

Calameo PDF Download



Здравоохранение Югры 4 2017



Бюджетное учреждение
Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
«Медицинский информационно-аналитический центр»



ISSN 2411-7854

ВЫПУСК № 4 /13/2017

Здравоохранение Югры

ОПЫТ И ИННОВАЦИИ



НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

● ● ● ● 16+





ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮГРЫ: ОПЫТ И ИННОВАЦИИ

№ 4(13) 2017

16 +

Учредитель

Бюджетное учреждение
Ханты-Мансийского автономного
округа - Югры «Медицинский
информационно-аналитический
центр»

Редакция

Зав. редакцией

Чистяков С.Н., к.п.н.

Секретарь редакции

Змановская Е.В.

Дизайн и верстка журнала

Митрофанов М.Г.

Корректор

Шереметьева В.В.

Адрес издателя, редакции

628007, г. Ханты-Мансийск,

ул. Студенческая, 15А

Главный редактор

Акназаров Р.К.

Зам. главного редактора

Овечкина Т.Д.

Ответственный секретарь

Токарева И.В.,
кандидат филологических наук

Все права защищены.

Любое воспроизведение опубликованных материалов без письменного согласия редакции не допускается. При перепечатке ссылка на журнал обязательна

Авторы несут полную ответственность за подбор и изложение фактов, содержащихся в статьях, высказываемые ими взгляды могут не отражать точку зрения редакции

Журнал зарегистрирован Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Тюменской области, Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре и Ямало-Ненецкому автономному округу
Свидетельство о регистрации ПИ № ТУ72-01242 от 24.04.2015

На обложке: Овечкин Павел Геннадьевич – главный врач БУ «Ханты-Мансийская городская клиническая станция скорой медицинской помощи», Главный внештатный специалист Департамента здравоохранения ХМАО-Югры по специальности «Скорая медицинская помощь», Член профильной комиссии Минздрава РФ по скорой медицинской помощи, Член Ассоциации медицинских работников ХМАО-Югры, Заслуженный работник здравоохранения РФ, врач высшей квалификационной категории по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье»

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования электронной библиотеки eLibrary.ru

По вопросам публикации обращаться по адресу: zmanovskayaev@miacugra.ru

Дата выхода 15.12.2017 г.

Усл.печ. 9.

Тираж 200 экз.

Выходит раз в
три месяца

Цена
свободная

Отпечатано

БУ «Медицинский
информационно-аналитический
центр»
628007, г. Ханты-Мансийск,
ул. Студенческая, 15А



Уважаемые коллеги!

Декабрь – месяц радости, поиска подарков и отличного настроения. А все потому, что совсем скоро мы встретим Новый 2018 год. Дорогие читатели, желаем, чтобы в наступающем году вам удалось осуществить все задуманное!

Благодарю вас за верность нашему изданию и желаю вам и в следующем году плодотворно сотрудничать с нами.

В этом номере мы публикуем серию статей, посвященных исключительно важной проблеме – оказанию неотложной медицинской помощи населению: организации, анализу возрастной структуры и ритма переадресации вызовов.

При этом вновь отдаём предпочтение наиболее важным с точки зрения медицины публикациям – опыту ведения новорожденных с бронхолегочной дисплазией в перинатальном центре окружной клинической больницы.

Также вы сможете ознакомиться с наиболее актуальными аспектами проблемы саморазрушающего поведения родителей девочек,

совершивших попытку самоубийства и медико-социальной характеристикой длительно госпитализированных пациентов психиатрического стационара.

В этом номере журнала публикуется статья об анализе системы менеджмента качества с использованием социологического исследования с целью установления области улучшения, когда успешное руководство обеспечивается путём систематического и прозрачного управления.

Особое внимание обращают на себя публикации, посвященные отчету об образовательных мероприятиях, прошедших в БУ «Нижегородский окружной клинический перинатальный центр», межрегиональной конференции «Актуальные вопросы трансфузиологии и иммуногематологии», состоявшейся в городе Сургуте, а так же акции, посвященной Всемирному дню борьбы со СПИДом, которую проводило КУ «Центр профилактики и борьбы со СПИД».

Кроме того, в этом номере журнала публикуется статья о БУ «Медицинский информационно-аналитический центр», как ведущем звене информационно-коммуникационной составляющей системы здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры с целью решения задач государственной политики в сфере здравоохранения для осуществления межведомственного взаимодействия в реализации Плана мероприятий «дорожной карты» развития сети опорных реабилитационных и образовательных центров, обеспечивающих работу с детьми, имеющими особенности развития в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре на 2016-2018 годы.

До встречи в Новом году!

Желаю вам и вашим близким сибирского здоровья, энергии, оптимизма в Новом 2018 году!

Главный редактор журнала
«Здравоохранение Югры: опыт и инновации»
Акназаров Р.К.,
директор БУ «Медицинский информационно-аналитический центр»

УДК 614.2

ПОВТОРНЫЙ АНАЛИЗ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ УСТАНОВЛЕНИЯ ОБЛАСТИ УЛУЧШЕНИЯ

Овечкина Т.Д.,

проректор БУ ВО «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия», г. Ханты-Мансийск

Юдашев О.Р.,

главный врач БУ «Нижневартовская окружная клиническая детская больница»,

г. Нижневартовск

Капутская Т.Н.,

к.м.н., заместитель главного врача по организационно-методической работе
БУ «Нижневартовская окружная клиническая детская больница», г. Нижневартовск;

Палей С.М.,

к.т.н., доцент, завсектором АО «Всероссийский научно-исследовательский институт сертификации»

В статье на примере Нижневартовской окружной клинической детской больницы изложены результаты повторного анализа системы менеджмента качества с использованием социологического исследования на различных уровнях организационной структуры - врачи, средний и младший медицинский персонал. Для выбранных репрезентативных групп представлены вопросы и положения с комментариями и выводами в виде управленческих решений по совершенствованию СМК. Показаны изменения в ответах различных репрезентативных групп после корректирующих действий на основании первого социологического исследования.

Ключевые слова: система менеджмента качества, социологическое исследование, человеческий фактор, области улучшения, корректирующие действия

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовская окружная клиническая детская больница» (далее – НОКДБ) открыто 1 января 2004 г. после реорганизации Муниципального учреждения «Городская больница «Мать и дитя».

Сегодня это ведущее медицинское учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, оказывающее специализированную, в т. ч. высокотехнологичную, медицинскую помощь детям.

В структуру больницы входят 12 клинических отделений с 435 специализированными койками круглосуточного стационара, консультативно-диагностическая поликлиника на 150 посещений, отделение неотложной травматологии (травмпункт), центр амбулаторного гемодиализа, центр муковисцидоза для детей, реабилитационно-консультативный центр.

Учреждение ежегодно оказывает консультативно-диагностическую помощь 40 тысячам пациентов, еще более 13 тыс. югорских детей ежегодно получают стационарную медицинскую помощь.

«Наша стратегия – все лучшее детям Югры» – девиз, которому следует сплочен-

ный коллектив НОКДБ. В своей деятельности специалисты руководствуются целью улучшить качество оказания специализированной медицинской помощи, повысить ее доступность.

В 2007 г. было принято решение о разработке и внедрении в НОКДБ системы менеджмента качества (СМК) на основе стандарта ИСО 9001. Была разработана процессная модель и необходимые для функционирования СМК документы: политика в области качества, руководство по качеству, обязательные процедуры, корректирующие и предупреждающие действия, управление документацией, управление записями, внутренние аудиты (проверки), управление несоответствующей продукцией и дополнительные процедуры – управление устройствами для мониторинга и измерений, мониторинг удовлетворенности потребителей, внутренний обмен информацией, закупки и др. Проведено обучение сотрудников по требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2008 и подготовлена группа внутренних аудиторов.

В 2009 г. НОКДБ прошла сертификацию на соответствие требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2008 в Органе по сертификации СМК Всероссийского научно-исследовательского

института сертификации (ВНИИС-СЕРТ), а в 2010 г. НОКДБ дополнительно прошла сертификацию на соответствие требованиям ISO 9001:2008 в Органе по сертификации DAS (Великобритания). В настоящее время НОКДБ ежегодно подтверждает соответствие требованиям ГОСТ ISO 9001-2011.

Функционирование СМК проходит с осуществлением корректирующих и предупреждающих действий. Анализ несоответствий и уведомлений, выявленных в ходе внутренних и внешних проверок, показал, что наибольшее количество замечаний касается пунктов 4.2.3 и 4.2.4 ГОСТ ISO 9001. Это можно интерпретировать как нарушения, обусловленные человеческим фактором - невнимательность, недостаточная компетентность, отсутствие мотивации.

Цель настоящего анализа – повторное исследование причин, обуславливающих наличие замечаний в отношении управления документацией и записями с учетом проведенных корректирующих действий после первого социологического исследования, проведенного в 2011 г.

После анализа результатов социологического исследования в 2011 г. были проведены следующие корректирующие действия:

- через приказы учреждения при личном контакте руководителей подразделений во время ежедневных утренних планерок до всех категорий персонала доводится информация о необходимости соблюдения норм этики и деонтологии, правил внутреннего трудового распорядка, должностных инструкций;
- регламентирована работа младшего медицинского персонала, что позволило исключить внеурочные работы у данной категории сотрудников;
- проведена работа по разработке и утверждению новых должностных инструкций для всех категорий персонала;
- проведена разработка и утверждение эффективных контрактов для всех категорий персонала с целью мотивации к повышению результативности и качества работы;
- проведена реструктуризация коечного фонда в зависимости от потребности медицинской помощи и нагрузки на отделение;
- проведена реорганизация инфекционного отделения: создано два подразделения, что

позволило оптимизировать процесс управления, контроль за качеством оказания медицинской помощи;

- с целью улучшения качества оказания медицинской помощи создан экспертный отдел, укомплектован штат врачей (экспертов);
- оптимизирована работа приемного отделения: разделены потоки плановых и экстренных пациентов, выделено дополнительное помещение для приема врача;
- открыта дополнительная регистратура консультативно-диагностической поликлиники для предварительной записи пациентов на консультативный прием. Улучшены условия труда для сотрудников регистратуры;
- проведен текущий ремонт в отделениях отоларингологии, офтальмологии, хирургии, травматологии и ортопедии, детской урологии-андрологии;
- проведено обустройство игровых зон во всех отделениях;
- ведется мониторинг взаимодействия с медицинскими организациями округа;
- совершенствуются подходы к изучению общественного мнения об организации и качестве медицинской помощи в учреждении;
- разработаны и реализуются антикризисные мероприятия;
- проводится оптимизация работы клинико-диагностической лаборатории, планируется внедрение штрих-кодирования, получение лабораторных исследований в режиме онлайн.

Работа проводилась с использованием методов социологического исследования. В качестве респондентов были выбраны репрезентативные группы на 3-х уровнях организационной структуры НОКДБ: 104 человека на 1-ом уровне (врачи) (в 2011 г. было 37 человек), 164 человека на 2-ом уровне (средний медицинский персонал) (в 2011 г. было 63 человека), 80 человек на 3 уровне (младший медицинский персонал) (в 2011 г. было 36 человек).

Как видим, интерес к исследованию существенно возрос. Если общее число респондентов в 2011 г. составляло 136 человек, то в 2016 г. их стало 348 человек, т.е. увеличилось в 2,5 раза. Об этом также свидетельствуют предложения по совершенствованию работ в организации со стороны участников исследования.

Если в 2011 г. таких предложений практически не было, то в настоящее время 31 участник исследования сформулировал свои предложения по совершенствованию менеджмента (врачи – 8, средний медицинский персонал – 15, младший медицинский персонал – 8).

Результаты исследования представлены в форме вопросов и положений с комментариями, а также сравнением с исследованием 2011 г. и выводами в виде управленческих решений по совершенствованию СМК.

Вопрос 1: «Важно приходить на собрание вовремя?»

Практически полностью согласны с этим положением все категории работников. В 2011 г. из младшего медицинского персонала лишь около 70% считали, что надо приходить на собрания вовремя.

Вопрос 2: «Личные встречи важны для хорошо функционирующего сотрудничества».

Из ответов следует, что наибольшее значение личные встречи имеют для врачей и среднего медицинского персонала (70%). В 2011 г. лишь врачи придавали значение личным встречам и только немногим более 50% среднего медицинского персонала были уверены в важности личных встреч. Больше стал придавать внимание личным встречам младший медицинский персонал – 60% по сравнению с 30% в 2011 г.

При таком характере ответов явно видно, что проведенные корректирующие действия показали свою эффективность. Имеет смысл еще раз более детально проанализировать способы информирования сотрудников, особенно младший медицинский персонал, о характере работ – например, через приказы, внутреннюю электронную сеть, радиосеть, совещания, планерки.

Вопрос 3: «Всегда участвую в дискуссиях на собрании».

Вопрос 4: «Всегда участвую в дискуссиях вне собраний».

Вопрос 5: «Можно прервать кого-либо, кто хочет сказать что-то важное?»

Совместное рассмотрение этих трех положений показывает, что активность по официальному высказыванию своего мнения присуща примерно 50% всех категорий работников. В 2011 г. наибольшая активность по официальному высказыванию своего мнения была харак-

терна для среднего медицинского персонала. Возросла активность в дискуссиях вне собраний. Примерно 40% всех категорий работников участвуют в таких дискуссиях. Раньше в кулуарах дискуссии практически не велись. Такое положение свидетельствует о том, что проведение совещаний стало более результативным. Возросло количество сотрудников, открыто участвующих в обсуждении на собраниях. Также увеличилось и количество сотрудников, участвующих в обсуждениях вне собраний. То есть, имеет место возросшая социальная активность всех категорий сотрудников.

Из ответов на 5 вопрос следует, что в организации люди друг друга практически не прерывают. Менее 30% сотрудников по всем категориям считают возможным прерывать выступающего. По-видимому, это связано с уважением к выступающему. Однако не исключено, что на собраниях не все готовы к дискуссии, и это является одной из причин недостаточной активности при обсуждении вопросов. Целесообразно еще более подробно проанализировать формат проводимых собраний, повестки дня, регламента в плане обеспечения свободного высказывания своего мнения для всех участников.

Вопрос 6: «Важно сотрудничать с коллегами?»

Практически все категории сотрудников считают важным сотрудничество с коллегами (около 90%). В 2011 г. среди младшего медицинского персонала лишь около 70% работников были готовы к сотрудничеству.

Вопрос 7: «Правила предприятия нельзя нарушать, даже если это в интересах дела?»

Существенно сократилось количество сотрудников, готовых нарушать установленные правила. Число таких сотрудников на всех уровнях примерно одинаково и составляет около 15%. В 2011 г. практически на всех уровнях организационной структуры были сотрудники, готовые нарушать установленные правила: врачи – 50%, средний медицинский персонал – 35%, а среди младшего медицинского персонала нарушение правил было естественным у 70% сотрудников.

Совершенно очевидно, что проведенная работа дала положительный результат. То есть сотрудники лучше уяснили установленные правила. С другой стороны, правила в организации

были лучше адаптированы к условиям работы для всех категорий сотрудников. Работу в этом направлении лучше не останавливать, а продолжить, чтобы сотрудники были носителями идеи соблюдения установленных правил. Очевидно, необходимо определить, какая степень «гибкости» допускается, чтобы нарушения не могли затрагивать базовые принципы СМК. Желательно продолжить анализ процессной модели, организационной структуры, распределения ответственности и полномочий с целью более стабильной организации работ.

Вопрос 8: «Само собой разумеется, что я жертвую отдыхом, чтобы завершить важное».

Среди всех категорий готовы к использованию своего свободного времени примерно 50% сотрудников. В 2011 г. такие показатели были характерны только для врачей и среднего медицинского персонала. Только 30% младшего медицинского персонала были готовы пожертвовать своим отдыхом для завершения важного задания.

Поскольку в лечебном учреждении всегда возможны непредвиденные работы, то проведенные корректирующие действия показали свою результативность. Целесообразно и дальше еще более четко планировать работу для исключения обдуманных сверхурочных работ и принимать во внимание готовность всех категорий сотрудников при необходимости выполнить дополнительные работы.

Вопрос 9: «Я предпочитаю работать в группе».

Существенно возросло количество среднего и младшего медицинского персонала, желающего работать в группе – около 80%, против 70% для среднего и 25% для младшего медицинского персонала в 2011 г. Напротив, среди врачей чуть более выразили желание к коллективной работе против 80% в 2011 г.

Такое отношение к коллективной работе среди разных категорий необходимо принимать во внимание для исключения конфликтных ситуаций.

Вопрос 10: «При каком типе руководителя ты предпочел бы работать?»:

- а) руководитель сам принимает решение;
- б) руководитель принимает решение после обсуждения с сотрудниками;
- в) руководитель принимает решение в соответствии с мнением сотрудников.

Вопрос 11: «Какому типу руководителя соответствует твой руководитель?»

- а) руководитель сам принимает решение;
- б) руководитель принимает решение после обсуждения с сотрудниками;
- в) руководитель принимает решение в соответствии с мнением сотрудников.

65% врачей и 45% среднего и младшего медицинского персонала предпочитают, чтобы руководитель принимал решение после обсуждения с сотрудниками.

Фактически такому типу руководителя в настоящее время соответствует, по мнению врачей 55%, среднего медицинского персонала 40% и младшего медицинского персонала 45% руководителей.

Как и в 2011 г., характер ответов на этот вопрос показывает, что нет большого разрыва между желаемым вариантом принятия решения и фактическим. Это необходимо учитывать при принятии решений в системе менеджмента организации.

Вопрос 12: «Как часто в твоём производственном окружении выражается несогласие с начальством?»

Для большинства сотрудников на всех уровнях характерно согласие с начальством по всем вопросам. Однако, по сравнению с 2011 г., становится больше людей, готовых высказывать свое несогласие с мнением начальства – 20% среди врачей, 35% среди среднего медицинского персонала и 35% среди младшего медицинского персонала (в 2011 г. в 100% случаев младший медицинский персонал был со всем согласен). Очевидно, что сотрудники стали смелее высказывать свое мнение. Не боятся обсуждать с начальством принимаемые решения. Не уходят от дискуссии. Это надо учитывать в системе менеджмента организации.

Вопрос 13: «Обращаешься ли ты к руководителю по имени?»

Вопрос 14: «Обращаешься ли ты к другим коллегам по имени?»

При общении с коллегами часты случаи обращения по имени (врачи и средний медицинский персонал около 60% (в 2011 г. было около 50%), младший медицинский персонал – около 70% (в 2011 г. было 20%). При общении с начальством обращение по имени более характерно для врачей (около 40%), а для среднего и младшего медицинского такое обращение

характерно примерно для 30% сотрудников (в 2011 г. такое обращение было нехарактерно для всех уровней).

Вопрос 15: «Важно работать в ситуации, когда мои задания ясны, и я знаю, что меня ожидает».

Врачи и средний медицинский персонал готовы работать в условиях большей определенности (около 90%). Часть младшего медицинского персонала, желающая работать в условиях определенности, составляет примерно 80% (в 2011 г. – 70%). То есть, сократилось число сотрудников из младшего медицинского персонала, которые могут выполнять работу на свое усмотрение, независимо от поставленной задачи.

Для дальнейшего совершенствования СМК может быть нужна еще большая конкретизация должностных и рабочих инструкций на низших уровнях организационной структуры, более детальное описание заданий исполнителям.

Вопрос 16: «Допустимо не проходить иерархический процесс принятия решения, когда нужно принять решение?»

Вопрос 17: «Необходимо иметь формальные правила для управления работниками при выполнении ими своих рабочих заданий».

Врачи (около 60%, было 50%), средний медицинский персонал (около 40%, было 30%), младший медицинский персонал (около 50%, было 20%) допускают не проходить иерархический процесс принятия решения, когда нужно принять решение. То есть, количество сотрудников, допускающих не проходить иерархический процесс принятия решения, увеличилось. Надо понять причины увеличения количества сотрудников, допускающих отклонения от установленных иерархических процессов по всем уровням организационной структуры, участвующих в социологическом исследовании. А также понять, не приводят ли отклонения от установленных иерархических процессов к потере управляемости.

Статистика в отношении формальных правил для управления работниками при выполнении ими своих рабочих заданий следующая - более 50% врачей, 40% среднего медицинского персонала и около 70% младшего медицинского персонала считают, что такие правила необходимо иметь.

Видно, что младший медицинский персонал более привержен к работе по установлен-

ному иерархическому процессу принятия решения.

В связи с тем, что остаются сотрудники, считающие возможным работать без формальных правил управления при выполнении рабочих заданий, не исключено, что могут иметь место проблемы при выполнении процессов, требующих валидации. Целесообразно вновь более подробно проанализировать процессы СМК, требующие валидации, чтобы весь персонал понимал, как они должны осуществляться и каким образом будут приниматься решения.

Вопрос 18: «Важно, чтобы мои начальники «оставляли дверь открытой» (были открыты для контактов с подчиненными)».

В 2011 г. врачи и средний медицинский персонал были готовы к общению с руководством (хотя, чтобы начальство «оставляло дверь открытой»), а младший медицинский персонал в основном не имел желания к общению.

В настоящее время более 80% всех сотрудников хотят, чтобы начальники «оставляли дверь открытой», то есть, большинство сотрудников готовы к общению с руководством.

Вопрос 19: «Я не боюсь непосредственного столкновения с начальниками в случае моего недовольства».

В 2011 г. лишь около 50% врачей и среднего медицинского персонала не боялись столкновения с начальством в случае недовольства, а среди младшего медицинского персонала таких людей, которые не боятся столкновения с начальством в случае их недовольства, еще меньше – всего лишь около 10%.

В настоящее время более 75% всех сотрудников не боятся непосредственного столкновения с начальством. То есть проведенная работа в организации привела к тому, что количество сотрудников, которые не боятся столкновений с начальством, существенно возросло, и, соответственно, это должно положительно сказаться на результатах деятельности организации.

Вопрос 20: «Важно, чтобы мои начальники были хорошо одеты».

В 2011 г. необходимость для начальников быть хорошо одетыми была важна для врачей (60%) и среднего медицинского персонала (около 70%), но этому придавал мало значения младший медицинский персонал (30%). В на-

стоящее время примерно 50% всех категорий работников считает важным, чтобы начальники были хорошо одетыми. Учитывая, что в плане менеджмента одежда начальников продолжает оказывать влияние на их восприятие подчиненными, имеет смысл разработать положение о форме одежды сотрудников (дресс-код).

Вопрос 21: «Как ты предпочитаешь, чтобы было достигнуто соглашение?»

- а) только в устной форме;
- б) чаще всего в устной форме;
- в) чаще всего в письменной форме;
- г) только в письменной форме.

Как и в 2011 г., для большей части сотрудников по всем уровням организационной структуры желательно получать соглашение в письменной форме. Целесообразно в процедурах управления документацией и записями отразить желание сотрудников относительно письменной формализации принимаемых соглашений (а, может быть, зафиксировать форму соглашений при принятии решений). Если этого не сделать, то может иметь место риск того, что сотрудники будут настаивать на непонимании принятых соглашений или несогласии с ними, то есть, возможно возникновение конфликта интересов.

Вопрос 22: «Важно прийти к согласию во время встречи?»

Вопрос 23: «Устные договоренности, данные на встрече, должны соблюдаться?»

В 2011 г. практически все врачи и средний медицинский персонал (90% и 100% соответственно считали, что важно прийти к согласию во время встречи и затем выполнять устные договоренности. Для младшего медицинского персонала отсутствие согласия при встрече и последующее соблюдение устных договоренностей было не важно. Для младшего медицинского персонала были приемлемы только договоренности, зафиксированные в письменном виде.

В настоящее время более 90% всех сотрудников считает, что важно прийти к согласию во время встречи. Примерно столько же сотрудников считает, что устные договоренности, данные на встрече должны соблюдаться. То есть, имеет место увеличение доверия к устным договоренностям. Вместе с тем, касаясь 21 вопроса, очевидно, имеет смысл разграничить вопросы, по которым необходимо

принимать письменные соглашения, от тех, по которым достаточно ограничиться устными договоренностями.

Вопрос 24: «На моем предприятии высшие инстанции принимают новые идеи лишь в том случае, если они одобряются всеми заинтересованными сторонами».

Вопрос 25: «На моем предприятии предложения по улучшению активно поощряются».

Как и в 2011 г., большинство считает, что новые идеи принимаются и без одобрения всеми заинтересованными сторонами. В настоящее время около 30% врачей и 50% среднего и младшего медицинского персонала считают, что предложения по улучшению активно поощряются. То есть, продолжает существовать ситуация, когда имеется большое поле деятельности для стимулирования сотрудников.

Для совершенствования СМК целесообразно соблюдать процедуру, охватывающую сбор предложений по улучшению, их анализ, внедрение и поощрение.

Вопрос 26: «В менее важных вопросах собственная инициатива, противоречащая приказу начальства, допустима».

В 2011 г. с продвижением по иерархической лестнице сотрудники считали возможным нарушать приказы начальства, считая, что они лучше представляют, что надо делать. Если среди младшего медицинского персонала только 5% сотрудников допускали нарушение приказов начальства в менее важных вопросах, то среди врачей и среднего медицинского персонала практически каждый третий сотрудник считал возможным выступать с инициативой, противоречащей приказам начальства. На всех уровнях многие сотрудники придерживались мнения, что они лучше понимают, что надо делать, чем их руководители.

В настоящее время примерно 30% сотрудников на всех уровнях иерархии считают, что в менее важных вопросах собственная инициатива, противоречащая приказу начальства, допустима. Видимо, необходимо еще более детально проанализировать имеющееся распределение ответственности и полномочий, должностные инструкции, правильность отдаваемых приказов и распоряжений и понять, можно ли в принципе нарушать приказы начальства.

Вопрос 27: «Важно иметь письменный реферат о результатах встречи?»

В 2011 г. младший медицинский персонал не придавал большого значения письменному реферату о результатах встречи, а 60% врачей и среднего медицинского персонала придавали значение письменному реферату о результатах встречи.

В настоящее время во всех группах ситуация стала примерно одинаковой – от 30 до 40% сотрудников считают, что важно иметь письменный реферат о результатах встречи. Аналогично заключению по вопросу 21, целесообразно в процедурах управления документацией и записями отразить желание сотрудников относительно письменной формализации принимаемых соглашений (а, может быть, и зафиксировать форму соглашений при принятии решений). Если этого не сделать, то может иметь место риск, что сотрудники будут настаивать на непонимании принятых соглашений или несогласии с ними, то есть, возможно возникновение конфликта интересов.

Вопрос 28: «Важно иметь хорошие отношения в социальном плане со своими коллегами по работе?»

Вопрос 29: «Важно отделять работу и личную жизнь?»

В 2011 г. в основном врачи считали необходимым иметь хорошие отношения в социальном плане со своими коллегами по работе, среди среднего медицинского персонала так считали только 60%, а среди младшего медицинского персонала еще меньше – около 40%. В настоящее время на всех уровнях иерархии от 85% до 95% сотрудников считают важным иметь хорошие отношения в социальном плане со своими коллегами по работе.

В 2011 г. врачи и средний медицинский персонал считали, что надо отделять работу и личную жизнь, а среди младшего медицинского персонала так считали только около 40% сотрудников. В настоящее время на всех уровнях иерархии примерно 85% сотрудников считают, что надо отделять работу и личную жизнь.

Сопоставление результатов ответов на эти вопросы показывает, что улучшился социальный климат в организации.

Вопрос 30: «Требуется много времени, чтобы установить нормальные отношения с коллегами».

В 2011 г. быстрее всех устанавливал нормальные отношения с коллегами младший

медицинский персонал. Средний медицинский персонал медленнее других устанавливал нормальные отношения с коллегами.

В настоящее время на всех уровнях иерархии для 35-45% сотрудников требуется много времени, чтобы установить нормальные отношения с коллегами.

Не исключено, что внедрение программы адаптации при поступлении нового сотрудника может помочь ускорить установление нормальных отношений с коллегами. Может быть, имеет смысл в ряде случаев назначать наставника для нового сотрудника.

Вопрос 31: «Я уделяю время моим коллегам в свободное время».

В 2011 г. больше всего свободное время уделяли коллегам врачи и средний медицинский персонал.

В настоящее время количество сотрудников, которые уделяет время своим коллегам в свободное время, примерно одинаково на всех уровнях иерархии и составляет от 50% до 60%.

Такое положение целесообразно учитывать при управлении организацией.

Вопрос 32: «Важно иметь хорошие отношения со своими непосредственными начальниками?»

В 2011 г. для врачей и среднего медицинского персонала было важно иметь хорошие отношения со своими непосредственными начальниками, а среди младшего медицинского персонала так считали только 25%.

В настоящее время ситуация изменилась и около 80% сотрудников на всех уровнях иерархии считают, что важно иметь хорошие отношения со своими непосредственными начальниками. При этом (см. вопрос 19) в настоящее время более 75% всех сотрудников не боятся непосредственного столкновения с начальством. То есть, сотрудники считают, что хорошие отношения с начальством совсем не означают согласие с начальством по всем вопросам. Это надо принимать во внимание при управлении организацией.

Вопрос 33: «Как долго ты думаешь работать на своем предприятии?»

- а) 2 года или больше;
- б) от 2 до 5 лет;
- в) более 5 лет;
- г) до пенсии

Как и в 2011 г. большая часть врачей, среднего и младшего медицинского персонала

планирует работать в организации до пенсии и даже после пенсии. То есть, для многих сотрудников речь идет о пожизненном найме на работу в организации. Это необходимо учитывать при планировании работ в организации.

Вопрос 34: «Важно, чтобы я получал признательность за мою работу».

В 2011 г. для врачей и среднего медицинского персонала было важно получать признательность за свою работу, а среди младшего медицинского персонала так считал только каждый второй.

В настоящее время примерно 80% сотрудников на всех уровнях иерархии считают важным получать признательность за свою работу. Желание большого числа сотрудников получать признательность за свою работу необходимо учитывать при использовании мер морального поощрения (естественно, наряду с мерами материального поощрения).

Вопрос 35: «Моя зарплата примерно соответствует выполняемой работе».

В 2011 г. примерно 40% среднего медицинского персонала считало, что зарплата приблизительно соответствует выполняемой работе, среди врачей таких было 24%, а среди младшего медицинского персонала – около 10%.

В настоящее время ситуация изменилась. Около 40% врачей и среднего медицинского персонала и 25% младшего медицинского персонала считают, что их зарплата примерно соответствует выполняемой работе. Это надо учитывать при управлении организацией.

Вопрос 36: «Важно иметь свободу наложить свой отпечаток на свою работу».

В 2011 г. наибольшее желание наложить отпечаток на свою работу имели врачи – 75%, средний медицинский персонал около 60%. Только около 10% младшего медицинского персонала хотели наложить отпечаток на свою работу.

В настоящее время число желающих наложить свой отпечаток на работу изменилось: врачи – примерно 65%, средний медицинский персонал – примерно 50%, младший медицинский персонал – примерно 60%. Как видно, значительно увеличилось число сотрудников из младшего медицинского персонала, желающих наложить свой отпечаток на работу. Это необходимо учитывать при организации работы.

Вопрос 37: «На моем предприятии существуют возможности для роста».

Только 50% врачей и среднего медицинского персонала видели возможности для своего роста в НОКДБ, а весь младший медицинский персонал не видел возможности для роста.

В настоящее время ситуация изменилась. От 40% до 50% сотрудников по всем уровням иерархии видят возможности для своего роста. Проведенные мероприятия привели к тому, что и младший медицинский персонал увидел возможности для роста.

Вопрос 38: «Как высоко ты ценишь сохранение собственной культуры на предприятии»

- а) очень высоко;
- б) высоко;
- в) безразлично;
- г) низко;
- д) очень низко.

В настоящее время, как и 2011 г., все категории сотрудников высоко ценят сохранение собственной культуры на предприятии.

Вопрос 39: «Я считаю, что СМК помогает функционированию предприятия».

Вопрос 40: «Я считаю, что проведение внутренних аудитов по СМК позволяет своевременно получить достоверную информацию».

Вопрос 41: «Я считаю, что в СМК достаточно полно прописаны необходимые процессы».

Вопрос 42: «Я считаю, что на предприятии эффективно проходит обучение по СМК».

Вопрос 43: «Я считаю, что распределение ответственности и полномочий сделано правильно».

В 2011 г. около 50% врачей и среднего медицинского персонала считало, что СМК помогает функционированию организации, а медицинский персонал не видел пользы. В настоящее время ситуация изменилась примерно от 50 до 70% на всех уровнях считают, что СМК помогает функционированию предприятия.

В 2011 г. младший медицинский персонал считал, что проведение внутренних аудитов не позволяет своевременно получить достоверную информацию, и что в СМК недостаточно полно прописаны необходимые процессы. В настоящее время примерно 60% сотрудников на всех уровнях иерархии считают, что проведение внутренних аудитов по СМК позволяет своевременно получить достоверную информацию.

В настоящее время 45% врачей, 55% среднего и 60% младшего медицинского персонала

считают, что в СМК достаточно полно прописаны необходимые процессы.

В 2011 г. 50% врачей и среднего медицинского персонала считало, что обучение по СМК проходит эффективно, а младший медицинский персонал считал, что обучение по СМК не проходит эффективно. В настоящее время около 45% врачей, 60% среднего и 65% младшего медицинского персонала считают, что обучение по СМК проходит эффективно.

В 2011 г. 50% врачей и среднего медицинского персонала считало, что распределение ответственности и полномочий сделано правильно, а практически весь младший медицинский персонал считал, что распределение ответственности и полномочий сделано неправильно. В настоящее время от 50% до 60% сотрудников по всем уровням иерархии считают, что распределение ответственности и полномочий сделано правильно.

То есть за прошедший период улучшилась результативность СМК, сотрудники с большим доверием стали относиться к функционированию СМК.

Выводы

Данные, полученные в ходе проведенного повторного социологического исследования, свидетельствуют о том, что медицинские работники на всех уровнях стали лучше понимать необходимость функционирования СМК в НОКДБ. В то же время результаты опроса свидетельствуют о необходимости принятия ряда управленческих решений, которые, безусловно, повлияют на все звенья обеспечения, управления и совершенствования качества оказываемых медицинских услуг.

По результатам повторного социологического исследования в НОКДБ были приняты следующие решения:

1. При проведении внутренних аудитов в состав экспертных групп привлекают средний и младший медицинский персонал (по согласованию).

2. Во всех подразделениях НОКДБ внедрены методы мотивации трудовой деятельности, в т.ч.:

- материальные – выделение денежного фонда на подразделения за качественные показате-

ли работы, в распределении фонда принимают участие все категории работников, начиная от санитарки и до заведующего структурным подразделением. Проведение стимулирующих выплат способствует высокой заинтересованности персонала в конечных результатах, позитивному отношению к выполняемой работе;

- моральные – публичные выражения признания тем людям, независимо от занимаемой должности, чьи усилия и полученные результаты работы превосходят средние показатели.

3. Внедрен механизм ротации среднего и младшего медицинского персонала по различным подразделениям, что привело к расширению кругозора и повышению квалификации сотрудников.

4. Регулярно практикуется приглашение на совещания младшего медицинского персонала, что позволяет достигать компромиссов, приобретается культура общения. (Для младшего медицинского персонала пребывание на деловом совещании – единственная возможность видеть и слышать руководителей управления.)

5. Разработана система оплаты труда всех категорий персонала в зависимости от результатов деятельности.

6. Внедрена практика проведения психологических тренингов для всех категорий персонала, занимающихся уходом за тяжелобольными пациентами.

7. Проведена аттестация рабочих мест, по результатам которой для сотрудников созданы оптимальные условия труда.

8. Ежедневно в отделениях проводится обстоятельное информирование персонала о необходимости изменений, потребности в переманах, в обновлении условий деятельности. Например, проведение образовательных семинаров для санитарок при вводе в эксплуатацию нового оборудования, при этом медсестры, санитарки выступают не как исполнители, а как участники лечебного процесса.

9. Внедрена практика принудительного делегирования части полномочий на введение инноваций лицам, скептически относящимся к ним и не верящим в их эффективность.

© Овечкина Т.Д., Юлдашев О.Р., Капутская Т.Н., Палей С.М., 2017

КОММУНИКАЦИОННАЯ ПЛОЩАДКА В РЕАЛИЗАЦИИ ПЛАНА МЕРОПРИЯТИЙ («ДОРОЖНОЙ КАРТЫ») РАЗВИТИЯ СЕТИ ОПОРНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ РАБОТУ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ – ЮГРЕ НА 2016-2018 ГОДЫ

Шереметьева В.В.,

врач-методист Учебного центра

БУ «Медицинский информационно-аналитический центр»

Являясь ведущим звеном информационно-коммуникационной составляющей системы здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры БУ «Медицинский информационно-аналитический центр» с целью решения задач государственной политики в сфере здравоохранения обеспечивает межведомственное взаимодействие в реализации Плана мероприятий «дорожной карты» развития сети опорных реабилитационных и образовательных центров, обеспечивающих работу с детьми, имеющими особенности развития в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре на 2016-2018 годы.

Ключевые слова: сеть опорных реабилитационных и образовательных центров, дети, имеющие особенности развития, система здравоохранения

Одной из важных сфер деятельности, в которой тесно переплетаются интересы родителей, медицинских работников, педагогов, психологов, различных социальных институтов, всего общества в целом, является защита прав детей на охрану и укрепление здоровья, на свободное развитие в соответствии с индивидуальными возможностями и способностями.

По информации, представленной федеральной службой государственной статистики Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, численность детей-инвалидов не уменьшается, а ежегодно увеличивается (таблица 1). На 1 января 2016 года из 382 478 человек детского населения (от 0 до 17 лет) имеют статус «дети-инвалиды» – 5 564 человек (1,45% от числа детского населения).¹

Таблица 1

Численность детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, получающих социальные пенсии (по состоянию на 1 января) в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре

2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
чел.	чел.	чел.	чел.	чел.
4541	4675	4825	5144	5564

¹ http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities;

Дети с ограниченными возможностями здоровья – тема повышенного внимания Правительства региона.² В интересах детей с особенностями развития и их родителей Правительством Ханты-Мансийского автономного округа – Югры был утверждён план мероприятий («дорожная карта») развития сети опорных реабилитационных и образовательных центров, обеспечивающих работу с детьми, имеющими особенности развития, в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре на 2016-2018 годы.

Управление реализацией мероприятий «дорожной карты» в части медицинского аспекта осуществлял Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Медицинский информационно-аналитический центр» являлось коммуникационной площадкой. Непосредственным исполнителем – Учебный центр БУ «Медицинский информационно-аналитический центр».

С целью обеспечения оптимальных условий осуществлялось решение задач по организационному, техническому и информационно-аналитическому сопровождению мероприятий.

² <http://www.childreospace.by/o-nas.html>

При формировании тематического содержания занятий важное значение отводилось мероприятиям, направленным на обеспечение условий по повышению профессиональной компетенции специалистов в вопросах оказания медико-социальной помощи детям с особенностями развития и их семьям.

В этом контексте важное значение в реализации обучающих мероприятий возлагалось на скоординированное взаимодействие социальных, медицинских, образовательных служб. Основными направлениями работы были определены:

- проведение лекций в режиме видеоконференцсвязи;
- проведение творческих мастерских «Азбука радости»;
- создание и обеспечение функционирования информационно-образовательного раздела на официальном сайте Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.



Рис. 1. Творческая мастерская «Азбука Радости»

В период с сентября 2016 года по ноябрь 2017 года совместно с медицинскими организациями, подведомственными Департаменту здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры были проведены обучающие мероприятия (таблица 2).

Всего в мероприятиях приняли участие в 2016 году 142 человека, из них специалисты организаций, подведомственных Департаменту социального развития Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, 48 человек, специалисты организаций, подведомственных Департаменту образования и молодёжной политики Ханты-Мансийского автономного округа –



Рис. 2. Творческая мастерская. Работа закрытой группы семинара-тренинга «Техника АРТ-терапии»

Югры 44 человека, специалисты медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, 41 человек, Представители общественных организаций родителей – 9 человек.

В 2017 году в мероприятиях «дорожной карты» приняли участие 347 человек, из них специалисты организаций, подведомственных Департаменту социального развития Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, 88 человек, специалисты организаций, подведомственных Департаменту образования и молодёжной политики Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, 103 человека, специалисты медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, 150 человек, Представители общественных организаций родителей – 6 человек (диаграмма 1).



Рис. 3. Участники семинара-тренинга «Социально-психологическая реабилитация и абилитация семей, воспитывающих детей с особенностями развития»

Таблица 2

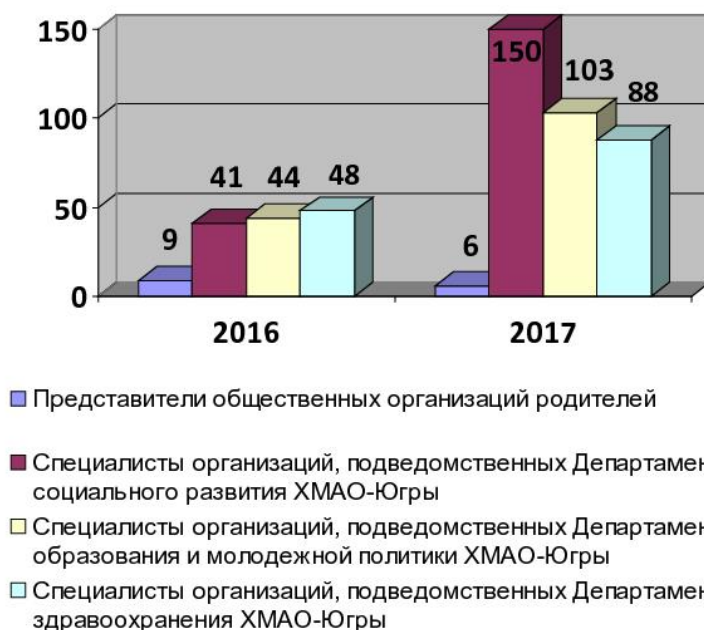
Количественные показатели мероприятий («дорожной карты») в период с сентября 2016г. по октябрь 2017 г.

№ п/п	Наименование мероприятия	Соисполнители	Участники мероприятий			всего
			Специалисты организаций, подведомственных Департаменту социального развития Ханты-Мансийского автономного округа – Югры	Специалисты организаций, подведомственных Департаменту образования и молодежной политики Ханты-Мансийского автономного округа – Югры	Специалисты медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры	
2016 года						
1.	Семинар «Психологическая поддержка родителей, имеющих детей с ранним детским аутизмом» (в режиме ВКС)	БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница», медицинский психолог Е.В. Кайнарян	40 зав. отделением психолого-педагогической помощи, зав. отделением реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями, психологи, логопеды, врачи-педиатры, социальные педагоги, воспитатели, учитель	36 зам. директора, методисты, учителя, социальные педагоги, психологи	21 врачи-педиатры, медицинские психологи, психологи медицинских учреждений	101
2.	Творческая мастерская «Азбука Радости»		Представители общественных организаций родителей			4
2.1.	Мастер-класс «Движение и развитие»:					
1.1.	Медицинская реабилитация детей с ДЦП в период от младенчества до 2-х лет.	БУ «Окружная клиника детской больницы» детская поликлиника, врач невролог А.В. Старикова	8 Главный специалист-эксперт отдела организации социального обслуживания семьи и детей, врач-педиатр, зав. отделением дневного пребывания, воспитатели, инструкторы-методисты	8 психолог-консультант, учитель-логопед, педагог-психолог, преподаватель	20 Главный внештатный специалист по медицинской реабилитации у детей, врач-невролог, врач-педиатр, врач-физиотерапевт, врач по ЛФК	41
1.2.	Адаптированная физическая культура как средство реабилитации детей, имеющих отклонения состояния здоровья.	БУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» «Аутчик», инструктор-методист по адаптивной физкультуре С.М. Москвин				

№ п/п	Наименование мероприятия	Соисполнители	Участники мероприятий			всего
			Специалисты организаций, подведомственных Департаменту социального развития Ханты-Мансийского автономного округа – Югры	Специалисты организаций, подведомственных Департаменту образования и молодежной политики Ханты-Мансийского автономного округа – Югры	Специалисты медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры	
2.2.	Мастер - класс для детей с ДПП и участников мероприятия «Мы вместе»:					
	2.1. Изготовление славянской куклы из соломы.	МБУ дополнительного образования «Детская школа искусств», преподаватель художественного отделения А.С. Писаренко	Главный специалист-эксперт отдела организации социальной помощи и обслуживания детей, врач-педиатр, зав. отделением дневного пребывания, воспитатели, инструкторы-методисты	психолог-консультант, учитель-логопед, педагог-психолог, преподаватель	Главный внештатный специалист по медицинской реабилитации у детей, врач-невролог, врач-педиатр, врач-физиотерапевт, врач по ЛФК	5
	2.2. Нетрадиционная техника рисования «Разноцветные ладошки»	МБУ дополнительного образования «Детская школа искусств», преподаватель художественного отделения С.В. Золотарева	Представители общественных организаций родителей			
2017 год						
1.	Творческая мастерская «Азбука Радости» межведомственный семинар-практикум «Основные техники Арт - терапии» (в режиме ВКС)	БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница», заведующий кабинетом медицинской профилактики – врач – психиатр К.А.Ковалев, медицинский психолог диспансерного отделения Е.А. Белозерцева	врач-педиатр, зав. отделением, воспитатель, логопед, инструктор по труду реабилитационного отделения для детей и подростков с ограниченными возможностями, методисты, психологи, педагоги, социальные педагоги, специалист по социальной работе	воспитатели, педагоги – психологи, социальные педагоги, учитель логопеда, учитель дефектолог, учитель начальных классов, учитель технологий и ИЗО	врачи –методисты, врачи –педиатры, медицинские психологи, медицинские сестры, специалисты по социальной работе, социальные педагоги	202
			63	62	75	2
			Представители общественных организаций родителей			

№ п/п	Наименование мероприятия	Соисполнители	Участники мероприятий			всего
			Специалисты организаций, подведомственных Департаменту социального развития Ханты-Мансийского автономного округа – Югры	Специалисты организаций, подведомственных Департаменту образования и молодёжной политики Ханты-Мансийского автономного округа – Югры	Специалисты медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры	
3.	Семинар – тренинг «Социально-психологическая реабилитация и абилитация детей с особенностями развития» для специалистов медицинских организаций (очно-заочная форма обучения)	Руководитель Проекта «Интенсив в Романово», г. Москва, клинический психолог, психотерапевт, Т.В. Хозиева	-	-	22	22
4.	Лекция в режиме ВКС по теме: «Муковисцидоз. Как научиться с ним жить»	БУ «Сургутская окружная клиническая больница» заведующий педиатрическим отделением О.А. Буренкова, врач-пульмонолог Е.Б. Цибина»	12	11	26	51
			Врачи – педиатры, заведующий социально-медицинским отделением, медицинские сестры, социальные педагоги, психолог, социальный работник	социальные педагоги, медицинские сестры, фельдшера	врачи – терапевты подростковые, медицинские сестры, специалисты по социальной работе, медицинские психологи	
			Представители общественных организаций родителей			2
5.	Лекция в режиме ВКС по теме: «Подростковый возраст-сложности в контроле сахарного диабета»	БУ «Сургутская окружная клиническая больница» заведующий педиатрическим отделением О.А. Буренкова, врач детский эндокринолог, А.В. Миногина	13	30	27	72
			врачи – педиатры, заведующий социально-медицинским отделением, медицинские сестры, социальные педагоги, социальные работники,	воспитатели, социальные педагоги, педагоги-психологи, учителя	врачи – терапевты подростковые, медицинские сестры, специалисты по социальной работе, медицинские психологи	
			Представители общественных организаций родителей			2

Итоговые количественные показатели мероприятий («дорожной карты») в период с сентября 2016 г. по октябрь 2017 г.



С целью оценки содержательной и организационной сторон мероприятий, реализуемых на базе Учебного центра, проводилось анкетирование участников. Вопросы предлагалось оценить по пятибалльной шкале, где 5 – высшая оценка, 1 – низшая.

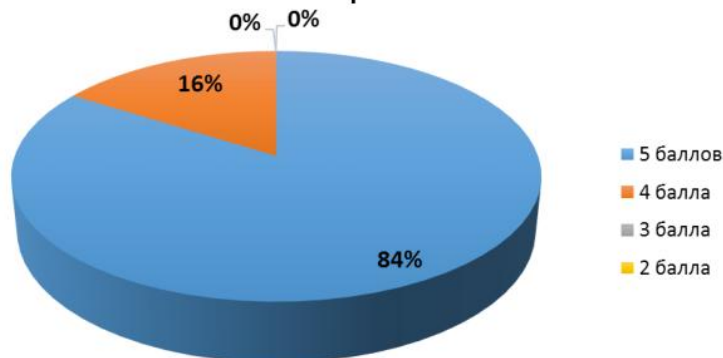
Средние показатели результатов анкетирования по мероприятиям: творческой мастерской «Азбука Радости» (дата проведения 10.11.2016), межведомственный семинар-практикум «Основные техники Арт-терапии» (дата проведения 18.09-20.09.2017), семинара – тре-

нинга «Социально-психологическая реабилитация и абилитация семей, воспитывающих детей с особенностями развития» (дата проведения 10.10-12.10.2017).

По результатам анкетирования на вопрос «Насколько проведенное мероприятие соответствовало Вашим ожиданиям по тематической направленности?» 84 % участников оценили свое впечатление от мероприятия на высший балл. 16 % поставили 4 балла, ниже четырех баллов оценок не было (диаграмма 2).

Диаграмма 2

«Насколько проведенное мероприятие соответствовало Вашим ожиданиям по тематической направленности?»



ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Большое количество новой информации (5 баллов) получили 60 % респондентов. Хороший багаж новых знаний на мероприятиях

приобрели 32 % участников. 4 % опрошенных поставили 3 и 2 балла в данном пункте анкеты (диаграмма 3).

Диаграмма 3



Практическую направленность и полезность мероприятий на отлично оценили 84 %

участников, на 4 балла – 16 %. 3 и 2 балла не поставил ни один респондент.

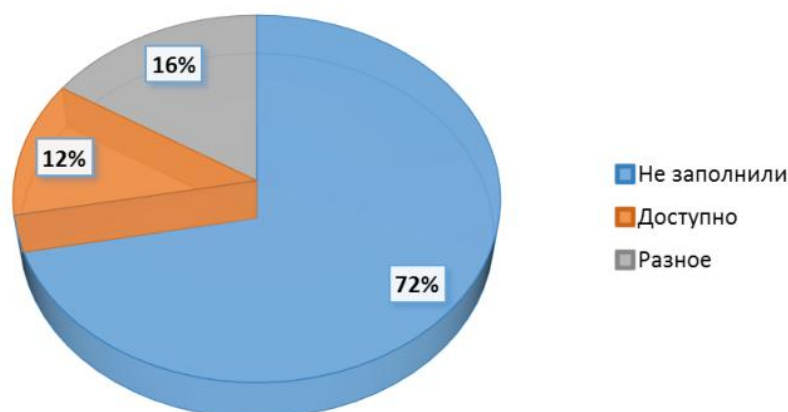
Диаграмма 4



Большинство участников (72%) не заполнили пункт анкеты: «Какой(ие) интересующий(ие) вас вопрос(ы) не был(и) освещен(ы) на мероприятии?», что можно охарактеризовать удовлетворенностью содержательной частью мероприятия, о чём свидетельствует оценка респондентами по соответствию ожиданиям по тематической направленности (диаграмма 2) и наличию новой информации проведенных мероприятий (диаграмма 3).

Отметили, что рассмотренные вопросы были представлены доступно и понятно 12 %. У 16 % опрошенных остались вопросы по социальной составляющей в реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, по нормативно-законодательной составляющей медико-социального сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ (диаграмма 5).

«Какой(ие) интересующий(ие) вас вопрос(ы) не был(и) освещены на мероприятии?»



Участниками были обозначены пожелания (сохранена авторская орфография и пунктуация):

1. Информация не только фото, видео, хотелось бы посмотреть на практике.

2. Очень интересно, что были представлены не только теоретические, но и практические информационные материалы. Спасибо!

3. Помещение удобнее.

4. Чаще проводить подобные мероприятия.

5. Организовывать чаще. Какие упражнения проводить с детьми в классах, группах с детьми-инвалидами.

6. Практические обучающие материалы для мед. работников, родителей.

7. Почаще проводить такие мероприятия и желательно на базе реабилитационного центра для наглядного примера.

Таким образом, показатели результатов опроса свидетельствуют о положительной оценке содержательной и организационной сторон реализации межведомственных мероприятий и необходимости дальнейшего их проведения с учётом пожеланий участников. Проведение обучающих мероприятий в режиме видеоконференцсвязи обеспечило широкий охват аудитории по совершенствованию практической компетентности специалистов и в дальнейшем будет способствовать позитивным изменениям в решении вопросов обеспечения реабилитационной и абилитационной помощи как одного из основных направлений медико-социального реабилитационного процесса.

Для достижения необходимого уровня информированности родителей, воспитывающих

детей с особенностями развития и специалистов, осуществляющих работу с детьми с особенностями развития и их семьями, был разработан и размещён на официальном сайте Департамента здравоохранения (<https://dzhmao.ru/>) информационный раздел «Развитие сети опорных реабилитационных и образовательных центров, обеспечивающих работу с детьми, имеющими особенности развития в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре «Мы вместе». Данный раздел включает: информационно-методические материалы для родителей, информационные материалы по мероприятиям «дорожной карты», информацию о школах для обучения родителей навыкам ухода и реабилитации в домашних условиях за детьми, имеющими особенности развития, благотворительные фонды и общественные организации, осуществляющие деятельность по оказанию помощи детскому населению. В подразделе «Полезные ссылки» даётся информация по оказанию первой помощи, подготовке к исследованиям, по особенностям развития детей с нарушением зрения и с нарушением слуха.

К информационному разделу обратились за период 2016 года (сентябрь-декабрь) 82 пользователя, за 11 месяцев 2017 года 552 пользователя, что подтверждает интерес пользователей и актуальность использования информационного раздела.

Выполняя социальную политику государства и региона по формированию и развитию эмпатии и толерантности молодежного общества к семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья был

проведён региональный заочный конкурс для студентов «Мы вместе», посвященный Международному дню инвалидов.

Актуальная тема вызвала отклик у молодежи – на конкурс было представлено 43 работы в двух номинациях:

- Фоторабота «Вместе мы сможем больше» и «Мы вместе: моя семья» – 21 работа;

- Рисунок «Вместе мы сможем больше» и «Мы вместе: моя семья» – 22 работы.

В конкурсе приняли участие студенты со средним профессиональным образованием учреждений: БУ ПО «Урайский политехнический колледж», БУ ПО «Няганский технологический колледж», БУ ПО «Лангепасский политехнический колледж», БУ ПО «Когалымский политехнический колледж», АУ ПО «Сургутский политехнический колледж», БУ ПО «Радужнинский политехнический колледж», БУ ПО «Советский политехнический колледж».

В представленных работах было отражено самое важное: чтобы нуждающиеся в помощи верили в свои возможности и реализовывали их, а те, кто способны помочь, понимали, что важны не слова жалости, а «отношения на равных» и реальная помощь, основанная на уважении к человеку.

Безусловно, выполнение задач по организационному, техническому и информационно-аналитическому сопровождению мероприятий является лишь одной из составляющих частей всего обеспечивающего процесса медицинского обслуживания, реабилитации и социализации детей с особенностями развития.

Вместе с тем нельзя не согласиться, что средством достижения необходимого качества любой услуги именно этой составляющей отводится немаловажное значение.

В заключении слова благодарности хотелось бы выразить специалистам медицинских организаций, оказывающим активное и конструктивное содействие в проведении обучающих мероприятий:

- БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница» – главному врачу Жевелик О.Д., медицинскому психологу Е.В. Кайнаряя;
- БУ «Сургутская окружная клиническая больница» – главному врачу Г. Н. Шестаковой, заведующей педиатрическим отделением О.А. Буренковой, врачу детскому эндокринологу Л.В. Миногиной, врачу-пульманологу Цибиной Е.Б. ;

- БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница» – главному врачу Качальской Я.В., заведующему кабинетом медицинской профилактики Ковалёву К.А., врачу-психиатру, медицинскому психологу Белозерцевой Е.А.

Спасибо всем специалистам, обеспечивающим организацию приема на обучающие мероприятия в режиме видеоконференцсвязи специалистов организаций, подведомственных Департаменту социального развития и Департаменту образования и молодёжной политики Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, а также слаженную работу в трансляции мероприятий на базе медицинских организаций:

- БУ «Белоярская районная больница»;
- БУ «Когалымская городская больница»;
- БУ «Кондинская районная больница»;
- БУ «Лянторская городская больница»;
- БУ «Лангепасская городская больница»;
- БУ «Мегионская городская больница №1»;
- БУ «Мегионская детская городская больница «Жемчужинка»;
- БУ «Няганская окружная больница»;
- БУ «Нижневартовская окружная клиническая больница»;
- БУ «Нижневартовская городская детская поликлиника»;
- БУ «Нефтеюганская районная больница»;
- БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница»;
- БУ «Радужнинская городская больница»;
- АУ «Советская районная больница»;
- БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №1»;
- БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3»;
- БУ «Урайская городская клиническая больница»;
- БУ «Югорская городская больница».

Список литературы

1. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities.
2. <http://www.childspace.by/o-nas.html>.

© Шереметьева В.В., 2017

УДК 614.88

О РЕЗУЛЬТАТАХ АНАЛИЗА СТРУКТУРЫ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ К ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ГОРОДА СУРГУТА

Ершов В.И.,
главный врач БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»
Сааманов Ю.М.,
заместитель руководителя
медицинской организации по медицинской части
БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»
Раджабова И.К.,
врач скорой медицинской помощи
БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»
Шилоносова Л.М.,
врач скорой медицинской помощи
БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»

В данной статье представлены результаты анализа структуры вызовов скорой медицинской помощи к детскому населению города Сургута за период с 2012 по 2016 годы. Вызовы при болезнях органов дыхания занимают первое ранговое место в структуре всех вызовов к детскому населению и составляют 55,3% случаев. При этом, при болезнях органов дыхания в 78,4% случаях бригады скорой медицинской помощи выезжали по поводу острых инфекций дыхательных путей множественной и неуточненной локализации. В 2016 году в сравнении с 2012 годом отмечен рост числа выездов бригад скорой медицинской помощи к детям по поводу заболеваний органов дыхания во всех группах нозологий, с наибольшим приростом выездов в 2,4 раза к детям при остром бронхите. В 38,4% случаях выезды бригад скорой медицинской помощи к детскому населению при заболеваниях органов дыхания осуществлялись к детям периода раннего детства (от 1 до 3 лет).

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, детское население, структура вызовов скорой медицинской помощи

Введение

Высокие темпы научного развития педиатрии и огромное количество новой информации диктуют настоятельную необходимость серьезной аналитической работы, которую должны проводить специалисты. Итогом этой деятельности становятся руководства, суммирующие основные достижения доказательной медицины в области профилактики, диагностики и лечения самых различных заболеваний [1].

Как указывает С.Ф. Багненко (2015), одной из основных функций станции и отделений скорой медицинской помощи (СМП) является организация и оказание СМП взрослому и детскому населению вне медицинской организации в круглосуточном режиме [4]. При этом, согласно Порядку оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (утв. приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. №388н), количество и профиль выездных бригад СМП устанавливаются с целью круглосуточного обеспечения населения скорой, в том числе скорой

специализированной, медицинской помощью, с учетом численности, плотности и возрастной структуры населения территории обслуживания и ряда других показателей.

Необходимость рационального использования ресурсов здравоохранения, планирования деятельности по обеспечению своевременного и качественного оказания СМП, в том числе и детскому населению выездными бригадами СМП, в том числе и педиатрическими, в современных условиях определяют актуальность выбранной темы исследования.

Цель исследования

Анализ структуры вызовов СМП к детскому населению города Сургута за 2012-2016 годы. Определение основных нозологий, поводами которых явились вызовы бригады СМП.

Материалы и методы исследования

В соответствии с поставленной целью материалом исследования были определены статистические данные программного комплекса

«АДИС», данные формы отраслевой статистической отчетности №40 «Отчёт станции (отделения), больницы СМП» (Форма №40) за 2012-2015 годы, формы федерального статистического наблюдения №30 «Сведения о медицинской организации» (Форма №30) за 2016 год. В ходе проведения анализа применялись статистический и математический методы анализа.

Результаты и обсуждение

При проведении анализа классы заболеваний в структуре вызовов к детскому населению на территории города Сургута за 2012-2016 годы, составляющие менее 1%, а именно класс II (C00-D48) Новообразования, класс III (D50-D89) Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, класс IV (E10-E90) Болезни эндокринной системы, расстройства

питания и нарушения обмена веществ, класс V (F00-F99) Психические расстройства и расстройства поведения, класс VII (H00-H59) Болезни глаза и его придаточного аппарата, класс IX (I00-I99) Болезни системы кровообращения, класс XIII (M00-M99) Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, класс XV (O00-O99) Беременность, роды и послеродовый период, класс XVII (Q00-Q99) Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения, класс XVIII (R00-R99) Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях не классифицированных в других рубриках, класс XX (V00-Y98) Внешние причины заболеваемости и смертности, класс XXI (Z00-Z99) Факторы, влияющие на состояния в учреждениях здравоохранения, объединены в раздел «Прочие», что в общем от всех случаев составило 2,4%.

Таблица 1

Количество вызовов СМП к детскому населению по классам заболеваний (МКБ-10)

Класс заболевания	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	Всего	%
Класс I (A00-B99) Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	3678	4086	4270	3986	4639	20659	12,6
Класс VI (G00-G99) Болезни нервной системы	631	579	690	698	858	3456	2,1
Класс VIII (H60-Y95) Болезни уха и сосцевидного отростка	379	424	441	524	499	2267	1,4
Класс X (J00-J99) Болезни органов дыхания	15669	19980	16692	18886	19486	90713	55,3
Класс XI (K00-K93) Болезни органов пищеварения	3037	3695	3875	3877	4025	18509	11,3
Класс XII (L00-L99) Болезни кожи и подкожной клетчатки	173	944	1074	1009	847	4047	2,5
Класс XIV (N00-N99) Болезни мочеполовой системы	411	326	387	347	355	1826	1,1
Класс XVI (P00-P96) Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	135	338	374	378	387	1612	0,9
Класс XIX (S00-T98) Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	2767	2849	2801	3055	3129	14601	8,9
Прочие (C00-D48) (D50-D89) (E10-E90) (F00-F99) (H00-H59) (I00-I99) (M00-M99) (O00-O99) (Q00-Q99) (R00-R99) (V00-Y98) (Z00-Z99)	2322	1138	930	1001	1027	6418	3,9
Итого	29202	34359	31534	33761	35252	164108	100

Как следует из таблицы 1, в структуре вызовов СМП к детскому населению вызовы при болезнях органов дыхания занимают первое ранговое место и составляют 55,3% случаев. На втором ранговом месте находятся вызовы к детям при некоторых инфекционных и паразитарных болезнях, они составляют 12,6% случаев. Болезни органов пищеварения составляют 11,3% и занимают третье ранговое место в структуре вызовов. Четвертое ранговое место занимают вызовы по поводу травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин, встречаются такие вызова в 8,9 % случаях. Болезни кожи и подкожной клетчатки находятся на пятом ранговом месте и в структуре вызовов составляют 2,5% случаев. Далее категория прочих вызовов составила 3,9%, болезни нервной системы 2,1%, болезни уха и сосцевидного отростка – 1,4%, болезни мочеполовой системы – 1,1%, и в наименьшем количестве встречаются отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, они составляют 0,9% случаев.

Также проведен анализ структуры вызовов к детскому населению по классу X (J00-J99) Болезни органов дыхания. Заболевания по кодам МКБ-10 с частотой менее 1% в структуре вызовов в данной группе, а именно вызовы к пациентам с диагнозами Острый назофарингит (J00), Острый синусит (J01), Острый фарингит (J02), Острый обструктивный ларингит (J05), Грипп (J10), Грипп вирус не идентифицирован (J11), Пневмония (J12-J18), Острый бронхолит (J21), Острая респираторная инфекция нижних дыхательных путей неуточненная (J22), Другие болезни верхних дыхательных путей (J30-J39), Хронические болезни нижних дыхательных путей (J40-J43), Другая хроническая обструктивная легочная болезнь (J44), Астма (J45), Болезни легкого, вызванные внешними агентами (J60-J70), Другие респираторные болезни, поражающие главным образом интерстициальную ткань (J80-J84), Гнойные и некротические состояния нижних дыхательных путей (J85-J86), Другие болезни плевры (J90-J94), Другие болезни органов дыхания (J95-J99), объединены в раздел «Прочие», что составило 1,8%.

Таблица 2

Структура вызовов к детскому населению по классу X (J00-J99) Болезни органов дыхания

Болезни органов дыхания	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	Всего	%
Острый тонзиллит (J03)	2243	2613	2550	2838	3029	13273	14,6
Острый ларингит и трахеит (J04)	526	587	518	749	853	3233	3,6
Острые инфекции дыхательных путей множественной и неуточненной локализации (J06)	12449	16202	13150	14529	14740	71070	78,4
Острый бронхит (J20)	194	239	204	357	466	1460	1,6
Прочие (J00, J01, J02, J05, J10, J11, J12-J18, J21, J22, J30-J39, J40-J43, J44, J45, J60-J70, J80-J84, J85-J86, J90-J94, J95-J99)	257	339	270	413	398	1677	1,8
Всего	15669	19980	16692	18886	19486	90713	100

Как видно по данным таблицы 2, в структуре вызовов к детскому населению по классу X (J00-J99) Болезни органов дыхания в

78,4% случаях бригады СМП выезжают по поводу Острых инфекций дыхательных путей множественной и неуточненной локали-

РЕГИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

зации (J06). В 14,6% случаях выезды бригад СМП осуществлялись к пациентам по поводу Острого тонзиллита (J03) и в 3,6% случаях по поводу Острого ларингита и трахеита (J04). При прочих поводах бригады СМП выезжа-

ли в 1,8% случаях, а при Остром бронхите (J20) в 1,6% случаях. Объективно, структура вызовов к детскому населению по классу X (J00-J99) Болезни органов дыхания представлена на рисунке.



Рис. Диаграмма структуры вызовов к детскому населению по классу X (J00-J99) Болезни органов дыхания

Вместе с тем, в 2016 году в сравнении с 2012 годом наблюдается рост числа выездов бригад СМП к детям по поводу заболеваний органов дыхания во всех группах нозологий. При этом наибольший прирост, в 2,4 раза, составили выезды к детям при остром бронхите (J20). На 67,5% увеличилось количество выездов к детям при остром ларингите и трахеите (J04). По прочим заболеваниям количество выездов увеличилось на 54,9%, а по поводу острого тонзиллита (J03) на 35%. Количество выездов бригад СМП к детям с острыми инфекциями дыхательных путей множественной и неуточненной локализации (J06) увеличилось на 14,7%.

Следует отметить, что за период с 2012 по 2016 годы частота выездов бригад СМП в целом по учреждению увеличилась на 5%, при этом к детскому населению увеличилось на 20,7%. Прирост детского населения города Сургута в указанном периоде составила 20,3% [2]. Это является одной из причин роста количества вызовов бригад СМП к детскому населению по поводу заболеваний органов дыхания.

В таблице 3 представлены данные о структуре болезней органов дыхания (J00-J99) детского населения по возрастным периодам [3], обслуженные бригадами СМП за период с 2012 по 2016 года.

Структура болезней органов дыхания (J00-J99) детского населения по возрастным периодам, обслуженных бригадами СМП

Возраст	2012	2013	2014	2015	2016	Всего	%
от 0 до 1 мес.	51	75	53	66	51	296	0,3
от 1 мес. до 1 года	2901	3516	3242	3615	3671	16945	18,5
от 1 до 3 лет	6013	7016	6318	7921	7863	35131	38,4
от 3 до 7 лет	4973	6770	5197	5364	5657	27961	30,6
от 7 до 12 лет	1355	2048	1289	1391	1494	7577	8,3
от 12 до 17 лет (вкл.)	751	872	593	595	750	3561	3,9
Итого	16044	20297	16692	18952	19486	91471	100

Согласно данным таблицы 3, в 38,4% случаях выезды бригад СМП к детскому населению при заболеваниях органов дыхания (J00-J99) осуществляются к детям периода раннего детства (от 1 до 3 лет). Несколько меньше, в 30,6% случаях, бригады СМП выезжают к детям периода дошкольного возраста (от 3 до 7 лет). В 18,5% случаях выезды осуществлялись к детям грудного возраста (от 1 мес. до 1 года). К детям младшего школьного возраста (от 7 до 12 лет) по данному поводу выезжают в 8,3% случаях, а старшего школьного возраста (от 12 до 17 лет) в 3,9% случаях. Меньше всего, в 0,3% случаях, по поводу заболеваний органов дыхания бригады СМП выезжают к новорожденным (от 0 до 1 мес.).

Таким образом, проведенный анализ структуры вызовов СМП к детскому населению города Сургута за период с 2012 по 2016 годы позволил сделать следующие выводы:

В структуре вызовов СМП к детскому населению, вызова при болезнях органов дыхания занимают первое ранговое место и составляют 55,3% от всех случаев.

По классу X (J00-J99) Болезни органов дыхания в 78,4% случаях бригады СМП выезжают по поводу Острых инфекций дыхательных путей множественной и неуточненной локализации (J06).

В 2016 году в сравнении с 2012 годом отмечается рост числа выездов бригад СМП к детям по поводу заболеваний органов дыхания во всех группах нозологий. При этом, наибольший прирост, в 2,4 раза, составили выезды к детям при остром бронхите.

В 38,4% случаях выезды бригад СМП к детскому населению при заболеваниях органов дыхания (J00-J99) осуществляется к детям периода раннего детства (от 1 до 3 лет).

В целях оптимизации количества выездов бригад СМП к детскому населению по поводу неотложных состояний, требуется провести анализ причин заболеваемости детского населения Острыми инфекциями дыхательных путей множественной и неуточненной локализации (J06) по данным карт вызовов СМП.

Список литературы

1. Баранов, А.А. Педиатрия : национальное руководство : 2 т. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 1. – стр. 7.
 2. Ершов, В.И., Салманов, Ю.М., Раджабова, И.К. Частота выездов бригад скорой медицинской помощи города Сургута к детскому населению // Здравоохранение Югры: Опыт и инновации / Научно-методический журнал, Выпуск №3, 2017г., стр. 33-36.
 3. Шайтор, В.М. Скорая и неотложная медицинская помощь детям : краткое руководство для врачей / В.М. Шайтор. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – стр. 15.
 4. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 12 февраля 2015 г. №14-3/110 О направлении методических рекомендаций «Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации» и «Организация работы стационарного отделения скорой медицинской помощи».
- © Ершов В.И., Салманов Ю.М., Раджабова И.К., Шилоносова Л.М., 2017

**ВПЕРВЫЕ В СУРГУТЕ ПРОШЛА МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ И ИММУНОГЕМАТОЛОГИИ»****Сергеева Я.Ю.,**специалист по связям с общественностью
КУ «Станция переливания крови», г. Сургут

21 сентября 2017 года на базе Сургутского государственного университета впервые в Сургуте прошла межрегиональная конференция по актуальным вопросам трансфузиологии и иммуногематологии, а 22 сентября состоялось совещание руководителей учреждений Службы крови III зоны Российской Федерации. В рамках мероприятия обсуждались вопросы безопасности и качества переливания крови, технические вопросы, связанные с оборудованием и современным оснащением медицинских лабораторий. Конференция объединила два важных направления в медицине: производственную и клиническую трансфузиологию.

Ключевые слова: клиническая трансфузиология, производственная трансфузиология, переливание крови

С приветственным словом к участникам конференции обратился директор Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры Алексей Альбертович Добровольский. Открыл конференцию главный внештатный специалист трансфузиолог Депздрава Югры, главный врач КУ «Станция переливания крови» Юрий Алексеевич Чемакин с докладом «Анализ производственной деятельности учреждений службы крови Ханты-Мансийского автономного округа – Югры». Юрий Алексеевич дал краткую характеристику Службе крови Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, описал структуру службы на текущий момент, охарактеризовал донорство крови по числу активных, первичных, платных и безвозмездных доноров за 2015 и 2016 годы, затронул вопрос о социальных гарантиях донорам крови и её компонентов. Как главный внештатный специалист трансфу-

зиолог Юрий Алексеевич отметил: «Учреждениями Службы крови округа в 2016 году было заготовлено 48 185 литров консервированной донорской крови, что позволило 100% обеспечить возрастающие потребности медицинских организаций автономного округа на обслуживаемой территории вирусобезопасными компонентами и препаратами крови». Станция переливания крови с учётом филиалов заготовила 70% от общего объема консервированной



донорской крови – 33 639 литров. Ключевым достижением в 2016 году стало увеличение производства тромбоцитного концентрата в сравнении с 2015 годом на 26% – аферезным методом в 2016 году было заготовлено 24 446 лечебных доз (3,0*10⁹). В завершении выступления Юрий Алексеевич обозначил приоритетные направления деятельности на 2017 год.

Главным спикером конференции с докладом «Новое в нормативной базе трансфузиологии»



стал д.м.н., профессор, президент Российской ассоциации трансфузиологов, заведующий кафедрой трансфузиологии и проблем переливания крови ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н. И. Пирогова» МЗ РФ – Евгений Борисович Жибурт, г. Москва. В своём выступлении Евгений Борисович осветил такие важные вопросы, как оптимизация принятия решения о гемотрансфузии, включая применение надлежащих показаний, правила и аудит переливания компонентов крови, специфика трансфузий в педиатрии, возможность переливания тромбоцитов иногруппных по системе АВ0 и резус, анализ и профилактика посттрансфузионных осложнений. «Югра, конечно, выглядит очень прилично на мировом уровне, здесь много передовых медицинских технологий, и поэтому сегодняшняя конференция нацелена во многом на обмен опытом. В Югре активно развивается донорство стволовых клеток, донорство костного мозга может быть сейчас на начальном этапе, но за этим будущее и есть о чем поговорить», – отмечает Евгений Борисович. В завершении выступления председатель Совета Российской ассоциации трансфузиологов наградил почётными грамотами за высокую духовность в развитии службы крови Ольгу Анатольевну Новикову – заместителя руководителя по медицинской части, Елену Михайловну Хусанову – заведующую филиалом КУ «Станция переливания крови» в г. Нижневартовск, Елену Васильевну Коноплину – заведующую филиалом КУ «Станция переливания крови» в г. Нефтеюганск и Татьяну Алексеевну Горячкину – заведующую отделом заготовки крови и её компонентов головного учреждения.

На межрегиональной конференции специалисты обсуждали освоение современных мето-

дов и передовых технологий в области трансфузиологии, позволяющих постоянно повышать качество заготавливаемой донорской крови, что даёт возможность обеспечивать возрастающие потребности медицинских организаций вирусобезопасными компонентами и препаратами крови. Среди участников мероприятия были главные врачи станций переливания крови, заместители руководителей по медицинским вопросам, заведующие отделениями переливания крови, врачи-трансфузиологи, медицинские сёстры, научные сотрудники, ординаторы и студенты Медицинского института Сургутского государственного университета. Всего более 200 человек из Москвы, Челябинска, Уфы, Екатеринбурга, Тюмени и Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Также в конференции приняли участие представители фирм, позиционирующих лучшие образцы медицинского и лабораторного оборудования для современного оснащения и модернизации производственной базы учреждений Службы крови. Главные вопросы, которые освещались во всех докладах выступающих – контроль работы лабораторий, способы заготовки тромбоцитов и безопасность переливания компонентов крови в соответствие с отечественными и зарубежными стандартами.

На совещании руководителей учреждений Службы крови III зоны РФ с докладом «Основные показатели производственной деятельности Службы крови III зоны Российской Федерации за 2015-2016 г.г.» выступила главный внештатный специалист трансфузиолог МЗ Челябинской области, главный врач ГБУЗ «Челябинская областная станция переливания крови» (базового учреждения по ОМР службы крови III зоны РФ) Галина Аркадьевна Рудако-



ва. Все показатели работы Службы крови Ханты-Мансийского автономного округа – Югры были представлены в презентации Галины Аркадьевны в сравнении с показателями работы Службы крови III зоны Российской Федерации. Спикер отметила, что наш регион занимает значимое место в оценке работы учреждений, которые занимаются заготовкой, переработкой и хранением донорской крови и её компонентов, а также медицинских организаций, имеющих в своём составе отделения переливания крови.

По итогам межрегиональной конференции «Актуальные вопросы трансфузиологии и им-

муногематологии» была принята резолюция, в которую включены вопросы, выявленные в ходе проведения конференции, а также сформулированы выводы и рекомендации, направленные на усовершенствование работы учреждений Службы крови III зоны РФ.

Конференция такого масштаба в Сургуте проходила впервые, но организаторы и участники уверены, что это далеко не последняя встреча и обсуждения такого уровня станут доброй традицией.

© Сергеева Я.Ю., 2017

УДК 614.255.15

НОВЫЕ ВЕЯНИЯ В РАБОТЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ЮГРЫ

Кузьмичев Д.Е.,

*заведующий отделом аппарата управления –
врач – судебно-медицинский эксперт
высшей квалификационной категории,
член Научно-организационного совета
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»*

В статье описаны возможные пути совершенствования судебно-медицинской службы в ХМАО-Югре, преемственность между наукой и практикой, взаимодействие врачей клинического профиля и морфологами.

Ключевые слова: научно-организационный совет КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», наука, практика.

*«...Ученье без размышления бесполезно,
но и размышление без ученья опасно...»
Конфуций*

Материалы статьи были доложены и обсуждены на Международной научно-практической конференции «Судебно-медицинская экспертиза» кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова Минздрава РФ г. Москвы и на Межрегиональной научно-практической конференции «Современные судебно-медицинские исследования в Государственных судебно-медицинских экспертных учреждениях» г. Тюмени, вошли в планы проведения образовательных мероприятий.

Введение

КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» является государственным медицинским экспертным учреждением особого типа, выполняющим функции в области судебно-медицинской экспертизы для правоохранительных органов, практического здравоохранения и граждан ХМАО-Югры. Исходя из поставленных задач, каждое экспертное исследование должно быть обоснованным, объективным, всесторонним, независимым, иметь в своей основе научную составляющую на уровне современных мировых и Российских достижений.

Цели и задачи

Российское здравоохранение существенно изменилось в последнее десятилетие. Возрастает значимость организационно-методической, научной работы в организации и повышении качества экспертных исследований, лечебно-диагностического процесса. Особенности работы и научного развития КУ «БСМЭ» являются: территориальная обособленность, удаленность в Югре между структурными подразделениями, ряд других особенностей, в том числе и отсутствие адекватного сотрудничества с имеющейся кафедрой патологоанатомической анатомии и судебной медицины ХМГИ и курсом судебной медицины Медицинского института СГУ. В связи с этим в помощь практикующим врачам (отдела живых лиц, выездных бригад, врачей – танатологов и лабораторных подразделений) в нашем Бюро в феврале 2017 года была организована качественно новая структура – Научно-организационный совет, в состав которого вошли наиболее опытные сотрудники, большинство из которых имеют ученые степени и преподавательский стаж работы.

Материалы и методы

Правовую основу деятельности Научно-организационного совета составляют (далее по тексту – Совет):

- Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ»;
- Устав Учреждения;
- Нормативные документы Минздрава РФ;
- Коллективный договор Учреждения;
- Положение о Научно-организационном совете КУ ХМАО-Югры «БСМЭ» от 13.02.2017;
- Иные нормативные документы, касающиеся сферы деятельности Научно-организационного совета КУ ХМАО-Югры «БСМЭ».

В сферу деятельности Совета входят сбор информации о научно-исследовательской деятельности, развитие научной, научно-организационной инфраструктуры, планирование, координация и контроль научно-исследовательской деятельности всех подразделений Учреждения, организация научно-практических мероприятий (конференций, семинаров, круглых столов) с целью улучшения инновационной деятельности, улучшение инвестиционной

привлекательности выполняемых научно-исследовательских работ, совершенствование методов управления и организации научно-практической деятельности с учетом новых социально-экономических условий.

Основными функциями Совета являются:

- осуществление перспективных текущих и плановых научно-исследовательских работ и организационных мероприятий;
- анализ состояния инновационной деятельности в масштабах Учреждения и всех его структурных подразделений;
- организация и проведение научно-практических конференций, семинаров, совещаний, симпозиумов;
- сбор информации о научно-исследовательской деятельности Учреждения и составления годовой отчетности;
- разработка нормативной базы по организации научно-исследовательской деятельности Учреждения;
- разработка и внедрение предложений по совершенствованию научно-исследовательской деятельности Учреждения, практических рекомендаций по рациональной организации документооборота;
- организация научных связей с ВУЗами, научными учреждениями, иными организациями (российскими и зарубежными);
- обобщение опыта молодежной научно-исследовательской деятельности;
- представление Учреждения на различных мероприятиях по инновационной деятельности;
- учет и отчетность по использованию на практике инновационных предложений работников Учреждения;
- оценка структурных подразделений в области научной деятельности;
- контроль выполнения заданий, предусмотренных планами научно-исследовательских работ, договорных обязательств.

Порядок работы Совета

Состав Совета утверждается приказом начальника Учреждения. Решением Совета избираются председатель и секретарь. Заседания Совета проводятся по мере необходимости, но не реже 1 раза в месяц, в том числе в дистанционном формате с помощью каналов ком-

муникации (телефонная связь, Скайп, аналогичные программные продукты, электронные почтовые ящики и т.д.). Совет осуществляет свою деятельность во взаимодействии со всеми структурными подразделениями Учреждения, в свою очередь Учреждение обеспечивает деятельность Совета необходимыми ресурсами (финансовыми, кадровыми, информационными, коммуникационными и др.).

Результаты

За текущий период деятельности Совета, т.е. с момента организации по настоящее время, проделана следующая научно-практическая работа:

1. Издана монография «О роли морфометрии сердца в практической деятельности врача - морфолога».
2. Издано методическое пособие «Основы морфометрии печени».
3. Издано методическое пособие «Диффузное аксональное повреждение головного мозга в практике врача - танатолога».
4. Вышеуказанные научные работы прошли рецензию действующих докторов и кандидатов медицинских наук в разных отраслях медицинской науки.
5. Издан журнал «Расширенная научно-практическая конференция. Опыт работы организационно-методических служб государственных учреждений судебно-медицинской экспертизы УрФО».

В различных изданиях г.г. Ханты-Мансийск, Тюмень, Москва, Барнаул, Новосибирск, Пермь, Ижевск опубликовано порядка 14 научно-практических, обзорных работ в виде статей, тезисов, охватывающих разнообразные разделы медицины – статистические данные, инновационные моменты в модернизации отчетов, морфологические особенности некоторых заболеваний, травм, отравлений, проблемы экспертизы живых лиц и трупов, вопросы суицидологии, редкие случаи из практики, качества оказания медицинской помощи, проблемные вопросы клинического профиля и др.

Кроме того, сотрудники Совета выступили с рядом актуальных лекций и докладов на медицинских конференциях разного уровня, в том числе и в рамках образовательного мероприятия системы НМО, организовали и провели в Югре (для клиницистов и морфологов) по-

рядка 5 тематических научно-практических судебно-медицинских конференций, семинаров, мастер-классов.

В настоящее время готовятся к выпуску порядка трех учебно-методических пособий: «Морфометрия легких для морфологов, хирургов и врачей функциональной диагностики»; «Особенности судебно-химических исследований»; «Некоторые особенности осмотра места происшествия при катастрофах, террористических актах. Алгоритм врача - танатолога», отправлено в медицинские издания порядка десяти научно-практических статей, идет подготовка к ежегодной судебно-медицинской конференции в Югре в 2018 году, осуществляется активное взаимодействие с пресс-службой учреждения по актуальным вопросам деятельности. На сегодняшний день сформированы устойчивые научно-практические связи с кафедрами судебной медицины и медицинского права РУДН и Московского государственного медико-стоматологического университета, МИАЦ ХМАО-Югры, МИАЦ Тюменской области.

Выводы

Таким образом, вся работа Научно-организационного совета КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» максимально направлена на прикладное значение для врачей – судебно-медицинских экспертов, лабораторных подразделений, врачей статистиков Учреждения, содействие развитию научной и инновационной деятельности Учреждения, осуществление содействия и улучшения качества экспертных исследований на основе научной новизны, внедрение в практику новых методов, повышение деловой квалификации специалистов структурных подразделений Учреждения, консультативных услуг, разработку нормативных, информационных и методических материалов для предоставления в структурные подразделения. Создаются предпосылки для более тесного профессионального взаимодействия врачей клинического профиля и морфологов, преискусственности в медицине, что, в конечном счете, в средне- и долгосрочной перспективе положительно влияет на весь лечебный процесс, в том числе и доказательную медицину, и дает полное представление о заболеваниях, их диагностике, профилактике и лечении.

Следовательно, работа Совета направлена на преемственность между наукой и практикой, между работой врачей клинического профиля и морфологов.

Литература

1. Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ».

2. Устав КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы».
3. Положение о Научно-организационном совете КУ ХМАО-Югры «БСМЭ» от 13.02.2017.
4. http://www.wisdoms.ru/tsitati_pro_uchene_nauku_i_obrazovanie.html.

© Кузьмичев Д.Е., 2017

УДК 614.283

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ПРОВЕДЕННЫМ ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГАЗОВОГО ХРОМАТОГРАФА С МАСС-СЕЛЕКТИВНЫМ ДЕТЕКТОРОМ

Зырянов С.А.,

врач - психиатр-нарколог

БУ «Сургутская клиническая психоневрологическая больница»

Новиков А.П.,

Главный внештатный специалист психиатр-нарколог

Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры,

главный врач БУ «Сургутская клиническая психоневрологическая больница»

Магдеев Р.В.,

заместитель руководителя по организационно-методической работе

БУ «Сургутская клиническая психоневрологическая больница»

Информация предоставляется специализированными наркологическими больницами 2 уровня по приказу Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 31.12.2014 № 1428 «О совершенствовании оказания наркологической помощи на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры» ежеквартально нарастающим итогом на основании письма КУ ХМАО – Югры «СКПНД» от 28.05.2015 № 02-11/1481.

Ключевые слова: химико-токсикологические исследования, газовый хроматограф, оказание наркологической помощи

Условные обозначения в справке:

СК – синтетические каннабимиметики;

ПАВ – психоактивные вещества;

ТГК – тетрагидраканнабинол, в общем смысле – растительные каннабимиметики;

ЛС – лекарственные средства;

ХТИ – химико-токсикологические исследования;

ХТЛ – химико-токсикологическая лаборатория;

МО – муниципальное образование;

ПНБ – психоневрологическая больница.

В масштабе ХМАО – Югры.

Количество исследований на тысячу человек среднегодового населения территории автономного округа составило 6,27 (10265).

Количество исследований на тысячу человек среднегодового населения зоны курации

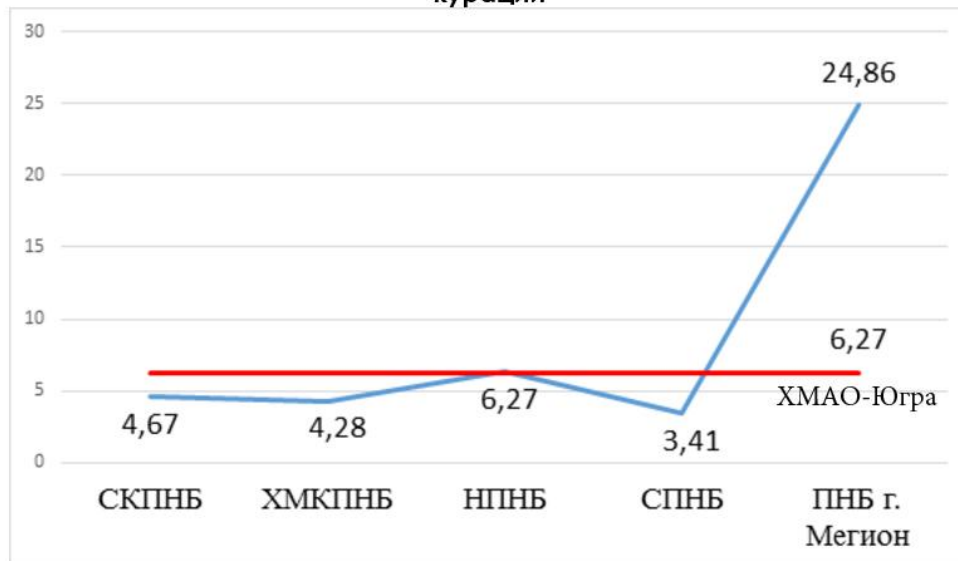


Таблица 1

Количество и доля обнаружения различных веществ

Всего	10265	100,00%
Не обнаружено	7332	71,43%
Этанол	1190	11,59%
Стимуляторы	868	8,46%
Лек. Ср-ва	262	2,55%
СК	250	2,44%
ТГК	186	1,81%
Сочетания ПАВ	97	0,94%
Опиаты	80	0,78%

Диаграмма 2

Количество и доля обнаружения различных веществ

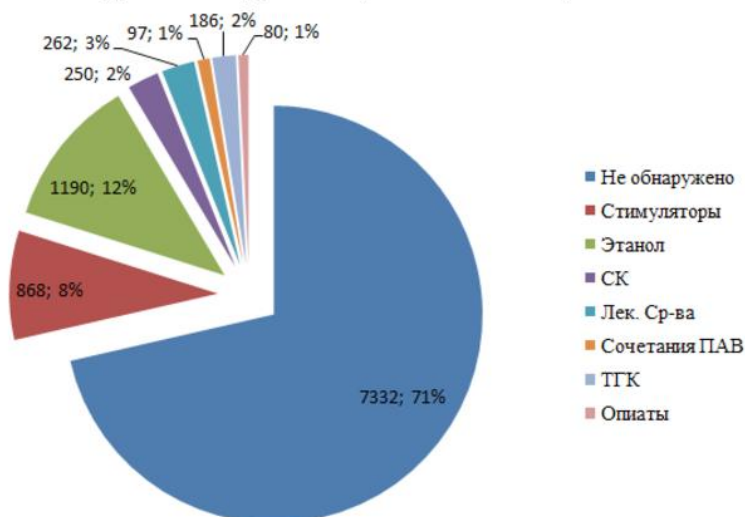


Таблица 2

Таблица 3

**Количество проведенных ХТИ
(за исключением данных «Не
обнаружено» за 9 месяцев 2017 года)**

Всего ХТИ проведено	10265	100,00%
Мегион	2629	25,61%
Сургут	2550	24,84%
Нижневартовск	2190	21,33%
Ханты-Мансийск	781	7,61%
Нефтеюганск	271	2,64%
Лангепас	252	2,45%
Когалым	250	2,44%
Пыть-Ях	238	2,32%
Югорск	224	2,18%
Урай	202	1,97%
Нягань	123	1,20%
Советский р-он	120	1,17%
Белоярский р-он	99	0,96%
Покачи	82	0,80%
Октябрьский р-он	57	0,56%
Сургутский район	56	0,55%
Кондинский р-он	45	0,44%
Березовский р-он	39	0,38%
Радужный	21	0,20%
Нефтеюганский район	14	0,14%
Нижневартовский р-он	12	0,12%
Талакан	10	0,10%

**Количество ХТИ с подтвержденными
результатами (за исключением данных
«Не обнаружено» за 9 месяцев 2017
года)**

ХТИ с подтвержденными результатами	2933	100,00%
Сургут	704	24,00%
Нижневартовск	628	21,41%
Ханты-Мансийск	373	12,72%
Мегион	310	10,57%
Пыть-Ях	143	4,88%
Когалым	116	3,95%
Лангепас	109	3,72%
Нефтеюганск	91	3,10%
Югорск	91	3,10%
Нягань	79	2,69%
Советский р-он	54	1,84%
Покачи	45	1,53%
Белоярский р-он	41	1,40%
Урай	32	1,09%
Кондинский р-он	27	0,92%
Березовский р-он	24	0,82%
Сургутский район	24	0,82%
Октябрьский р-он	18	0,61%
Радужный	10	0,34%
Нефтеюганский район	6	0,20%
Нижневартовский р-он	6	0,20%
Талакан	2	0,07%
Ханты-Мансийский район	0	0,00%

Стимуляторы

Таблица 4

Территория	Психости- муляторы	из них					
		РVP, а-РVP	MDPV, пи- ровалерон	MDMA	фентер- мин	амфета- мин	PVT
Сургут	335	334	1	0	0	0	0
Нижневартовск	202	201	0	0	0	1	0
Ханты-Мансийск	125	101	24	0	0	0	0
Нягань	43	42	0	1	0	0	0
Югорск	39	34	0	5	0	0	0
Мегион	36	33	1	0	1	1	0
Урай	19	19	0	0	0	0	0
Советский район	16	16	0	0	0	0	0
Нефтеюганск	10	9	1	0	0	0	0
Пыть-Ях	10	10	0	0	0	0	0
Октябрьский район	9	6	0	2	0	0	1

Территория	Психостимуляторы	из них					
		РVP, α-RVP	MDPV, пировалерон	MDMA	фентермин	амфетамин	PVT
Когалым	7	7	0	0	0	0	0
Лангепас	7	5	0	0	2	0	0
Березовский район	3	2	1	0	0	0	0
Кондинский район	3	3	0	0	0	0	0
Белоярский район	2	1	1	0	0	0	0
Нижневартовский район	1	1	0	0	0	0	0
Радужный	1	1	0	0	0	0	0
ХМАО - Югра	868	825	29	8	3	2	1

На представленных ниже гистограммах можно увидеть, что в таких крупных муниципальных образованиях как г. Сургут, г. Нижневартовск, г. Ханты-Мансийск, где имеются крупные транспортные развязки (федеральная автомобильная дорога, железная дорога, аэропорт), а также в других, рядом расположенных муниципальных образованиях (г. Нягань, г. Югорск, г. Мегион, г. Урай и т.д.) уровень выявленных психоактивных веществ из группы психостимуляторов представлен преимущественно α-RVP, РVP – 95,0 % (825 из 868). Также 3,3 % психостимуляторов (29 из 868) представлены

MDPV и соединениями пировалерона (см. диаграмма 3 и диаграмма 4)

Таким образом, в подавляющем количестве случаев обнаруживаются психостимуляторы на подтверждающем этапе ХТИ группы синтетических психостимуляторов РVP, у которых химическая структура близка к MDPV и вызываемый при их употреблении эффект весьма выражен. Стоит отметить, что данные вещества распространяются бесконтактным способом через сеть интернет и стоят значительно дешевле аналогов из группы психостимуляторов.

Диаграмма 3

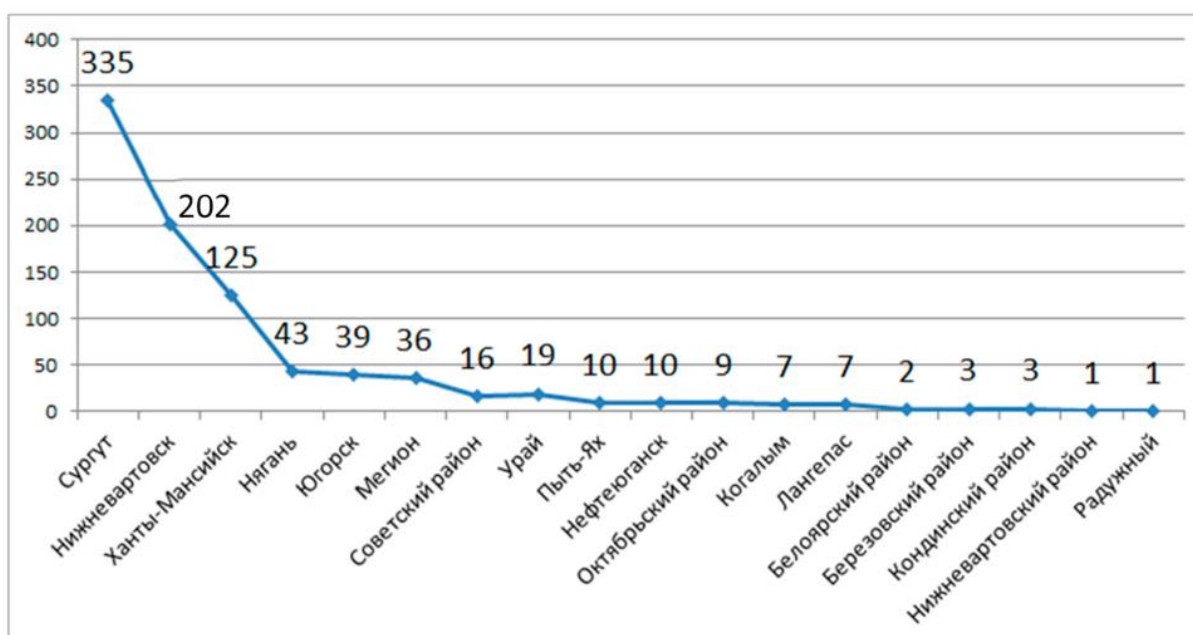
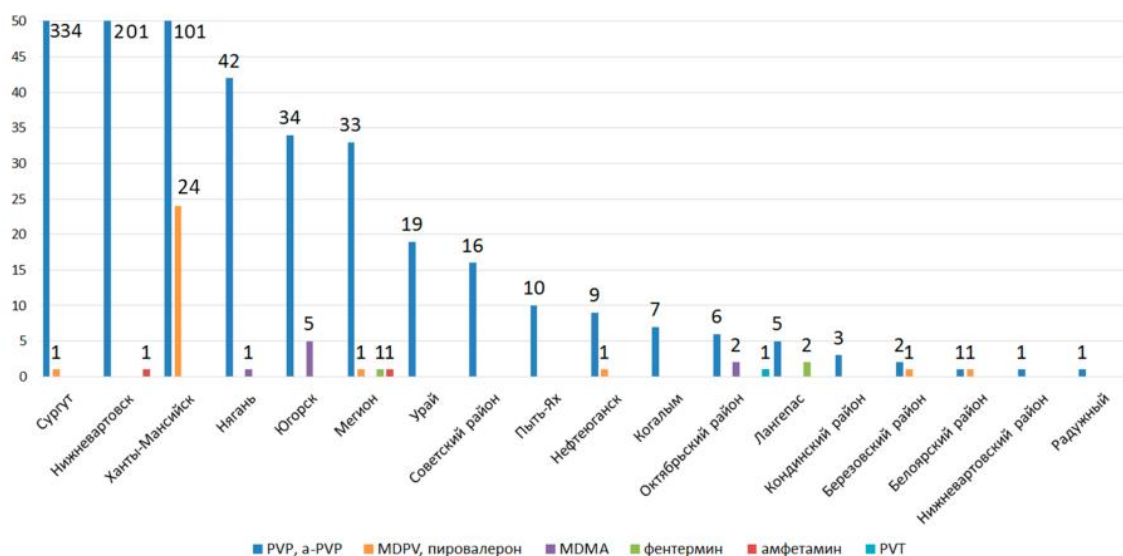


Диаграмма 4



Синтетические каннабимиметики

Таблица 5

Территория	Синте- тические каннаби- миметики	из них							
		Сочета- ния СК	MDMB и другие про- изводные индола	AB- PINACA	ADB- FUBINACA	JWH- 122	AB- CHMINACA	XLP- 11-m 28	JWH- 018
Нижневартовск	72	72	0	0	0	0	0	0	0
Сургут	50	0	30	13	3	0	4	0	0
Нягань	27	26	0	0	0	1	0	0	0
Югорск	25	22	0	0	0	3	0	0	0
Советский район	19	14	0	0	0	5	0	0	0
Мегион	13	2	4	0	3	0	0	4	0
Октябрьский район	9	8	0	0	0	1	0	0	0
Нефтеюганск	7	0	0	0	2	0	4	1	0
Лангепас	7	0	4	1	0	0	2	0	0
Ханты-Мансийск	6	0	1	0	1	0	0	4	0
Белоярский район	3	0	0	0	2	0	0	1	0
Урай	3	3	0	0	0	0	0	0	0
Покачи	3	3	0	0	0	0	0	0	0
Кондинский район	2	0	1	0	0	0	0	0	1
Талакан	2	0	2	0	0	0	0	0	0
Сургутский район	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Нефтеюган-ский район	1	0	1	0	0	0	0	0	0
ХМАО-Югра	250	150	44	14	11	10	10	10	1


**КРУГЛОСУТОЧНО,
БЕСПЛАТНО**



**КОНТАКТ
ЦЕНТР**
8 800 100 86 03

Телефон круглосуточной горячей линии для приема обращений граждан по вопросам оказания, доступности и качества медицинской помощи, лекарственного обеспечения, охраны здоровья, обезболивания на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры 8-800-100-86-03

Граждане Ханты-Мансийского автономного округа – Югры могут обратиться по следующим вопросам:

 **Консультирование и техническая поддержка граждан по вопросам использования информационного ресурса «Электронная регистратура» (<https://er.dzhmao.ru>, регистратура86.рф):**

- запись на прием к врачу;
- порядок создания учетной записи (личного кабинета);
- техническая поддержка.

 **Консультирование граждан об адресах и телефонах медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры:**

- консультирование по вопросам обращений в медицинские организации;
- предоставление информации об адресах и телефонах медицинских организаций, руководителей медицинских организаций.

 **Консультирование и прием обращений граждан по вопросам:**

- оказания доступности и качества медицинской помощи;
- лекарственного обеспечения;
- обязательного медицинского страхования;
- обезболивания на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

 **Прием и передача обращений граждан (жалоб, заявлений, предложений) по подведомственности для принятия решений и подготовки ответов:**

- прием устных обращений (жалоб, заявлений, предложений);
- направление устных обращений (жалоб, заявлений, предложений) в орган исполнительной власти и (или) подведомственные ему организации по компетенции.





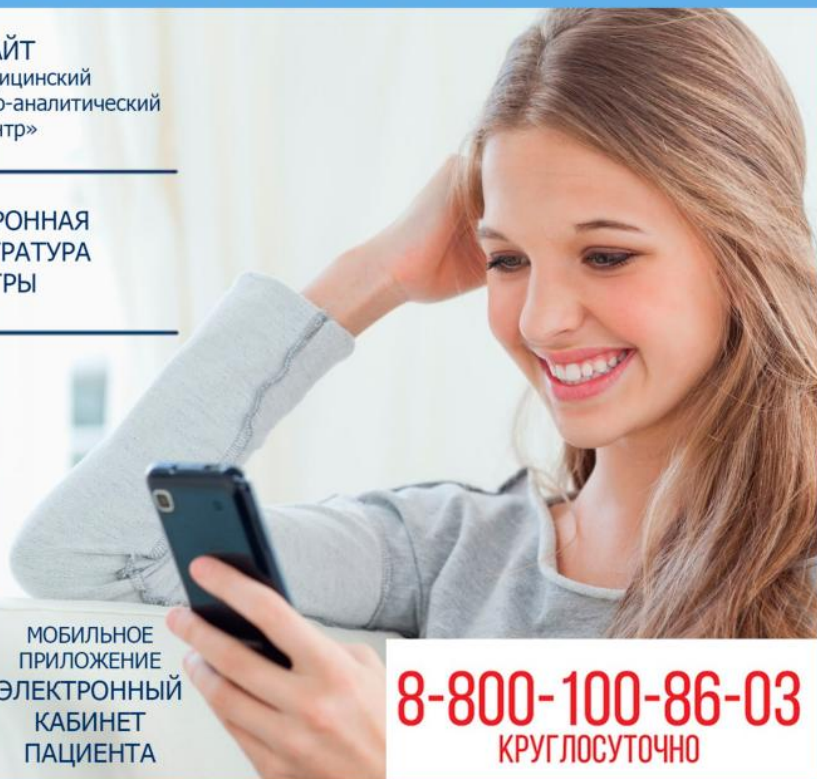
САЙТ
БУ «Медицинский
информационно-аналитический
центр»



ЭЛЕКТРОННАЯ
РЕГИСТРАТУРА
ЮГРЫ

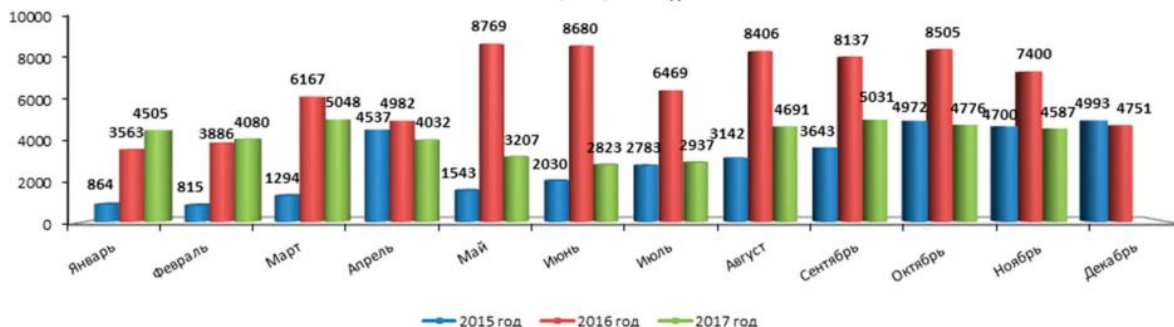


МОБИЛЬНОЕ
ПРИЛОЖЕНИЕ
ЭЛЕКТРОННЫЙ
КАБИНЕТ
ПАЦИЕНТА



8-800-100-86-03
КРУГЛОСУТОЧНО

Динамика обращений поступивших в Контакт-центр
(входящие, исходящие вызовы, электронные сервисы)
за 2015, 2016, 2017 года



Медицинские организации Ханты-Мансийского автономного округа – Югры могут обратиться в контакт-центр по следующим вопросам:

Прием заявок по технической поддержке региональных информационных систем ЕГИСЗ на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

Прием обращений специалистов медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры по вопросам работоспособности региональной информационной системы «Портал Пациента» (<https://er.dzhmao.ru>, регистратура86.рф).

РЕГИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Анализируя табличные данные можно увидеть (см. диаграмма 5, диаграмма 6), что синтетические каннабимиметики на подтверждающем этапе ХТИ определялись в крупных муниципальных образованиях (г. Нижневартовск, г. Сургут, г. Нягань и г. Югорск), кроме этого

преобладает сочетанное употребление синтетических каннабимиметиков – 60,0 % (150 из 250).

Таким образом, можно сделать вывод, что чем более развитая инфраструктура на территории муниципального образования, тем больший объем выявленных ПАВ.

Диаграмма 5

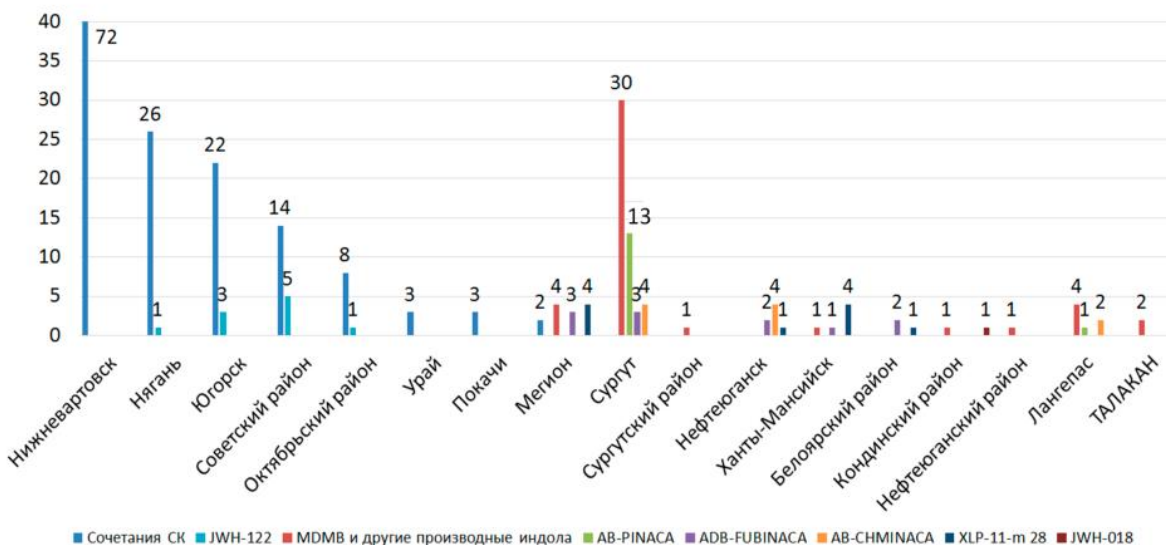
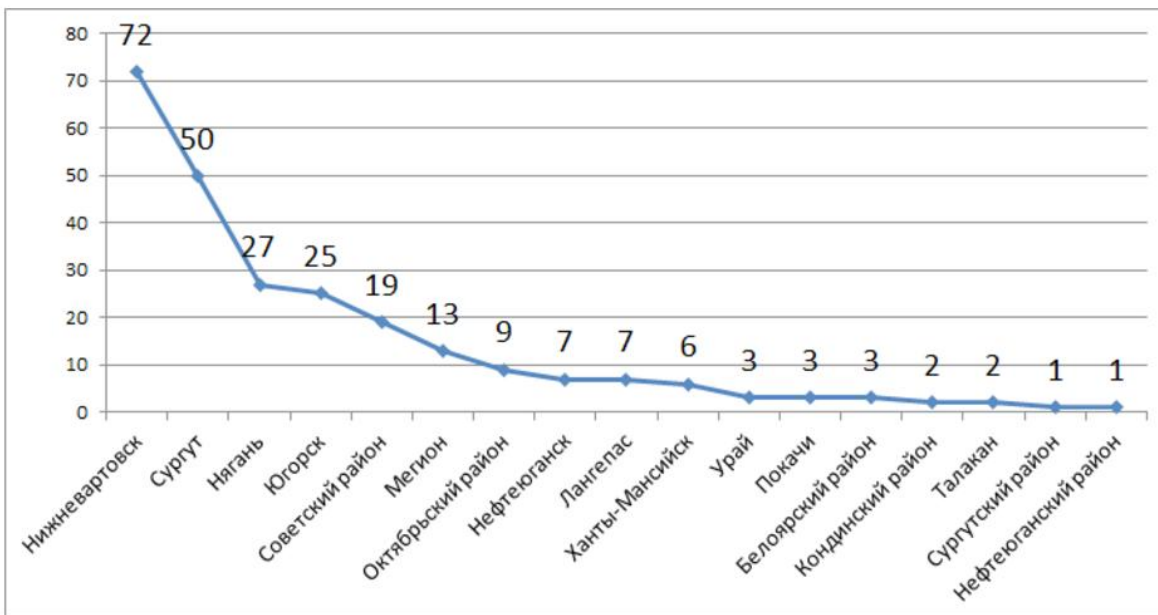


Диаграмма 6



Лекарственные препараты

Таблица 6

Территория	Лекарственные препараты	из них														
		Барби-тураты	Карбама-зепин	Бензодиазепины	Ами-назин	Трук-сал	Диме-арол	Бакло-фен	Фериа-мин, оле-амид	Тро-пика-мид	Ами-трипти-лин	Натрия Оксиду-тират	Ци-кло-дол	До-нор-мил	Аза-дептин	Прега-балин
Ханты-Мансийск	102	35	28	6	10	7	0	3	5	4	1	2	1	0	0	0
Меглон	54	26	15	6	1	0	4	0	0	0	2	0	0	0	0	0
Сургут	31	29	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Нижневартовск	21	20	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Лангелас	13	4	5	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Урай	8	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Югорск	6	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Нягань	6	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Березовский район	5	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Нефтеюганск	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Белоярский район	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Пыть-Ях	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Радужный	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Сургутский район	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Когалым	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Кондинский район	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Советский район	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Покачи	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ханты-Мансийский район	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ХМАО - Югра	262	139	60	14	11	8	7	5	5	4	3	2	1	1	1	1

РЕГИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

При анализе данных по подтвержденным лекарственным препаратам в биологических средах на представленных ниже гистограммах (см. диаграмма 7, диаграмма 8) видно, что в большинстве случаев определялись барбитураты и карбамазепин, в таких крупных муниципальных образованиях как: г. Ханты-Мансийск

– в 34,3 % барбитураты (35) и в 27,5 % – карбамазепин (28), г. Мегион – в 48,1 % барбитураты (26) и в 27,8 % – карбамазепин (15), г. Сургут – в 93,5 % барбитураты (29), и г. Нижневартовск – в 95,2 % барбитураты (20) из группы лекарственных препаратов, подтвержденных в муниципальном образовании.

Диаграмма 7

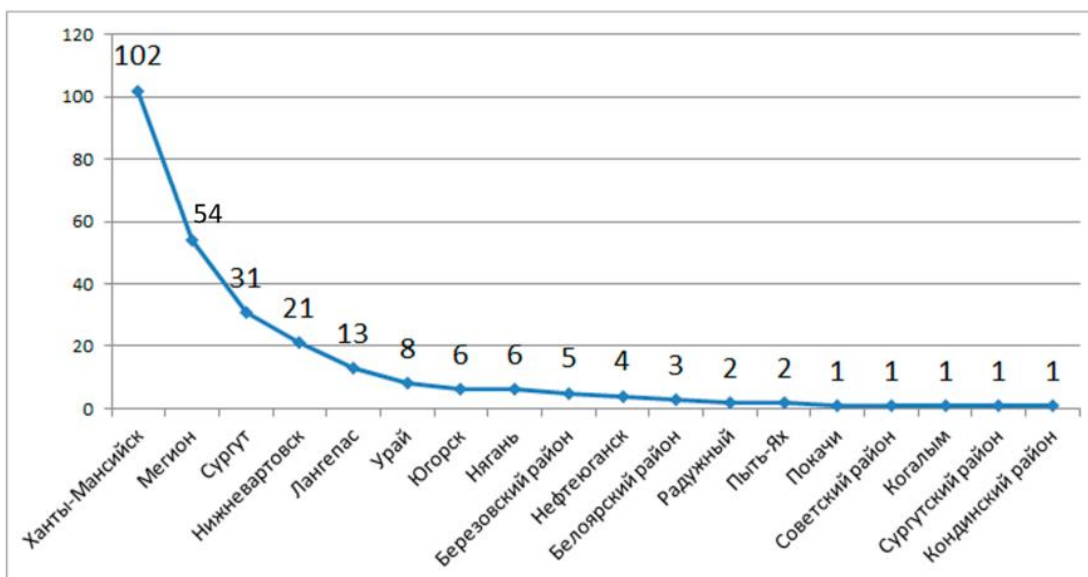
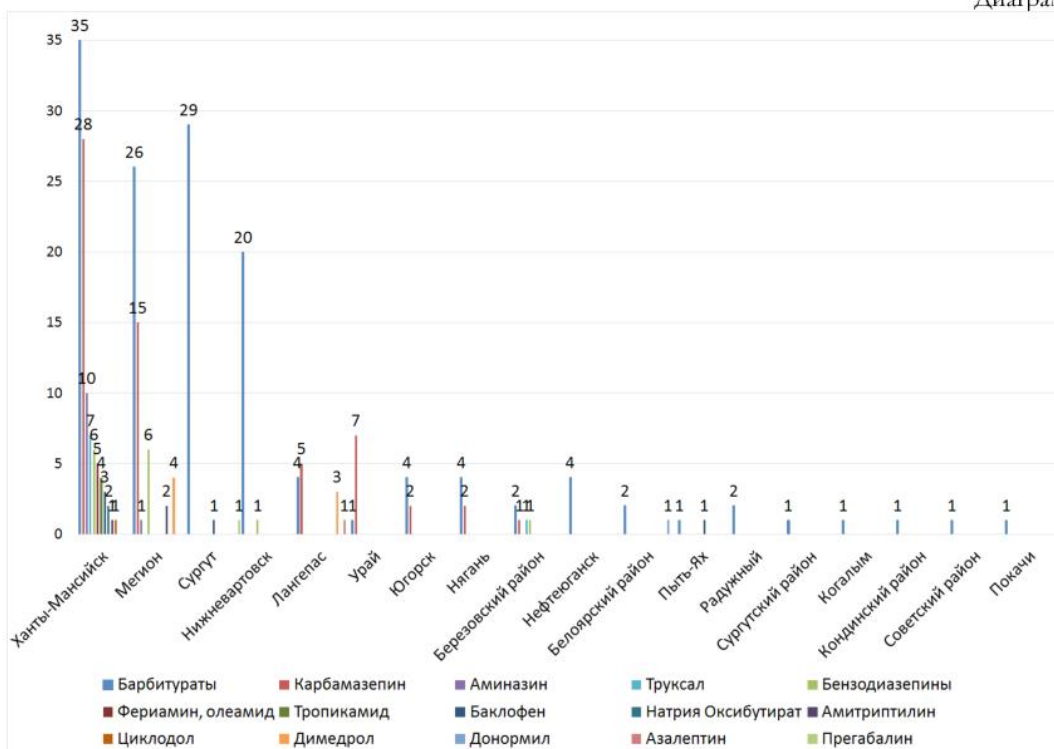


Диаграмма 8



Сочетания ПАВ

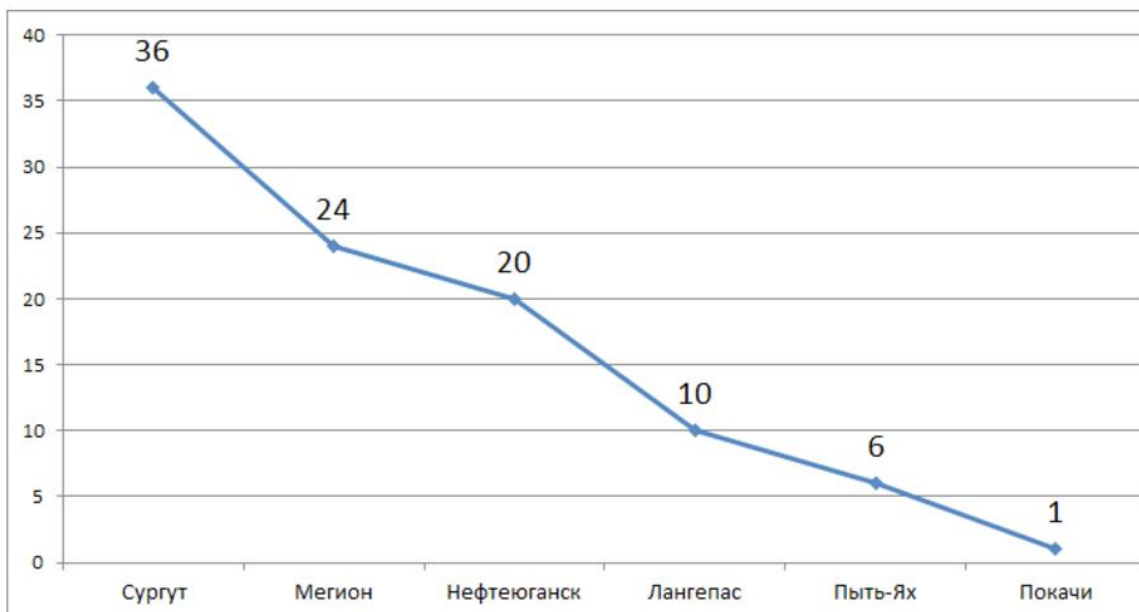
Таблица 7

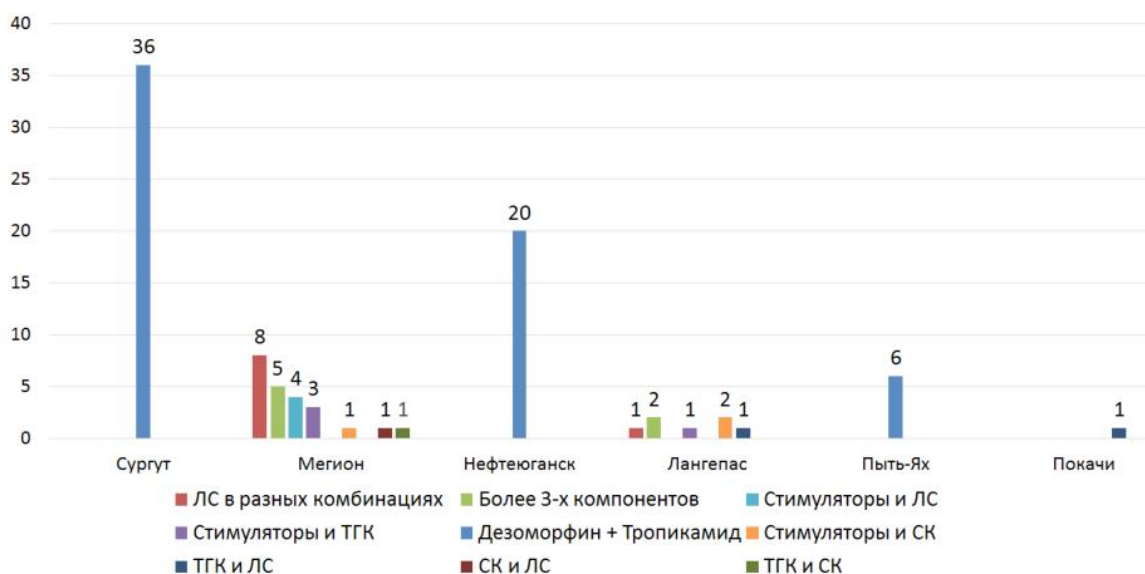
	Сочетания ПАВ	Дезоморфин + Тропициамид	АС в различных комбинациях	Более 3-х компонентов	Стимуляторы и ТГК	Стимуляторы и АС	Стимуляторы и СК	ТГК и АС	СК и АС	ТГК и СК
Сургут	36	36	0	0	0	0	0	0	0	0
Мегион	23	0	8	5	3	4	1	0	1	1
Нефтеюганск	20	20	0	0	0	0	0	0	0	0
Лангепас	7	0	1	2	1	0	2	1	0	0
Пыть-Ях	6	6	0	0	0	0	0	0	0	0
Покачи	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
ХМАО - Югра	93	62	9	7	4	4	3	2	1	1

В группе «Сочетания ПАВ» (см. диаграмму 9, диаграмму 10) по г. Сургуту, г. Нефтеюганску и г. Пыть-Яху подтверждены в 100,0 % случаев – дезоморфин с тропикамидом; в г. Мегион преобладает употребление лекарственных препаратов в различном сочетании, и в том числе,

одновременное употребление более 3-х различных лекарственных препаратов 54,2 % (13 из 23 случаев) и употребление психостимуляторов в сочетании с другими психоактивными веществами – 29,2 % (7 из 23 случаев).

Диаграмма 9





Опиаты

Муниципальные образования западной зоны Югры (Советский район, г. Югорск) и г. Ханты-Мансийск на подтверждающем этапе ХТИ «дают пик» по выявлению опиатов. Так, в г. Югорске в 81,0 % случаев определялся дезо-

морфин и в 19,0 % – кодеин, в Советском районе – в 38,9 % – дезоморфин и в 61,1 % – кодеин. В Ханты-Мансийске в 45,5 % случаев определялся кодеин и дезоморфин соответственно и 9,0 % (1 случай) определился метадон.

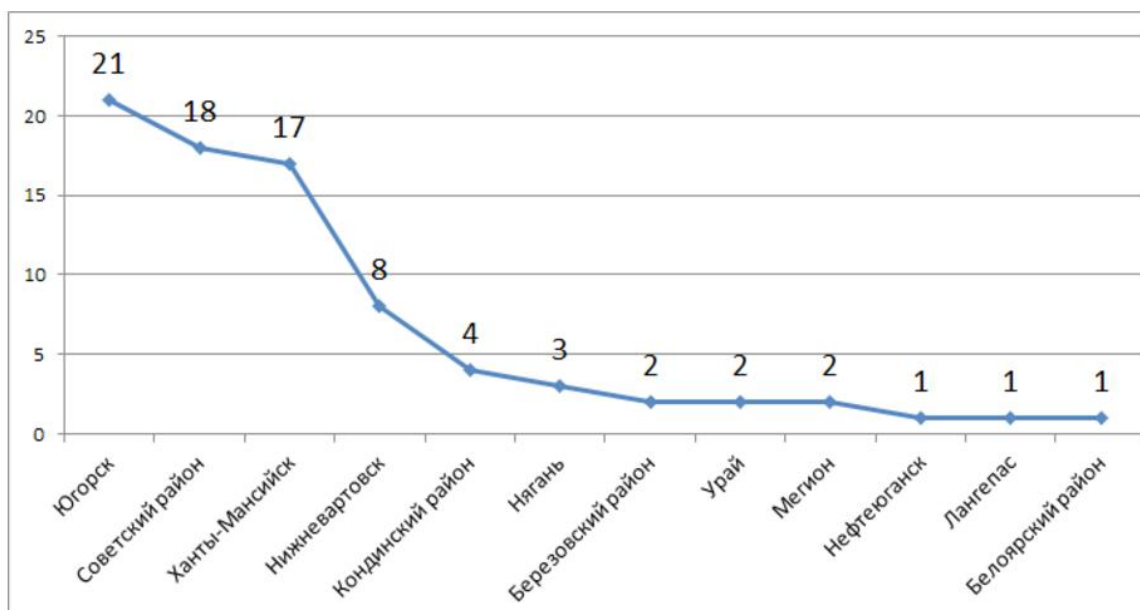
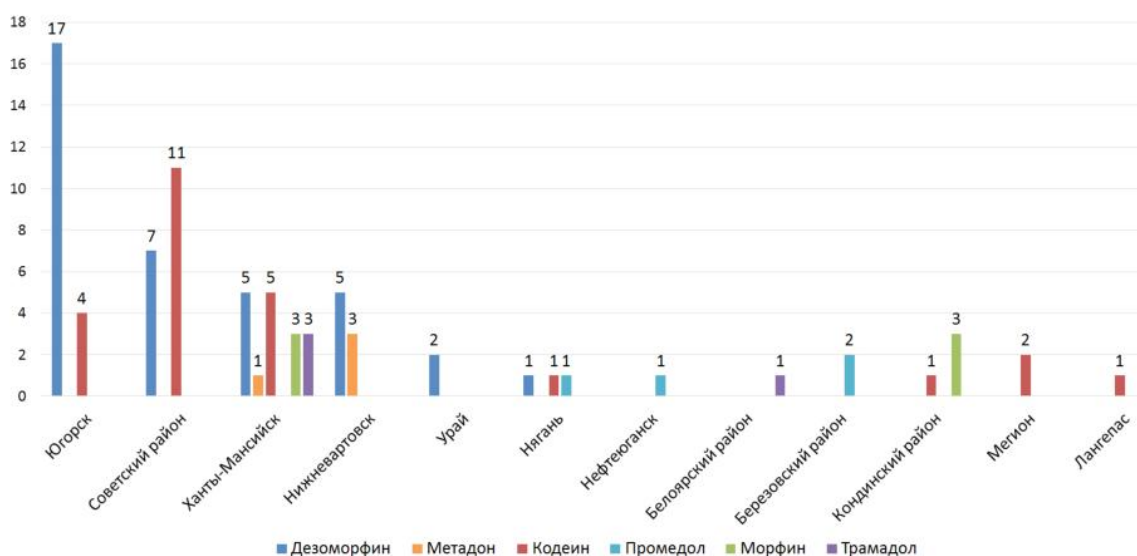


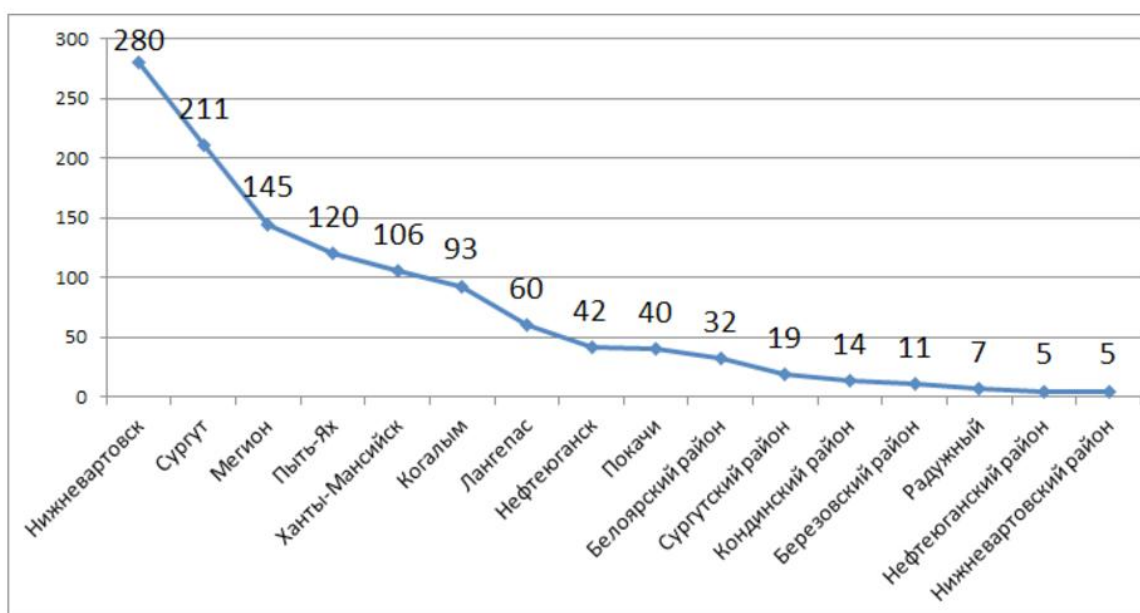
Диаграмма 12



Этанол

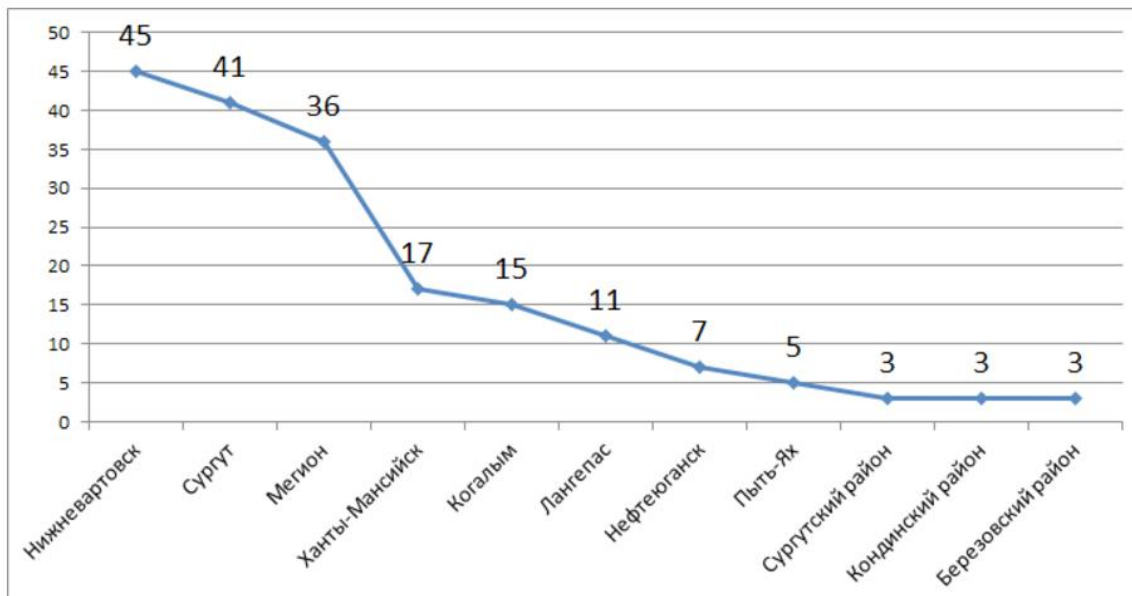
Количество ХТИ с определением алкоголя больше, чем в других муниципальных образованиях, определяются в г. Нижневартовске, г. Сургуте, г. Мегионе, г. Пыть-Яхе, г. Ханты-Мансийске и г. Когалыме (см. диаграмму 13).

Диаграмма 13



Каннабимиметики растительные

Диаграмма 14

**Заключение**

1. Количество химико-токсикологических исследований, по результатам которых не было подтверждено наличие наркотических средств и психоактивных веществ в биологических объектах, составляет 71,43 % (7332 из 10265).

2. Наибольший удельный вес по группам выявленных ПАВ составляют этанол – 40,6 % (1190 из 2933), психостимуляторы – 29,6 % (868), лекарственные средства – 8,9 % (262), синтетические каннабимиметики – 8,5 % (250), ТГК – 6,3 % (186).

3. В крупных муниципальных образованиях с развитой инфраструктурой и наличием крупных транспортных узлов и развязок (железная дорога, автомагистраль, аэропорт) преобладает количество проведенных ХТИ и ХТИ с подтверждающими результатами:

г. Сургут – 704 подтвержденных ХТИ, из них: 335 – психостимуляторы (47,6 %), 50 – синтетические каннабимиметики (7,1 %), ТГК – 41, (5,8 %);

г. Нижневартовск – 628 подтвержденных ХТИ, из них: 201 – психостимуляторы (28,6 %), 72 – синтетические каннабимиметики (10,2 %), ТГК – 45 (6,4 %);

г. Ханты-Мансийск – 373 подтвержденных ХТИ, из них: 125 – психостимуляторы (33,5 %), 102 – лекарственные средства (27,3 %), ТГК и опиаты по 17 (4,6 %);

г. Мегион – 310 подтвержденных ХТИ, из них: 54 – лекарственные средства (17,4 %), ТГК и психостимуляторы по 36 (11,6 %), сочетания ПАВ – 23 (7,4%).

© Зырянов С.А., Новиков А.П.,
Магдеев Р.В., 2017

КОМПЛЕКСНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ОКРУЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ГОРОДА ХАНТЫ-МАНСКИЙСКА

Ершов Е.Г.,

к.м.н., врач-хирург высшей квалификационной категории, бариатрический хирург
БУ «Окружная клиническая больница»

Матюшин В.С.,

заведующий хирургическим отделением №2, врач-хирург высшей квалификационной категории,
врач-онколог, бариатрический хирург БУ «Окружная клиническая больница»

Скоробогатов М.М.,

заместитель руководителя по хирургической помощи
БУ «Окружная клиническая больница»

С 2015 года на базе хирургического отделения №2 БУ «Окружная клиническая больница» оказываются консультативная и лечебная помощь пациентам с ожирением и метаболическим синдромом. Выполняются установка и удаление внутрижелудочных баллонов, продольная резекция желудка. Все бариатрические манипуляции и операции проводятся в условиях стационара после обследования у терапевта – бариатролога на базе «Центра здоровья» БУ «Окружная клиническая больница». Все вмешательства производятся под наркозом.

Ключевые слова: метаболический синдром, ожирение, резекция желудка

По данным Всемирной организации здравоохранения ожирение – одно из самых распространенных патологических состояний организма человека, непосредственно и косвенно влияющих на течение различных патологий органов и систем и опосредованно входящее в течение и развитие метаболического синдрома (МС) (Ю.И. Седлецкий, 2014; Rosenthal, 2011).

С 2008 года в БУ «Окружная клиническая больница» города Ханты-Мансийск (ОКБ) применялись технологии по снижению веса человека, но они носили не обобщенный, комплексный характер, превалировали консервативные и физиотерапевтические методы коррекции лишнего веса пациентов. Так, по данным проведенного в 2010 году в ОКБ анонимного анкетирования больных с различной хирургической патологией и с ожирением (n=89) выявлена заинтересованность в хирургической коррекции ожирения у 89% респондентов. На сайте ОКБ также неоднократно высказывались пациенты, заинтересованные во внедрении в клинику услуг по коррекции излишнего веса и лечении сопутствующих патологий.

Учитывая наличие в ОКБ всего необходимого оборудования для лечения контингента

больных с ожирением и МС, растущую заинтересованность населения данным видом услуг, в 2014-2015 году были проспециализированы специалисты в ведущих центрах РФ по бариатрии.

С 2014 года на базе центра «Здоровья» ОКБ больные с выявленным ожирением и МС консультируются диетологом, психологом и бариатрологом, совместно вырабатывается концепция комплексной коррекции ожирения, выявляется заинтересованность больного в данном виде лечения. Так в центре в 2014-2015 году консультировано 218 пациентов с различной степенью ожирения и МС, 106 пациентов выразили желание продолжить комплексный курс лечения.

В хирургическом отделении №2 ОКБ, основываясь на принципы, разработанные Российским обществом бариатрических хирургов, с 2014 по август 2017 года выполнена эндоскопическая установка желудочных баллонов на срок от 4 до 6 месяцев 24 пациентам, получены результаты по снижению от 20 % до 35% исходной массы тела. У 14 пациентов с индексом массы тела от 35 до 50 выполнена продольная (рукавная) резекция желудка (Sleeve Gastrectomy) у 12 – лапароскопически, 2 паци-



енткам – открыто. Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений у данных пациентов не отмечалось, при клиническом контроле на сроке более 6 месяцев выраженных клинически значимых жалоб со стороны операции у данных пациентов не возникло, при этом снижение массы тела от исходной составило

37-46%, у всех пациентов отмечалась удовлетворенность полученных результатов.

Полученные первичные позитивные результаты способствуют дальнейшему развитию в ОКБ данного вида медицинской деятельности.

© Ершов Е.Г., Матюшин В.С.,
Скоробогатов М.М., 2017

**ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
ХАНТЫ-МАНСКИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«НИЖНЕВАРТОВСКИЙ ОКРУЖНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»
В 2017 ГОДУ**

Михайлова А.Е.,
главный врач БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр»
Макарова Т.А.,
заведующая организационно-методическим отделом
БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр»
Штумпф А.И.,
врач – статистик отдела медицинской статистики и страховой медицины
БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр»

В БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» регулярно проходят научно-практические конференции для сотрудников учреждения, студентов медицинского колледжа, находящихся на производственной практике в перинатальном центре, и желающих получить информацию пациенток.

Ключевые слова: конференция, улучшение качества медицинской помощи, образовательные мероприятия

В БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» регулярно проходят научно-практические конференции для сотрудников учреждения, студентов медицинского колледжа, находящихся на производственной практике в перинатальном центре, и желающих получить информацию пациенток. Выступления с презентационными материалами подготовлены опытными специалистами перинатального центра по последним научным исследованиям в области гинекологии и перинатологии. Подобные мероприятия позволяют повысить уровень знаний медицинских работников и положительно влиять на качество оказания медицинской помощи. Конференции проводятся не реже одного раза в квартал. В 2017 году было запланировано 6 конференций, практические занятия со специалистами по действующим приказам Минздрава России, Депздрава Югры, порядку оказания медицинской помощи и клиническим протоколам для врачей и средних медицинских работников, фантомные курсы для акушеров-гинекологов.

За период 10 месяцев 2017 года проведено 5 конференций: в первом квартале – «Адекватная самооценка работника – один из факторов профессионального успеха», «Современные стратегии профилактики инфекций, связанных с оказанием медпомощи в акушерских стацио-

нарах. Организация инфекционного контроля и обеспечение инфекционной безопасности: эффективные меры профилактики ВБИ, роль врачебного и среднего медицинского персонала в их реализации».

Во втором квартале – «Развитие сестринского дела в России. Правила и порядок аттестации медицинских работников. Аккредитация специалистов со средним медицинским образованием».

31 августа 2017 года поднималась тема «Особенности женского здоровья репродуктивного периода. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде». На конференции были освещены психологические причины бесплодия, гинекологические заболевания репродуктивного периода, а также особенно актуальные в современном мире проблемы гипертензивных расстройств и сахарного диабета.

30 октября 2017 года темой конференции послужили «Инновационные подходы оказания медицинской помощи пациентам с гинекологической патологией». На конференции были освещены вопросы приоритетных направлений и современных проектов здравоохранения в Российской Федерации, различные новшества при оказании сестринской помощи, в лечении миомы матки, при лекарственной



терапии в период климактерия, новая область исследования метаболомика. Вся информация с интересом воспринималась слушателями. Область медицинской науки развивается очень быстро, поэтому важно быть в курсе последних открытий и достижений и, главное, уметь применять их на практике уже сейчас, ведь не за горами новые открытия и совершенно иная медицина – медицина будущего.

В ноябре запланирована еще одна конференция, приуроченная ко Дню недоношенного ребенка «День белого лепестка».

Кроме того, в 2017 году организовано обучение для медицинского персонала со сдачей зачета на основании приказа Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа Югры от 11.01.2017 № 14 «О проведении аудита качества стационарного лечения детей в медицинских организациях Ханты-Мансийского автономного округа – Югры» по клиническим рекомендациям: «Оценка тяже-

сти состояния и оказание неотложной помощи детям», «Поддерживающий уход при оказании неотложной и реанимационной медицинской помощи детям». Для врачей неонатологов обучение с принятием зачета в рамках экспертизы качества по темам «Формирование диагноза в соответствии с МКБ-10», «Гипогликемия новорожденных», «Диагностика и лечение гипербилирубинемии у новорожденных детей».



Таким образом, в БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» помимо участия в образовательных мероприятиях окружного, федерального и международного значения, систематически проводится внутренняя обучающая и тренинговая работа с целью повышения квалификации сотрудников, внедрения инновационных технологий и улучшения качества оказываемых медицинских услуг.

© Михайлова Л.Е., Макарова Т.А., Штумпф А.И., 2017

ИРИНА УРВАНЦЕВА: «КАДРОВЫЙ ДЕФИЦИТ – ПРОБЛЕМА АКТУАЛЬНАЯ НЕ ТОЛЬКО ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. УНИВЕРСАЛЬНЫМ РЕШЕНИЕМ ЗАДАЧИ МОЖЕТ ПОСЛУЖИТЬ СИСТЕМА ЦЕЛЕВОГО НАБОРА»



Главный врач Окружного кардиологического диспансера «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», депутат Думы ХМАО-Югры рассказала о перспективах в решении проблемы нехватки специалистов в медицинских учреждениях округа.

Ирина Александровна, основной дефицит врачей сегодня отмечается в первичном звене. Каким вы видите решение этой актуальной проблемы?

Кадровый дефицит – проблема актуальная не только для здравоохранения. Универсальным решением задачи может послужить система целевого набора. Расширение мер социальной поддержки медицинских работников, развитие программы «Земский доктор», безусловно, положительно влияют на решение проблемы нехватки специалистов в системе здравоохранения. На мой взгляд, универсальным решением этой стратегической задачи может послужить и программа целевого обучения. Данный проект гарантированно обеспечит медицинские организации квалифицированными

кадрами, а молодежь трудовыми местами. Это социальное партнерство отражает современную модель развития образования.

Система целевого обучения – это хорошо забытое старое, когда в советские времена существовало государственное распределение?

Сегодня система целевого обучения стала гораздо демократичнее и модернизированнее: поступать или не поступать по направлению от организации, решает сам абитуриент. Как организатор здравоохранения, я вижу в этом большой плюс – медицинскую специальность выберут действительно заинтересованные молодые люди. А грамотное применение работодателем норм, определяющих порядок приёма и обуче-

ния, в свою очередь, позволит в большинстве случаев привлечь талантливых и заинтересованных в этой работе специалистов. Хорошая успеваемость, владение английским языком, готовность к непрерывному обучению – быть врачом, это, прежде всего, призвание и нелегкий труд.

Ирина Александровна, а в Окружном кардиодиспансере действует программа целевого набора?

Уже не первый год мы проводим работу по привлечению школьников для участия в целевом обучении с гарантией дальнейшего трудоустройства. Чтобы оказаться в числе претендентов, необходимо пройти конкурсные испытания. Первый этап происходит на базе медицинского учреждения. Конкурсная комиссия формирует списки претендентов для участия во втором этапе отбора, которые направляются

в Департамент здравоохранения ХМАО-Югры, где и принимается окончательное решение о направлении абитуриента в медицинский вуз.

Профориентационная работа помогает выявить талантливых ребят?

Безусловно! В Окружном кардиологическом диспансере регулярно проводятся Дни открытых дверей и занятия в Музее сердца, где школьники имеют возможность задать вопросы практикующим врачам, погрузиться в атмосферу работы одного из крупнейших учреждений здравоохранения Югры. Будущих коллег мы видим сразу – они чаще остальных интересуются особенностями профессии врача. Кроме того, в нашем Центре организована система наставничества – шефство над выпусками вузов берут опытные специалисты. Таким образом, более комфортно проходит адаптационный период на новом рабочем месте.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЛИТЕЛЬНО ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА (НА ПРИМЕРЕ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ)

Ландышев М.А.,

ФГБОУ ВПО «Рязанский государственный
медицинский университет им. Академика И. П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Изучены медико-социальные характеристики пациентов, находящихся в психиатрическом стационаре более 6 месяцев. В ходе исследования выявлена медико-социальная специфичность группы пациентов с длительными госпитализациями в психиатрический стационар. Полученные данные позволяют планировать основные направления медико-реабилитационной работы с длительно госпитализированными пациентами.

Ключевые слова: пациенты, психические расстройства, длительная госпитализация

Введение

Накопление в психиатрических стационарах длительно госпитализированных пациентов представляет серьезную проблему современной Российской психиатрии. По отчетным данным последних лет показатель доли лиц, находящихся в стационаре более года составляет около 23 % [1, 6, 8, 9].

Известно, что длительное содержание психически больных в стационарных учреждениях оказывает неблагоприятное влияние на прогноз заболевания. Установлено, что длительное круглосуточное пребывание в психиатрическом стационаре негативно влияет на уровень инвалидизации больных [2, 7]. Сокращение времени пребывания больного в закрытом лечебном учреждении увеличивает его возможности сохранить социальные позиции [5]. В своем исследовании мы изучили медико-социальные характеристики пациентов, находящихся в психиатрическом стационаре более 6 месяцев.

Материалы и методы

Изучено 449 пациентов, находившихся в психиатрическом стационаре более шести месяцев. На первом этапе методами обследования были: клинико-психопатологический анамнез и карта изучения социального статуса пациента. В последующем дополнительно применялась также анкета-опросник, содержащая вопросы о социальном статусе лиц с психическими расстройствами (возраст, образование, профессия, семейное положение, материальное состояние и др.).

Более половины длительно госпитализированных пациентов (55,67%) страдают шизофренией, следующая по численности – группа больных органическими заболеваниями (22,05%), большинство которых (14,8%) с органическими психотическими расстройствами и слабоумием, велика доля пациентов с умственной отсталостью (16,93%), другие нозологии представлены единичными случаями. Среди респондентов мужчины составляют подавляющее большинство (75,94 %). Более двух третей пациентов (75,06%) трудоспособного возраста, около половины (48,55%) в возрасте от 40 до 59 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ результатов исследования социальной дезадаптации длительно госпитализированных пациентов выявил следующее: более 10% пациентов, длительно пребывающих в психиатрическом стационаре, не имеют документов, удостоверяющих личность. Отсутствие паспорта явно ограничивает социальные возможности, поскольку практически исключает возможность пациенту воспользоваться льготами и компенсациями, в том числе оформлением инвалидности, получением пенсии, признанием малоимущим, постановкой на очередь для получения «социального жилья» и оформлением на стационарное социальное обслуживание. Пенсию по возрасту или инвалидности не получают 16,26 % длительно госпитализированных пациентов.

Практически каждый четвертый (23,6%) длительно госпитализированный пациент не имеет собственного жилого помещения.

Около 20% пациентов изучаемой группы признаны в установленном законом порядке недееспособными, при этом те или иные нарушения при исполнении опекунских обязанностей (отсутствие регулярных посещений, злоупотребления с пенсией и жильем, отказ от своевременной выписки и др.) выявляются в 7,4 % от всех изученных случаев.

Почти треть длительно госпитализированных пациентов (30,51%) утрачивают связи с родственниками и другими лицами из ближайшего социального окружения.

С помощью специально разработанной анкеты мы более подробно обследовали группу из 85 пациентов.

Анализ данных о длительности заболевания в изучаемой группе показывает преобладание пациентов с большими сроками заболевания. Более 85 % анкетированных страдают психическими расстройствами более 15 лет.

Более половины пациентов провели в стационаре от 6 месяцев до 1 года, треть лечилась от 1 года до 3 лет, только 14 % больных лечились более трех лет. В то же время анализ медицинской документации показал, что практически у всех пациентов сроки домашнего проживания после выписки, фактически не превышали недели, а у значительной части составляли не более трех дней. По прошествии этого короткого срока пациенты вновь госпитализировались.

Четверть всех обследованных госпитализировались в психиатрический стационар три и более раз за последние пять лет, а 14% – пять и более раз. Крайне мало использовались данным контингентом стационарзамещающие технологии: помещение в дневной стационар встречалось в единичных случаях.

При изучении социального статуса длительно госпитализированных пациентов установлено, что в данной группе преобладали пациенты с образованием не выше среднего – 62,35 % обследованных. Высшее (незаконченное высшее) образование имели 10,59 % пациентов, среднее специальное – 27,06 %.

Характеризуя трудовой статус пациентов, необходимо отметить, что более девяноста процентов пациентов на момент обследования

были инвалидами, остальные – фактически являясь инвалидами, не могли юридически оформить данный статус из-за отсутствия документов, удостоверяющих личность.

При изучении уровня дохода и жилищных условий пациентов установлено, что в группе длительно госпитализируемых подавляющее большинство имеет низкий или крайне низкий доход (пенсии по инвалидности, либо отсутствие собственных доходов), когда средств хватает только на питание, и дополнительные расходы им не доступны. Респондентов с высокими доходами и проживающих в хороших условиях в обследованной группе не обнаружено.

Изучение жилищных условий пациентов позволяет говорить о существенном неблагополучии в этой сфере. Выявлено, что почти три четверти респондентов не имеют собственного жилья, либо проживают в плохих или очень плохих условиях (перенаселенные, мало-метражные, коммунальные квартиры).

Наращение числа пациентов, не имеющих жилья наблюдалось нами в течение многих лет [3, 4]. Возможно, причиной этого являются социальные потери длительно госпитализируемых пациентов, включающие и утрату ими жилья. Не исключено и влияние самого фактора неудовлетворительных жилищных условий на увеличение срока госпитализации (пациенты используют стационар как место временного проживания в осенне-зимний период).

Определенные особенности имеет семейное положение пациентов: более семидесяти процентов пациентов никогда не состояли в браке, разведены с супругами 17,65 % длительно госпитализированных больных, состоящих в браке пациентов менее 10 %.

Круг общения пациентов, страдающих психическими расстройствами, часто ограничивается «родительской» семьей, когда создание супружеских взаимоотношений исключается из-за стигматизации и тяжести течения заболевания. Одиноких больных – 44,71 %, проживают вместе с родителями или одним из родителей – 17,64 %, 27,06 % проживают в семьях других родственников, с супругами или бывшими супругами – 7,06 %, в большой семье с супругом, родителями и детьми – 3,53%. Среди исследуемой группы выявлено существенное количество одиноких пациентов. Одиночество

является одновременно и следствием тяжелого психического расстройства (феномен «обеднения социальных сетей»), и фактором, значительно осложняющим оказание медико-реабилитационной помощи таким пациентам.

Заключение

Таким образом, в ходе исследования выявлена медико-социальная специфичность группы пациентов с длительными госпитализациями в психиатрический стационар.

Полученные данные позволяют планировать основные направления медико-реабилитационной работы с длительно госпитализированными пациентами.

Список литературы

1. Гурович, И.Я. Состояние психиатрической службы в России: актуальные задачи при сокращении объема стационарной помощи [Текст] / И.Я. Гурович // Социал. и клинич. психиатрия. – 2012. – Т.22, №4. – С.5-9.
2. Гурович, И.Я. Психиатрия с опорой на сообщество и многоаспектность проблемы совершенствования психиатрической помощи / И.Я. Гурович // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты: материалы Рос. конф. – М., 2004. – С. 46-48.
3. Кольцов, А.П. Опыт двухлетней работы центра социальной психиатрии и реабилитации Рязанской областной клинической психиатрической больницы им. Н. Н. Баженова [Текст] / А.П. Кольцов, М.А. Ландышев // Социал. и клинич. психиатрия. – 2003. – Т.13, вып. 2. – С.96-98.
4. Кольцов, А.П. Социальная служба психиатрического стационара [Текст] / А.П. Кольцов, М.А. Ландышев, Е.Н. Сухова // Материалы Общерос. конф. (Москва, 28-30 октября 2008 г.). – М.: ИД «Медпрактика-М», 2008. – С.518-519.
5. Лосев, А.В. Опыт работы общежития при психиатрической больнице для утративших социальные связи больных [Текст] / А.В. Лосев, В.А. Малыгин // Социал. и клинич. психиатрия. – 1992. – Т.2, №1. – С.144-145
6. Меринов, А.В., Ховрачёв, А.П., Шустов, Д.И., Юрченко, Л.Н. Шизофрения и шизотипическое расстройство. Методические указания / А.В. Меринов, А.П. Ховрачёв, Д.И. Шустов, Л.Н. Юрченко. – Рязань, 2001. – 29 с.
7. Меринов, А.В., Шустов, Д.И., Петров, Д.С., Шитов, Е.А. Шизофрения. Методические указания для студентов 5 курса лечебного факультета / А.В. Меринов, Д.И. Шустов, Д.С. Петров, Е.А. Шитов // ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО РязГМУ, 2013. – 30 с.
8. Петров, Д.С., Шустов, Д.И., Меринов, А.В., Шитов, Е.А., Васяткина, Н.Н. Организация психиатрической помощи в Российской Федерации. Методические указания для студентов 5 курса лечебного факультета / Д.С. Петров, Д.И. Шустов, А.В. Меринов, Е.А. Шитов, Н.Н. Васяткина // ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО РязГМУ, 2013. – 32 с.
9. Ховрачев, А.П., Шустов, Д.И., Меринов, А.В., Юрченко, Л.Н. Психические и поведенческие расстройства в МКБ-10: Диагностические указания. Практическое руководство для врачей психиатров, наркологов и студентов лечебного, медико-профилактического и стоматологического факультетов / А.П. Ховрачев, Д.И. Шустов, А.В. Меринов, Л.Н. Юрченко. – Рязань. – 2004. – 158 с.

© Ландышев М.А., 2017

**МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ НАХОДКА.
ТРОМБОЗ****Кузьмичев Д.Е.,**заведующий отделом аппарата управления
врач – судебно-медицинский эксперт высшей квалификационной категории
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»**Вильцев И.М.,**заведующий филиалом
врач – судебно-медицинский эксперт высшей квалификационной категории
«Отделение в городе Мегионе» Восточного отдела КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»**Елькина В.Г.,**заведующая терапевтическим отделением,
врач – кардиолог высшей квалификационной категории
БУ «Мегионская городская больница № 1»

В статье описан практический случай тромбоза при атеросклеротической болезни сердца, обнаруженный, как морфологическая находка в ходе секционного исследования.

Ключевые слова: атеросклеротическая болезнь сердца, тромбоз, морфологическая находка

«...Человек - высший продукт земной природы.
Человек - сложнейшая и тончайшая система.
Но для того чтобы наслаждаться
сокровищами природы,
человек должен быть здоровым,
сильным и умным...»
И.П. Павлов

Тромбоз – это процесс прижизненного образования кровяных сгустков в просветах кровеносных сосудов или камерах сердца. Механизм тромбообразования начинается с того, что тромбоциты адгезируют (прилипают) к поврежденной поверхности сосуда и агрегируют (склеиваются) между собой, образуя «тромбоцитарную пробку». Это запускает собственно свертывание крови, которое состоит из трех этапов. Сначала образующийся в месте повреждения стенки кровеносного сосуда тромбопластин инициирует цепочку реакций свертывания, в результате которых из протромбина образуется активный тромбин. Происходит активация факторов свертывания, всегда присутствующих в крови в неактивном виде (в норме) и приходящих в «боевую готовность» в присутствии тромбопластина. Под воздействием тромбина растворимый белок крови фибриноген превращается в нерастворимый фибрин, нити которого пронизывают «тромбоцитарную пробку», делая ее более прочной (кстати, по появлению первых нитей фибрина в кли-

нике определяют время свертывания крови). В сетях фибрина «запутываются» тромбоциты и другие форменные элементы крови, затем кровяной сгусток спрессовывается и от него отделяется прозрачная, жидкая сыворотка крови. Образуется зрелый тромб, который закрывает дефект сосудистой стенки. Пусковые механизмы процесса тромбообразования получили название «триады Вирхова». Она включает в себя три фактора, приводящие к формированию тромба в просвете вены: замедление кровотока; изменение свойств крови в сторону повышения коагуляции; повреждение эндотелия (внутреннего слоя) сосудистой стенки.

Цель работы

Целью работы является – прикладное умение секционной диагностики смертельных осложнений атеросклеротической болезни сердца, аналитическое представление врачей – морфологов, кардиологов о вопросах патогенеза и танатогенеза при сердечной смерти.

Материалы и методы

В работе использовались морфологические и морфометрические методы в судебно-медицинской практике.

Наблюдение

В ходе секционного исследования нами были установлены следующие морфологические признаки. На исследование поступил труп мужчины, 53 года, в анамнезе: стенокардия, работа связанная с психо-эмоциональными стрессами, длительное курение, гиподинамия. При некропии: повышенное питание, кожные покровы лица и верхней половины туловища с синеватым оттенком, сердце дряблое, увеличено в размерах и массе (14x12x10см, массой 780 грамм), стенки венечных артерий плотноватые, внутренняя оболочка венечных артерий с полулунными эластичными и плотными белесо-желтыми атеросклеротическими бляшками, пересекающимися с хрустом, сужающими просвет сосудов на 50%, занимающими до 50% площади, в 2-х см от устья в левой венечной артерии в просвете красный кровяной однородный сверток в виде жгуче-красной массы на протяжении 0,7 см, плотно фиксированный к стенке артерии. При микроскопии – стенозирующий атеросклероз венечных артерий с разрывом атеросклеротической бляшки и надрывом стенки с последующим тромбозом сосуда, в сердце признаки артериолоспазма.

Результаты

На основании вышеуказанных катанестических данных, макроскопической и микроскопической картины установлена причина смерти мужчины – «Атеросклеротическая болезнь сердца», которая осложнилась «Разрывом атеросклеротической бляшки и стенки левой венечной артерии с тромбозом, острой коронарной недостаточностью». Основными моментами в танатогенезе стали – коронаросклероз – бляшка в стадии атероматоза левой венечной артерии – разрыв стенки артерии – вероятно, вследствие резкого спазма, – последующие формирование и нарастание на этом месте тромба – развитие коронарного синдрома – наступление смерти.

Выводы

Таким образом, по своей сути, нам в практике встретилась морфологическая находка в виде тромба и разрыва левой венечной артерии, которые явились смертельным осложнением атеросклеротической болезни сердца. Следует упомянуть о доказанных предрасполагающих факторах, тромбообразования в венечных артериях: ранняя и довольно интенсивная возрастная гиперплазия внутренней оболочки; утолщение эластической стенки и волокон, способствующих задержке низкоплотных липидов из протекающей плазмы; относительно высокое давление вдавлиывает жировые отложения в стенку, постоянное колебание давления, сопровождающееся спазмами под действием работы миокарда и нервных импульсов, «любимое» место локализации вирусов (гриппа, респираторных инфекций, герпеса), вызывающих воспаление и разрыхление стенок. Наличие атеросклеротических бляшек не может окончательно и полностью объяснить механизм формирования тромба. Имеются дополнительные причины: быстрое падение артериального давления у пациента с гипертонией резко замедляет кровоток в коронарных сосудах и способствует тромбообразованию; повышение свертываемости крови за счет увеличения протромбина, фибриногена, изменения активности фермента аминотрансферазы; подавление антисвертывающего защитного механизма.

Предполагают, что спазм коронарных артерий может приводить к сдавлению липидной массы в центре бляшки, ее разрыву с последующим попаданием липидов и других субстратов бляшки в просвет артерии. В некоторых случаях гиперкоагуляция и снижение фибринолитической активности крови также могут стать непосредственной причиной тромбоза коронарных артерий с последующим развитием глубокой ишемии миокарда.

Список литературы

1. Якупин, С.С. Инфаркт миокарда. Руководство. – М, 2010. – С. 13-106.
2. Струков, А.И., Серов, В.В. Патологическая анатомия. – М, 1995. – С. 286-290.
3. Огороков, А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Диагностика болезней сердца и сосудов Том 6. Руководство. – М., 2003 – С. 270-400.

4. Кузьмичев, Д.Е., Раннев, А.Ю., Вильцев, И.М., Ретивых, О.Ю. Экспертное наблюдение клинически не распознанного рецидивирующего инфаркта миокарда на амбулаторном этапе. // Вестник судебной медицины – 2013. – № 2. – том 2. – Нск. – С. 52-55.
5. Кузьмичев, Д.Е., Вильцев, И.М., Скребов, Р.В., Кузьмичева, Т.Г. Рецидивирующий инфаркт миокарда. Амбулаторная помощь. Проблемы экспертизы в медицине. Научно-практический журнал № 4. Ижевск, 2013 – с. 45-48.
6. <http://www.medicinform.net>.

© Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М.,
Елькина В.Г., 2017

УДК 616.23

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПАЗИЕЙ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ ОКРУЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Дорожкина И.М.,

врач-неонатолог отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных
БУ «Окружная клиническая больница»

Углева Т.Н.,

д.м.н., доцент кафедры педиатрии БУ «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»

Алексеенко Л.А.,

врач-неонатолог отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных
БУ «Окружная клиническая больница»

В перинатальном центре Окружной клинической больницы Ханты-Мансийского автономного округа – Югры г. Ханты-Мансийска активно внедряются современные перинатальные технологии по использованию методов интенсивной терапии и выхаживания детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела (ОНМТ, ЭНМТ), что приводит к существенному увеличению выживаемости данной категории детей.

Ключевые слова: бронхолегочная дисплазия, экстремально низкая масса тела, СРАР, искусственная вентиляция легких

Введение

Все большее влияние на прогноз жизни и здоровья таких детей оказывает бронхолегочная дисплазия (БЛД). Бронхолегочная дисплазия является на сегодняшний день одним из наиболее значимых хронических респираторных заболеваний раннего детского возраста [1,4].

Разработаны Федеральные клинические рекомендации по выбору методов диагностики, профилактики и лечения БЛД, основанные на результатах многоцентровых научных исследований и современном опыте работы ведущих клиник в учреждениях различного функционального уровня [4]. Сложность диагностики БЛД, а также подходов к профилактике и терапии определяется во многом сроками установления диагноза (не ранее 28 суток жизни) [1].

В нашей статье представлены современные диагностические критерии БЛД и характеристика профилактических и терапевтических

вмешательств, которые используются у пациентов с угрозой или при развитии БЛД в отделениях реанимации и патологии новорожденных и недоношенных перинатального центра ОКБ г. Ханты-Мансийска на примере собственного клинического наблюдения.

Современные методы ведения детей с бронхолегочной дисплазией

Согласно современному определению, **бронхолегочная дисплазия** – это полиэтиологическое хроническое заболевание морфологически незрелых легких, развивающееся у новорожденных, главным образом глубоко недоношенных детей, в результате интенсивной терапии респираторного дистресс-синдрома (РАС) и/или пневмонии. Протекает с преимущественным поражением бронхиол и паренхимы легких, развитием эмфиземы, фиброза и/

или нарушением репликации альвеол. Проявляется зависимостью от кислорода в возрасте 28 суток жизни и старше, бронхообструктивным синдромом (БОС) и симптомами дыхательной недостаточности. БЛД характеризуется специфичными рентгенографическими изменениями в первые месяцы жизни и регрессом клинических проявлений по мере роста ребенка [4]. Тяжесть и прогноз БЛД определяет степень кислородозависимости, оцененную в 36 нед. постконцептуального возраста (ПКВ) – возраст, суммирующий срок гестации и срок постнатальной жизни в неделях. Этот критерий относится к детям, родившимся с гестационным возрастом менее 32 недель. Если ребенок родился с гестационным возрастом более 32 недель, то оценивают зависимость от кислорода на 56 день жизни (1А) [6].

В соответствие с классификацией Американского торакального общества и Российского респираторного общества кроме тяжести заболевания, выделяются клинические формы БЛД: **классическая БЛД** и **новая БЛД недоношенных, БЛД доношенных** [5]. Отечественная классификация выделяет также периоды заболевания (**обострение, ремиссия**) и **осложнения**. Для оценки степени хронической дыхательной недостаточности у детей с БЛД используются показатели PaO_2 и $SatO_2$ [2]. В современной литературе указывается, что средний гестационный возраст большинства детей, с развивающейся БЛД, составляет 28 недель, подавляющее большинство случаев (75%) приходится на детей с массой тела при рождении менее 1000 г. [1]. Начало развития БЛД обычно предполагают к 7-10 дню жизни, когда у ребенка, находящегося на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) по поводу РДС, отсутствует положительная динамика, развивается стойкая дыхательная недостаточность, после первичного улучшения состояния, часто связанного с введением сурфактанта. В отличие от детей с классической БЛД, которым требуется многодневная ИВЛ с высоким содержанием кислорода, пациенты с новой формой БЛД нередко в первые дни и недели жизни имеют минимальную потребность в кислороде. И только после нескольких дней или недель («медовый месяц») у этих детей начинается прогрессирующее ухудшение функции легких, которая характеризует-

ся увеличением потребности в вентиляции, и кислороде, и признаков текущей дыхательной недостаточности. [7].

Специфических клинических проявлений БЛД, по мнению многих исследователей, нет. Начальные проявления заболевания связаны с респираторным дистресс-синдромом. Клиническая картина БЛД представлена симптоматикой хронической дыхательной недостаточности, преимущественно у недоношенных новорожденных детей, зависимых от высоких концентраций кислорода во вдыхаемом воздухе и ИВЛ в течение продолжительного времени. Клиническая картина новой формы БЛД характеризуется длительной кислородозависимостью и, в то же время, сравнительно редким возникновением БОС [3].

Из обязательных методов диагностики БЛД показано проведение рентгенологического исследования грудной клетки, общего клинического анализа крови, определение кислотно-основного состояния, а также проводится пульсоксиметрия, электрокардиография, эхокардиография в режиме доплер-ЭхоКГ, контроль артериального давления. По показаниям назначают проведение высокоразрешающей компьютерной томографии легких, катетеризацию сердца и тест на вазореактивность легочных сосудов, полисомнографию, флоуметрию спокойного дыхания [1,4].

Бронхолегочная дисплазия трудно поддается лечению, поэтому особое внимание должно быть направлено на ее профилактику. Наиболее эффективна тактика раннего начала проведения СРАР и селективного введения сурфактанта, что достоверно снижает необходимость интубации, а также риск смертельного исхода и/или развития БЛД [8]. В рандомизированных исследованиях было показано, что применение техники INSURE (Интубация-Сурфактант-Экстубация) с переводом на СРАР (INTubate – SURfactant – Extubate to CPAP) снижает потребность в ИВЛ и частоту последующего развития БЛД (1В). Избыточное воздействие дополнительного кислорода у недоношенных детей четко связано с развитием ретинопатии недоношенных и БЛД [9] (2В). Назначение дексаметазона в связи с его противовоспалительным эффектом недоношенным детям с ОНМТ и ЭНМТ, находящимся на ИВЛ, приводит к

улучшению газообмена в лёгких, уменьшает потребность в высоком FiO_2 и длительность вентиляции, частоту БЛД, но не снижает неонатальную смертность [4]. Получены доказательства, что длительное назначение будесонида в виде суспензии в качестве противовоспалительной контролирующей (базисной) терапии детям с БЛД приводит к ликвидации тахипноэ и одышки в покое, уменьшению частоты обострений БЛД и в связи с ними госпитализаций [4]. Ингаляционные β_2 -агонисты и антихолинэргические препараты способны временно улучшать легочную функцию и газы крови [4] (1С).

Ребёнок с БЛД может быть выписан домой под амбулаторное наблюдение при условии, что он не нуждается в дополнительном кислороде. Пациенты с $SatO_2 < 90\%$ (при наличии легочной гипертензии с $SatO_2 < 92\%$) нуждаются в домашней оксигенотерапии.

В настоящее время летальность при БЛД составляет 4,1% у детей первых трех месяцев жизни и 1,2-2,6% в грудном возрасте. Бронхолегочная дисплазия – фактор риска раннего развития хронической обструктивной болезни легких у взрослых [2].

Клинический пример

Пациент К., возраст 3 мес., находился на лечении в отделении патологии новорожденных бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружная клиническая больница» (г. Ханты-Мансийск).

Данные анамнеза. Ребенок К. родился от 3-й беременности, первых преждевременных родов в сроке гестации 25 недель. У матери выявлен осложненный акушерско-гинекологический анамнез: 2 медаборта, кисты яичника, миома матки, хронический эндометрит. Данная беременность имела осложненное течение: ОРЗ с фебрильной лихорадкой в первом триместре, анемия беременных, артериальная гипертензия. У женщины отягощен соматический анамнез: ожирение 2 степени. Роды начались с преждевременного излития околоплодных вод в сроке 25 недель, диагностировано абсолютное маловодие, хориоамнионит. Проведена лапаротомия по Пфанненштилю, кесарево сечение в нижнем сегменте. Антенатальную профилактику глюкокортикоидами получила.

Состояние при рождении. Ребенок родился глубоко недоношенным, с экстремально низкой массой тела – 820 грамм. Извлечен за головной конец в целом плодном пузыре. Оценка по шкале Апгар на 1-й мин. – 5 баллов, на 5-й мин. – 5 баллов, на 10-й мин. – 6 баллов, что свидетельствует об умеренной асфиксии новорожденного. Состояние при рождении тяжелое. Дыхание самостоятельное нерегулярное, неэффективное, кожа цианотичная, ЧСС 120 в минуту, пуповина пульсировала, самопроизвольных движений не было. В операционной выполнен пролонгированный вдох 20 секунд с $FiO_2 = 0,3$, PIP – 25 см. вод. ст. В последующую минуту жизни проведена интубация трахеи, начата управляемая ИВЛ. На 6-й минуте жизни введено эндотрахеально 120 мг препарата экзогенного сурфактанта – «Куросурф». Ребенок переведен для дальнейшего выхаживания в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных нашей больницы.

Состояние в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Состояние ребенка оставалось тяжелым за счет незрелости, дыхательной недостаточности, синдрома угнетения центральной нервной системы. Находился на управляемой ИВЛ. На 2-е сутки жизни диагностировано внутрижелудочковое кровоизлияние II-III степени, к концу второй недели жизни неврологом установлен диагноз – перивентрикулярная лейкомаляция (ПВЛ). Также на 2-е сутки жизни появился систолодиастолический шум в области сердца, с последующим нарастанием в динамике. Диагностирован врожденный порок сердца – гемодинамически значимый открытый артериальный проток (ГЗОАП). Оперативное лечение врожденного порока сердца у нашего пациента проведено на 25-е сутки жизни – закрытие артериального протока. В течение послеоперационного периода длительно сохранялась тахикардия (до 200 уд. в мин), в связи с чем был проведен курс сердечных гликозидов (дигоксин) в течение 2-х недель с последующей отменой. Энтеральное питание сцеженным грудным молоком начато ребенку со вторых суток в трофическом объеме. Наблюдались явления дисфункции желудочно-кишечного тракта, которые купировались после лигирования ГЗОАП. В последующие дни и недели

жизни ребенок питание усваивал, проводилось расширение объема в соответствии с физиологической потребностью. Через месяц жизни (ПКВ 29-30 нед), учитывая положительную динамику, ребенок переведен на спонтанное дыхание, начата аппаратная поддержка аппаратом «Infant Flow» в режиме Biphasic. В возрасте 45 суток жизни дыхание самостоятельное, на дотации 40% кислородом с помощью кислородной палатки, переведен в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей для дальнейшего выхаживания.

Состояние в отделении патологии новорожденных. Кислородонезависимость у нашего пациента отмечалась с 65-го дня жизни (ПКВ 34-35 недель). В неврологическом статусе восстановление рефлексов новорожденных в полном объеме наблюдалось к ПКВ 35-36 недель, сохранялся синдром нарушения мышечного тонуса. Стал сосать самостоятельно в дневное время с 36 недель ПКВ. Физическое развитие ребенка за период ле-

чения в отделении было средним. За время лечения в отделении проведены три заместительные трансфузии эритроцитарной взвеси по индивидуальному подбору. По результатам проведения ультразвукового исследования органов брюшной полости и почек выявлена двусторонняя каликопиелозктазия без признаков мочевой инфекции (по лабораторным данным). Пациент также наблюдался офтальмологом по поводу ретинопатии недоношенных. За время госпитализации ребенку проведено 3 курса антибактериальной терапии, курс флуконазола, верошпирона, дигоксина. Ребенок получил в полном объеме нейрометаболическую терапию, витаминотерапию (А, D, E, фолиевая кислота), мальтофер. Был выписан в постконцептуальном возрасте 38 недель с основным клиническим диагнозом: бронхолегочная дисплазия, новая форма, легкой степени тяжести, ремиссия. Даны подробные рекомендации по дальнейшему ведению и реабилитации.



Рис.1. Рентгенограмма легких пациента М. с ЭНМТ (1-е сутки жизни)

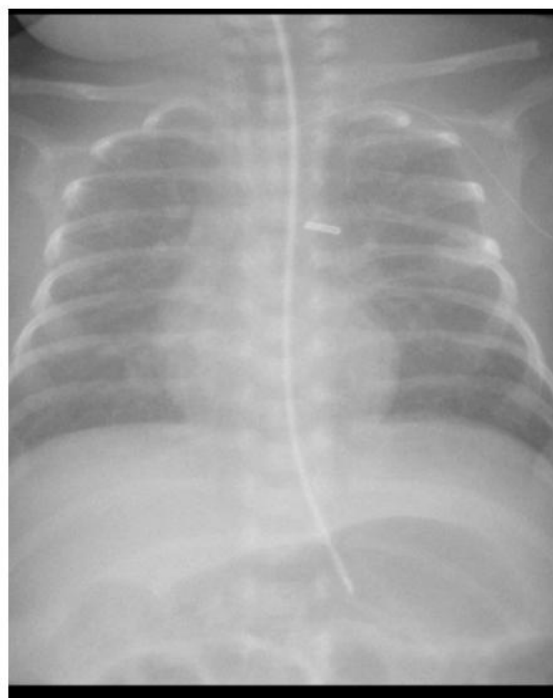


Рис.2. Рентгенограмма легких пациента М. с диагнозом: бронхолегочная дисплазия (45-е сутки жизни)

Обсуждение

В приведенном клиническом примере **диагноз бронхолегочной дисплазии** был установлен у пациента с ИВЛ на первой неделе жизни по поводу РДС, с сохраняющейся кислородозависимостью ($FiO_2 > 21\%$) более 28 дней жизни, что соответствует современным диагностическим критериям этого заболевания. Начало развития БЛД у этого ребенка предполагали к 7-10 дню жизни, когда наш пациент находился на ИВЛ, отсутствовала положительная динамика, наблюдалась стойкая дыхательная недостаточность. **Легкая степень тяжести** БЛД у нашего пациента обусловлена тем, что в 36 недель постконцептуального возраста ребенок с гестационным возрастом менее 32 недель был кислородонезависим, находился на самостоятельном дыхании атмосферным воздухом. У пациента можно диагностировать **новую форму БЛД**, т.к. был введен сурфактант в первые минуты после рождения, что обусловило минимальную потребность в кислороде в первые дни и недели жизни. В дальнейшем увеличилась потребность в кислороде, которая сохранялась у нашего пациента длительное время (до 65-го дня жизни, ПКВ 34-35 недель). Стабилизации состояния и уменьшению потребности в кислороде послужило оперативное лечение гемодинамически значимого открытого артериального протока. Диагноз БЛД подтвержден рентгенологически в виде повышенной пневматизации легочной ткани, обеднения легочного рисунка, признаков фиброза легочной ткани (рис.2). Ребенок был выписан домой на амбулаторное наблюдение, он не нуждался в даче дополнительно кислорода, самостоятельно сосал и отмечалась положительная динамика массы тела.

Список литературы

1. Баранов, А.А., Намазова-Баранова, Л.С., Володин, Н.Н. [и др.]. Ведение детей с бронхолегочной дисплазией. Педиатрическая фармакология. 2016; 13(4): 319-333.
2. Овсянников, Д. Ю. Система оказания медицинской помощи детям, страдающим бронхолегочной дисплазией. Руководство для практикующих врачей. Под ред. профессора А. Г. Кузьменко. – М.: МДВ, 2010: 152.
3. Современные подходы к профилактике, диагностике и лечению бронхолегочной дисплазии: рук. для практ. врачей / под ред. А.А. Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой, И.В. Давыдовой. – М.: ПедиатрЪ, 2013. – 176 с.
4. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с бронхолегочной дисплазией / МЗ РФ, Союз педиатров России, Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины – М., 2015.
5. Allen, J., Zwerdling, R., Ehrenkranz, R. et al. American Thoracic Society. Statement on the care of the child with chronic lung disease of infancy and childhood. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2003; 168: 356-96.
6. Ehrenkranz, R. A., et al. Validation of National Institutes of Health Consensus Definition of Bronchopulmonary dysplasia. Pediatrics. 2005; 116: 1353-60.
7. Charafeddine, I., D'Angio, C. T., Phelps, D. L. Atypical chronic lung disease patterns in neonates. Pediatrics. 1999; 103: 759-65.
8. Rojas-Reyes, MX, Morley, CJ, Soll, R: Prophylactic versus selective use of surfactant in preventing morbidity and mortality in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev 2012:CD000510.
9. The STOP-ROP Multicenter Study Group. Supplemental therapeutic oxygen for prethreshold retinopathy of prematurity, a randomized, controlled trial. Pediatrics 2000;105:295-310.

© Дорожкина И.М., Углева Т.Н.,
Алексеев А.А., 2017

САМОРАЗРУШАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ ДЕВУШЕК, СОВЕРШИВШИХ ПОПЫТКУ САМОУБИЙСТВА

Лукашук А.В.,

аспирант кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Авторы уделили особое внимание рассмотрению внутрисемейного фона как фактора закрепления аутоагрессивных паттернов у детей. Результаты исследования показывают, что в семьях, где родители обладают высоким уровнем аутоагрессии, девушки чаще проявляют суицидальное поведение. Полученные данные позволяют по-новому взглянуть на принципы построения профилактики суицидов.

Ключевые слова: аутоагрессия, самоубийство, подростковый суицид

Введение

Каждый год около миллиона человек погибает, совершая суицидальную попытку [5, 9]. То есть во всем мире каждый день погибает 2,5 тысячи человек и одна тысяча из них – это подростки [1-3]. Ученые подтверждают, что молодые люди более склонны к суицидальному поведению и на возраст 16-24 приходится максимальное количество самоубийств [2, 4, 10].

Учитывая тот факт, что на один завершенный суицид приходится до 50 суицидальных попыток, истинное количество подростков, желающих свести счеты с жизнью просто огромно [4]. Несмотря на большую работу, ведущуюся в направлении профилактики и предотвращения суицидов, показатели смертности не только не снижаются, но и имеют значительную тенденцию к росту во всем мире [2, 4]. При этом диагностика суицидальных намерений часто затруднена [6], что диктует необходимость изучения косвенных указаний [9].

Наиболее неизученной, но, крайне важной составляющей подросткового суицида, является внутрисемейная атмосфера [7, 8]. Практически все авторы, работающие над проблемой суицидов, отмечают значимость семьи как фактора, провоцирующего суицид и, в то же время, сдерживающего [10]. Однако большая часть имеющихся данных не могут помочь создать единого взгляда, понимающего всю проблематику и путь решения детско-подросткового суицидального поведения.

В своем исследовании мы провели сравнительный анализ аутоагрессивных профилей в семьях, где девушки совершили или не совершили попытку суицида.

Материалы и методы

Для решения поставленных задач были обследованы 31 семейная пара, в которых девочки-подростки совершили попытку суицида (РПС) и 60 семей, где дети не проявляли суицидальной активности (РПН). Средний возраст девушек $15,93 \pm 1,22$ лет в экспериментальной группе, и $15,91 \pm 1,24$ года в контрольной.

В исследовании принимали участие полные семьи. И в данном контексте использовали уровень общей посемейной аутоагрессии, без учета гендерных признаков. В качестве диагностического инструмента, мы использовали опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [9].

Статистический математический анализ и обработку данных, проводили посредством непараметрических методов математической статистики (с использованием критерия Фишера). Выборочные дескриптивные статистики в работе представлены в виде $M \pm m$ (средней \pm стандартное квадратичное отклонение).

Результаты исследования и их обсуждение

Наличие в исследуемой группе классических суицидальных паттернов указано в таблице 1.

Классические суицидальные паттерны в п (%)

Признак	РПС, n=62	РПН, n=120	φ эмп.	Уровень значимости, $p <$
Попытка суицида в анамнезе	13 (20,96)	5 (4,16)	3,465	0,01
Мысли о суициде	17 (27,41)	5 (4,16)	4,436	0,01

В первую очередь, отметим, что в экспериментальной группе достоверно выше уровень классических суицидальных типов реагирования (суицидальные попытки и/или мысли в анамнезе).

Проанализируем выраженность несуйцидальных аутоагрессивных феноменов.

Таблица 2

Несуйцидальные аутоагрессивные паттерны в п (%)

Признак	РПС, n=62	РПН, n=120	φ эмп.	Уровень значимости, $p <$
Наличие соматических заболеваний больше трех	45 (72,58)	21 (17,5)	7,511	0,01
Злоупотребление алкоголем	19 (30,64)	5 (4,16)	4,884	0,01
Физическое или сексуальное насилие в анамнезе	16 (25,81)	4 (3,33)	4,481	0,01
Самоповреждения в анамнезе	16 (25,81)	10 (8,33)	3,081	0,01
Склонность к неоправданному риску	22 (35,48)	12 (10)	4,027	0,01
Бытовые ожоги	23 (37,09)	1 (0,83)	7,192	0,01

В представленной таблице 2, в исследуемой нами группе, широко представлены аутоагрессивные паттерны несуйцидального характера (соматическая патология, склонность к неоправданному риску, приём ПАВ, антисоциальное поведение и пр.), что делает данную группу родителей, выраженно аутоагрессивной. Отметим, что злоупотребление алкоголем встречалось как у отцов, так и матерей. В последнем случае мы зачастую видели супружеские фор-

мы алкоголизма [11], коррелирующие с суицидальным поведением.

Основываясь на данных таблиц №1 и №2, можно предположить, что у детей, воспитанных родителями с выраженным аутоагрессивным потенциалом, также формируется негативный сценарный компонент суицидального реагирования [8, 9].

Сравнение групп в отношении предикторов суицидального поведения приведено в таблице 3.

Предикторы аутоагрессивного поведения в п (%)

Признак	РПС, n=62	РПН, n=120	φ эмп.	Уровень значимости, $p <$
Суицид близких людей	28 (45,16)	0 (0)	9,416	0,01
Долго переживаемое чувство вины	28 (45,16)	16 (13,33)	4,641	0,01
Навязчивое чувство стыда	17 (27,41)	5 (4,16)	4,436	0,01
Эпизоды депрессии	47 (75,81)	30 (25)	6,814	0,01
Навязчивые чувства вины	10 (16,12)	9 (7,5)	1,732	0,01
Отсутствие смысла в жизни	5 (8,06)	1 (0,83)	2,499	0,01
Частые угрызания совести	19 (30,64)	9 (7,5)	3,944	0,01
Вера в жизнь после смерти	20 (32,25)	70 (58,33)	3,394	0,01

В экспериментальной группе преобладает выраженность предикторов аутоагрессивного поведения, например, навязчивого стыда, чувства безысходности, депрессивных переживаний и пр. Респонденты в исследуемой группе достоверно чаще подвергались физическому наказанию в детстве.

Все эти данные позволяют охарактеризовать рассматриваемую группу как популяционный срез, имеющий значительное количество стигм аутодеструкции и обладающий выраженным аутоагрессивным потенциалом.

Заключение

Таким образом, на основании вышеизложенных данных, с высокой степенью уверенности мы можем утверждать, что родители девушек-суицидентов обладают специфическими суицидологическими характеристиками. Они достоверно чаще демонстрируют высокий собственный уровень аутоагрессии, складывающийся из непосредственно суицидальной аутоагрессии (суицидальные попытки, мысли о суициде) и широко представленных предикторов аутоагрессивного поведения и несуйцидальной аутоагрессии.

То есть, существует прямая пропорциональная связь между наличием аутоагрессивного фона у родителей и их детей. Принимая во внимание данный феномен, будет проще расставить психотерапевтические акценты при профилактике суицида и работе с постсуицидальными последствиями.

Список литературы

1. Байкова, М.А., Лукашук, А.В., Сомкина, О.Ю. Сравнение суицидологических и личностно-психологических характеристик замужних и незамужних девушек-студенток. [Электронный ресурс] / М.А. Байкова, А.В. Лукашук, О.Ю. Сомкина // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. – 2015. – № 2 (9). – С. 49-58.
2. Лукашук, А.В., Меринов, А.В. Самоповреждения у подростков: подходы к терапии / А.В. Лукашук, А.В. Меринов // Наука молодых - *Eruditio Juvenium*. – 2016. – № 2. – С. 67-71.
3. Лукашук, А.В., Меринов, А.В. Клинико-суицидологическая и экспериментально-психологическая характеристики молодых людей, воспитанных в «алкогольных» семьях / А.В. Лукашук, А.В. Меринов // Наука молодых (*Eruditio Juvenium*). – 2014. – № 4. – С. 82-87.
4. Лукашук, А.В., Меринов, А.В. Родительская аутоагрессия: связь с суицидальной активностью их потомства / А.В. Лукашук, А.В. Меринов // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2017. – № 1. – С. 86-91.
5. Меринов, А.В. Аутоагрессивные аспекты супружества в семьях больных хроническим алкоголизмом. Автореф. дис...канд. мед. наук / А.В. Меринов. – М., 2001. – 21 с.
6. Меринов, А.В. К вопросу диагностики суицидального поведения при алкогольной зависимости у мужчин / А.В. Меринов // Суицидология. – 2012. – Т. 3. – № 2 (7). – С. 21-23.
7. Меринов, А.В., Лукашук, А.В. Особенности детей, выросших в семьях, где родитель страдал ал-

- когольной зависимостью [Электронный ресурс] / А.В. Меринов, А.В. Лукашук // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. – 2014. – № 4 (7). Режим доступа: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=109>.
8. Меринов, А.В., Меденцева, Т.А., Жукова, Ю.А. Влияние физических наказаний в детстве для формирования аутоагрессивной «траектории» потомства / А.В. Меринов, Т.А. Меденцева, Ю.А. Жукова // Суицидология. – 2017. – Т. 8. – № 1 (26). – С. 47-52.
9. Меринов, А.В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью / А.В. Меринов; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – СПб: «Экспертные решения», 2017. – 192 с.
10. Меринов, А.В., Бычкова, Т.А., Лукашук, А.В., Сомкина, О.Ю., Меринов, Н.А. Суицидологическая характеристика девушек, воспитанных в неполных семьях / А.В. Меринов, Т.А. Бычкова, А.В. Лукашук, О.Ю. Сомкина, Н.А. Меринов // Суицидология. – 2015. – Т. 6. – № 2. – С. 54-58
11. Сомкина, О.Ю., Меринов, А.В. Современные представления о женском алкоголизме (обзор литературы) / О.Ю. Сомкина, А.В. Меринов // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2014. – № 4. – С. 128-135

© Лукашук А.В., 2017

НЕ ДАТЬ СПИДУ ШАНС

Щербакова С.В.,
заведующий отделом профилактики
КУ «Центр профилактики и борьбы со СПИД»

Для многих декабрь ассоциируется с Новым годом! А для специалистов Центра СПИД – это время проведения акции, посвященной Всемирному дню борьбы со СПИДом.

Эпидемия развивается по своим законам, и сегодня рискует каждый. 30 % от общего числа ВИЧ-инфицированных россиян вообще не догадываются о том, что у них ВИЧ, тем самым они могут не только запустить болезнь, но и подвергают риску окружающих людей.

Лучшая тактика – это профилактика

Проект с таким названием был представлен Центром СПИД на Всероссийский конкурс «Лучший СПИД-центр». На конкурс поступило 93 заявки в 7 номинациях. В номинации за лучший коммуникационный проект в СМИ, направленный на информирование населения по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа в СМИ «Предупрежден – значит вооружен», дипломом 2 степени был отмечен Центр профилактики и борьбы со СПИД Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

Нужно знать, чтобы жить

Первым шагом в предупреждении распространения ВИЧ-инфекции является повышение уровня информированности населения. Для этого в округе прошла широкая информационная кампания: в общественных местах, торговых центрах, медицинских организациях работали информационные точки. Рекламная продукция была размещена на информацион-



ных стендах в лифтах. В социальных сетях для населения старше 35 лет запущен проект «Тебя тоже касается ВИЧ».

Для привлечения внимания населения к проблеме осуществлено информационное партнерство в рамках гастроляжного тура группы «На-На» по городам ХМАО-Югры: Ханты-Мансийск, Урай, Нягань, Югорск. Участники группы провели 1 декабря пресс-конференцию, посвященную концертному туру и поддержке акции «Тебя тоже касается ВИЧ».

Узнав больше о ВИЧ, люди должны задуматься стоит ли рисковать своей жизнью, ради сомнительного удовольствия.

Если Вы его не видите, это не значит, что его нет

В группе повышенного риска инфицирования ВИЧ по-прежнему находится молодежь. Для старшеклассников проведен он-лайн урок, на котором в неформальной форме прошло обсуждение проблемы ВИЧ.

Студенты приняли активное участие в форме «Мне 18! Я здоров!». Участники говорили о ВИЧ-инфекции не только как о медицинской проблеме, но и социальной, правовой и, конечно же, экономической составляющей ВИЧ.



Знаю. Не боюсь

В Сургуте при поддержке инициативного объединения «Знаю. Не боюсь» для журналистов и блогеров автономного округа был организован информационно-образовательный семинар «Школа Первого канала».

Для проведения обучения были приглашены директор Дирекции креативного планирования, корреспондент Дирекции информационных программ Первого канала, телеведущие, журналисты, преподаватели факультета коммуникаций.

Участникам семинара были представлены современные тренды освещения сложной и социальной тематики: семья, дети, здоровье, ВИЧ и актуальные технологии привлечения, удержания внимания аудитории в сегодняшней коммуникационной реальности. Прошло анонсирование конкурсной программы ГранПри по итогам обучения.



Тестирование на ВИЧ – часть повседневной жизни

Для сохранения своего здоровья необходимо хотя бы раз в год проходить тестирование на ВИЧ. В рамках акции «Узнай свой ВИЧ-ста-

тус!» у жителей автономного округа была возможность бесплатно и конфиденциально сдать анализ на ВИЧ на площадках экспресс-тестирования. Площадки работали в центрах здоровья для взрослых и консультационно-диагностических кабинетах медицинских организаций с 20 ноября по 3 декабря 2017 года. Прохождение тестирования сопровождалось до и после тестовым консультированием, направленным на выявление опасных ситуаций в жизни человека



и на изменение его поведения на менее рискованное в плане заражения ВИЧ. За время акции более 3500 человек смогли узнать свой ВИЧ-статус.

Три десятилетия эпидемия ВИЧ-инфекции распространяется по планете и все это время медицинское сообщество прилагает огромные усилия для профилактики ВИЧ. Сегодня сам человек должен задуматься над изменением своего отношения к данной проблеме. СПИД навсегда останется с нами, если мы будем думать о нем только один день в году.

**ПОЗДРАВЛЯЕМ ОВЕЧКИНА ПАВЛА ГЕННАДЬЕВИЧА С ЮБИЛЕЙНЫМ ДНЕМ
РОЖДЕНИЯ!**



Павел Геннадьевич ОВЕЧКИН

Главный врач БУ «Ханты-Мансийская городская клиническая станция скорой медицинской помощи».

Главный внештатный специалист Департамента здравоохранения ХМАО-Югры по специальности «Скорая медицинская помощь».

Член профильной комиссии Минздрава РФ по скорой медицинской помощи.

Член Ассоциации медицинских работников ХМАО-Югры.

Член экспертной группы аттестационной комиссии Департамента здравоохранения ХМАО-Югры по специальности «скорая медицинская помощь».

Заслуженный работник здравоохранения РФ.

– Павел Геннадьевич, расскажите, пожалуйста, о своем профессиональном становлении?

– Мой профессиональный путь в здравоохранении начался с 1975 года, когда я поступил в Челябинский государственный медицинский институт. Все годы студенчества я подрабатывал в медицинских учреждениях. Сначала – санитаром на челябинской «скорой», затем медбратом в отделении гнойных инфекций, медбратом в ЛОР-отделении Городской клинической больницы №1. Учебу на 6 курсе института совмещал с работой медбрата в кардиореанимации Областной больницы Челябинска. Окончив институт в 1981 году, поступил на работу ре-

аниматологом в Городскую клиническую больницу №1. В 1991 году, уехав на Север, в ХМАО, стал работать в больнице города Нягань – сначала врачом-реаниматологом, потом, когда в больнице открылось отделение реанимации, стал его первым заведующим. Некоторое время проработал начмедом Няганской больницы, а с 1997 года являюсь главным врачом Станции скорой медицинской помощи города Ханты-Мансийск, столицы нашего округа.

– Помимо того, что Вы занимаете должность руководителя такого значимого окружного учреждения, Вы также состоите в целом ряде профильных ассоциаций, яв-



ляетесь экспертом регионального департамента здравоохранения. Ваши профессиональные заслуги признаны на уровне федерального Минздрава. Какие из достижений являются Вашей главной профессиональной гордостью?

– Больше всего я горжусь тем, что мне удалось вырастить такой большой коллектив профессионалов, по сравнению с тем, каким скромным он был, когда я заступил на должность руководителя. Сейчас это абсолютно стабильная, мощная структура Скорой помощи, в которой многие сотрудники работают на постоянной основе уже долгие годы. У нас довольно много молодежи – людей, которые прочно закрепились в коллективе и не стремятся никуда уходить. Скорая помощь – это особая структура, которая очень сильно притягивает людей. Если человек задерживается здесь хотя бы на полгода, он, как правило, уже никуда не уходит, понимая, что находится на своем месте.

Случайных людей в нашей сфере не бывает – если человек чувствует, что скорая помощь не для него, и он может стать хорошим специалистом в другом месте, он уходит сразу. Здесь остаются лишь те, кого не пугает непредвиденность обстоятельств, непредсказуемость и экстремальность ситуаций, и остаются они надолго. На «скорой» работают люди, которые по велению сердца готовы в любую минуту прийти на помощь больному.

Также, я, безусловно, испытываю большую гордость за то, что в 2013 году нам удалось закончить строительство новой станции скорой медицинской помощи, которая отвечает всем современным требованиям. Ранее наша станция находилась в стесненных условиях, размещаясь в старом здании деревянной постройки.

– В чем основные преимущества нынешнего здания Ханты-Мансийской ССМП и как Вы оцениваете его оснащенность?

– В 2013 году в нашем городе состоялась конференция, в рамках которой прошло заседание профильной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации. На этом мероприятии присутствовало очень много главных врачей со всей России. Практически всеми участниками конференции было признано, что это великолепное здание, и именно такой должна быть современная станция скорой помощи.

В осуществлении строительства здания нам очень помогли городские власти. В тот период мы принадлежали к структуре города, нас переводили из государственной собственности в городскую, и все три мэра Ханты-Мансийска, которые занимали пост Главы города в этот период, поддерживали необходимость строительства станции СМП. В результате, хоть и с задержками, станция была построена. Сегодня станция является клинической базой медицинской академии, меколледажа и располагает самым передовым оборудованием.

У нас достаточно много реанимационного оборудования немецкого производства, есть японские электрокардиографы, а также российское оборудование самого высокого класса, которое отвечает всем требованиям последних приказов Минздрава. Все машины скорой помощи укомплектованы по классу В и даже с превышением, ближе к классу С. Мы располагаем качественным автопарком как импортного, так и отечественного производства. Периодически у нас происходит обновление автопарка – по федеральной и региональной программам.

Среднегодовое время доезда по вызовам составляет 10 минут. Только в период крупных

эпидемий, когда вызовов очень много, время доезда увеличивается, но в такие периоды мы стараемся максимально задействовать все свои ресурсы.

– Расскажите о коллективе Вашего учреждения и его самых ценных сотрудниках.

– Фактически весь наш коллектив состоит из сотрудников, которых я считаю ценными. Выделить кого-то одного и не назвать других, будет несправедливо с моей стороны. Порядка 60% сотрудников ССМП имеют те или иные поощрения от администрации учреждения, Главы города, Департамента здравоохранения ХМАО, Губернатора ХМАО, Министерства здравоохранения РФ. Двое сотрудников награждены знаками «Отличник здравоохранения РФ», один является «Отличником здравоохранения ХМАО-Югры». Одиннадцати работающим сотрудникам присвоено звание «Ветеран Труда».

Мы не заикливаемся на том, чтобы брать на работу людей с опытом. Наоборот, принимаем молодых, воспитываем, обучаем, тренируем. У них появляется опыт, они прекрасно вливаются в коллектив и качественно выполняют свои обязанности. Поскольку мы являемся клинической базой медицинских учреждений, сотрудники, которые работают на станции уже много лет, выступают не только в качестве опытных наставников, но и учителей. У нас есть прекрасно оборудованный учебный класс с набором практически всех необходимых манекенов, на которых, в том числе, обучаются студенты-медики. В нашем штате работают два кандидата наук и один аспирант, который пишет научную работу.



Говоря о профессионализме наших сотрудников, применяемом на практике, хочу привести пример, не называя конкретных фамилий. Один из относительно молодых сотрудников нашей «скорой», который работает здесь около 10 лет, провел 51 сердечно-легочную реанимацию, большинство из которых прошли успешно. И подобных примеров среди нашего медицинского персонала можно привести множество.

Коллектив Станции Скорой медицинской помощи поздравляет Павла Геннадьевича с юбилейным днем рождения! Чтобы занимать руководящую должность и быть хорошим начальником, нужны трудолюбие, целеустремленность, компетентность, терпение, острый ум, объективность, тактичность, организаторские способности и многие другие положительные качества, которыми Вы обладаете. Пусть богатым будет не только Ваш внутренний мир, но и Ваша жизнь. Всех благ Вам! С днем рождения!



Уважаемые коллеги!

Предлагаем Вам публиковать статьи в научно-методическом журнале «Здравоохранение Югры: опыт и инновации».

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Медицинский информационно-аналитический центр» с 2015 года издает региональный научно-методический журнал «Здравоохранение Югры: опыт и инновации» для осуществления обмена накопленным опытом и знаниями между ведущими специалистами, открытого и всестороннего обсуждения актуальных проблем современной медицины.

Журнал «Здравоохранение Югры: опыт и инновации» зарегистрирован управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации ПИ № ТУ72-01242 от 24.04.2015) и занесен в реестр Международного центра ISSN (ISSN 2411-7854). Также научно-методический журнал внесен в базу данных Научной электронной библиотеки РИНЦ (Российский индекс научного цитирования).

Издание служит площадкой для внедрения инновационных идей, интеграции знаний и опыта ученых и практиков в системе здравоохранения. Освещает аспекты развития, вопросы модернизации отрасли, рассказывает о новых разработках, инновационных технологиях.

Публикация в нашем журнале БЕСПЛАТНА.

Условия к публикации в научно-методическом журнале «Здравоохранение Югры»

В редакцию журнала предоставляется авторский оригинал статьи в электронной форме, содержащей текст, набранный в редакторе «MicrosoftWord».

Допускается отправка статьи по электронной почте: zmanovskayaev@miacugra.ru с пометкой «Для публикации в журнале «Здравоохранение Югры»».

Авторский материал, изложенный в статье, должен обладать элементами новизны, не быть описанием известных фактов (из учебников, справочников и т.п.), иметь прикладную ориентацию, раскрывать теоретические и методические вопросы решения какой-либо актуальной проблемы здравоохранения, содержать выводы и рекомендации.

Рукописи принимаются к рассмотрению непрерывно в течение года. Авторам, оформившим подписку, предоставляется возможность внеочередной публикации статей.

Сроки приема статей:

в № 1 – до 15 февраля; в № 2 – до 15 мая; в № 3 – до 10 августа; в № 4 – до 15 ноября.

По всем вопросам обращайтесь по телефону 8(3467) 960-668 (Змановская Екатерина Викторовна – редактор Учебного центра), e-mail: zmanovskayaev@miacugra.ru.

Уважаемые коллеги!

Поздравляю Вас с наступающим Новым 2018 годом!

В канун этих светлых праздников примите мои самые искренние пожелания крепкого здоровья, яркой и полноценной жизни, процветания и исполнения всего задуманного!

Дальнейшего позитивного развития наших партнерских отношений в осуществлении благородной миссии по сохранению и укреплению здоровья населения.

Пусть Новый год станет для всех отличной возможностью продолжить свои успешные начинания и прекрасным шансом для тех, кто решил начать новые жизненные проекты!

Главный редактор журнала
«Здравоохранение Югры: опыт и инновации»
Акназаров Р.К.,
директор БУ «Медицинский информационно-
аналитический центр»

СОДЕРЖАНИЕ

ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Овечкина Т.Д., Юлдашев О.Р., Капутская Т.Н., Палей С.М. Повторный анализ системы менеджмента качества с использованием социологического исследования с целью установления области улучшения.....3

Шереметьева В.В. Коммуникационная площадка в реализации Плана мероприятий («дорожной карты») развития сети опорных реабилитационных и образовательных центров, обеспечивающих работу с детьми, имеющими особенности развития в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре на 2016-2018 годы.....12

РЕГИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Ершов В.И., Салманов Ю.М., Раджабова И.К., Шилоносова А.М. О результатах анализа структуры вызовов скорой медицинской помощи к детскому населению города Сургута.....21

Сергеева Я.Ю. Впервые в Сургуте прошла межрегиональная конференция «Актуальные вопросы трансфизиологии и иммуногематологии».....26

Кузьмичев Д.Е. Новые веянья в работе судебно-медицинской службы Югры.....28

Зырянов С.А., Новиков А.П., Магдеев Р.В. Аналитическая информация по проведенным подтверждающим химико-токсикологическим исследованиям с использованием газового хроматографа с масс-селективным детектором.....31

Ершов Е.Г., Матюшин В.С., Скоробогатов М.М. Комплексная концепция лечения больных с ожирением и метаболическим синдромом в окружной клинической больнице города Ханты-Мансийска.....45

Михайлова А.Е., Макарова Т.А., Штумпф А.И. Образовательные мероприятия бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» в 2017 году.....47

ТОЧКА ЗРЕНИЯ

Ирина Урванцева «Кадровый дефицит – проблема актуальная не только для здравоохранения. Универсальным решением задачи может послужить система целевого набора».....49

ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ландышев М.А. Медико-социальная характеристика длительно госпитализированных пациентов психиатрического стационара (на примере Рязанской области).....51

Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М., Елькина В.Г. Морфологическая находка. Тромбоз.....54

Дорожкина И.М., Углева Т.Н., Алексеенко Л.А. Опыт ведения новорожденных с бронхолегочной дисплазией в перинатальном центре Окружной клинической больницы.....56

Лукашук А.В. Саморазрушающее поведение родителей девушек, совершивших попытку самоубийства.....61

АКТУАЛЬНО

Щербакова С.В. Не дать СПИДу шанс.....65

ПОЗДРАВЛЯЕМ

Поздравляем Овечкина Павла Геннадьевича с юбилейным днем рождения!.....67

