависит от характера препарата, иммунных параметров и вида заболевания (Караулов А.В., 1999). На наш взгляд представляет интерес изучение продолжительности иммунокорректирующего эффекта ксимедона у больных ХРБС пожилого возраста, что позволит установить необходимость и примерные сроки проведения повторных курсов лечения.

**Цель исследования** - изучение динамики параметров иммунной системы на отдаленных сроках

у больных ХРБС пожилого возраста, получавших комплексную терапию с включением ксимедона.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилось 153 больных хронической ревматической болезнью сердца. Больные были подразделены на две группы. I группа - 59 больных (из них 16 – в возрасте 60 лет и старше) получали в течение трех недель только традиционную терапию (бензилпеницилин в/м в течение 10 дней; диклофенак или ибупрофен в течение 3-х недель внутрь, по показаниям иАПФ, мочегонные средства, сердечные гликозиды, препараты калия, антиаритмические препараты). II группа - 94 больных (из них 24 – в возрасте 60 лет и старше) на фоне традиционной терапии дополнительно получали ксимедон в таблетках по 0,5 г 3 раза в день внутрь ежедневно в течение трех недель.

Сроки лечения и дозы назначенных лекарств почерпнуты из литературных источников (Мирошник О.А., Редькин Ю.В., 2004; Чучалин А.Г., ред., 2008). Результаты клинко-лабораторного исследования больных сравнивались с результатами исследования контрольной группы, состоящей из 70 здоровых лиц – доноров аналогичного возраста и пола.

После окончания 3-недельного курса комплексного лечения проведено дальнейшее наблюдение за 28 больными ХРБС пожилого возраста. Из них мужчин – 6, женщин – 22, в возрасте 65-69 лет – 23, в возрасте 70-74 лет – 5.

У всех больных диагностированы различные пороки сердца: недостаточность митрального клапана – у 2, комбинированный митральный порок – у 19, сочетанный митрально-аортальный порок - у 7. ХСН IА стадии была у 25 больных, ХСН IБ стадии - у 3.

Повторное обследование, проведенное через 3 и 6 мес после окончания 3-недельного курса лечения включало: оценку самочувствия и объективного состояния, рутинный клинический и биохимический анализы крови, ЭКГ, Эхо-КГ, исследование показателей иммунной системы: определялись количество CD3+Т-лимфоцитов, их субпопуляций CD4+ и CD8+Т-лимфоцитов и их соотношение методом непрямого иммунофлюоресцентного анализа с использованием моноклональных антител серии ИКО(ВОНЦ, Россия) и серии ЛТ (Сорбент, Россия); функциональная активность лимфоцитов в тесте РБТЛ на ФГА и в тесте КонА индуцированной супрессии; уровень сывороточных иммуноглобулинов А, М, G (Mancini G. a. oth., 1964).

**Результаты работы и их обсуждение.** Установлено, что комплексная терапия больных ХРБС пожилого возраста с включением ксимедона в течение трех недель увеличивала количество Т-лимфоцитов и их субпопуляций, восстанавливала супрессорную активность лимфоцитов, стимулировала функциональную активность лимфоцитов, приводила к быстрой нормализации уровней сывороточных иммуноглобулинов. У больных ХРБС пожилого

возраста, получавших традиционную терапию, наблюдалось усугубление иммунного дисбаланса.

При повторном обследовании больных ХРБС пожилого возраста на отдаленных сроках (через 3 и 6 мес) получены следующие результаты:

При сравнении клиники, данных ЭКГ, результатов клинических и биохимических лабораторных методов исследования через 3 и 6 мес после окончания медикаментозного лечения существенных различий между I и II группами не обнаружено.

У больных ХРБС пожилого возраста I группы (ТТ) после прекращения лечения наблюдалось повышение уровня CD3+-Т- лимфоцитов: незначительное по сравнению с исходным (на 5,5%; P>0,05) через 3 мес и существенное (на 13,9%; P<0,05) через 6 мес, практически достигнув уровня показателя до лечения (таблица 1).

У больных ХРБС пожилого возраста II группы (ТТ+ксимедон) после прекращения лечения в отличие от больных I группы наблюдалось снижение уровня CD3+-Т- лимфоцитов: через 3 мес на 11,8% (P<0,05) и через 6 мес на 19,1% (P<0,001) (таблица 1). При этом уровень CD3+-Т- лимфоцитов у больных II группы через 6 мес оставался выше показателя до начала лечения на 21,3% (P<0,001).

Количество CD4+-Т- лимфоцитов у больных ХРБС пожилого возраста I группы через 3 мес было недостоверно сниженным по сравнению с исходным (на 3,4%; P>0,05), а через 6 мес – недостоверно повышенным (на 3,4%; P>0,05). При этом уровень CD4+-Т- лимфоцитов у больных I группы через 6 мес был выше показателя до начала лечения на 1,7% (P>0,05). Одновременно наблюдалось небольшое повышение уровня CD8+-Тлимфоцитов соответственно на 6,2% (P>0,05) и 12,5% (P<0,05) и снижение иммунорегуляторного индекса CD4+/CD8+ соответственно на 9,2% (P<0,05) и 8,1% (P>0,05). Уровень CD8+-Т-лимфоцитов у больных I группы (ТТ) через 6 мес был выше показателя до начала лечения на 5,9% (P>0,05), иммунорегуляторный индекс CD4+/CD8+ (ИРИ) – ниже на 5,8% (P>0,05).

Количество CD4+-Т- лимфоцитов у больных ХРБС пожилого возраста II группы через 3 мес и 6 мес было сниженным по сравнению с показателями в конце курса терапии соответственно на 5,9% (P>0,05) и 16,7% (P<0,05). Уровень CD4+-Т- лимфоцитов у больных II группы через 6 мес оставался выше показателя до начала лечения на 21,3% (P<0,001). Одновременно наблюдалось снижение уровня CD8+-Тлимфоцитов соответственно на 7,1% (P>0,05) и 21,4% (P<0,001) и повышение ИРИ соответственно на 1,3% (P>0,05) и 6,0% (P>0,05). Уровень CD8+-Тлимфоцитов у больных ХРБС пожилого возраста II группы через 6 мес оставался выше показателя до начала лечения на 31,8% (P<0,001).

При исследовании функциональной активности лимфоцитов в тестах Кона индуцированной супрессии и РБТЛ с ФГА у больных ХРБС пожилого возраста, которым была проведена традиционная

терапия (I группа), через 3 мес и 6 мес выявлено повышение индекса супрессии (ИСу) на 3,6% (P>0,05) и 9,8% (P>0,05) и индекса стимуляции (ИСт) на 19,5% (P>0,05) и 11,4% (P>0,05) по сравнению с показателями в конце курса терапии (таблица 2). ИСу у больных I группы через 6 мес оставался выше показателя до начала лечения на 6,1% (P>0,05), а ИСт – ниже показателя до начала лечения на 8,1% (P>0,05).

При исследовании функциональной активности лимфоцитов в тестах Кона индуцированной супрессии и РБТЛ с ФГА у больных ХРБС пожилого возраста, которым была проведена комплексная терапия с включением ксимедона (II группа), через 3 мес и 6 мес выявлено снижение индекса супрессии соответственно на 2,8% (P>0,05) и 29,9% (P<0,05) и индекса стимуляции соответственно на 11,7% (P<0,05) и 33,6% (P<0,001) по сравнению с показателями в конце курса терапии (таблица 2). ИСу и ИСт у больных II группы через 6 мес оставались выше показателя до начала лечения соответственно на 20,7% (P<0,05) и 36,1% (P<0,001).

Таблица 1  
Динамика содержания Т-лимфоцитов и их субпопуляций на отдаленных сроках у больных ХРБС пожилого возраста, получавших ТТ(I группа) и комплексную терапию с включением ксимедона(II группа).

Показатель	Сроки	Здоровые	I группа	II группа
CD3+ -Т-лимфоциты, x10 <sup>9</sup> /л	До лечения	1,30 ± 0,02	0,80 ± 0,02*	0,70 ± 0,02*
	После курса лечения		0,72 ± 0,02*	1,10 ± 0,03*
	Через 3 мес		0,76 ± 0,03*	0,97 ± 0,04**
	Через 6 мес		0,82 ± 0,04*	0,88 ± 0,02*
CD4+ -Т-лимфоциты, x10 <sup>9</sup> /л	До лечения	0,90 ± 0,02	0,60 ± 0,02*	0,55 ± 0,02*
	После курса лечения		0,59 ± 0,03*	0,84 ± 0,02**
	Через 3 мес		0,57 ± 0,01*	0,79 ± 0,02*
	Через 6 мес		0,61 ± 0,02*	0,70 ± 0,03*
CD8+ -Т-лимфоциты, x10 <sup>9</sup> /л	До лечения	0,45 ± 0,02	0,17 ± 0,01*	0,15 ± 0,01*
	После курса лечения		0,16 ± 0,01*	0,28 ± 0,01*
	Через 3 мес		0,17 ± 0,01*	0,26 ± 0,01*
	Через 6 мес		0,18 ± 0,02	0,22 ± 0,01*
ИРИ (CD4+/CD8+)	До лечения	2,00 ± 0,19	3,60 ± 0,20*	3,67 ± 0,91*
	После курса лечения		3,69 ± 0,16*	3,00 ± 0,21*
	Через 3 мес		3,35 ± 0,14*	3,04 ± 0,16*
	Через 6 мес		3,39 ± 0,12*	3,18 ± 0,11*

\* - достоверное отличие от здоровых (P<0,05),

\*\* - достоверное отличие от I группы (P<0,05)

При изучении остаточного действия ТТ у больных ХРБС пожилого возраста на уровень сывороточных иммуноглобулинов через 3 мес и 6 мес выявлено небольшое повышение уровня IgA соответственно на 6,0% (P>0,05) и 10,3% (P<0,05), IgM - на 5,3% (P>0,05) и 7,0% (P>0,05) и IgG - на 4,6% (P>0,05) и 10,2% (P<0,05)) по сравнению с показателями в конце курса лечения (таблица 3).

Уровни иммуноглобулинов у больных I группы через 6 мес не отличались от показателей до начала лечения.

Таблица 2

Динамика показателей функциональной активности лимфоцитов в тестах РБТЛ с ФГА и КонА индуцированной супрессии на отдаленных сроках у больных ХРБС пожилого возраста, получавших ТТ (I группа) и комплексную терапию с включением ксимедона (II группа).

Показатель	Сроки	Здоровые	I группа	II группа
Индекс Стимуляции Ист	До лечения	85,30 ± 6,10	23,60 ± 4,80*	27,30 ± 4,70*
	После курса лечения		22,46 ± 4,12*	64,42 ± 5,66**
	Через 3 мес		26,84 ± 6,04*	56,85 ± 3,92**
	Через 6 мес		25,03 ± 5,27*	42,76 ± 4,91**
Индекс Супрессии ИСу	До лечения	38,42 ± 3,05	15,76 ± 1,72*	16,91 ± 1,30*
	После курса лечения		13,19 ± 0,89*	30,41 ± 2,18**
	Через 3 мес		13,67 ± 1,26*	29,56 ± 2,11**
	Через 6 мес		14,48 ± 1,52*	21,32 ± 1,72**

\* - достоверное отличие от здоровых (P<0,05),

\*\* - достоверное отличие от I группы (P<0,05).

При изучении остаточного действия комплексной терапии больных ХРБС пожилого возраста с включением ксимедона (II группа) на уровень сывороточных иммуноглобулинов через 3 мес выявлено небольшое снижение уровней IgA на 1,4% (P>0,05) и IgG на 1,8% (P>0,05) и повышение уровня IgM на 12,1% (P<0,05), через 6 мес – повышение уровней IgA на 8,0% (P<0,05) и IgM на 19,7% (P<0,05) и снижение уровня IgG на 6,5% (P>0,05) по сравнению с показателями в конце курса лечения (таблица 3). Уровни IgA и IgM у больных II группы через 6 мес оставались ниже показателей до начала лечения соответственно на 6,3% (P>0,05) и 15,5% (P<0,05), а уровень IgG - выше показателя до начала лечения на 5,8%.

Таблица 3

Динамика содержания сывороточных иммуноглобулинов А, М, G на отдаленных сроках у больных ХРБС пожилого возраста, получавших ТТ (I группа) и комплексную терапию с включением ксимедона (II группа).

Показатель	Сроки	Здоровые	I группа	II группа
IgA, г/л	До лечения	2,69 ± 0,06	3,31 ± 0,08*	3,18 ± 0,07*
	После курса лечения		3,01 ± 0,08*	2,76 ± 0,09**
	Через 3 мес		3,19 ± 0,11*	2,72 ± 0,07**
	Через 6 мес		3,32 ± 0,09*	2,98 ± 0,08**
IgM, г/л	До лечения	1,14 ± 0,02	1,84 ± 0,04*	1,87 ± 0,04*
	После курса лечения		1,70 ± 0,08*	1,32 ± 0,11**
	Через 3 мес		1,79 ± 0,11*	1,48 ± 0,07*
	Через 6 мес		1,82 ± 0,09*	1,58 ± 0,08**
IgG, г/л	До лечения	13,49 ± 0,15	12,35 ± 0,19*	11,96 ± 0,14*
	После курса лечения		11,18 ± 0,12*	13,54 ± 0,19**

Через 3 мес	11,69 ± 0,18*	13,29 ± 0,14**
Через 6 мес	12,32 ± 0,15*	12,66 ± 0,17**

\* - достоверное отличие от здоровых (P<0,05),

\*\* - достоверное отличие от I группы (P<0,05)

**Выводы:**

1. У больных ХРБС пожилого возраста на отдаленных сроках наблюдалось закономерное снижение иммунокорректирующего эффекта, достигнутого в результате комплексного лечения с включением ксимедона: снижение количества CD3+-, CD4+- и CD8+-Т-лимфоцитов с одновременным снижением супрессорной и функциональной активности лимфоцитов, повышением уровней IgA и IgM и снижением уровня IgG.
2. Частичный иммунокорректирующий эффект у больных ХРБС пожилого возраста сохранялся через 6 мес после окончания лечения.
3. У больных ХРБС пожилого возраста, получавших традиционную терапию, на отдаленных сроках наблюдалась тенденция к восстановлению иммунного баланса, нарушенного в процессе лечения: повышение количества CD3+- и CD8+-Т-лимфоцитов, повышение супрессорной и функциональной активности лимфоцитов.

Для получения поддерживающего иммунокорректирующего эффекта у больных ХРБС пожилого возраста целесообразно проведение повторных курсов лечения ксимедоном не реже одного раза в полгода

**Литература:**

1. Ацель Е.А., Газизов Р.М., Белопухов В.М. Гемореологические нарушения и методы их коррекции при заболеваниях сердца. Казань, Изд-во «Бриг», 2010. – 240 с.
2. Белов Б.С., Насонова В.А., Кузьмина Н.Н. Острая ревматическая лихорадка: современные этиопатогенетические аспекты. //Научно-практическая ревматология, 2008, № 8, с. 51-58.
3. Белов Б.С., Кузьмина Н.Н. Острая ревматическая лихорадка.// Научно-практическая ревматология, 2009, № 2, приложение, с. 3-8.
4. Ермолина Л.М. Острая ревматическая лихорадка. Хронические ревматические болезни сердца. - М.: ООО «Издательский дом «М-Вести», 2004. – 184 с.
5. Земсков А.М., Земсков В.М., Есауленко И.Э., Земсков М.А., Тонких Р.В., Золотев В.И. Новые принципы оценки и коррекции иммунологических расстройств. М.: «Триада-Х», 2008.- 336 с.
6. Измайлов С.Г., Измайлов Г.А., Аверьянов М.Ю., Резник В.С. Ксимедон в клинической практике. – Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 2001. – 188 с.

7. Клиническая иммунология./Под ред. А.В.Караулова.- М. МИА, 1999.- 604с.
8. Клинические рекомендации. Ревматология /Под ред. Е.Л.Насонова. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 288 с.
9. Мирошник О.А., Редькин Ю.В. Иммуномодуляторы в России. Справочник. Омск: Издательство «Полиграфический центр», 2004. – 342 с.
10. Нурмухаметова Э.Б. Клинико-экспериментальное обоснование применения ксимедона при ревматизме. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук, Казань, 1993, 22 с.
11. Ревматология: национальное руководство / Под ред. Е.Л.Насонова, В.А.Насоновой. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
12. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск IX. / Под ред. А.Г.Чучалина, Ю.Б.Белоусова, В.В.Яснецова – М.: 2008. - 1000 с.
13. Цибулькин А.П., Скороходкина О.В., Цибулькин Н.А. Иммунорегуляторные взаимодействия в системе Th1-Th2 лимфоцитов – основа развития как патологического процесса, так и терапевтического эффекта ксимедона у пациентов с atopическими аллергическими заболеваниями. // Казан. мед. ж., 2005, том LXXXVI, № 2, с. 87-91.
14. Mancini G., Vaerman J-P., Carbonera P.O., Heremans J.J. A single radial-diffusion method for the immunological quantitation of protein. // Procides of biological fluids/ Ed. N. Pecters Amsterdam; L. № 4; Elsevier, 1964, P. 370-379.
15. Meador R. J., Russell I. J. Acute Rheumatic Fever. eMedicine Rheumatology. Updated: Jul 31, 2009. <http://emedicine.medscape.com/article/333103-print>

**004. ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА И ХАРАКТЕРИСТИКА ВЫЯВЛЯЕМЫХ ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СОТРУДНИКАМ ОВД В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН И ВЕДОМСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.**

**А.Д. Галиуллин, Ю.А. Крни,**

Медико-санитарная часть МВД по РТ, Казань, Россия

**Реферат:** данная статья включает в себя основные критерии проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи сотрудникам органов внутренних дел на территории республики Татарстан, основные характеристики выявляемых дефектов, а также меры, направленные на снижение уровня дефектности медицинской помощи.

**Ключевые слова:** качество медицинской помощи, сотрудники ОВД, врачебные ошибки.

Начиная с 2006 года и по сегодняшний день врачами-экспертами отделения экспертизы качества оказания медицинской помощи МСЧ МВД по Республике Татарстан производится постоянная работа, направленная на предупреждение нарушений лечебно-учреждениями контрактных обязательств в процессе оказания медицинских услуг сотрудникам органов внутренних дел. В контексте этого вида деятельности производится текущий контроль подаваемой на оплату документации, с кратностью 2 раза в год производятся выездные проверки в лечебно-профилактические учреждения системы здравоохранения Республики Татарстан, в которых на договорной основе оказывается помощь сотрудникам органов внутренних дел (далее – ОВД). При проведении выездных проверок особое внимание уделяется выявлению нарушений лечебно-профилактическими учреждениями условий контракта и регламентируемых Постановлением правительства РФ №911 от 31.12.2004 г. «О порядке оказания медицинской помощи, санаторно-курортного обеспечения и осуществления отдельных выплат некоторым категориям военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов и членам их семей» (далее по тексту ППРФ от 31.07.2004 г № 911) правил оказания медицинской помощи сотрудникам ОВД. Также производится непосредственная экспертиза качества оказания медицинской помощи. В результате проводимых проверок отмечены многочисленные нарушения правил оформления медицинской документации, направления сотрудников в стационары и в амбулаторно-поликлинические учреждения, кроме того, выявлены случаи ведения истории болезни в отсутствие факта оказания медицинской услуги, завышения тарифов; выявлены случаи позднего оказания медпомощи, иные врачебные нарушения.

Предлагаем вашему вниманию обзор нарушений правил оказания медпомощи и иных выявленных в ходе проверок дефектов, а также мероприятий, направленных на предупреждение возникновения подобных нарушений в будущем и улучшения качества оказываемых медицинских услуг.

В своей работе мы встречаемся со следующими видами проблем:

1. Нарушение условий контракта - неисполнение, или ненадлежащее исполнение лечебным учреждением указанных в контракте условий, к примеру, госпитализация плановых пациентов – сотрудников ОВД без направления, выданного поликлиникой, здравпунктом или кадровым подразделением ОВД, отсутствие на платежной документации отметок о согласовании данных о пролеченных сотрудниках в кадровом подразделении внутренних дел и т. д.

2. Нарушение правил оформления документации. Данные правила регламентируются ППРФ от 31.07.2004 г № 911, наиболее частым нарушением является предоставление счетов – реестров, в которых на оплату подаются сотрудники других силовых