

СОМЦ ФМБА РОССИИ

федеральный медицинский центр
основан в 1926 году

НАУЧНЫЕ ТРУДЫ ФГБУЗ

Сибирский окружной
медицинский центр Федерального
медико-биологического агентства

4

Новосибирск 2015

ФЕДЕРАЛЬНОЕ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«СИБИРСКИЙ ОКРУЖНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА»

**НАУЧНЫЕ ТРУДЫ
ФГБУЗ «СИБИРСКИЙ ОКРУЖНОЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
ФЕДЕРАЛЬНОГО
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА»**

Под общей редакцией
О.В. Стрельченко

Том 4

Новосибирск
2015

УДК 614.2:616-082 (063)
ББК 51.1 (2)
Н34

Редакционная коллегия:

к.м.н. О.В. Стрельченко, д.м.н. Т.Е. Виноградова, к.м.н. О.А. Зарубенков,
к.м.н. И.С. Кунин, А.Л., Заиграев, И.Ф. Мингазов,
д.м.н. В.М.Чернышев



Сертификат системы менеджмента качества в соответствии с ГОСТ ISO 9001-2011 (ИСО 9001:2011)

Н34 **Научные труды ФГБУЗ «Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» / Том 4. / Под общей редакцией О.В. Стрельченко – Новосибирск. – ООО «Сибирское университетское издательство», 2015. – 189 с.**

ISBN 978-5-379-01991-4

В сборнике опубликованы статьи сотрудников ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (Центр) и других учреждений здравоохранения, включая Новосибирский медицинский университет, Новосибирский медицинский колледж.

В сборник включены материалы, посвященные клинике, исследованиям, проведенным на базе структурных подразделений Центра и других учреждений, а так же вопросам организации оказания медицинской помощи населению.

Предназначен для широкого круга читателей: клиницистов, исследователей и организаторов здравоохранения.

УДК 614.2:616-082 (063)
ББК 51.1 (2)

Работы опубликованы в авторской редакции

ISBN 978-5-379-01991-4

© ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, 2015

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	9
<i>О.В. Стрельченко</i> КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ОСНОВА ЭФФЕКТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	10
1. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
<i>Е.Ю. Герман</i> СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК ЭЛЕМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ С ПОЗИЦИИ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ	20
<i>Н. П. Гурьянова, П. Т. Пономарёв</i> О ПРИМЕНЕНИИ ИСКУССТВЕННОЙ ИОНИЗАЦИИ ВОЗДУХА В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	23
<i>П.Ю. Зверев</i> РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА И УРОВНЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ БОЛЬНЫХ СТАЦИОНАРА	27
<i>Л.В. Канунникова</i> МЕДИАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	30
<i>С.А. Королева</i> ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ «МЕДИАЛОГ» В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ	43
<i>Т.А. Пакулина</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ФЕДЕРАЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	35
<i>О.В. Стрельченко, А.Л. Заиграев</i> НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ «ЭЛЕКТРОННЫЙ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ»	39

CONTENT

Preface	9
<i>O.V. Strelchenko</i> THE QUALITY OF MEDICAL AID – THE BASIS FOR EFFICIENT OPERATION OF MEDICAL ORGANIZATIONS	10
1. ORGANIZATION OF HEALTH CARE	
<i>E.Yu. Herman</i> STANDARDIZATION IN HEALTH CARE AS AN ELEMENT OF QUALITY MANAGEMENT FROM A POSITION OF REAL CLINICAL PRACTICE	20
<i>N.P. Gurianova, P.T. Ponomarev</i> ON THE APPLICATION OF ARTIFICIAL IONIZATION OF AIR IN HOSPITALS	23
<i>P.Y. Zverev</i> THE RESULTS OF THE MONITORING OF THE MICROBIAL LANDSCAPE AND THE LEVEL OF ANTIBIOTIC RESISTANCE OF MICROORGANISMS OF PATIENTS HOSPITAL	27
<i>L.V. Kanunnikova</i> MEDIATION IN HEALTHCARE	30
<i>S.A. Koroleva</i> THE EXPERIENCE OF IMPLEMENTING MEDICAL INFORMATION SYSTEMS “MEDIALOG” IN THE CLINICAL DIAGNOSTIC LABORATORY	43
<i>T.A. Pakulina</i> ORGANIZATION PROVIDING HIGH- TECH MEDICAL CARE IN FEDERAL HEALTH CARE FACILITY	35
<i>O.V. Strelchenko, A.L. Zaigraev</i> SOME RESULTS OF PILOT PROJECT «ELECTRONIC DISABILITY CERTIFICATE»	39

<i>О.В. Стрельченко, В.М. Чернышев, И.Ф. Мингазов, Э.В. Герасимова, В.А. Зиновьева</i> О ТЕНДЕНЦИЯХ В СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ	43	<i>O.V. Strelchenko, V.M. Chernyshev, I.F. Mingazov, E.V. Gerasimova, V.A. Zinovieva</i> ON THE TRENDS IN MORTALITY IN THE RUSSIAN FEDERATION AND THE NOVOSIBIRSK REGION
<i>О.В. Стрельченко, Е.С. Козорезова, И.Ю. Ментюкова-Суздальцева</i> ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА	53	<i>O.V. Strelchenko, E.S. Kozorezova, I.Y. Mentyukova-Suzdaltseva</i> COMPUTERIZATION OF THE PATHOLOGY SERVICE MULTIDISCIPLINARY CLINIC
<i>О.В. Стрельченко, О.А. Зарубенков, И.Ю. Шоркина</i> ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ ABC/VEN АНАЛИЗ ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ ЗА 2014 ГОД	57	<i>O.V.Strelchenko, O.A.Zarubenkov, I.Y.Shorkina</i> PHARMACOECONOMIC ABC/VEN ANALYSIS FOR 2014 YEAR
<i>Л.А. Хван</i> КЛИЕНТОРИЕНТИРОВАННЫЙ СЕРВИС В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	69	<i>L.A. Khvan</i> CUSTOMER-FOCUSED SERVICE IN A HEALTHCARE ORGANIZATION
<i>В.М. Чернышев, О.В. Стрельченко, Л.А. Бабенко</i> ИЗУЧЕНИЕ ЭТИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА, КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ	73	<i>V.M. Chernyshev, O.V. Strelchenko, L.A. Babenko</i> THE STUDY OF THE ETHICAL SIDE OF THE ORGANIZATION OF MEDICAL-DIAGNOSTIC PROCESS, AS AN IMPORTANT FACTOR IN IMPROVING MEDICAL CARE
<i>В.М. Чернышев</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЙТИНГОВОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА	77	<i>V.M. Chernyshev</i> THE USE OF THE RATING SYSTEM FOR THE EVALUATION OF THE RESULTS OF SOCIOLOGICAL SURVEY
2. ДИАГНОСТИКА		2. DIAGNOSTICS
<i>Е.П. Бондаренко, С.А. Королева</i> ВЫЯВЛЕНИЕ РАННИХ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ ГРАЖДАН	83	<i>E.P. Bondarenko, S.A. Koroleva</i> THE DETECTION OF EARLY DISTURBANCES OF CARBOHYDRATE METABOLISM DURING PREVENTIVE EXAMINATIONS OF CITIZENS
<i>Л.И. Бурчак, С.А. Королева</i> АНАЛИЗ ВЫСЕВАЕМОСТИ ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ УША, ГОРЛА И НОСА И	85	<i>L.I. Burchak, S.A. Koroleva</i> ANALYSIS OF VISIVAMENTE PATHOGENS IN PATIENTS WITH DISEASES OF EAR, NOSE AND THROAT

М.М. Зарипов, О.В. Стрельченко, И.С. Кунин
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ
УРОДИНАМИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ELLIPSE
ПРИ РАССТРОЙСТВАХ МОЧЕИСПУСКАНИЯ
У ЖЕНЩИН

87

M.M. Zaripov, O.V. Strelchenko,
I.S. Kunin
CLINICAL EXPERIENCE OF USING
URODYNAMIC SYSTEM ELLIPSE
FOR DISORDERS OF URINATION IN
WOMEN

*В.Н. Зубкова, Н.А. Полянская, Л.Н. Брылкина,
Ю.В. Балабанова*
ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ
ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ
У РАБОТНИКОВ ОАО «НЗХК» ПО ДАННЫМ
ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ
ОСМОТРОВ

89

*V.N. Zubkova, N.A. Polyanskaya,
L.N. Brylkina, Y.V. Balabanova*
AN OVERVIEW OF THE RESULTS
OF THE STUDY OF RESPIRATORY
FUNCTION IN WORKERS OF JSC
«NCCP» ACCORDING TO PERIODIC
MEDICAL EXAMINATIONS

*Е.С. Козорезова, О.В. Стрельченко,
О.А. Зарубенков, В.Б. Петров, Т.А. Агеева,
Р.В. Шорохов, Н.В. Юрина*
РОЛЬ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИС-
СЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ
НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

91

*E. S. Kozorezova, O.V. Strelchenko,
O.A. Zarubencov, V.B. Petrov,
T.A. Ageeva, R.V. Shorokhov, N.V. Urina*
THE ROLE OF MORPHOLOGICAL
METHODS OF RESEARCH IN
DIAGNOSTICS OF NEUROENDOCRINE
TUMORS OF THE PANCREAS

*Е.С. Козорезова, О.В. Стрельченко,
О.А. Зарубенков, Е.Н. Филатова, В.Б. Петров,
И.Р. Бухановская*
СКРИНИНГ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

99

*E. S. Kozorezova, O.V. Strelchenko,
O.A. Zarubencov, E.N. Filatova,
V.B. Petrov, I.R. Bukhanovskaya*
THE CERVICAL CANCER SCREENING

*А.В. Соснина, Е.Л. Конько, Н.С. Ивлева,
Ю.В. Балабанова*
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ЭЛАСТОГРАФИЯ
В ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВОЙ ПАТОЛОГИИ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МОЛОЧНЫХ
ЖЕЛЕЗ

105

*A.V. Sosnina, E.L. Konko, N.S. Ivleva,
Y.V. Balabanova*
ULTRASOUND ELASTOGRAPHY IN
DIAGNOSIS OF FOCAL PATHOLOGIES
OF THE THYROID AND MAMMARY
GLANDS

3. КЛИНИКА

3. CLINIC

Л.А. Бабенко, Д.В. Сазонов, А.В. Ярмошук
ОПТИКОМИЕЛИТ ДЕВИКА (клинический
случай)

110

*L.A. Babenko, D.V. Sazonov,
A.V. Yarmoschuk*
NEUROMYELITIS OPTICA DEVIKA
(clinical case)

*В.А. Вишнякова, О.В. Стрельченко,
О.А. Зарубенков, О.Н. Мельников*
ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ
ТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
ЛОС ОРГАНОВ

119

*V. A. Vishnyakova, O.V. Strelchenko,
O.A. Zarubencov, O.N. Melnikov*
THE USE OF PHOTODYNAMIC
THERAPY FOR DISEASES OF LOR
ORGANS

*О.А. Зарубенков, П.А. Таранов, Р.В. Шорохов,
А.Н. Усов*
ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ
БЕЗ УСТАНОВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО
ОЧАГА

125

*O.A. Zarubencov, P.A. Taranov,
R.V. Shorokhov, A.N. Usov*
THE MANAGEMENT OF PATIENTS
WITH TUMORS WITHOUT AN
ESTABLISHED PRIMARY TUMOR

*О.А. Зарубенков, П.А. Таранов, Р.В. Шорохов,
А.Н. Усов*

ПРИМЕНЕНИЕ ОДНОРЯДНОГО
АНАСТОМОЗА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА
В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

128

*O.A. Zarubencov, P.A. Taranov,
R.V. Shorokhov, A.N. Usov*

SINGLE ROW STITCHES
ANASTOMOSES APPLYING FOR
STOMACH RESECTION IN ONCOLOGY

А.А. Зейдлиц

ВВЕДЕНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕТОДОВ
ХИМИОТЕРАПИИ В СТАЦИОНАРЕ

131

A.A. Seydlitz

INTRODUCTION AND ORGANIZATION
METHODS OF CHEMOTHERAPY IN
HOSPITAL

*А.П. Мищенко, Н.Б. Капустинская,
Н.В. Березюк, А.А. Хегай, О.И. Чепурнов,
А.М. Трепольская, В.Н. Ковалев, А.А. Мизик*

АНЕСТЕЗИЯ
ПРИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ
ОПЕРАЦИЯХ НА ГОРТАНИ
С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТА ВЧ ИВЛ

134

*A.P. Mischenko, N.B. Kapustinskaya,
N.V. Berezyuk, A.A. Khegai,
O.I. Chepurnov, A.M. Tripolskaya,
V.N. Kovalev, A.A. Mizik*

ANESTHESIA FOR
OTORHINOLARYNGOLOGICAL
OPERATIONS ON THE LARYNX WITH
THE USE OF THE DEVICE HIGH-
FREQUENCY VENTILATION

Е.П. Рогалева

КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ
ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ОПУХОЛЯХ
ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА
И ТОЛСТОЙ КИШКИ

136

E.P. Rogaleva

COMPLEX METHOD OF ENDOSCOPIC
RECANALIZATION OF STENOSING
TUMORS OF THE UPPER
GASTROINTESTINAL TRACT AND
COLON

Д.В. Сазонов, Л.А. Бабенко, А.В. Ярмошук
ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ – ВОЗМОЖНАЯ
ПЕРСПЕКТИВА ПОИСКА НОВЫХ
ПОДХОДОВ В ЛЕЧЕНИИ РАССЕЯННОГО
СКЛЕРОЗА

138

*D.V. Sazonov, L.A. Babenko,
A.V. Yarmoschuk*

TARGETED THERAPY – POSSIBLE
PROSPECT SEARCH NEW
APPROACHES IN TREATMENT OF
MULTIPLE SCLEROSIS

*О.В. Стрельченко, О.А. Зарубенков,
Ю.В. Балабанова, А.В. Андреев, Е.П. Рогалева,
А.С. Пасичник, М.Г. Пищаев*

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ
ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
В СОЧЕТАНИИ С ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ
ФУНДОПЛИКАЦИЕЙ

144

*O.V. Strelchenko, O.A. Zarubencov,
Y.V. Balabanova, A.V. Andreev,
E.P. Rogaleva, A.S. Pasichnyk,
M.G. Pishaev*

EXPERIENCE OF COMPLEX
TREATMENT OF BARRETT'S
ESOPHAGUS USING ENDOSCOPIC
PHOTODYNAMIC THERAPY IN
COMBINATION WITH LAPAROSCOPIC
FUNDOPLICATION

*О.В. Стрельченко, О.А. Зарубенков,
Ю.В. Шоркин, М.В. Серякова*
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО
ПРОЛАПСА И СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ
МОЧИ

146

*O.V. Strelchenko, O.A. Zarubencov,
Y.V. Shorkin, M.V. Seryakova*
EXPERIENCE IN THE TREATMENT
OF GENITAL PROLAPSE AND STRESS
URINARY INCONTINENCE

С.А. Чернигина
ДИАГНОСТИКА СПОНДИЛОАРТРИТА
У ПАЦИЕНТА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО
ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА (случай из
практики)

149

S.A. Chernigina
DIAGNOSIS OF SPONDYLARTHROSIS
IN THE PATIENT IN THE THERAPEUTIC
DEPARTMENT OF THE HOSPITAL (case
study)

4. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

И.В. Герман, Е.В. Леонтьева
ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ
СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА
В ОБЛАСТИ СТОМАТОЛОГИИ
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

153

4. NURSING

I.V. German, E.V. Leontyeva
TRAINING MEDICAL MID-LEVEL
PROFESSIONALS IN DENTISTRY IN
MODERN CONDITIONS

С.В. Домахина, М.Е. Бакеренко
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ
НОВОСИБИРСКОГО МЕДИЦИНСКОГО
КОЛЛЕДЖА ПО ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ
С РАБОДАТЕЛЯМИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ
СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

156

S.V. Domahina, M.E. Bakerenko
PRODUCTIVITY IN NOVOSIBIRSK
MEDICAL COLLEGE FOR INTERACTION
WITH EMPLOYERS IN TRAINING FOR
PRACTICAL HEALTH

В.А. Залесова
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД
К ОРГАНИЗАЦИИ ДОДИПЛОМНОЙ
СПЕЦИАЛИЗАЦИИ СТУДЕНТОВ
СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»
В ФОРМАТЕ СОЦИАЛЬНОГО ПАРТНЕРСТВА
КАК ОДНО ИЗ ОСНОВНЫХ УСЛОВИЙ
ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
АДАПТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ

162

V. A. Zalesova
AN INTEGRATED APPROACH TO THE
ORGANIZATION OF UNDERGRADUATE
SPECIALIZATIONS STUDENTS
MAJORING IN «NURSING» IN THE
FORMAT OF SOCIAL PARTNERSHIP
AS ONE OF THE BASIC CONDITIONS
FOR EFFECTIVE PROFESSIONS OF
ADAPTATION OF GRADUATES

Г.П. Кашуба, О.Б. Плуталова, Е.Ю. Орлова
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ
ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ ВОЗДУХА
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИМПУЛЬСНОЙ
УСТАНОВКИ «АЛЬФА-01»

166

G.P. Kashuba, O.B. Plutalova, E. Orlova
MODERN METHODS OF AIR
DISINFECTION USING AN IMPULSE
OF THE «ALPHA-01»

Е.П. Колдобанова, Н.М. Исакова
ИЗ ОПЫТА ПРОФОРИЕНТАЦИОННОЙ
РАБОТЫ НОВОСИБИРСКОГО
МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

170

E.P. Koldobanova, N.M. Isakova
FROM EXPERIENCE CAREER
GUIDANCE NOVOSIBIRSK MEDICAL
COLLEGE

В.А. Малиновская
СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ
КАК ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР
РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

175

V.A. Malinovskaya
SIMULATION TRAINING AS A
FUNDAMENTAL FACTOR OF
DEVELOPMENT A MODERN MEDICAL
EDUCATION

О.В. Стрельченко, Е.Ю. Орлова
ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ
ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (на
примере использования метода «Сухой
закладки»)

181

O.V. Strelchenko, E.Yu. Orlova
ECONOMIC ASPECTS OF
INTRODUCTION OF INNOVATIVE
TECHNOLOGIES (using for example
the method of "Dry laying")

Е.Л. Юрасова, О.В. Черновская
ФОРМИРОВАНИЕ ОБЩИХ КОМПЕТЕНЦИЙ
У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО
КОЛЛЕДЖА В ПРОЦЕССЕ РЕАЛИЗАЦИИ
ПРОЕКТА «ЧЕРЕЗ ТВОРЧЕСТВО
К ПРОФЕССИИ»

184

E.L. Yurasova, O.V. Chernovskaya
FORMATION OF GENERAL
COMPETENCES OF STUDENTS OF
MEDICAL COLLEGE IN THE COURSE
OF THE PROJECT «THROUGH THE
WORK OF THE PROFESSION»

Предисловие

Хорошей традицией в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (далее Центр) стало издание «Научных трудов ФГБУЗ «Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства», очередной том (4) вы держите в руках, и это несмотря на то, что наш Центр является учреждением практического здравоохранения. В нем всегда с большим уважением и вниманием как руководство, так и практические врачи относили к тем, кто занимается исследовательской работой. Сегодня 11 сотрудников имеют ученые степени. Многие годы Центр сотрудничает с НИИ СО РАМН и РАН, с Новосибирским государственным медицинским университетом, а с этого года и с медицинским факультетом Новосибирского государственного университета, некоторые сотрудники являются преподавателями указанных вузов.

Руководством Центра всегда поощряло как занятия научно-исследовательской работой, так и преподавательскую деятельность. Много внимания уделяется повышению квалификации. Наряду с традиционными формами (усовершенствование, переподготовка и т.д.), более 50 сотрудников ежегодно участвуют в научно-практических мероприятиях разного уровня, выступают с докладами.

Поощрение творчества, создание условий для занятия исследовательской работой, активные контакты с коллегами из других учреждений города и территорий, способствовало тому, что в настоящее время в коллективе трудится много высококвалифицированных специалистов благодаря чему, Центр, один из немногих учреждений практического здравоохранения г. Новосибирска, осуществляет оказание высокотехнологичной медицинской помощи, как жителям области, так и Сибирского федерального округа.

В связи с выше изложенным издание сборника стало логическим шагом и получило поддержку не только со стороны врачей, но и специалистов со средним медицинским образованием, которые тоже охотно подводят итоги своей деятельности, щедро делятся накопленным опытом, поэтому и был выделен отдельный раздел «Сестринское дело».

В 4 томе традиционно, наряду с сотрудниками Центра, опубликованы статьи представителей НГМУ, Новосибирского медицинского колледжа, которые посвящены вопросам организации здравоохранения, достижениям в диагностике и лечении заболеваний, а так же подготовке медицинских кадров. Мы искренне надеемся, что материалы сборника будут интересны и полезны для тех, кто с ними ознакомится и с благодарностью примем пожелания и предложения по его совершенствованию.

О. Стрельченко,
директор ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России,
кандидат медицинских наук

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ОСНОВА ЭФФЕКТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

О.В. Стрельченко

Аннотация. Обеспечение качества медицинской помощи одно из основных направлений деятельности медицинских организаций в последнее время, т.к. оно играет важную роль в повышении конкурентоспособности. В статье описаны некоторые общепринятые принципы формирования системы менеджмента качества, а так же работа, проделанная в связи с этим в Сибирском окружном медицинском центре. Показано положительное влияние информатизации учреждения на состояние лечебно-диагностического процесса и управление учреждением, приведены некоторые полученные при этом итоги (рационализация использования финансовых средств, повышение инфекционной безопасности и качества оформления документации, привлекательности учреждения для пациентов, успешное выполнение плановых заданий и др.).

THE QUALITY OF MEDICAL AID – THE BASIS FOR EFFICIENT OPERATION OF MEDICAL ORGANIZATIONS

O.V. Strelchenko

Abstract. Ensuring the quality of medical care one of the main directions of activity of medical organizations in recent times, because it plays an important role in enhancing competitiveness. The article describes some common principles of formation of system of quality management, as well as the work done in this regard in the Siberian district medical center. The positive influence of information institutions on the status of medical-diagnostic process and management of the institution, shows some of the thus obtained results (rationalization of use of funds, improving infection safety and quality documentation, the attractiveness of the institution for patients, and successful performance of planned targets, etc.).

В последние годы особо важное значение приобретает проблема обеспечения населения доступной и качественной медицинской помощью. Ее эффективное решение требует разработки и внедрения новых методологических и методических подходов к планированию, организации и финансированию здравоохранения и, прежде всего, к изучению и оценке качества предоставляемой населению медицинской помощи.

Поиску путей эффективного решения проблемы обеспечения качества медицинской помощи (КМП) в условиях ограничения ресурсов здравоохранения во всем мире уделяется особое внимание. Для России эта проблема актуальна в связи с тем, что по мнению экспертов, каждый третий диагноз ставится отечественными врачами неверно. Для сравнения, в США процент

врачебных ошибок составляет 3-4 %, в Великобритании – 5 %, во Франции – 3 %. Поэтому, внедрение в учреждениях здравоохранения систем менеджмента качества (СМК) на базе требований стандартов ИСО, является мощным средством и инструментом, позволяющим обеспечить реализацию стратегии развития отечественного здравоохранения, тем более, что по мнению Э. Деминга 96 % проблем качества – это ответственность системы, на долю исполнителей приходится лишь 4 %!

Внедрение СМК является общепризнанным действенным методом современного практического менеджмента, ориентированного на постоянное повышение качества продукции и услуг за счет совершенствования всех технологических процессов (в нашем случае лечебно-диагностического) и повышения эффективности использования ресурсов.

Подходы систем менеджмента качества, приведенные в семействе стандартов ИСО, основаны на принципах, которые:

- а) дают возможность организации выявить свои сильные и слабые стороны;
- б) содержат положения по оцениванию в сравнении с общими моделями;
- в) обеспечивают основу для постоянного улучшения;
- г) включают способы внешнего признания.

СМК является частью общих систем управления и представляют собой совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих производственно-хозяйственных и управленческих процессов, основанных на восьми базисных принципах, которыми менеджмент должен руководствоваться с целью улучшения деятельности учреждения здравоохранения и реализации политики и целей в области качества:

1. Принцип «Ориентация на потребителя». Организации зависят от своих потребителей, и поэтому должны понимать их текущие и будущие потребности.

2. Принцип «Лидерство руководителя». Руководитель обеспечивает единство целей и направлений деятельности организации, для этого им создается и поддерживается внутренняя среда, в которой работники могут быть полностью вовлечены в решение задач организации.

3. Принцип «Вовлечение работников». Работники всех уровней составляют основу организации, и их полное вовлечение дает возможность организации с выгодой использовать их способности.

4. Принцип «Процессный подход». Желаемый результат достигается эффективнее, когда деятельностью и соответствующими ресурсами управляют как процессами.

5. Принцип «Системный подход к менеджменту». Выявление, понимание и менеджмент взаимосвязанных процессов как системой вносят

вклад в результативность и эффективность организации при достижении ее целей.

6. Принцип «Постоянное улучшение». Постоянное улучшение деятельности организации в целом следует рассматривать как неизменную цель.

7. Принцип «Принятие решений, основанных на фактах». Эффективные решения основываются на анализе данных и информации.

8. Принцип «Взаимовыгодные отношения с поставщиками». Организация и ее поставщики взаимозависимы, и отношения взаимной выгоды повышают способность обеих сторон создавать ценности.

Проектирование внедрения в учреждениях здравоохранения СМК начинается с разработки и утверждения программы (проекта) внедрения СМК с детализацией (декомпозицией) отдельных этапов разработки и создания СМК по выбранному варианту (модели) ее реализации:

а) начиная со структурных подразделений с постепенным охватом всего учреждения здравоохранения;

б) одновременно во всем учреждении.

Исходя из классической триады А. Donabedian, объектами контроля и управления, оказывающими непосредственное влияние на качество медицинской помощи, являются:

- ресурсы (квалифицированный медицинский персонал, оборудование и аппаратура, помещения, медикаменты и пр.);
- процесс (использование прогрессивных технологий лечения, эффективных и безопасных для пациентов);
- результат (достижение запланированных результатов лечения с медицинской, экономической и социальной точек зрения).

В соответствии с вышеизложенным внедрение СМК в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (Центр) осуществляется уже в течение нескольких лет. В 2010 году получен сертификат системы менеджмента качества в соответствии с ГОСТ ISO 9001-2011 (ИСО 9001:2011) после чего проводимая работа по повышению качества медицинской помощи (КМП) стала осуществляться еще более системно и комплексно. В соответствии с принципом «Ориентация на потребителя» изучается мнение и оценка деятельности Центра пациентами по результатам социологических опросов (анкетирования) лиц, находившихся в стационаре и посетивших поликлинику. В Центре особое внимание уделяется изучению этической стороны организации лечебно-диагностического процесса и лечебно-охранительного режима. Полученные результаты рассматриваются на заседании локального этического комитета. Итоги анкетирования обязательно широко обсуждаются в коллективе, учитываются при установлении сотрудникам надбавок стимулирующего характера. По выявленным обоснованным претензиям, замечаниям и

пожеланиям опрошенных принимаются меры по скорейшему устранению их и более полному удовлетворению пожеланий граждан.

С целью повышения удовлетворенности пациентов Центра качеством оказываемых медицинских и сервисных услуг с августа 2014 г. реализуется проект создания комплексной программы «Клиенториентированного сервиса».

Ориентированность на пациента – это необходимый компонент качественного оказания медицинской помощи, позволяющий наиболее полно удовлетворить потребности и ожидания пациентов, обеспечить каждому из них индивидуальный подход при оказании медицинской помощи.

Программа «Клиенториентированного сервиса» включает в себя разработку и внедрение стандартов обслуживания пациентов, делового общения и взаимодействия различных категорий работников, эффективного управления персоналом.

Разработке стандартов предшествовала большая подготовительная работа, включающая проведение фокус-групп, анкетирование персонала, анализ работы регистратуры, посещения «тайных пациентов». Все это позволило выявить причины возможной недостаточной удовлетворенности пациентов и создать внутрикорпоративные стандарты клиенториентированного сервиса для различных должностей персонала.

В обучении приняли участие более 100 работников стационара и поликлиники: медицинские регистраторы и медицинские сестры, менеджеры, врачи-специалисты, заведующие отделениями, административно-управленческий аппарат, были проведены 5 бизнес-тренингов по освоению разработанных стандартов «Клиенториентированного сервиса».

Во время тренингов специально привлеченные опытные бизнес-тренеры помогали осваивать разработанные речевые модули, стандарты поведения и общения с пациентами, правила делового взаимодействия работников, базовые управленческие навыки для руководителей различного уровня, отрабатывали системы контроля.

Для удобства пациентов и работников рабочие места регистраторов были укомплектованы персональными компьютерами и беспроводными гарнитурами, позволяющими оперативно принимать поступающих звонков, а также считывающими устройствами (сканерами) штрих-кодов, позволяющие за секунды идентифицировать гражданина в МИС «Медиалог».

Регистраторы работают в двух информационных системах: автоматической информационной системе «Единая регистратура Новосибирской области» (АИС ЕР НСО) и медицинской информационной системе «Медиалог» (МИС «Медиалог»). Оснащение регистратуры уже сегодня позволяет полу-

чить информацию о данных пациента с любого носителя: бумажный полис ОМС, универсальная электронная карта (УЭК), пластиковая карта.

Информатизация была определена одним из важнейших направлений модернизации системы здравоохранения Российской Федерации. В связи с этим в Центре в ноябре 2012 года внедрена и в полном объеме используется медицинская информационная система «Медиалог» (МИС «Медиалог») – полнофункциональный, масштабируемый и открытый продукт, рабочий инструмент руководителя, врача и всех сотрудников для решения комплекса лечебных и управленческих задач, стоящих перед современной поликлиникой и стационаром.

Основные характеристики МИС «Медиалог»:

Гибкость: система настроена на особенности Центра, перестраивается в случае расширения задач и функций, введения новых методов лечения.

Простота: удобный интерфейс пользователя, единообразие в отображении данных, унифицированная система навигации по медицинской карте пациента и четкое разделение инструментального и эксплуатационного режимов делают программу понятной и легкой для освоения даже неопытным пользователем.

Интегрированность: все модули системы взаимосвязаны и работают в рамках единой схемы, все необходимые функции легко доступны из единой системы управления с учетом особенностей работы каждого пользователя.

Принципы внедрения МИС «Медиалог» в Центре:

- охват всех разделов производственной деятельности и структурных подразделений;
- необходимое финансовое обеспечение по всем направлениям внедрения и эксплуатации МИС «Медиалог»;
- разработка стандартов, единых технических и технологических требований к компьютерной и оргтехнике, программному обеспечению для бесперебойной работы системы;
- тесная совместная работа персонала Центра с командой внедрения по разработанному обоснованному плану-графику для адаптации МИС «Медиалог» к функциональным требованиям на каждом рабочем месте;
- подготовка системных администраторов Центра для обеспечения стабильной работы системы, диагностики нештатных ситуаций, обучение медицинских и иных работников – пользователей системы (инструктажи, психологические тренинги, разъяснительная работа);
- формирование инструктивно-распорядительной базы Центра.

В Центре реализованы следующие возможности МИС «Медиалог»:

1. Система используется для составления расписания врачей, координированного для поликлиники и консультативно-диагностического центра, расположенных в разных районах Новосибирска, подразделений диагностической службы, предварительной записи пациентов на прием к врачам и на исследования через регистратора, назначения и оформления повторного посещения врача без необходимости вновь обращаться в регистратуру.

2. Ведение электронных медицинских карт.

3. Формирование отчетно-учетных документов.

4. В стационаре осуществляется планирование и учет коечного фонда, учитывается использование коек по профилям, подразделениям, видам медицинской помощи и врачам.

5. Формирование листа нетрудоспособности.

6. Организация лекарственного обеспечения.

7. Возможность проведения внутреннего контроля качества.

8. Внедрение «эффективного контракта», при котором установлен перечень критериев оценки эффективности деятельности работников, определена их весомость в баллах, рассчитывается размер стимулирующих выплат в зависимости от достигнутых результатов.

9. Учет коммерческой и бухгалтерской деятельности.

Установка и активное использование МИС «Медиалог» позволило Центру принять участие в пилотном проекте по апробации внедрения на территории субъекта государственной услуги в электронном виде «Электронный листок нетрудоспособности».

МИС «Медиалог» позволяет контролировать процесс обоснования выдачи, продления и оформления листков нетрудоспособности, а также проводить экспертизу случая временной нетрудоспособности в соответствии с системой внутреннего контроля качества.

Используя возможности МИС «Медиалог» в Центре создан единый стринский пост (ЕСП) со штатом 5 человек (старшая медицинская сестра и 4 медицинские сестры), в обязанности которого вошло обеспечение медикаментами непосредственно пациентов в 6 отделениях стационара на основе персонифицированного учета!

На основе электронных листов врачебных назначений осуществляется раскладка лекарственных препаратов по персональным пакетам для каждого больного и маркировка с учетом времени приема, после чего они передаются в отделения.

Введение ЕСП позволило высвободить часть помещений и создать идеальные условия для хранения медикаментов в одном месте за счет концентрации оборудования и других необходимых средств. ЕСП позволил осуществить персонифицированный учет медикаментов, отказаться от со-

держания 10-дневных запасов в отделениях. За счет высвобождения времени, постовые медицинские сестры получили возможность больше внимания уделять пациентам.

Экономия финансовых средств составила от 15 до 20 % от всех средств затрачиваемых на медикаменты.

В целях исполнения Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 № 2190-р «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы», в порядке осуществления Плана мероприятий («дорожной карты») по повышению эффективности системы здравоохранения», с учетом требований Трудового кодекса РФ в Центре реализованы принципы «эффективного контракта», предусматривающего формирование заработной платы работников в зависимости от достигнутых результатов. Разработан перечень показателей эффективности деятельности руководителей, врачей, работников со средним медицинским образованием, младшего медицинского персонала лечебных и диагностических структурных подразделений. Определен порядок учета и оценки эффективности деятельности.

Внедрение МИС «МЕДИАЛОГ» позволило:

- реально упростить обработку информации всеми категориями работников;
- существенно упростить процесс и многократно повысить скорость информационного обмена сведениями между поликлиникой и стационаром, а так же между специалистами;
- усилить действенность и повысить оперативность принимаемых управленческих решений;
- оптимизировать организацию и повысить эффективность лечебно-диагностического процесса на основе внедрения современных медицинских технологий;
- повысить доступность медицинской помощи (сократилось время на оформление медицинской документации, что позволило врачам уделять максимально возможное внимание непосредственно на работу с пациентами).

Внедрение новых, эффективных медицинских технологий, как правило, основывается на использовании современного оборудования. В связи с этим большое внимание уделялось обновлению существующего парка оборудования и приобретению новых, ранее не используемых аппаратов, лицензионного программного обеспечения, информационной безопасности.

Всего, за неполных 5 лет (2011-2015 гг.) на эти цели было потрачено около 17,0 миллионов рублей от приносящей доход деятельности

Одной из важнейших составляющих КМП является квалификация персонала. В связи с чем в Центре организован мониторинг своевременности повышения квалификации и прохождения аттестации на присвоение квалификационных категорий как врачами, так и специалистами со средним медицинским образованием. Все лечебно-диагностические подразделения обеспечены стандартами и порядками оказания МП, а для медицинских сестер подготовлены стандарты и технологии практической деятельности медицинских сестер для некоторых категорий:

- медицинской сестры перевязочного кабинета;
- операционной медицинской сестры;
- старших медицинских сестер;
- медицинской сестры процедурной;
- палатной медицинской сестры.

Для поддержания квалификации персонала на должном уровне очень важна исследовательская работа, порождающая не только творческое, но и ответственное отношение к своим обязанностям, являющаяся хорошей основой для инновационной деятельности. Ежегодно сотрудники Центра принимают участие более чем в 50 научно-практических мероприятиях (конференции, съезды, симпозиумы и др.), на которых сотрудники делают в среднем около 15 сообщений по результатам собственных исследований и накопленного опыта. Врачами и специалистами со средним медицинским образованием ежегодно публикуется более 50-60 статей, тезисов и т.д., четвертый год в Центре издаются сборники научных трудов. Ежегодно издается 2-4 монографии (методических рекомендаций). Для руководителей органов управления здравоохранения 14 лет подряд издается статистический сборник «Основные показатели здоровья населения и здравоохранения Сибирского федерального округа», характеризующий основные показатели и состояние здоровья населения.

В центре постоянно несколько человек занимаются подготовкой диссертационных работ и в настоящее время в коллективе 11 человек имеют ученые степени, в т.ч. 2 доктора и 9 кандидатов медицинских наук.

В течение многих лет Центр является базой для проведения международных многоцентровых исследований. Ежегодно испытываются около 20 препаратов по лечению онкологических заболеваний, поражений желудочно-кишечного тракта и рассеянного склероза, демиелинизирующих состояний.

Все большую актуальность приобретает обеспечение безопасности оказания медицинской помощи, как для пациентов, так и для персонала. С этой

целью в Центре была приобретена и установлена современная проходная дезинфекционно-моечная машина, которая дала возможность организовать разделение ЦСО на зоны чистоты и исключить пересечение потоков грязных и чистых материалов. Машина с объемом камеры 250 л имеет микропроцессорное управление и может осуществлять мойку медицинского инструмента и принадлежностей по 20 программам без вмешательства персонала ЦСО.

С целью обеспечения оптимальных условий по обработке, загрузке инструментов и приспособлений в дезинфекционно-моечные машины используются специальные и универсальные моечные тележки, расширяющие ее функциональные возможности.

Достаточно эффективным дополнением к внедренному методу стало внедрение метода «**СУХОЙ ЗАКЛАДКИ**», который исключил этап ручной обработки инструментария и оборудования, снизил ее стоимость более чем в 2,5 раза и почти в 40 раз повысил инфекционную безопасность для пациентов и персонала. При этом стерильный материал в нормальных клинических условиях остается таковым от нескольких недель до 6 месяцев (в закрытом контейнере при не поврежденном фильтре), что подтверждено многократными лабораторными исследованиями. Продолжительность эксплуатации обрабатываемого медицинского инструментария заметно увеличивается.

Модернизация ЦСО и внедрение метода «Сухой закладки» позволили повысить качество и ускорить обработку инструментария и увеличить срок его эксплуатации, обеспечить большую безопасность как пациентам, так и персоналу.

Для объективной оценки достижений, эффективности деятельности учреждения важен анализ показателей, характеризующих ее, а так же результаты независимого внешнего контроля, который и был осуществлен Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Новосибирской области, для проверки соблюдения лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности, проведенная впервые по новой форме, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности».

Предметом проверки являлось соблюдение обязательных требований действующих нормативно-правовых актов: профессиональная подготовка кадров, повышение квалификации за последние 5 лет; правильность использования медицинской техники; безопасности оказания медицинской помощи; соблюдение санитарных норм и правил при осуществлении медицинской деятельности; обеспечение лечебно-диагностического процесса лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения; соблюдение правил предоставления платных медицинских услуг и др.

При проведении проверки **особое внимание** было уделено организации в Центре системы внутреннего контроля за соответствием качества оказываемой медицинской помощи, установленным федеральными порядками и стандартами. В результате проведенной проверки по осуществлению медицинской и фармацевтической деятельности никаких замечаний не было высказано.

Заключение. Внедрение в Центре СМК позволило усовершенствовать систему внутреннего контроля качества, осуществлять мониторинг и оценку результатов деятельности работников, что в настоящий момент является главным фактором, определяющим качество оказанной медицинской помощи, проводить системный анализ причин ухудшения показателей деятельности Центра, оперативно выявлять и устранять недостатки в работе и ставить в прямую зависимость уровень заработной платы от качества работы. Это способствовало тому, что в последние годы были сведены к минимуму количество ошибок при оформлении медицинской документации, в т.ч. листков нетрудоспособности, безусловному выполнению плановых заданий, сокращению осложнений и отсутствию в текущем году обоснованных жалоб населения, по рейтингу ЛПУ, формируемому страховыми медицинскими организациями, Центр входит в тройку лучших медицинских организаций.

Литература

1. Бражникова Е.В. Организация мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в хирургических и реанимационных отделениях многопрофильного стационара / Е.В. Бражникова // Зам. главного врача. – 2014. – 6. – С. 80-85.
2. Кунгуров Н.В. Опыт организации системы контроля и управления качеством и доступностью специализированной медицинской помощи в Уральском федеральном округе/ Н.В. Кунгуров, Н.В. Зильберберг, М.Л. Уфимцева, В.А. Игликов // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. – 1. – С. 20-26.
3. Лядова М.В. Вопросы экспертизы качества медицинской помощи в свете изменений в законодательстве и развития стандартизации здравоохранения Российской Федерации/ М.В. Лядова, Е.С Тучик // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. – 1. – С. 10-16.
4. Павлов В.В. Моделирование конечных результатов в системе управления качеством медицинской помощи / В.В. Павлов, С.А. Суслин, Р.А. Галкин, С.В. Шешунова / Менеджер здравоохранения. – 2013. – 10. – С.18-22.
5. Платонова Н.И. Стандарты менеджмента качества / Н.И. Платонова // Главный врач. – 2014. – 1. – С. 47-52.
6. Погосян С.Г. Роль мотивированности медицинского персонала в системе обеспечения качества медицинской помощи/ С.Г. Погосян, Д.А. Сидоренков, С.А. Балохина, А.Е. Орлов // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории мед. – 2014. – 4. – С. 30-33.

1. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК ЭЛЕМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ С ПОЗИЦИИ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Е.Ю. Герман

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. Статья посвящена актуальным вопросам стандартизации медицинской помощи в РФ. Рассматриваются недостатки системы стандартизации с позиции реальной клинической практики. Сформулированы предложения для решения существующих проблем и возможные эффекты от их внедрения.

STANDARDIZATION IN HEALTH CARE AS AN ELEMENT OF QUALITY MANAGEMENT FROM A POSITION OF REAL CLINICAL PRACTICE

E.Yu. Herman

Novosibirsk state medical University

Abstract. Article is devoted to the issues of standardization of medical care in the Russian Federation. Discusses the disadvantages of standardization system from a position of real clinical practice. Proposals to solve the existing problems and the possible effects of their introduction.

Выпускники медицинских ВУЗов 1991года были последними в новейшей истории отечественной медицины, не изучавшие во время учебы стандартизацию медицинской помощи.

Работа по стандартизации в здравоохранении в Российской Федерации стартовала в 1992 г. Совместная коллегия МЗ РФ, Госстандарта и ФФОМС в 1997 г., заложила основу современному развитию стандартизации в медицине. В документах коллегии и последующих приказах МЗ РФ и ФФОМС были согласованы:

- Основные принципы, на которых должна базироваться система стандартизации
- Объекты стандартизации

- Группы нормативных документов.
- Работа специалистов была направлена на стандартизацию:
- Ресурсов здравоохранения
- Технологий, используемых в здравоохранении
- Результатов применения технологий, используемых в здравоохранении.

В 1992 г. Европейское бюро ВОЗ дало определение качественной медицинской помощи, в соответствии с которым, качественной должна считаться помощь, *соответствующая стандартам медицинских технологий, при отсутствии осложнений, возникших в результате лечения, и достижении удовлетворенности пациента.*

Таким образом, медицинская услуга как составляющая медицинской помощи, в настоящее время является наиболее сложным, важным и значимым объектом стандартизации.

ФЗ № 323 «Об охране здоровья граждан Российской Федерации» регламентирует обязательность деятельности медицинской организации любой формы собственности в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи.

Порядок оказания медицинской помощи (по профилю) включает в себя:

- Этапы оказания данного вида помощи
- Положение об организации деятельности медицинской организации, структурного подразделения медицинской организации (отделения, кабинета и др.) в части оказания данного вида (по профилю) медицинской помощи;
- Положение об организации деятельности врача медицинской организации (ее структурного подразделения) в части оказания данного вида (по профилю) медицинской помощи;
- Стандарт оснащения медицинской организации;
- Рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации (ее структурных подразделений) для оказания данного вида помощи.

Основной критике подвергаются две составляющих «Порядков...»:

1. Наличие в приказе одного из приложений (стандарт оснащения) – *обязательного* для выполнения, а другого приложения – *рекомендуемого* (штатные нормативы). 2. Наличие в перечне стандарта оснащения кабинета или отделения по отдельным профилям аппаратуры для исследования диагностических параметров, не являющихся обязательными (в соответствующих стандартах частота предоставления <1,0). Перед руководителями медицинских организаций возникает дилемма: приобретать аппаратуру, которая не будет использоваться с полной нагрузкой или оплачивать

штрафные санкции Росздравнадзора при обнаружении отсутствия данной аппаратуры.

Активное создание стандартов медицинской помощи по различным нозологиям и этапам оказания, последнее время сменилось некоторым затишьем из-за осознания важного факта: стандарты в существующем виде неудобны для работы врача. Простого перечня диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий недостаточно и врачу и пациенту.

Но ведь целью стандартизации в здравоохранении было повышение качества медицинской помощи, решения задач сохранения и улучшения здоровья граждан РФ, так в чем же нуждается практическое здравоохранение?

В современных стандартах диагностики и лечения отдельных нозологий отсутствуют многие важные элементы процесса оказания медицинской помощи, в том или ином виде присутствующие в других документах – протоколах ведения и лечения больных, национальных или международных клинических рекомендациях, методических рекомендациях и пр., не имеющих в настоящее время легитимности.

Для практической работы хотелось бы иметь документ, утвержденный на самом высоком уровне и включающий кроме перечней диагностических и лечебных мероприятий:

- алгоритм действия врача при различных клинических ситуациях.
- Показания к госпитализации.
- Показания и противопоказания (абсолютные и относительные) к выполнению манипуляций и оперативным вмешательствам. Возможные осложнения, их перечень и риски возникновения.
- Возможные исходы заболевания и их частота.
- Возможно унифицированные опросники пациентов для получения данных анамнеза, важных для планируемого лечения и диагностики и др.

Работа по таким стандартам обеспечила бы механизмы по оценке качества медицинской помощи в соответствии со ст. 64 ФЗ 323:

- Своевременность ее оказания (временные требования в алгоритмах)
- Правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации
- Степень достижения запланированного результата.

А также позволило бы:

- Уменьшить дублирование работы на различных этапах оказания медицинской помощи,
- Сократило длительность лечения,
- Повысило безопасность больных,
- Усилило защиту медицинских работников от необоснованных обвинений.

О ПРИМЕНЕНИИ ИСКУССТВЕННОЙ ИОНИЗАЦИИ ВОЗДУХА В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Н. П. Гурьянова¹, П. Т. Пономарёв²

¹ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России;

²Сибирский государственный университет путей сообщения, Новосибирск

Аннотация. Использование ионизации воздуха в помещениях лечебных учреждений с целью улучшения условий для выздоровления пациентов и работы сотрудников является важной задачей. В работе приводятся результаты применения искусственной ионизации воздуха в помещениях лечебных учреждений.

ON THE APPLICATION OF ARTIFICIAL IONIZATION OF AIR IN HOSPITALS

N.P. Gurianova¹, P.T. Ponomarev²

¹FGBOS SOMC the FMBA of Russia;

²Sibirsky state University of railway engineering, Novosibirsk

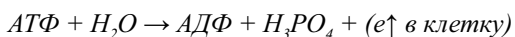
Abstract. The use of air ionization in the premises of the medical agencies to improve conditions for the recovery of patients and workers alike is an important task. The paper presents the results of applying the artificial Yoni-tion of air in premises of medical institutions.

О влиянии электрических зарядов на здоровье человека было известно давно. В 1780 г. в книге «Об электричестве здорового и больного человеческого тела» П. Бертолон отмечал: «Все болезни, почти без всякого исключения, имеют чрезвычайно большое отношение к электрическому состоянию воздуха». Положительное же влияние отрицательных ионов воздуха на живые организмы было обосновано в фундаментальных работах А.Л. Чижевского только в начале XX века [1]. В 1950-1957 гг. по его инициативе в сотрудничестве с врачами Карагандинского научно-исследовательского угольного института было организовано исследование по аэроионификации помещений для проведения нарядов на угольных шахтах. Систематическое воздействие ионизированным воздухом дало следующие результаты: число дней нетрудоспособности по больничным листкам в контрольной группе рабочих почти вдвое больше, чем в группе рабочих, подвергавшихся аэроионизации. В этой же группе под влиянием вдыхания аэроионов отрицательной полярности картина крови у рабочих значительно улучшилась: наблюдалось увеличение содержания гемоглобина; в тех случаях, когда давление крови было повышенным, наблюдалось снижение его до нормы.

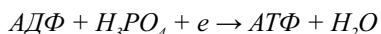
При проведении исследования особое внимание было обращено на обстоятельство, что ежедневное пребывание в отрицательно ионизированном воздухе не вызывает каких-либо неблагоприятных сдвигов у здоровых людей. Аналогичные исследования, проведенные сотрудниками Донецкого научно-исследовательского института Гигиены труда и профзаболеваний на шахтах Донбасса, подтвердили положительное влияние отрицательных ионов на состояние рабочих. У горнорабочих, подвергавшихся аэроионизации, повысилась работоспособность и снизилась заболеваемость ангиной на 60 %, катаром верхних дыхательных путей – на 79,5 %, гнойничковыми заболеваниями – на 26,5 % [2].

Однако ясного механизма действия ионизированного воздуха на организм до сих пор не известно. Считается, что ионы воздуха оказывают сложное нейрорефлекторное действие на весь организм путем раздражения многочисленных рецепторов кожи, слизистых оболочек верхних дыхательных путей, а также рецепторов бронхолегочного аппарата [3]. Отрицательные ионы, повышая электропотенциал кожи, белков крови и других тканей, активизируют окислительно-восстановительные процессы, что способствует ускорению заживления ран и стимулирует функцию ретикулярно-эндотелиальной системы. Ранее в работах [4-6] была сделана попытка разобраться с механизмом действия отрицательных ионов воздуха на живые организмы на основе анализа процессов в рефлексотерапии.

Известно, что основным условием энергетической организации живого является обеспечение клеток неравновесными отрицательными зарядами, чему способствует процесс гидролиза АТФ:



Однако, для синтеза АТФ нужны свободные отрицательные заряды:



Таким образом, протекание всех окислительно-восстановительных процессов в живом организме зависит от количества свободных отрицательных электрических зарядов – неравновесных электронов.

При искусственной ионизации воздуха увеличивается количество свободных отрицательных электрических зарядов и компенсируется дефицит неравновесных электронов – главных участников окислительно-восстановительных процессов, определяющих явление жизни.

Далее рассмотрим результаты использования портативных аппаратов ионизации воздуха в лечебных учреждениях МПС.

Применение аппаратов ионизации воздуха в отделении интенсивной гематологии Центральной клинической больницы № 2 МПС (г. Москва) показало высокую эффективность бактерицидной обработки воздуха в по-

мещениях отделения для профилактики и лечения инфекционных осложнений верхних дыхательных путей пациентов. В отделении гематологии, построенном по принципу боксированных палат, проходят лечение больные с острым лейкозом, у которых значительно снижены иммунные механизмы защиты по причине основного заболевания, а также после проведения курсов лекарственной терапии. Средний срок пребывания больного в отделении интенсивной гематологии составляет 25-30 дней. Трудность лечения этих больных и прогноз во многом определяется инфекционными осложнениями, которые чаще всего развиваются в течение 1-3 недель после курса химиотерапии. Наиболее распространёнными инфекционными осложнениями являются поражения верхних дыхательных путей (ангины, фарингиты, трахеиты) и пневмонии. Профилактика инфекционных осложнений составляет большую проблему в период агранулоцитоза. Для решения этой проблемы применяют различные способы бактерицидной обработки помещений, антибиотики, изоляция больного. После включения в традиционную схему профилактических мероприятий бактерицидной обработки воздуха с помощью аппаратов ионизации инфекционных осложнений верхних дыхательных путей у больных не отмечалось. У больных с уже имеющимися явлениями фарингита и катаральной ангины после обработки воздуха в палатах аппаратом ионизации (включение аппарата на 15-20 минут через каждые 3-4 часа) явления ангины и фарингита были купированы в течение 2-3 дней.

Степень эффективности бактерицидной обработки воздуха помещений с помощью аппаратов ионизации оценивалась по следующим критериям оценки микробной обсемененности:

- общее количество колоний в 1 м³ воздуха;
- количество колоний *Staphylococcus aureus* в 1 м³ воздуха.

Забор проб воздуха осуществлялся аппаратом Кротова по стандартной методике.

Так, например, до применения ионизации воздуха общее количество колоний обычно составляло: в операционных – порядка 500 в 1 м³ воздуха; в палатах интенсивной гематологии – порядка 270 в 1 м³. После включения в схему профилактических мероприятий бактерицидной обработки воздуха помещений с помощью аппаратов ионизации общая обсемененность воздуха снизилась в 18-20 раз и составила в операционных – порядка 25 колоний в 1 м³ воздуха, в палатах интенсивной гематологии – порядка 10 колоний в 1 м³ воздуха. Колонии *Staphylococcus aureus* ранее обнаруживались только в процедурной интенсивной гематологии в количестве 5-8 в 1 м³. После начала применения аппаратов ионизации зафиксировано полное отсутствие колоний *Staphylococcus aureus*.

Применение аппаратов ионизации воздуха в помещениях Детской ортопедо-хирургической больницы МПС (г. Москва) показало высокую эффективность по обеззараживанию воздуха в лечебных помещениях, ускорению процессов заживления раневых поверхностей, течения ангин и ОРЗ, улучшению общего состояния больных и медперсонала. Так, например, заживление послеоперационных ран в испытуемой группе наступило к 5-6 дню без последующих осложнений, в то время, как в контрольной группе – к 9-10 дню с расхождением краёв раны после снятия швов у некоторых пациентов. Заживление поверхностных ран после травм (ссадины, царапины, мелкие порезы) в испытуемой группе происходило к 3-4 дню без нагноения, в контрольной группе – к 6-7 дню с поверхностным нагноением и образованием гнойных корочек у некоторых пациентов. Одновременно отмечается улучшение общего состояния, настроения и работоспособности работающего медперсонала и больных.

Высокая эффективность бактерицидной обработки лечебных помещений аппаратами ионизации объясняется появлением озона в процессе ионизации. Атомарный кислород, образующийся при коронном разряде в аппарате ионизации, является неустойчивым образованием и, объединяясь с возбужденными молекулами кислорода, создаёт озон, который является сильным антисептиком. Подробнее процессы образования отрицательных ионов и озона в аппаратах ионизации воздуха приведены в работе [7].

В заключение необходимо отметить, что ионизация воздуха в помещениях может применяться как с целью профилактики заболеваний (в производственных, бытовых, административных помещениях [6]), так и с целью повышения эффективности оздоровительных мероприятий (в лечебных учреждениях).

Литература

1. Чижевский, А.Л. Аэроионификация в народном хозяйстве. / А.Л. Чижевский. – М.: Стройиздат, 1980. – 560 с.
2. Бондаренко, В.В. Повышение устойчивости организма шахтёров под влиянием аэроионизации / В.В. Бондаренко // Научно-технический прогресс и оздоровление в угольной промышленности: сб. научн. тр. – Донецк: ДонНИИ Гигиены труда и профзаболеваний, 1975. – С. 214–215.
3. Юлдашев, К.Ю. Физиотерапия / К.Ю. Юлдашев, Ю.А. Куликов – Ташкент: ибн Сина, 1994. – 270 с.
4. Пономарёв, П.Т. К обоснованию применения ионизированных потоков воздуха для оздоровления воздушной среды в производственных помещениях / П.Т. Пономарёв, Н.П. Гурьянова // Материалы Международной научно-практической конференции «Безопасность и проектирование конструкций в машиностроении и строительстве» г. Курск, 2013. – С. 365–367.

5. Пономарёв, П.Т. Направленные ионизированные потоки воздуха в энергосберегающих технологиях вентиляции производственных помещений / П.Т. Пономарёв, Н.А. Попов // Ж. «Физико-технические проблемы разработки полезных ископаемых» № 4, 2014. – С. 123–135.

6. Гурьянова, Н.П. Оздоровление воздуха на рабочих местах сотрудников на транспорте / Н.П. Гурьянова, П.Т. Пономарёв // Научные труды ФГБУЗ «Сибирский окружной медицинский центр федерального медико-биологического агентства», том 3: г. Новосибирск, АНФПО «Новосибирский академический центр человека», 2014. – С. 48–53.

7. Пономарёв, П.Т. Физические процессы в энергосберегающих технологиях вентиляции и оздоровления воздуха / П.Т. Пономарёв // Сборник научных трудов 4-й Международной научно-практической конференции «Современные инновации в науке и технике», том 3, г. Курск, 2014. – С. 326–332.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА И УРОВНЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ БОЛЬНЫХ СТАЦИОНАРА

П.Ю. Зверев

Аннотация. Многими исследователями доказано, что нерациональная антибиотикотерапия способствует развитию полирезистентных госпитальных штаммов. В данной статье показана структура, доленое соотношение и уровень антибиотикорезистентности микроорганизмов в многопрофильной больнице.

THE RESULTS OF THE MONITORING OF THE MICROBIAL LANDSCAPE AND THE LEVEL OF ANTIBIOTIC RESISTANCE OF MICROORGANISMS OF PATIENTS HOSPITAL

P.Y. Zverev

Abstract. Many researchers proved that the irrational antibiotic therapy contributes to the development of multiresistant hospital strains. This article shows the structure, weighting and level of antibiotic resistance of microorganisms in the General hospital.

Для оценки структуры и долевого соотношения микрофлоры в стационаре ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России использованы данные бактериологических исследований клинического материала за 2012-2015 гг. Идентификация выполнялась с помощью тест-систем (ДС-ДИФ-ЭТЕРО-12, ПБДС, Россия и Mikrolatest, Чехия). Чувствительность к антибиотикам определялась диско-диффузионным методом на агаре Мюллера-Хинтон (НИЦФ, С.-Петербург).

За отчетный период (2012 – 9 месяцев 2015 гг.) долевое соотношение микробного пейзажа значительно изменилось. Основная доля приходится на грамотрицательные бактерии. Суммарно доля *E.coli* и *E.faecalis* составляет более 50 % штаммов выделенных культур. Удельный вес *E.coli* колеблется от 24,7% (2013) до 35,8 % (9 мес. 2015), *E.faecalis* – от 10 % (2012) до 13,4 % (9 мес. 2015). Доля культур *Klebsiella pneumoniae* в динамике 3 лет и 9 месяцев имеет устойчивую тенденцию к росту (2012 – 4 %, 2013 – 5,9 %, 2014 – 4,5 %, 9 мес. 2015 – 13,4%). Мониторинг *Ps.aeruginosae* показал относительную стабильность (2012 – 4,9 %, 2013 – 7 %, 2014 – 5,5 %, 9 мес. 2015 – 4,5 %).

Среди грамположительных бактерий преобладают *St.haemolyticus* – 10,4 % (2012 – 4,9 %, 2013 – 8,1 %, 2014 – 20 %, 9 мес. 2015 – 6 %), *St.aureus* – 10,3 % (2012 – 15,6 %, 2013 – 12,4 %, 2014 – 5,5 %, 9 мес. 2015 – 6 %), *Str. pneumoniae* – 8,2 % (2012 – 10,7 %, 2013 – 3,2 %, 2014 – 13,6 %, 9 мес. 2015 – 9 %).

Мониторинг высеваемости микроорганизмов из раневого отделяемого в динамике 3 лет и 9 месяцев 2015 года показал эффективность периоперационной антибиотикопрофилактики для профилактики развития послеоперационной раневой инфекции вызванной в первую очередь *St.aureus*. В 2012 году первое место высеваемости микроорганизмов из раневого отделяемого принадлежало *E.coli* – 35,1%, 2-е место *St.aureus* – 15,6 % и третье место *E.faecalis* – 12,0 %. За 3 года и 9 месяцев удельный вес *St.aureus* имеет устойчивую тенденцию к снижению (2012 – 5,6 %, 2013 – 11,8 %, 2014 – 6,3 %, 9 мес. 2015 – 0 %). Доля *E.coli* и *E.faecalis* суммарно возросла с 25,9 % до 81,8 %. (2011 – 25,9 %, 2012 – 76,7 %, 2013 – 35,3 %, 2014 – 43,8 %, 9 мес. 2015 – 81,8 %).

При оценке антибиотикорезистентности микроорганизмов, являющейся основополагающим моментом рациональной антибиотикотерапии и профилактики, установлено, что среди *St.aureus* оксациллину устойчивые штаммы составили в 2012 – 11,4 %, 2013 – 21,7 %, 2014 – 0 %, 9 мес. 2015 – 50 %. Ванкомицину устойчивые энтерококки составили в 2011 – 7,9 %, 2012 – 25,9 %, 2013 – 29,4 %, 2014 – 36,4 %, 9 мес. 2015 – 55,6 %.

Мониторинг антибиотикорезистентности основной микрофлоры показал, что количество резистентных штаммов *E.coli* к амоксицилину/клавуланату возрастает (2012 – 22,2 %, 2013 – 12 %, 2014 – 46,2 %, 9 мес. 2015 – 57,7 %). Аналогичная картина наблюдается с энтерококками (2012 – 28,6 %, 2013 – 40,0 %, 2014 – 100 %, 9 мес. 2015 – 50 %). Практически все штаммы *Ps.aeruginosae* резистентны к амоксицилину/клавуланату, за исключением 2012 года, где доля резистентных штаммов составляла 66,7%. Относительно *Klebsiella pneumoniae* доля резистентных штаммов за 3 года и 9 мес. 2015 со-

ставила: 2012 – 20,0 %, 2013 – 28,6 %, 2014 – 100 %, 9 мес. 2015 – 75,0 %. Достаточной высокой активностью амоксициллин/клавуланат обладал в отношении *St.aureus*. Доля резистентных штаммов по годам распределилась: 2012 – 9,5 %, 2013 – 0 %, 2014 – 0 %, 9 мес. 2015 – 25,0 %.

Мониторинг чувствительности *St.aureus* к антибиотикам показал высокую активность основных антибактериальных препаратов (АБП) в отношении данного микроба. Резистентность к цефалоспорином 1-2 поколения, азитромицину, доксициклину, аминогликозидам, фторхинолонам, рифампицину и линкомицину колеблется от 17,7 % до 0 %.

Klebsiella pneumoniae и *Ps.aeruginosae* обладают высокой резистентностью к цефалоспорином 1-3 поколения, фторхинолонам, доксициклину. Доля устойчивых штаммов к данным АБП колеблется от 28,6 % до 100 %. Карбопенемы и аминогликозиды могут являться препаратами выбора при лечении данных инфекций. Резистентность к данным препаратам колеблется от 20 до 0 %.

Цефалоспорины 1-3 поколения, доксициклин, фторхинолоны обладают низкой активностью в отношении энтерококков и *E.coli*, доля резистентных штаммов колеблется от 42,9 % до 100 %. Отмечается рост устойчивости данной микрофлоры и к аминогликозидам за последние два года. Так доля резистентных штаммов в 2012 – 2013 гг. составляла 10 – 36,4 %, в 2014 – 9 мес. 2015 года доля резистентных штаммов колебалась от 51,4 до 90,0 %. Препаратами выбора при лечении инфекций вызванных энтерококками и *E.coli* являются антибиотики из группы карбопенемов. Резистентность к данным препаратам колеблется от 33,3 до 0 %.

Вывод. Результаты проведенного исследования микробного пейзажа многопрофильного стационара ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России показывает, что основная доля выделенных штаммов микроорганизмов из клинического материала приходится на энтерококки и *E.coli*. Суммарно доля энтерококков и *E.coli* составляет более 50 % штаммов выделенных культур. Прослеживается изменение микробного пейзажа за счет увеличения удельного веса грамотрицательной флоры.

Уровень резистентности микроорганизмов к применяемым АБП повышается. В первую очередь это относится к грамотрицательной микрофлоре. Все это необходимо учитывать при выборе препаратов для проведения перо-операционной антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии пациентов стационара ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России.

Литература

1. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

3. Материалы VIII российско-германской научно-практической конференции «Инновации в медицине. Социально значимые инфекции». Новосибирск 2009.

МЕДИАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Л.В. Канунникова

Новосибирский областной госпиталь № 2 ветеранов войн
Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. В статье рассматривается нормативная правовая база в сфере охраны здоровья граждан РФ, в которых определены правовые статусы пациента, пациента застрахованного, пациента-потребителя и регламентирована профессиональная деятельность медицинских работников с точки зрения норм права. Юридические конфликты с пациентами имеют высокую значимость, влияя как на репутацию, так и на экономическую деятельность медицинской организации. Перед практическим здравоохранением стоит задача урегулирования конфликтов с пациентами, их родственниками на досудебном этапе, в т.ч. с помощью правового механизма альтернативной процедуры урегулирования споров с участием посредника медиатора.

MEDIATION IN HEALTHCARE

L.V. Kanunnikova

Novosibirsk Regional Hospital №2 war veterans
Novosibirsk State Medical University

Abstract. The article discusses the legal and regulatory framework in the field of public health protection of the Russian Federation, which define the legal status of the patient, the patient is insured, the patient-consumer and professional activities regulated health professionals in terms of the law. Legal conflicts with patients have high importance, influencing both the reputation and the economic activities of the medical organization. Before practical public health task is to resolve conflicts with patients and their relatives at the pretrial stage, including using the legal mechanism of alternative dispute settlement procedures involving a mediator mediator.

Новое федеральное законодательство в сфере охраны здоровья граждан РФ, еще более утвердило положение, в соответствии с которым здравоохранение и профессиональная деятельность медицинских работников стали регламентироваться нормами права.

В законах, которые вступили в силу с 2010 года, определен правовой статус пациента, пациента застрахованного, пациента-потребителя, значительно расширены права пациентов и конкретизирована ответственность медицинских работников за некачественное оказание медицинской помощи (услуг).

Правовые проблемы в повседневной клинической практике, в большинстве случаев, возникают при неудовлетворенности качеством оказанной медицинской услуги, недостаточностью информированности пациента о его правах, отсутствия психологического контакта между врачом и пациентом, в сочетании с правовым нигилизмом и несоблюдением норм профессиональной этики врачом чаще завершаются конфликтом, нередко с последующей юридической ответственностью. А учитывая, что положениями ФЗ № 83 от 08.05.2010 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» изменен правовой статус бюджетных учреждений, отменена субсидиарная ответственность собственников учреждений здравоохранения (муниципальных образований, субъектов РФ) по обязательствам созданных ими автономных и бюджетных учреждений, а в соответствии с ГК РФ ст.120 «Бюджетное учреждение отвечает по своим обязательствам всем находящимся у него на праве оперативного управления имуществом. И собственник имущества бюджетного учреждения не несет ответственности по обязательствам бюджетного учреждения», то при таком положении медицинская организация вынуждена искать способы защиты своих имущественных интересов. Как правило, руководители медицинских организаций (далее МО) пытаются обходиться штатными юрисконсультами, выполняющими свои обязанности в рамках трудовых правоотношений, или обращаются к адвокатам в специализированные юридические фирмы, оказывающие юридические услуги на основании договорных расценок. Удовлетворение заявленных исковых требований (частично или в полном объеме) обременяет и без того не самое благополучное финансовое положение МО. Юридические конфликты с пациентами имеют высокую значимость, влияя как на репутацию, так и на экономическую деятельность МО. Поэтому сегодня перед практическим здравоохранением стоит задача урегулирования конфликтов с пациентами, их родственниками, как можно больше, на досудебном этапе, удовлетворив их требования добровольно, данные законодательные нормы внесены в Федеральный закон № 2300-1 от 07.02.1992 г. «О защите прав потребителей» (с изменениями и дополнениями № 162-ФЗ от 27.06.2011 г., № 242-ФЗ от 18.07.2011 г., № 93-ФЗ от 25.06.2012 г.), в Постановление Пленума Верховного суда РФ № 17 от 28.06.2012 г. «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей».

Предпочтительность досудебного разрешения спорных ситуаций в медицине, способствует быстрому достижению положительного результата в конфликте, не требует особых финансовых затрат для МО, а главное по-

является временная возможность по выполнению требований пациента по отношению к его здоровью.

В целях создания правовых условий для применения в сфере охраны здоровья граждан РФ альтернативной процедуры урегулирования конфликтов предложен правовой механизм, заложенный в Федеральном законе от 27.07.2010 г. № 193 «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)», где ст.1 п.2. «Законом регулируются отношения связанные с применением процедуры медиации к спорам, возникающим из гражданских правоотношений, в т.ч. в связи с осуществлением предпринимательской и иной экономической деятельности, а так же спорам возникающим из трудовых правоотношений и...»

Реализация этого принципа возможна посредством медиации, одной из технологий альтернативного урегулирования конфликта с участием медиатора, на основе добровольного согласия сторон, в целях достижения ими взаимоприемлемого решения, который помогает сторонам выработать определенное соглашение по спору, при этом стороны полностью контролируют процесс принятия решения по регулированию спора и условия его разрешения. Поэтому спорящие стороны (пациент-медорганизация) совместными усилиями, при участии посредника-медиатора, могут выработать возможные варианты решения по возникшему конфликту.

Таким образом, Федеральный закон от 27.07.2010 г. № 193 «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)»: создает правовой механизм для применения в сфере охраны здоровья граждан РФ альтернативной процедуры урегулирования конфликтов:

- при нарушении норм профессиональной этики при оказании медицинской помощи (услуги) пациентам (потребителям);
- при нарушении конституционных прав граждан на получение бесплатной качественной медицинской помощи (услуги);
- при невыполнении обязательств условий договора возмездного оказания медицинских услуг;
- при нарушении норм трудового законодательства работодателем (главный врач) и сотрудником медицинской организации.

Статья подготовлена при финансовой поддержке гранта РГНФ №14-03-00173

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ «МЕДИАЛОГ» В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ

С.А. Королева

Аннотация. В статье поднимается актуальный вопрос информатизации лабораторной службы, основными задачами которой являются повышение качества лабораторных исследований на всех этапах – преаналитическом, аналитическом, постаналитическом, освобождение квалифицированного персонала от рутинных операций. В клинико-диагностической лаборатории ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России в ноябре 2012 года внедрена медицинская информационная система «Медиалог», создано 9 рабочих мест, позволяющих эффективно организовать работу врачей и лаборантов. «Медиалог» позволяет работать в едином информационном пространстве поликлиники и стационара. Планируется дальнейшее развитие информационных технологий.

THE EXPERIENCE OF IMPLEMENTING MEDICAL INFORMATION SYSTEMS “MEDIALOG” IN THE CLINICAL DIAGNOSTIC LABORATORY

S.A. Koroleva

Abstract. The article raises a topical issue of Informatization of laboratory service, whose main tasks are improving the quality of laboratory research at all stages – pre-analytical, analytical, postanalytical, the release of skilled personnel from routine operations. In the clinical diagnostic laboratory FGBOS SOMC the FMBA of Russia in November 2012 implemented a medical information system, «Medialog», created 9 jobs, you can efficiently organize the work of doctors and laboratory technicians. «Medialog» allows you to work in a single information space of the clinic and hospital. There will be further development of information technology

Современный этап развития лабораторной медицины характеризуется постоянным ростом информации, связанным с расширением номенклатуры лабораторных исследований, увеличением количества параметров и показателей, выдаваемых современными лабораторными анализаторами. В этих условиях появление информационной системы в лаборатории – процесс неотвратимый и желанный. Основными задачами информационной системы являются повышение качества лабораторных исследований на всех этапах – преаналитическом, аналитическом, постаналитическом, освобождение квалифицированного персонала от рутинных операций регистрации поступающих образцов, выписывания бланков исследований, ведения журнала регистрации, учета лабораторных услуг.

В ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России в ноябре 2012 года было начато внедрение медицинской информационной системы «Медиалог». В настоя-

шее время МИС «Медиалог» активно используется, став необходимой частью диагностического и лечебного процесса. «Медиалог» объединил в едином электронном пространстве территориально разобщенные стационар и поликлинику, облегчив назначение исследований и получение результатов.

МИС «Медиалог» содержит лабораторный модуль. Это полнофункциональная лабораторная информационная система, способная поддержать все основные процессы клиничко-диагностической лаборатории стационара и поликлиники. Основой лабораторного модуля является направление – запрос врача на лабораторное исследование, формируемый в электронной медицинской карте (ЭМК) пациента. Врачу удобно создавать направления, выбирая нужные параметры из справочника услуг. Совместно с клиницистами в лаборатории были созданы блоки направлений, назначаемые одним нажатием клавиши. Например, блок «Обследование для операции» содержит направления на клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови с необходимыми параметрами, исследования на маркеры гепатитов и сифилис, определение группы крови и резус-фактора. В комментарии врач может записать любые примечания, при необходимости отметить срочный анализ пометкой СИТО. Предусмотрен удобный поиск пациента, направленного на исследование, функция «Забор биоматериала» позволяет лаборанту присвоить уникальный код пробе пациента. Направления объединяются в группы – биохимические анализы, клинические, иммунологические, коагулологические, бактериологические. В настоящее время в нашей лаборатории предусмотрен ручной ввод результатов исследований, врач-лаборант создает запись в ЭМК пациента, отвечая на заданные направления. На следующем этапе развития МИС «Медиалог» предусматривается система штрих-кодирования пробирок, автоматическое считывание анализаторами параметров направления и отправление результатов в ЭМК. Это позволит избежать ошибок на этапах ввода заданий анализаторам и внесения результатов, устранив «человеческий фактор». Результаты исследований распечатываются и подшиваются в историю болезни стационарного больного, Для поликлинических пациентов предусмотрен только электронный вариант медицинской карты. Формы результатов соответствуют рекомендованным приказом МЗ СССР от 01.04.1980 г. № 1030, содержат наименование параметра, результат, референсный интервал, единицы измерения, распечатанный вариант соответствует электронному. На основе результатов исследований формируется журнал исследований за любой период по форме 250/у «Журнал регистрации анализов и их результатов».

В КДЛ организовано 9 рабочих мест, позволяющих эффективно организовать работу врачей и лаборантов. Весь процесс, начиная от формиро-

вания направления врачом-клиницистом и до выдачи бланка результата в электронном и распечатанном виде, формирования журналов регистрации анализов, полностью автоматизирован, что позволило интенсифицировать работу специалистов лабораторной диагностики, избавив от ручного заполнения бумажных бланков и журналов.

Таким образом, внедрение медицинской информационной системы «Медиалог» позволило клинично-диагностической лаборатории работать в едином информационном пространстве стационара и поликлиники, избавив от излишней бумажной работы и позволив клиницисту удобно создать нужное направление на анализы, а специалисту лабораторной диагностики четко и быстро ответить, доставив необходимую диагностическую информацию.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ФЕДЕРАЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Т.А. Пакулина

Аннотация. В статье описана организация оказания высокотехнологичной медицинской помощи в федеральном учреждении. Приведены результаты работы, полнота выполнения задания и качество предоставленных услуг.

ORGANIZATION PROVIDING HIGH-TECH MEDICAL CARE IN FEDERAL HEALTH CARE FACILITY

T.A. Pakulina

Abstract. The article describes the organization of tertiary care in Federal institutions. The results of the work, the completeness of the task and the quality of services provided

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) представляет собой комплекс лечебных и диагностических медицинских услуг, проводимых в условиях стационара с использованием сложных и (или) уникальных, обладающих значительной ресурсоемкостью медицинских технологий.

Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» оказывает ВМП за счет средств федерального бюджета с 2003 года. В Центре выполняются реконструктивно-восстановительные операции на органах желудочно-кишечного тракта, мочеполовой и репродуктивной систем, в том числе: стентирование внутри- и внепеченочных

протоков, органосохраняющие операции при гигантских опухолях гениталий и распространенных формах эндометриоза, оперативные вмешательства при дисфункции мышц тазового дна с использованием сетчатых протезов, реконструктивно-пластические операции при стриктурах уретры и мочеочника, гипоспадии, эписпадии, урогенитальных свищах, стрессовом недержании мочи, слухулучшающие операции при патологии ЛОР-органов (тимпанопластика, стапедопластика).

Функционирование системы оказания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации регулярно обеспечивалось принятием нормативных правовых актов, позволяющих формировать отчетность и осуществлять контроль за реализацией Государственного задания, способствовать прозрачности использования финансовых ресурсов и прочее. В центре организация оказания ВМП регулируется внутренними документами, регламентирующими этот вид деятельности.

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.11.2014 № 2 1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», во исполнение приказов Минздрава России от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи», от 29.12.2014 № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) с применением специализированной информационной системы», приказа ФМБА России от 09.02.2015 № 14 «Об утверждении объемов высокотехнологичной медицинской помощи для медицинских организаций, подведомственных ФМБА России», приказа министерства здравоохранения Новосибирской области и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области от 02.02.2015 № 248/1/20 «О государственном задании на 2015 год», для ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России утверждено 152 квоты, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в том числе, по профилю: абдоминальная хирургия – 3; гинекология – 45; оториноларингология – 40; урология – 20, онкология-44 и 154 квоты, не включенных базовую программу обязательного медицинского страхования, в том числе, по профилю: абдоминальная хирургия – 21; гинекология – 52; оториноларингология – 48; урология – 21, онкология –12

Плановые объемы по оказанию ВМП за 2015 год выполнены полностью, т.е. освоено 306 квот.

Среди получивших ВМП, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования в основном были жители Сибирского и Дальневосточного федеральных округов. Наибольшее количество из Ново-

Таблица 1

Динамика выполнения годового задания представлена

Профиль ВМП		Годовое задание	1 кв.	2 кв.	3 кв.	4 кв.
Абдом. хирургия	абс.	21	13	6	2	0
	%	100,0	61,9	28,6	9,5	0
Гинекология	абс.	52	5	25	22	0
	%	100,0	9,6	48,1	42,3	0
ЛОР	абс.	48	1	25	17	5
	%	100,0	2,1	52,1	35,4	10,4
Онкология	абс.	12	1	5	3	3
	%	100,0	8,3	41,7	25,0	25,0
Урология	абс.	21	7	7	1	6
	%	100,0	33,3	33,3	4,8	28,6
Итого	абс.	154	27	68	45	14
	%	100,0	17,5	44,2	29,2	9,1

сибирской области, пациенты из числа работников предприятий, обслуживаемых ФМБА, из Республика Алтай, остальные из других субъектов указанных округов: Республика Хакасия, Республика Тыва, Алтайский край, Красноярский край, Еврейская АО, Забайкальский край, ЯНАО, Кемеровская область, Томская область.

Ежеквартальное распределение выполнения 154 квот, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования распределилось таким образом (табл. 1). Преимущественно во втором и третьем кварталах (исключение составляет ВМП по профилю «Абдоминальная хирургия»)- выполнение плана на 61.9% связано с тем, что пациенты находились в листе ожидания по данному профилю и по профилю «Урология» - равномерное распределение в течение года, кроме третьего квартала, когда и пациенты и врачебный персонал находились в отпусках), так как в 2015 году эти квоты были получены к концу февраля.

Более половины (61,0 %) были выписаны с выздоровлением, практически все из урологического отделения (95,2,0 %) и гинекологического (100,0 %). Из хирургии с выздоровление выбыло 47,6 %, а с улучшением – 52,4,0 (табл. 2).

В 2015 году было одно осложнение по профилю «Онкология» – внутрибрюшинное кровотечение.

В 2015 году не представлена ВМП 29 пациентам, имевшим оформленные талоны направления, в т.ч. 15 отказались сами, у 5 были выявлены

Таблица 2

Результаты оказания высокотехнологичной медицинской помощи

Профиль ВМП		Выздоровление	Улучшение	Без изменений	Летальный исход	Итого
Абдом. хирургия	абс.	10	11	0	0	21
	%	47,6	52,4	0	0	100,0
Гинекология	абс.	52	0	0	0	52
	%	100,0	0	0	0	100,0
ЛОР	абс.	1	47	0	0	48
	%	2,1	97,9	0	0	100,0
Онкология	абс.	11	1	0	0	12
	%	91,7	8,3	0	0	100,0
Урология	абс.	20	1	0	0	21
	%	95,2	4,8	0	0	100,0
Итого	абс.	94	60	0	0	154
	%	61,0	39,0	0	0	100,0

противопоказания, 8 человек сняты из за сопутствующей патологии, 1 ВМП была оказана в другом ЛПУ.

Заключение. В связи с хорошей организацией оказания высокотехнологичной медицинской помощи в нашем центре ежегодно выполняются плановые задания (осваиваются выделенные квоты). Качество оказываемой помощи достаточно высокое, о чем свидетельствует небольшое количество осложнений.

Литература

1. Белостоцкий А.В. Научное обоснование направлений совершенствования организации деятельности федеральных центров высоких медицинских технологий: автореф. дис... д-ра мед. наук/ А.В. Белостоцкий. – Москва, 2011. – 48 с.
2. Кицул И.С. О контроле качества и безопасности медицинской деятельности в современных условиях / И.С. Кицул, Д.В. Пивень // Заместитель главного врач, – № 2, – 2013 г., – С. 48-52.
3. В.С. Нечаев, А.В. Краснов Совершенствование стратегического управления высокотехнологичной хирургической помощью/ // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 4 – С. 12-13.
4. Шляпников В.В. Научное обоснование менеджмента высококачественных медицинских услуг в условиях внебюджетного финансирования: автореф. дис... д-ра мед. наук/ В.В. Шляпников. – Москва, – 2010. – 41 с.

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ «ЭЛЕКТРОННЫЙ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ»

О.В. Стрельченко, А.Л. Заиграев

Аннотация. В статье приведены итоги реализации пилотного проекта по внедрению электронного листка нетрудоспособности в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России. Хорошая оснащенность компьютерной техникой, использование медицинской информационной системы «Медиалог» позволили получить хорошие результаты. Сократилось время на оформление «больничных» и количество ошибок при их заполнении. Федеральный фонд социального страхования получил возможность осуществлять экспертизу в 100 %. Застрахованным предоставляется выбор способа получения денежных средств при выплате пособия по временной нетрудоспособности, которое не зависит от финансовых возможностей работодателя.

SOME RESULTS OF PILOT PROJECT «ELECTRONIC DISABILITY CERTIFICATE»

O.V. Strelchenko, A.L. Zaigraev

Abstract. The article presents the results of a pilot project on introduction of electronic certificate of incapacity in FGBOS SOMC the FMBA of Russia. Good equipment of the computer equipment, the use of medical information system «Medialog» allowed us to obtain good results. It reduced the time to design the “hospital” and the number of errors in filling them out. The Federal social insurance Fund had the opportunity to carry out examination in 100 %. The insured is provided the method of obtaining funds for the payment of benefits for temporary disability, which does not depend on the financial capacity of the employer.

В Федеральном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» (далее – Центр) в рамках федерального Пилотного проекта предоставляется госуслуга в электронной форме «Электронный листок нетрудоспособности» (далее – Листок); это пример успешного межведомственного взаимодействия медицинской организации и Федерального фонда социального страхования Российской Федерации (далее – ФФСС РФ) по оказанию социально значимой государственной услуги в электронной форме.

По мнению заместителя председателя ФФСС РФ Алещенко С.И. это вызвано несколькими обстоятельствами:

- в течение года в Российской Федерации выдается до 40 миллионов бумажных больничных листов, которые заполняют не только врачи, но и работодатели;

- объем социальных выплат составляет 245 миллиардов рублей, из них 163 миллиарда – по временной нетрудоспособности;
- в среднем открытие Листка медицинскими работниками занимает до 15 минут;
- ежегодно больше 2 миллионов Листков переоформляются из-за их неправильного оформления и допущенных ошибок.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2011 года № 294 предусмотрено назначение и осуществление прямых выплат пособий по временной нетрудоспособности на основании электронного листка нетрудоспособности, передаваемого по защищенным каналам связи. Для реализации мер, предусмотренных указанным Постановлением, был разработан пилотный проект «Электронный листок нетрудоспособности», который призван решить несколько задач:

- переход на электронный документооборот в рамках межведомственного взаимодействия;
- создание единого информационного пространства;
- увеличение охвата (до 100 %) и сокращение сроков экспертизы ФФСС РФ страховых случаев по временной нетрудоспособности, по беременности и родам;
- сокращение сроков экспертизы страховых случаев на производстве и профзаболеваний;
- уменьшение числа контрольных мероприятий и минимизация сроков их проведения.

В Пилотном проекте «Электронный листок нетрудоспособности» в 2015 году наряду с Новосибирской областью приняли участие всего 3 региона Российской Федерации (Москва, Астраханская и Белгородская области).

Центр стал единственной на территории Новосибирской области медицинской организацией, принявшей участие в реализации данного Пилотного проекта, для чего было заключено Соглашение с Новосибирским отделением ФФСС.

Основаниями для включения ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России в Пилотный проект явились высокая оснащенность Центра компьютерной техникой и оборудованием, накопленный опыт работы по оформлению листков нетрудоспособности с применением ведомственной медицинской информационной системы (МИС) «Медиалог», то есть в электронном виде.

При апробации технологии предоставления госуслуги в электронном виде по выдаче Листка Центр выступил в двух ролях:

- в роли работодателя, который должен производить расчет средней заработной платы для начисления пособия по временной нетрудоспособности,

– в роли медицинской организации, оформляющей Листки в электронном виде.

В Центре электронная медицинская карта ведется на всех этапах оказания медицинской помощи, начиная с записи пациента на прием к врачу, оформления медицинской карты амбулаторного и стационарного пациента с регистрацией всех проводимых лечебно-диагностических мероприятий, протоколов хирургических операций, дневниковыми записями, оформлением и выпиской листка нетрудоспособности, что и позволило Центру успешно участвовать в данном Пилотном проекте.

7 июля 2015 года в Центре *впервые* на территории Новосибирской области был оформлен электронный листок нетрудоспособности и отправлен по каналам защищенной электронной связи в Фонд социального страхования Российской Федерации для проверки и начисления пособия напрямую.

Процедура оформления электронного листка нетрудоспособности довольно проста и требует от исполнителя основных навыков использования компьютерной техники, прикладного программного обеспечения. Процедура открытия и закрытия Листка в электронном виде занимает около 1,5-2 минут. Врач, осуществляющий прием пациента, при выявлении признаков временной нетрудоспособности оформляет на своем рабочем компьютере листок нетрудоспособности в электронном виде в МИС «Медиалог».

После подтверждения всех введенных сведений электронный листок нетрудоспособности подписывается электронной цифровой подписью и в зашифрованном виде через защищенный канал электронной связи направляется в ФФСС на проверку, занимающую в среднем 1 минуту, в целях:

- удостоверения подлинности Листка,
- определения соответствия уникального номера Листка, присвоенного ФФСС конкретной медицинской организации,
- контроля соблюдения правил оформления и полнота требуемых сведений в предусмотренных для заполнения полях.

В итоге при переходе на электронный формат на оформление листка нетрудоспособности тратится около 1,5-2 минут, т.е. в 10 раз меньше времени, чем на заполнение бумажного бланка.

После проверки в ФФСС Листок направляется работодателю для расчета средней заработной платы и начисления ФСС пособия по временной нетрудоспособности.

На следующем этапе Пилотного проекта предусмотрена возможность выбора застрахованным способа получения денежных средств при выплате пособия по временной нетрудоспособности (перечисление на счет в банке, дебетовую карту, почтовый перевод, использование счета мобильного телефона).

Использование Листка в электронном виде позволяет максимально уменьшить влияние «человеческого фактора» и исключить ошибки при оформлении документа, значительно уменьшить затраты рабочего времени на данную процедуру и уделять максимально внимание пациенту, таким образом, реально обеспечить выполнение требований Министерства здравоохранения Новосибирской области по обеспечению доступности и соблюдению порядков оказания медицинской помощи, а также гарантировать выплаты пособий по временной нетрудоспособности независимо от состояния работодателя, что особенно важно в условиях финансовой нестабильности бизнеса.

В сентябре 2015 года на совещании в правительстве Новосибирской области с участием заместителя председателя ФФСС Алещенко С.И. ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России представлены итоги внедрения электронного листка нетрудоспособности. Реализация проекта признана успешной, что позволило подключить к проекту Новосибирскую область.

По схеме Пилотного проекта, который курирует ФФСС, наряду с электронным используется и бумажный документ «больничного», но если к процессу подключатся работодатели, то от бумажного документа можно будет отказаться.

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России в настоящее время ведет переговоры по данному вопросу с одним из крупных предприятий-работодателей Новосибирской области.

Выводы:

1. Высокая техническая оснащенность, большой опыт использования информационных технологий и информационной медицинской системы, профессиональная подготовка и ответственность специалистов разного профиля (врачи, медицинские сестры, системные администраторы, программисты) позволили ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России первому и единственному в регионе успешно реализовать федеральный пилотный проект по внедрению электронного листка нетрудоспособности.

2. При внедрении электронного листка нетрудоспособности в Центре были использованы штатная сеть компьютеров и серверов, локальные защищенные линии связи, ведомственная медицинская информационная система, т.е. не потребовалось привлечение дополнительных финансовых вложений.

3. Использование листка нетрудоспособности в электронном виде позволяет:

- минимизировать временные затраты на оформление «больничных»;
- выделить больше времени на непосредственно оказание медицинской помощи и общение с пациентом;
- исключить технические ошибки при оформлении документа;
- предоставить застрахованному выбор способа получения денежных средств при выплате пособия по временной нетрудоспособности;

– лично (кому?) контролировать процесс оформления электронного листка нетрудоспособности на разных этапах и выплаты пособия на едином портале государственных услуг.

4. Упрощается процесс анализа статистических показателей заболеваемости на конкретных предприятиях и разработки комплекса мер по ее снижению.

5. Снижается риск злоупотреблений (кем?) при оформлении листков нетрудоспособности в электронной форме.

6. Появляется возможность проведения сплошного контроля оформления листков нетрудоспособности территориальными органами ФФСС РФ.

7. Внедрение в Центре госуслуги в электронном виде по выдаче листка нетрудоспособности является ярким примером успешного межведомственного взаимодействия медицинской организации и территориального органа Федерального фонда социального страхования Российской Федерации для наиболее оптимального и удобного для пользователя оказания государственной услуги высокой значимости в электронном виде.

О ТЕНДЕНЦИЯХ В СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

***О.В. Стрельченко¹, В.М. Чернышев¹, И.Ф. Мингазов²,
Э.В. Герасимова², В.А. Зиновьева¹***

¹ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России

²ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области»

Аннотация. Сохранение и укрепление здоровья населения является приоритетным направлением государственной политики. В Российской Федерации продолжается дальнейший рост доли населения старше трудоспособного населения. Наиболее значительный вклад в 2014 г. в общую смертность по данным Росстата приходится на лиц пожилого возраста – 73,2 %. Уровень смертности населения в Новосибирской области с 2011 года остается выше среднероссийского уровня. в связи с продолжающимся постарением населения уровень смертности населения будет увеличиваться и для того, чтобы снижать показатели смертности необходимо и дальше проводить эффективную политику, направленную на снижение смертности населения, которая будет способствовать сохранению и укреплению здоровья населения.

ON THE TRENDS IN MORTALITY IN THE RUSSIAN FEDERATION AND THE NOVOSIBIRSK REGION

***O.V. Strelchenko¹, V.M. Chernyshev¹, I.F. Mingazov², E.V. Gerasimova²,
V.A. Zinovieva¹***

¹FGBUZ "Siberian District Medical Center FMBA of Russia"

²FBUZ "Center of Hygiene and Epidemiology in the Novosibirsk region"

Abstract. The preservation and strengthening of public health is a priority of state policy. The Russian Federation continues to further increase the proportion of people older than the working age population. The most significant contribution to the 2014 total mortality according to Rosstat falls on elderly – 73,2 %. The mortality rate of the population in the Novosibirsk region in 2011, remains above the national average. due to the continued aging of the population mortality rate bydet increase and to reduce the mortality rates need to continue to carry out effective preventive policy aimed at reducing the mortality rate. Effective preventive measures can lead to the preservation and strengthening of health.

В последние годы в России имели место крупные успехи отечественной демографической политики, повышается рождаемость – при одновременном снижении смертности; так что впервые за последние 20 лет была преодолена депопуляция населения и с 2013 года наблюдается его естественный прирост. Вместе с тем в 2014 году смертность населения составила 1 млн. 914 тыс. чел. в сравнении с 1 млн. 906 тыс. в 2012 году и 1 млн. 872 тыс. – в 2013 году. Общий коэффициент смертности (смертность на 1000 чел. населения) в 2014 году составил 13,1, по сравнению с 13,0 в 2013 году. Несмотря на стагнацию показателя смертности населения, и в 2013-м, и в 2014 году рождаемость незначительно превышала ее: на 24 тыс. чел. в 2013 году и на 33 тыс. чел. в 2014 году, то есть на 0,02 %, что связано со значительным приростом рождаемости в 2014 году. Число родившихся увеличилось с 1 млн. 896 тыс. в 2013 году до 1 млн. 947 тыс. в 2014 году — более чем на 50 тыс. чел.

Одновременно с описанными выше изменениями наблюдается небольшой рост смертности среди лиц трудоспособного возраста: в 2014 году на 1,2 %. На фоне увеличения в возрастной структуре доли лиц старше трудоспособного возраста (табл. 1), сокращается численность населения трудоспособного возраста.

Основными причинами смертности трудоспособного населения являются сердечно-сосудистые заболевания (около 30 %), внешние причины: травмы, отравления, самоубийства (28,2 %), новообразования (14,1 %), болезни органов пищеварения (8,9 %).

В связи с вышеизложенным актуальность проблемы снижения общей смертности населения в нашей стране не снижается, а требует еще большего внимания и усилий со стороны государства.. Наряду с влиянием на этот показатель роста доли населения старше трудоспособного возраста, кото-

**Динамика демографических показателей по Российской Федерации
за 2006-2014 гг.**

Показатели	2006	2011	% 2011 к 2006	2012	% 2012 к 2011	2013	% 2013 к 2012	2014	% 2014 к 2013
Ожидаемая продолжительность жизни (лет)	66,69	69,83	4,71	70,24	0,58	70,76	0,74	70,93	0,24
Доля возрастных групп в структуре населения (%)									
0-17 лет	16,3	16,2	-0,61	16,5	1,41	16,8	2,09	17,2	2,29
трудоспособный возраст	63,2	61,5	-2,69	60,9	-1,03	60,1	-1,26	59,3	-1,35
старше трудоспособного возраста	20,5	22,3	8,78	88,7	1,83	23,1	1,85	23,5	1,85
Повозрастная смертность (на 100 тыс. населения)									
0-17 лет	108,9	88,5	-18,73	98,6	11,41	91,7	-7,00	86,0	-6,22
трудоспособный возраст	740,8	597,9	-19,29	573,1	-4,15	558,9	-2,48	565,6	1,2
старше трудоспособного возраста	4990,0	4278,1	-14,27	4209,8	-1,60	4081,8	-3,04	4031,7	-1,23

рые составили 73,2 % среди умерших в 2014 году в Российской, не менее важным является и изменившаяся в стране социально-экономическая ситуация. По мнению А. Аганбегяна (2015 г.) прекращение снижения смертности населения в 2014 году, это результат сокращения реальных затрат государства на развитие здравоохранения в связи с экономической рецессией, перерастающей в кризис. В 2015-2016 годах возможно дальнейшее ухудшение финансирования здравоохранения, особенно с учетом удвоившихся темпов инфляции. Поэтому весьма вероятно, что стагнация общей смертности населения в России будет достаточно длительной.

Все вышеперечисленное свидетельствует о том, что снижение общей смертности населения должно остаться одним из основных направлений деятельности государства и здравоохранения страны, тем более, что депопуляция населения на 65 % зависит от высокой общей смертности и только на 35 % от низкой рождаемости.

В Новосибирской области (НСО) динамика общей смертности населения в целом повторяет изменения, происходящие в России. Вместе с тем этот показатель был ниже российского в период с 1990 по 2010 год, а начиная с 2011 годы превышает его (рис. 1).

Ведущими причинами смертности населения как в Российской Федерации, так и в Новосибирской области являются следующие три причины – болезни системы кровообращения, новообразования и внешние причины смерти, на долю которых приходится 74-80 % от всей смертности (РФ – 74,4 %, НСО – 79,7 %).

В структуре причин смерти в 2014 г. в РФ (табл. 2) первое место удерживают болезни системы кровообращения – 49,9 % или 653,7 на 100 тыс. населения (снижение на 6,6 %), на втором месте – новообразования – 15,3 % или 201,1 на 100 тыс. населения, показатель снизился на 0,2 %, на третьем – внешние причины – 9,1 % или 118,8 на 100 тыс. населения (снижение на 0,6 %), на четвертом – болезни органов пищеварения – 5,0 % или 66,1 на 100 тыс. населения (рост на 8,4 %), на пятом – болезни органов дыхания – 4,0 % или 53,0 на 100 тыс. населения (рост на 6,2 %).

В структуре причин смерти в Новосибирской области в 2014 году (табл. 2) первое место удерживают болезни системы кровообращения – 53,5 % от всех смертей или 709,6 на 100 тыс. населения (снижение на 5,1 %, умерло 19,4 тыс. человек). Второе место по числу смертей занимают новообразования – 15,6 % от всех смертей или 206,8 на 100 тыс. населения (увеличение на 4,6 %, умерло 5,7 тыс. человек). Третье место в структуре смертности удерживают внешние причины смерти – 10,6 % или 140,2 на 100 тыс. населения (увеличение на 1,5 %, умерло 3,8 тыс. человек).

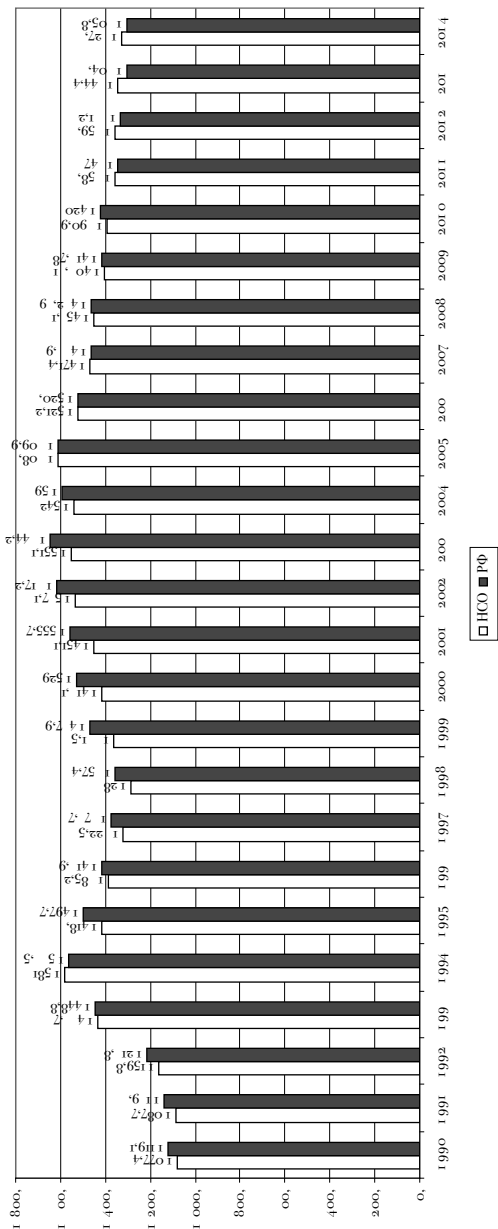


Рис. 1. Показатель смертности на 1000 населения по Новосибирской области и РФ.

Таблица 2

Показатели основных причин смертности по Новосибирской области и РФ на 1000 населения

Причины смерти	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
всего умерших от всех причин	НСО 1077,4	1418,3	1416,1	1608,3	1390,9	1358,3	1359,3	1344,4	1377,3
	РФ 1119,1	1497,7	1529	1609,9	1470	1347	1331,2	1304,3	1305,8
болезни системы кровообращения	НСО 553,9	712,3	715,6	843,3	774,5	737,8	767,1	747,6	709,6
	РФ 618,7	790,7	846,1	908	806,4	753	737,1	698,1	653,9
новообразования	НСО 194,9	209,8	214,5	217,7	221,4	223,9	208,8	197,7	206,8
	РФ 194,4	203	204,7	201,2	205,2	204,6	203,1	203,3	201,9
внешние причины	НСО 127,9	206,4	198,6	233	151,2	139,5	145,1	138,1	140,2
	РФ 134	236,8	219	220,7	151,8	139,4	135,3	129,2	129,9

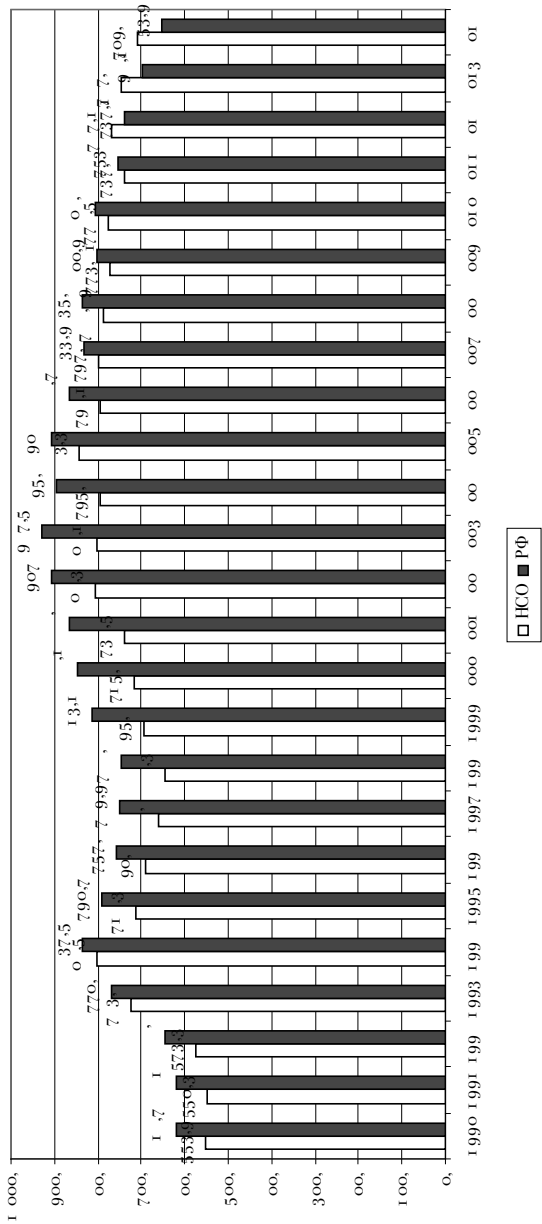


Рис. 2. Болезни системы кровообращения на 1000 населения по Новосибирской области и РФ.

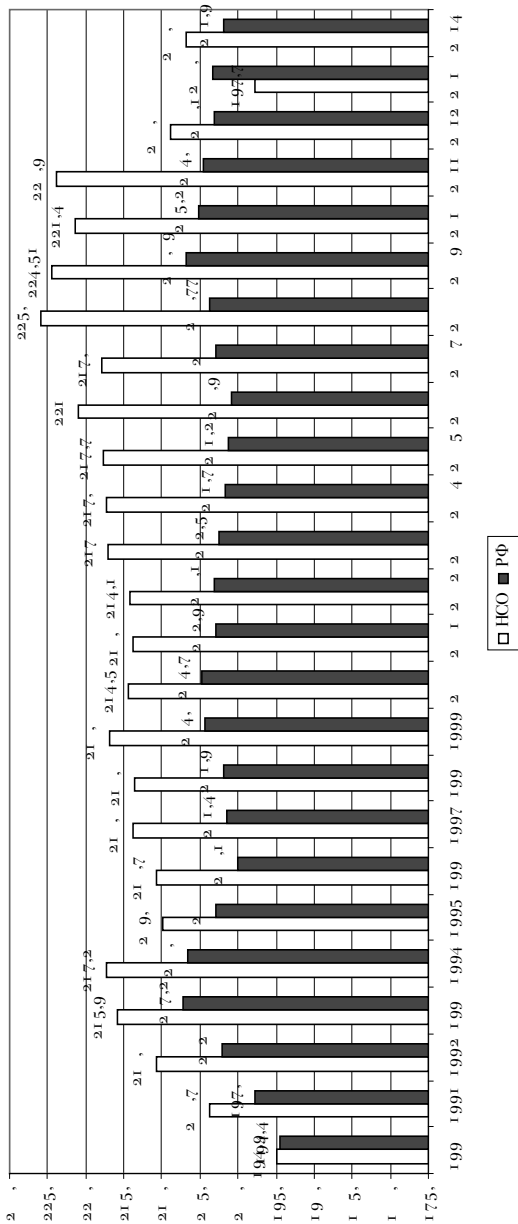


Рис. 3. Смертность от новообразований на 1000 населения по Новосибирской области и РФ.

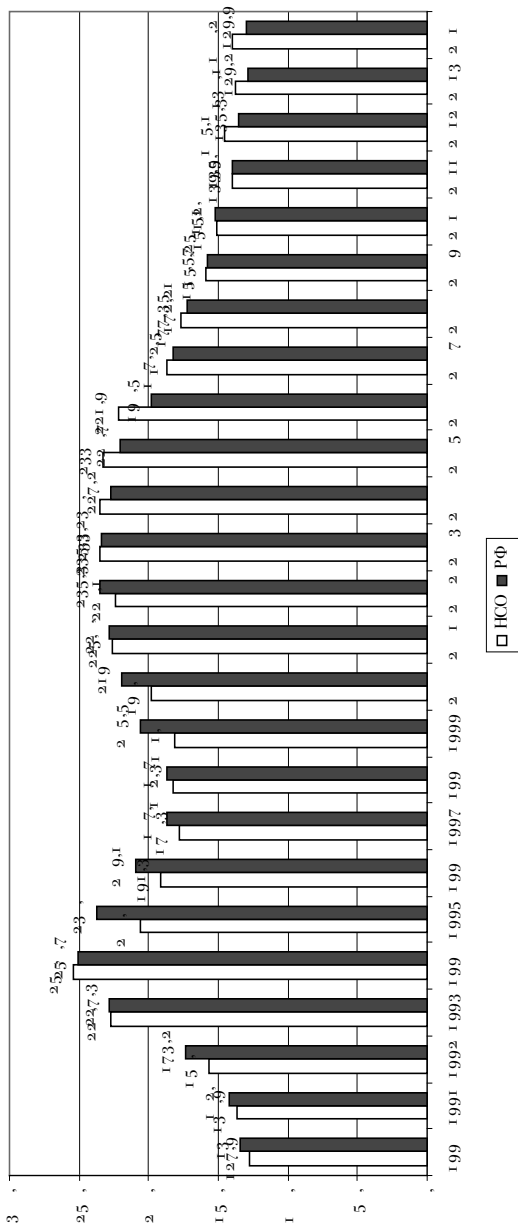


Рис. 4. Внешние причины на 1000 населения по Новосибирской области и РФ.

Более высокий уровень анализируемого показателя в НСО обусловлен превышением уровня РФ смертности от болезней системы кровообращения в 2012-2014 гг. и внешние причины (табл. 2, рис. 2, 3).

Значительный вклад в 2014 г. в общую смертность населения по Новосибирской области по данным Новосибирскстата приходится на лиц трудоспособного возраста (27 %), 80,3 % из которых мужчины. Это очень тревожный факт и требует глубокого анализа и принятия эффективных мер по устранению причин, обусловивших это.

Смертность от новообразований в НСО была всегда выше, чем в РФ (рис. 3), этот факт требует так же глубокого изучения, т.к. это одна из ведущих причин смерти, в т.ч. среди лиц трудоспособного возраста. Управляемой является смертность от внешних причин, которая занимает третье место среди причин и в нашей стране кратно превышает аналогичный показатель развитых стран.

Показатель младенческой смертности в РФ снизился на 9,8 %, с 8,2 на 1000 родившихся живыми в 2013 году до 7,4 в 2014 году. За 2014 года по сравнению с 2013 г. число детей, умерших в возрасте до 1 года, снизилось – на 8,6 % (или на 1353 детей) и составило 14366 (в 2013 году – 15719). Показатель младенческой смертности в Новосибирской области в 2014 году составил 6,8 на 1000 родившихся живыми и сократился за год на 1,4 %, что конечно же можно отнести к достижениям области и необходимо продолжить работу по снижению этого очень важного показателя.

Выводы. Показатель общей смертности населения в Новосибирской области с 2011 года остается выше среднероссийского уровня, в т.ч. среди трудоспособного населения; ведущими причинами смертности населения, как в Российской Федерации так и в Новосибирской области, являются: болезни системы кровообращения, новообразования и внешние причины смерти, уровень которых в Новосибирской области выше среднероссийского уровня. Представленный в статье анализ свидетельствует о необходимости принятия мер по снижению общей смертности населения, прежде всего трудоспособного возраста.

Литература

1. Аганбегян А. Тревожный звоночек: в России прекратилось снижение смертности населения / А. Аганбегян // Экономическая политика. 2015. – Т. 10. – № 2. – С. 63-76.
2. Основные показатели здоровья населения и здравоохранения Сибирского федерального округа в 2014 году / Сборник статистических и аналитических материалов. Выпуск 14 / Под общ. редакцией О.В. Стрельченко. – 2015. – 270 с.
3. Основные причины случаев смерти в Европе// Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2010. – 3. – С. 33-35.

4. Хабриев Р.У. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства/ Р.У. Хабриев, А.Л. Линденбратен , Ю.М. Комаров // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и ист. медицины. – 2014. – 3. – С. 3-5.

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

О.В. Стрельченко, Е.С. Козорезова, И.Ю. Ментюкова-Суздальцева

Аннотация. С ноября 2012 года в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА успешно внедрена и комплексно используется медицинская информационная система «Медиалог», позволившая значительно оптимизировать деятельность лечебного учреждения. В статье описан опыт внедрения информационной системы в патологоанатомическом отделении многопрофильного стационара, показано, что инновационный подход, использование современных информационных технологий позволяет снять избыточную нагрузку с сотрудников по ведению документации, тем самым улучшить качество оказания медицинской помощи, повысить экономическую эффективность как отдельных подразделений, так и всего учреждения.

COMPUTERIZATION OF THE PATHOLOGY SERVICE MULTIDISCIPLINARY CLINIC

O.V. Strelchenko, E.S. Kozorezova, I.Y. Mentyukova-Suzdaltseva

Abstract. Since November 2012 in FGBOS SOMC FMBA successfully implemented and used in a comprehensive medical information system «Medialog», which allowed to significantly reduce the activity of medical institutions. The article describes the experience of implementation of information systems in the pathology Department of the General hospital, it is shown that an innovative approach, the use of modern information technologies allows to remove excessive stress on the personnel records management, thus improve the quality of medical care, improve the economic efficiency of individual departments and agencies.

Информатизация является одним из важнейших направлений модернизации здравоохранения Российской Федерации. Сложные бизнес-процессы, дорогостоящие ресурсы, проблемы качества лечения, стандартизация медицинских услуг – все это требует внедрения информационных компьютерных технологий. Кроме того, информационные технологии позволяют эффективно бороться с издержками и оптимизировать деятельность системы здравоохранения. Использование информационных технологий в решении профессиональных задач становится неотъемлемой частью деятельности врача любой специальности.

До недавнего времени во многих ЛПУ весь документооборот (истории болезни, амбулаторные медицинские карты, листы нетрудоспособности, отчеты, учет пациентов, учет лекарственных препаратов и расходных материалов и пр.) производился «вручную», на бумажных носителях. Это сказывалось на скорости и качестве обслуживания пациентов, доступности оказания медицинской помощи, затрудняло работу медицинского персонала, допускало возможность искажения и потери информации.

Непрозрачность документооборота, трудоемкость, а часто невозможность, получения в реальном времени аналитической информации затрудняли контроль работы структурных подразделений, принятие оперативных управленческих решений руководителями медицинских организаций.

В ноябре 2012 г. в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России успешно внедрена и используется медицинская информационная система «Медиалог» (МИС «Медиалог»). Система позволила объединить в едином электронном пространстве стационар и поликлинику, территориально расположенные в разных районах города Новосибирска на значительном расстоянии друг от друга.

В настоящее время к МИС «Медиалог» подключены все структурные подразделения Центра:

- в поликлинике: регистратура, кабинеты врачей, диагностические кабинеты;
- в стационаре: приемное отделение, клинические отделения, консультативно-диагностический центр, диагностические службы, в том числе, гистологическая и цитологическая лаборатория, входящие в состав патологоанатомического отделения, аптека;
- общие подразделения: администрация, статистическая служба, планово-экономический отдел, отдел кадров, организационный отдел.

На приобретение компьютерной техники, лицензионного программного продукта Центром затрачено 18 млн. руб., стоимость последующей технической поддержки и модернизации составляет более 1,7 млн. руб. в год.

В этой статье мы бы хотели показать реализованные возможности при внедрении МИС «Медиалог» в патологоанатомическом отделении (далее - ПАО) ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, в состав которого входит цитологическая и гистологическая лаборатория, также в отделении выполняются аутопсийные исследования. Учитывая развитие онкологического профиля в стационаре и постоянную потребность в цитологическом скрининге рака шейки матки в рамках профилактических медицинских осмотров для пациенток поликлиники, патологоанатомическому отделению с самого начала внедрения МИС уделялось особое внимание. В отделении оборудовано 5 компьютеризированных рабочих мест, ежедневно пользуются системой все лаборанты и врачи.

В процессе внедрения МИС «Медиалог» в патологоанатомическом отделении необходимо было реализовать все возможности модуля «Патанатомия» в соответствии с основным функционалом, выполняемым в отделении, предусмотреть корректную интеграцию с электронными формами учетной документацией других отделений.

Вовлеченность руководителя Центра в процесс, заведующей отделения, врача-патологоанатома, врача клинической лабораторной диагностики (цитолога), постоянное взаимодействие с командой «внедренцев», четкая постановка задач в рамках согласованного плана-графика, последовательное движение к результату, еженедельный, а подчас и ежедневный контроль – залог успешного внедрения. При внедрении МИС «Медиалог» программистам была поставлена задача минимизировать время, затраченное врачами-клиницистами на формирование направления на патогистологическое и цитологическое исследование, без потери значимой для патологоанатома и цитолога информации.

В ПАО Центра реализованы следующие возможности МИС «Медиалог»:

- Форма № 014/у «Направление на патогистологическое исследование»
- Форма № 203/у-02 «Направление на цитологическое диагностическое исследование и результат исследования»
- Направления на исследования создаются полностью в автоматическом режиме из ранее заполненных врачом-клиницистом полей (как в рамках стационарного, так и амбулаторного приема). Формирование направления интегрировано с такими видами записей врача-клинициста, как: первичный осмотр, манипуляция, протокол операции, осмотр специалиста и т.п., учитываются данные инструментальных методов исследований (эндоскопических, УЗИ, МРТ, МСКТ). Врачи ПАО получают эту информацию в унифицированном виде без дополнительных затрат времени с обеих сторон.
- Форма № 446/у «Направление на цитологическое исследование и результат исследования материала, полученного при гинекологическом профилактическом осмотре, скрининге».

Создана сводная таблица-отчет, в которую автоматически вносятся данные гинекологического анамнеза по каждой пациентке, что освобождает время врача-гинеколога на заполнение бумажного направления. МИС Медиалог позволила перейти на электронное взаимодействие с поликлиникой. При этом ответ цитолога доступен в реальном времени, на следующий день от момента доставки материала в лабораторию.

- Форма № 013/у «Протокол патологоанатомического вскрытия»
- Форма № 250/у «Журнал регистрации анализов и их результатов»

- Форма № 190/у «Журнал регистрации материалов и документов в гистоло-гическом отделении». В электронном виде сохраняется как направление, так и результаты гистологического исследования с полным описанием препарата (макро-, микро-), патологоанатомический диагноз.
- Регистрация результатов исследования ранее производилась вручную, лаборанты и фельдшеры-лаборанты ежедневно вносили в бумажные формы журналов подробное микроскопическое описание, патологоанатомический диагноз или заключение врача. Переписывание информации занимало до 60 минут ежедневно и допускало возможность ошибок регистрации. Внедрение электронных версий журналов регистрации полностью освободило лаборантов от необходимости переписывания или копирования необходимой информации, минимизированы затраты персонала на подобный вид работы (экономия времени до 60 %).

Кроме того, в МИС «Медиалог» созданы отчетные формы, которые позволяют оперативно отслеживать множество учетных параметров: количество направлений на исследование, количество пациентов, количество объектов исследования (изготовленных парафиновых блоков), количество исследований (окрашенных стёкол, с учетом гистохимических методик), категории сложности проведенных исследований, кодирование патологоанатомического диагноза по МКБ-10, контроль расхождений цитологического и гистологического исследования. За счет этого снижены затраты времени на подготовку аналитической и статистической информации за любой интересующий период времени.

Реализована возможность учета выполненных исследований с учетом множественности источников оплаты (ОМС, ФБ, ВМП, ПДД), учета выполненных исследований по видам профилактического осмотра (предварительный, периодический). Реализована возможность сохранения фотоизображений морфологического препарата в МИС «Медиалог». Созданы личные справочники, ускоряющие формирование, как описательной части исследуемого препарата, так и морфологического заключения.

В Центре (в том числе и в патологоанатомическом отделении) используется система т.н. «эффективного контракта», при котором установлен перечень критериев оценки эффективности деятельности работников, определена их весомость в баллах, рассчитывается размер стимулирующих выплат в зависимости от достигнутых результатов. Измеримые критерии достоверно учитываются средствами МИС «Медиалог» по каждому работнику, что позволяет объективно оценить эффективность деятельности работников отделения.

Направления модернизации МИС «Медиалог»

1. Реализация возможности идентификации биоматериала с помощью сканеров, интеграция программного обеспечения со специальными принтерами для маркировки образцов (маркировка контейнера с биоматериалом, маркировка каждого объекта исследования) для ускорения работы и уменьшения ошибок, связанных с человеческим фактором.

2. Интеграция с гистологическим архивом для ускорения поиска биоматериала при необходимости пересмотра препаратов с целью определения динамики течения заболевания, проведения дополнительных исследований гистологического материала (гистохимические окраски, иммуногистохимические и молекулярно-биологические методы исследования)

Выводы. Внедрение МИС «Медиалог» с созданием единого информационного пространства позволило успешно интегрировать патологоанатомическое отделение в работу стационара и поликлиники, позволило сократить время врачей клиницистов и морфологов при работе с первичной и учетно-отчетной медицинской документацией, ускорить получение заключения, значительно сэкономить время лаборантов, облегчить учет коммерческой деятельности подразделения. У сотрудников отделения появилась возможность больше времени уделять непосредственно работе, улучшать качество диагностики, внедрять новые методики, что, в конечном счете, приводит к повышению доступности и качества оказываемой медицинской помощи.

Литература

1. О.В. Стрельченко, А.Л. Заиграев. Опыт внедрения и комплексного использования МИС «Медиалог». Научные труды ФГБУЗ «СИБИРСКИЙ ОКРУЖНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА», Том 3. – С. 139-146.

2. Медицинские информационные системы. Использование информационных медицинских систем в управлении лечебно-профилактическим учреждением. / А.А.Гильманов, В.Г. Шерпутовский, А.Н.Хисамутдинов, – Казань, КГМУ, 2011.

3. М.С. Смирнов, М.И. Хаткевич Опыт комплексной информатизации многопрофильного лечебно-профилактического учреждения на основе системы Интерин PROMIS ФГБУ «Поликлиника №3» УД Президента РФ, Кремлевская медицина, Клинический вестник, 1-2012, С. 85-89.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ ABC/VEN АНАЛИЗ ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ ЗА 2014 ГОД

О.В. Стрельченко, О.А. Зарубенков, И.Ю. Шоркина

Аннотация. В современных экономических условиях для оказания качественной медицинской помощи необходимо контролировать целесообразность финансовых за-

трат на лекарственные средства. В ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России ежегодно проводится фармакоэкономический ABC/VEN анализ, что позволяет изучать структуру применяющихся в учреждении медикаментов и соответствие расходов на лекарственные средства степени их необходимости и оптимизировать финансовые расходы на лекарственные средства.

PHARMACOECONOMIC ABC/VEN ANALYSIS FOR 2014 YEAR

O.V.Strelchenko, O.A.Zarubekov, I.Y.Shorkina

Abstract. In modern economic conditions for the quality care you need to monitor the appropriateness of the financial cost of medicines. In FBUS SOMC FMBA of Russia conducted pharmacoeconomic ABC/VEN analysis, which allows to study the structure used in the establishment of medications and compliance costs for medicines extent necessary and to optimize financial expenses on mtdicines.

Актуальность. В современных экономических условиях для оказания качественной медицинской помощи необходимо контролировать целесообразность финансовых затрат на лекарственные средства. Наиболее простым и информативным методом, позволяющим изучить структуру применяющихся в учреждении медикаментов и соответствие расходов на лекарственные средства степени их необходимости, является фармако-экономический ABC/VEN анализ.

Цель исследования. Оптимизация финансовых расходов на медикаментозные средства и рационализация лекарственных закупок в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России.

Задача. Изучить целесообразность финансовых затрат на лекарственные препараты в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России за 2014 год при помощи ABC/VEN анализа.

Материалы и методы. По дизайну исследование является неэкспериментальным и ретроспективным. Для проведения анализа была изучена оборотная ведомость по лекарственным препаратам за 2014 год. Лекарственные препараты были распределены по МНН, по фармакологическим группам, по степени жизненной важности, по количеству средств, затраченных на их приобретение. При расчетах данных использовался современный пакет статистических программ.

Всего за 2014 год на лекарственные препараты было израсходовано 25 208 729,91 рублей. В таблице 1 представлены суммы финансовых затрат на лекарственные средства в 2012, 2013, 2014 годах.

За этот период произошли изменения в процедуре закупки препаратов, изменился ассортимент – на рынке появились недорогие генерические препараты, произошли изменения в профиле коечного фонда учреждения, ока-

Таблица 1

**Финансовые затраты на лекарственные средства в 2012, 2013, 2014 годах
(в рублях)**

Год	2012	2013	2014
Сумма финансовых затрат (руб.)	13 003 274,92	15 010 552,82	25 208 729,91

Таблица 2

**Распределение финансовых расходов на лекарственные средства
по видам финансирования в 2012- 2014 гг. (в %).**

Источник финансирования	Годы		
	2012	2013	2014
Федеральный бюджет	65	76	62
ОМС	24	13	18
ВМП	5	4	9
ПДД	6	7	11

зание медицинской помощи осуществляется в соответствии со стандартами, усилен внутренний контроль за назначением лекарственной терапии, что позволяет избегать полипрагмазию.

В 2014 году было закуплено 439 торговых наименований (в 2013 году – 410 торговых наименований). Список по МНН насчитывает 324 препарата (в 2013 году – 310 препаратов).

Распределение финансовых расходов на лекарственные средства по видам финансирования за три года представлены таблице 2.

Приоритетными в закупках являются жизненно важные препараты (V) – важные для спасения жизни, имеющие опасный для жизни синдром отмены, постоянно необходимые для поддержания жизни и т.д. Группа V составила 172 препарата на сумму 16 222 870,23 рублей, что составляет 64,3 % от общей суммы.

В группу E (необходимые препараты – эффективные при лечении менее опасных, но серьезных заболеваний) вошли 143 препарата на сумму 8 943 469,72 рублей – 35,5 %.

На группу N (второстепенные препараты – для лечения легких заболеваний, лекарственные средства сомнительной эффективности, дорогостоящие лекарственные средства с симптоматическими показаниями и т.д.) было потрачено 42 389,96 рублей – 0,2 %. В эту группу в 2014 году вошли всего 9 препаратов: глицерол (глицериновые свечи, глицерин), диметилсульфок-

сид (димексид), йод+калия иодид+вода очищенная, корвалол, метамизол натрия+питофеноно+фенпивериния бромид (спазган, спазмалин), метилурацил, масло персиковое, силибинин (карсил), спирт камфорный. Отмечается положительная динамика значительного сокращения затрат на группу N с 2,7 % в 2012 году до 0,2 % в 2013 и 2014 годах.

Рациональным принято считать соотношение V/E/N – 80/15/5. Таким образом, необходимо несколько пересмотреть структуру закупки медикаментозных препаратов в сторону увеличения затрат на группу V до 80 %.

В таблице № 3 представлен ABC/VEN анализ, то есть сопряжение распределения лекарственных средств по степени их важности (VEN-анализ) с распределением по структуре затраченных на них финансовых средств (ABC-анализ).

В группу А (то есть на приобретение которых было потрачено около 80 % всех средств) вошли 43 препарата на сумму 20 076 714,67 рублей. При проведении VEN анализа оказалось, что основная масса препаратов группы А относится к жизненно важным препаратам (V) – 28 наименований на сумму 13 197 514,86 рубля (65,7 % от расходов на группу А). Группа Е насчитывает 15 препаратов на сумму 6 879 199,81 рублей (34,3 % от расходов на группу А). В 2014 году, как и в 2013 году, в группу А не вошел ни один второстепенный препарат группы N, как в идеале и должно быть, так как на эту группу приходится основная доля затрат и она не должна включать второстепенные препараты.

В группу В (на приобретение препаратов этой группы было израсходовано около 15 % от общей суммы) входят 78 препаратов на сумму 3 859 954,78 рублей. Группа V насчитывает 47 препаратов на сумму 2 440 774,77 рублей (63,2 % от расходов на группу В). Группа Е состоит из 31 препарата на сумму 1 419 180,01 рублей (36,8 % от расходов на группу В). В 2014 году, как и в 2013 году, в группу В не вошел ни один второстепенный препарат группы N.

Группа С (на приобретение которых было потрачено 5 % от общей суммы) включает наибольшее количество препаратов – 203 на сумму 1 272 060,46 рубля. Группа V состоит из 97 препаратов на сумму 584 580,60 рубля (46,0 % от расходов на группу С). В группе Е 97 препаратов на сумму 645 089,90 рубля (50,7 % от расходов на группу С). Расходы на препараты группы N в количестве 9 на сумму 42 389,96 рубля составляют 3,3 % от расходов на группу С.

Также все медикаментозные препараты были распределены по фармакологическим группам и определена сумма финансовых средств, израсходованных на каждую группу (табл. 4).

Таблица 3

ABC/VEN анализ распределения медикаментозных средств и финансовых затрат за 2014 год.

ABC группы	Количество медикаментозных препаратов (наименований по МНН)	Сумма финансовых затрат в рублях	VEN группы	Количество медикаментозных препаратов (наименований по МНН)	Сумма финансовых затрат в рублях	% от суммы затрат в группе ABC
A	43	20 076 714,67	V	28	13 197 514,86	65,7
			E	15	6 879 199,81	34,3
			N	-	-	-
B	78	3 859 954,78	V	47	2 440 774,77	63,2
			E	31	1 419 180,01	36,8
			N	-	-	-
C	203	1 272 060,46	V	97	584 580,60	46,0
			E	97	645 089,90	50,7
			N	9	42 389,96	3,3
Всего	324	25 208 729,91	-	324	25 208 729,91	-

Таблица 4

**Структура финансовых затрат на лекарственные средства
по фармакологическим группам в 2014 году.**

Фармакологическая группа	Расход финансовых средств (в рублях)	% от суммы, израсходованной за год на лекарственные средства
Рентгенконтрастные и другие диагностические вещества	4 623 420,70 р.	18,3406 %
Плазмозамещающие и дезинтоксикационные растворы	3 169 429,29 р.	12,5727 %
Антимикробные средства	2 910 019,02 р.	11,5437 %
Противоопухолевые	2 440 632,22 р.	9,6817 %
Средства, влияющие на гемостаз	1 920 819,57 р.	7,6197 %
Препараты для парентерального питания	1 432 022,06 р.	5,6807 %
Средства для наркоза	1 096 303,04 р.	4,3489 %
Антисептические средства	710 087,64 р.	2,8168 %
Миорелаксанты и ганглиоблокаторы	695 727,16 р.	2,7599 %
Альгезирующие, жаропонижающие, противовоспалительные средства	533 573,30 р.	2,1166 %
Витамины и препараты железа, кальция, калия, магния	520 833,10 р.	2,0661 %
Ангиопротекторы и антиагреганты	444 599,12 р.	1,7637 %
Антацидные и противоязвенные средства	409 557,28 р.	1,6247 %
Местноанестезирующие средства	361 967,42 р.	1,4359 %
Препараты, стимулирующие метаболические процессы	339 992,75 р.	1,3487 %
Ноотропные препараты, антиоксиданты	302 843,83 р.	1,2013 %
Радиопротекторы и другие средства для профилактики и лечения синдрома лучевой болезни (для укладки при радиационном поражении)	292 663,80 р.	1,1610 %
Слабительные и антидиарейные средства	287 057,57 р.	1,1387 %
Имуноглобулины	282 992,24 р.	1,1226 %
Антидоты, сорбенты, комплексоны	263 435,96 р.	1,0450 %
Нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты	247 353,75р.	0,9812%

Фармакологическая группа	Расход финансовых средств (в рублях)	% от суммы, израсходованной за год на лекарственные средства
Наркотические анальгетики	202 755,06 р.	0,8043 %
Глюкокортикоиды	202 329,46 р.	0,8026 %
Синтетические аналоги гормонов гипофиза	188 386,67 р.	0,7473 %
Антагонисты ионов кальция и средства, влияющие на ренин-ангиотезиновую систему	156 402,43 р.	0,6204 %
Ферментные препараты и вещества с антиферментной активностью	126 631,09 р.	0,5023 %
Препараты для зондового питания (питательные смеси)	123 652,23 р.	0,4905 %
Адреналин и адреномиметики	118 097,92 р.	0,4685 %
Противорвотные средства	88 715,47 р.	0,3519 %
Гепатопротекторы	81 241,86 р.	0,3223 %
Средства, улучшающие мозговое кровообращение	75 143,66 р.	0,2981 %
Диуретические и дегидратирующие средства	61 137,34 р.	0,2425 %
Препараты инсулина и другие противодиабетические средства	56 431,34 р.	0,2239 %
Антиадренергические препараты и В-блокаторы	52 629,14 р.	0,2088 %
Антигистаминные препараты	49 848,21 р.	0,1977 %
Спазмолитические и гипотензивные средства	49 701,33 р.	0,1972 %
Антиангинальные средства и препараты, улучшающие кровоснабжение и метаболизм миокарда	32 305,39 р.	0,1282 %
Дофамин и дофаминергические препараты	27 355,27 р.	0,1085 %
Противосудорожные препараты и средства, применяемые при паркинсонизме	27 324,36 р.	0,1084 %
Муколитические и отхаркивающие препараты	25 015,82 р.	0,0992 %
Антихолинергические средства	23 735,24 р.	0,0942 %
Пробиотики	20 970,59 р.	0,0832 %
Аналгетики	19 531,33 р.	0,0775 %
Антиаритмические средства	18 708,05 р.	0,0742 %

Фармакологическая группа	Расход финансовых средств (в рублях)	% от суммы, израсходованной за год на лекарственные средства
Ингибиторы холинэстеразы	14 652,52 р.	0,0581 %
Корректоры метаболизма костной и хрящевой ткани	14 563,45 р.	0,0578 %
Средства для диагностики и лечения заболеваний глаз	13 639,06 р.	0,0541 %
Желчегонные средства	12 497,65 р.	0,0496 %
Дерматопротекторные средства	12 360,71 р.	0,0490 %
Седативные средства	7 259,04 р.	0,0288 %
Гиполипидемические средства	6 378,31 р.	0,0253 %
Кардиотонические средства	3 621,75 р.	0,0144 %
Регидратирующие солевые препараты для перорального применения	3 116,56 р.	0,0124 %
Иммунодепрессанты и иммуностимуляторы	1 741,74 р.	0,0069 %
Средства, раздражающие нервные окончания	1 505,54 р.	0,0060 %
Снотворные средства	1 492,50 р.	0,0059 %
Средства влияющие на миометрий.	1 118,30 р.	0,0044 %
Средства, способствующие выведению мочевой кислоты и удалению мочевых конкрементов	999,71 р.	0,0040 %
Аденозинэргические средства	205,49 р.	0,0008 %
Препараты, влияющие на функции щитовидной и паращитовидных желез	197,50 р.	0,0008 %
Всего	25 208 729,91 р.	100,0000 %

В структуре финансовых затрат лидируют несколько групп: рентгенконтрастные и другие диагностические вещества, плазмозамещающие и дезинтоксикационные растворы, антимикробные средства, противоопухолевые, средства, влияющие на гемостаз. На эти группы в целом в 2014 году пришлось 59,7 % от финансовых затрат на лекарственные средства.

Изменение структуры финансовых затрат на лекарственные средства за три года представлено в таблице 5.

При анализе таблицы 5 обращает на себя внимание снижение удельного веса средств, потраченных на препараты для парентерального питания,

Таблица 5

**Структура финансовых затрат на лекарственные средства
по фармакологическим группам в 2012, 2013, 2014 гг.**

Фармакологическая группа	% от суммы, израсходованной за 2012 год на лекарственные средства	% от суммы, израсходованной за 2013 год на лекарственные средства	% от суммы, израсходованной за 2014 год на лекарственные средства
Рентгенконтрастные и другие диагностические вещества	6,7	10,6	18,4
Плазмозамещающие и дезинтоксикационные растворы	13,2	11,3	12,6
Антимикробные средства	11,9	8,6	11,5
Противоопухолевые	4,4	3,9	9,7
Средства, влияющие на гемостаз	7,8	7,7	7,6
Препараты для парентерального питания	6,5	8,1	5,7
Средства для наркоза	9,8	7,2	4,3
Антисептические средства	4,1	4,4	2,8
Миорелаксанты и ганглиоблокаторы	3,0	2,8	2,8
Анальгетирующие, жаропонижающие, противовоспалительные средства	3,6	2,1	2,1
Прочие	29,0	33,3	22,6

средства для наркоза, антисептические средства и увеличение финансовых затрат на рентгенконтрастные и другие диагностические вещества, антимикробные средства, противоопухолевые препараты, плазмозамещающие и дезинтоксикационные растворы. Затраты на средства, влияющие на гемостаз, миорелаксанты и ганглиоблокаторы, анальгетирующие, жаропонижающие, противовоспалительные средства остались на прежнем уровне. Такую динамику можно объяснить изменением структуры коечного фонда, назначением медикаментозной терапии в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской помощи, увеличением объемов работы

отделения лучевой диагностики, внедрением в практику периоперационной антибиотикопрофилактики и профилактики тромбоэмболических осложнений, усилением контроля за назначением фармакотерапии.

В таблице 6 отражена динамика финансовых затрат на группу рентгенконтрастных и других диагностических веществ за 2012, 2013, 2014 гг.

В таблице 7 отражена динамика финансовых затрат на группу плазмозамещающих и дезинтоксикационных растворов за 2012, 2013, 2014 гг.

Таблица 6

Лекарственные препараты из группы рентгенконтрастных и других диагностических веществ и финансовые расходы на них в % от общего расхода на медикаменты в 2012, 2013, 2014 годах.

Лекарственные средства	% от суммы, израсходованной за 2012 год на лекарственные средства	% от суммы, израсходованной за 2013 год на лекарственные средства	% от суммы, израсходованной за 2014 год на лекарственные средства
Гадобутрол (Гадовист)	1,7	1,6	10,8
Йогексол(Омнипак)	0	0	6,6
Гадодиамид(Омнискан)	0	0	0,8
Натрия амидотризоат (Урографин. Тразограф)	0	0,04	0,1
Бария сульфат+натрия цитрат(Бар-ВИПС)	0	0	0,1
Йоверсол (Оптирей)	2,0	3,8	0
Йопромид (Ультравист)	2,4	3,7	0
Йодиксанол (Визипак)	0,4	1,2	0
Гадоверсетамид (Опти-МАРК)	0,2	0,3	0
Всего	6,7	10,6	18,4

Таблица 7

Лекарственные препараты из группы плазмозамещающих и дезинтоксикационных растворов и финансовые расходы на них в % от общего расхода на медикаменты в 2012, 2013, 2014 гг.

Лекарственные средства	% от суммы, израсходованной за 2012 год на лекарственные средства	% от суммы, израсходованной за 2013 год на лекарственные средства	% от суммы, израсходованной за 2014 год на лекарственные средства
Натрия хлорид	9,3	6,6	7,0
Гидроксиэтилкрахмал	1,7	2,6	2,8
Альбумин донорский	1,1	0,9	0,7
Электролитные растворы	0,4	0,3	0,4

Таблица 8

**Основные группы антимикробных лекарственных средств
и финансовые расходы на них в % от общего расхода на медикаменты
в 2012, 2013, 2014 гг.**

Основные группы антимикробных лекарственных средств	% от общего расхода финансовых средств на медикаменты в 2012 году	% от общего расхода финансовых средств на медикаменты в 2013 году	% от общего расхода финансовых средств на медикаменты в 2014 году
Пенициллины, в т.ч. ингибиторозащищенные	7,4	3,3	4,1
Цефалоспорины I, III поколений, в т.ч. ингибиторозащищенные	1,2	1,3	2,0
Противогрибковые	0,3	0,5	1,3
Карбапенемы	0,1	0,1	1,1
Фторхинолоны, в т.ч. респираторные	0,6	1,4	0,8
Метронидазол	0,6	0,6	0,6
Макролиды	0,1	0,3	0,6
Местные антимикробные средства, в т.ч. глазные и ушные	0,4	0,5	0,3
Рифаксимин	0,3	0,1	0,2
Гликопептиды (ванкомицин)	0,1	0,2	0,1

В группе антимикробных препаратов представлены все необходимые препараты. Основные группы антимикробных препаратов и распределение финансовых расходов на них в 2012, 2013, 2014 годах представлены в таблице 8.

В группе противоопухолевых препаратов обращает на себя внимание, что из 9,7 % от общих затрат 8,65 % приходится на препарат радахлорин, а 1,05 % на остальные препараты этой группы.

Основные препараты для парентерального питания и финансовые расходы на них в 2012, 2013, 2014 годах представлены в таблице 9.

Финансовые затраты на группу средств, влияющих на гемостаз, остались на прежнем уровне. Основные препараты этой группы и финансовые расходы на них в 2012, 2013, 2014 годах представлены в таблице 10.

Таблица 9

Лекарственные препараты из группы препаратов для парентерального питания и финансовые расходы на них (%) от общего расхода на медикаменты в 2012-2014 гг.

Лекарственные средства	% от суммы, израсходованной за 2012 год на лекарственные средства	% от суммы, израсходованной за 2013 год на лекарственные средства	% от суммы, израсходованной за 2014 год на лекарственные средства
Декстроза (Глюкоза)	1,6	0,9	2,0
Аминокислоты для парентерального питания (Аминоплазмаль, Аминосол НЕО, Аминовен)	1,5	1,0	1,3
Аминокислоты+жировая эмульсия+декстроза (Кабивен центральный)	1,8	5,8	1,0
Аланин-глутамин (Дипептивен)	1,3	0,4	0,8
Аминокислоты+декстроза (Нутрифлекс)	0,2	0	0,6
Препараты для зондового питания (питательные смеси) (Ликвиджен)	0	0	0,005
Аминокислоты для парентерального питания + прочие препараты (минералы) (Инфезол)	0,1	0	0
Всего	6,5	8,1	5,7

Таблица 10

Лекарственные препараты из группы средств, влияющих на гемостаз и финансовые расходы на них в % от общего расхода на медикаменты (2012-2014гг.)

Лекарственные средства	Израсходовано на лекарственные средства		
	2012 год	2013 год	2014 год
Низкомолекулярные гепарины	6,2	5,9	6,3
Нефракционированный гепарин	1,1	0,5	0,2
Тромболитики	0	0,7	0,2
Этамзилат	0,3	0,2	0,1
Аминокапроновая кислота	0,1	0,1	0,1

Выводы.

1. Ежегодное проведение фармакоэкономического ABC/VEN анализа позволяет целесообразно расходовать финансовые средства на медикаменты.

2. В целом структура и объемы использованных в 2014 году лекарственных средств соответствуют объемам и профилю работы учреждения. При проведении ABC/VEN за 2014 год грубых нарушений не выявлено.

Необходимые меры по оптимизации финансовых затрат на лекарственные средства:

1. Проводить медикаментозную терапию строго в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской помощи, что автоматически изменит расходы в группе А, на которую приходится 80 % от общей суммы расходов на лекарственные средства.

2. При составлении заявки на закупку лекарственных средств:

– руководствоваться утвержденным формуляром лекарственных средств;

– учитывать реальные потребности учреждения, для чего проводить анализ расхода лекарственных препаратов по структуре и объемам за предыдущий период и остатков на складе.

Литература

1. Зиганшина Л. Е. Методические рекомендации по проведению ABC-, VEN- и частотного анализов потребления отдельными категориями граждан лекарственных средств при помощи информационных систем. – Москва, – 2007.

2. Клиническая фармакология. Национальное руководство / Под ред. Ю. Б. Белоусова, В. Г. Кукеса, В. К. Лепахина, В. И. Петрова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 964 с.

3. Нургожин Т.С., Ведерникова О.О., Кучаева А.В., Сайткулов К.И., Зиганшина Л.Е. / К вопросу об использовании ABC- и VEN-анализов в научных исследованиях и практическом здравоохранении // Клиническая фармакология и терапия. – 2004. – № 5.

4. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск XIV. – М.: «Эхо», 2013. – 996 с.

КЛИЕНТОРИЕНТИРОВАННЫЙ СЕРВИС В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Л.А. Хван

Аннотация. С 2013 г. ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России последовательно создает систему клиенториентированного сервиса. В статье приводится обоснование ее создания, перечень и последовательность внедрения мероприятий для достижения достойного

уровня сервиса. Проанализирована проделанная работа и некоторые полученные результаты.

CUSTOMER-FOCUSED SERVICE IN A HEALTHCARE ORGANIZATION

L.A. Khvan

Abstract. 2013 FGBOS SOMC FMBA Russia consistently creates a system of customer-oriented service. In article the substantiation of its creation, the list and sequence of implementation of activities to achieve a decent level of service. Analyzed the work done and some results.

В последние годы из сферы обслуживания и продаж в медицину пришло понятие клиенториентированного сервиса. Пациенты получили право выбора медицинской организации и врача, контролирующие органы в разных формах изучают удовлетворенность пациентов, с развитием частного здравоохранения расширился рынок платных медицинских услуг. Что дает конкурентное преимущество медицинской организации в этих условиях? Наш ответ – качественное оказание медицинской помощи, которое на сегодняшний день неразрывно связано с сервисным обслуживанием пациентов.

Американский специалист по медицинской этике Р. Витч выделяет четыре модели взаимоотношений между врачом и пациентом: **инженерную, пастырскую (патерналистскую), коллегиальную и контрактную**. Современный пациент все чаще выбирает коллегиальный тип общения с врачом, в основе которого – уважительное равноправие.

В 2013 г. началась работа по созданию клиенториентированного сервиса в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России. Понимание необходимости этого впервые пришло при обучении медицинских регистраторов, по которым пациенты зачастую сразу формируют мнение о качестве обслуживания в медицинской организации. Это повлекло за собой решение о создании комплексной системы мероприятий, направленных на создание атмосферы заботы и внимания к пациенту.

На первом этапе создания системы клиенториентированного сервиса в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России проведена аналитическая работа по изучению исходного состояния сервиса в Центре, выявлены базовые представления сотрудников о сервисном обслуживании, собрана информация по существующим претензиям пациентов.

Были проведены дискуссии с различными категориями работников. По результатам - определены критерии оценки компетентности различных категорий персонала, и выявлены факторы, определяющие удовлетворен-

ность/неудовлетворенность пациентов на разных этапах оказания медицинской помощи.

Следующим разделом работы стала разработка стандартов клиенториентированного сервиса для разных категорий работников: регистраторов, средних медицинских работников, врачей. Стандарты включают в себя правила общения с пациентами, корпоративной этики, алгоритм действия в конфликтной ситуации, речевые модули и нормы телефонного этикета. Отдельные разделы стандарта касаются внешнего вида работника, правил организации рабочего места, зон ожидания для пациентов. Стандарты позволяют дать работнику четкое понимание, что требуется от него с точки зрения сервиса; создать единый корпоративный стиль обслуживания.

Стандарты клиенториентированного сервиса были утверждены приказом директора Центра. Соблюдение стандартов включено в критерии эффективного контракта, заключенного с работником.

Клиенториентированность – это не просто улыбающийся и вежливый персонал. Это целый комплекс мероприятий по организации бизнес – процессов, информатизация, сокращение времени неподуктивного ожидания, продуманная информация и навигация, удобные для пациентов зоны отдыха и многое другое. Но все таки основная составляющая этого процесса – обучение персонала навыкам клиенториентированного сервиса.

Вопросам сервисного обслуживания пациентов традиционно не уделяется должное внимание в системе профессионального образования медицинских работников. Обучение клиенториентированному сервису первоначально вызвало непонимание и даже отторжение у ряда медицинских работников, особенно врачей. Однако в последствии практически все пришли к осознанию необходимости подобных знаний и практических навыков, многие сотрудники реально почувствовали преимущества клиенториентированного обслуживания пациентов в своей профессиональной деятельности.

Обучение сотрудников проводится в самых разнообразных формах: традиционные тренинги для различных категорий работников, индивидуальное обучение на рабочем месте, самостоятельное изучение рекомендованной литературы, фокус-группы по отдельным проблемам сервиса.

Опытные бизнес-тренеры обучают персонал понятиям и составляющим сервисного обслуживания, коммуникативным навыкам, технологиям работы с «трудными» клиентами, профилактике конфликтных ситуаций; на конкретных примерах разбирают типичные ошибки в работе с пациентами. Большой интерес персонала вызывает обучение приемам саморегуляции и развития стрессоустойчивости.

При вводе в должность новых сотрудников их обязательно знакомят с существующими в Центре правилами клиенториентированности, показыва-

ют обучающие видеозаписи. Это позволяет новичку легче адаптироваться, понять, как именно в Центре принято общаться с пациентами.

В 2015 г. активно разрабатывались и реализовывались программы контроля за соблюдением работниками стандартов клиентоориентированного сервиса. Контроль исполнения стандартов проводится различными способами: посещения «тайных пациентов» с представлением ими отчета по специально разработанному чек-листу, анкетирование пациентов, тестирование работников, анализ записи телефонных звонков для регистраторов. Полученные в результате контрольных мероприятий данные позволили определить болевые точки процесса оказания сервиса, провести корректирующие и предупредительные действия.

Все этапы работы по созданию системы клиентоориентированного сервиса в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России проходили при участии профессиональных бизнес-консультантов, имеющих большой опыт работы по обучению персонала и разработке программ клиентоориентированного сервиса в различных сферах деятельности.

Безусловно, клиентоориентированность в медицине имеет свои особенности. Медицинские работники традиционно обижаются при отнесении их к сфере обслуживания. Настоящему профессионалу в медицине сегодня, как никогда, необходимо уметь находить взаимопонимание с пациентом, прислушиваться к его потребностям, не подстраиваясь снизу, принимать общие с ним решения по преодолению недуга. Только в этом случае удовлетворенность пациента качеством оказания медицинской помощи будет наиболее полной.

На сегодняшний день для нас сервисное обслуживание – не формальный набор слов, а большая работа администрации и всего коллектива, включающая целую систему организационных, обучающих, контролируемых мероприятий. Наши постоянные пациенты и партнеры отмечают положительные перемены, произошедшие в Центре. В благодарностях, анкетах, отзывах в социальных сетях наши клиенты отмечают не только новые ремонты и оборудование, но и новое отношение к себе – уважение и желание помочь всех работников Центра от гардеробщика до руководителей, улыбки на лицах персонала.

В современном здравоохранении удовлетворенность пациента – один из индикаторов качественного оказания медицинской помощи. В этих условиях сервисное обслуживание клиента становится необходимым профессиональным навыком медицинских работников.

Выводы:

1. В реалиях сегодняшнего дня клиентоориентированный сервис – неотъемлемая часть качественного оказания медицинской помощи и конкурентное преимущество медицинской организации.

2. Создание клиентоориентированного сервиса требует системного подхода и поэтапной реализации.

3. Обучение персонала клиентоориентированному сервису – не разовая акция, а непрерывный поступательный процесс.

Литература

1. Джон Шоул «Первоклассный сервис как конкурентное преимущество» Пер.с англ. – М.: Альпина Бизнес Букс. – 2006 г.

2. Черкашин П. «Стратегия управления взаимоотношениями с клиентами» 2007 г. «Бином».

3. Полякова Р.В., Маршалок О.И. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧ – БОЛЬНОЙ. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ. // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6.

4. Магазаник Н. А. «Искусство общения с больными». – М.: Медицина, 1991.

5. Врачебная деонтология / Макшанов И. Я. – Минск, 1998.

ИЗУЧЕНИЕ ЭТИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА, КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

В.М. Чернышев, О.В. Стрельченко, Л.А. Бабенко

Аннотация. В статье описаны подходы к изучению этической стороны организации лечебно-диагностического процесса и лечебно-охранительного режима в стационаре, в связи с возрастающей их ролью в повышении конкурентоспособности и востребованности медицинских организаций. Эффективность опросов повышается в связи с принятием конкретных мер по выявленным недостаткам, о чем свидетельствует возрастающая удовлетворенность пациентов, которые практически все (только трое затруднились ответить) при необходимости лечения в стационаре, желают получить его в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России.

THE STUDY OF THE ETHICAL SIDE OF THE ORGANIZATION OF MEDICAL-DIAGNOSTIC PROCESS, AS AN IMPORTANT FACTOR IN IMPROVING MEDICAL CARE

V.M. Chernyshev, O.V. Strelchenko, L.A. Babenko

Abstract. The article describes approaches to the study of the ethical side of the organization of medical-diagnostic process, and health-protective regime in the hospital, increasing their role in improving the competitiveness and demand of medical organizations. The effectiveness of surveys increases with the adoption of specific measures for

identified deficiencies, as evidenced by growing patient satisfaction that almost all (only three were undecided) if necessary, treatment in hospital and wish to receive it in FSBU SOMC the FMBA of Russia.

В условиях, когда конкуренция между медицинскими организациями всех форм собственности, становится все более ощутимой, большую актуальность приобретает пациенториентированный сервис, повышающий конкурентоспособность учреждения. Это обусловлено тем, что при примерно одинаковых диагностических и лечебных возможностях многих МО, их привлекательность для пациентов во многом определяется условиями пребывания и отношением персонала, культурой обслуживания, соблюдением этических норм и правил, т.е. медицинской этики (деонтологии), предметом исследования которой является психоэмоциональная сторона деятельности врача, медицинской сестры, лаборанта, младшего персонала. Суть медицинской этики кратко и выразительно сформулировал акад. А.Ф. Билибин: «Медицина для истинного медика больше, чем профессия, она образ жизни». С деонтологических требований начиналась «Речь к слушателям госпитальных школ Российской империи» Данило Самойловича: *«Медицинская наука требует от того, кто ей себя посвящает, следующих качеств: он должен быть молод и хорошо сложен, с ясным, острым зрением, с мягкими руками и тонким осязанием, и, кроме того, ко всем этим природным качествам он должен присоединить очень большую личную чистоплотность. Однако эти внешние качества, эту благопристойность, которые прежде всего бросаются в глаза и чаруют, не должно почитать более чем за простые признаки подлинных, основательных достоинств. Ничего не должно быть грубого ни в обхождении, ни в его разговоре, нрава ему надлежит быть исключительно кроткого, а главное – ему следует усвоить ту любезность и вежливость, искреннюю и простую, которые должны господствовать во всяком хорошем обществе и быть главной его привлекательностью... Одним словом, он должен быть воплощением порядочного человека».*

Медицинская деонтология рассматривает совокупность должных этических норм и предписаний для медицинского работника в условиях профессиональной деятельности в лечебном учреждении и вне его. Именно этому направлению в деятельности медицинских работников в России всегда уделялось достаточно много внимания.

Руководствуясь вышеизложенным локальным этическим комитетом Центра было принято решение, одобренное директором, о рассмотрении на его заседаниях результатов социальных опросов (анкетирования) пациентов, основной целью которых была оценка этической стороны организации лечебно-диагностического процесса, а в стационаре и лечебно-охранительного режима.

Была разработана и утверждена директором анкета, отражающая характеристику опрошенных (пол, возраст, род занятия и т.д.). Во втором разделе «Оценка организации медицинской помощи» вопросы касались приема пациента, отношения к нему медицинского персонала как приемного покоя, так и структурных подразделений. Кроме того изучалось выполнение обязательных при поступлении формальностей (оформление информированного согласия, ознакомление с правилами поведения в стационаре и др.). Пациенты оценивали работу диагностических и лечебных структурных подразделений стационара.

Третий раздел посвящен оценки условий пребывания, организации питания, отношения и внешнего вида персонала. Примерно такая же анкета использовалась для посетителей поликлиники (исключая вопросы питания, условия пребывания и т.д.).

Опросы в Центре проводятся с 2012 года, как в стационаре, так и в поликлинике не реже одного раза в год. В текущем году в стационаре было опрошено 48 человек, в т.ч. в хирургическом отделении (ХО) – 10 человек, терапевтическом (ТО) – 10, гинекологическом (ГО) – 9, урологическом (УО) – 9, ЛОР отделении (ЛОР) – 10.

Из числа опрошенных немногим более половины (54,2 %) были направлены поликлиниками, почти 40 % самостоятельно обратились в стационар, один переведен из другого учреждения и 1 госпитализирован по квоте. Увеличилось количество лиц выбравших самостоятельно наше учреждение (87,2 %), по сравнению с прошлым годом (около 62 %), остальных направили без получения их согласия.

По мнению опрошенных отношение персонала приемного покоя и отделений стационара к пациентам стало более внимательным. До отделения из приемного покоя проводили всех (в 2014 г. – 29 из 30 опрошенных).

47 больных были осмотрены лечащими врачами в день поступления и лишь один (ЛОР) на следующий день после поступления. Все ознакомлены с правилами пребывания в стационаре и подписали лист информированного согласия после разъяснения им назначенного лечения. 46 человек осматривались лечащим врачом ежедневно и только двое через день.

Врачи стали больше общаться с пациентами, так 47 опрошенных были проинформированы о результатах обследования, и только один пациент по его просьбе. Почти 82 % респондентов, которым были назначены консультации специалистов, получили их в день назначения, а остальные на следующий день.

Среди опрошенных не было таких, которых бы не устраивал порядок работы процедурного кабинета, лаборатории и других диагностических служб. Фактов взимания денег с пациентов не выявлено.

**Оценка удовлетворенности респондентов медицинской помощью
и отношением персонала**

Показатели	Оценка по пятибалльной системе					
	Отделения					
	ХО	ТО	ГО	УО	ЛОП	Общая
Удовлетворенность медицинской помощью в стационаре	4,95	4,8	4,9	4,6	4,95	4,85
Удовлетворенность отношением медицинского персонала	5,0	4,8	4,9	4,9	5,0	4,91

Все опрошенные удовлетворены условиями пребывания, независимо от количества мест в палате и качеством постельного белья. Почти половина опрошенных (47,9 %) питались только пищей больницы, остальные больничной и домашней. До 82,9 % увеличилось число лиц, которых удовлетворяет качество больничной пищи (в 2014 г. – 73,3 %)

В целом условия пребывания в стационаре положительно оценили все опрошенные. Так же все отметили внимательное отношение и опрятный вид персонала.

Удовлетворенность медицинской помощью в стационаре по 5-балльной системе (табл.) составила 4,85 балла (2014 г. – 4,76).

С 86,7 % (2014 г.) до 93,8 % увеличилось количество пациентов, которые при необходимости госпитализации в будущем хотели бы попасть в стационар Центра, лишь 3 затруднились ответить.

Такая, в целом положительная динамика и эффективность проводимых опросов обусловлена тем, что по каждому из них принимаются конкретные меры по устранению выявленных недостатков и совершенствованию деятельности структурных подразделений. Более того, в течение почти 2-х лет в Центре формируется система клиенториентированного сервиса. Все эти и другие мероприятия, в частности информатизация лечебно-диагностического процесса, способствуют упорядочению выполняемой работы, высвобождению времени персонала, которое они тратят на работу с пациентами.

Заключение. По сравнению с данными, полученными при опросе пациентов стационара в 2014 году произошли заметные изменения. В том числе, увеличилось количество выбравших самостоятельно стационар Центр для лечения, сократились сроки ожидания госпитализации. Все формальности (ознакомление с правилами пребывания, оформление информированного

согласия и т.д.) выполняются. Все респонденты отметили внимательное отношение персонала, достаточно оперативно проводятся консультации, почти на 10 % увеличилось количество лиц, удовлетворенных качеством пищи в стационаре. Повысилась оценка удовлетворенности оказанием медицинской помощи.

Увеличение желающих при необходимости лечения вновь получить его в стационаре Центра, свидетельствует о его востребованности и достаточной конкурентоспособности.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЙТИНГОВОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА

В.М. Чернышев

Аннотация. Социологические опросы населения все активней используются для изучения общественного мнения о работе того или иного учреждения для принятия управленческих решений по совершенствованию его деятельности. Вместе с тем, объективность оценки работы сравниваемых учреждений, либо их структурных подразделений нередко вызывают затруднения. В связи с этим в статье описано использование для этих целей рейтинговой системы. В качестве примера приведена таблица рейтинговой оценки структурных подразделений стационара Центра по результатам изучения этической составляющей организации лечебно-диагностического процесса и лечебно-охранительного режима в нем.

THE USE OF THE RATING SYSTEM FOR THE EVALUATION OF THE RESULTS OF SOCIOLOGICAL SURVEY

V.M. Chernyshev

Abstract. Public opinion polls are increasingly used to study public opinion about the work of an institution which to make management decisions on improving its activities. However, the objectivity of the assessment work compare institutions or their structural subdivisions often cause difficulties. In this regard, the article describes the use of the rating system. As an example, the table of a rating estimation of the structural units of a hospital Centre for a study of the ethical component of the organisation of medical-diagnostic process and medical protective mode in it.

Социологические опросы часто называют опросами общественного мнения именно потому, что их основная задача выяснить, что люди думают по поводу того или иного явления. В зависимости от технологии проведения опросы делятся на непосредственные и опосредованные. К разновидности опосредованного опроса относится анкетирование, которое тоже является

чрезвычайно распространенным методом сбора социологических данных. Анкеты опрашиваемым могут передаваться лично в руки, рассылаться по почте, публиковаться в журналах или предлагаться в виде интерактивных форм на интернет-сайтах. Респондент самостоятельно заполняет анкету и возвращает ее исследователям. При этом анкетирование предполагает ряд вопросов с уже заранее заданными возможными вариантами ответов. Обычно это традиционные «да», «нет», «затрудняюсь ответить».

В более серьезных исследованиях перечень возможных вариантов ответов может быть значительно шире. Такой тип ответов в социологии называется «закрытыми», поскольку они не допускают импровизации со стороны опрашиваемого.

Любой социологический опрос предполагает предварительную разработку программы исследования, в которой ставятся цели и задачи данного исследования, описываются применяемые методы и формулируется предварительная рабочая гипотеза, которую данные опроса должны подтвердить или опровергнуть. Без подобной теоретической части никакой опрос не может считаться действительно объективным социологическим исследованием, поскольку научно разработанная программа и тщательно просчитанная выборка позволяют избежать многих погрешностей при сборе и обработке первичной информации.

Как показала практика последних лет, возможности социологически исследований широки и многогранны. Это отражение реального состояния социальных явлений, процессов и определение факторов, воздействующих на их изменение, выяснение ведущих тенденций развития общественных отношений и нахождение оптимальных путей и средств их совершенствования; обоснование планов; управленческих решений и оценка эффективности их реализации; обобщение опыта и прогнозирование социальных ситуаций. Это, наконец, и действительный контроль за состоянием дел на различных участках, и утверждение новаторского, реалистического стиля мышления и деятельности.

В социологических исследованиях заключены значительные возможности повышения научного уровня работы, обновления, обогащения и актуализации ее содержания. Эти возможности раскрываются по мере того, как методы социологического исследования и его анализа регулярно используются для оценки состояния и эффективности деятельности учреждения, его структурных подразделений и служб.

Социологические исследования наряду с другими средствами позволяют достаточно точно, глубоко и всесторонне проанализировать сложившуюся обстановку в работе учреждения, выяснить степень действенности

различных форм и методов работы. Их результаты являются своеобразным зеркалом, в котором отчетливо видны и достигнуты успехи, и имеющиеся недостатки. Более того, подобные исследования по праву можно назвать одним из универсальных источников информации для руководителей учреждений; они не только выявляют разного рода проблемы, но и подсказывают действенные средства для их решения.

Регулярно проводимые социологические исследования в социальной работе помогают обеспечивать бесперебойную работу механизма обратной связи, дополняя и конкретизируя статистическую информацию реалистичными данными об интересах и запросах, мнениях и настроениях людей, о степени удовлетворительности, состоянием психологического климата.

Результаты социологических исследований позволяют не ограничиваться только количественными характеристиками, а анализировать непосредственно качество работы с населением.

Проблемы возникают при необходимости сопоставления результатов социологического опроса, например, пациентов из нескольких структурных подразделений организации для оценки их деятельности и определения, в каком из них лучше поставлена работа. Наиболее приемлемым для объективной оценки является рейтинговая система, т.е. определение интегрального коэффициента, включающего в себя несколько основных (наиболее важных) вопросов (критериев), отражающих мнение опрошенных о деятельности того или иного учреждения, его структурных подразделений (СП). Перечень вопросов, значимость (весомость) каждого определяется руководством учреждения с учетом реально сложившейся ситуации и поставленной цели.

Для большей объективности целесообразно использовать 3-х уровневую систему оценки и дифференцировать значение каждого критерия в зависимости от важности и актуальности его для учреждения. Чем важнее показатель, характеризующий какой-либо вид деятельности, тем выше его значение на 1 и 2 уровнях (табл. 1).

В оценке деятельности учреждения или СП должны учитываться наряду с показателями постоянными и отдельные, периодически возникающие: появление обоснованной жалобы, или наоборот благодарности, соответственно подразделение или теряет баллы или получает дополнительные.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Использование рейтинговой системы позволит более объективно оценивать деятельность СП, а возможность изменения «ценности» отдельных показателей, либо введение новых, будут способствовать оперативному решению проблем, возникающих в организации оказания МП пациентам.

Таблица 1

Рейтинговая таблица по результатам анкетирования стационара

Показатели	1 уровень		2 уровень		3 уровень	
	Абс.	Бал.	Абс.	Бал.	Абс.	Бал.
Выбор нашего стационара	Да	3	-	-	Нет	0
Ожидание в приемном покое	Все до 10'	5	Более 50 % 30'	2	Менее 50% до 30'	0
Оформление истории болезни	Все до 30'	5	Более 50 % 30'	2	Менее 50% до 30'	0
Осмотр лечащего врача после поступления	Все в течение дня поступления	5	Более 80 % в течение дня поступления	2	Менее 80% в течение дня поступления	0
Ознакомление с правилами пребывания в отделении	Все ознакомлены	3	Более 80 % ознакомлены	1	Менее 80% ознакомлены	0
Оформление информированного согласия	Все оформлены	3	Более 80 % оформлены	1	Менее 80% оформлены	0
Обсуждение с пациентом планов обследования и лечения	Со всеми обсуждены	3	Более чем с 80 % обсуждены	1	Менее чем с 80% обсуждены	0
Осмотр лечащего врача	Всех ежедневно	3	Более 80 % ежедневно	2	Менее 80% ежедневно	0
Осмотр заведующего отделением	Осмотрены все	5	Осмотрены более 80 %	2	Осмотрены менее 80%	0
Информирование о результатах обследования, проводимом лечении	Да по инициативе врача	3	По моей просьбе	2	Нет	0
Ежедневное измерение температуры	Да всем утром и вечером	3	Более 90 % проводится утром и вечером	2	Менее 90% проводится утром и вечером	0
Порядок работы процедурного кабинета	Устраивает всех	4	Устраивает более 80 %	2	Устраивает менее 80%	0
Предложения медицинского персонала заплатить деньги	Никому не предлагали	6	-	-	Предлагали	0

Оплата лично персоналу	Нет	6	-	-	Платили	0
Удовлетворенность условиями размещения в палатах	Все удовлетворены	3	Удовлетворены более 80 %	1	Удовлетворены менее 80%	0
Удовлетворенность качеством постельного белья	Все удовлетворены	3	Удовлетворены более 80 %	1	Удовлетворены менее 80%	0
Удовлетворенность своевременностью смены постельного белья	Все удовлетворены	3	Удовлетворены более 80 %	1	Удовлетворены менее 80%	0
Удовлетворенность условиями для проведения гигиенических процедур	Все удовлетворены	3	Удовлетворены более 80 %	1	Удовлетворены менее 80%	0
Условия для отдыха во время тихого часа	Все удовлетворены	3	Удовлетворены более 80%	1	Удовлетворены менее 80%	0
Условия пребывания в стационаре в целом	Все удовлетворены	6	Удовлетворены более 80%	3	Удовлетворены менее 80%	0
Оценка оформления отделения	Отлично более 80%	4	Отлично 50-80%	2	Отлично менее 60%	0
Удовлетворенность полученной медицинской помощью (по 5-бал. системе)	Более 4,9	6	4,7 – 4,9	3	Менее 4,7	0
Удовлетворенность отношением медицинского персонала	Более 4,9	6	4,7 – 4,9	3	Менее 4,7	0
Хотели ли Вы в будущем (в случае необходимости стационарного лечения) обследоваться и лечиться в нашей больнице	Все хотят	10	Хотят более 80%	5	Хотят менее 80%	0
Возможное количество баллов	-	104		37		0

Литература

1. Стрельченко О.В. Рейтинговая система, как наиболее объективный критерий оценки деятельности структурных подразделений ЛПУ / О.В. Стрельченко, В.М.Чернышев, А.В. Подергин // Инновации в общественном здоровье и здравоохранении: экономика, менеджмент, право: Материалы международного форума / под общей редакцией: И. О. Маринкина, М. А. Садового. – Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ. – 2012. – С. 122-126.

2. Чернышев В.М. О некоторых итогах реформирования здравоохранения Российской Федерации и мерах по повышению его эффективности/ В.М. Чернышев // Медицина экстремальных ситуаций. – 2014. – № 2. – С. 6-12.

3. Кунгуров Н.В. Опыт организации системы контроля и управления качеством и доступностью специализированной медицинской помощи в Уральском федеральном округе / Н.В. Кунгуров, Н.В. Зильберберг, М.Л. Уфимцева, В.А. Игликов // Здравох. Рос. Федер. – 2014. – 1. – С. 20-26.

II. ДИАГНОСТИКА

ВЫЯВЛЕНИЕ РАННИХ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ ГРАЖДАН

Е.П. Бондаренко, С.А. Королева

Аннотация. В статье обсуждается проблема ранней диагностики сахарного диабета 2 типа. С этой целью проанализированы результаты исследований глюкозы в сыворотке венозной крови у пациентов, проходящих профилактический медицинский осмотр. Выявлено нарушение гликемии натощак у 80 человек из 1500 обследованных (5,1 %). Правильная организация профилактического скрининга способствует первичной профилактике сахарного диабета 2 типа, выявлению предиабета, способствует значительному снижению осложнений этого грозного заболевания.

THE DETECTION OF EARLY DISTURBANCES OF CARBOHYDRATE METABOLISM DURING PREVENTIVE EXAMINATIONS OF CITIZENS

E.P. Bondarenko, S.A. Koroleva

Abstract. The article discusses the problem of early diagnosis of diabetes mellitus type 2. To this end we analyzed the results of studies of glucose in the serum of venous blood in patients undergoing preventive medical examination. Identified impaired fasting glucose in 80 out of 1500 people surveyed (5,1 per cent). Proper organization of preventive screening contributes to the primary prevention of diabetes mellitus type 2, detection of pre-diabetes, greatly reduces the complications of this terrible disease.

Развитию сахарного диабета 2 типа предшествуют скрытые от внимания практических врачей нарушения углеводного обмена, обозначаемые новым термином «предиабет». Согласно отчету ВОЗ, в понятие предиабета входят нарушение гликемии натощак (НГН) и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ).

Оба теста имеют важное диагностическое значение для выявления начальных нарушений углеводного обмена и своевременной профилактики сахарного диабета 2 типа.

Определение глюкозы крови натощак входит в перечень лабораторных тестов при проведении периодических профилактических осмотров граждан.

Таблица 1

**Диагностические критерии сахарного диабета
и других категорий гипергликемии**

Вид нарушения	Время забора крови	Уровень глюкозы, ммоль/л			
		Цельная кровь		Плазма крови	
		венозная	капиллярная	венозная	капиллярная
Сахарный диабет	Натощак	> 6,1	> 6,1	> 7,0	> 7,0
	Через 2 ч после нагрузки глюкозой или оба показателя	> 10,0	> 11,1	> 11,1	> 12,2
Нарушение толерантности к глюкозе	Натощак	< 6,1	< 6,1	< 7,0	< 7,0
	Через 2 ч после нагрузки глюкозой	> 6,1, но < 10,0	> 7,8, но < 11,1	> 7,8, но < 11,1	> 8,9, но < 12,2
Нарушение гликемии натощак	Натощак	> 5,6, но < 6,1	> 5,6, но < 6,1	> 6,1, но < 7,0	> 6,1, но < 7,0
	Через 2 ч после нагрузки глюкозой	< 6,7	< 7,8	< 7,8	< 8,9

Определяется концентрация глюкозы в сыворотке венозной крови натощак (утром после предварительного голодания в течение 8 часов). В настоящее время, по рекомендации экспертов ВОЗ (2011 г.), у здорового человека натощак глюкоза в венозной сыворотке составляет менее 6,1 ммоль/л (табл. 1).

О нарушении гликемии натощак можно вести речь, если по результатам утреннего анализа содержание глюкозы в венозной крови находится в пределах 6,1-7,0 ммоль/л.

В клинико-диагностической лаборатории ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России в рамках проведения периодических медицинских осмотров за 9 месяцев 2015 года был определен тощаковый уровень концентрации глюкозы в сыворотке венозной крови у 1500 пациентов. В качестве диагностического критерия принят уровень глюкозы выше 6,1 ммоль/л.

Забор крови осуществлялся в вакуумированные пробирки из локтевой вены в стандартном положении тела – полулежа, пациенты предупреждались о правилах сдачи крови (натощак, около 8 часов голода). Исследования проводились на биохимическом анализаторе «AU-480» фирмы «Beckman Coulter» (США) ферментативным (гексокиназным) методом.

В обследуемой группе лиц гипергликемия в диапазоне 6,1-7,5 ммоль/л выявлена у 80 человек. Таким образом, наличие нарушений углеводного об-

мена наблюдалось у 5,1 % обследуемых лиц и на данном этапе скрининга трактуется как нарушение гликемии натощак.

Раннее выявление больных с нарушениями углеводного обмена при проведении периодических профилактических осмотров имеет большое медицинское и социальное значение. Правильная организация скрининга способствует первичной профилактике сахарного диабета 2 типа на этапе предиабета и способствует значительному снижению осложнений этого грозного заболевания.

АНАЛИЗ ВЫСЕВАЕМОСТИ ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ УША, ГОРЛА И НОСА

Л.И. Бурчак, С.А. Королева

Аннотация. Целью работы был анализ частоты высеваемости патогенных микроорганизмов и сравнение высеваемости у больных с заболеваниями уха, горла и носа в поликлинике и стационаре. Проанализированы результаты исследований за 9 месяцев 2015 года и аналогичный период 2012 года, выявлены различия между амбулаторной-поликлинической и стационарной службами. Вывод – различия в проценте высеваемости патогенной микрофлоры у пациентов амбулаторных ЛОР-кабинетов и стационарного ЛОР-отделения связаны с различными задачами бактериологического исследования и составом пациентов.

ANALYSIS OF VISIVAMENTE PATHOGENS IN PATIENTS WITH DISEASES OF EAR, NOSE AND THROAT

L.I. Burchak, S.A. Koroleva

Abstract. The aim of this work was to analyze the frequency of visivamente pathogens and comparison of visivamente in patients with diseases of ear, nose and throat at the polyclinic and the hospital. Analyzed research results for the 9 months of 2015 and the same period of 2012, the differences between outpatient clinics and inpatient services. Conclusion: differences in the percentage of visivamente pathogenic microflora in patients of the outpatient ENT rooms and in-patient ENT departments associated with various tasks of bacteriological examination and the composition of patients.

В 2014-15 годах было отмечено сильное различие высеваемости патологической микрофлоры в оториноларингологическом (ЛОР) отделении стационара ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России и амбулаторной службе. Возникла необходимость проанализировать частоту высеваемости патогенных микроорганизмов и сравнить высеваемость у больных с заболеваниями уха, горла и носа в поликлинике и стационаре.

Были проанализированы результаты микробиологических исследований за 9 месяцев 2015 года и тот же период 2012 года.

За 9 месяцев 2015 при оказании помощи больным с заболеваниями уха, горла и носа в оториноларингологическом отделении стационара и двух амбулаторных кабинетах (в Клинико-диагностическом Центре стационара (КДЦ) и в поликлинике) было проведено 346 бактериологических исследований – посевов на микрофлору и грибы с определением чувствительности к антибиотикам и антимикотикам. Патогенная и условно-патогенная микрофлора (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *E.coli*, *Candida albicans* и другие микроорганизмы) была выделена в 112 случаях, что соответствует 32,3 %.

За 9 месяцев 2012 года общее количество посевов по тем же подразделениям составило 489, высеваемость патологической флоры – 34,9 %.

Анализ высеваемости среди амбулаторных пациентов и находящихся на стационарном лечении показал, что самый высокий процент высеваемости патогенной флоры – 79,4 % – зафиксирован у пациентов ЛОР-кабинета КДЦ, в основном, за счет патологии уха и зева. Причем высеваемость за 9 месяцев 2015 года возросла на 11,5 % несмотря на общее снижение количества бактериологических исследований по кабинету в 2 раза – 63 обследования в 2015 году против 131 в 2012 году.

В ЛОР-кабинете поликлиники за 9 месяцев 2015 года обследовано микробиологическим методом 80 человек, патологических исследований 58 %, за тот же период 2012 года сделано 96 посевов, патогенная флора обнаружена в 55 %.

Пациентам, находящимся на стационарном лечении в ЛОР-отделении, за 9 месяцев 2015 года было выполнено 206 бактериологических исследований, высева патогенной микрофлоры – 12 %. За тот же период 2012 года было обследовано 262 пациента, патологических посевов 21 %, что практически в 2 раза выше аналогичного периода 2015 года.

Таким образом, выявляется, что высеваемость в ЛОР-кабинете поликлиники ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России остается на одном уровне, что объясняется постоянным контингентом посещающих кабинет. В ЛОР-кабинете КДЦ консультируются и лечатся пациенты с прилегающей к стационару территории, в основном, с воспалительными заболеваниями уха и горла, что объясняет высокий процент патогенной флоры в их посевах. В ЛОР-отделении стационара ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России микробиологические анализы берут, в основном, у пациентов в стадии ремиссии перед оперативным вмешательством с целью контроля (большей частью из носа и уха), закономерно получая результат «В посевах роста нет». Следовательно, раз-

личия в проценте высеваемости патогенной микрофлоры у пациентов амбулаторных кабинетов и стационарного отделения связаны с различными задачами бактериологического исследования и составом пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УРОДИНАМИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ELLIPSE ПРИ РАССТРОЙСТВАХ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН

М.М. Зарипов, О.В. Стрельченко, И.С. Кунин

Аннотация. В статье приводятся результаты оценки уродинамического исследования, как метода диагностики причин, приводящих к развитию расстройств мочеиспускания у женщин, что позволяет врачу правильно выбрать тактику лечения указанных состояний. Приводятся некоторые результаты, полученные в отделении.

CLINICAL EXPERIENCE OF USING URODYNAMIC SYSTEM ELLIPSE FOR DISORDERS OF URINATION IN WOMEN

M.M. Zaripov, O.V. Strelchenko, I.S. Kunin

Abstract. The article presents the results of evaluation of urodynamic studies as a method of diagnostics of the causes leading to the development of urination disorders in women that allows a doctor to correctly choose the tactics of treatment of these conditions. Some results obtained in the Department.

Введение. Любые формы нарушений мочеиспускания резко снижают качество жизни, создают психологические проблемы, что может привести к разрушению семейных, рабочих связей, к социальной изоляции. Эта проблема является весьма важной и одной из наиболее трудных в диагностике. Расстройства мочеиспускания, не угрожая жизни больных, вызывают тяжелые физические и моральные страдания, обусловленные глубокой психической травмой, сексуальным конфликтом, развитием невроза и неврастении. Психологически эта проблема часто сопровождается депрессивными расстройствами. О том, что пациенты с симптомами патологии нижнего мочевого тракта имеют определенный психологический компонент, известно издавна. У древних китайцев была поговорка: «Мочевой пузырь – зеркало души». Длительное и упорное течение и частые рецидивы дизурии иногда создают у больных впечатление о безнадежности лечения.

Имеющиеся алгоритмы диагностики при расстройствах мочеиспускания включают: сбор анамнеза, заполнения дневника мочеиспускания, выполнения влагалищного исследования, УЗИ органов мочевыделительной

системы. Особое внимание уделяют комплексному уродинамическому исследованию.

На сегодняшний день уродинамические исследования являются рутинными методами обследования не только в урологии, но и в ряде смежных клинических областей. Поскольку для выполнения уродинамических исследований требуется ряд условий (соответствующая аппаратура, подготовленный квалифицированный персонал), то традиционно они проводятся в специализированных уродинамических лабораториях, находящихся в составе крупных медицинских центров. Во время уродинамического исследования оценивают функциональное состояние нижних мочевых путей, причем ряд показателей регистрируют исключительно по ощущениям пациента. Результаты уродинамических исследований зависят не только от состояния нижних мочевых путей, но и от реакции организма на наличие катетера в мочевом пузыре, скорости наполнения мочевого пузыря, психологического состояния пациента.

Цель исследования – оценка уродинамического исследования, как метода диагностики причин, приводящих к развитию расстройств мочеиспускания у женщин.

Материалы и методы. На базе отделения урологии ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России на исследования и дальнейшее лечение обратились 12 пациенток. Средний возраст больных составил 50 лет. Все пациенткам выполнено влагалищное исследование, а также на уродинамической системе Ellipse, выполнен комплекс уродинамических исследований, включающий в себя – Цистометрию; Профилометрию; Урофлоуметрию.

Результаты. По результатам исследования из 12 пациенток: у 8 пациенток установлен диагноз стрессового недержания мочи и рекомендовано оперативное лечение, у 2 пациенток – выявлен синдром ГАМП (гиперактивного мочевого пузыря) назначена консервативная терапия М-холинолитиками и у 2х пациенток выявлен смешанный тип расстройства мочеиспускания. Этим пациенткам назначена антибактериальная терапия на основании бак. посева мочи и контрольный осмотр после проведенного лечения.

Выводы: Проведение комплексного уродинамического исследования, позволяет врачу правильно выбрать тактику лечения при различных расстройствах мочеиспускания у женщин.

Литература

1. Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Гаджиева З.К., Балан В.Е., Локшин К.Л., Спивак Л.Г. Гиперактивный мочевой пузырь. Врачебное сословие. – 2004.
2. Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю., Дьяков В.В. Колебания максимального внутриуретрального давления и нарушения мочеиспускания у женщин. В сб. статей: «Урогинекология (вопросы и ответы)». М. – 2003.

3. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г. Гиперактивный мочевой пузырь. М.: Вече. – 2003.
4. Григорян В.А., Чалый М.Е., Газимиев М.А., Гаджиева З.К. Комплексная терапия стрессового недержания мочи у женщин старшей возрастной группы. Сборник материалов пленума правления Российского общества урологов. Ярославль. 21-24 мая 2001 года;
5. Пушкарь Д.Ю., Гумин Л.М. Тазовые расстройства у женщин. Москва «МЕДпресс-информ». – 2006.

ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У РАБОТНИКОВ ОАО «НЗХК» ПО ДАННЫМ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

В.Н. Зубкова, Н.А. Полянская, Л.Н. Брылкина, Ю.В. Балабанова

Аннотация. В статье говорится о применении метода спирометрии при проведении профилактических медицинских осмотров лицам, занятым на производстве с вредными условиями труда. Полученные данные подтверждают необходимость данного метода обследования для своевременного выявления нарушений бронхиальной проходимости.

AN OVERVIEW OF THE RESULTS OF THE STUDY OF RESPIRATORY FUNCTION IN WORKERS OF JSC «NCCP» ACCORDING TO PERIODIC MEDICAL EXAMINATIONS

V.N. Zubkova, N.A. Polyanskaya, L.N. Brylkina, Y.V. Balabanova

Abstract. The article talks about the application of spirometry during the preventive medical examinations of persons employed in hazardous working conditions. The obtained data confirm the necessity of this method of examination for early detection of bronchial obstruction.

Одной из наиболее актуальных проблем профпатологии являются вопросы заболеваний органов дыхания у работающих в контакте с вредными факторами, такими, как аэрозоли металлов, кислоты, щелочи и др. Важную роль в ранней диагностике заболеваний органов дыхания у таких работников играет проведение спирографии в рамках ежегодных профилактических медицинских осмотров.

На предприятии ОАО «НЗХК» контакт с аэрозолями металлов имеют газоэлектросварщики. Воздушная среда производственных помещений загрязняется сварочным дымом. Этот дым представляет собой свободно парящие в воздухе мелкие частицы сварочных аэрозолей. Химический состав

сварочных аэрозолей различный и зависит от технологии сварки, сварочных материалов и режима сварки. В основном в состав сварочного дыма входят аэрозоли металлов и их окислов (железа, марганца, хрома, ванадия, вольфрама, алюминия, титана, цинка, меди, никеля и др.), газообразных фтористых соединений и многих других элементов. Сварщики находятся в зоне выделения этих вредных веществ. Даже если в цехе имеется хорошая общеобменная вентиляция, а воздух цеха соответствует необходимым нормативам, то в зоне сварки концентрация вредных веществ все равно превышает все допустимые нормы. Высокая концентрация сварочных аэрозолей в зоне сварки может привести к возникновению у сварщиков профессиональных интоксикаций и пневмокониоза, характер и тяжесть которых зависит от химического состава, концентрации, а так же от длительности воздействия этих веществ.

Контакт с кислотами и щелочами на ОАО «НЗХК» имеют аппаратчики. Кислоты и щелочи оказывают раздражающее действие на дыхательные пути. При тяжелых отравлениях развивается отек легких в течение первых суток. При легком отравлении бронхит и нерезко выраженный бронхоэктат.

В 2015 году в рамках ежегодных профилактических медицинских осмотров на базе кабинета функциональной диагностики поликлиники ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России проведено исследование функции внешнего дыхания 23 газозлектросварщикам (1 группа), работающим в контакте с аэрозолями металлов и 35 аппаратчикам, имеющим контакт с химическими факторами: кислоты, щелочи (2 группа).

Осмотренные работники 1 группы разного возраста, от 26 до 64 лет, имели различный стаж работы по данной специальности, от 5 до 49 лет. Нарушения бронхиальной проходимости (НБП) выявлены у 5 человек (22 %). Из них 2 человека имели стаж работы от 10 до 20 лет, 3 человека – более 20 лет. У работников со стажем до 10 лет показатели функции внешнего дыхания находились в пределах нормальных значений. Во всех выявленных случаях нарушений бронхиальной проходимости отмечалось отсутствие клинических проявлений.

Таблица 1

Выявление нарушений бронхиальной проходимости у газозлектросварщиков по результатам спирометрии

Стаж	0-10 лет	10-20 лет	Более 20 лет
Осмотрено человек	5	4	14
Из них с НБП	-	2	3

Во 2 группе работники имели возраст от 27 до 65 лет, и стаж работы варьировался от 8 до 44 лет. Нарушения бронхиальной проходимости вы-

**Выявление нарушений бронхиальной проходимости у аппаратчиков
по результатам спирометрии**

Стаж	0-10 лет	10-20 лет	Более 20 лет
Осмотрено человек	2	8	15
Из них с НБП	-	-	4

явлены у 4 человек (11 %). Все они имели стаж более 20 лет. Один из них наблюдается с диагнозом хронический необструктивный бронхит, другой – с диагнозом ХОБЛ. У остальных двух человек клинические симптомы отсутствуют.

Таким образом, ежегодное проведение спирометрии работникам, занятым на производстве с вредными и опасными условиями труда, в рамках периодических медицинских осмотров дает возможность ранней диагностики бронхообструктивных нарушений даже при отсутствии клинических проявлений. Это позволяет начать оздоровительные мероприятия на ранних этапах и снижает риск развития профессионального заболевания.

Литература:

1. Хроническая обструктивная болезнь легких: практическое руководство для врачей, федеральная программа/ под ред. А.Г.Чучалина. М. – 2004. – 61 с.
2. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2007г.) / пер. с англ. М.: Атмосфера. – 2008. – 100 с.
3. Страбыкина П.Е. Эффективность скринингового метода обследования для выявления нарушений бронхиальной проходимости // 2006. – № 4. – С.168-171.

**РОЛЬ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ
В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

***Е.С. Козорезова¹, О.В. Стрельченко¹, О.А. Зарубенков¹, В.Б. Петров¹,
Т.А. Агеева², Р.В. Шорохов¹, Н.В. Юрина³***

¹ФГБУЗ СОМЦ ФМБА;

²ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава;

³АНО Региональный центр высоких медицинских технологий, г. Новосибирск

Аннотация. Особенности лечения пациентов с нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы определяют необходимость точной верификации опухоли. Морфологические методы диагностики с обязательным иммуногистохимическим, им-

муноцитохимическим подтверждением нейроэндокринной природы опухоли, позволяют наиболее достоверно определить объем оперативного вмешательства, прогноз заболевания, влияют на выбор лекарственной терапии.

THE ROLE OF MORPHOLOGICAL METHODS OF RESEARCH IN DIAGNOSTICS OF NEUROENDOCRINE TUMORS OF THE PANCREAS

*E. S. Kozorezova¹, O.V. Strelchenko¹, O.A. Zarubencov¹, V.B. Petrov¹,
T.A. Ageeva², R.V. Shorokhov¹, N.V. Urina³*

¹FGBOS SOMC FMBA Russia

²Novosibirsk state medical University

³ANA Regional centre of high medical technologies, Novosibirsk

Abstract. Features of treatment of patients with neuroendocrine tumors of the pancreas detect the need for accurate verification of the tumor. Morphological methods of diagnosis is mandatory with immunohistochemical, immunocytochemical confirmation of the neuroendocrine nature of the tumor, enable to reliably determine the volume of surgical intervention, the prognosis of the disease, influence the choice of drug therapy.

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (далее – Центр) выполняет государственное задание по оказанию медицинской помощи за счет средств федерального бюджета с использованием высокотехнологичных методов лечения. В рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилю онкология осуществляется хирургическое лечение, в том числе проводятся радикальные операции пациентам с опухолями поджелудочной железы, ди-

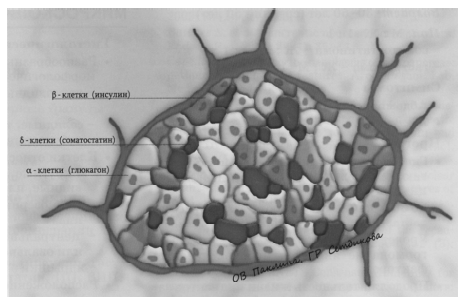


Рис. 1 Схематическое изображение эндокринного островка Лангерганса. Схема из книги «Патоморфологическая и лучевая диагностика хирургических заболеваний поджелудочной железы», авторы: О.В. Паклина, Г.Г. Кармазановский, Г.Р. Сетдикова.

агностические операции с целью морфологической верификации процесса в поджелудочной железе, определении первичного очага при метастатическом поражении печени.

В данной статье мы представим 2 случая панкреатической нейроэндокринной опухоли, морфологически верифицированной в Центре, а также 1 случай метастатического поражения, верифицированного как метастаз нейроэндокринной опухоли поджелудочной железы. Отдельно хотелось бы отметить, что при

детальном сборе анамнеза выяснилось, что 2 пациентки родные сестры. Все 3 случая зафиксированы в 2015 году. Цитологическая (в т.ч. интраоперационная) и гистологическая диагностика проводилась специалистами патологоанатомического отделения Центра, иммуногистохимическое исследование было проведено специалистами Регионального Центра Высоких Медицинских Технологий (далее - РЦ ВМТ).

ПНЭО (панкреатическая нейроэндокринная опухоль), синонимы: панкреатическая эндокринная опухоль, островково-клеточная опухоль. Термин ПНЭО заменяет более ранние названия эндокринная опухоль, островковая опухоль, АПУДома поджелудочной железы, карциноид. ПНЭО – функциональные или нефункциональные опухоли, развивающиеся из эндокринных клеток. В 80 % развиваются спорадически, в 10 % ассоциированы с МЭН 1-го типа или синдромом von Hippel-Lindau¹.

Нейроэндокринные опухоли (НЭО) стали предметом углубленного изучения только в последние годы. Причиной для возрастающего интереса к НЭО является увеличение частоты их обнаружения, обусловленное внедрением в клиническую практику эффективных методов лабораторной, лучевой, эндоскопической диагностики и морфологической верификации (морфофункциональный анализ с помощью иммуноморфологических и молекулярно-биологических методов). Интерес специалистов к данной проблеме обуславливается и значительным увеличением (5-кратным в течение 30 лет) частоты обнаружения НЭО². Значимость этой проблемы также связана с тем, что согласно современным представлениям стал общепризнанным тот факт, что все нейроэндокринные опухоли обладают злокачественным потенциалом³.

В настоящее время недостаточно данных о локализации НЭО в конкретных органах ЖКТ, анализ наиболее репрезентативных исследований показывает, что не менее 40 % из них составляют ПНЭО³.

Эпидемиология.

Распространенность ПНЭО 1-2 % от всех опухолей экзокринной части поджелудочной железы, в некоторых источниках указываются данные о распространенности ПНЭО 2-10 % (по данным аутопсий частота обнаружения ПНЭО 1,6 -10 %, в то время как прижизненно диагностируется 3,5-4 случая на 1 млн населения в год)⁴. Поражает одинаково мужчин и женщин всех возрастных групп (пик частоты 30-60 лет, средний возраст 50 лет). Генетическая чувствительность играет важную роль в возникновении НЭО⁵.

Роль морфологических методов диагностики при ПНЭО

Согласно Клиническим Рекомендациям по диагностике и лечению злокачественных опухолей поджелудочной железы, проект которых разработан Общероссийским Союзом Общественных Объединений Ассоциацией Онко-

логов России, при *нейроэндокринных опухолях* (НЭО) поджелудочной железы важно морфологически и иммуногистохимически верифицировать диагноз до определения лечебной тактики. Причина этого кроется в том, что циторедуктивная операция по поводу высоко- и умереннодифференцированной нейроэндокринной опухоли поджелудочной железы (G1 и G2) является, в отличие от протокового рака, экзокринного непроотокового рака и низкодифференцированного нейроэндокринного рака, вполне правомочной. По поводу нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы правомочно выполнять такие операции, которые при экзокринном раке не показаны. Это – дистальная половинная резекция поджелудочной железы, дистальная резекция поджелудочной железы любого объема с сохранением селезенки, атипичная резекция любого отдела поджелудочной железы, даже энуклеация опухоли.

Однако, существует ряд объективных трудностей на дооперационном этапе. В частности, не всегда данные инструментальных методов позволяют оценить морфологию опухоли. В представленных случаях только 1 пациентке по данным МРТ высказано предположение о нейроэндокринной природе опухоли. Эндоскопическое УЗИ, которое обладает наиболее высокой чувствительностью и специфичностью при диагностике ПНЭО, а также тонкоигольная аспирационная биопсия (далее ТАБ) и core-биопсия под контролем эндоскопической ультрасонографии с последующим цитологическим или гистологическим исследованием полученного материала, пациентам в НСО в настоящий момент практически недоступны.

Для морфологической верификации в Центре на дооперационном этапе используется трансабдоминальная ТАБ, чувствительность которой по объективным причинам составляет лишь до 50 % при всех опухолях поджелудочной железы (экзокринной и эндокринной части). При диагностике же нейроэндокринных опухолей чувствительность метода еще ниже.

Несмотря на то, что ТАБ не является методом, рекомендованным как стандартная диагностическая процедура, она может быть полезна для корректной постановки диагноза как на дооперационном (при использовании эндоУЗИ), так и на интраоперационном этапах, что позволит уточнить объем хирургического вмешательства непосредственно во время операции⁶.

В двух случаях из трех, приводимых в данной статье, была использована интраоперационная ТАБ. В обоих случаях цитологическое заключение предполагало нейроэндокринный характер процесса (фото 1, 2), что позволило снизить объем хирургического вмешательства до дистальной половинной резекции поджелудочной железы с сохранением селезенки, привратника.

Во всех случаях операционный материал зафиксирован в 10 % забуференном формалине, проведен рутинной гистологической проводкой в

автоматическом вакуумном гистологическом процессоре. При микроскопической диагностике гистологических срезов, окрашенных гематоксилин-эозином, врачом-патологоанатомом высказано предположение о нейроэндокринной природе опухоли (фото 3, 4, 5). Материал был отправлен в РЦ ВМТ для подтверждения диагноза с помощью иммуногистохимического исследования.

Во всех случаях иммуногистохимическая панель включала Chromogranin A, Synaptophysin, CD56. В двух случаях из 3 исследован также уровень пролиферативной активности (Ki67). Кроме того, оценивалась экспрессия S-100, NSE, CEA, ЦК AE1/AE3, для определения первичного очага дополнительно оценивалась экспрессия CD 34, Vimentin, CA-125, AFP, DPS4, Mesothelin, WT-1, ЦК7, ЦК 8 (фото 6).

По результатам иммуногистохимического исследования сформулирован окончательный диагноз, который позволил определить прогноз и назначить наиболее корректную терапию всем пациенткам.

Морфологическая диагностика нейроэндокринных опухолей в Центре основывается на классификации ВОЗ, а также – на критериях оценки прогноза НЭО. Кроме того, при формулировании как патоморфологического, так и клинического диагноза учитываются предложения ENETS, European NeuroEndocrine Tumor Society (Европейского общества по изучению нейроэндокринных опухолей) в 2006-2007 гг. Более подробно принцип формулирования диагноза приведен далее на конкретном клиническом примере.

Лечение ПНЭО

Успех в лечении нейроэндокринных опухолей ПНЭО основывается, прежде всего, на использовании современных методов диагностики с обязатель-

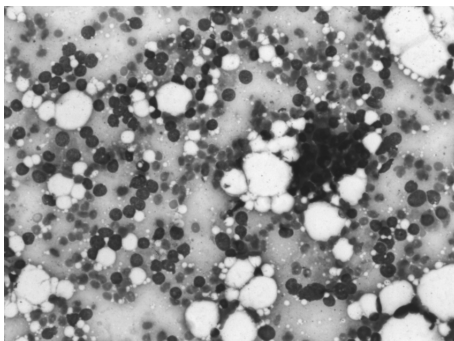


Фото 1. Интраоперационная тонкоигольная аспирационная биопсия. Окраска MGG. Ув. X20.

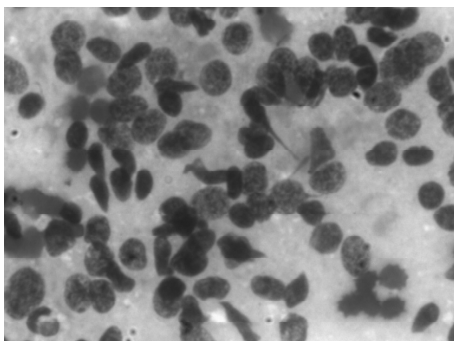


Фото 2. Соскоб с опухоли (операционный материал). Окраска по Papanicolaou. Ув.х60.

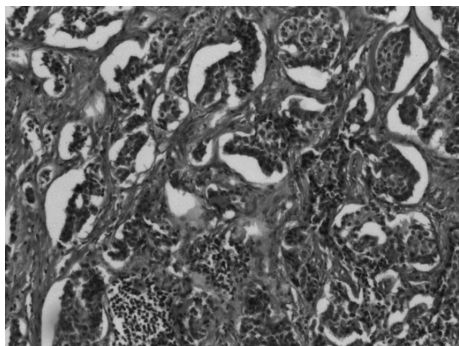


Фото 3. Гистологическое исследование.
Окраска гематоксилин-эозин. Ув. X10.

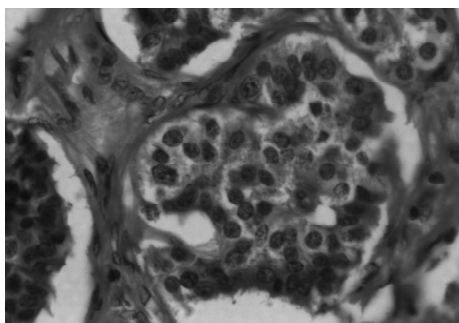


Фото 4. Гистологическое исследование.
Окраска гематоксилин-эозин. Ув. X60.

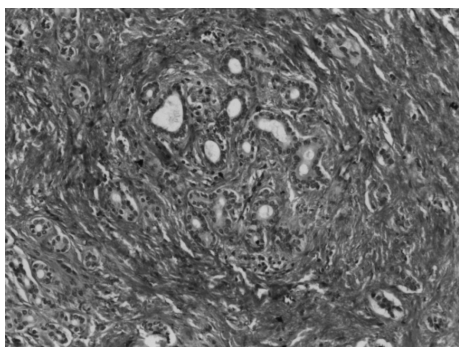


Фото 5. Гистологическое исследование.
Окраска Конгорот. Ув. X10.

ным иммунофенотипированием опухоли, определением специфических маркеров. Корректный патологистологический диагноз дает возможность не только определить характер и тип опухоли, но и прогнозировать развитие заболевания.

Хирургический метод остается методом выбора и единственным способом, дающим возможность добиться выздоровления. Основными лечебными задачами являются: удаление первичной опухоли, торможение опухолевого роста, подавление гормональной экспрессии, улучшение качества жизни больных с НЭО.

Благодаря модификации подходов к лечению НЭО медиана выживаемости больных со злокачественными метастатическими НЭО желудочно-кишечного тракта выросла с 12 мес в 1980 г. до 12 лет в настоящее время. При опухолях нефункционального типа 5-летняя выживаемость – 65 %, 10-летняя выживаемость – 45 %. При опухолях функционального типа 5-летняя выживаемость – 45 %.¹

Внесло свой вклад в это изменение и лекарственное лечение. С 1980-х годов вместо цитотоксических препаратов стали применять биотерапию интерфероном и аналогами соматостатина. Последние обладают меньшими побочными эффектами и снижают проявления карциноидного синдрома.⁷

Выводы:

Дооперационное или интраоперационное цитологическое исследование материала, полученного при тонкоигольной аспирационной биопсии, позволяет определить объем хирургического вмешательства на любом лечебном этапе.

Гистологическое исследование операционного материала остается золотым стандартом при диагностике злокачественных новообразований, в том числе ПНЭО. Однако учитывая особенности гистологического строения ПНЭО, в каждом случае диагностики необходимо проведение иммуногистохимического исследования, доказывающего истинную нейроэндокринную природу опухоли. Иммуногистохимическое исследование также позволяет определить функциональный тип опухоли.

Именно комплекс морфологических методов диагностики (цитологического, гистологического, иммуногистохимического исследований) позволяет в настоящее время выставить окончательный диагноз панкреатической нейроэндокринной опухоли поджелудочной железы. Корректная морфологическая верификация опухоли напрямую влияет на определение тактики лечения, объем хирургического вмешательства, выбор терапевтических методов лечения, прогноз течения заболевания.

Рациональное и комплексное использование современного арсенала диагностических, хирургических и терапевтических методов дает возможность значительно продлить жизнь и улучшить ее качество у больных с метастатическими формами нейроэндокринных опухолей.

Клинический случай Пациентка А., 62 лет, 14.05.2015 поступила в Центр для оперативного лечения по поводу опухоли поджелудочной железы. Жалобы при поступлении на боли в животе после приема пищи, появившиеся в феврале 2015 г. По данным МРТ-исследования органов брюшной полости от 13.03.2015 г. объемное узловое образование головки поджелудочной железы с нечеткими ровными контурами, размерами до 18x13x12 мм. По данным ФГДЭС от 29.03.2015 косвенные признаки панкреатобилиарной патологии. На дооперационном этапе проведена трансабдоминальная ТАБ. Цитологическое заключение: материал неинформативный. Биохимический анализ крови при поступлении от 15.05.2015 без особенностей, уровень глюкозы 4,8 ммоль/л. Таким образом, на дооперационном этапе характер образования не был уточнен, не определен гистогенез опухоли.

21.05.2015 проведено оперативное вмешательство, интраоперационно пунктировано образование для срочного цитологического исследования с целью морфологической верификации процесса.

Цитологическое заключение №1994/15. В присланном материале отмечается достаточно высокая клеточность: разрозненно лежащие клетки

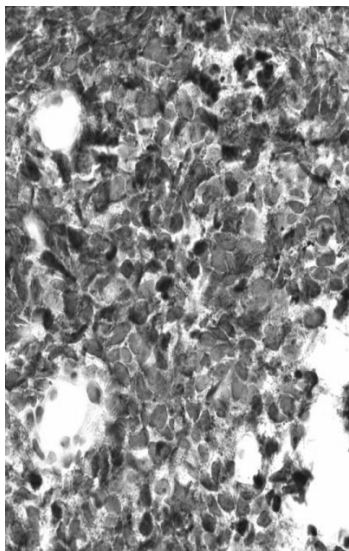


Фото 6. Иммуногистохимическое исследование.
1) synaptophysin цитоплазматическое окрашивание.
2) CD56 – мембранное окрашивание

опухоли со слабо полиморфными ядрами, в основном «голые» ядра, округлой формы, с четкой структурой хроматина в виде «соли-и-перца», отмечается несколько более крупных клеток с обильной четко контурированной слабобазофильной цитоплазмой, единичные рыхлые группы однотипных клеток, формирующих розеткоподобные структуры, также отмечаются ВЦВ в некоторых ядрах. Цитологическая картина может соответствовать высокодифференцированной нейроэндокринной опухоли (фото 1, 2).

По результатам цитологического исследования проведена панкреатодуоденальная резекция с сохранением привратника. В патологоанатомическое отделение Центра доставлен операционный материал.

Макроскопическое описание: Одним блоком головка поджелудочной железы с опухолью, общим желчным протоком, 12-перстной кишкой, большим сальником, с лимфоузлами. Опухолевидное образование в головке поджелудочной железы в области крючковидного отростка размером около 2,5 см в диаметре, округлое, плотное, белесоватого цвета с нечеткими границами, лимфоузлы с общей печеночной артерии, чревного ствола.

Микроскопическое описание №8195-8205/15: Новообразование альвеолярного типа строения с хорошо развитой фиброзной стромой, очаговыми лимфоидными инфильтратами. Ячейки стромы заполнены

солидными, солидно-тубулярными комплексами из относительно мноморфных клеток с округло-овальными ядрами. В срезах с границы новообразования с парапанкреатической клетчаткой и тканью поджелудочной

железы видно отсутствие капсулы, инвазия комплексов опухолевых клеток в жировую ткань и ткань железы. Опухолевые клетки не имеют чётких очертаний цитоплазмы. Цитоплазма мелкозернистая, ядра округло-овальной формы, с умеренным полиморфизмом, мелкозернистым хроматином, 1-2-мя крупными ядрышками. При гистохимической окраске Конго красным в участке с хорошо развитой фиброзной стромой видны отложения субстанции, окрашенной в кирпично-красный цвет, характерный для отложений амилоида (фото 3, 4, 5).

Патологоанатомический диагноз: Панкреатическая нейроэндокринная опухоль, pT2N0M0, G1. Для подтверждения гистогенеза опухоли необходимо проведение иммуногистохимического исследования.

Иммуногистохимическое исследование №602/15 Морфологическое строение и иммунофенотип опухоли соответствует нейроэндокринному раку поджелудочной железы. ICD код 8150/3

Литература

1. Паклина О.В., Кармазановский Г.Г., Сетдикова Г.Р. «Патоморфологическая и лучевая диагностика хирургических заболеваний поджелудочной железы».
2. Yao J.C. et al. // J. Clin. Oncol. – 2008. – 26: – P. 3063-3072).
3. Kloppel G. Classification and pathology of gastroenteropancreatic neuroendocrine neoplasms. // Endocr. Relat. Cancer. – 2011. – Vol. 18, № 1. – P. 1-16.
4. Kimura W, Kuroda A, Morioka Y: Clinical pathology of endocrine tumors of the pancreas. Analysis of autopsy cases. Dig Dis Sci 1991; 36: – P. 933–942.
5. Шапиро Н. А., Батороев Ю.К., Дворниченко В.В. Цитологическая диагностика опухолей печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, цветной атлас. – 2012. – С. 155-156.
6. M. Falconi et al. Neuroendocrinology 2006;84:196–211 DOI: 10.1159/000098012.
7. Горбунова В.А. д.м.н., профессор, зав. отделением химиотерапии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН.

СКРИНИНГ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

**Е.С. Козорезова, О.В. Стрельченко, О.А. Зарубенков, Е.Н. Филатова,
В.Б. Петров, И.Р. Бухановская**

Аннотация. Благодаря высокой информативности, простоте, легкости и безопасности получения материала, а также невысокой стоимости, цитологическое исследование нашло широкое применение в системе массовых профилактических осмотров и зарекомендовало себя как незаменимый метод поиска больных предраком и с начальными формами рака шейки матки среди практически здорового населения.

THE CERVICAL CANCER SCREENING

*E. S. Kozorezova, O.V. Strelchenko, O.A. Zarubencov, E.N. Filatova,
V.B. Petrov, I.R. Bukhanovskaya*

Abstract. Due to the high information content, simplicity, ease and safety to obtain material as well as low cost, cytological examination is widely used in the system of mass prophylactic examinations and has established itself as an indispensable method of finding patients with precancer and initial forms of cervical cancer among the healthy population.

В ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России проводится предварительные и периодические медицинские осмотры взрослого населения, работников отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, подлежащих обслуживанию в организациях ФМБА, диспансеризация гражданских и государственных служащих. Ежегодно в рамках профилактического осмотра, диспансеризации обследуется от 4000 до 6500 женщин. Одной из основных целей подобных медицинских осмотров является раннее выявление злокачественных новообразований.

В рамках профилактического осмотра каждая женщина посещает кабинет врача-гинеколога, где кроме осмотра, консультации врача осуществляется забор клеточного материала для последующей микроскопической оценки состояния эпителиального слоя, т.е. проведения так называемого, цитологического скрининга рака шейки матки.

Скрининг рака шейки матки (РШМ) – периодическое, комплексное обследование женщин определенной возрастной группы в рамках специальной медицинской программы по профилактике и снижению заболеваемости и смертности от рака шейки матки.

Актуальность. Рак шейки матки (РШМ) многие годы занимает второе место по частоте среди злокачественных новообразований органов репродуктивной системы у женщин, уступая лишь раку молочной железы. Являясь наиболее частой онкогинекологической патологией, РШМ является серьезной проблемой здравоохранения во всем мире. Отмечено, что средний возраст больных раком шейки матки составляет 38 лет.

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения России в 2000 г. РШМ составил 5,3 %. Абсолютное число женщин с впервые в жизни установленным диагнозом в России неуклонно растет и в 2000 г. составило 12 342 женщины, а в 2010 г. – 14 719. Распространенность рака шейки матки на 100 000 населения в России в 2000 г. – 116,4, в 2010 г. – 138,8.

Согласно докладу Министерства здравоохранения Российской Федерации о состоянии здоровья населения за 2014 год рак шейки матки занимает 3е место в группе «запущенных» онкологических заболеваний. Рак шейки матки редко имеет торпидное течение: его скрининг и своевременно назначенное лечение значительно снижают риск смерти. Важно учитывать и тот факт, что предраковые изменения вылечить сравнительно нетрудно, в то время, как лечение при злокачественных опухолях шейки матки является дорогостоящим и не всегда эффективным.

В настоящее время существуют доступные высокоинформативные методы исследования шейки матки, которые используются в поликлиники и в стационаре ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России. К ним относятся кольпоскопический, цитологический и гистологический методы диагностики РШМ. Несмотря на высокую информативность кольпоскопического метода встречаются клинические случаи, когда кольпоскопическая картина не соответствует тяжести процесса (фото 3, 4). Именно поэтому важно использовать как минимум два метода диагностики: кольпоскопический и цитологический, при необходимости подключая более инвазивные методы, к которым относится биопсия шейки матки с обязательным последующим гистологическим исследованием материала. По данным литературы, комплексное применение этих методов позволяет дифференцировать начальные этапы малигнизации и поставить правильный диагноз у 97,4 % больных.

Диагностика рака шейки матки — это область клинической онкогинекологии, где особенно отчетливо выявляется значение цитологического метода. Метод основан на изучении патологических процессов на клеточном уровне. Ценность цитологического метода в противораковой борьбе состоит в том, что он позволяет обнаружить начальные этапы малигнизации до появления визуальных изменений шейки матки и тем самым способствует раннему выявлению злокачественного процесса.

По данным различных исследователей чувствительность метода составляет от 66 % до 83 %. В 70-90 % случаев причиной ложноотрицательных цитологических ответов является плохой забор материала для цитологического исследования и лишь в 10-30 % – ошибочная интерпретация цитологических данных. Выявляемость патологических изменений составляет более 3 %. Чувствительность цитологической диагностики рака шейки матки в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России достигает 85-95 %. Совпадение цитологического и гистологического диагноза в 96 % (оценивались случаи, исследованные в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, цитологическим и гистологическим методами).

Таблица 1.

**Выявленные патологические состояния при цитологическом исследовании
в рамках скрининга рака шейки матки
(использована классификация Bethesda, США, 2001 г).**

Патологические изменения	Абсолютные цифры	% от общего количества патологических изменений	% от общего количества (6283 чел.)
ASCUS	18	7 %	0,2 %
ASCUS, ASC-H	5	2,1 %	0,07 %
LSIL(CIN1+HPV, HPV)	147	62,8 %	2,33 %
HSIL	48	20,5 %	0,76 %
Плоскоклеточный рак	11	4,7 %	0,17 %
AGUS	2	0,85 %	0,03 %
Аденокарцинома	3	1,28 %	0,047 %
Всего	234		3,7 %
Адекватность забора материала			
– адекватные	5126		81,8 %
– недостаточно адекватные	1142		18 %
– неадекватные	15		0,2 %

В ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России применяются традиционный способ приготовления мазков для цитологического исследования (окраска гематоксилин-эозином), доказавший высокую информативность при условии высокой квалификации как врача-гинеколога, делающего забор биоматериала, так и врача-цитолога, который интерпретирует клеточный состав. В некоторых случаях для повышения качества диагностики используются более информативный способ окрашивания цитологического материала (по Папаниколу).

Высокая информативность цитологического исследования в Центре объясняется многими факторами, прежде всего:

- качественным забором биологического материала,
- слаженной работой гинекологов и цитолога, постоянным взаимодействием,
- двухступенчатым цитологическим скринингом,
- проведением контроля качества цитологических исследований (ежедневный внутрилабораторный контроль, анализ расхождений цитологического и гистологического заключения),
- ежегодным участием в федеральной системе оценки качества клинических лабораторных исследований (ФСВОК),

– постоянным обучением врача, фельдшера-лаборанта, выполняющих цитологические исследования.

Несмотря на высокий уровень выявляемости, в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России ведется работа по поиску более совершенных методик приготовления цитологических мазков. В частности, в течение двух месяцев проводилась апробация новой технологии приготовления цитологических препаратов с помощью метода жидкостной цитологии на автоматическом процессоре. Использование жидкостных технологий приготовления препаратов дает дополнительные возможности для транспортировки, длительного хранения и архивирования материала, стандартизации приготовления и окраски и применения уточняющих методов диагностики – все это облегчает работу цитолога, улучшая визуализацию клеточного материала.

Проведено более 200 исследований. Параллельно оценивались 3 вида мазков:

1) мазок, приготовленный традиционным методом,

2) мазок, приготовленный методом жидкостной цитологии с окраской препарата с окраской гематоксилин-эозином,

3) мазок, приготовленный методом жидкостной цитологии с окраской препарата с окраской по Папаниколау.

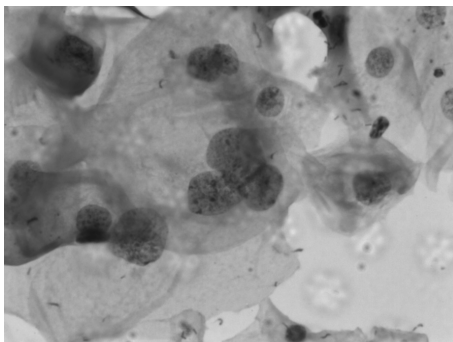


Фото 1. Пациентка 3. 25 лет. Гинекологический диагноз: эрозия шейки матки.

Мазок, приготовленный методом жидкостной цитологии, окраска по Папаниколау. Скопление клеток плоского эпителия, пораженных вирусом папилломы человека с характерными цитологическими признаками (2-3 ядра, конденсация хроматина в ядрах, амфифилия цитоплазмы, перинуклеарное просветление). Ув. X 600

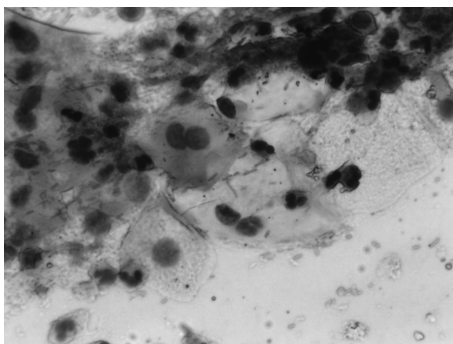


Фото 2. Та же пациентка

Мазок, приготовленный традиционным способом, окраска гематоксилин-эозин. Двухядерная клетка плоского эпителия, пораженная вирусом папилломы человека. Просмотр и идентификация клеток затруднена из-за обильной флоры, нейтрофильных лейкоцитов, слизи. Ув. X 400.



Фото3. Пациентка Д, 41 г

Расширенная кольпоскопия (март 2015): подэпителиальные сосуды расширены, с нарушением калибровки, в виде «булав», «шпилек», «запаятых». Эктопия в стадии не полной эпидермизации, подозрение на патологию шейки матки.

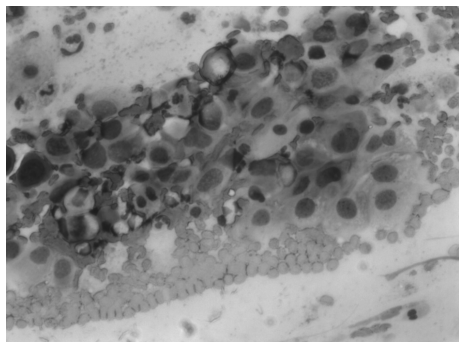


Фото 4. Та же пациентка.

Цитологическое заключение (март 2015):

Плоскоклеточный рак. Ув.х200.

Гистологическое заключение (март 2015):

Умеренно-дифференцированная плоскоклеточная карцинома.

иммуноцитохимические методики, определение вирусов высокого онкогенного риска, при необходимости ВПЧ-типирование, оценка вирусной нагрузки и др.

Выводы:

Ценность диагностических методик во многом определяется возможностью их широкого применения в повседневной практике. В настоящее время

Для более достоверной морфологической интерпретации мазков цитологом использовалась компьютерная программа «Система поддержки принятия решений при цитологической диагностике заболеваний. Жидкостная цитология в диагностике заболеваний шейки матки». Программа разработана кафедрой клинической лабораторной диагностики РМА-ПО Минздрава России совместно с кафедрой компьютерных медицинских систем НИЯУ МИФИ. В целом, подобный способ приготовления материала показал достаточно высокую эффективность. Адекватность материала составила 90 % (за счет использования специальных щеток Cervex-brush, собственно технологии приготовления мазка, сохраняющей весь клеточный материал, более легкой интерпретации материала за счет однослойности мазка, высокоинформативного способа окраски по Папаниколау). Дополнительно выявлено около 7 % патологических изменений.

По данным литературы жидкостная цитология позволяет проводить углубленное диагностическое исследование материала, представленного для скрининга:

в поликлинике и стационаре ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России доступны высокоинформативные методы исследования – кольпоскопический, цитологический и гистологический.

Рутинный цитологический метод, являясь не травматичным, быстрым и не дорогим исследованием, при четком соблюдении требований к забору биологического материала, высокой квалификации врачей гинекологов, цитотехнолога и цитотехника является высокоинформативным, позволяя на ранних этапах верифицировать патологические изменения, позволяет предотвратить развитие злокачественного процесса.

Совершенствование комплексного обследования больных с различными патологическими состояниями шейки матки на амбулаторно-поликлиническом этапе, повышение онкологической осведомленности врачей, разработка типовых схем обследования, внедрение современных методов цитологической диагностики являются основными условиями успешного выявления предрака и рака шейки матки.

Литература

1. Профилактика рака шейки матки. Под ред. Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепской; Медпресс-информ, 2012 г.

2. Шабалова И.П., Касоян К.Т. Цитологическая диагностика заболеваний шейки и тела матки. 3-е издание, исправленное и дополненное. – 2010.

3. Методические рекомендации «Цитологический скрининг рака шейки матки», одобрены на X Юбилейном Съезде Ассоциации клинических цитологов России, одобрены профильной комиссией по клинической лабораторной диагностике при МЗ РФ, 2013.

4. Обоснование цитологического скрининга и исторические данные © В.И.Новик, 2010 г. ББК Р 569.714.2 ФГУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова Росмедтехнологий», г. Санкт-Петербург

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ЭЛАСТОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

А.В. Соснина, Е.Л. Конько, Н.С. Ивлева, Ю.В. Балабанова

Аннотация. Проведено ультразвуковое исследование узловых образований щитовидной железы и молочных желез с использованием эластографии – методики визуализации тканей и органов, основанной на различии эластических свойств нормальных и патологически измененных тканей и визуальной оценке их деформации при дозированной компрессии, реализованной в современных ультразвуковых диагностических приборах. Результаты были подтверждены при гистологическом исследовании выявленных образований. Проведенное исследование показало высокую информативность

использованного метода для дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований.

ULTRASOUND ELASTOGRAPHY IN DIAGNOSIS OF FOCAL PATHOLOGIES OF THE THYROID AND MAMMARY GLANDS

A.V. Sosnina, E.L. Konko, N.S. Ivleva, Y.V. Balabanova

Abstract. Held ultrasound nodules of the thyroid and mammary glands with the use of elastography – methods of imaging tissues and organs, based on the difference of elastic properties of normal and pathologically changed tissues and visual assessment of their deformation measured compression that is implemented in modern ultrasound devices. The results were confirmed by histological examination of the identified entities. The study showed high informativity of the method used for the differential diagnosis of benign and malignant neoplasms.

В настоящее время ультразвуковая диагностика является наиболее информативным, безопасным и недорогим методом выявления узловых образований щитовидной и молочных желез и динамического наблюдения за ними, однако ее применение для дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований вызывает трудности [2, 3, 4]. В частности, при стандартном ультразвуковом исследовании нет возможности получить адекватную информацию о таком важнейшем свойстве тканей организма, как эластичность (упругость), которое подвержено изменениям при различных патологических процессах, таких как воспаление, атрофия, опухолевое поражение, поскольку эхогенность, оцениваемая при УЗИ, и эластичность тканей – это некоррелирующие между собой показатели, в основе своей имеющие различное происхождение. Нередко можно наблюдать картину более плотной консистенции в сочетании со сниженной эхогенностью [2, 5]. В связи с этим были разработаны различные методы визуализации сдвиговых упругих характеристик биологических тканей – так называемые методы эластографии [6]. Ультразвуковая эластография – специальная методика визуализации тканей и органов, основанная на различии эластических свойств нормальных и патологически измененных тканей и визуальной оценке их деформации при дозированной компрессии, реализованная в современных ультразвуковых диагностических приборах [7]. Применение ультразвуковой эластографии может быть распространено на любые доступные УЗИ органы, на которые можно оказывать давление, однако наиболее эффективно с помощью данной методики можно исследовать поверхностно расположенные органы, в том числе щитовидную железу и молочные железы [2]. Известно, что в большинстве случаев злокачественная

опухоль является более плотной и в меньшей степени подвергается деформации в отличие от доброкачественных образований и неизменной ткани, что дает дополнительную возможность проведения дифференциальной диагностики патологии мягких биологических тканей [1]. Целью нашего исследования явилась оценка информативности ультразвуковой эластографии в диагностике очаговой патологии щитовидной железы и молочных желез.

Материалы и методы. Было проведено 533 ультразвуковых исследования молочных желез и щитовидной железы с использованием эластографии на аппарате Hitachi HI Vision Avius. Очаговая патология была выявлена в 350 случаях (66 %), в связи с чем была рекомендована пункционная биопсия, которая была проведена у 54 человек.

Эластографическое изображение реализовалось при умеренной компрессии датчиком исследуемой области в виде цветового кодирования эластичности в выбранной зоне и накладывалось на изображение В-режима. Для отображения распределения эластичности тканей использовалась цветовая шкала, в которой более плотная структура тканей маркировалась оттенками синего цвета, участки с промежуточными значениями эластичности – зеленым цветом, а легкосжимаемые эластичные участки – красным цветом. В зависимости от степени плотности образования и инфильтрации окружающих тканей эластографические изображения классифицировались следующим образом (рисунок).

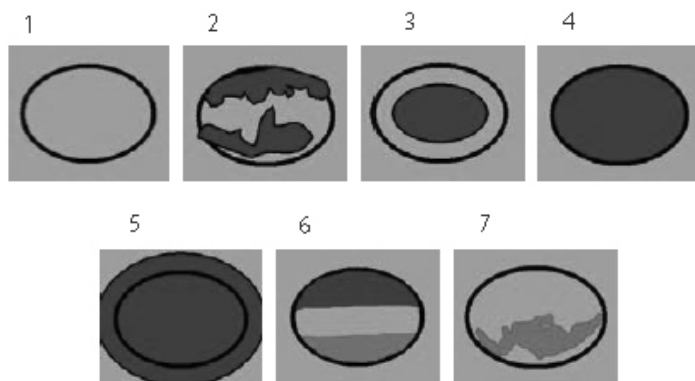


Рис. Типы эластографических изображений.

Первые три типа эластограмм относятся к доброкачественным образованиям, 4-й и 5-й типы – к злокачественным. При первом типе образование равномерно окрашено в зеленый цвет, как и окружающие ткани, при вто-

ром – образование имеет мозаичную структуру с более плотными участками синего цвета и эластичными участками зеленого цвета. Центральная часть образования третьего типа картируется синим цветом, периферические отделы – зеленым. При четвертом типе образование более плотное и полностью картируется синим цветом, при пятом типе образование и окружающие ткани окрашены в синий цвет. Шестой, трехслойный тип, характерный для жидкостьсодержащих структур, и седьмой, мозаичный тип с участками зеленого и красного цвета, были отнесены к доброкачественным образованиям [6].

Результаты. В результате проведенного ультразвукового исследования, дополненного эластографией, образования с инвазивным характером роста, отнесенные к 4 типу эластографических изображений, были выявлены в 9 случаях. Последующее гистологическое исследование подтвердило их злокачественную природу в 9 случаях (100 %). Диагноз фиброаденома молочной железы, соответствующий 3 типу эластографических изображений, был поставлен в 9 случаях. При гистологическом исследовании в 6 случаях были выявлены фиброаденомы, в 3 случаях – фиброаденомы с кистозной дегенерацией. Третий тип эластограммы встречался и при кистах молочной железы. Этот диагноз был поставлен 5 пациентам и подтвержден во всех случаях. Узловые образования щитовидной железы без признаков атипии были выявлены у 21 пациента, при этом данные совпали с результатами гистологического исследования в 21 случае (100 %). При исследовании регионарных лимфоузлов диагноз лимфоаденопатии без признаков атипии, соответствующий 2 типу эластографических изображений, был подтвержден в результате биопсии в 7 случаях (100 %).

Заключение. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о высокой информативности методики эластографии при дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных образований щитовидной железы и молочных желез и могут быть использованы в дальнейшем как дополнение к стандартному ультразвуковому исследованию.

Литература

1. Заец М.В. Комплексное лучевое обследование с применением ультразвуковой технологии – соноэластографии в диагностике непальпируемых образований молочной железы // Медицинская визуализация. – 2012. – № 5. – С. 20-29.

2. Зубарев А.Р., Федорова В.Н., Демидова А.К., Рычкова И.В., Саломатина Е.П., Кульченко Н.Г. Ультразвуковая эластография как новая ступень в дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы: обзор литературы и предварительные клинические данные // Медицинская визуализация. – 2010. – № 1. – С. 11-16.

3. Кабин Ю.В., Громов А.И., Капустин В.В. Оценка эффективности различных видов ультразвуковой эластографии в диагностике рака молочной железы. Предва-

нительные результаты // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2012. – № 5. – С. 30-38.

4. Кабин Ю.В., Громов А.И., Капустин В.В. Оценка эффективности количественной ультразвуковой эластографии в диагностике рака молочной железы // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2012. – № 6. – С. 26-32.

5. Митьков В.В., Хуако С.А., Ампилогова Э.Р., Митькова М.Д. Оценка воспроизводимости результатов количественной ультразвуковой эластографии // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2011. – № 2. – С. 115-120.

6. Рожкова Н.И., Зубарев А.В., Запирова С.Б., Чуркина С.О., Хохлова Е.А. Новая технология – соноэластография в маммологии // Медицинская визуализация. – 2010. – № 4. – С. 89-99.

7. Сенча А.Н., Могутов М.С., Беляев Д.В., Сергеева Е.Д. Ультразвуковая эластография в диагностике рака щитовидной железы // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2010. – № 3. – С. 8-17.

III. КЛИНИКА

ОПТИКОМИЕЛИТ ДЕВИКА (клинический случай)

Л.А. Бабенко, Д.В. Сазонов, А.В. Ярмошук

Аннотация. Оптикомиелит Девика (НМО, ОМД) воспалительное заболевание центральной нервной системы, связанное со специфическим аквапорин-4 иммуноглобулином G (IgG-AQP4). Основные критерии – избирательное повреждение зрительных нервов и спинного мозга с возможностью более обширного повреждения нервной системы. Согласно новой номенклатуре определяют объединенные расстройства НМО спектра (NMOSD). Среди них выделяют синдромы с наличием или без AQP4-IgG. Дополнительные клинические критерии и результаты нейровизуализации необходимы для диагностики NMOSD без AQP4-IgG или при невозможности проведения серологических исследований.

NEUROMYELITIS OPTICA DEVIKA (clinical case)

L.A. Babenko, D.V. Sazonov, A.V. Yarmoschuk

Abstract. Neuromyelitis optica (NMO) is an inflammatory CNS syndrome associated with serum aquaporin-4 immunoglobulin G antibodies (AQP4-IgG). Prior NMO diagnostic criteria required optic nerve and spinal cord involvement but more restricted or more extensive CNS involvement may occur. The new nomenclature defines the unifying term NMO spectrum disorders (NMOSD), which is stratified further by serologic testing (NMOSD with or without AQP4-IgG). The core clinical characteristics required for patients with NMOSD with AQP4-IgG include clinical syndromes or MRI findings related to optic nerve, spinal cord, area postrema, other brainstem, diencephalic, or cerebral presentations. More stringent clinical criteria, with additional neuroimaging findings, are required for diagnosis of NMOSD without AQP4-IgG or when serologic testing is unavailable.

Оптикомиелит Девика (ОМД) – идиопатическое воспалительное демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы (ЦНС). Характеризуется поражением зрительных нервов и спинного мозга при относительной интактности других структур головного мозга. К 1894 г. было изучено 16 клинических случаев, которые подробно описал Eugene Devic, указав на избирательную демиелинизацию зрительных нервов и спинного мозга [1].

Длительное время велись дебаты по поводу этиологии процесса. В настоящее время, данные клинических наблюдений, нейровизуализационных и иммунологических исследований, позволили считать ОМД отдельной нозологической формой, а не вариантом рассеянного склероза.

Частота заболеваемости ОМД составляет 0.053-0.4 на 100 000 населения и намного меньше, чем при рассеянном склерозе.

Наиболее часто заболевание встречается в возрасте 14-55 лет, чаще болеют женщины, преобладают представители не европеоидной расы. Течение заболевания с самого начала активное, быстро приводящее к инвалидизации, после первого обострения часто остается значительный неврологический дефицит. Смертность при ОМД высока и достигает 35-50 %.

Многие аспекты патогенеза заболевания до сих пор не ясны. Основной мишенью для иммунной реакции является aquaporin-4 AQP-4 (белок водных каналов астроцитов мозга). Сывороточные антитела связываются с церебральными микрососудами, мягкой мозговой оболочкой, пространствами Вихрова – Робина. AQP-4, находящийся в отростках астроцитов или покрывающий участки сосудов, не покрытых астроцитарными ножками, участвует в образовании гематоэнцефалического барьера, при поражении не может справиться со своей функцией. Повреждение астроцитов в последующем способствует доступу других иммунных компонентов в ЦНС.

Возможно монофазное и ремитирующее течение процесса, вторичное прогрессирование не характерно. Если неврит зрительного нерва и миелит развивались в течение 1 мес., то течение заболевания чаще, как правило, монофазное. При монофазном течении клинические симптомы более тяжелые, но долгосрочный прогноз благоприятнее. Длительность первой ремиссии более 6 месяцев с последующим обострением достоверно определяют ремитирующее течение ОМД. У 55 % больных заболевание рецидивирует в течение первого года болезни, у 78 % – в течение 3х последующих лет. Через 5 лет при ремитирующем течении у 50 % больных развивается слепота или невозможность самостоятельно передвигаться. Средняя продолжительность жизни таких больных составляет около 7 лет, в отличие от 17 лет при монофазном течении.

Дебютирует ОМД обычно с острого воспаления зрительных нервов, как правило, двустороннего. Возникает односторонняя или билатеральная боль в глазах, снижение остроты зрения различной степени выраженности. В это же время или через несколько дней, недель, а иногда и месяцев присоединяется клиника тяжелого поперечного миелита. Поражаются ниже-шейные и верхне-грудные сегменты спинного мозга. Типичными симптомами являются мышечная слабость до параплегии, спастика, нарушения функции тазовых органов, симптом Лермитта, чувствительные нарушения. Допускается вовлечение дру-

гих структур ЦНС вне зрительных нервов и спинного мозга. Описаны случаи сочетания клиники ОМД с очаговыми изменениями в веществе головного мозга, стволе, мозжечке. В литературе имеются сообщения о том, что перед возникновением неврологических симптомов имел место продромальный период в виде лихорадки, инфекции и других аутоиммунных состояний, таких как системная красная волчанка, аутоиммунный тиреоидит, синдром Шегрена [3].

В лабораторно-инструментальной диагностике ОМД ведущая роль отводится МРТ, которая выявляет поражение зрительных нервов, хиазмы, зрительных трактов, сегментов спинного мозга, могут быть выявлены и очаги демиелинизации перивентрикулярно, в стволе и мозжечке.

В ликворе больных ОМД не определяются олигоклональные группы IgG, характерные для рассеянного склероза.

В плазме крови больных ОМД впервые в 2004 году обнаружили NMO-IgG, специфичные для ОМД антитела против органоспецифического антигена aquaporin-4 (AQP4), в настоящее время они являются иммунологическим паттерном заболевания [5,6].

Сочетание клинических проявлений, данных МРТ и позитивный статус NMO-IgG представляют максимальную достоверность диагноза оптикомиелита Девика.

В 2006 году D.Wingerchuk предложил для постановки диагноза три «абсолютных критерия»: 1. Оптический неврит; 2. Острый миелит; 3. Отсутствие клинических проявлений заболевания вне зрительных нервов и спинного мозга. Подтверждающие критерии: 1. Очаг поражения спинного мозга протяженностью от трех позвоночных сегментов; 2. Отсутствие МРТ-изменений в головном мозге; 3. Наличие в сыворотке NMO-IgG. И малые подтверждающие критерии: билатеральный оптический неврит, тяжелый неврит со стойкой утратой зрения на один глаз, тяжелая остаточная слабость в одной конечности [2].

В 2015 году Международная группа по диагностике ОМ (International panel for NMO diagnosis – IPND) разработала новые диагностические критерии заболеваний NMO-спектра (NMOSD). Они учитывают возможность постановки диагноза NMOSD как с наличием характерных антител к аквапорину, так и без них [4,7].

Диагностические критерии IPND Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder (NMOSD).

NMOSD с выявленными антителами к аквапорину-4 (серопозитивные формы)

1. Как минимум одна из ключевых клинических характеристик:

Наиболее частые:

- Оптический неврит (ОН).

- Острый миелит.
- Синдром area postrema syndrome (APS): эпизод необъяснимых другими причинами икоты или тошноты и рвоты.

Менее частые:

- Острый стволовой синдром.
- Симптоматическая нарколепсия или острый диэнцефальный синдром с типичными для NMOSD очагами на МРТ.
- Симптоматический церебральный синдром с типичными для NMOSD очагами на МРТ.

2. Положительный анализ на IgG антитела к аквапорину-4

3. Исключение всех возможных альтернативных диагнозов.

NMOSD без выявленных антител к аквапорину-4 (серонегативные формы) или с неизвестным статусом.

1. Как минимум две из ключевых клинических характеристик (см. выше) при наличии одной или более клинической атаки и удовлетворяющих следующим требованиям:

a) как минимум одно из: оптический неврит, острый миелит или синдром area postrema.

b) диссеминация в пространстве (≥ 2 разных ключевых характеристик)

c) характерные изменения на МРТ:

- Острый оптический неврит: МРТ головного мозга нормальное или демонстрирует только неспецифические очаги в белом веществе; ИЛИ гиперинтенсивный очаг на T2 изображениях или Gd-накапливающий очаг на T1 изображениях протяжённостью более чем на 1/2 длины зрительного нерва или распространяющийся на хиазму на МРТ зрительных нервов.

- Острый миелит: МРТ спинного мозга показывает связанный с данной клинической атакой очаг протяжённость ≥ 3 последовательных сегментов; ИЛИ ≥ 3 последовательных сегментов с фокальной атрофией спинного мозга у пациентов с острым миелитом в анамнезе.

- Синдром area postrema: дорзальные очаги на МРТ в области area postrema.

- Острый стволовой синдром: периэпендимальные очаги в стволе головного мозга.

2. Отрицательный или не проведённый анализ на IgG антитела к аквапорину-4

3. Исключение всех возможных альтернативных диагнозов.

Лечение больных с ОМД представляет сложную задачу. Основное направление – раннее начало иммуносупрессивной терапии. Препаратом выбора лечения обострения является метилпреднизолон в виде пульс-терапии

в дозе 1000 мг внутривенно капельно 5-7 дней с возможным последующим переходом на пероральный прием. Есть данные об эффективности цитостатика митоксантрона, он назначается курсами в дозе 12 мг на м² в течение полугода ежемесячно, затем один раз в 3 месяца на протяжении 2х лет.

Достаточно эффективным является ритуксимаб, препарат моноклональных антител.

В настоящее время проводятся клинические исследования других препаратов моноклональных антител для лечения ОМД.

В настоящее время в нашем центре наблюдаются 3 пациента с данным заболеванием. Из них две женщины и один мужчина. У них ремитирующее течение ОМД.

Приводим историю болезни пациентки А.

Пациентка А., 1989 г.р. наблюдается в отделение клинических исследований с декабря 2014 года. Проживает в Казахстане, по национальности казашка. Впервые обратилась с жалобами на онемение нижней половины тела с уровня пупка, обеих ног, мышечные судороги в кистях рук и в стопах, чувство жжения в правой ноге, снижение зрения на левый глаз, аменорею.

Считает себя больной с сентября 2012 г., когда появились нарушения менструального цикла. По рекомендации гинеколога принимала дюфастон. На 8-й день приема появилось гриппоподобное состояние, сопровождающееся икотой и рвотой, которое сохранялась в течение 2-х недель. Была госпитализирована в терапевтическое отделение. В стационаре развилось психомоторное возбуждение, головокружение, гиперестезия кожных покровов. Было выполнено МРТ головного мозга (22.12.2012): выявлены очаги в белом веществе головного мозга, без активности процесса. Состояние полностью нормализовалось на фоне проводимого лечения (сосудистые препараты, витаминотерапия). В конце июля 2013 г. Появились «блики перед левым глазом», резко снизилось зрение 03.08.2015, обратилась к офтальмологу. Поставлен диагноз: ретробульбарный неврит левого глаза. Зрение частично восстановилось на фоне проводимой неспецифической терапии (дексаметазон ретроорбитально). В сентябре 2013 г. Появилось онемение стоп, с постепенным распространением до уровня ключиц. В октябре 2013 г. Появились судороги в руках, шаткость походки, слабость и неловкость в руке и ноге справа. Была госпитализирована по месту жительства, проведён курс кортикостероидной терапии (дексаметазон, преднизолон) Впервые высказано предположение о рассеянном склерозе. Прошла курс лечения и обследования в Астане, диагноз: острый рассеянный энцефаломиелит (ОРЭМ). Проведено МРТ шейного отдела позвоночника (18.11.2013): очаги с неравномерным накоплением контрастного вещества в шейно-грудном от-

деле спинного мозга, стволе (продольный обширный поперечный миелит). Опухолевое заболевание спинного мозга исключено. По данным проведённого МРТ головного мозга выявлены очаги перивентрикулярно, субкортикальные, в продолговатом мозге, утолщение интраокулярного сегмента зрительного нерва слева (неврит зрительного нерва слева). Получила курс пульс-терапии метилпреднизолоном с последующим переходом на таблетированный преднизолон по схеме с постепенным снижением до 1, 5 месяцев, 2 сеанса плазмафереза. Достигнуто незначительное улучшение. В мае 2014 г. Возобновилось онемение в стопах, обратилась на консультацию в Астану, поставлен диагноз оптикомиелит Девика. Был назначен дексаметазон 24 мг через день в/м № 5, затем метипред 24 мг в таблетках в течение месяца, на момент первичной консультации в отделении КИ получала 12 мг 1 раз в 3 дня.

Проходила обследование в отделении функциональной неврологии ИМЧ РАН. Выполнена люмбальная пункция. Клинический анализ ликвора без особенностей. Анализ ликвора и сыворотки на олигоклональные полосы IgG: поликлональный IgG в ликворе и сыворотке крови (1 тип синтеза – норма), аутоантитела к аквапорину 1:40 (норма менее 1:10).

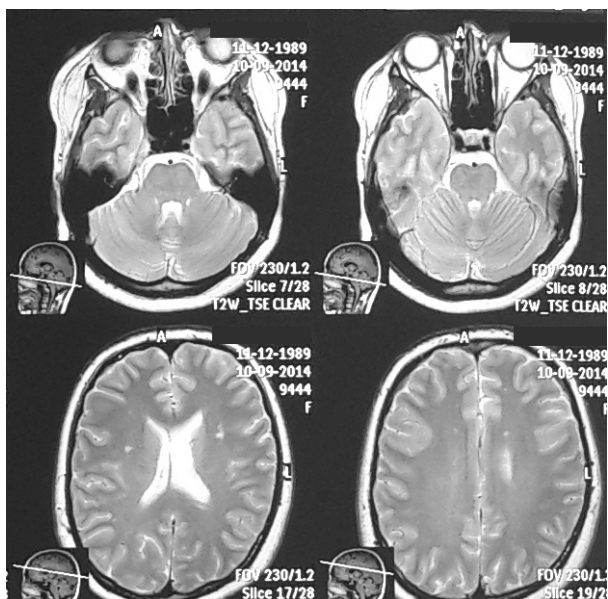


Рис. 1. МРТ головного мозга пациентки А.

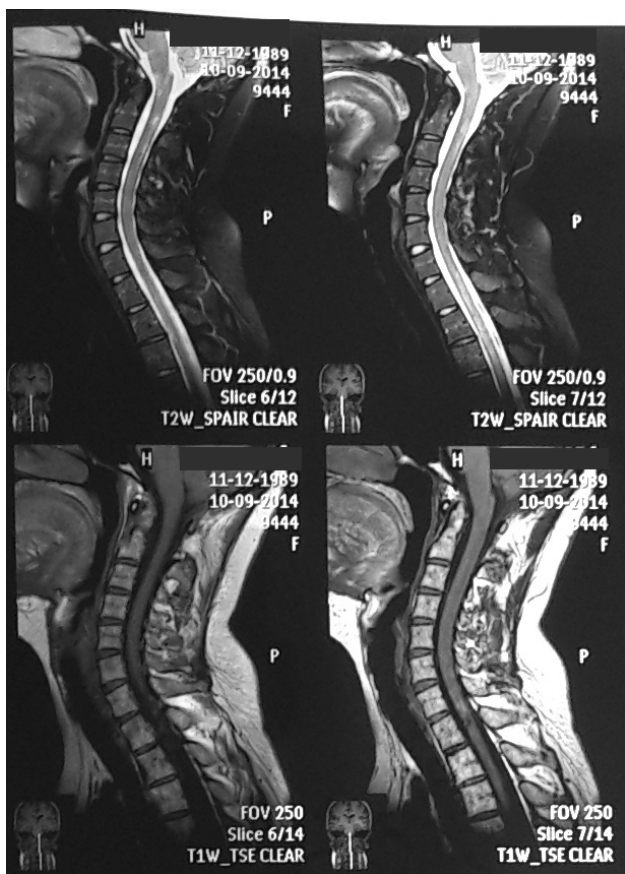


Рис. 2. МРТ шейно-грудного отдела позвоночника пациентки А.

Обследована нейроофтальмологом: OD=0,04 sph -7.0D cyl dax 176=0/9-1/0/ OS=0, н/к. Сужение периферических границ полей зрения на левый глаз.

МРТ головного и спинного мозга (10.09.2014) – множественные субкортикальные, пери-, паравентрикулярные очаги белого вещества головного мозга, очаг на уровне С7-Th4 с контрастным накоплением, мелкие очаги на уровне краниовертебрального перехода, на уровне С2-3, Th8-Th9. (рис 1, 2).

В декабре 2014 г. пациентка обратилась в отделение КИ ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России. Проведено обследование, диагноз оптикомиелита Девика



Рис. 3. МРТ шейно-грудного отдела позвоночника пациентки А.

подтвержден, согласно критериям, у пациентки ремитирующее течение ОМД.

Выполнена оптическая когерентная томография заднего отрезка обоих глаз, выявлено истончение сетчатки, слоя ганглионарных клеток на левом глазу, что является характерным для демиелинизирующих повреждений зрительного нерва. По данным лабораторной диагностики выявлен повышенный титр (более 1:40) аутоантител к аквапорину (AQP4) – маркер оптикомиелита Девика.

С января 2015 года пациентка участвует в международном клиническом исследовании для больных с ОМД и получает терапию препаратом моноклональных антител.

Проведено МРТ спинного мозга (14.09.2015): МР-картина единичных очаговых изменений спинного мозга на уровне краниовертебрального перехода, каудальных отделов С3 позвонка, накопления контрастного вещества нет, очаговых изменений на уровне грудного отдела на момент

обследования не определяется. Динамика по данным МРТ положительная. Наблюдается уменьшение количества очагов и отсутствие накопления контрастного вещества, что говорит об отсутствии активности воспалительного процесса.

В настоящее время достигнута стабилизация состояния, улучшение по неврологическому статусу. За период наблюдения обострений заболевания у пациентки не было.

Учитывая частоту и тяжесть обострений ОМД у пациентки, рекомендовано продолжение наблюдения в отделении КИ и получение терапии.

На сегодняшний день ОМД представляет собой самостоятельное заболевание с определёнными критериями диагностики. Своеобразие клинической картины, различные варианты течения заболевания ставят перед исследователями трудную задачу в его дифференциальной диагностике между рассеянным склерозом и рядом других демиелинизирующих заболеваний.

Учитывая неблагоприятный прогноз, тяжело течение, большую роль играет своевременная диагностика и раннее и активное назначение специфической терапии в специализированных центрах.

Литература

1. Epidemiological, clinical and immunological characteristics of NMO: a review. W. Pereira, E. Reiche et al. Journal of the neurological sciences 2015, 355: (7-17).

2. Barkhof F., Filippi M., Miller D.H. et al. Comparison of MRI criteria at first presentation to predict conversion to clinically definite multiple sclerosis. Brain 1997; 120: 2059-2069.

3. McDonald I.W., Compston A., Edan G. et al. Recommended Diagnostic Criteria for Multiple sclerosis: Guidelines from the International Panel on the Diagnosis of Multiple Sclerosis. Ann Neurol. 2001; 50 (1): 121-127.

4. International consensus diagnostic criteria for neuromyelitis optica spectrum disorders. D. Wingerchuk, B. Banwell, J. L Bennett et al. Neurology 2015 Jul 19;85(2):177-89.

5. Aquaporin-4 antibodies (NMO-IgG) as a serological marker of neuromyelitis optica: a critical review of the literature. S. Jarius, B. Wildemann Brain Pathol 2013 Nov; 23(6):661-83/.

6. Aquaporin-4 antibody-positive cases beyond current diagnostic criteria for NMO spectrum disorders. Douglas Kazutoshi Sato et al. Neurology (Impact Factor: 8.29). 05/2013; 80(24). DOI: 10.1212/WNL.0b013e318296ea08 Source: PubMed.

7. New Name, Diagnostic Criteria for Neuromyelitis Optica D. Wingerchuk, W. Carroll, MD, et al. Neurology. 2015;85:177189.

ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛОР ОРГАНОВ

*В.А. Вишнякова, О.В. Стрельченко, О.А. Зарубенков,
О.Н. Мельников*

Аннотация. Прогресс лазерной медицины привел к появлению принципиально новой технологии, используемой в лечении злокачественных образований и ряда неопухолевых заболеваний – фотодинамической терапии (ФДТ). Результаты применения ФДТ в оториноларингологии указывают на то, что данный метод по своей экономической эффективности значительно превосходит многие используемые сегодня методы. Возможность применения данного метода с паллиативной целью позволяет улучшить качество жизни пациентов. Удлинение периода ремиссии позволяет уменьшить количество оперативных вмешательств при папилломатозе гортани. Лечение гнойно-воспалительных процессов данным способом явилось абсолютно новым и надежным методом, позволяющим отказаться от системного применения различных препаратов.

THE USE OF PHOTODYNAMIC THERAPY FOR DISEASES OF LOR ORGANS

*V. A. Vishnyakova, O.V. Strelchenko, O.A. Zarubencov,
O.N. Melnikov*

Abstract. The progress of laser medicine has led to the emergence of a fundamentally new technology that is used in the treatment of malignant tumors and some non-neoplastic diseases – photodynamic therapy (PDT). Application of PDT in otolaryngology indicate that this method by its economic efficiency far superior to many currently used methods. The possibility of using this method for palliation can improve quality of life for patients. The remission period can reduce the amount of surgery for laryngeal papillomatosis. Treatment of purulent-inflammatory processes in this way was completely new and reliable method that allows to refuse system of treatment.

На сегодняшний день огромное количество заболеваний в области ЛОР специализации принимают **хроническую форму**. Это обусловлено социальным фактором, а также связано с понижением нормального уровня загрязненности атмосферы. Последнее время наблюдается тенденция, что многие традиционные методы лечения заболеваний органов дыхания и слуха уже не настолько эффективны, как ранее. Вследствие чего, проходят постоянные исследования и создание новых медицинских препаратов и новых методик лечения, а также варианты их сочетаний.

Одна из самых важных задач, поставленных **оториноларингологами** – это улучшение существующих традиционных методов терапии с использованием *инновационных препаратов* и нового оборудования. Этот но-

вый метод называется **фотодинамической терапией**. **Фотодинамическая терапия** направлена на качественное получение результата лечения и действует в статусе индивидуального и независимого метода лечения. К этому методу добавляют дополнительные методы традиционной терапии. **Фотодинамическая терапия** помогает минимизировать период болезни, а в отдельных ситуациях помогает миновать хирургический метод лечения.

Этот метод можно назвать двухкомпонентным.

Фотосенсибилизатор – первый элемент, представленный в виде лекарства, который имеет тропность к слизистой оболочке органов слуха и дыхания.

Когерентный свет – это второй элемент, который также может быть некогерентным. Длина волны равна пику впитывания первого элемента. Источником света является эксклюзивный полупроводниковый лазер.

Цитотоксическое воздействие кислорода (синглетного) – это база для данного метода лечения. Другие окислители формируются в процессе *химических реакций* при переносе энергии. Энергия перемещается от сенсибилизатора, который возбужден светом, к тканям, включающим кислород.

Данная терапия раньше применялась в лечении онкологических заболеваний. Самыми действенными стали красные лучи, волна которых по длине соответствует полосам поглощения, которые применяют в **фотодинамической терапии**. Это зависит от красного цвета, который глубже других цветов может попасть в живую ткань.

При **фотодинамической терапии** не образуются компоненты, которые могли бы обладать вредным влиянием на органы человека. В связи с этим, при потребности в фотодинамической терапии можно использовать и другие способы лечения. Главная причина использования **фотодинамической терапии** в практике для лечения ЛОР заболеваний – это избирательная концентрация и долгое депонирование **фотосенсибилизатора** клетками, которые быстро размножаются и тканью с большой пролиферативной активностью, что характерно непосредственно для участка воспаления. Благодаря этому свойству **фотодинамическая терапия** находит широкое применение.

В настоящее время метод ФДТ интенсивно разрабатывается целым рядом столичных НИИ и применяется во многих областных онкологических диспансерах и крупных городских центрах лазерной медицины Российской Федерации. В последнее десятилетие, благодаря появлению отечественных препаратов и лазеров для ФДТ все большее число исследователей обращается к изучению возможностей данного метода в различных областях медицины.

Метод ФДТ основан на способности молекул фотосенсибилизаторов (ФС), азот-содержащих веществ с макроциклической химической структу-

рой, селективно накапливаться в опухолевой и патологически измененной ткани и под действием квантов света определенной длины волны вызывать фотохимическую реакцию, приводящую к избирательной гибели раковых или микробных клеток.

Фотохимическая реакция, протекающая в опухоли с образованием синглетного кислорода и других высокоактивных частиц, оказывает повреждающее действие на раковые клетки и сосуды стромы опухоли, в результате чего опухоль гибнет и замещается соединительной тканью. Подобная фотохимическая реакция становится возможной, когда на фотосенсибилизатор, накопившийся в опухоли, воздействуют светом достаточной мощности и длиной волны излучения, совпадающей с пиком поглощения света этим ФС.

Заживление происходит по типу естественных репаративных процессов, поэтому метод является наиболее органосохраняющим, а также легкопереносимым, что позволяет повторять лечение при необходимости многократно. Именно по этой причине ФДТ оказалась особенно эффективной и ценной в оториноларингологии, также как и при лечении опухолей головы и шеи в целом, где патологические ткани, в данном случае опухолевые, тесно прилегают к жизненно важным органам.

По данным зарубежной и отечественной литературы, эффективность ФДТ при различных опухолях составляет 70-98% (полная или частичная резорбция опухоли).

Показания к применению ФДТ в оториноларингологии (онкология):

1. Базальноклеточный, плоскоклеточный, метатипический рак кожи ($T_{1-3}N_0M_0$) с локализацией на крыльях и скате носа, в области носогубных складок, ушных раковин, наружного слухового прохода, на верхней и нижней губах.
2. Плоскоклеточный рак орофарингеальной области ($T_{1-3}N_0M_0$).
3. Плоскоклеточный рак гортани ($T_{1-3}N_0M_0$) и папилломатоз гортани.
4. Множественность очагов поражения кожи и слизистой оболочки.
5. Обширное поражение кожи.
6. Рецидивные и остаточные опухоли, резистентные к традиционным методам лечения.
7. Высокий риск осложнений после хирургического и лучевого методов лечения у пожилых и соматически ослабленных больных.
8. Отказ больных от традиционных методов лечения.

Противопоказания к применению ФДТ в оториноларингологии (онкология):

1. Абсолютные противопоказания:

Декомпенсированная сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность, заболевания печени и почек в стадии декомпенсации, системная красная волчанка, кахексия.

2. Относительные противопоказания - аллергические заболевания, отдаленные и регионарные метастазы.

ФДТ больным с регионарными метастазами может проводиться с паллиативной целью.

В качестве ФС мы использовали отечественные препараты, разрешенные Департаментом государственного контроля лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники МЗ РФ к клиническим исследованиям в ЛОР-области, в частности, «Радахлорин» (производное хлорина еб). ФС применяли внутривенно в дозе 0,5 мг/кг или местно в виде раствора с концентрацией 0,35 % (рис. 2а).

Лазерное воздействие проводится по истечении периода времени, необходимого для селективного накопления ФС в опухоли. Период накопления «Радахлорина®» патологическими тканями до проведения на них лазерного воздействия составляет 2-5 часов.

Повышенной фоточувствительности кожи и здоровых слизистых оболочек для «Радахлорина®», по данным результатов клинических испытаний II фазы в оториноларингологии, не отмечалось.

Для подведения световой энергии применяются моноволоконные световоды с микролинзой на конце или шлифованным торцом, со сферическим и цилиндрическими диффузорами различной длины (от 0,5 до 4 см).

Световод устанавливается на таком расстоянии от поверхности опухоли, чтобы световое пятно захватывало всю опухоль и часть окружающей неизменной кожи или слизистой оболочки (шириной 5 мм). При обширных и неправильной формы опухолях проводится облучение несколькими полями.

В качестве источника света при ФДТ с «Радахлорином» используют терапевтическую установку на полупроводниковых лазерных диодах для фотодинамической терапии «ЛАХТА-МИЛОН™» (длина волны 662 нм, выходная мощность до 2,5 Вт) (рис. 2б).

ФДТ в ЛОР онкологии. Оценка эффективности лечения производится по следующим критериям:

1. **Полная резорбция опухоли (ПР)** – отсутствие визуальных и пальпаторных признаков опухолевого роста, что подтверждается негативными результатами морфологических исследований.

2. **Частичная резорбция опухоли (ЧР)** – уменьшение максимального размера опухолевого узла на 50 %, а также когда при внешнем полном от-

сутствии опухоли, при морфологических исследованиях выявляются опухолевые клетки.

3. Отсутствие эффекта (БЭ) – уменьшение опухоли меньше, чем наполовину, или отсутствие изменения ее размеров.

ФДТ при респираторном папилломатозе (РП). Проблема ювенильного РП в течение многих десятков лет привлекает пристальное внимание исследователей: будучи, с патологической точки зрения, доброкачественной опухолью, папилломы гортани нередко протекают злокачественно благодаря бурному росту, частому рецидивированию и локализации в самом узком месте дыхательной трубки. По данным многих авторов, ювенильный РП остается наиболее частой формой пролиферативного процесса в верхних дыхательных путях детей, подростков и взрослых .

До настоящего времени не существует этиотропной терапии РП.

Разработаны комбинированные подходы при лечении РП, сочетающие хирургическое и консервативное лечение. Однако они не решили главную проблему этого тяжелого заболевания – проблему предотвращения рецидивов. Кроме того, вследствие рецидивирующего характера данного заболевания возрастающие в количестве операции ведут к рубцеванию в гортани и трахее, нарушению их функций.

Противомикробная ФДТ. В настоящее время антимикробная ФДТ использует опыт, накопленный при ФДТ опухолей. Локальное распределение ФС, локальное световое воздействие, применение световолоконной оптики и эндоскопической техники позволяют в некоторых случаях получать хороший клинический эффект.

Большинство грамотрицательных и грампозитивных бактерий может быть успешно фотоинаktivировано с применением водорастворимых фталоцианинов. В настоящее время установлена возможность фотоинаktivации безоболочечных вирусов, включая ВИЧ, с применением такого простого ФС, как метиленовый синий. Получен хороший клинический эффект применения ФДТ при лечении гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей, гнойных язв у больных сахарным диабетом.

Преимущества ФДТ в области лечения хронической инфекции перед традиционными методами антибактериальной терапии следующие:

Эффективность ФДТ не зависит от спектра чувствительности патогенных микроорганизмов к антибиотикам. ФДТ губительно действует на антибиотико-резистентные штаммы золотистого стафилококка, синегнойной палочки и др.

Развитие резистентности микроорганизмов к ФДТ маловероятно, т.к. фотодинамическое повреждение обусловлено цитотоксическим действием синглетного кислорода и свободных радикалов.

«Радахлорин®» не имеет темновой токсичности (сам по себе, без света, не разрушает ткань) и не обладает мутагенным действием. Это исключает вероятность селекции фоторезистентных штаммов микроорганизмов.

Противомикробное действие ФДТ не убывает со временем при длительном лечении локальных инфекционных процессов.

Бактерицидный эффект ФДТ носит локальный характер, не имеет системного губительного действия на сапрофитную флору организма. Это обусловлено тем, что ни одному из компонентов ФДТ – ни ФС, ни низкоинтенсивному лазерному излучению не свойственно системное бактерицидное действие или другие повреждающие эффекты.

Фотодинамическая реакция возникает только при действии адекватных доз световой энергии на ФС в присутствии кислорода в среде, при этом фотодинамическое повреждение носит локальный характер и бактерицидный эффект лимитируется зоной светового воздействия.

ФДТ при лечении хронического тонзиллита.

Пациенты с хроническим тонзиллитом (ХТ) составляют большой контингент больных и при существующем сегодня арсенале способов консервативного лечения не всегда довольны его результатами. Применение ФДТ при различных формах ХТ позволяет добиться излечения процесса (при простых формах ХТ) или получения стойкой ремиссии (при токсико-аллергической форме -I) либо в ряде случаев при токсико-аллергической форме-II и наличии сопряженных заболеваний получить ремиссию и подготовить пациентов к хирургическому вмешательству.

На курс лечения требуется от 1 до 3-х процедур в зависимости от формы заболевания.

Способ лечения заключается в следующем:

- проводится промывание лакун миндалин физиологическим раствором, затем в лакуны с помощью канюли вводится ФС,
- экспозиция от 5 до 20 минут (возможно повторное введение препарата) с последующим облучением поверхности миндалин лазерным диодным модулем для фотодинамической терапии «ЛАХТА-МИЛОН™» с длиной волны 662 ± 3 нм (красный спектр), мощностью 1 Вт в течение 4-7 минут на каждую миндалину

Результаты применения ФДТ в оториноларингологии указывают на то, что данный метод по своей экономической эффективности значительно превосходит многие используемые сегодня методы. Возможность применения данного метода с паллиативной целью позволяет улучшить качество жизни

пациентов. Удлинение периода ремиссии позволяет уменьшить количество оперативных вмешательств при папилломатозе гортани. Лечение гнойно-воспалительных процессов данным способом явилось абсолютно новым и надежным методом, позволяющим отказаться от системного применения различных препаратов. У значительного числа больных метод может быть применен в амбулаторных условиях, что позволяет пациентам зачастую не прерывать свою трудовую деятельность.

Литература

1. Лебедева Н.Е., Шуб Г.М., Мареев О.В., Попов Д.Э. Метод фотодинамического воздействия излучения светодиодов и метиленового синего на *Streptococcus haemolyticus*, выделенный у больных хроническим тонзиллитом // *Материалы научно-практической конференции «Новые технологии в медицине»*. – Саратов, 2001.
2. Лебедева Н.Е., Попов Д.Э. Установка для фотодинамического действия на *Streptococcus haemolyticus* // *Материалы научно-практической конференции «Молодые ученые – здравоохранению региона»*. – Саратов, 2001. – С. 33.
3. Князев А.Б., Чикина Е.Э., Лебедева Н.Е. К механизму действия низкоинтенсивного лазерного излучения и фотосенсибилизатора метиленового синего на слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи // *Материалы научно-практической конференции «Окружающая среда и здоровье»*. – Саратов, 2002. – С. 99.
4. Мареев О.В., Лебедева Н.Е. Интралакунарная лазеротерапия в лечении хронического тонзиллита // *Материалы научно-практической конференции «Окружающая среда и здоровье»*. – Саратов, 2002. – С. 109.
5. Мареев О.В., Князев А.Б., Лебедева Н.Е. Фотодинамическое лечение хронических тонзиллитов // *Материалы научно-практической конференции «Вопросы реабилитации в оториноларингологии»*. – Самара, 2003. – С. 376.
6. Мареев О.В., Зольникова Н.Е. Экспериментальное обоснование фотодинамической терапии хронического тонзиллита // «Н.П. Симановский – основоположник отечественной оториноларингологии»: *Материалы научно-практической конференции*. – СПб., 2004. – С. 234.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ БЕЗ УСТАНОВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА

О.А. Зарубенков, П.А.Таранов, Р.В. Шорохов, А.Н. Усов

Аннотация. Пациенты с метастатическими опухолями из неустановленного очага являются наиболее сложной категорией для курации пациентами. В настоящий момент отсутствуют четкие понятия и алгоритмы действий при обследовании и лечении таких пациентов. Проведен анализ литературных данных по тактике и ведению больных, приведены некоторые собственные данные и опыт. Приведены рекомендации по тактике обследования и лечения.

THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH TUMORS WITHOUT AN ESTABLISHED PRIMARY TUMOR

O.A. Zarubencov, P.A. Taranov, R.V. Shorokhov, A.N. Usov

Abstract. Patients with metastatic tumors from an unknown locus are considered to be the most difficult category for curing. Currently, there are no clear concepts and algorithms in the assessment and treatment of such patients. The analysis of literature on tactics and dealing with patients is presented. Also our own data and experience are shared. The recommendations for the tactics of examination and treatment are given.

Больные метастатическими опухолями из очага неустановленной локализации – это небольшая, но крайне сложная для курации группа пациентов.

Эпидемиология. Метастазы из невыявленного первичного очага составляют 4-15 % всех онкологических заболеваний. Среди больных с солидными злокачественными новообразованиями они занимают по частоте 8-е место [1,2]. У мужчин метастазы из невыявленного первичного очага наблюдают несколько чаще, особенно при изолированном поражении шейных лимфатических узлов, костей и средостения. При гистологическом исследовании приблизительно в 60 % случаев выявляют аденокарциному, в 5-15 % – плоскоклеточный рак. Другие клеточные типы (герминомы, меланомы, саркомы) наблюдают реже. Наиболее часто скрытый рак локализуется в лёгком, ЛОР-органах, предстательной и поджелудочной железах. У 50 % больных отмечают изолированное поражение метастазами одной зоны лимфатических узлов или одного органа.

Актуальность проблемы. Отсутствие общей концепции и сложности ведения в рамках оказания помощи в современных интенсивных условиях делает проблему крайне актуальной. Ведение такого пациента требует больших временных и экономических затрат. Потерянное время приводит к позднему началу лечения. Необходимы общие принципы ведения таких пациентов.

Начиная с 2013 г. мы наблюдаем увеличение количества пациентов данной группы в своем центре. Это связано с техническими возможностями проведения полного скрининга для установления локализации первичного очага. В связи с этим к нам направляют пациентов данной категории из Новосибирского областного онкологического диспансера (НООД) и близлежащих регионов.

Обследование. При обследовании больных метастатическими опухолями без первичного очага необходимо учитывать, что все эти пациенты имеют десименированный процесс и установление первичного очага, за редким исключением, не позволяет надеяться на полное излечение в резуль-

тате применения специальных методов. В связи с этим диагностические мероприятия (табл.) не должны быть единственными мероприятиями в курации пациента. Если выявить первичный очаг не удастся, то необходимо начинать лечение. Основным диагностическим параметром будет являться морфологическое исследование с иммуногистохимическим анализом (ИГХ) [3]. Поиск первичной опухоли должен осуществляться в соответствии с гистологическим строением опухоли.

ИГХ исследование является обязательным при недифференцированных и низкодифференцированных опухолях. С его помощью в таких ситуациях можно выявить потенциально курабельные опухоли: лимфомы и герминогенные опухоли.

Лечение пациентов метастатическими опухолями без установленного очага первичной локализации должно определяться в зависимости от локализации поражения и общего состояния. Предпочтение следует отдавать системным методам лечения на основании гистологической картины опухоли. Например: при метастатическом поражении лимфоузлов плоскоклеточной карциномой необходимо проводить лечение паклитакселом и платино-содержащими схемами.

Хирургический метод так же должен применяться для осуществления циторедукции и выявления лекарственного патоморфоза в контрольных гистологических исследованиях. Возможно применение и лучевого метода как локального метода воздействия на очаги поражения [5,6].

Таблица

Диагностические мероприятия при обследовании больных метастатическими опухолями без первичного очага

Обследования	
Обязательные	Дополнительные
Лабораторные общеклинические анализы крови	МСКТ
ПСА, СА 125, АФП (4)	МРТ
Рентгенография органов грудной клетки	ФКС
Физикальное обследование	ФГС
Ультразвуковое обследование (брюшная полость, органы малого таза, шеи, лимфатическая периферическая система)	Лапароскопия
Сканирование скелета	Торакоскопия
Гистологическое исследование	ПЭТ/КТ
Цитологическое исследование	ФБС
ИГХ	

Прогноз

Средняя продолжительность жизни у пациентов с метастазами злокачественной опухоли без выявленного первичного очага составляет 5-6 мес., но она может варьировать в очень широких пределах. Лучшие результаты пятилетней выживаемости отмечены у больных с изолированными метастазами в паховых, подмышечных, шейных лимфоузлах, получавших специальное лечение (63,2 %, 64,2 % и 47,7 % соответственно) [2,7]. Выживаемость выше у больных с изолированными метастазами, нежели в группе пациентов с множественными метастазами в лимфоузлах и сочетанным поражением лимфоузлов и/или органов. Наилучшие результаты пятилетней выживаемости отмечаются в группе больных с метастазами плоскоклеточного рака, внегонадными герминогенными опухолями, наихудшие – в группе больных с метастазами аденокарциномы и светлоклеточного рака [3].

Таким образом, мы считаем, что пациенты с метастазами злокачественной опухоли без выявленного первичного очага должны получать системную терапию с периодическим контролем. При динамическом наблюдении возможно выявление первичной опухоли, что позволит более целенаправленно проводить лечебные мероприятия.

Литература

1. Rubin BP, Skarin AT, Pisick E, Rizk M, Salgia R. Use of cytokeratins 7 and 20 in determining the origin of metastatic carcinoma of unknown primary, with special emphasis on lung cancer. Eur J Cancer Prev 2001 Feb;10(1): – P. 77-82.
2. Lortholary A, Abadie-Lacourtois S, Guerin O, Mege M, Rauglaudre GD, Gamezin E. Cancers of unknown origin: 311 cases. Bull Cancer 2001 Jun; 88(6): – P. 619-27.
3. Комаров И.Г., Комов Д.В. Метастазы злокачественных опухолей без выявленного первичного очага. М.: Триада-Х. – 2002. – 136 с.
4. Milovic M, Popov I, Jelic S. Tumor markers in metastatic disease from cancer of unknown primary origin. Med Sci Monit 2002 Feb;8(2):MT – P. 25-30
5. Zuur C., van Velthuysen M., Schornagel J.H., Hilgers F.J., Balm A.J. Eur J Diagnosis and treatment of isolated neck metastases of adenocarcinomas. Surg Oncol 2002 Mar;28(2):147-52
6. Medina-Franco H, Urist MM. Occult breast carcinoma presenting with axillary lymph node metastases. Rev Invest Clin 2002 May-Jun;54(3):204-8
7. Loyd MS, Nash AG. 'Occult' breast cancer. Ann R Coll Surg Engl 2001 Nov;83(6):420-4

ПРИМЕНЕНИЕ ОДНОРЯДНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

О.А. Зарубенков, П.А. Таранов, Р.В. Шорохов, А.Н. Усов

Аннотация. Проблема послеоперационных анастомозитов при применении органосохранных оперативных способов при раке желудка является актуальной пробле-

мой. Современный шовный материал позволяет накладывать однорядные желудочно-тонкокишечные анастомозы с минимальным риском несостоятельности. Проведен анализ собственных результатов приемная однородных и двухрядных анастомозов. Выявлено, что однорядные соединения более выгодны в отношении времени наложения и низкой частоты послеоперационных осложнений.

SINGLE ROW STITCHES ANASTOMOSES APPLYING FOR STOMACH RESECTION IN ONCOLOGY

O.A. Zarubencov, P.A. Taranov, R.V. Shorokhov, A.N. Usov

Abstract. The problem of postoperative anastomosis as the result of applying organ saving surgery for stomach cancer is considered to be urgent one. Modern suture material lets surgeons make single row stitches between a stomach and the small intestine with the minimal risk of the failure. The analysis of our own results of single row and double row stitches applying are presented. It has been discovered that single row anastomoses are much more preferable regarding to both the operation time and the low frequency of afteroperational complications.

Современные методы диагностики и пропаганда здоровья привели к изменению частоты выявления раннего рака желудка. Возможность применения субтотальной резекции желудка в качестве метода оперативного лечения увеличилась. За последние 15 лет частота гастрэктомий уменьшилась [1]. Онкохирурги европейского и американского континента придерживаются консервативных методов оперативного этапа. В среднем, частота гастрэктомий в настоящее время может достигать 10 %. Качество жизни у пациентов с раком желудка в связи с этими обстоятельствами увеличивается, но чаще стали встречаться осложнения раннего послеоперационного периода в виде анастомозитов разной степени выраженности. Это приводит к увеличению послеоперационного времени, требует дополнительных ресурсов при лечении и оттягивает сроки начала адьювантной терапии.

Частота встречаемости анастомозита после резекции желудка в раннем послеоперационном периоде по данным различных авторов колеблется от 5 до 16 % [2]. Частота возникновения анастомозита во многом зависит от метода и хирургической техники [3,4].

Нами был проведен анализ ранних послеоперационных осложнений у пациентов при применении дистальной субтотальной резекции желудка. Количество пациентов за промежуток с 01.2014 по 11.2015 гг. составило 144 человека (табл. 1).

Анастомозиты клинически проявлялись явлениями дисфагии, тошнотой и рвотой на 3-5 сутки. Рентгеноскопически выявлялась задержка контраста в культе желудка с замедленной эвакуацией. Визуально – различ-

Таблица 1

**Возрастно-половая структура пациентов,
которым проведена дистальная субтотальная резекция желудка**

Мужчины	Женщины	Возраст средний	Частота анастомозитов
98	46	63	17 (11,8%)

Таблица 2

**Количество анастомозитов в раннем послеоперационном периоде
при резекции желудка**

Вид шва	Количество	Число анастомозитов	Частота %
Однорядный шов	122	7	5,7
Двухрядный шов	32	6	18,7

ной степени выраженности явления воспаления и отека. При проведении операции для наложения гастроэнтероанастомоза применялся стандартный современный одинаковый для всех пациентов рассасывающийся шовный материал – нить 4/0. При проведении этапа анастомозирования применялся однорядный непрерывный скорняжный шов и шов с наложением второго ряда серо-серозных швов отдельными вколами. Двухрядный шов был применен в 32 случаях (табл. 2).

При применении однорядных анастомозов несостоятельности не возникали. Таким образом, наиболее часто анастомозит желудочно-тонкокишечного соединения возникал при применении метода двухрядного анастомозирования. Это связано с вовлечением большей части стенки желудка и кишки в травматический процесс. Поскольку осложнений в виде несостоятельности анастомозов не было, то преимуществ двухрядного соединения не установлено. Однорядный анастомоз является более выгодным в отношении времени наложения и низкой частоты послеоперационных анастомозитов.

Литература

1. Жерлов Т.К., Зыков Д.В., Кошель А.Л. Пути улучшения качества жизни после операций по поводу рака желудка // Проблемы современной онкологии: тез. докл. IV Всеросс. съезда онкологов. – Ростов-на-Дону, 1995. – С. 18-20.
2. Жерлов Г.К., Кошель А.П. и др. Оперированный желудок. Новосибирск: Наука, 2002. – 240 с.
3. Нагаев Н.Р. Эндоскопические методы в профилактике и лечении постгастрорезекционного анастомозита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 1996. – 23 с.
4. Велигоцкий Н.Н. Удаление осложненных дуоденальных язв и дуоденопластика / Н.Н. Велигоцкий. – Харьков: Прапор, 2005. – 81 с.

ВВЕДЕНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ХИМИОТЕРАПИИ В СТАЦИОНАРЕ

А.А. Зейдлиц

Аннотация. Статья посвящена перспективам развития химиотерапевтического лечения на базе ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России. Кратко рассмотрена история развития химиотерапевтического направления в онкологии. Автором приводятся последние и актуальные данные по заболеваемости ЗНО в России. Кроме того, А.А. Зейдлиц подробно описывает перспективы развития и основные направления деятельности стационара по химиотерапии. Автор полагает, что модернизация материально-технической базы и повышение уровня подготовки специалистов позволяет непрерывно совершенствовать деятельность ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России. Осваивать новые методы лечения ЗНО, в том числе химиотерапию, а также расширять спектр проводимого лечения и повышать его эффективность.

INTRODUCTION AND ORGANIZATION METHODS OF CHEMOTHERAPY IN HOSPITAL

A.A. Seydlitz

Abstract. The article is devoted to prospects of development of chemotherapy of treatment on the basis FGBOS somc the FMBA of Russia. Discusses the development of the Chi-biotherapeutics directions in Oncology. The author gives the latest and the act of polling data on the incidence of EIT in Russia. In addition, A. A. Seydlitz describes in detail the development prospects and the basic directions of activity of the hospital for chemotherapy. The author believes that the modernization of material and technical base and increase of level of preparation of specialists allows to continuously improve the activities FGBOS somc the FMBA of Russia. To develop new methods of treatment KNOWLEDGE, including chemotherapy, as well as to expand the range of treatment and increase its effectiveness.

Введение. Проблема онкологических заболеваний остается приоритетной для современного общества. По прогнозам ВОЗ, заболеваемость и смертность онкологическими заболеваниями во всем мире возрастет в 2 раза за период с 1999 года по 2020 год: с 10 до 20 млн. новых случаев и с 6 до 12 млн. регистрируемых смертей (1,2). В 2014 г. в Российской Федерации (здесь и далее сводные данные представлены с Крымским ФО) впервые в жизни выявлено 566 970 случаев злокачественных новообразований (в том числе 259 425 и 307 545 у пациентов мужского и женского пола соответственно). Прирост данного показателя по сравнению с 2013 г. составил 5,8 % (1,8 % за счет Крымского ФО). «Грубый» показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями на 100 000 населения России составил 388,9, что на 4,1 % выше уровня 2013 г. и на 18,6 % выше

уровня 2004 г. (1,2). Одним из ведущих методов лечения злокачественных опухолей является химиотерапия. При химиотерапии для уничтожения раковых клеток применяются антираковые (цитотоксические) препараты. Существует более 50 препаратов для проведения химиотерапии. Некоторые применяются в виде таблеток или капсул, но большинство вводится путем внутривенного вливания. Препараты применяются как в монорежиме, так и в комбинации. Основоположником химиотерапии является немецкий химик, лауреат Нобелевской премии П. Эрлих, который установил, что химические вещества, содержащие мышьяк, губительно действуют на спирохеты и трипаносомы, и получил в 1910 г. первый химиотерапевтический препарат. В 90-х годах 19 века русский врач Д. Л. Романовский установил, что лечебное действие хинина при малярии является этиотропным, т. е. направленным на возбудителя болезни. При лечении злокачественных опухолей первые результаты опыта использования химиотерапии были опубликованы в 1946 г. Первый противоопухолевый агент -эмбихин, был создан на основе отравляющего газа иприта. Привнесение в качестве радикала различных химических структур легло в основу создания первой группы цитостатиков -алкилирующих соединений. Позднее были синтезированы различные агенты, разделяемые в настоящее время на антиметаболиты, антибиотики, препараты растительного происхождения и т.д. За несколько последующих десятилетий сформировалось четко очерченное терапевтическое направление, ставшее неотъемлемой составной частью лечения 2/3 больных со злокачественными опухолями (3,4). В настоящее время химиотерапия прочно заняла ведущее место в лечении онкологических заболеваний. Непрерывно ведутся многочисленные научные исследования и клинические испытания, посвященные созданию более совершенных методов химиотерапии почти при всех видах рака. На базе стационара хирургического отделения ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России активно ведется внедрение и применение этого важного метода лечения онкологических больных. Создаются условия для проведения сложных и комбинированных схем лечения. С августа 2015 года в хирургическом отделении было начато проведение химиотерапии злокачественных новообразований современными и эффективными препаратами с качественной сопроводительной терапией. Показания для лечения в стационаре по химиотерапии: лекарственное лечение опухолей, при котором требуется врачебное наблюдение на протяжении определенного промежутка времени в связи с возможными неблагоприятными реакциями (токсические, аллергические); схемы лекарственного лечения опухолей, предполагающие длительные внутривенные инфузии. Основные направления деятельности стационара по химиотерапии: внедрение современных технологий планирования и реализации программ химиотерапии в самостоятельном плане,

а также в рамках программы ВМП, освоение новых методик лекарственного лечения с использованием высокоэффективных препаратов. Отделение обеспечивает специализированный прием в поликлинике ФМБА врачом онкологом-химиотерапевтом. В числе приоритетных направлений совершенствования организации онкологической помощи ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России необходимо выделить следующие:

- постоянное совершенствование клинико-диагностических, скрининговых методов раннего выявления опухолевых и предопухолевых заболеваний, в том числе и на доклиническом уровне;
- создание единой информационной базы контроля и наблюдения за больными с предопухолевыми заболеваниями на базе программы «Medialog» – создание единой системы учета онкологических больных, проходивших лечение на базе ФМБА на базе программы «Medialog» – работа в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями (хирургическое лечение и химиотерапия) – определение потребности в лечебно-диагностических мероприятиях у прикрепленного контингента со злокачественными новообразованиями на основе постоянно-го анализа заболеваемости и объема проводимой помощи;
- совершенствование технического оснащения подразделения современным медицинским оборудованием согласно утвержденному стандартному перечню;
- лекарственное обеспечение высокотехнологичного лечебного процесса онкологических больных путем целевой закупки противоопухолевых препаратов согласно утвержденным стандартам лечения злокачественных новообразований;
- реорганизация структуры и доукомплектование кадрового состава онкологической службы врачом-химиотерапевтом;
- целенаправленное систематическое повышение квалификации врачей по специальности «онкология», «химиотерапия».

Заключение. В ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России в дальнейшем, планируется расширить спектр проводимой химиотерапии и внедрить новые методики в рамках национального стандарта. Политика, направленная на модернизацию материально-технической базы и повышение уровня подготовки специалистов, позволяет непрерывно совершенствовать деятельность ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России по освоению новых методов лечения ЗНО, расширять спектр проводимого лечения и повышать эффективность лечения.

Литература

1. Тюлядин С.А. Основные причины злокачественных опухолей: перспективы ближайшего будущего. Материалы ЕССО 10: Европейская онкологическая конференция. – 2010 г.

2. Состояние онкологической помощи населению России в 2014 году под редакцией А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой, Москва. – 2015.

3. Чубенко В.А. Перспективные методы лечения злокачественных новообразований ФГУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова Росмедтехнологий». Санкт-Петербург, Практическая онкология. – Т. 8. – № 4. – 2007.

4. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. Переводчикова Н.И., Горбунова В.А. (под ред.). Издание 4-е «Практическая медицина». – 2015.

АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ГОРТАНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТА ВЧ ИВЛ

***А.П. Мищенко, Н.Б. Капустинская, Н.В. Березюк, А.А. Хегай,
О.И. Чепурнов, А.М. Трипольская, В.Н. Ковалев, А.А. Мизик***

Аннотация. Статья посвящена методике анестезии при отоларингологических операциях на гортани с применением ВЧ ИВЛ и конектора для проведения лазерной терапии. Методика значительно упрощает и делает безопасной установку клинка Кляйнзастера, самый трудный момент для анестезиолога.

ANESTHESIA FOR OTORHINOLARYNGOLOGICAL OPERATIONS ON THE LARYNX WITH THE USE OF THE DEVICE HIGH-FREQUENCY VENTILATION

***A.P. Mischenko, N.B. Kapustinskaya, N.V. Berezyuk, A.A. Khagai,
O.I. Chepurnov, A.M. Tripolskaya, V.N. Kovalev, A.A. Mizik***

Abstract. The Article is devoted to the method of anesthesia for ENT operations on the larynx with the use of high-frequency ventilation and the connector to allow for laser therapy. The technique simplifies and makes safe installation of the blade Kleinsasser, the most difficult time for the anesthesiologist.

Широкое внедрение в практику отоларингологических операции на гортани с применением ВЧ ИВЛ выявило проблему возникшую на этапе освоения методики. Установка клинка Кляйнзастера с подключением ВЧ ИВЛ, несмотря на предоперационную оксигенацию 100 % кислорода через маску на операционном столе, приводит к эпизоду гипоксии в случае длительной установки клинка, так как адекватная вентиляция при этом не обеспечивается. Такие случаи были при наличии у пациентов анатомических особенностей способствующих трудной интубации, выраженном ожирении.

При этом для избегания глубокой гипоксии приходилось прерывать установку клинка, для вентиляции больного через маску, в двух случаях

пришлось прибегнуть к интубации трахей и ИВЛ с последующей установкой клинка Кляйнзастера и удалением интубационной трубки. Кроме того, это приводило к гемодинамическим нарушениям, склонностью к гипертензии и соответственно проблемами с интраоперационным гемостазом.

Таким образом методика была усовершенствована, для избежания эпизодов гипоксии и связанной с ней артериальной гипертензии, удобства работы хирурга и анестезиолога. Был использован конектор для проведения лазерной терапии прилагаемый к аппарату ВЧ ИВЛ «Monson».

После стандартной премедикации, вводной анестезии и введения деполаризующих релаксантов, проводился конектор либо через носовой ход, либо через рот, за голосовую щель и фиксировался к носу или углу рта. Через конектор начиналась ВЧ ИВЛ со стандартными параметрами. На фоне проводимой ВЧ ИВЛ проводилась установка клинка Кляйнзастера. При этом хирург не ограничен во времени, что позволяет без гипоксии и гипертензии установить клинок даже у проблемных пациентов с анатомическими особенностями ротовой полости и гортани, а так же пациентов с ожирением.

После установки клинка Кляйнзастера аппарат ВЧ ИВЛ либо присоединяется к инъекционной игле клинка, а конектор удаляется, либо ВЧ ИВЛ продолжается через конектор.

По данной методике была проведена анестезия у 25 пациентов, при этом у 9 были в анамнезе отягощающие установку клинка Кляйнзастера факторы: ожирение, короткая шея, выступающие вперед зубы и т.д. Ни в одном случае не было отмечено эпизодов гипоксии и гипертензии на этапе установки клинка, хотя она занимала длительное время, иногда до 5-7 минут.

Выводы: Данная методика установки конектора за голосовые связки и проведение через него ВЧ ИВЛ до установки клинка Кляйнзастера, позволяет избежать гипоксии и как следствие артериальной гипертензии, проблем с интраоперационным гемостазом у пациентов с образованиями гортани. Этот момент был самым трудным и опасным для анестезиолога и хирурга, так как вентиляция в момент установки клинка не осуществляется и в случае задержки во времени может привести к серьезным осложнениям. Методика делает для анестезиолога операции при образованиях на гортани с применением ВЧ ИВЛ, рутинной манипуляцией, безопасной и простой.

Литература

1. BRISCOE WA, FORSTER RE, COMROE JH (1954). "Alveolar ventilation at very low tidal volumes.". J Appl Physiol 7 (1): 27-30. PMID 13174467.
2. Krishnan JA, Brower RG (2000). "High-frequency ventilation for acute lung injury and ARDS". Chest 118 (3): 795-807. doi:10.1378/chest.118.3.795.PMID 10988205.

3. Standiford TJ, Morganroth ML (December 1989). «High-frequency ventilation». Chest 96 (6): 1380–9. doi:10.1378/chest.96.6.1380. PMID 2510975.

4. Bollen CW, Uiterwaal CS, van Vught AJ (February 2006). “Systematic review of determinants of mortality in high frequency oscillatory ventilation in acute respiratory distress syndrome”. Crit Care 10 (1): R34. doi:10.1186/cc4824. PMC 1550858. PMID 16507163.

5. D. P. Schuster, M. Klain & J. V. Snyder (October 1982). «Comparison of high frequency jet ventilation to conventional ventilation during severe acute respiratory failure in humans». Critical care medicine 10 (10): 625–630. doi:10.1097/00003246-198210000-00001. PMID 6749433.

6. Eastman A, Holland D, Higgins J, Smith B, Delagarza J, Olson C, Brakenridge S, Foteh K, Friese R (August 2006). “High-frequency percussive ventilation improves oxygenation in trauma patients with acute respiratory distress syndrome: a retrospective review”. American Journal of Surgery 192 (2): 191–5. doi:10.1016/j.amjsurg.2006.01.021 . PMID 16860628. Retrieved 2009-06-04.

7. Rimensberger PC (October 2003). “ICU cornerstone: high frequency ventilation is here to stay”. Critical Care (London, England) 7 (5): 342–4. doi:10.1186/cc2327. PMC 270713. PMID 12974963.

8. Lunkenheimer PP, Rafflenbeul W, Keller H, Frank I, Dickhut HH, Fuhrmann C (1972). “Application of transtracheal pressure oscillations as a modification of “diffusing respiration”.”. Br J Anaesth 44 (6): 627. doi:10.1093/bja/44.6.627. PMID 5045565.

КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ОПУХОЛЯХ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ТОЛСТОЙ КИШКИ

Е.П. Рогалева

Аннотация. В данной статье рассматривается роль фотодинамической терапии, при комбинированном лечении, и стентирования при опухолевых стриктурах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Приведены полученные результаты. В сравнении с другими методами паллиативной помощи инкурабельным больным с опухолевыми стенозами верхних отделов ЖКТ и толстого кишечника эндоскопическая реканализация в комбинации стентирования с последующей фотодинамической терапией является оптимальным вариантом комплексного лечения.

COMPLEX METHOD OF ENDOSCOPIC RECANALIZATION OF STENOSING TUMORS OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT AND COLON

Е.П. Rogaleva

Abstract. This article examines the role of photodynamic therapy in the combined treatment, and stenting in malignant strictures of the gastrointestinal tract (GIT). The results obtained are presented. In comparison with other methods of palliative care of incurable patients with neoplastic stenosis of the upper gastrointestinal tract and colon endoscopic recanalization in combination of stenting with subsequent photodynamic therapy is the best option of complex treatment.

По данным статистических исследований от 50 до 70 % больных с опухолевыми стенозами пищевода, желудка, толстой кишки, к моменту обращения, не подлежат радикальному оперативному лечению. Это связано с распространенностью опухолевого процесса или наличия тяжелой сопутствующей патологии. Основными клиническими симптомами распространенного рака пищевода и кардиального отдела желудка является дисфагия, возникающая при сужении просвета на 50-75 %. При стенозирующем раке толстой кишки прогрессируют явления кишечной непроходимости. Средняя продолжительность жизни пациентов с тяжелыми опухолевыми стенозами составляет около 3-х месяцев.

В нерезектабельных и инкурабельных случаях, а также при местном рецидиве рака желудочно-кишечного тракта после хирургической операции, для лечения применяются различные варианты паллиативной помощи, при которых преследуются две основные задачи: уменьшение дисфагии и улучшение качества жизни. С этой целью используются несколько методов, включая эндоскопические, устранения стенозов, выбор среди которых определяется индивидуально, ориентируюсь на стадию опухоли, клинические симптомы, возраст и общее состояние пациента.

С 1970-1980 гг. прошлого столетия активно внедряются методы эндоскопической реканализации с использованием фотодинамической терапии (ФДТ) и применения металлических саморасправляющихся стентов.

Эндоскопическое эндопротезирование саморасширяющимися нитиноловыми стентами в эндоскопическом отделении ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России применяется с 2008 года, фотодинамическая терапия с 2012 года. За период с 2012 года по сентябрь 2015 года паллиативное эндоскопическое, включающее стентирование с последующей фотодинамической терапией, лечение проведено у 18 больных с опухолевой стриктурой желудочно-кишечного тракта. Стенозирующий рак верхних отделов желудочно-кишечного тракта (пищевода, кардии, пилорородуоденальной зоны) был в 15 случаях, что составило 83 %, и рак толстой кишки в 3-х случаях – 17 %.

Для реканализации использовались нитиноловые саморасширяющиеся стенты фирмы Sooho M.I-Tech Co., Южная Корея и EndoFlex, Германия. Через 14-30 дней проводилась фотодинамическая терапия с целью предотвращения распространения опухолевого процесса, за пределы установленного

стента, и снижения разрастания грануляционной ткани, которая ведет за собой сужение просвета в проксимальном и дистальном краях установленного эндопротеза. В 2-х случаях ФДТ применялась через 7 недель после установки стента. Приэндоскопической ФДТ применялся фотосенсибилизатор радахлорин, засветка проводилась по краям и через прозрачную полимерную стенку стента.

Результаты. Во всех случаях реканализация была достигнута в 100 %. Осложнений, связанных с установкой стентов и дальнейшим проведением фотодинамической терапии, проводимой через стент, не отмечено.

Отмечено более высокий уровень качества жизни: стабилизация или увеличение массы тела, менее выраженный болевой синдром при сочетании стентирования с проведением фотодинамической терапии.

Заключение. В сравнении с другими методами паллиативной помощи инкурабельным больным с опухолевыми стенозами верхних отделов ЖКТ и толстого кишечника эндоскопическая реканализация в комбинации стентирования с последующей фотодинамической терапией является оптимальным вариантом комплексного лечения.

ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ – ВОЗМОЖНАЯ ПЕРСПЕКТИВА ПОИСКА НОВЫХ ПОДХОДОВ В ЛЕЧЕНИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Д.В. Сазонов, Л.А. Бабенко, А.В. Ярмошук

Аннотация. Проблема поиска новых подходов для лечения рассеянного склероза на сегодняшний день является одной из наиболее актуальных в неврологической практике. Постоянно разрабатываются и внедряются новые препараты, позволяющие улучшить течение заболевания и значительно замедлить нарастание инвалидизации. Беря за основу принцип «таргетной терапии», с успехом применяемый в лечении онкологических заболеваний, можно предпринять попытку перенести этот подход на лечение рассеянного склероза. При правильном определении «мишеней» для таргетных препаратов можно ожидать выхода лечения рассеянного склероза на новый уровень персонализированной терапии.

TARGETED THERAPY – POSSIBLE PROSPECT SEARCH NEW APPROACHES IN TREATMENT OF MULTIPLE SCLEROSIS

D.V. Sazonov, L.A. Babenko, A.V. Yarmoschuk

Abstract. The problem of finding new approaches for the treatment of multiple sclerosis is one of the most pressing in neurological practice for today. Number of new drugs that improve the course of disease and significantly slow the growth of disability are

investigating and approving every year. Taking as a basis the principle of «targeted therapies», successfully used in the treatment of oncologic diseases, we can make an attempt to transfer this approach to the treatment of multiple sclerosis. With the proper definition of «targets» for targeted therapies can be expected to yield multiple sclerosis treatment to a new level of personalized therapy.

Рассеянный склероз (РС) – прогрессирующее аутоиммунное заболевание нервной системы, в основе патогенеза которого лежит хронический процесс воспалительной демиелинизации и нейродегенерации в центральной нервной системе, проявляющееся вариабельной неврологической симптоматикой. Обычно заболевание начинается в молодом возрасте и практически неизбежно ведет к инвалидизации. Выключение в связи с этим большого числа трудоспособных людей из активной жизни, большие расходы на диагностику, лечение, реабилитацию и социальную помощь делают проблему РС социально и экономически значимой [1]. На сегодня патогенетическая терапия РС, включающая в себя все классы препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза (ПИТРС), является одним из наиболее динамично развивающихся направлений в лечении неврологических заболеваний. Каждый год регистрируются несколько новых препаратов для лечения РС, постоянно проходят клинические исследования как новых представителей уже существующих классов ПИТРС, так и ведётся поиск принципиально новых подходов на основании получения новых знаний о патогенезе заболевания, анализа сильных и слабых сторон уже существующих препаратов [2].

Известно, что многие классы лекарственных препаратов, ныне широко применяемых в терапии аутоиммунных заболеваний, таких как ревматоидный артрит, неспецифический язвенный колит, рассеянный склероз пришли в эту область из онкологической практики, которая на сегодняшний день прочно занимает передовые позиции в поиске новых подходов в консервативной терапии. Так, многие цитостатики нашли своё применение в терапии агрессивных форм РС: ещё на заре эры ПИТРС уже широко использовались азатиоприн, циклофосфамид, метотрексат, имеющие широкое применение в терапии опухолей. Позднее к ним присоединился наиболее широко используемый на сегодняшний день в лечении РС иммуносупрессант – митоксантрон, с успехом применяющийся в онкогематологии [3].

Известно, что на сегодняшний день наиболее перспективным направлением консервативного лечения злокачественных новообразований является таргетная терапия. Термин target therapy наглядно отражает заложенный в её основу принцип – определение «таргетной» молекулы (молекулы-мишени) на поверхности опухолевой клетки, специфичной только для данного, изменённого типа клеток. В идеале такие молекулы не должны присутствовать на «здоровых» клетках, либо их экспрессия должна быть минимальной,

дабы индуцированная иммунная атака была направлена исключительно на патологические клетки. Давно и успешно проводятся молекулярно-генетические исследования различных типов опухолей с целью обнаружения таких молекул. На сегодняшний день имеются примеры исключительно эффективных таргетных препаратов, таких как трастузумаб для лечения HER2-положительного рака молочной железы, пембролизумаб для лечения ряда злокачественных опухолей, клетки которых несут на себе онкомаркер PD-L1 (рак лёгкого, плоскоклеточный рак головы и шеи, рак желудка). Поскольку данный подход хорошо показал себя в онкологической практике, было бы логично попытаться использовать его и в лечении РС.

Само по себе определение «таргета» («мишени») при рассеянном склерозе является крайне трудновыполнимым шагом, ведь по репертуару экспрессируемых на поверхности клеточной мембраны белков патологические аутоагрессивные лимфоциты практически ничем не отличаются от нормальных клеток иммунной системы. Они несут на себе те же кластеры дифференциации, которые можно обнаружить и на лимфоцитах, не обладающих аутореактивным потенциалом. Поэтому выделение одной или нескольких молекул, которые были бы абсолютно специфичны для миелин-реактивной клетки на сегодняшний день представляется задачей ещё далёкой от практического решения.

Таргетные препараты с молекулярно-биологической точки зрения представляют собой моноклональные антитела (monoclonal antibodies, MAB). При синтезе антител такого типа все они продуцируются клетками одного клона, то есть имеют абсолютно идентичную аминокислотную последовательность, составляющую антигенсвязывающий участок вариабельного фрагмента молекулы иммуноглобулина.

На сегодняшний день в терапии рассеянного склероза уже применяются либо исследуются препараты, относящиеся к классу MAB. Часть из этих препаратов были изначально разработаны именно для лечения РС, такие как натализумаб [4], в то же время, другая группа пришла из других областей медицины, как, например, алемтузумаб, успешно применяющийся в онкогематологии [5].

Развитие направления терапии MAB при РС происходило по принципу постепенного увеличения специфичности их воздействия на клетки иммунной системы, при чём эта тенденция сохраняется до настоящего времени и есть все основания полагать, что этого направления будут придерживаться и в будущем. Так, первое MAB, одобренное для терапии РС – натализумаб является по своей сути абсолютно неселективным и блокирует прохождение абсолютно всех субпопуляций лимфоцитов и других клеток, несущих на себе молекулы альфа-4 интегринов через гематоэнцефалический барьер

[4]. Следующее одобренное МАВ – алемтузумаб уже приобрело более конкретные мишени: Т- и В-клетки (несущие на поверхности кластер CD52) [5]. Тем не менее, такой профиль клеток-мишеней ещё следует считать весьма широким. Дальнейшая «специализация» препаратов МАВ совершила логичную дихотомию на одну ветвь, целью которой являются Т-клетки и вторую с направленностью на В-клетки. К первым следует отнести в первую очередь уже готовый к выходу на рынок даклизумаб (анти-CD25 МАВ) [6]. Для второй группы препаратов первым представителем был ритуксимаб (химерное антитело) на основе которого были разработаны его гуманизированные аналоги: окрелизумаб и офатумумаб. Все они в качестве мишени имеют кластер CD20, специфичную молекулу для всех стадий созревания В-клеток за исключением плазмочитов и В-клеток памяти [7].

В то же время, ни одно из существующих на сегодня в лечении РС МАВ нельзя отнести к группе истинно таргетных. Даже самые селективные, полностью гуманизированные препараты, такие как окрелизумаб и офатумумаб приводят к деплеции всех без исключения субпопуляций В-клеток, а не только миелин-реактивных. Безусловно, В-клетки памяти и плазмочиты поражаются в значительно меньшей степени, поскольку экспрессия кластера CD20 на них выражена меньше, однако в отношении зрелых, готовых к антиген-стимулированной клональной экспансии В-клеток их действие абсолютно идентично. Оба препарата одинаково успешно приводят к деплеции как патологических миелин-реактивных клеток, так всех остальных.

Несомненно, наиболее специфичными маркерами для аутореактивных клонов лимфоцитов является их антигенсвязывающие поверхностные молекулы: Т-клеточные рецепторы для Т-лимфоцитов и поверхностные иммуноглобулины для В-лимфоцитов. С использованием этого понимания был предпринят ряд попыток создания Т-вакцин, основывающихся на распознавании идиотоп-антиидиотоп. Тем не менее, на сегодняшний день нельзя сказать, что разработка Т-вакцин принесла ощутимые результаты. Эффективность этих препаратов по-прежнему остаётся невысокой и в некоторых исследованиях уступает даже препаратам первой линии ПИТРС.

Другим направлением развития терапии МАВ при РС стала так называемая антицитокинотерапия. При этом мишенью препарата становятся не клетки иммунной системы, а медиаторы. Ранее предпринимались попытки исследования препаратов против ИЛ-2 и ФНО-альфа, известные в терапии ревматологических заболеваний, однако они не показали эффективности. Тем не менее, это направление продолжает развиваться и одним из новых исследуемых препаратов является МАВ против интерлейкина-17, который по последним данным играет одну из ключевых ролей в развитии иммунной

атаки на миелин [8]. Большие перспективы предвещают исследования ещё одного нового МАВ – препарата Anti-LINGO, мишенью которого являются медиаторы, потенцирующие и поддерживающие процесс нейродегенерации. Снижение уровня этих медиаторов позволяет эффективно уменьшать потерю аксонов и создаёт условия для ремиелинизации. Тем не менее, говорить о близких успехах в этом направлении терапии РС ещё очень рано. В рамках исследований выяснилось, что при индуцированном «выключении» функции того или иного цитокина его роль может компенсироваться либо другими цитокинами, либо другими клетками. Другими словами, иммунная система так же, как и нервная может довольно успешно находить «обходные пути» в реализации своих эффекторных реакций.

Ещё одной сложностью в разработке таргетных препаратов для лечения РС является очевидная гетерогенность патогенеза заболевания. Помимо значительных различий в развитии патологического процесса при ремиттирующих и прогрессирующих формах РС, определённые отличия наблюдаются и внутри них в зависимости от возрастных, половых, расовых особенностей пациентов. Кроме того, постепенно накапливающиеся данные по анализу биомаркеров при РС показывают, насколько сильно может различаться патогенез заболевания даже у пациентов с очень схожим течением. Неслучайно практически все клинические исследования новых препаратов для лечения РС сопровождаются генетическими подисследованиями, исследованиями биомаркеров.

В то же время, давно известен тот факт, что среди достаточно большого количества пациентов, получающих какие-либо ПИТРС, всегда находится небольшой процент не показывающих даже минимального ответа на терапию. По данным из опубликованных результатов клинических исследований таких, наиболее эффективных на сегодня, препаратов, как окрелизумаб (OPERA-I и OPERA-II) и алемтузумаб (CARE-MS 323 и CARE-MS 324) в группе исследуемой терапии были пациенты, не только не показавшие ответа на терапию, но и сохранявшие на довольно высоком уровне клиническую и/или радиологическую активность РС.

Более того, «таргетный репертуар» даже одного и того же пациента может меняться с течением времени – при переходе заболевания из ремиттирующего во вторично-прогрессирующее течение изменяются патологические процессы, доминирующие в дальнейшем развитии РС [9]. На первый план выходит процесс нейродегенерации, имеющий уже совсем иные механизмы и другие ведущие клетки [10, 11]. Несомненно, этот факт может и обязан приводить к вопросу о возможной смене терапии для этого пациента. Очевидно, что препараты, эффективно влияющие на развитие воспалительного процесса в ЦНС уже не будут также успешно работать и в отношении ней-

родегенеративного. Единственным исключением на сегодня может являться препарат окрелизумаб, показавший свою эффективность как при релапсирующих формах РС (исследования OPERA-I/II), так и при прогрессирующих (исследование ORATORIO).

Полезным при попытке поиска решения этой проблемы может быть продолжающийся мониторинг биомаркеров у пациента. Как правило, изменение в цитокиновом и клеточном репертуаре патологического процесса всегда предшествует клиническим проявлениям смены формы течения РС. Более того, в перспективе именно такой мониторинг должен занять важное положение при решении вопроса о смене препарата терапии, помимо принятых на настоящее время критериев оценки эффективности терапии ПИТРС NEDA-3 или внедряемых обновлённых NEDA-4. Главной задачей такого подхода будет «опережающее» назначение адекватной терапии пациенту – ещё до появления клинических проявлений смены формы течения РС.

Таким образом, мы можем говорить о новом смысле определения «таргетная терапия», где искомой мишенью можно определить не молекулу или клетку, а самого пациента с уникальной комбинацией молекулярно-генетических особенностей клеток его нервной и иммунной систем. Персонализация терапии РС на сегодняшний день представляется наиболее перспективным направлением дальнейшего развития в назначении ПИТРС. Увеличивающееся с каждым годом количество новых, всё более и более селективных препаратов МАВ, а также препаратов других классов требует и большего внимания к обоснованности выбора того или иного ПИТРС для конкретного пациента. С целью получения максимального эффекта от терапии следует значительно изменить подход к её назначению, при этом обязательным этапом в курации пациента с РС должен стать предшествующий назначению любого ПИТРС анализ не только клинического и радиологического течения заболевания, но и исследование всех доступных биомаркеров, могущих указать на преобладание роли тех или иных клеток в развитии и поддержании процессов воспаления и нейродегенерации. После чего, уже на основании полученных данных об особенностях конкретного пациента, должен выбираться такой препарат или их комбинация, для которого предположительная эффективность будет максимальной.

Литература

1. Рассеянный склероз. Под ред. Е.И. Гусева, И.А. Завалишина, А.Н. Бойко. М. «Реал Тайм». – 2011.
2. Каппос Л, Бойко А.Н. Применение таблетированных препаратов для лечения рассеянного склероза: современное состояние проблемы. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – 2. – С. 63-69.

3. Hartung H.P., Gonsette R., Konig N., Kwiecinski H., Guseo A. et al. Mitoxantrone in progressive multiple sclerosis: a placebo-controlled, double-blind, randomized, multicentre trial. // *Lancet*. 2002; Dec 21-28; 360 (9350):– P. 2018-2025.

4. Hutchinson M., Kappos L., Calabresi P.A., Confavreux C., Giovannoni G., Galetta S.L. et al. AFFIRM and STENTINEL Investigators. The efficacy of natalizumab in patients with relapsing multiple sclerosis: subgroup analyses of AFFIRM and STENTINEL. // *J. Neurology*. 2009 Mar; 256 (3): – P. 405-415.

5. Cohen J.A., Coles A.J., Arnold D.L., Confavreux C., http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Fox%20EJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23122652 et al. Alemtuzumab versus interferon beta 1a as first-line treatment for patients with relapsing-remitting multiple sclerosis: a randomised controlled phase 3 trial. // *Lancet*. 2012 Nov 24; 380(9856): – P.1819-1828.

6. Rose J.W., Burns J.B., Bjorklund J., Klein J., Watt H.E., Carlson N.G. et al. Daclizumab phase II trial in relapsing and remitting multiple sclerosis: MRI and clinical results. // *Neurology* 69 (8): – P.785-789.

7. Kappos L., Li D., Calabresi P.A., O'Connor P., Bar-Or A., Barkhof F., Yin M., Leppert D., Glanzman R., Tinbergen J., Hauser S.L. Ocrelizumab in relapsing-remitting multiple sclerosis: a phase 2, randomised, placebo-controlled, multicentre trial. // *Lancet*. 2011 Nov 19; 378 (9805): – P.1779-1787.

8. Durelli L., Conti L., Clerico M., Boseli D., Contessa G., Ripelino P. Et al. T-helper 17 cells expand in multiple sclerosis and are inhibited by interferon-beta. // *Ann Neurol*. 2009; 65: – P. 499-509.

9. Leray E., Yaouanq J., Le Page E., Coustans M., Laplaud D., Oger J., Edan G. Evidence for a two-stage disability progression in multiple sclerosis. // *Brain* 2010; 133: – P.1900-1913.

10. Ellwardt E., Zipp F. Molecular mechanisms linking neuroinflammation and neurodegeneration in multiple sclerosis. // *Lancet Neurol*. 2009; 8 (3): – P. 280-291.

11. Frischer J.M., Bramow S., Dal-Bianco A., Lucchinetti C.F., Rauschka H., Schmidbauer M. Et al. The relation between inflammation and neurodegeneration in multiple sclerosis brains. // *Brain* 2009; 132: – P. 1175-1189.

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ФУНДОПЛИКАЦИЕЙ

***О.В. Стрельченко, О.А. Зарубенков, Ю.В. Балабанова, А.В. Андреев,
Е.П. Розалева, А.С. Пасичник, М.Г. Пищаев***

Аннотация. Описывается применение фотодинамической терапии в сочетании с другими видами лечения для профилактики аденокарциномы пищевода при наличии пищевода Барретта, являющегося предрасполагающим фактором. Получены обнадеживающие результаты.

EXPERIENCE OF COMPLEX TREATMENT OF BARRETT'S ESOPHAGUS USING ENDOSCOPIC PHOTODYNAMIC THERAPY IN COMBINATION WITH LAPAROSCOPIC FUNDOPLICATION

O.V. Strelchenko, O.A. Zarubekov, Y.V. Balabanova, A.V. Andreev, E.P. Rogaleva, A.S. Pasichnyk, M.G. Pishaeв

Abstract. Describes the use of photodynamic therapy in combination with other therapies for the prevention of adenocarcinoma of the esophagus if you have Barrett's esophagus, which is a predisposing factor. Obtained encouraging results.

Аденокарцинома пищевода во многих случаях имеет неблагоприятный прогноз, несмотря на имеющиеся способы лечения, при этом заболеваемость растет. Основным предрасполагающим фактором является пищевод Барретта (ПБ), заключающийся в развитии кишечной метаплазии в дистальном отделе, что увеличивает риск развития рака в 30-125 раз по отношению к риску среди населения в целом. Известно, что основной стимул к развитию кишечной метаплазии - гастроэзофагеальный рефлюкс, однако только его устранение терапевтическими или хирургическими методами влечет обратного развития метаплазии. К современным способам лечения ПБ относится абляция измененной слизистой оболочки, поскольку вновь образующийся эпителий оказывается нормальным. С этой целью используются: эндоскопическая резекция слизистой оболочки, аргон-плазменная коагуляция, лазерное облучение различного типа, в том числе на фоне фотосенсибилизации - фотодинамическая терапия (ФДТ). Это позволяет снизить риск малигнизации, не прибегая к чрезмерно травматичным и высокорискованным оперативным пособиям. По данным литературы, проведен ряд исследований, касающихся сравнительной эффективности каждого из перечисленных методов. Тем не менее, долговечность вновь образованного нормального эпителия нижней трети пищевода, на фоне сохраняющегося рефлюкса либо проводимой терапии, признана сомнительной.

При ПБ в нашем центре используется абляция слизистой оболочки нижней трети пищевода посредством эндоскопической ФДТ. Выбор методики основан на литературных данных сравнительных исследований и субъективных предпочтениях с учетом более бережного и селективного воздействия, при равномерной циркулярной обработке всего сегмента пищевода. С учетом вероятности рецидива ПБ, 3 случая указанного лечения ПБ у пациентов 28-37 лет нами были дополнены лапароскопической антирефлюксной операцией. Во время первой госпитализации после внутривенной сенсибилизации раствором Радахлорина 0,35 % – 20 мл. выполнена ФДТ подведенным через канал эндоскопа кварц-полимерным световодом диаметром

0,6 мм с цилиндрическим диффузором. Осуществлялось бесконтактное воздействие лазерным излучением с длиной волны 662 нм (генератор «Лахта-Милон»), выходной мощностью 1,0 Вт в течение 6,5 мин. Поглощенная доза составила 250 Дж/см². Пациенты выписаны на 2 суток. Спустя 2-3 месяца пациентам в плановом порядке выполнялись лапароскопическая фундопликация по Nissen. Послеоперационный период без особенностей, пребывание в стационаре не превышало 5 суток. Фармакологическая блокада желудочной секреции не осуществлялась, клинических проявлений рефлюкса не отмечалось. Осуществлялось динамическое обследование в объеме фиброгастроскопии в узкоспектральном режиме (МВИ), биопсии, данных за кишечную метаплазию слизистой пищевода обнаружено не было.

Сочетание фотодинамической терапии пищевода с последующей плановой лапароскопической фундопликацией представляется нам достаточно малоинвазивным, но весьма радикальным методом лечения пищевода Барретта, не требующей обязательной пожизненной терапии. Необходимы дальнейшие детальное изучение и сравнительные рандомизированные исследования.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА И СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

О.В. Стрельченко, О.А. Зарубенков, Ю.В. Шоркин, М.В. Серякова

Аннотация. В работе произведен ретроспективный анализ 35 случаев применения сетчатых имплантов при хирургической коррекции стрессового недержания мочи и генитального пролапса. Все пациентки были прооперированы на базе гинекологического отделения ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России по квотам высокотехнологичной медицинской помощи. Осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде зафиксировано не было, что позволяет утверждать о высоком качестве оказания медицинской помощи в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России. Получены убедительные данные о эффективности сетчатых имплантов при хирургической коррекции стрессового недержания мочи и генитального пролапса. Данный факт говорит о правильности выбора показаний к тому или иному импланту со стороны оперирующих врачей.

EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF GENITAL PROLAPSE AND STRESS URINARY INCONTINENCE

O.V. Strelchenko, O.A. Zarubenkov, Y.V. Shorkin, M.V. Seryakova

Abstract. We made a retrospective analysis of 35 cases of the use of mesh implants in surgical correction of stress urinary incontinence and genital prolapse. All patients were

operated on the basis of the gynecological Department FGBOS some the FMBA of Russia on quotas of high-tech medical care. Complications in early and late postoperative period were recorded, which suggests the high quality of medical care in FGBOS some the FMBA of Russia. Received convincing data on the effectiveness of mesh implantov in surgical correction of stress urinary incontinence and genital prolapse. This fact indicates the correctness of the choice of indications to the treatment of an implant by surgeons.

Актуальность. Генитальный пролапс — важная проблема снижения уровня женского здоровья, поскольку пролапс сказывается не только на физической форме, но и на социальной значимости женщины в обществе. Коллегия Минздрава РФ еще в 2003 году констатировала чрезвычайно высокую распространенность заболеваний, связанных с нарушением структуры и функции промежности и тазового дна. Обращаются за помощью к врачу лишь 28 % женщин, имеющих указанные нарушения.

В последнее десятилетие поиск путей решения проблемы хирургического лечения пролапса гениталий не прекращается. Число предложенных методов лечения значительно увеличилось по сравнению с имеющимися в 1960-1990-х годах. [С. YJLiu, 1993, 1997; P.R. Konnickx, 1997]. Несмотря на большое количество и разнообразие методик оперативного лечения, частота рецидивов в настоящее время достигает 58 % [Whiteside J.L., Weber A.M., 2004]. Это побуждает к поиску новых методов хирургического лечения пролапса тазовых органов и использование оптимальных имплантационных материалов. Знания, накопленные за последнее время, показывают, что эффективность хирургического лечения пролапса гениталий с использованием синтетических устройств может достигать 81-100 % [3, 4, 5, 6]. До настоящего времени остается актуальной проблема не только эффективности хирургического лечения генитального пролапса, но и безопасности использования синтетических имплантатов [1, 2, 7]. Среди синтетических имплантов наиболее часто применяются сетчатые протезы, сокращенное название которых принято обозначать как mesh (от английского слова «сеть»). Mesh-хирургия нередко подвергается критике. В качестве одного из основных аргументов противники использования синтетических материалов приводят сведения о большом количестве осложнений по сравнению с реконструктивными операциями с использованием собственных тканей [8, 9].

В России наиболее часто среди стандартных наборов для лечения генитального пролапса с применением синтетических протезов использовался набор Prolift (Jonson & Jonson, USA). Следует отметить, что частота экстраперитонеальной вагинопексии по методу Prolift из года в год росла. Так, с 2005 года фирмой производителем в Москве и Московской Области продано 8500 наборов Prolift в различных модификациях, с ежегодным увеличением темпа роста продаж на 25-30 %. В этой связи представляется актуальным

исследование, посвященное всестороннему изучению и анализу эффективности и безопасности данного метода в оперативной урогинекологии.

Исследование проводилось на базе гинекологического отделения ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ. Проведен ретроспективный анализ историй болезни за 2015 35 пациенток оперированных с применением набора TVT-O и наборов Prolift Total, Posterior, Prosima. Пациенткам проводилось оперативное лечение под спинодуральной анестезией и эндотрахеальным наркозом. В 100 % случае проводилась периоперационная антибиотикопрофилактика внутривенным введением амоксициллина и клавулановой кислоты в дозе 1,2 г.

Все 35 пациенток подверглись установке TVT-O, 7 из них прооперированы с установкой Prolift Anterior, 5 пациенток с Prolift Posterior, 5 пациенток с применением Prolift Total, 5 пациенток прооперированы с использованием импланта Prosima. Все пациентки были оперированы по квоте медицинской помощи в рамках программы Высокотехнологичной Медицинской Помощи за счет средств фонда ОМС(далее ВМП). Показанием к оперативному лечению с применением TVT-O в 35 (100 %) случаях являлось стрессовое недержание мочи средней степени и тяжелой степени тяжести. Показаниями же к установке систем Prolift являлось опущение стенок влагалища с образованием цистоцеле 2,3 и ректоцеле 2,3 степени соответственно.

В данной работе оценивались результаты оперативного лечения при выписке(продолжительность госпитализации составила 9 к/д) из гинекологического отделения ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ и результаты контрольной явки для осмотра оперировавшего врача через 1, 3, 6 месяцев после оперативного лечения.

По результатам проведенного оперативного лечения с установкой TVT-O у 35 (100 %) пациенток было полностью устранено недержание мочи стрессового характера, рецидивов не было выявлено, осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде не выявлено.

При установке систем Prolift Total и Posterior; Prosima не выявлено осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде.

Выявлена значительная коррекция цистоцеле и ректоцеле.

По сравнению с аналогичным периодом 2014 года не было выявлено эрозий стенок влагалища с протрузией сетчатого импланта.

Выводы:

1) Отсутствие эрозий стенок влагалища после установки сеток(по сравнению с аналогичным исследованием от 2014 года) связан с назначением эстрогенов для местного применения на амбулаторный этап после выписки.

2) При правильной предоперационной подготовке и квалификации оперирующего хирурга процент осложнений минимален.

3) Установка сетчатым имплантов позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов.

Литература

1. Краснопольский В.И. Наш опыт хирургического лечения опущения матки и стенок влагалища // Акушерство и гинекология. Москва, 1985. – № 7. – С. 58-60.

2. Краснопольский В.И., Буянова С.Н. Генитальные свищи // Монография. Москва, 2001 – С. 145-149.

3. Iglesia C.B., Sokol A. I., Sokol E.R., Kudish B.I., Gutman R.E., Peterson J. L., Shott S. Vaginal Mesh for Prolapse: A Randomized Controlled Trial // OBStetrics & Gynecology. 2010. – Vol. 116. – №. 2, Part 1. – P. 76-80.

4. Withagen M. I., Milani A. L., Boon J., Vervest H. A., Vierhout M. E. Trocar-Guided Mesh Compared With Conventional Vaginal Repair in Recurrent Prolapse. A Randomized Controlled Trial. 2011. – Vol. 117. – Suppl. 2. – Part 1.

5. Bako A., Dhar R. Review of synthetic mesh-related complications in pelvicfloor reconstructive surgery // Int Urogynecol J. 2009. – Vol.20. – P. 103111.

6. Cobb W.S., Kercher K.W., Heniford B.T. et al. The argument for lightweight polypropylene mesh in hernia repair // Surg Innov. 2005. – Vol.12.– P. 63-69.

7. Cosson M., Querleu D., Dargent D. Vaginal surgery // Taylor & Francis Group, LLC. 2005. – P. 290-294.

8. Blandon R.E., Gebhart J.B., Trabuco E. C., Klingele Ch. J. Complications from vaginally placed mesh in pelvic reconstructive surgery // Int Urogynecol J. 2009. Vol. 20. – P. 523-531.

9. Phillips C., Hacking N., Monga A. Super-selective angiographic embolisation of a branch of the anterior pudendal artery for the treatment of intractable post-operative bleeding // Int Urogynecol J. 2006. – Vol. 17. – P. 299-301.

ДИАГНОСТИКА СПОНДИЛОАРТРИТА У ПАЦИЕНТА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА (случай из практики)

С.А. Чернигина

Аннотация. Описан случай выявления спондилоартрита у пациента терапевтического отделения, который ранее не был обнаружен, несмотря на многочисленные обращения его в медицинские организации города

DIAGNOSIS OF SPONDYLARTHRTIS IN THE PATIENT IN THE THERAPEUTIC DEPARTMENT OF THE HOSPITAL (case study)

S.A. Chernigina

Abstract. Described a case of identifying spondyloarthritis in a patient the therapeutic Department, which has not been previously detected, despite numerous requests for the medical organizations of the city.

Пациент Ж, 57 лет, мужчина, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на выраженную слабость, снижение толерантности к физической нагрузке, боли в коленных и голеностопных суставах при ходьбе, боли, ограничение движений в поясничном отделе позвоночника.

Из анамнеза: с мая 2015 года стал отмечать слабость, боли в пояснице, лечился амбулаторно у терапевта по поводу дорсопатии поясничного отдела позвоночника. При обследовании в анализе крови зарегистрировано снижение гемоглобина до 113 г/л, лейкоцитоз – 11 тыс, СОЭ – 65мм/ч.

Со слов пациента, в феврале 2015 года отмечал алую кровь после акта дефекации (обильную), к врачам не обращался. Ранее снижение гемоглобина не отмечал.

Был направлен в терапевтическое отделение с диагнозом: Анемия неясного генеза для лечения и обследования.

В анамнезе: Гипертоническая болезнь Пстадия. ДОО опорных суставов. Подагра.

Язвенная болезнь 12 пк. с 2013 г.

При осмотре:

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение ограничено из-за слабости. Кожные покровы и слизистые оболочки бледноватые, чистые, обычной влажности. Периферические л/узлы не пальпируются. Щитовидная железа при пальпации мягкая, подвижна при глотании. Питание повышенное, ИМТ 38. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно легочной звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, в нижних отделах ослабленное. ЧДД 22 в мин. Сердце: Перкуторно границы сердца расширены влево. Ритм правильный, тоны приглушены. ЧСС 78 в мин. АД 160/90 мм рт ст. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, увеличен за счет подкожно- жировой клетчатки. При пальпации мягкий, болезненный в области эпигастрия, правого подреберья. Печень выступает из-под реберной дуги на 3-4 см. Селезенка выступает из под реберной дуги на 2-3 см. Стул, мочеиспускание в норме.

Суставной аппарат: умеренная деформация и припухлость мелких суставов кистей, Коленные и голеностопные суставы при пальпации умеренно болезненные и ограничены в движениях. При пальпации паравертебральных точек отмечалась умеренная болезненность.

В лечении назначено: фолиевая кислота, сорбифер-дурулес, лориста, канкор, кеторол в/м, толперизон, омепразол.

Проведено обследование:

Анализ крови: Эритроциты $4,0 \cdot 10^{12}/л$; Гемоглобин 115 г/л; Лейкоциты $10,9 \cdot 10^9/л$; Гематокрит 36 %; Тромбоциты $595 \cdot 10^9/л$; Лимфоциты 25 %; Моноциты (%) 6 %; Эозинофилы (%) 2 %; Базофилы 0 %; Нейтрофилы (%) 67 %; СОЭ 67 мм/ч. Анизозитоз + Гипохромия. Дополнительно абсолютный нейтрофилиз.

Анализ мочи: Цвет соломенно-желтый Относительная плотность 1,015. Прозрачность полная рН среды 5,0. Белок норма г/л. Глюкоза отрицательно ммоль/л. Ацетон отрицательно. Уробилин норма мкмоль/л. Лейкоциты 1-2 штук в п/з. Эритроциты неизменные большое кол-во. Эпителий плоский 0-1. Слизь +.

Реакция кала на скрытую кровь – отрицательная.

Биохимический анализ крови: Общий белок 71 г/л, СРБ 75,9 мг/л, Мочевина 5,6 ммоль/л, Креатинин 103 мкмоль/л, Мочевая кислота 472 мкмоль/л, Билирубин общий 9,1 мкмоль/л, АЛТ 63,3 ед/л, АСТ 86,5 ед/л, Глюкоза 5,1 ммоль/л, Калий 5,1 ммоль/л, Натрий 143 ммоль/л, Железо 5,6 мкмоль/л, ОЖСС 46,8 ммоль/л, % насыщения 11,9 % Ферритин 322,3 мкг/л, Ревматоидный фактор 1,0 МЕ/мл. Маркеры гепатитов – отрицательные.

Учитывая данные жалоб, анамнеза, обследования: анемию, тромбоцитоз, синдром ускоренного СОЭ, суставной синдром, продолжено обследование в рамках онкологического поиска.

В результате обследования выявлено:

Рентген коленных суставов. Rg – признаки деформирующего артроза II ст. голеностопных суставов.

УЗИ ОБП: Эхоскопически: Гепатомегалия. Киста печени. Диффузные изменения печени по типу жирового гепатоза. Диффузные изменения поджелудочной железы. Добавочная доля селезенки.

УЗИ почек Эхоскопически: МКБ. Микролиты обеих почек.

ФЭГДС. Хронический атрофический гастрит. Умеренно выраженная рубцово-язвенная деформация луковицы 12 п.кишки.

ФКС: Полипы толстой кишки? Гипертрофическая складка?

Гистологическое заключение:Тубулярная аденома толстой кишки со слабо выраженной дисплазией эпителия.

Через неделю после поступления появились жалобы на повышение температуры тела до $38,9^{\circ}C$, усиление болей в коленных и голеностопных суставах при ходьбе и движениях. В ан. Крови – возрастание лейкоцитоза до 25,6, сохраняется ускоренное СОЭ – 65мм/ч.

Было принято решение о проведении консилиума с целью определения дальнейшей тактики ведения пациента.

Решение консилиума:

Учитывая появления температуры тела до 38.9 С, данные ОАК: гемоглобин 116 г/л, тромбоцитоз до 594, возрастание лейкоцитов до 25.6, сохраняется повышенное соэ – 65мм/ч, данные пробы по Нечипоренко: лейкоцитов – 7500, эритроцитов 1.575.000, с целью дальнейшего онкологического поиска рекомендовано проведение – МРТ поясничного отдела позвоночника, МСКТ – органов грудной клетки, МСКТ органов грудной полости и забрюшинного пространства с контрастированием, консультация онколога, уролога, гематолога. В терапии назначить: Ципрофлоксацин 500 мг по 1 таб. 2 раза в день.

По результатам обследования выявлено:

КТ-исследование органов грудной клетки:

При МСКТ ОГК очаговые и инфильтративные изменения в легких, дополнительные образования в средостении не выявлены. Участки непротяженного линейного фиброза в С5, С9, С10 справа и в С1-2 слева.

МРТ-исследование головного мозга Исследование артерий мозга МРТ-томографические признаки дисциркуляторной энцефалопатии, кисты левой верхнечелюстной пазухи.

МРТ-исследование поясничного отдела позвоночника Заключение: признаки остеохондроза поясничного отдела позвоночника. Спондилез в позвоночном сегменте L L. Протрузии межпозвонковых дисков LII-LIII ,LIII-LIV, LIV-LV, LV-SI.

Осмотрен онкологом. Диагноз: Тубулярная аденома толстой кишки. Рекомендовано: Плановая полипэктомия эндоскопическая.

Уролог. Диагноз: МКБ. Микролиты обеих почек.

Гематолог.Диагноз: Хроническая анемия сложного генеза лёгкой степени тяжести.

В связи с выявленными изменениями ревматологических проб: СРБ-75,9, фибриноген 8,5, СОЭ – 61 мм/ч, решено провести дообследование: Рентген костей таза.

Рентген костей таза и тазобедренных суставов: Рентгенологически признаки деформирующего артроза II-III степени обоих тазобедренных суставов. Сакроилеит II ст.

Учитывая данные: Р-костей таза, сложилось впечатление о наличии у пациента диагноза: Недифференцированный спондилоартрит II ст. В лечении добавлен ксефокам.

В дальнейшем отмечалась положительная динамика, Т-нормализовалась, уменьшился суставной синдром.

Был выписан с диагнозом: Недифференцированный спондилоартрит, медленно прогрессирующее течение. Сакроилеит R- II ст. Остеоартроз крупных суставов :кокартроз 2-3ст, голеностопных суставов R- 2 ст, гонартроз R- 2ст, Подагрический артрит. На амбулаторный этап лечения, под наблюдение ревматолога.

IV. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА В ОБЛАСТИ СТОМАТОЛОГИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

И.В. Герман, Е.В. Леонтьева

Государственное автономное образовательное учреждение среднего профессионального образования Новосибирской области «Новосибирский медицинский колледж»

Аннотация. В любом направлении медицины, в котором используются высоко-технологичное оборудование, лечебно-диагностическая аппаратура, инновационные методики лечения, медицинская сестра становится непосредственным участником лечебного процесса. В связи с чем, возникла необходимость в подготовке медицинских сестёр – ассистентов стоматолога.

TRAINING MEDICAL MID-LEVEL PROFESSIONALS IN DENTISTRY IN MODERN CONDITIONS

I.V. German, E.V. Leontyeva

Novosibirsk medical College

Abstract. In any field of medicine, which uses high-tech equipment, medical diagnostic equipment, innovative methods of treatment, the nurse becomes a direct participant in the therapeutic process. In this connection, there was a need for training nurses - Dental Assistants

В настоящее время амбулаторная стоматологическая помощь в нашей стране оказывается в государственных и частных медицинских организациях:

- в специализированных стоматологических поликлиниках
- в стоматологических кабинетах
- в стоматологических клиниках

Современная стоматология предусматривает различные виды специализированной помощи – терапевтическую (включает лечение кариеса, эстетическую реставрацию зубов, эндодонтию – лечение корневых каналов, пародонтологию); хирургическую (в том числе имплантологию); ортопеди-

ческую (протезирование зубов и зубных рядов); ортодонтическую (исправление аномалий прикуса и зубных дуг, аномалий положения зубов); детскую стоматологию.

Специфика каждого из этих направлений требует особых знаний и квалификации врачей и специалистов со средним медицинским образованием.

За последнее десятилетие произошло стремительное развитие стоматологии, широко внедрены в практику новые высокотехнологичные методы лечения, в связи с чем произошло значительное расширение функциональных обязанностей среднего медицинского персонала.

В любом направлении медицины, в котором используются высокотехнологичное оборудование, лечебно-диагностическая аппаратура, инновационные методики лечения, медицинская сестра становится непосредственным участником лечебного процесса. Но медсестры с общим медицинским образованием всё меньше отвечают требованиям работодателей медицинских стоматологических организаций.

В условиях стремительно развивающихся технологий и методов лечения возникла потребность в новых подходах к обучению и содержанию образовательных программ для обучения среднего медицинского персонала.

В связи с выше изложенным, возникла необходимость в подготовке медицинских сестёр – ассистентов стоматолога. В нашей образовательной организации была разработана программа подготовки специалистов со средним медицинским образованием с учётом современных требований к квалификации медицинской сестры, осуществляющей свою профессиональную деятельность в оказании стоматологических услуг: «Медицинская сестра – ассистент стоматолога».

Создание инновационной программы обусловлено современными тенденциями развития в современной стоматологии.

Уникальность настоящей программы заключается в её практической ориентированности, изучении современных технологий лечебного процесса и организации стоматологического приёма, прежде всего – это работа «в четыре руки», которая предполагает эффективное взаимодействие с врачом-стоматологом, умение работать в команде.

Данная программа основана на следующих документах:

1. Федеральный Закон № 273-ФЗ «Об образовании в РФ» от 21.12.2012 года.

2. Федеральный Государственный Образовательный Стандарт по специальности 34.02.01 «Сестринское дело» (утверждён Приказом Минобрнауки от 12.05.2014 № 502.).

3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого

квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»

4. Проект Профессионального стандарта по специальности «Медицинская сестра», а также использованы рекомендации и макеты программ дополнительного образования ВУНМЦ.

5. Программа предусматривает подготовку медицинской сестры – ассистента стоматолога в модульно-компетентностном подходе, направленном на формирование трудовых функций и совершенствование общих и профессиональных компетенций. Учебные модули, из которых состоит данная программа, предусматривают обучение, дающее качественное и количественное расширение трудовых функций и компетенций медицинской сестры-ассистента стоматолога.

Каждый модуль программы предполагает совершенствование/получение новых трудовых функций и компетенций, необходимых для выполнения нового вида профессиональной деятельности и повышения уровня квалификации медицинской сестры – ассистента стоматолога.

Каждый модуль программы формирует ту или иную трудовую функцию (несколько трудовых функций) ассистента врача-стоматолога.

Новый подход в подготовке высококвалифицированных и конкурентоспособных медицинских специалистов среднего звена будет способствовать развитию этого перспективного направления в стоматологии.

Литература

1. Бойко В.В. Диада «стоматолог – ассистент»: психология сработанности. – СПб.: Сударыня, 2004.
2. Вагнер В.Д. Должностные инструкции персонала. – М.: Медицинская книга, –2001.
3. Корчагина В.В. Медсестра в стоматологической практике. // Медицинская сестра. – № 5. – 2015. – С. 3-7.
4. Левисон Х. Руководство для среднего медицинского персонала стоматологических клиник. / пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ. – 2009.
5. Садовский В.В. Стоматология «в четыре руки». – М.: ОАО Стоматология. – 1999.
6. Behandlungs – assistenz in der Zahnarztpraxis./ Dr. Jochen Eble, W. Gorzawski-Eckert, H. Hagmeier, Dr. Hannelore Hering, Johanna Kapp, Dr.Dr. Brigitte Nestle-Oechslin. – Berlin: Cornelsen Verlag. – 2012.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ НОВОСИБИРСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА ПО ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ С РАБОТОДАТЕЛЯМИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

С.В. Домахина, М.Е. Бакеренко

Государственное автономное образовательное учреждение среднего профессионального образования Новосибирской области «Новосибирский медицинский колледж»

Аннотация. Одним из эффективных способов формирования рынка труда для практического здравоохранения является совместная деятельность Новосибирского медицинского колледжа (НМК) и медицинских организаций г. Новосибирска и НСО по трудоустройству и «закрепляемости» выпускников на конкретное рабочее место. Уникальность образовательных программ НМК является их максимальная ориентация и обязательное согласование содержания обучения с будущими работодателями. Вклад работодателей в формировании содержания профессиональных образовательных программ важен для мотивации студентов по накоплению «практического опыта» в процессе обучения. С целью определения потребностей и ожиданий заинтересованных сторон в НМК проводятся маркетинговые исследования, которые позволяют мобильно реагировать на динамику изменений рынка труда и образовательных услуг.

PRODUCTIVITY IN NOVOSIBIRSK MEDICAL COLLEGE FOR INTERACTION WITH EMPLOYERS IN TRAINING FOR PRACTICAL HEALTH

S.V. Domahina, M.E. Bakerenko

Novosibirsk Medical College

Abstract. One of the effective ways of formation of the labor market for healthcare practice is a joint activity of NMC and healthcare organizations of Novosibirsk and the NR on employment and «fixability» graduates at the specific workplace. The uniqueness of educational programs, NMS is maximal orientation and binding agreement of the content of the training with future employers. The contribution of employers in shaping the content of vocational education programs is important for motivating students in the accumulation of «practical experience» in the learning process. To determine the needs and expectations of stakeholders in NMC research, which allow to promptly respond to dynamic changes of labor market and educational services.

Для подготовки высокоспециализированного, востребованного выпускника, соответствующего современным запросам отрасли здравоохранения требуется выполнение ряда условий: наличие современной практической

базы, достаточное количество расходных материалов, профессиональное общение с квалифицированными специалистами-практиками; повышение уровня доверия заинтересованных сторон к качеству образовательных услуг, результативность и эффективность образовательной организации по подготовке выпускников. В формировании содержания профессиональных образовательных программ необходимо учитывать модернизационный вектор здравоохранения РФ, потребности рынка труда, накопление «практического опыта» у обучающихся при формировании профессиональных компетенций.

Основными задачами образовательной организации по взаимодействию с работодателями при подготовке специалистов является:

Определение степени актуальности реализуемых профессиональных образовательных программ реальным запросам рынка труда.

Определение соответствия уровня подготовки выпускников (знаний, умений, профессионального опыта) требованиям работодателей.

Получение профессиональной помощи в форме рекомендаций по устранению проблемных зон в реализации профессиональных образовательных программ и внедрение современных образовательных методик и симуляционных технологий в обучении.

Уникальность образовательных программ НМК является их максимальной ориентацией и обязательное согласование содержания обучения с будущими работодателями (медицинскими организациями города и области). В контексте основных направлений модернизации среднего профессионального образования НМК сделал ставку на использование современных подходов к созданию системы управления качеством образования (сертификат соответствия СМК ГОСТ ISO 9001-2011 (ISO 9001:2008) от 17.12.2013, К № 24789 применительно к предоставлению услуг в области среднего профессионального медицинского образования на соответствие требованиям международных стандартов ISO 9001 по всем направлениям подготовки колледжа).

Уровень и динамика показателей, характеризующих производительность труда, определяются мотивацией выпускников на приобретение специальности, трудоустройством и закрепляемостью на рабочем месте. Показатель трудоустройства выпускников НМК, как измеряемый показатель качества подготовки специалистов, составил 92%.

Основными факторами, влияющими на показатели трудоустройства в НМК, являются:

- Соучастие работодателей в образовательном процессе;
- Персонификация подготовки специалистов для МО
- Индивидуализация программ обучения и проведения практики;

- Сетевое взаимодействие при реализации образовательных программ с МО;
- Использование дистанционных образовательных технологий;
- Обучение по интегрированным образовательным программам;
- Применение принципов СМК в организации образовательного процесса.

В целях повышения качества подготовки специалистов среднего звена в НМК функционирует:

1. «Учебный центр профессиональной квалификации в здравоохранении» (приказ Министерства здравоохранения Новосибирской области от 09.08.2013г. №6890-01/24).

2. «Координационный (отраслевой) совет по подготовке специалистов со средним профессиональным медицинским и фармацевтическим образованием в Новосибирской области» (приказ Министерства здравоохранения Новосибирской области от 01.06.2015 г. № 1664);

3. «Областной координационно-методический центр профессионального медицинского и фармацевтического образования Новосибирской области» НМК;

4. «Центр Симуляционного обучения» (основная задача центра - применение обучающих технологий с преемственностью и повторяемостью на всех профессиональных модулях обучения).

Основные принципы деятельности Симуляционного центра:

- формирование и актуализация практических умений обучающихся на додипломном уровне с усилением практической составляющей;
- обучение для повышения профессиональной квалификации без отрыва от производства;
- сокращение времени обучения благодаря использованию симуляционных технологий.

Производительность на всех уровнях деятельности является критически важным фактором для того, чтобы колледж мог добиться успеха в условиях конкуренции. Потенциальный потребитель, у которого есть свобода выбора, предпочтет продукцию более производительной организации просто потому, что она имеет более высокую ценность; в связи с этим, на основании сбора объективной и субъективной информации от потребителей по заявкам работодателей в НМК проводится разработка и внедрение новых дополнительных образовательных инновационных программ по направлениям специализации (более 35), что повышает конкурентоспособность и обеспечивает трудоустройство выпускников.

Результаты экспериментальной и инновационной деятельности внедряются на клинических базах города Новосибирска – это программы специа-

лизации с привлечением сотрудников МО, как соавторов программы, кураторов производственных практик и как преподавателей.

Наряду с традиционными формами и методами обучения студентов используются элементы развивающих проблемно-поисковых технологий – элементы проблемного обучения (учебные исследования), организационно-деятельностные игры («стандартизированный пациент»), закрепление практических навыков на симуляционных тренажерах.

При формировании профессиональных компетенций выпускника широко используются технологии: профессионально ориентированные, саморазвития личности, критического мышления; обеспечивающие профессиональное становление личности современного конкурентоспособного специалиста, готового к полноценной профессиональной деятельности.

Одним из перспективных способов формирования рынка труда является организация работы колледжа по заключению и реализации договоров о социальном партнерстве с Медицинскими организациями. Все виды производственной, квалификационной и преддипломной практики проводятся на 45-и клинических базах г. Новосибирска и Новосибирской области, ведущими многопрофильными клиниками города Новосибирска.

Участие работодателей по подготовке специалистов среднего звена в НМК наиболее эффективно в следующих направлениях деятельности:

1. Привлечение и организация работодателей в формировании профессиональных образовательных программ специальностей НМК:

- разработка и актуализация содержания программ Профессиональных модулей
- разработка программ производственных и преддипломных практик
- организация «мастер-классов» и тренингов
- разработка учебно-методических материалов
- разработка тематики курсовых и выпускных квалификационных работ

2. Стажировка и повышение квалификации преподавателей (вариативные формы):

- Конференции
- Круглые столы
- Семинары
- Клинические обходы
- Профессиональные сообщества

3. Содействие трудоустройству выпускников

- Функционирует Совет содействия трудоустройству выпускников
- Осуществляется сбор информации о прогнозируемой потребности МО (медицинских организаций) в специалистах.

- Проводятся «Ярмарки вакансий» совместно с представителями руководства МО, тех учреждений, которые заявили о потребности в специалистах.
- Налажены тесные контакты с кадровыми службами учреждений здравоохранения.
- Формирование матрицы компетенций студентов – созданы функциональные карты специалистов по специальностям колледжа.

Высокий уровень удовлетворенности работодателей качеством подготовки специалистов для практического здравоохранения г. Новосибирска и НСО подтверждают результаты социологического исследования:

- удовлетворенность качеством подготовки специалистов НМК составила 100 %;
- 100 % работодателей отметили достаточное владение выпускниками профессиональной терминологией;
- 100 % респондентов готовы к совместной образовательной деятельности с НМК по подготовке специалистов среднего звена и могут сформулировать требования к квалификации специалистов среднего звена применительно к МО;
- основной процент опрошенных – 94 % считает, что целесообразно участвовать в подготовки специалистов по программам совместного обучения;
- 61 % опрошенных имеет опыт работы по подготовке специалистов по программам совместного обучения;
- 100 % работодателей отметили заинтересованность в сотрудничестве по дополнительным профессиональным программам;
- 94 % респондентов считают, что за время сотрудничества с НМК они получили ожидаемый результат от совместной деятельности.

Результаты совместной деятельности заинтересованных сторон:

Для выпускника:

- Индивидуализация обучения и практики
- Подготовка на конкретное рабочее место или должность (функцию)
- Сокращение периода адаптации на рабочем месте
- Высокая конкурентоспособность и мобильность на рынке труда
- Формирование адекватных (реальных) социально-экономических и профессиональных ожиданий

Для Медицинских организаций:

- Персонификация подготовки обучающихся на конкретное рабочее место:
- Достижение выпускником на этапе устройства на работу требуемого уровня квалификации (не надо «доучивать»)

- Достижение выпускником требуемых нравственных и профессиональных этических качеств на этапе обучения
- Стабильный кадровый баланс

Для НМК:

- Целенаправленный образовательный процесс, индивидуализация и гибкость профессиональных образовательных программ и учебного графика
- Создание уникальных образовательных программ дополнительной подготовки, ориентированных на приоритеты развития практического здравоохранения
- Оптимизация кадрового ресурса за счет привлечения в образовательный процесс ведущих специалистов практического здравоохранения
- Оптимизация материально-технического ресурса за счет использования в образовательном процессе уникальных технических и технологических ресурсов ЛПУ
- Увеличение показателей трудоустройства и «закрепляемости» выпускников.

Уровень восприятия обществом деятельности колледжа оценивается достижениями преподавателей и студентов в деятельности системы здравоохранения, образования и социального обеспечения:

2015 г. – НМК занял 1 место на региональном уровне в номинации всероссийского конкурса «Российская организация высокой социальной эффективности» 2014 года «За развитие социального партнерства в организациях производственной сферы»;

2014 г. – НМК Лауреат всероссийского конкурса средних профессиональных медицинских и фармацевтических образовательных учреждений Российской Федерации «Лучшее среднее медицинское (фармацевтическое) образовательное учреждение года» – «Колледж доброжелательный к студенту»;

2014 г. НМК присвоен статус Экспериментальная площадка федерального государственного автономного учреждения «Федеральный институт развития образования» по теме «Профессионально-общественная аккредитация профессиональных образовательных программ медицинского профиля»;

2014 г. – НМК Лауреат Межрегионального конкурса «Лучшие колледжи РФ – 2014 г.», включен в официальный реестр лауреатов и получил право использовать «Национальный знак качества».

Литература

1. Стандарты и документы СМК внешнего происхождения в действующей редакции.

2. ГОСТ ISO 9000. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь
3. ГОСТ ISO 9001-2011 (ISO 9001:2008) Системы менеджмента качества. Требования.
4. ГОСТ ISO 9004 Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению.
5. ГОСТ Р 52614.2-2006 Системы менеджмента качества. Руководящие указания по применению ГОСТ Р ИСО 9001-2001 в сфере образования.
6. Стандарты и документы СМК внутреннего происхождения:
7. СМК СМК НМК 8.2.3. Методика оценки результативности процессов СМК.
8. СМК СМК НМК 7.2.3., 8.2.1. Порядок исследования требований и удовлетворенности потребителей.

**КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ
ДОДИПЛОМНОЙ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО» В ФОРМАТЕ СОЦИАЛЬНОГО ПАРТНЕРСТВА
КАК ОДНО ИЗ ОСНОВНЫХ УСЛОВИЙ ЭФФЕКТИВНОЙ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ**

В.А. Залесова

Государственное автономное образовательное учреждение
среднего профессионального образования Новосибирской области
«Новосибирский медицинский колледж», Россия

Аннотация. На современном этапе развития здравоохранения проблема кадрового обеспечения медицинских организаций остается достаточно актуальной. Анализ развития мониторинга трудоустройства выпускников специальности «Сестринское дело» свидетельствует о том, что организация додипломной специализации на базе медицинских организаций в формате социального партнерства способствует росту числа трудоустроенных выпускников в учреждения здравоохранения Новосибирской области.

**AN INTEGRATED APPROACH TO THE ORGANIZATION
OF UNDERGRADUATE SPECIALIZATIONS STUDENTS MAJORING
IN «NURSING» IN THE FORMAT OF SOCIAL PARTNERSHIP AS ONE
OF THE BASIC CONDITIONS FOR EFFECTIVE PROFESSIONS
OF ADAPTATION OF GRADUATES**

V. A. Zalesova

Novosibirsk Medical College

Abstract. At the present stage of development of health care the problem of staffing of medical organizations remains quite relevant. The analysis of the development of monitoring of employment of graduates of the specialty "Nursing" suggests that the organization of undergraduate specialization at the medical organizations in the format of social partnership contributes to the growth in the number of employed graduates in the institution of health of Novosibirsk region.

Развитие системы здравоохранения на современном этапе предполагает решение проблемы кадрового обеспечения специалистами со средним медицинским образованием по специальности «Сестринское дело» в соответствии с вызовами времени: внедрение новых технологий с дифференцированным расширением функций медицинской сестры на разных уровнях оказания медицинской помощи. Определяются конкретные перспективы расширения полномочий и возникновения новых ролей медицинской сестры в процессе осуществления профессиональной деятельности медицинских организациях.

С целью решения проблемы закрепления выпускников в медицинских организациях в настоящее время в колледже реализуется комплексный подход к проведению додипломной специализации выпускников специальности «Сестринское дело» в формате социального партнерства.

Программа проведения додипломной специализации осуществляется совместно с работодателями на основе запроса руководства медицинской организации.

В 2014-15 учебном году проводилась специализация по нескольким направлениям, в том числе медицинская сестра полипрофильного стационара, операционная медицинская сестра, медицинская сестра отделения пересадки костного мозга, медицинская сестра гинекологического отделения, медицинская сестра поликлиники.

Выпускники после завершения цикла специализации продолжают обучение и закрепление опыта работы в профильных отделениях в период преддипломной практики с последующим трудоустройством.

Анализ результатов мониторинга трудоустройства свидетельствует о том, что профильная додипломная специализация обеспечивает должный уровень закрепления выпускников по специальности «Сестринское дело» в тех отделениях медицинских организаций, в которых они работали в период додипломной специализации и преддипломной практики.

Подготовка программ профильной специализации и преддипломной практики осуществляется совместно с представителями медицинских организаций – баз практического обучения в рамках социального партнерства.

Социальное партнерство в сфере профессионального образования – это система взаимодействия учебных заведений профессионального образо-

вания с работодателями. К основным направлениям социального партнерства относятся: мониторинг потребностей МО в выпускниках колледжа по специальности «Сестринское дело»; анализ рынка труда; анализ кратко-, средне-, долгосрочных прогнозов потребности медицинских организаций в выпускниках по специальности «Сестринское дело»; организация додипломной специализации с последующим трудоустройством.

Цели профессиональной адаптации выпускников колледжа по специальности «Сестринское дело» предполагают создание условий для квази-профессиональной деятельности выпускников в процессе додипломной специализации; формирование мотивации к работе в учреждениях здравоохранения.

Профессиональная адаптация выпускников по специальности «Сестринское дело» в медицинских организациях входе додипломной специализации осуществляется в несколько стадий.

Первая стадия – ознакомления, вторая – приспособления, третья – ассимиляции, и последняя идентификации.

Необходимые требования успешной адаптации выпускников к работе в медицинских организациях обеспечиваются личностными качествами и профессиональной подготовкой выпускника, адекватным уровнем его социальной ответственности, и желанием трудиться в коллективе в соответствии с принятыми нормами и правилами.

Закрепление выпускников на рабочем месте в медицинских организациях осуществляется созданием позитивного образа медицинских организаций; быстрого установления благоприятного отношения к нему в сознании выпускников; освоение выпускниками базовых ценностей, основных норм корпоративной культуры.

Условия необходимые для организации процесса додипломной специализации предполагают интенсификацию диалога с учреждениями здравоохранения; обеспечение гибкости и эффективности программ специализации; совершенствование образовательной среды в рамках квазипрофессиональной деятельности и оценки степени сформированности профессиональных компетенций выпускников.

Осуществление комплексного подхода к организации профильной додипломной специализации по запросам работодателей обеспечивает создание условий для максимального трудоустройства выпускников, способствует формированию стойкой тенденции к повышению процента трудоустройства выпускников и их закреплению на рабочих местах в медицинских организациях города и области.

В 2010 году трудоустройство составило 87 %, в 2013 году – 93 %, в 2015 году – 97,2 %.

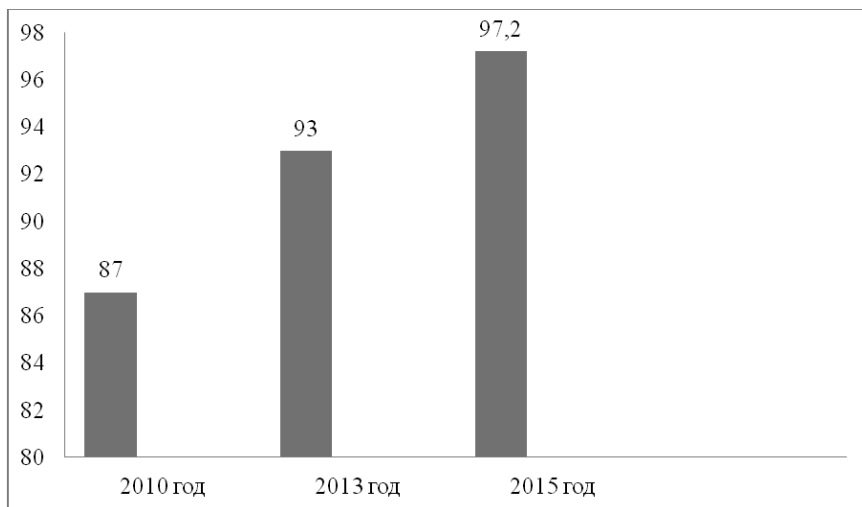


Рис. 1. Данные о динамике процесса трудоустройства в медицинские организации г. Новосибирска и НСО выпускников по специальности «Сестринское дело» в 2010, 2013 и 2015 гг.

Комплексный подход к организации специализации в формате социального партнерства

- позволяет обеспечить реализацию индивидуальной образовательной траектории выпускников;
- готовит выпускников к трудовой деятельности в условиях конкуренции;
- создает базис для карьерного роста в профессиональной деятельности;
- обеспечивает формирование мотивации выпускников профессиональной деятельности в системе здравоохранения.

В настоящее время Новосибирский Медицинский колледж играет ведущую роль в подготовке квалифицированных специалистов сестринского дела для рынка труда в сфере системы здравоохранения г. Новосибирска и НСО.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ ВОЗДУХА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИМПУЛЬСНОЙ УСТАНОВКИ «АЛЬФА-01»

Г.П. Кашуба, О.Б. Плуталова, Е.Ю. Орлова

Аннотация. Актуальность инфекционной безопасности в медицинских организациях растет из года в год, что обусловлено развивающейся устойчивостью микроорганизмов к используемым дезинфекционным средствам и другим способам. Все это вынуждает постоянно искать новые эффективные методы обеззараживания воздуха, оборудования, мебели и т.д. В связи с этим в Сибирском окружном медицинском центре эта работа ведется постоянно, несмотря на сохраняющееся эпидблагополучие как в стационаре, так и в структурных подразделениях поликлиники. В статье приводятся результаты использования в хирургическом отделении для обеззараживания воздуха установки импульсной ксеноновой «Альфа-01», действие которой гораздо эффективней ранее используемых аппаратов.

MODERN METHODS OF AIR DISINFECTION USING AN IMPULSE OF THE «ALPHA-01»

G.P. Kashuba, O.B. Plutalova, E. Orlova

Abstract. The relevance of infection safety in health care organizations is growing from year to year, due to emerging resistance of microorganisms to disinfectants and other methods. All this forces to constantly search for new effective methods of air disinfection, equipment, furniture, etc. in this regard, In the Siberian district medical center this work is ongoing, despite the continuing apelarce both in hospital and in the structural units of the clinic. The article presents the results of the use in the surgical ward for disinfection of the air pulse xenon alpha 01, which is much more effective than previously used devices.

На сегодняшний день в структурных подразделениях хирургического профиля, несмотря на применяемые современные дезсредства, систематическое использование ультрафиолетовых рециркуляторов, применение антибиотиков остается актуальной действенное экстренное обеззараживания воздуха и поверхностей в операционных и реанимационных отделениях. Именно эти подразделения активно оснащены современным операционным и реанимационным оборудованием (анестезиологические стойки, эндоскопические стойки и др.), поверхности которого не подлежат общепринятым методам обработки. Ручным способом (протираание салфетками, пропитанными дезсредствами) качественно обработать поверхности – электрокабеля, электроразъемов, электроконтактов практически невозможно продезинфицировать. Контакт с химическими средствами (дезсредствами) приводит к разрушению, как покрытий, так и функциональных элементов. Экстренной дезинфекции (между операциями, перевязками) подвергаются только

доступные поверхности (стола, кушетки), в то время, как на значительной части операционного оборудования «накапливаются» микробы в т.ч. «неубиваемые» – дезинфектантоустойчивые и антибиотикоустойчивые: MRSA, VRE, синегнойная палочка, палочка Коха, плесневые грибы.

В России с 2000 г. внедрено в практику использование медицинскими организациями отечественной установки по обеззараживанию воздуха и открытых поверхностей – Импульсная ксеноновая лампа – Альфа. Импульсные установки «Альфа-01» предназначены для экстренной подготовки асептических помещений (стерильных зон, операционных, перевязочных, ЦСО и пр.). Работа этих установок заключается в излучении мощного импульсного бактерицидного потока от ксеноновых ламп. За 8 мин можно полностью подготовить помещение операционной к работе (при традиционных методах – с помощью бактерицидных ламп – на это требовалось до 2 ч). Помимо этого у ультрафиолетовых ламп гораздо уже антимикробный спектр (ряд патогенной микрофлоры выработал устойчивость к ультрафиолету). Как показало исследование, с помощью «Альфы» удалось подавить споры грибов, при том, что использование 6 % перекиси водорода не решило проблему.

Импульсная ксеноновая лампа расположена внутри корпуса установки, что предохраняет ее от запыления и повреждения. Перед началом сеанса обеззараживания лампа выдвигается в рабочее положение из корпуса с помощью электроподъемника. Обеззараживание помещения производится в результате его облучения яркими световыми импульсами, содержащими ультрафиолетовое излучение сплошного спектра, которое и оказывает мощнейшее биоцидное действие на микроорганизмы, содержащиеся в воздухе и на открытых поверхностях обрабатываемого помещения. Включение и выключение установки производится автоматически в соответствии с заданной медсестрой режимом работы. На пульте управления установкой медсестра указывает объем помещения и эффективность обеззараживания или специальный режим. Затем с помощью встроенного микропроцессора установка определяет временной режим, который обеспечивает требуемую эффективность обеззараживания. С помощью встроенных датчиков, работающих в режиме реального времени контролируется работа установки.

Использование данной технологии особенно актуально для хирургических клиник. Небольшие сроки, необходимые для обеззараживания воздуха, мобильность установки «Альфа-01», позволяют использовать её в **ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ**, как с целью быстрой подготовки операционных, перевязочных, манипуляционных в условиях необходимости работы с большим количеством пациентов, так и при проведении заключительной дезинфекции после выявления и перевода больных с различными инфекционными заболеваниями.

Таблица 1

**Мониторинг показателей воздуха во время операций при обработке
« Дезарами»**

Дата исследования	ОМЧ * Допустимые показатели во время работы (СП 2.1.3.2630)	ОМЧ* показатели во время работы в операционной
24.06.2014	Не более 500 кое/м ³ *	260 кое/м ³ *
08.07.2014	Не более 500 кое/м ³ *	220 кое/м ³ *

*ОМЧ – общее микробное число

*КОЕ – колониеобразующая единица

Таблица 2

**Мониторинг показателей воздуха во время операций
при обработке помещений автономными обеззараживателями-очистителями
воздуха «Тионами А»**

Дата исследо- вания	ОМЧ * Допустимые показатели во время работы (СП 2.1.3.2630)	ОМЧ* До начала работы	ОМЧ * Допустимые показатели во время работы (СП 2.1.3.2630)	ОМЧ* Во время работы
04.08.2014	Не более 200 кое/м ³ *	20 кое/м ³ *	Не более 500 кое/м ³ *	100 кое/м ³ *
05.08.2014	Не более 200 кое/м ³ *	60 кое/м ³ *	Не более 500 кое/м ³ *	90 кое/м ³ *

Таблица 3

**Мониторинг показателей воздуха между операциями при обработке
установкой импульсной ксеноновой «Альфа-01»**

Дата исследования	До обработки ОМЧ*	После обработки ОМЧ*
26.01.2015	60 кое/м ³ *	10 кое/м ³ *
27.01.2015	10 кое/м ³ *	0 кое/м ³ *
27.01.2015	50 кое/м ³ *	10 кое/м ³ *
09.02.2015	50 кое/м ³ *	10 кое/м ³ *
10.02.2015	30 кое/м ³ *	10 кое/м ³ *
11.02.2015	40 кое/м ³ *	20 кое/м ³ *

Эффективность данного метода подтверждена испытательными аккредитованными лабораторными центрами: Московский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского, Институт медико-биологических проблем РАН, НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина, НИИ дезинфектологии Роспотребнадзора, НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского.

Достоинства установки «Альфа-01»:

- возможность обработки поверхностей, ранее вообще не обрабатываемых, но относящихся к поверхностям класса А (особенно – оборудование операционных залов);
- возможность обеззараживания воздуха и поверхностей от особоустойчивых возбудителей, с минимизацией использования химических дезинфектантов, без разрушения поверхностей современных элементов операционного оборудования дезсредствами.
- возможность экстренного обеззараживания любых помещений за несколько минут между операциями и в течение всего рабочего дня.

В.Г. Акимкина в своем докладе на Российском съезде эпидемиологов (ноябрь, 2013 г.) отметил, что импульсные ультрафиолетовые установки серии «Альфа» являются высокоэффективным оборудованием для одномоментного обеззараживания воздуха и открытых поверхностей от различных видов микрофлоры, включая полирезистентные госпитальные штаммы (MRSA, VRE, M. tuberculosis, P.aeruginosa). Использование импульсных ультрафиолетовых установок за счет сокращения времени и трудоемкости значительно повышает эффективность дезинфекционных мероприятий. Опыт эксплуатации более 1300 установок в России и за рубежом показал устойчивую динамику снижения заболеваемости инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи.

В ФМБА СОМЦ России установка «Альфа-01» используется с января 2015 года. Полученные нами результаты свидетельствуют о высокой эффективности обработки воздуха установкой импульсной ксеноновой «Альфа-01» (табл. 3), заметно превышающую обработку «Дезарами» (табл. 1) и автономными обеззараживателями-очистителями воздуха «Тионами А» (табл. 2).

Заключение. Установка «Альфа 01», позволяет сократить время обеззараживания до нескольких минут. При этом происходит обработка не только воздуха, но и мебели, всех находящихся в помещениях предметов. Качество дезинфекции повысилось, о чем свидетельствует снижение количества положительных бактериологических проб.

ИЗ ОПЫТА ПРОФОРИЕНТАЦИОННОЙ РАБОТЫ НОВОСИБИРСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Е.П. Колдобанова, Н.М. Исакова

Государственное автономное образовательное учреждение
среднего профессионального образования Новосибирской области
«Новосибирский медицинский колледж»

Аннотация. Коллектив Новосибирского медицинского колледжа использует волонтерские проекты с целью ранней профессиональной ориентации школьников. Студенты-волонтеры не только реализуют добровольческие проекты в среде школьников, они привлекают учеников средних школ к совместной работе в проектах в качестве волонтеров. Такая работа возможна даже в младших классах. Раннее погружение в профессию дает возможность сформировать устойчивый интерес к профессии медицинского работника. в статье представлены формы и методы привлечения школьников в медицинскую профессию, обобщен опыт 15 летней работы волонтерского движения.

FROM EXPERIENCE CAREER GUIDANCE NOVOSIBIRSK MEDICAL COLLEGE

E.P. Koldobanova, N.M. Isakova

Novosibirsk medical College

Abstract. The team of the Novosibirsk Medical College uses volunteer projects with the purpose of early professional orientation of students. Students-volunteers not only implement volunteer projects in the school environment, they attract high school students to work together in projects as volunteers. Such an operation is possible even in the younger grades. Early immersion in the profession makes it possible to generate sustained interest to the profession of medical worker. The article presents the forms and methods of attracting students to the medical profession, summarizes the experience of 15 years of work the volunteer movement.

Медицина не терпит случайных людей, поэтому подготовка к поступлению в медицинский колледж начинается с детства. Школьник должен быть психологически готов к профессии медицинского работника не мыслить себя вне ее. Работа по привлечению абитуриентов в НМК начинается именно в школе.

Одной из форм профориентационной работы является волонтерское движение. Волонтерский проект «Здоровье – здоровый образ жизни» направили на пропаганду здорового образа жизни в среде школьников. Волонтеры под руководством преподавателей-врачей организуют лекции, дискуссии, тренинги для школьников разного возраста. Таким образом, даже

ребята из младших классов знакомятся не только с основами здорового образа жизни но и с профессией медицинского работника.

Тренинги «Путешествие с доктором Айболитом», и «Зубное королевство просит помощи», разработанные для 1-4 классов школ позволяет ребятишкам в одной команде со студентами медицинского колледжа справиться со сложным заданием и получить позитивные эмоции.

Лекции - «Будь здорова девочка», «Окружающая среда и здоровье», «Здоровые зубки», «Коррекция зрения», «Профилактика нарушения осанки» и другие с интересом воспринимаются школьниками, вызывают много вопросов нередко переходят в обсуждение.

Тренинг «Информационная палатка» позволяет школьникам не только выслушать информацию о здоровом образе жизни. Но и вступить в диалог со студентами волонтерами, поближе познакомиться. Интерактивные формы профориентации дают хороший результат, лучше запоминаются, заставляют думать. Студенты-волонтеры в процессе подготовке к лекциям, тренингам углубляют свои знания по здоровому образу жизни, совершенствуют коммуникативные качества, испытывают ответственность перед аудиторией – они лицо колледжа. Ежегодно волонтеры посещают 40-60 школ с различными волонтерскими мероприятиями.

Проект «Спасая жизни» направленный на пропаганду донорского движения. Позволяет не только подготовить в лице школьников потенциальных доноров, но и еще раз заявить о том, что Новосибирский медицинский колледж готовит профессионально и психологически готовые к милосердным поступкам кадры – 60 % студентов НМК – доноры. Именно они выходят к школьникам и рассказывают о том, как необходима донорская кровь, какое удовлетворение получает донор зная, что он спас чью-то жизнь. Новосибирский медицинский колледж является одним из инициаторов акции «Помоги делом», которая проходит на центральной площади города – площади им. Ленина – во время акции мобильный пункт забора крови принимает всех желающих стать донорами. Акции проходят с 2011 года восемь раз в год в течение летнего периода. В 2012 году в день защиты детей мы забрали кровь у 462 доноров – это самая крупная донорская акция в России – занесена в книгу рекордов России.

Волонтеры не только сдают кровь, они работают на заборе крови в качестве младших медсестер и медбратьев. Такие акции всегда привлекают внимание средств массовой информации. Волонтеры медицинского колледжа часто появляются на экране телевизора с интервью о донорских акциях и других волонтерских проектах.

Освящение жизни Новосибирского медицинского колледжа в средствах массовой информации еще одна из очень эффективных форм профориенти-

онной работы. Мы используем любую возможность заявить о себе – это и большой информационный фильм о колледже, который транслируется несколько раз в год на канале ГТРК и краткие интервью об отдельных мероприятиях на местных каналах. Широко используются возможности радиотрансляции – ежемесячно на канале «Радио Россия» идет информация о медицинских специальностях и условиях поступления в НМК. Регулярно выходят статьи в печатных изданиях «Медицинская газета», «Советская Сибирь» и т.д.

Но мало заронить в душу школьника желание надеть белый халат. Будущий медицинский работник должен понимать уровень ответственности, знать функциональные обязанности медицинского работника. Для более глубокого знакомства с профессией Новосибирский медицинский колледж проводит «Дни открытых дверей», как в стенах нашего колледжа так и выездные. «День открытых дверей» - это праздник где каждая специальность готовит свою презентацию, старается показать себя наиболее ярко, выигрышно. На «Дне открытых дверей» обязательно присутствуют руководители специальностей они придают очень большое значение этим мероприятиям для формирования будущего контингента обучающихся. Выездные «Дни открытых дверей» проводятся в районах НСО где особая нехватка средних медицинских работников – Болотнинский, Татарский, Усть-Тарский, Маслянинский.

Еще одной формой углубленного знакомства с профессией – сестринские чтения. Профессия медицинской сестры самая востребованная на рынке труда медицинских работников. Постоянно растет государственное задание по набору на эту специальность. В 2014 году контрольные цифры набора возросли с 200 до 350 человек. Медицинских сестер не хватает в каждой больнице Новосибирской области.

«Сестринские чтения»- это сочетание учебно-практической конференции и праздника, на который приглашаются школьники. Студенты делают доклады, которые позволяют увидеть, что медицинская сестра не просто манипулятор – это разносторонний думающий специалист. Антуражная группа в костюмах сестры милосердия XIX века настраивает на торжественный лад, а слова песни «Медицинская сестра», традиционно звучащей на чтениях, заставляет чаще биться сердца школьников.

Одна из перспективных форм профориентационной работы – специализированные классы.

Специализированные медицинские классы и специализированные медицинские группы – это важнейшее звено доколледжной подготовки, где формируется окончательный выбор профессии обучающихся.

Апробированное многолетним опытом, хорошо продуманное гибкое сочетание компонентов основного и дополнительного образования дает возможность не только получать качественное профильное обучение, но и развить личные способности обучающихся позволяя ему выбрать более узкую специализацию среднего профессионального образования

В Новосибирском медицинском колледже существует структурное подразделение «Ресурсный центр», которое объединяет специализированные медицинские классы общеобразовательных школ города, Новосибирский колледж легкой промышленности и сервиса, Новосибирский колледж почтовой связи и сервиса (профессиональный лицей 51) и другие учебные заведения, работающие с ГАОУ СПО НСО НМК на основании заключенных договоров по интегрированным учебным планам по направлениям начальной медицинской подготовки.

В рамках модели сетевой организации, представленной путем кооперации «Центр – профессиональные образовательные учреждения – школа» в 2013-2014 годах заключены тройственные договора между ЦДТ «Содружество», НМК и МБОУ СОШ № 158, МБОУ СОШ 143 и МБОУ СОШ 151.

Обучение учащихся в 2014-1015 учебном году проводилось по следующим программам:

Курсы «Основы медицинских знаний» – школы Советского района, МБОУ лицей 22 «Надежда Сибири» (8 классов рамках проекта «Психолого-педагогическое сопровождение профессионального становления личности школьника» Цель проекта – реализация профессионально-психологического потенциала личности и формирование готовности школьников к выбору профессии).

Цикл «Младшая медицинская сестра по уходу за больными» (288 часов):

- Члены Сестричества милосердия во имя княгини Елизаветы
- МБОУ лицей № 58
- МБОУ СОШ № 158
- МБОУ СОШ №128
- МБОУ СОШ №74
- МБОУ лицей 22 «Надежда Сибири»

Цикл Специальность 060501 Сестринское дело, квалификация «Младшая медицинская сестра по уходу за больными» (1945 часов):

- МБОУ СОШ № 3
- Факультатив «Основы лабораторной диагностики»
- МБОУ СОШ №151
- МБОУ СОШ №143

В специализированных медицинских классах и медицинских группах организована работа преподавателей и студентов колледжа по проведению профориентационной работы:

- организованы в колледже постоянно действующие консультационные пункты, для абитуриентов и информированию по специальностям;
- организованы и проведены экскурсии для школьников в ЛПУ города, Ленинскую подстанцию скорой помощи и учебные корпуса колледжа;
- учащиеся специализированных медицинских классов и колледжа легкой промышленности и сервиса приняли участие во всех мероприятиях колледжа – волонтерских проектах, сестринских чтениях.

В среднем 60 % учащихся специализированных классов поступают в медицинский колледж с целью заканчивать медицинское образование. Эти кадры особенно ценны – их выбор осознан, погружение в профессию глубоко.

Большую помощь в проведении профориентационных мероприятий оказывают современные информационные технологии – компьютерные презентации, полиграфическая продукция – буклеты, флаеры, блокноты и ручки с символикой НМК. Наиболее активные студенты получают в подарок от колледжа футболки с символикой НМК и адресом сайта. Которые они с удовольствием носят дома и на улице, являясь живой рекламой и их милые умные лица заставляют задуматься прохожих о профессии медицинского работника и посетить сайт НМК. Студенты создали в социальной сети «Контакт» группы «Донор НМК» и «Волонтер НМК» – такая форма общения интересна молодежи и позволяет рассказать о преимуществах медицинских специальностей в форме диалога с демонстрацией фотографий, видеороликов.

Кроме запланированных и тщательно подготовленных форм профориентации существуют и стихийные. Где бы не появлялся наш студент он рассказывает о своей alma mater, потому, что есть что рассказать, потому что гордится, потому что умеет грамотно и интересно изложить мысль, потому что интеллектуален.

Работа проводится большая, но любая работа оценивается по результату. А результатом профориентационной работы является количество абитуриентов пришедших в приемную комиссию колледжа. В течение многих лет Новосибирский медицинский колледж выполняет контрольные цифры набора и имеет конкурс среди абитуриентов. В 2015 году конкурс заявлений составил – 5,1 человека на место, конкурс при зачислении – 3,6 человека на место, проходной балл составил – 7,9 из 10 возможных. По нашему мнению именно сложившаяся за много лет система профориентации позволяет готовить качественные медицинские кадры для новосибирской области.

Литература

1. Борисова Е.М., Логинова Г.П. Индивидуальность и профессия. Москва: Знание, – 2001. – 80 с.
2. Гаврилов В.Е. Использование модульного подхода для психологической классификации профессий в целях профориентации // Вопросы психологии, 2007. – №1. – С. 111-117.
3. Головаха Е.И. Жизненная перспектива и профессиональное самоопределение молодежи. Киев: Наукова думка. – 1988. – 144 с.
4. Зеер Э.Ф. Психология профессий. Екатеринбург: УГППУ. – 1997. – 244 с.
5. Иванова Е.М. Основы психологического изучения профессиональной деятельности. М.: МГУ. – 2007. – 208 с.
6. Иванова Е.М. Психотехнология изучения человека в трудовой деятельности. Учебно-методическое пособие для студентов факультетов психологии государственных ун-тов. М.: МГУ. – 2002. – 94 с.
7. Климов Е.А. Введение в психологию труда. М.: Изд-во МГУ. – 2008. – 199 с.
8. Климов Е.А. Как выбирать профессию. М.: Просвещение. – 2000. – 159 с.
9. Климов Е.А. Психология профессионала. М.: Изд-во «Институт практической психологии»; Воронеж: НПО «МОДЭК». – 1996. – 400 с.
10. Климов Е.А. Психология профессионального самоопределения. Ростов н/Д: Феникс. – 2006. – 512 с.
11. Пращников Н.С. Психологический смысл труда. М.: Изд-во «Институт практической психологии»; Воронеж: НПО «МОДЭК». – 2007. – 352 с.
12. Управление персоналом: Учебник для вузов / Под ред. Т.Ю. Базарова, Б.Л. Еремина. М.: Банки и биржи, ЮНИТИ. – 2008. – 423 с.
13. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, – 1990. – 368 с.

СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В.А. Малиновская

Государственное автономное образовательное учреждение
среднего профессионального образования Новосибирской области
«Новосибирский медицинский колледж»

Аннотация. Одной из главных задач развития отечественного образования должно обеспечивать современными профессиональными медицинскими кадрами потребности лечебно-профилактических учреждений.

Эту задачу с успехом решают ДПО и симуляционное обучение, что обеспечивает результативность процесса обучения, подготовку высококвалифицированных кадров. Качество подготовки повышается за счет неоднократно повторенных профессиональных действий и выработки уверенности выполнения сестринских манипуляций. Ценность обозначенных программ усиливает собирательный термин «Психология обще-

ния», входящий в программный модуль, решающий вопросы: предпочтения пациента, уважение к надеждам пациента, создание условий для общения, обсуждения и бесед с пациентами формирование положительной мотивации для улучшения качества оказываемой помощи.

SIMULATION TRAINING AS A FUNDAMENTAL FACTOR OF DEVELOPMENT A MODERN MEDICAL EDUCATION

V.A. Malinovskaya

Novosibirsk Medical College

Abstract. One of the main tasks of the national education should be the concept and the main challenge - to provide personnel needs of medical institutions.

This problem was successfully solved DPO and simulation training, which ensures the effectiveness of the learning process, training of qualified personnel. The quality of training is enhanced by repeatedly repeated professional activities and build self-perform nursing procedures. The value of the designated program enhances the collective term "Psychology of communication", included in the software module crucial issues: patient preferences, respect for the patient hopes to create conditions for dialogue, discussion and interviews with patients formation of positive motivation to improve the quality of care.

«Иновационный процесс всегда должен быть непрерывным, а отсутствие долгосрочных целей лишает шанса на воодушевление участников этой деятельности»

Стив Джобс

В настоящее время все больше внимания уделяется совершенствованию системы образования в целом и медицине в частности. Современные мировые тенденции определяют перспективы стандартизации обучающего процесса в медицине.

Медицинское образование претерпевает реформы. Основные ее признаки – ориентация на последние достижения науки и доказательную медицину, пересмотр стандартов обучения.

Одним из главных путей развития отечественного здравоохранения является сохранение его научного потенциала, а также развитие на основе качественного образования, ориентация на доказательную медицину.

В современных условиях все более актуальной становится проблема модернизации образовательного процесса путем внедрения инновационных образовательных технологий.

Усиление конкуренции на рынке труда в сфере здравоохранения, совершенствование производственных технологий, применяемых работодателем, стремительно растущий темп жизни, требует от медицинского работника умения быстро адаптироваться к меняющимся условиям, планировать совершенствование своих профессиональных компетенций, развивать социально-личностные качества, при этом особое место и большое значение приобретают обучающие техники, применяемые в медицинском образовании, такие как:

1. Электронно-образовательные;
2. Симуляционные;
3. Дистанционные.

Именно эти технологии, которые помогают медицинское образование сделать важнейшим инструментом, позволяющим повышать возможности профессиональной деятельности специалиста и решать кадровый вопрос.

В нашей стране подготовка специалиста среднего медицинского звена проводится в соответствии с Федеральной целевой программой развития образования на 2011-2015 годы, утвержденной Постановлением Правительства РФ № 61, а также в соответствии с ФЗ № 237 от XII 2012 г. «Об образовании в РФ», Государственной программой РФ «Развитие здравоохранения», утвержденной распоряжением Правительства РФ от декабря 2012 г. целями которых является обеспечение высокого качества Российского образования.

Образование должно иметь концепцию и решать главную задачу – обеспечение потребностей региональных рынков труда медицинскими кадрами с современным уровнем профессиональных знаний.

Известно, что успех инновационной деятельности в значительной степени зависит, от традиций, сложившихся в конкретном образовательном учреждении и степени понимания необходимости осуществляемого преобразования с творческим созидательным участием коллектива в данном процессе.

Симуляционное обучение – дело новое. С одной стороны – открывающее большие перспективы в образовании. С другой – требующее серьезной работы и решения сложных профессиональных задач, административных, хозяйственных, учебных, методических, психологических.

В традиционном обучении активность студента направлена на освоение знаний, умений, навыков.

Миссия любой организации – ее социальное предназначение, ожидания общества от ее деятельности Это ориентир, на который настроены все цели деятельности.

Симуляционное обучение построено на принципе: знания, умения, навыки – средство для решения! «Обучаюсь выполняя» когда многократное повторение различных клинических ситуаций и анализ действий в них ведут к формированию клинического опыта, приобретенного в искусственно созданной симуляционной среде. Такое обучение называют «студент – центрированным» и оно подразумевает активное обучение участников через использование симуляционной техники, заменяющей обучение на реальном пациенте интерактивным обучением для получения знаний и навыков с использованием симуляторов. Не заменяют, а дополняют подготовку к реальной клинической практике.

Целями данного обучения является повышение профессиональной подготовки медицинского персонала, для успешного обеспечения которых необходимо решить три основные проблемы:

Составить перечень профессиональных навыков, которыми должен обладать будущий специалист после завершения обучения и после специализации, усовершенствований.

Составить перечень редко используемых профессиональных навыков, поддержание которых возможно только в условиях центра и их отработка.

Определить критерии оценки качества выработанных навыков.

Симуляционное обучение имеет ряд преимуществ перед другими инновационными методиками обучения:

1. Смена парадигмы – на обучение и обучающем, а не на изучении и изучающем.

2. Безопасность для пациента и обучающегося

3. Возможность неоднократно выполнять тренировки, закреплять навыки.

4. Совершенствовать знаний и навыки, актуализировать их.

5. Использование данного вида обучения для объективной оценки не только теоретических знаний, но и уровня практического мастерства. Это толчок к развитию системы объективной оценки

6. Возможность обучать «малые» группы и по индивидуальному графику. Проводить «отработку» пропущенных занятий, промежуточную аттестацию, экзамены.

Среди основных задач симуляционного обучения следует выделить три основных задачи и одну главную методическую задачу:

Главная методическая задача – разработка обучающей технологии с преемственностью и повторяемостью на каждом последующем этапе обучения, формирования каждого умения с использованием моделей и человека.

1. Формирование и актуализация практических профессиональных навыков у обучающихся на муляжах, фантомах и тренажерах в соответствии с утвержденными стандартами и имитационными модулями (СИМ).

2. Оптимизация и контроль качества процесса формирования и совершенствования практической профессиональности.

3. Изучение и внедрение передового опыта работы по повышению качества обучения практическим профессиональным навыкам. Формирование клинического опыта.

Для симуляционного обучения важно определить контингент обучаемых, для чего необходимо четко представлять перечень учебных программ, содержание которых планируется дополнить симуляционным обучением.

Наиболее эффективно симуляционное обучение проходит при организации двух уровней схемы обучения. В форме базовых профессиональных тренингов – на которых отрабатывается каждая манипуляция. И комплексных профессиональных тренингов – когда отрабатываются профессиональные действия индивидуально и в команде в условиях моделирования профессиональной среды и использованием навыков, полученных на базовых тренингах в качестве инструментов. Здесь понадобится сценарий с обеспечением наглядных пособий, алгоритм манипуляций, методическое сопровождение.

Организовывать проведение тренингов целесообразно в форме «стандартного имитационного модуля» (СИМ). Каждый такой модуль имеет свою продолжительность и рассчитан на освоение одного или несколько навыков. Модуль должен иметь для обучающего законченное значение и формировать или восстанавливать у него определенную компетенцию по конкретной специальности.

Для реализации модульного обучения необходимо иметь перечень (СИМОВ), определение сквозной технологии формирования каждого умения, междисциплинарные контакты.

Для допуска и работе по конкретному модулю следует определить необходимый уровень теоретической подготовки студента и организовать контроль уровня этой подготовки для допуска студента к прохождению модуля. Здесь главная роль отводится кафедрам и практикующим специалистам.

Для обеспечения разбора учебно-ролевых игр целесообразно наличие штатного психолога, который помогает участвовать в конечном процессе симуляционного обучения так называемом дебрифинге.

Заключение. Успех инновационной деятельности в значительной степени зависит, от традиций, сложившихся в конкретном образовательном учреждении и степени понимания необходимости осуществляемого преобразования и творческого созидательного участия коллектива в данном процессе.

Симуляция и симуляционное обучение не только инновация применяемая в базовом образовании, но и на повышенном уровне для актуализации

навыков, знаний качества и внедрения передового опыта, возвращения к профессии, переподготовки.

Обучение «студент - центрированное» дающее возможность активно участвовать в нем всех обучающихся с заменяющей техникой вместо реально пациента обучение по интерактивным технологиям с использованием симуляторов.

Симуляционное обучение может оценивать знания студента с точки зрения трех сфер:

- Когнитивной – память, внимание.
- Поведенческой
- Практической

Дебрифинг дает возможность развивать и учить клиническому мышлению, отстаивать свою точку зрения и копировать опыт для работы в не стандартных ситуациях.

Симуляционное обучение дает возможность накапливать опыт преподавателю и совершенствовать свое педагогическое мастерство. Это толчок к развитию объективной и независимой системы оценки знаний студента.

Симуляционное обучение всегда безопасно для его участников.

- Учит правилам общения.
- Уменьшает психологический стресс обучающегося.
- Включает программу непрерывной подготовки.
- Проводится на месте тренировки.
- Комбинирует классические методики и современные технологии.
- Возможность заранее планировать тренинги в соответствии с необходимыми манипуляциями и отработкой редко встречающихся клинических ситуаций.
- Качественно ускоряет процесс подготовки кадров.

Роль преподавателя сместилась с доминирующей на фасилитирующую (преподаватель поощряет саморазвитие, инициативу студента за счет тесного взаимодействия между собой и студентом).

Доверительная, уважительная атмосфера преподаватель – студент.

И так, система имитационного обучения позволяет его использовать для объективной оценки не только знаний, но и уровня практического мастерства особенно необходимого в оценке для новичков, выпускников, лиц имеющих большой перерыв в практической деятельности, а также для практикующих специалистов с целью подтверждения их квалификации через регистрацию параметров выполнения действий компьютерными тренажерами.

Литература

1. Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение. Сборник документов ВОЗ и ЕАПП. – М.:Р. Валент. – 2014 – 180 с.

2. Благотворительный фонд развития паллиативной помощи «Детский паллиатив». 2014

3. Сборник технологий простых медицинских услуг / Общерос. Обществ. орг. «Ассоц. мед. сестер России»; (сост.: Лапина Е.А. и др.; общ. руководство Саркисова В.А.). – Санкт-Петербург: Береста. – 2012. – 960 с.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (на примере использования метода «Сухой закладки»)

О.В. Стрельченко, Е.Ю. Орлова

Аннотация. Внедрение инновационных технологий обработки инструментария методом «Сухой закладки», машинной мойки и дезинфекции, позволило исключить этап ручной обработки, высвободить время операционным сестрам для выполнения своих основных обязанностей. Повысилась безопасность на рабочем месте в операционном блоке. Сократились расходы на разовый упаковочный материал, исключена повторная стерилизация в связи с нарушением целостности упаковок. Получена реальная экономия средств при проведении обработки инструментария.

ECONOMIC ASPECTS OF INTRODUCTION OF INNOVATIVE TECHNOLOGIES (using for example the method of “Dry laying”)

O.V. Strelchenko, E.Yu. Orlova

Abstract. The introduction of innovative technologies of processing tools by the method of “Dry laying”, machinery cleaning and disinfection would eliminate the step of manual processing, freeing up time operating nurses to perform their primary duties. Increased safety in the workplace at an operational unit. Decreased spending on one-time packaging material excluded for re-sterilisation in connection with the violation of the integrity of packages. Obtained real savings when processing tools.

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП) – понятие собирательное, включающее различные нозологические формы. Распространение возбудителей инфекции связанной с оказанием медицинской помощи происходит двумя путями: воздушно-капельным и контактным. Основными факторами передачи являются воздух, руки, многочисленные объекты внешней среды (белье, перевязочный материал, инструментарий, аппаратура и т. д.).

Проблема ИСМП в последние годы приобрела исключительно большое значение для всех стран мира. Бурное развитие медицины, создание новых

видов медицинского оборудования, внедрение инновационных медицинских технологий, а также многие другие факторы усиливают угрозу распространения инфекций среди пациентов и персонала медицинских организаций (МО).

Данные, полученные зарубежными и отечественными исследователями, позволяют утверждать, что ИСМП возникают по меньшей мере у 5-12 % больных, поступающих в МО. Так, в США ежегодно регистрируется до 2 000 000 заболеваний в стационарах, в Германии 500 000-700 000, что составляет примерно 1 % населения этих стран. В США из числа зараженных ИСМП, погибают около 25 % заболевших и, по оценкам экспертов, ИСМП представляют собой основную причину летальных исходов. Полученные в последние годы данные свидетельствуют о том, что ИСМП значительно удлиняют срок пребывания больных в стационарах, а наносимый ими ущерб ежегодно составляет в США от 5 до 10 млрд. долларов.

В вопросах профилактики ИСМП в стационарах младшему и среднему медперсоналу отводится ведущая роль организатора и ответственного исполнителя. Ежедневное, тщательное и неукоснительное выполнение требований санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима всеми сотрудниками в ходе исполнения своих профессиональных обязанностей и составляет основу профилактики ИСМП.

Профилактика ИСМП – это проблема комплексная и многогранная. Каждое из направлений профилактики её предусматривает ряд целенаправленных санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, имеющих целью предотвращение передачи инфекционного агента внутри стационара. Наиболее важную роль при этом играет дезинфекция, являющаяся одним из самых значимых направлений профилактики ИСМП. Данный аспект деятельности медицинского персонала является многокомпонентным и имеет своей целью уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов на объектах внешней среды палат и функциональных помещений, отделений стационара, медицинском инструментарии и оборудовании. Организация дезинфекционного дела и его реализация младшим и средним медицинским звеном является сложной трудоемкой ежедневной обязанностью.

Следует подчеркнуть особую значимость этого направления деятельности персонала в отношении профилактики ИСМП, поскольку в ряде случаев (ГСИ, внутрибольничные кишечные инфекции, и др.) дезинфекция является практически единственным способом снижения заболеваемости в стационаре. Необходимо также отметить, что все госпитальные штаммы возбудителей ИСМП наряду с практически полной антибиотикорезистентностью

обладают значительной устойчивостью к воздействию внешних факторов, в т.ч. и дезинфектантам.

В настоящее время сложно представить себе современное центральное стерилизационное отделение (ЦСО) МО, в которой не используется дезинфекционно-моечное оборудование. Подобная техника обеспечивает высокое качество мойки и дезинфекции медицинского инструмента, что напрямую влияет на предупреждение ИСМП.

В рамках мероприятий для улучшения качества оказания медицинской помощи и программы модернизации здравоохранения Центром было приобретено дорогостоящее медицинское оборудование, для сохранности которого и увеличения срока эксплуатации возникла необходимость внедрения инновационных технологий его обработки (дезинфекции и стерилизации в ЦСО).

Многие лечебные учреждения, имея современное оборудование в ЦСО (дезинфекционно-моечные машины) и в операционном блоке (современные контейнерные системы), сохраняют ручной этап дезинфекции и предстерилизационной очистки инструментария, после чего его транспортируется в ЦСО, где вновь проходит машинная дезинфекция и стерилизация. Для того, чтобы исключить «лишний» трудоемкий, занимающий достаточно много времени и финансово затратный этап ручной обработки, в Центре были внедрены современные, инновационные технологии дезинфекции и стерилизации медицинского инструментария, в т.ч. метод «Сухой закладки», который позволяет не только повысить качество обработки инструментария, но и продлить срок эксплуатации оптических приборов и общехирургического инструментария, получить существенный экономический эффект.

Проведенные нами расчеты показали, что на упаковку и обработку одной укладки при использовании традиционного способа тратиться около 108 рублей в т.ч. на упаковку в среднем 63 рубля и на дезинфекционные средства около 45 руб.

При методе «Сухой закладки», доставка загрязненного хирургического инструментария в многоразовом контейнере до ЦСО происходит без предварительной дезинфекции и этом же контейнере. Использование оборудования (контейнер, корзины сетчатые (2), сменные фильтры (по 2 в течение года) стоимостью 61300 рублей в течении расчетного срока эксплуатации (15-20 лет) сокращают расходы на обработку одной укладки до 12-16 рублей, т.е. сокращению расходов в 7-9 раз.

Выводы :

- Впервые оборот инструментария осуществляется без соприкосновения с дезинфектантами, (применения метода «Сухой закладки», машинной мойки и дезинфекции, с использованием нейтральных

(рН=7-8) моющих и дезинфицирующих средств), что создает условия для увеличения срока его службы.

- Исключение этапа ручной обработки высвобождает время у операционной сестры, которое они могут посвятить выполнению своих основных обязанностей.
- Внедренные технологии минимизируется контакт операционных сестер с дезинфицирующими средствами и вероятность получения травмы при первичной дезинфекции инструментария, т.е. способствуют повышению безопасности на рабочем месте в операционном блоке.
- Сократился расход разового упаковочного материала, исключена повторная стерилизация в связи с нарушением целостности упаковок.
- Получена реальная экономия средств при проведении обработки инструментария.

ФОРМИРОВАНИЕ ОБЩИХ КОМПЕТЕНЦИЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА В ПРОЦЕССЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «ЧЕРЕЗ ТВОРЧЕСТВО К ПРОФЕССИИ»

Е.Л. Юрасова, О.В. Черновская

Государственное автономное образовательное учреждение
среднего профессионального образования Новосибирской области
«Новосибирский медицинский колледж», Россия

Аннотация. В данной статье рассматриваются проблемы формирования общих компетенций выпускников средних специальных медицинских образовательных организаций, определяющих значимость компетенций в образовательном процессе. Приоритетной задачей современного образования становится формирование не только профессиональных навыков студентов, но и их интеллекта, духовной и эмоциональной сферы, творческого подхода к труду, что представляется условием эффективности будущей профессиональной деятельности и социальной адаптации. Определен комплекс направлений проекта «Через творчество к профессии», ориентированный на развитие личности, адаптированной на профессию специалиста среднего звена.

FORMATION OF GENERAL COMPETENCES OF STUDENTS OF MEDICAL COLLEGE IN THE COURSE OF THE PROJECT «THROUGH THE WORK OF THE PROFESSION»

E.L. Yurasova, O.V. Chernovskaya

Abstract. This article discusses the problems of formation of the general competencies of graduates of secondary specialized medical educational institutions, determining the importance of competence in the educational process. The priority task of modern education is the formation of not only the professional skills of students, but also their intellectual, spiritual and emotional sphere, creative approach to work, which appears for the effectiveness of their future professional activity, and social adaptation. The complex of directions of the project are determined by "Through art to the profession", which is directed to the development of personality and adapted to the profession of specialist middle managers.

Высокий профессионализм – обращенное в профессию творчество.

Л. Гинзбург

В процессе формирования конкурентоспособного выпускника медицинского колледжа, в полном объеме обладающего общими и профессиональными компетенциями, важнейшую роль играет духовное и нравственное воспитание. В настоящее время в соответствии с Федеральными государственными образовательными стандартами среднего профессионального образования, содержание учебных дисциплин и профессиональных модулей предусматривает формирование не только профессиональных компетенций – знаний, умений, но и общих компетенций – социальная значимость выбранной профессии, работа в коллективе, эффективное общение с коллегами и пациентами, бережное отношение к историческому наследию и культурным ценностям, уважение к социальным, культурным и религиозным различиям, ведение здорового образа жизни, развитие духовности как неотъемлемой части профессионального облика медицинского работника.

В новосибирском медицинском колледже существует такая система воспитательной деятельности, которая вводит студента в мир профессии через нравственные ценности личности посредством организации аудиторной и внеаудиторной работы. Совпадение сферы профессионализма и сферы нравственности это главное условие воспитательной деятельности в НМК. Не случайно стержнем концепции воспитательной работы в колледже являются две составляющие – «Профессионализм + нравственность».

Опыт Новосибирского медицинского колледжа показывает, что в процессе формирования общих компетенций у студентов используется потенциал внеаудиторной работы. Внеаудиторная работа в колледже представляет собой совокупность всех видов деятельности студентов за рамками учебного процесса и позволяет решать задачи воспитания, развития и социализации личности каждого студента. Одним из видов деятельности яв-

ляется реализация проектов, которые способствует решению главной цели воспитательной работы.

В связи с этим, в течении пяти лет, НМК реализуется проект «Через творчество к профессии», позволяющий формировать устойчивый интерес к выбранной профессии.

Проект включает в себя несколько направлений творческой деятельности студентов:

«Радуга творчества» – участие в подготовке и проведении праздников и концертов в колледже и ЛПУ, участие в конкурсах и мероприятиях города. Значительное внимание в воспитательной деятельности колледжа уделяется вопросам адаптации первокурсников к условиям обучения, вовлечения их в жизнь колледжа, факультета, группы.

«Мир в ладошке» – участие в проведении досуговых мероприятий в общеобразовательных школах и домах ребёнка. Данное направление - это благотворительные представления для поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе и детей-инвалидов. В основе лежат лично ориентированный, культурно – деятельностный и гуманитарный методы. Они предполагают использование знаний, способных помочь ребёнку совершать успешные шаги в реальной жизни.

«Связь поколений» – патриотическое воспитание, уроки мужества, встречи с ветеранами труда. Целью является воспитание чувства патриотизма, любви к Родине, уважительного отношения к старшему поколению и традициям, направленное на консолидацию Российского общества.

«Быть здоровым – это модно!» – формирование и пропаганда здорового образа жизни. Реализация внеурочной деятельности по спортивно-оздоровительному направлению – это обучение студентов бережному отношению к своему здоровью. В современных условиях проблема сохранения здоровья чрезвычайно важна в связи с резким снижением процента здоровых детей. Высококвалифицированные специалисты – это значит понимающие своё предназначение в жизни, умеющие управлять своей судьбой, здоровые физически и нравственно (способные к самопознанию, самоопределению, самореализации, самоутверждению).

«Горжусь своей профессией» – профориентационная работа. Выбор профессии – важнейший шаг в жизни каждого человека, а выбор медицинской специальности особенно ответственен, так как человек, работающий без души, не способен ощутить настоящую радость труда. Рыночные отношения заставляют молодежь выбирать профессии, ориентируясь на высокую заработную плату, возможность трудоустройства. Хотя профессия медика в нашей стране не относится к высокооплачиваемой, она остается одной из самых популярных. *Целью профориентационного направления*

является: знакомство учащихся с профессией медицинского работника, ее социальной значимостью и гуманитарной направленностью, многопрофильностью и перспективностью развития как науки, с использованием творческого подхода.

Для реализации проекта в колледже создано творческое пространство, где студенты могут проявить себя, раскрыть и эффективно использовать свои возможности и потенциал не только в рамках учебного заведения, но и в городе, в области. Площадками для деятельности студентов являются: Новосибирская Государственная областная клиническая больница, Городская клиническая больница № 1, Областной коррекционный детский дом, Новосибирский центр социально – реабилитационной помощи для несовершеннолетних, отделение паллиативной помощи с. Барышево. Такая деятельность дает возможность обретать новых друзей, поддерживать детей детских домов, инвалидов, учит общаться друг с другом. Встречи с ветеранами позволяют знать и ценить историю нашего Отечества. Агитбригада творческой группы является визитной карточкой многих мероприятий колледжа. Это и профориентационная работа, где презентуется наше учебное заведение, это участие в концертах, фестивалях, форумах, конкурсах. Благодаря внеучебной деятельности, студенты получают возможность формировать свои личностные качества, необходимые для будущей профессии, такие как эффективное общение, действие в экстремальных ситуациях, помощь людям, сочувствие, сострадание. Они развиваются духовно и физически. Это делает студенческую жизнь богаче и наполняет ее смыслом.

Многие студенты, обучающиеся в колледже происходят из социально- незащищенных слоев населения, имеют проблемы в социализации и адаптации. Предлагаемые в рамках реализации программы воспитательной работы мероприятия являются частью процесса социализации обучающихся, помогая им адаптироваться в образовательной и профессиональной среде, формируя у них культуру самообразования, самовоспитания и саморазвития. Без сформированной системы духовных ценностей человек не сможет работать в медицине, так как медицинский работник – это не только специальность, но и призвание. Этической основой профессиональной деятельности медицинского работника являются гуманность и милосердие.

Таким образом, образовательная и воспитательная деятельность должна быть направлена на воспитание нравственных качеств личности, формирование профессиональных компетенций, и развитие духовности как неотъемлемой части профессионального облика медицинского работника. Всё это формирует у студентов определенные ценности, создает эмоциональную притягательность будущей профессии, формирует идеалы, дает возможность студентам увидеть перспективу личностного роста, понять со-

циальную значимость медсестринской деятельности, строить собственную программу профессионального становления.

Литература

1. Амонашвили Ш.А. Чтобы дарить ребенку искорку знаний, Учителю надо впитать море Света / Ш.А. Амонашвили. – М.: Издательский дом Шалвы Амонашвили. 2009. – 42 с.
2. Зиновкина М.М. Креативное образование XXI в. – М., 2008.
3. Концепция модернизации российского образования на период до 2010 года [Текст]. – М.: Логос. – 2002.
4. Лазарева М.В. Деятельностно-компетентный подход в организации педагогической практики [Текст] / М.В. Лазарева // Среднее профессиональное образование. – 2009. – № 3. – С. 35-36.
5. Петрова О.Г. Компетентный подход в профессиональной подготовке учителей начальных классов [Текст] / О.Г. Петрова // Среднее профессиональное образование. – 2008. – № 12. – С. 8-11.

Под общей редакцией
Стрельченко Оксаны Владимировны

**Научные труды ФГБУЗ
«Сибирский окружной медицинский центр
Федерального медико-биологического агентства»
Том 4**



Сертификат системы менеджмента качества в соответствии с ГОСТ ISO 9001-2011 (ИСО 9001:2011)

Художник обложки *В.И. Шумаков*
Оператор компьютерной верстки *С.А. Косолапова*

Подписано в печать 01.12.15. Формат 60*84/16.
Усл. печ. л. 12. Уч.-изд. л. 9,79.
Тир. 100 экз. Бумага офсетная.

Отпечатано в ООО «Типография «Новопринт»
630108, г. Новосибирск, ул. Станционная, 38, корп. 2.