



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



ISSN 2411-7854

ВЫПУСК № 2 /23/2020

Здравоохранение Югры

ОПЫТ И ИННОВАЦИИ



НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

● ● ● ● 16+



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮГРЫ:

ОПЫТ И ИННОВАЦИИ

№ 2(23) 2020

16 +

Учредитель

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

Редакция

Зав. редакцией
Дёмин Е.А.

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

Чистяков С.Н.

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: *Чмелев Сергей Алексеевич, врач-статистик БУ «Медицинский информационно-аналитический центр», Отличник здравоохранения Российской Федерации, Заслуженный работник здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры*

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

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

Дата выхода 29.06.2020 г.

Усл.печ.л. 8,78.

Тираж 50 экз.

Выходит 4
раза в год

Цена
свободная

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



Уважаемые коллеги!

Перед вами новый номер журнала «Здравоохранение Югры: опыт и инновации». Мы задумывали наш журнал как площадку для обмена опытом, возможности публикации основных результатов работы специалистов здравоохранения, и второй номер журнала – подтверждение тому, что наш выбор был верен.

Сейчас мы переживаем непростое время. Изоляция, привычный уклад жизни и работа изменились, нам приходится адаптироваться к новой реальности. Коронавирус войдет в историю человечества не только как медицинская проблема. Пандемия обрушила привычный образ жизни миллиардов людей. За считанные месяцы самоуверенные ценности общества потребления стусевались перед жизненно необходимыми правилами общества безопасности.

В условиях пандемии медицинские услуги ушли, их сменила медицинская помощь, так заявил глава Минздрава РФ Михаил Мурашко. О принципиальной разнице этих понятий, а

также об оценке нормативно-правового регулирования данной ситуации и о работе линии психологической поддержки в период пандемии можно прочесть в новом номере нашего журнала.

Кроме того, в этом номера журнала в рубрике «Актуально» публикуются материалы медсестры окружного кардиодиспансера о первом рабочем дне в ковидном госпиталате.

Актуальность представляемых статей определяется современными проблемами, которые стоят перед обществом: обследование слуха у детей для раннего выявления нарушений с последующим наиболее ранним началом лечения, ретинопатия недоношенных, как одна из главных причин слепоты и слабовидения у детей.

Авторы ряда статей, представленных в журнале, рассказывают об опыте лечения гипоспадии у мальчиков, медицинской помощи пациентам с отеком легких на догоспитальном этапе.

Также Вы сможете познакомиться с югорскими врачами, победителями Всероссийского конкурса врачей в 2020 году.

Мы надеемся, что широкий обмен накопленным опытом и знаниями между ведущими специалистами в этой области, открытое и всестороннее обсуждение актуальных проблем современной медицины на страницах нашего журнала будут полезны и крайне необходимы для поиска оптимальных системных решений.

Редакция принимает к рассмотрению материалы, которые представляют собой законченный фрагмент исследования с экспериментально аргументированными результатами и выходом на практику.

Мы благодарим наших постоянных и новых авторов, надеемся на дальнейшее плодотворное сотрудничество со всеми.

Главный редактор журнала
«Здравоохранение Югры: опыт и инновации»

Чистяков С.Н.,
кандидат педагогических наук,
заместитель директора БУ «Медицинский
информационно-аналитический центр»
Заслуженный работник Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры

УДК 614.2

ОЦЕНКА НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ СИТУАЦИИ, СВЯЗАННОЙ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ КОРОНАВИРУСА COVID-19

Клыгчев Р. А.,

кандидат юридических наук

доцент кафедры истории, права и гуманитарных дисциплин Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации

Мифтахова А.Х.,

заместитель руководителя по поликлиническому разделу работы
БУ «Покачевская городская больница»

Анзорова Э.С.,

кандидат медицинских наук, заведующий стоматологическим отделением
БУ «Покачевская городская больница»,

магистрант Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации

Чуркина Л.Е.,

заведующая организационно-методическим отделом БУ «Покачевская городская больница»

Распространение коронавируса COVID-19 затронуло все сферы общества. Поэтому оценка нормативно-правового регулирования данной ситуации предполагает анализ соответствия действующего законодательства и других нормативных правовых актов стоящим в настоящее время задачам по всем направлениям, что, однако, не является задачей данного исследования. Поэтому оценке будут подвергнуты нормативно-правовое регулирование только ряда сфер, имеющих наибольшее отношение к здравоохранению.

Ключевые слова: нормативное регулирование деятельности медицинских работников, коронавируса, ОМС, регулирование трудовых отношений, телемедицина

К сожалению, существовавшая нормативно-правовая база деятельности медицинских организаций оказалась недостаточной для оперативного реагирования на ситуацию с коронавирусом. Это касается следующего:

- нормативного регулирования изменения профиля деятельности медицинских организаций в условиях распространения коронавируса;
- законодательства в сфере обязательного медицинского страхования, не предполагавшего механизмов компенсации выпадающих доходов медицинских организаций, их работы в режиме ожидания и т.д.;
- разрешительной сферы оказания медицинской помощи: необходимости наличия лицензий на медицинскую деятельность при временном перепрофилировании медицинских организаций в инфекционные, пульмонологические и т.д., а также с точки зрения оказания телемедицинских услуг врачами из дома и т.д.;
- квалификационных требований к медицинским работникам: наличие интернатуры (ординатуры), профессиональной подготовки, сертификатов (свидетельств об аккредитации)

и т.д. при необходимости врачам других специальностей оказывать медицинскую помощь пациентам с коронавирусом;

- трудового законодательства (противоречивость законодательства в отношении дистанционного труда, заемного труда и т.д.)

- законодательства в сфере телемедицинских технологий и т.д. Разрешительная сфера регулирования оказания медицинской помощи в условиях распространения коронавируса приводит к большому числу «исключений из правил», особенно при перепрофилировании медицинских организаций в инфекционные. Например:

- оказание медицинской помощи по инфекционному профилю, не заявленному в лицензии;
- оказание медицинской помощи вне адресов, по которым выдана лицензия;
- плановое оформление лицензии вновь вводимых медицинских организаций и т.д.

Государство достаточно оперативно отреагировало на нынешнюю ситуацию, в частности, принято Постановление Правительства РФ от 03.04.2020 № 440 «О продлении дей-

ствия разрешений и иных особенностях в отношении разрешительной деятельности в 2020 году». Но представляется, что само законодательство о лицензировании и т.д. должно было изначально предусматривать такие варианты.

Нормативное регулирование деятельности медицинских работников в условиях борьбы с коронавирусом

Безусловно, невозможно детально подготовиться ко всем возможным ситуациям, когда может потребоваться медицинская помощь значительной части населения. Однако наиболее вероятные причины таких ситуаций хорошо известны: эпидемии, отравления, травмы, ожоги и ранения. Очевидно и то, что квалифицированных врачей и медсестер по конкретным специальностям будет не хватать – независимо от причин, при массовом поражении населения медицинскую помощь будут оказывать медицинские работники всех специальностей. Но это требует хотя бы элементарной переподготовки персонала и юридического права оказывать помощь по иной специальности, чем имеет медицинский работник. Минздрав России своевременно отреагировал на нынешнюю ситуацию, издав приказ от 19 марта 2020 года № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19». Приняты меры по допущению медицинских работников к оказанию медицинской помощи при отсутствии сертификата либо свидетельства об аккредитации:

- Постановление Правительства РФ от 03.04.2020 № 440 «О продлении действия разрешений и иных особенностях в отношении разрешительной деятельности в 2020 году»;

- Приказ Минздрава России от 14.04.2020 № 327н «Об особенностях допуска физических лиц к осуществлению медицинской деятельности и (или) фармацевтической деятельности без сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста и (или) по специальностям, не предусмотренным сертификатом специалиста или свидетельством об аккредитации специалиста». Однако представляется, что определенные алгоритмы (инструкции и т.д.) действий на период эпидемий и других чрезвычайных ситуаций должны были быть разра-

ботаны уже давно. Они должны были бы лишь уточняться и обновляться с учетом конкретной ситуации.

Регулирование трудовых отношений

В настоящее время остается неурегулированным целый ряд вопросов, связанных с трудовыми отношениями:

- статус «нерабочих оплачиваемых дней» требует законодательного закрепления, четкого определения и регулирования;

- трудовой договор о дистанционной работе, регулируемый статьей 49.1, фактически является особой формой трудового договора (с особыми условиями расторжения договора и т.д.), поэтому перевод на дистанционную работу путем заключения дополнительных соглашений многими юристами оценивается как неоднозначный с правовой точки зрения. Эти и подобные неоднозначные моменты должны быть устранены;

- трудовое законодательство запрещает использование заемного труда, то есть труда, осуществляемого работником по распоряжению работодателя в интересах, под управлением и контролем физического лица или юридического лица, не являющихся работодателем данного работника (статья 56.1 Трудового кодекса). Между тем, в условиях распространения коронавируса возникла необходимость перепрофилирования коек, включая «усиление» их врачами-инфекционистами, привлекаемыми из других учреждений; переподчинение части коек федеральных медицинских организаций региональным властям и т.д. В подобных случаях заемный труд оказался вполне приемлемой формой временного привлечения сотрудников других медицинских организаций;

- перепрофилирование коек любого профиля в инфекционные предполагает новые условия труда для работников и подпадает под понятие «ввод в эксплуатацию вновь организованных рабочих мест», предусмотренное Федеральным законом от 28.12.2013 № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда» – это основание для проведения внеплановой СОУТ. Необходимо урегулировать вопрос об обязательности проведения СОУТ в подобных условиях;

- перепрофилирование медицинских организаций в инфекционные, пульмонологические и т.д., однозначно создает риски инфици-

рования не только медицинских работников, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи пациентам с коронавирусом, но и других сотрудников медицинских организаций, включая немедицинский (уборщики служебных помещений, гардеробщики, административно-управленческий и т.д.). Это означает необходимость установления для них выплат компенсационного характера. Однако за счет ОМС это можно сделать только по итогам специальной оценки условий труда, которую, в свою очередь, в условиях распространения коронавируса, провести невозможно;

- в настоящее время не могут быть использованы положения п. 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса, посвященные прекращению трудового договора по обстоятельствам, не зависящим от воли сторон. Этот пункт предполагает, что трудовой договор подлежит прекращению при наступлении чрезвычайных обстоятельств, препятствующих продолжению трудовых отношений (военные действия, катастрофа, стихийное бедствие, крупная авария, эпидемия и другие чрезвычайные обстоятельства), если данное обстоятельство признано решением Правительства Российской Федерации или органа государственной власти соответствующего субъекта Российской Федерации. Эпидемия коронавируса ни в России в целом, ни в отдельных регионах, не объявлена официально. Поэтому владельцы туристических агентств, ресторанов и т.д. не могут воспользоваться данной статьей, даже если их деятельность полностью остановлена;

- представляется необходимым приостановить на период особых условий, аналогичных нынешним, нормы трудового законодательства по расторжению трудовых договоров с руководителями государственных (муниципальных) учреждений по ряду оснований, не зависящих от руководителя (зависящих не только от него), например, при наличии кредиторской задолженности, превышающей предельно допустимый уровень; при недостижении установленного соотношения в зарплатах медицинского персонала в рамках дорожных карт и т.д. Это же касается оснований, связанных с достижением предельного возраста и т.д. Смена руководителей без крайней необходимости в чрезвычайных условиях, требующих быстрых компетентных решений, нецелесообразна, поскольку но-

вому руководителю понадобится значительное время для того, чтобы войти в курс дела.

Проблемы применения телемедицинских технологий в период распространения коронавируса

Телемедицинские технологии являются формой оказания медицинской помощи, способной противодействовать распространению эпидемии за счет исключения прямого контакта как медицинских работников с пациентами, так и медицинских работников между собой, а также - пациентов между собой. Фактически в настоящее время это идеальный вариант, сочетающий дистанционную работу и самоизоляцию. Нынешняя ситуация выявила ограниченность в возможностях применения телемедицинских технологий с точки зрения следующих позиций:

- врач может проводить телемедицинскую консультацию или дистанционное наблюдение из своего кабинета в медицинской организации. Однако неурегулированным является вопрос о допустимости выполнения этих же самых функций врачом из своей квартиры: с точки зрения того, что это территория, на которую не распространяется лицензия;

- сложность использования телемедицинских технологий пациентами пожилого возраста;

- постановка диагноза без личного присутствия пациента (без очного посещения и т.д.) недопустима. В целом это оправданная норма. Но имеется множество сфер, где такое ограничение является излишним. Например, в России применяются отечественные программные информационные продукты для морфологической диагностики, построенные на облачных технологиях, которые позволяют специалистам выявлять онкологические заболевания не используя микроскопы - пробы оцифрованы и могут изучаться дистанционно. В подобных случаях и постановка диагноза может осуществляться дистанционно. Поэтому необходимо вести работу по поэтапному выявлению ситуаций, при которых допустимо дистанционная постановка диагноза;

- неоднозначность законодательства о дистанционном труде негативно сказывается и на возможности широкого распространения телемедицинских технологий;

- устаревшие порядки оказания медицинской помощи, многие из которых либо вообще не содержат упоминания об оснащении оборудованием, необходимым для проведения телемедицинских технологий, либо невольно ограничивают сферу их применения.

Заключение

Нормативно-правовая база функционирования как экономики в целом, так и здравоохранения оказалась не в полной мере готовой к условиям распространения коронавируса. Оперативно были внесены изменения в многочисленные нормативные правовые акты. Однако по итогам анализа опыта борьбы с коронавирусом COVID-19 потребуются пересмотр целого ряда нормативных правовых актов: ст. 49.1 ТК РФ, ст. 56.1 ТК РФ, ст. 83.1 ТК РФ, ФЗ от 28.12.2013 № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда» и др.

Литература

Основная литература

1. Мокий, М.С. Методология научных исследований: учебник для магистратуры – М.: Юрайт 2015. Режим доступа: <http://www.biblio-online.ru/book/491509BE-75D6-4104-8018-3F5A50F17281>.
2. Скворцова, Л.М. Методология научных исследований [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Скворцова Л.М. – Электрон. текстовые данные. –

М.: Ай Пи Эр Медиа, ЭБС АСВ, 2014. – 79 с. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/27036>.

Дополнительная литература

3. Вайнштейн, М.З. Основы научных исследований [Электронный ресурс]: учебное пособие – Йошкар-Ола: МГТУ, ПГТУ, ЭБС АСВ, 2011. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/22586>.
4. Шутов, А.И. Основы научных исследований [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Шутов А.И., Семикопенко Ю.В., Новописный Е.А. – Электрон. текстовые данные. – Белгород: БГТУ им. В.Г. Шухова, ЭБС АСВ 2013. – 101 с. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/28378>.

Нормативные правовые документы

5. Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда» // СПС «Консультант Плюс».
6. Трудовой кодекс Российской Федерации // СПС «Консультант Плюс».

Интернет-ресурсы, справочные системы

7. Электронно-библиотечная система «IPRbooks» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/>
 8. Электронно-библиотечная система издательства «Лань» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://e.lanbook.com/>
 9. Электронно-библиотечная система издательства ЮРАЙТ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.biblio-online.ru>
- © Клычев Р. А., Мифтахова А.Х., Анзорова Э.С., Чуркина Л.Е., 2020

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Дмитришак М.В.,

провизор-технолог первой квалификационной категории
аптечного пункта ООО «Лорикс» г. Нижневартовска,
эксперт-аудитор «Системы менеджмента качества»,
член Ассоциации «Тюменское региональное медицинское общество»

Система менеджмента качества в аптечной организации обеспечивается путем соблюдения и разработки обширного комплекса мероприятий согласно действующих Приказов Министерства здравоохранения РФ и внутренних распорядительных документов, регламентирующих фармацевтический порядок, санитарный режим, контроль качества и правила хранения лекарственных препаратов и других групп аптечного ассортимента в целях обеспечения качества, безопасности и эффективности лекарственных препаратов, а также недопущения в гражданский оборот фальсифицированных и недоброкачественных лекарственных препаратов.

Ключевые слова: система менеджмента качества, аптечная организация

В целях соблюдения требований Надлежащей аптечной практики (Приказ Минздрава РФ от 31.08.2016 № 647н «Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения», Приказ от 31.08.2016 № 646н «Об утверждении Правил надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных препаратов для медицинского применения») мною в 2017 году на аптечном предприятии ООО «Лорикс» была разработана и внедрена в работу «Система менеджмента качества», которая охватывает все этапы обращения лекарственного препарата, лекарственного обеспечения населения и позволяет оказывать качественную лекарственную помощь жителям г. Нижневартовск (рис. 1).

В 2020 году разработанная мною «Система менеджмента качества» была сертифицирована на соответствие требованиям стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015 (ISO:2015), также была сертифицирована «Система менеджмента охраны здоровья и безопасности персонала» на соответствие требованиям стандарта ГОСТ 54934-2012/OHSAS 18001:2007 с получением сертификатов.

Цели создания эффективной «Системы менеджмента качества» в ООО «Лорикс»:

- обеспечение населения эффективными, безопасными и качественными лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и прочими товарами аптечного ассортимента;
- стремление к внедрению прогрессивных форм и методов обслуживания населения;
- профессиональное консультирование о фармакокинетике и фармакодинамике лекарственных препаратов, о способах приема и правилах хранения лекарственных препаратов в домашних условиях, о наличии и цене лекарственных препаратов, в том числе на получение в первоочередном порядке информации о наличии лекарственных препаратов нижнего ценового сегмента;
- контроль за выполнением лицензионных требований, в т.ч. соблюдение санитарного режима, фармацевтического порядка и иных условий, необходимых для обеспечения населения качественными, безопасными, эффективными товарами аптечного ассортимента;
- недопущение попадания в гражданский оборот фальсифицированных и недоброкачественных лекарственных препаратов.



Рис. 1. Правила надлежащей аптечной практики

Одним из важнейших компонентов «Системы менеджмента качества» (далее «СМК») является «Руководство по качеству». «Руководство по качеству» разработано мною и предназначено для создания системы управления процессами в ООО «Лорикс» в целях контроля и соблюдения надлежащих правил хранения лекарственных препаратов, медицинских изделий и других товаров аптечного ассортимента, соблюдения санитарно-гигиенических норм и фармацевтического порядка, совершенствования качества обслуживания населения и повышения персональной ответственности фармацевтических работников, обеспечение взаимосвязи врача, пациента и работника аптечной организации, направленное на заботу о благополучии пациента и сохранение его здоровья. Положения «Руководства по качеству» направлены также на предоставление потребителям достоверной информации о лекарственных препаратах, обе-

спечение рационального применения лекарственных препаратов, используемых с целью ответственного самолечения и назначенных врачом.

«Руководство по качеству» включает политику, цели, стратегию в области качества, описание структуры «Системы менеджмента качества» ООО «Лорикс», распределение ответственности и полномочий, её элементов и процессов применительно к осуществлению фармацевтической деятельности. «Руководство по качеству» – главный локальный нормативный документ, регулирующий «Систему менеджмента качества» в аптечном пункте ООО «Лорикс», в котором описаны элементы системы менеджмента качества, в том числе, основы управления документами в организации, ответственности за эффективность «Системы менеджмента качества».

Основные принципы системы менеджмента качества ООО «Лорикс»:

- Системность;
- Комплексность;
- Актуальность;
- Идентификация;
- Удобство использования.

Система менеджмента качества ООО «Лорикс» представляет собой совокупность организационной структуры, распределения полномочий и ответственности, методов, процедур и ресурсов, внутренней и внешней документации, мероприятий, необходимых для установления, поддержания и совершенствования качества фармацевтических услуг, и служит средством, обеспечивающим соответствие оказанных услуг установленным требованиям.

Вся документация в ООО «Лорикс» разделена на две группы:

1. Документация внутреннего происхождения, которая разработана, оформлена, согласована и утверждена руководителем ООО «Лорикс»;

2. Документация внешнего происхождения – Распоряжения Правительства, Приказы Минздрава РФ, Приказы Главного Государственного санитарного врача РФ, методические рекомендации, фармакопейные статьи, нормативные документы и др.

В целях выполнения условий по надлежащему хранению лекарственных препаратов и других товаров аптечного ассортимента и организации контроля за соблюдением «СМК», стандартных операционных процедур в аптечном пункте ООО «Лорикс» разработаны внутренние локальные нормативные акты, ведутся отчеты, журналы, документация по внедрению и обеспечению системы качества, проведению мониторинга эффективности системы качества и актуализации стандартных операционных процедур. Ежедневно происходит отслеживание писем Росздравнадзора по забракованной продукции.

Комплекс внутренней документации «Системы менеджмента качества» в ООО «Лорикс» включает в себя:

- «Руководство по качеству», включающее политику и цели в области качества;
- «Программу производственного контроля»;
- «Правила внутреннего трудового распорядка предприятия»;

- Лицензию на фармацевтическую деятельность;
 - Внутренние приказы Общества;
 - Иные внутренние локально-нормативные акты предприятия;
 - Журналы (всего в ООО «Лорикс» ведется более 50 журналов);
 - Стандартные операционные процедуры, разработанные мною, утверждены руководителем и внедрены в работу – всего 21 СОП);
 - Инструкции, в т.ч. по охране труда, технике безопасности, противопожарной и электробезопасности;
 - Письма Росздравнадзора о забракованных лекарственных препаратах и медицинских изделиях и иные документы, касающиеся приостановления (возобновления) реализации товаров аптечного ассортимента, отзыва (изъятия) из обращения лекарственных препаратов, выявления случаев обращения незарегистрированных медицинских изделий;
 - Акты проверок Общества должностными лицами органов государственного контроля (надзора), в т. ч. итоги внутренних аудитов предприятия;
 - Различные виды отчетности;
 - Документы по эффективному планированию деятельности, осуществлению процессов обеспечения системы качества и управлению ими;
 - Планы-графики проведения необходимых мероприятий;
 - Должностные инструкции;
 - Технологические документы (инструкции, методики, правила и др.);
 - Документация по итогам проведения занятий по техучебе, обучающим тренингам для сотрудников аптечного пункта;
 - Документы, подтверждающие своевременное прохождение курсов повышения квалификации специалистов и профессиональной переподготовки;
 - Приказы и распоряжения руководителя;
 - Документы, подтверждающие своевременное прохождение медицинских осмотров и санитарно-гигиенического обучения.
- Документация, которая оформляется в письменной форме, должна быть распечатана, иметь необходимые согласования, подписи об

утверждении и ознакомлении. Все журналы регистрации/учета должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя.

В 2016 году мною была разработана, утверждена руководителем и введена в действие «Программа производственного контроля», которая необходима в работе и дополняет «Руководство по качеству» с целью соблюдения действующего законодательства о санитарно-эпидемиологическом благополучии человека, обеспечения населения лекарственной помощью должного уровня, исключения производственного травматизма и профессиональной вредности сотрудников.

Для контроля выявленных вредных факторов в а/п ООО «Лорик» используется «Журнал производственного контроля», ведется «Журнал учета результатов медицинских осмотров», личные медицинские книжки работников, договора на выполнение ряда услуг (вывоз мусора, очистка прилегающей территории, стирка медицинских халатов и ветоши, утилизация недоброкачественных ЛС, проведение дезинфекции, дератизации).

Хранение контрольной документации осуществляется в деревянных шкафах, обеспечивающих их сохранность. Сохранность объекта, документации, товарных запасов обеспечивается путем ежегодной пролонгации договора на охрану с ЧОП, имеется «тревожная кнопка» на случай производственной необходимости.

В ООО «Лорик» утверждены и внедрены в работу следующие журналы, инструкции, план-графики:

- «Программа производственного контроля»;
- «Журнал разведения дезинфицирующих средств»;
- «Журнал учета поступления дезинфицирующих средств»;
- «Журнал санитарного состояния помещения и генеральных уборок»;
- «Журнал учета температуры и влажности» – 2 шт.;
- «Журнал учета температуры в холодильном оборудовании» – 2 шт.;
- «Журнал учета температуры в холодильном оборудовании с иммунобиологическими препаратами (далее – ИАП)» – 1 шт.;

- «Журнал учета температуры в термоконтейнере для ИАП»;
- «Журнал проведения инструктажей при работе с ИАП»;
- «Журнал регистрации клиентов, получивших ИАП в термопакете»;
- «Журнал учета поступления и расходов ИАП»;
- «Журнал аварийного отключения электроэнергии»;
- «Журнал входного приемочного контроля»;
- «Журнал учета дефектуры №1 (лекарственные препараты (далее – ЛП), медицинские изделия (далее – МИ) и др.)»;
- «Журнал учета дефектуры №2 (очковая оптика и медицинская литература)»;
- «Журнал предметно-количественного учета калия перманганата»;
- «Журнал предметно-количественного учета №1»;
- «Журнал предметно-количественного учета №2»;
- «Журнал контроля сроков годности лекарственных препаратов»;
- «Журнал производственного контроля»;
- «Журнал учета неправильно выписанных рецептов»;
- «Журнал учета рецептов, находящихся на отсроченном обслуживании»;
- «Журнал информационной работы с медицинскими организациями о порядке обеспечения отдельных категорий граждан ЛП и МИ бесплатно или со скидкой»;
- «Журнал регистрации приказов»;
- «Журнал прохождения медицинских осмотров и гигиенического обучения сотрудников»;
- «Журнал по учету препаратов обязательного ассортимента»;
- «Журнал регистрации забракованных, фальсифицированных лекарственных средств» (письма Росздравнадзора);
- «Журнал регистрации забракованных лекарственных препаратов (письма Министерства здравоохранения РФ)»;
- «Журнал регистрации забракованных лекарственных препаратов»;
- «Журнал регистрации Актов о перемещении лекарственных препаратов в карантинную зону»;

- «Журнал регистрации уничтоженных рецептов препаратов ПКУ и Приказа Минздрава РФ № 403н»;
 - «Журнал регистрации сертификатов качества на лекарственные препараты и иные группы аптечного ассортимента»;
 - «Журнал учета обращения с отходами»;
 - «Журнал регистрации вводного инструктажа по охране труда»;
 - «Журнал регистрации периодического инструктажа по охране труда на рабочем месте»;
 - «Журнал регистрации вводного инструктажа по ГО и ЧС»;
 - «Журнал регистрации периодического инструктажа по ГО и ЧС»;
 - «Журнал получения инструкций по охране труда, п/пожарной, электробезопасности, ГО и ЧС»;
 - «Журнал регистрации инструктажа по электробезопасности»;
 - «Журнал регистрации инструктажа по правилам оказания первой доврачебной помощи»;
 - «Журнал учета первичных средств пожаротушения»;
 - «Журнал учета выданных сотрудникам средств индивидуальной защиты»;
 - «Журнал учета присвоения 1 группы по электробезопасности неэлектротехническому персоналу»;
 - «Журнал контроля технического состояния систем вентиляции, кондиционирования»;
 - «Журнал выдачи средств индивидуальной защиты»;
 - «Журнал технического обслуживания оборудования»;
 - «Журнал проведения обследований помещения на наличие членистоногих»;
 - «Журнал регистрации претензионных материалов к Поставщику»;
 - «Журнал регистрации расхода лекарственных препаратов из аптечки сотрудников»;
 - «Журнал учета проведенных проверок по ФЗ-294 от 24.12.2008 г.»;
 - «Журнал сдачи объекта под охрану»;
 - «Журнал входящей и исходящей корреспонденции»;
 - «Журнал учета выданных доверенностей»;
 - «Книга учета движения трудовых книжек»;
 - «Инструкция по приготовлению рабочих растворов Део-хлор»;
 - «Инструкция по обработке помещения и уборочного инвентаря»;
 - «Инструкция по обработке рук персонала»;
 - «Инструкция по оказанию первой помощи при отравлении «Део-хлором»»;
 - «Инструкция о порядке отпуска ИАП населению»;
 - «Инструкция по охране труда» для каждого рабочего места, должности»;
 - «Инструкция по правилам пользования пожароохранной сигнализацией»;
 - «План эвакуации людей и имущества в а/п на случай ЧС»;
 - «План-график проведения занятий по теоретике»;
 - «План график проведения санитарных дней»;
 - «План-график поверки технических средств измерений»;
 - «План экстренных мероприятий на случай возникновения проблем в «холодовой цепи» ООО «Лорикс» 3 уровень»;
 - Информационные письма Росздравнадзора по забракованным и фальсифицированным лекарственным препаратам»;
 - «Коллективный договор» ООО «Лорикс»;
 - «Положение о средствах индивидуальной защиты для сотрудников»;
 - «Положение о ненормированном рабочем дне»;
 - «Правила внутреннего трудового распорядка» и иные внутренние локально-правовые акты предприятия.
- Также на предприятии имеются:
- «Этический Кодекс российского фармацевта»;
 - «Реестр зарегистрированных цен на жизненно-важные и необходимые лекарственные препараты (обновление 1 раз в месяц»;
 - «Должностные инструкции» сотрудников с отметкой об ознакомлении»;
 - «Товарные накладные»;
 - «Счета-фактуры»;
 - «Протоколы согласования цен на ЖН-ВЛП»;
 - «Реестры сертификатов»;
 - «Государственная фармакопея 13 издания» – 1,2,3 том., 14 изд. (1,2,3,4 том);
 - бухгалтерская отчетность, документация;
 - справочники, методические рекоменда-

ции, Приказы Минздрава РФ, Постановления Правительства РФ и др.

За ведение каждого журнала возложена персональная ответственность на должностных лиц приказом руководителя. В зависимости от вида журнала ответственное лицо производит его заполнение согласно необходимой кратности (ежедневно, ежемесячно, ежеквартально). В целях систематизации процессов и ответственных лиц мною был разработан, утвержден руководителем и внедрен в работу специальный журнал ответственных лиц, где в таблице отражены все операции, журналы, документация, ответственные лица по каждому разделу работы, а также указаны номера и даты приказов о назначении ответственного лица по каждой процедуре или журналу.

Срок хранения данных документов определяется в соответствии с требованиями законодательства РФ об архивном деле. Документация хранится в деревянных шкафах с дверцами. Сохранность документации обеспечивается функционирующим видеонаблюдением и пожарной сигнализацией.

В целях надлежащего соблюдения контроля за сохранением качества лекарственных препаратов, прочих товаров аптечного ассортимента, поступающих в аптечную организацию, мною были разработаны, утверждены руководителем и внедрены в работу 21 Стандартная операционная процедура (далее – СОП). Они разработаны на все основные процессы в аптечном пункте ООО «Лорикс». СОП описывают оптимальный ход действия сотрудников для выполнения того или иного основного, вспомогательного или управляющего процесса:

- СОП «О порядке разработки, согласования и обращения рабочих инструкций (РИ) и стандартных операционных процедур (СОП)»;
- СОП «Порядок организации работы с информацией о приостановлении реализации, изъятии из обращения лекарственных препаратов, незарегистрированных медицинских изделий»;
- СОП «Инструкция по приемке лекарственных препаратов и медицинских изделий»;
- СОП «Инструкция по организации хранения лекарственных препаратов»;
- СОП «Организация работы по учету лекарственных препаратов с ограниченным сроком годности»;

- СОП «Порядок измерения и регистрации параметров воздуха в помещениях аптечной организации и температуры в холодильниках»;
- СОП «Инструкция по уборке помещения и обработке оборудования аптечной организации»;
- СОП «Инструкция по уборке разлитых и рассыпанных лекарственных средств»;
- СОП «Инструкция по отпуску лекарственных препаратов по рецептам (формы бланков № 148-1/у-88 и №. 107-1/у)»;
- СОП «Порядок реализации лекарственных препаратов без рецепта врача»;
- СОП «Порядок хранения, отпуска и учета калия перманганата в аптеке»;
- СОП «Инструкция по соблюдению правил личной гигиены персоналом аптечной организации»;
- СОП «Инструкция по правилам мытья и дезинфекции рук персонала»;
- СОП «Инструкция по ценообразованию в аптечной организации»;
- СОП «Инструкция по выбору поставщика»;
- СОП «Порядок осуществления фармаконадзора в аптечной организации»;
- СОП «Порядок осуществления анализа жалоб и предложений покупателей и принятия по ним решений»;
- СОП «Порядок осуществления внутреннего контроля и анализа его эффективности»;
- СОП «Проведение контрольно-надзорных мероприятий в соответствии с ФЗ-294 от 26.12.2008 «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного(муниципального) надзора».

Комплекс мероприятий по поддержанию надлежащей «СМК», по соблюдению условий хранения лекарственных препаратов и других товаров аптечного ассортимента в ООО «Лорикс» включает в себя надлежащую организацию и контроль со стороны сотрудников ООО «Лорикс» за следующими процедурами и операциями:

- составление план-графиков и проведение инструктажей с сотрудниками аптечного пункта по надлежащим правилам хранения товаров аптечного ассортимента, по техучебам, инструктажам по охране труда и правилам противопожарной и электробезопасности;

- соблюдение санитарного режима аптечной организации;
- организация приемочного контроля;
- соблюдение температурного режима в помещении аптечного пункта и в холодильном оборудовании;
- своевременная поверка приборов (термометров, гигрометров) в соответствии с утвержденным графиком;
- надлежащее хранение лекарственных препаратов с учетом требуемого температурного режима хранения, с учетом фармакологических групп, физико-химических свойств, агрегатного состояния и способа применения лекарственных препаратов;
- надлежащее хранение иммунобиологических препаратов (ИЛП) и строгое соблюдение «холодовой цепи»;
- своевременное отслеживание и контроль забракованных препаратов согласно информации Росздравнадзора, информационным письмам и недопустимости попадания забракованных лекарственных препаратов в обращение;
- организация карантинной зоны для хранения забракованных или пришедших в негодность лекарственных препаратов;
- организация и порядок уничтожения недоброкачественных, фальсифицированных или пришедших в негодность лекарственных препаратов;
- соблюдение порядка отпуска лекарственных препаратов по рецептам и без рецептов врачей, профессиональное консультирование.

Принципы качества, внедренные в аптечном пункте ООО «Лорикс» (ИСО 9001:2015):

- Ориентация на потребителя;
- Процессный подход;
- Стремление к внедрению инновационных методов работы;
- Взаимодействие сотрудников в коллективе;
- Своевременное принятие решений;
- Комплекс менеджмента взаимоотношений (внутренний и внешний).

Политика и цели в области качества ООО «Лорикс»

Политика в области качества – это основные направления деятельности и цели Общества в области качества. Политика в области качества для аптечной организации ООО «Ло-

рикс» – это содействие защите здоровья населения посредством организации деятельности аптечного пункта в соответствии с законодательными актами в сфере обращения лекарственных препаратов, защиты прав потребителей, иными нормативно-правовыми документами, регламентирующими фармацевтическую деятельность.

Цели в области качества – это то, чего добиваются или к чему стремятся в области качества на аптечном предприятии.

В ООО «Лорикс» я организовала и внедрила систему мониторинга, измерений и улучшений на основе статистического сбора информации и анализа данных, полученных в результате внутреннего аудита (корректирующие действия, предупреждающие действия).

Комплекс мероприятий, направленных на соблюдение требований «Системы менеджмента качества», включает:

- определение процессов, влияющих на качество услуг, оказываемых субъектом розничной торговли (см. Рис. 2);
- установление последовательности и взаимодействия процессов, необходимых для обеспечения системы качества, в зависимости от их влияния на безопасность, эффективность и рациональность применения ЛП;
- определение критериев и методов, отражающих достижение результатов, как при осуществлении процессов, необходимых для обеспечения «СМК», так и при управлении ими с учетом требований законодательства Российской Федерации об обращении ЛП;
- определение количественных и качественных параметров, в том числе материальных, финансовых, информационных, трудовых, необходимых для поддержания процессов «СМК» и их мониторинга;
- обеспечение населения качественными, безопасными, эффективными товарами аптечного ассортимента;
- принятие мер, необходимых для достижения запланированных результатов и постоянного улучшения качества обслуживания покупателей и повышения персональной ответственности работников.



Рис. 2. Общая карта процесса ООО «Лорикс»

К основным процессам, которые затрагивает «СМК» в ООО «Лорикс» относятся:

- Закуп лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и иных товаров аптечного ассортимента;
- Приемка товара;
- Хранение лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и иных товаров аптечного ассортимента;
- Отпуск лекарственных препаратов по рецептам и без рецептов врачей и иных групп аптечного ассортимента населению.

К вспомогательным процессам, которые затрагивает «СМК», относятся:

- Менеджмент сотрудников;
- Инфраструктура.

К управляющим процессам, которые затрагивает «СМК», относятся:

- Анализ и планирование Системы качества;
- Аудит внутренний;
- Корректирующие мероприятия по результатам внутреннего аудита, контрольно-надзорных мероприятий органами государственной власти.

Также запланированы внутренние аудиты и анализ со стороны руководства, по результатам которых будет корректироваться «Система ме-

неджмента качества». В основу планирования развития «Системы менеджмента качества» положен основной принцип, известный как «цикл Деминга»: План – дело – проверка – корректировка.

ООО «Лорикс» в своей деятельности использует планирование деятельности. Основными задачами процесса планирования на предприятии являются:

- своевременное и правильное формирование целей в соответствии с Политикой,
- определение необходимых ресурсов,
- выполнение мероприятий по программам и контроль выполнения.

Руководителем процесса является руководитель ООО «Лорикс».

В процессе определены все звенья, которые участвуют в осуществлении этого процесса и взаимодействие этих подразделений внутри процесса. На основании Политики в области качества (раздел Руководства по качеству) устанавливаются цели в области качества для предприятия в целом. На основе установленных целей на уровне предприятия разрабатываются цели в области качества для каждого процесса «СМК». Кроме того, каждый процесс «СМК» имеет свои критерии результативности.

С целью достижения запланированных результатов, постоянного улучшения деятельности предприятия и повышения удовлетворенности заинтересованных сторон внедрен механизм мониторинга, измерения и анализа процессов, а также действующей «Системы менеджмента качества» в целом. Если процессы или «СМК» не достигают запланированных результатов, запускается механизм работы с несоответствиями, корректирующими и/или предупреждающими действиями.

Процесс планирования состоит из следующих этапов:

1. Формирование политики.
2. Разработка проектов мероприятий по достижению задач политики.
3. Анализ проектов и предложений и формирование Целей по качеству.
4. Определение потребности в ресурсах для выполнения целей.
5. Выполнение мероприятий по достижению целей.
6. Анализ выполнения целей (в запланированные интервалы).
7. Анализ данных.
8. Анализ экономической эффективности предприятия.
9. Пересмотр стратегических задач и формирование новой политики.
10. Анализ эффективности «СМК» со стороны высшего руководства.

Сотрудники

Разработанная мною и внедренная «Система менеджмента качества» в ООО «Лорикс» направлена на строгое, четкое и добросовестное выполнение сотрудниками своих должностных обязанностей, разработана и внедрена система мотивации для сотрудников. Для впервые принятых сотрудников мною была разработана, утверждена руководителем и внедрена в работу «Программа адаптации». Для добросовестных сотрудников действует система поощрения, в случае ненадлежащего выполнения сотрудниками своих должностных обязанностей, нарушении «Правил внутреннего трудового распорядка» или нарушении Стандартных операционных процедур предусмотрено депремирование.

Все сотрудники имеют соответствующее образование, необходимый опыт и навыки ра-

боты. Уровень квалификации персонала подтверждается соответствующими документами (дипломами, сертификатами специалиста, удостоверениями). Квалификационные требования, обязанности и ответственность персонала определены должностными инструкциями, которые утверждаются руководителем. Все сотрудники ООО «Лорикс» обязательно под роспись знакомятся со своими должностными инструкциями, которые пересматриваются 1 раз в 3 года.

В ООО «Лорикс» проводится внутренний аудит с целью выявления недостатков по выполнению требований законодательства РФ, анализа причин их возникновения и вынесения рекомендаций по корректирующим и предупреждающим действиям. Аудит проводится в соответствии с «Программой внутренних аудитов (план-график)» и проводится специально сформированной в ООО «Лорикс» комиссией. Я являюсь членом данной комиссии. Результаты проведенного аудита оформляются отчетом.

Корректирующие действия

Процедура корректирующих действий определяет:

- Порядок анализа нарушения (включая жалобы потребителя);
- Определение причин нарушения, а также потребности в улучшении процессов и продукции;
- Оценку необходимости принятия корректирующих действий;
- Определение и проведение корректирующих действий;
- Оценку эффективности предпринятых действий;
- Порядок регистрации ведения записей.

Предупреждающие действия

На предприятии мною разработана и внедрена документированная процедура для определения необходимых действий с целью устранения причин потенциальных нарушений (несоответствий) для предупреждения их появления (соответствующая СОП). Деятельность по процедуре расценивается как улучшение процессов. В связи с этим внепланово (в случае поступления обращения) или ежеквартально на собрании коллектива рассматриваются предложения по улучшению деятельности,

возможно рационализаторские предложения. На основании анализа лучших предложений определяются мероприятия. По выполнению мероприятий анализируется эффективность предпринятых мер и производится поощрение инициаторов внедрений и сотрудников, принимавших участие в осуществлении мероприятий или депремирование (в случае обнаружения нарушения в действиях сотрудника).

Улучшение. Стратегической целью ООО «Лорикс» является постоянное улучшение процессов для совершенствования деятельности и обеспечения конкурентоспособности продукции на рынке.

Предприятие ООО «Лорикс» постоянно повышает результативность «Системы менеджмента качества» посредством:

- анализа выполнения политики и целей в области качества;
- результатов аудита;
- анализа данных;
- корректирующих и предупреждающих действий;
- анализа со стороны руководства.

Под постоянным улучшением ООО «Лорикс» понимает систематическую деятельность, направленную на постепенное повышение результативности процессов «Системы менеджмента качества».

Совокупность показателей результативности процессов «Системы менеджмента» позволяет руководству ООО «Лорикс» оперативно анализировать и реагировать на возможные проблемы. К механизму улучшения относятся предупреждающие действия и корректирующие действия.

Кроме того, по мере необходимости проводятся совещания ключевых специалистов для решения общих для предприятия проблем. В результате совещания методом мозгового штурма выявляются и ранжируются факторы, представляющие риск для обеспечения заданного значения того или иного параметра, а затем назначаются мероприятия по устранению критических факторов с указанием сроков и ответственных.

В ООО «Лорикс» организована и внедрена деятельность по аутсорсингу. Данная возможность реализуется за счет многофункциональ-

ности специалистов, имеющих необходимые для работы сертификаты, прошедшие курсы по обучению по входному приемочному контролю, постоянно совершенствующие свой профессиональный уровень, способные в случае необходимости выполнить должностные обязанности другого специалиста. Универсальность сотрудников – это и есть аутсорсинг на предприятии.

Гарантии «Системы менеджмента качества» ООО «Лорикс». Разработанная мною «Система менеджмента качества» аптечной организации ООО «Лорикс» гарантирует, что:

- все этапы процесса обращения лекарственных препаратов соответствуют требованиям действующего законодательства РФ;
- лекарственные препараты и другие товары аптечного ассортимента принимаются, хранятся, отпускаются с соблюдением требований законодательства РФ;
- сотрудники аптечного пункта имеют высокий профессиональный уровень и постоянно повышают квалификацию, четко выполняют свои функции, прописанные в должностных инструкциях, Стандартных операционных процедурах;
- исключено попадание в гражданский оборот фальсифицированных, забракованных и недоброкачественных лекарственных средств;
- предпринимаются необходимые корректирующие и предупреждающие действия для устранения отклонений и предупреждения их появления в соответствии с принципами управления рисками для качества;
- все действия, связанные с обеспечением качества, документированы и зарегистрированы, а их эффективность проконтролирована.

Поэтому разработанная мною «Система менеджмента качества» является на предприятии приоритетным направлением, от которого непосредственно зависит благополучие и состояние здоровья граждан, оказание им качественной, эффективной и безопасной лекарственной помощи в соответствии с законодательством РФ «Об охране здоровья граждан».

© Дмитришак М.В., 2020

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Гуз Д.Г.,

главный врач БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3»,
врач высшей категории, отличник здравоохранения,
заслуженный работник здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

Работа, цели, задачи многопрофильного амбулаторно-поликлинического учреждения БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3».

Ключевые слова: поликлиника, работа, цели, задачи

Городская клиническая поликлиника №3 – многопрофильное амбулаторно-поликлиническое учреждение, оказывающее первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную медицинскую помощь взрослому, детскому и женскому населению в амбулаторно-поликлинических условиях, а также в условиях дневного стационара. Учреждение расположено в центре г. Сургута, обслуживаемое население составляет 43 970 человек.

Поликлиника с 2010 года работает в соответствии с требованиями ГОСТ ISO серии 9001. По результатам деятельности 2014 года учреждение заняло третье место в рейтинге «Поликлиники России» в категории смешанных поликлиник, войдя в топ-10 лучших, и внесено в реестр «Ведущие учреждения здравоохранения России – 2014». С 2015 года поликлиника стала клинической базой для подготовки специалистов с высшим и средним медицинским образованием.

Кадровый потенциал

Кадровая политика стоит на одном из первых мест в поликлинике. Сегодня в поликлинике работают 105 врачей, 198 средних медицинских работников.

В 2015 году заведующая клиничко-диагностической лабораторией, врач клинической лабораторной диагностики Людмила Андреевна Саляева стала победителем Всероссийского конкурса «Лучший врач 2015 года» в номинации «Лучший врач лабораторной диагностики». В 2016 году врач-терапевт участковый терапевтического отделения №1 Наталья Владимировна Ефимова вошла в топ-500 рейтинга терапевтов России, в котором участвовали 37 650 терапевтов со всех регионов РФ.

Важное место уделяется привлечению грамотных специалистов, молодых кадров, снижению количества совместителей. В 2015 году учреждение получило статус клинической базы для подготовки специалистов с высшим и средним медицинским образованием. Это способствовало привлечению молодых специалистов, так как сокращается время для их адаптации, а работа продолжается в соответствии с уже знакомыми требованиями.

За счет активного вовлечения в лечебный процесс молодых специалистов поликлинике удалось добиться хорошей укомплектованности учреждения. По итогам 2019 года укомплектованность врачами (физическими лицами) основных клинических специальностей составляет 83 %, первичное звено укомплектовано врачами-терапевтами участковыми на 94,4 %, врачами-педиатрами участковыми – на 100 %.

Укрепление технической базы

материально-

С 2011 года женская консультация располагается в отдельном помещении общей площадью 733,3 кв. м. В 2019 году открыт офис участковых терапевтов (с процедурной, кабинетом функциональной диагностики, физиотерапевтическим кабинетом), что сократило время шаговой доступности первичной медико-санитарной помощи пациентам прилегающей территории до 1–5 минут. В первом полугодии 2020 года планируется развертывание структурных подразделений взрослой поликлиники, бассейна, отделения медицинской реабилитации в новом помещении общей площадью 1695,10 кв. м, что позволит на освободившихся площадях расширить структурные подразделения

детской поликлиники, в том числе организовать дневной стационар для детей.

Приоритетные национальные проекты

С 2019 года Сургутская городская клиническая поликлиника № 3 участвует в реализации региональных программ (проектов) Ханты-Мансийского автономного округа – Югры национальных проектов «Здравоохранение», «Демография» в рамках своего направления деятельности. Все основные целевые значения показателей реализации мероприятий региональных проектов на 2019 год, утвержденные Департаментом здравоохранения округа, учреждением достигнуты. Из направлений национальных проектов хочется отметить:

Создание «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»

С 2019 года в БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 3» реализовано два проекта, в результате которых ликвидированы очереди в регистратуру (пациент имеет возможность по предварительной записи обращаться на прием к врачу, минуя регистратуру), в процедурном кабинете снижено время ожидания в очереди при заборе анализов крови. В 2020 году в рамках бережливой поликлиники планируется: увеличение зон комфортного пребывания пациентов детской и взрослой поликлиник; минимизация времени ожидания приема врача по предварительной записи за счет разделения потоков пациентов при обращении в поликлинику по неотложной, плановой медицинской помощи, для выписки льготных рецептов, направлений.

Стационарозамещающие технологии в амбулаторном звене

Одним из путей повышения эффективности системы здравоохранения и более экономичного использования больничных ресурсов, определенных концепцией развития здравоохранения в Российской Федерации, одобренной Правительством Российской Федерации, является внедрение малозатратных технологий и развитие стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи населению. К их числу относятся дневные стационары на базе амбулаторно-поликлинических и больничных

учреждений, стационары на дому, а также только недавно вошедшие в практику здравоохранения центры амбулаторной хирургии или отделения хирургии одного дня.

Активное внедрение стационарозамещающих форм в лечебных учреждениях позволяет провести перераспределение части объемов медицинской помощи из стационарного сектора в амбулаторный, рационально использовать имеющийся коечный фонд. Около 80 % больных лечебно-диагностический процесс начинают и завершают в амбулаторно-поликлинических условиях, в дневных стационарах – центрах амбулаторной хирургии при соответствующем современном оснащении и квалифицированном подборе кадров. Один из таких дневных стационаров был открыт на базе БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 3» в 2010 году.

Основной целью дневного стационара стало расширение объема и совершенствование оториноларингологической помощи не только для прикрепленного населения, но и для пациентов других лечебных учреждений г. Сургута, района и округа.

В дневном стационаре широко применяются современные малоинвазивные методы лечения (микроэндоскопические радио- и электрохирургические и др.) для диагностики и хирургического вмешательства с патологией лор-органов.

Отбор больных на плановое хирургическое лечение проводится согласно отработанному стандарту (показания и противопоказания) для лечения в условиях дневного стационара.

Все операции проводятся в первой половине дня, 5 дней в неделю. Участие анестезиологической бригады во время операции является обязательным условием. Анестезиологическое пособие при выполняемых операциях: аппликационная, местная, инфильтрационная и внутривенная седация-анальгезия на операционном столе.

Послеоперационные больные находятся в палатах дневного стационара в зависимости от сложности операции от 2 до 6 часов. Всех пациентов, оперированных в дневном стационаре, в день операции доставляют спецтранспортом поликлиники в сопровождении медицинского персонала или родственников до места жительства.

Симультанные операции в дневном стационаре начали внедряться с 2014 года – это операции, при которых вовремя одного оперативного вмешательства одновременно проводится несколько различных хирургических манипуляций. Применение симультанных операций в оториноларингологии позволяет выполнить больший объем хирургического вмешательства при сопровождении мультимедийной анесте-

стезии одному и тому же пациенту, что невозможно выполнить по стандартной методике, учитывая топографию лор-органов, особенно в амбулаторных условиях (стационар одного дня).

Главное преимущество симультанных операций – возможность уменьшить нагрузку на организм пациента, сокращение времени лечения и восстановления.

Таблица 1

Показатели за 2014–2019 годы

	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Симультанные операции	182	224	171	201	200	206

Таблица 2

Показатели работы за 2010–2019 годы

	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017г.	2018 г.	2019 г.
Прооперировано пациентов	88	193	247	304	462	486	451	419	367	313
Проведено операций	113	267	329	423	689	747	756	668	572	488

Показатели работы дневного стационара показывают, что количество пациентов уменьшается, количество операций увеличивается, что связано с внедрением в практику дневного стационара симультанных операций – выполнением двух и более операций одновременно с использованием мультимедийной анестезии.

Подводя итог вышеизложенному можно сказать. Во-первых, повысилась доступность плановой и специализированной помощи населению (сроки ожидания – 7–14 дней). Во-вторых, в отделении внедрены современные стационарозамещающие малоинвазивные методы

хирургического лечения. В-третьих, качественный профессиональный отбор пациентов на плановое хирургическое лечение в амбулаторных условиях снижает или практически исключает риск операционных и постоперационных осложнений, не снижая качества проводимого лечения. Кроме того, возможность развития внутригоспитальной инфекции в дневных стационарах практически исключается. И что немаловажно, создаются условия рациональной реализации программы оздоровления населения.

© Гуз Д.Г., 2020

ОБСЛЕДОВАНИЕ СЛУХА У ДЕТЕЙ

Самойлова Е.В.,

врач сурдолог – оториноларинголог Центра сурдологии и слухопротезирования
БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

Петрова К.В.,

учитель – логопед Центра сурдологии и слухопротезирования
БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

Обследование слуха у детей важно для раннего выявления нарушений слуха с последующим наиболее ранним началом лечения и реабилитации слуха и речи.

Цель работы: ознакомление с методиками субъективных и объективных методик исследования слуха.

Материал и методы работы: пациенты с подозрением на патологию слуха. Модель пациента: пациенты, прошедшие обследование слуха: тональная и импедансная аудиометрия, исследование отоакустической эмиссии, КССВП, ASSR.

Ключевые слова: слуховое восприятие, импедансная аудиометрия, исследование отоакустической эмиссии

Слуховое восприятие – это умение различать звуки окружающей действительности по таким основным характеристикам, как: сила, высота, тембр и темп. Без слухового восприятия невозможно и слуховое внимание – очень важная особенность, которая позволяет слушать и понимать речь. Детям, особенно дошкольникам, слуховое восприятие помогает формировать представления о звуках окружающего мира, развивать понимание речи и собственную речь. Поэтому имеет большое значение ранняя диагностика снижения слуха у ребенка.

Ранняя диагностика слуха обязательна у детей, которые относятся к группе риска по тугоухости:

- недоношенные дети;
- масса при рождении ниже 1500г;
- оценка по шкале Апгар 0-3 баллов;
- тяжелая желтуха;
- врожденные пороки лицевого черепа;
- энцефалиты и менингиты;
- травмы черепа;
- лечение ототоксическими лекарственными препаратами;
- в наследственном анамнезе отмечены нарушения слуха хотя бы у одного члена семьи;
- вирусные болезни, перенесенные матерью во время беременности (корь, краснуха, цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз, эпид. паротит, герпес, опоясывающий лишай).

Цель этих исследований – как можно более раннее начало реабилитации слуха и речи.

В соответствии с приказом Минздрава Российской Федерации от 29.03.1996 №108 « О введении сурдологического скрининга новорожденных и детей 1-го года жизни» обследование слуха впервые осуществляется непосредственно в роддоме.

Методы исследования слуха подразделяются на: субъективные, психофизические и объективные.

К субъективным исследованиям относятся: поведенческая аудиометрия. Чаще используется у детей в прелингвальный период (возраст от рождения до 2-3 лет жизни). Суть метода состоит в наблюдении за возникающими реакциями, рефлексом у ребенка. Так в ответ на подачу звука у слышащего ребенка возникает раздражение, в результате которого можно зафиксировать рефлекс закрытия век; сжатие век, если они были закрыты; хватательный рефлекс; рефлекс Моро – поднятие туловища, выпрямление конечностей в сочетании с обнимающими движениями; прерывание плача или сосания; поворот глазных яблок и головы в направлении источника звука; углубление дыхания; если ребенок находился в состоянии сна – он может проснуться. Дети от 6 до 12 месяцев реализуют рефлекс локализации звука – поиск ребенком источника звука.

Для выполнения данного метода можно использовать генератор звука, портативный аудиометр, которые позволяют подавать звуковой раздражитель большой интенсивности (70-100дБ низкие частоты около 500Гц и высокие частоты около 3000Гц). Также для проведения данного метода могут использоваться: погремушки, барабан, шуршание бумаги, пищалка. Данная методика ориентировочна, не позволяет делать выводы о наличии или отсутствии снижения слуха. Отсутствие реакции на звуки могут наблюдаться при ухудшении самочувствия ребенка, задержке психофизического развития.

Игровая аудиометрия. Чаще проводится у детей дошкольного возраста с развитыми речевыми навыками и отсутствием грубой психоречевой патологии (задержки психоречевого развития).

Одним из основных (субъективных) методов исследования слуха является пороговая тональная аудиометрия. Данное исследование ставит своей целью определение порога звуковосприятия при воздушном и костном проведении для каждого уха. Тестовым раздражителем является тон точно определённой частоты и интенсивности. Тоны, имеющие характер синусоиды из воздушного телефона или костного вибратора, достигают органа слуха и вызывают для каждой исследуемой частоты ощущение звука. Это исследование требует контакта с пациентом при условии его сознательной реакции на звуковые раздражители в виде сигнала о воспринятом стимуле. Поэтому на достоверность полученных результатов влияет соответствующая подготовка пациента к исследованию.

В первую очередь для проведения данной методики необходимо наладить контакт с ребенком. Перед началом исследования необходимо провести с ребенком занятие по выработке условно – двигательной реакции. Суть метода выработки УДР: испытующий подает звуковой сигнал (знакомые ребенку звуки, для этих целей удобно использовать пищалки, барабан, свисток), ребенку объясняют, что в ответ на звуковой сигнал он должен произвести действие – кинуть камешек в ведро, показать картинку, а в отсутствие звука – действие не выполнять. Когда ребенок выработает УДР – можно выполнять тональную аудиометрию.

В условиях нашего центра практикуется постепенная работа ребенка и специалистов по выработке УДР. Родителям даются разъяснения по методикам проведения аудиологических исследований, рекомендации по самостоятельной выработке УДР. Занятия с ребенком и родителями могут проводиться неоднократно, что в последствии позволяет более качественно выполнить аудиологические исследования, между родителями, ребенком и испытующими устанавливаются доверительные отношения. Это во многом облегчает задачу аудиологов в проведении исследований.

На проведение данного исследования также оказывает влияние самочувствие ребенка, так как уставший пациент теряет желание сотрудничать с исследователем. Также влияет его общее состояние, индивидуальная реакция на раздражитель, психическое состояние, наличие доверительного контакта между ребенком и испытующим. Все эти факторы могут в значительной степени влиять на результат исследования.

К объективным методам исследования слуха относится:

Исследование отоакустической эмиссии

Данное исследование в соответствии с приказом Минздрава Российской Федерации от 29.03.1996 №108 « О введении сурдологического скрининга новорожденных и детей 1-го года жизни» проводится всем новорожденным. Данное обследование зависит только от интегральной функции улитки и позволяет оценивать состояние слуха у ребенка независимо от неврологических расстройств.

Суть этой методики (описанной Дэвидом Кемпом в 1978 г) заключается в регистрации акустической энергии, возникающей в результате сокращения наружных волосковых клеток улитки, передачи этой энергии в наружный слуховой проход в виде низкоамплитудной механической волны и её измерение специальным зондом, помещённым в наружный слуховой проход.

Для выполнения этого исследования применяется прибор для регистрации отоакустической эмиссии. Поскольку данный тест позво-

ляет оценить только функцию наружных волосковых клеток, а не внутренних специфических рецепторов слуха – этот тест является пресинаптическим (предрецепторным) исследованием, не может считаться непосредственно методом определения порогов звуковосприятия, его можно только соотнести с порогом слуха. Данная методика применима в скрининг - исследованиях.

На результат данного теста также оказывает влияние общее состояние ребенка, наличие острых респираторных заболеваний, ринита. Детям до 3 лет лучше всего данное обследование проводить в состоянии естественного сна.

В нашем центре практикуется неоднократное проведение данного теста с определенными интервалами, которые определяются непосредственно аудиологом. Обязательно повторение теста при наличии острого респираторного заболевания, беспокойного поведения исследуемого.

Исследование слуховых вызванных потенциалов

Это регистрация вызванных слуховых ответов мозга, которая состоит в оценке биоэлектрических потенциалов на различных участках слухового пути, возникших вследствие реакции на примененный звуковой раздражитель. Данная методика применяется у лиц, для которых проведение тональной пороговой аудиометрии не дает исчерпывающей информации о состоянии функции слуха. Это дети прелингвального возраста (от рождения до 3 лет), дети с патологией нервной системы, психической сферы (задержка психоречевого развития, аутизм, перинатальное поражение центральной нервной системы). Исследование не требует сотрудничества исследуемого лица (ребенка) как в случае с тональной аудиометрией, игровой аудиометрией.

Относится к методике объективной аудиометрии.

Разновидность исследований:

- ответы внутреннего уха (улитки);
- ответы ствола мозга (коротколатентные слуховые вызванные потенциалы – КСВП);
- среднелатентные потенциалы;
- корковые вызванные ответы (длиннолатентные вызванные потенциалы – ДСВП);

- вызванные слуховые ответы мозга на постоянные модулированные тоны (стационарные вызванные потенциалы).

В нашей практике чаще используются методики КСВП и ASSR.

Вызванные ответы от ствола мозга (коротколатентные потенциалы КССВП)

Ответы, получаемые от ствола мозга, которые являются следствием биоэлектрической активности, возникающей в подкорковых центрах слуха в ответ на звуковой раздражитель (акустический щелчок, либо короткие тоны). Эти потенциалы регистрируются при определенном положении электродов, время анализа 10мс. Для регистрации потенциалов необходимы усилитель и компьютер. Сигналы суммируются, усредняются и записываются в виде характерных кривых. Регистрируется пять волн определенной амплитуды, обозначаемых римскими цифрами, из которых наиболее статистически достоверным показателем является V волна, по типичной амплитуде которой и делают выводы о функциональном состоянии слуха. Данная волна происходит из латеральной петли.

Вызванные слуховые ответы мозга на постоянные модулированные тоны (стационарные вызванные потенциалы, ASSR) Auditory Steady – State Response.

Суть метода заключается в ответе мозга на постоянные акустические стимулы, оптимизированные для частотной специфичности и более сопоставимы с чистыми тонами, чем акустический щелчок или тональная посылка. Для оценки ASSR применяют методики спектрального анализа и статистической обработки, с помощью которых определяют наличие ответа. Используются частотно – модулированные тоны в диапазоне 250-8000Гц.

Методики КСВП и ASSR позволяют расширить возможности диагностики слуховых нарушений. Также их применение необходимо для дальнейшего раннего адекватного слухопротезирования, особенно у детей прелингвального возраста.

Результаты данных исследований также зависят от общего состояния пациента, наличия острых респираторных заболеваний, острых заболеваний ЛОР-органов, эмоциональной сферы пациента.

Поэтому рекомендовано проводить данные исследования в состоянии естественного сна. Для наибольшей достоверности в нашем центре оценивают состояние слуха по данным нескольких результатов объективных методов исследований слуха, проведенных в разное время (с разницей 3-6 месяцев), что зависит от характера полученных результатов и определяется аудиологом.

Также для оценки функции слуха необходимы такие исследования как **импедансная аудиометрия**.

Методика представляет собой измерение акустического сопротивления, что необходимо для оценки функционального состояния среднего уха.

С помощью импедансной аудиометрии определяют:

- объем (податливость) наружного слухового прохода и среднего уха (в мл);
- величину акустического импеданса системы (в акустических омах);
- порог рефлекса мышц слуховых косточек (в дБ);
- распад рефлекса стременной мышцы;
- двигательную функцию тройничного нерва в ответ на акустические и неакустические раздражители;

- проходимость слуховой трубы.

Метод тимпанометрии – измерение относительного импеданса, изменяющегося в зависимости от вызванных перепадов давления в наружном слуховом проходе. Существуют 5 видов тимпанометрии: А, В, С, Д, Ad, As.

Исследование рефлекса стременной мышцы необходимо для подтверждения наличия патологии слуха. У нормально слышащих лиц стременной (стапедальной) рефлекс возникает обычно при 70-90дБ.

Комплексная оценка характера тимпаногаммы и наличие либо отсутствие стременного рефлекса имеют существенное значение в диагностике характера нарушений слуха. По результатам этого исследования не дается однозначное заключение о состоянии слуха или характере его нарушения.

Исходя из своего опыта, мы рекомендуем проводить аудиологическое обследование не только детям, которые относятся к группе риска по тугоухости, но и детям с задержкой речевого или психоречевого развития, детям с нарушениями звукопроизношения, а также детям, поступающим в дошкольные или общеобразовательные учреждения.

© Самойлова Е.В., Петрова К.В., 2020

ОТЕК ЛЕГКИХ У ВЗРОСЛЫХ В ПРАКТИКЕ ФЕЛЬДШЕРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ершов В.И.,
главный врач

БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»

Салманов Ю.М.,

заместитель главного врача по медицинской части

БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»

Аразакаева З.А.,

фельдшер скорой медицинской помощи

БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»

Отек легких является угрожающим жизни состоянием, требующим оказания скорой медицинской помощи в экстренной форме. Медицинская помощь пациентам с отеком легких на догоспитальном этапе в 14% случаях оказывается общепрофильными фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи. Для качественного оказания медицинской помощи пациентам с отеком легких фельдшер скорой медицинской помощи должен обладать знаниями в анатомии, патофизиологии развития угрожающих жизни состояний и владеть навыками оказания экстренной помощи таким пациентам.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь (СМП), отек легких, фельдшер скорой медицинской помощи

Отек легких – накопление жидкости в интерстициальной ткани и/или альвеолах легких в результате трансудации плазмы из сосудов малого круга кровообращения. Развитие интерстициального отека сопровождается развитием синдрома сердечной астмы, альвеолярного

отека – развернутым синдромом отека легких (см. рисунок) [3, 6, 12]. Отек легких является составной частью синдрома острой дыхательной недостаточности, которая имеет место при наиболее тяжелых и опасных осложнениях различных заболеваний человека [5].

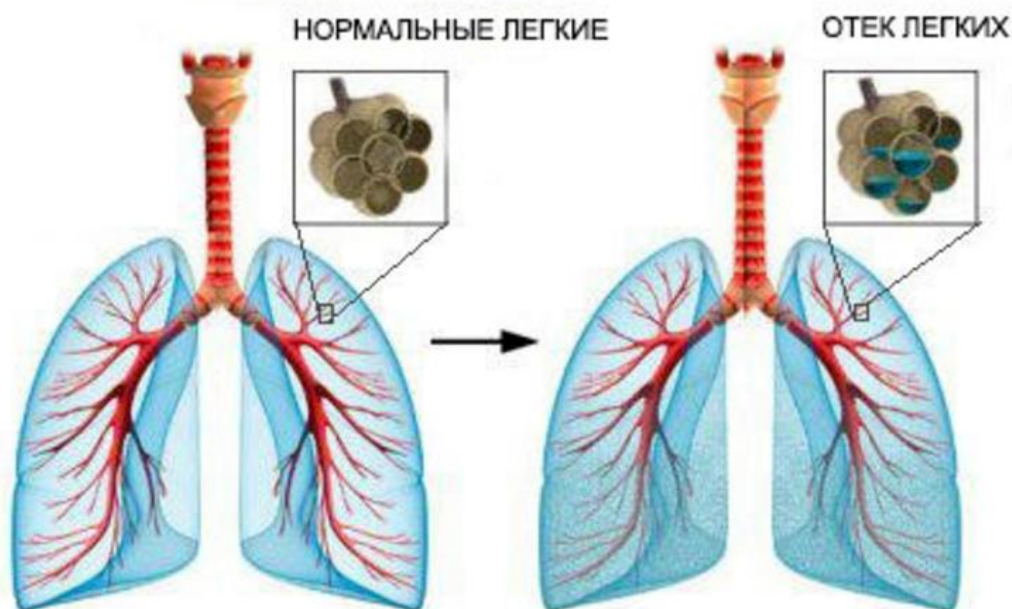


Рис. Картина отека легкого

Наиболее часто отек легких осложняет заболевания системы кровообращения, такие как клапанные пороки левой половины сердца, кардиосклероз, ишемическую болезнь сердца с ее крайним проявлением – инфарктом миокарда (35-39,2% случаев), гипертоническую болезнь, а также декомпенсация сердечной деятельности другой этиологии. При ОСН отек легких возникает из-за выраженного повышения давления в капиллярах легких и сопровождается влажными хрипами в легких, ортопноэ и насыщением артериальной крови кислородом <90% при дыхании комнатным воздухом до начала лечения [1].

Также отек легких может возникнуть и без существенных нарушений производительности сердца на фоне заболеваний и травм центральной нервной системы – черепно-мозговой травмы, внутримозговых кровоизлияний, тромбоза и эмболии мозговых сосудов, эпилепсии, отека мозга и др.

Кроме того, отек легких может осложнять заболевания дыхательного аппарата – прогрессирующую пневмонию, эмболию малого круга кровообращения, тяжелую травму грудной клетки, асфиксию и т.д. Он может возникать на фоне поражения электрическим током, уремии, некоторых отравлений, в частности хлоридом аммония, окисью углерода, сероводородом, оксидами азота, парами кислот, а также осложнять такие эндокринные заболевания, как гипертиреоз и феохромоцитомы [11].

Независимо от причины развития, отек легких протекает в три стадии [4]:

I стадия – увеличение физиологического выхода жидкости из легочных капилляров в интерстициальное пространство. Эта жидкость через лимфатическую систему возвращается в сосудистое пространство.

II стадия – расширение интерстициального легочного пространства за счет большей скорости перемещения жидкости и белков из сосудистого пространства по сравнению с меньшей скоростью оттока жидкости по лимфатическим сосудам.

III стадия – характеризуется «затоплением» альвеол жидкостью, поступающей из интерстициального, перибронхиальных и периваскулярных пространств. Этот последний механизм

«затопления» альвеол возникает чаще всего при отеке легких, вызванном сердечной недостаточностью или перегрузкой жидкостью.

Наиболее ранний признак отека легких – одышка, в поздней стадии – удушье. Кашель – вначале непродуктивный, затем с прозрачной водянистой мокротой, иногда розовая пенистая мокрота. Артериальное давление часто повышено, но оно может быть нормальным или сниженным. Возможна аритмия, тахикардия. Также отмечается тахипноэ и участие в дыхании вспомогательной мускулатуры. Потливость и тревожность.

В легких при аускультации вначале жесткое дыхание, затем (при альвеолярном отеке) мелкопузырчатые хрипы, в поздней стадии – клочущее дыхание. Возможно периферические отеки, увеличение печени. Цианоз – непостоянный признак. Он может отсутствовать при безболевого форме инфаркта миокарда, остром миокардите, острой аортальной или митральной регургитации, митральном или аортальном стенозе, разрыве межжелудочковой перегородки [2].

Отек легких, как проявление сердечной и дыхательной недостаточности тяжелой степени, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью, являются опасными для жизни человека угрожающим жизни состоянием [7]. Такое состояние требует оказания медицинской помощи в экстренной форме. В случае поступления в оперативный отдел станции СМП вызова в экстренной форме направляется любая ближайшая свободная общепрофильная или специализированная выездная бригада СМП (см. таблицу). Бригада СМП по такому вызову осуществляет незамедлительный выезд (вылет) на место вызова, и оказывает медицинскую помощь пациенту, включая установление ведущего синдрома и предварительного диагноза заболевания (состояния), а также осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению клинического состояния пациента [9].

Статистика вызовов к пациентам с отеком легких с 2016 по 2018 гг. в г. Сургуте

Вызовы СМП	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Количество пациентов с отеком легких всего, из них выезды:	135	80	67
- Фельдшерской бригады	12	12	14
- Врачебной бригады	124	75	54
- Реанимационной бригады	8	3	5
Доставлены на госпитализацию	118	75	65
Отказались от госпитализации	15	4	2
Смерть в машине СМП	0	1	0

Как мы видим из таблицы, количество случаев выездов бригад СМП к пациентам с отеком легких за период с 2016 по 2018 гг. уменьшилось на 50%, с 135 до 67 случаев. Это связано с проводимыми в настоящее время в Российской Федерации мероприятиями по улучшению качества оказания первичной медико-санитарной помощи, что позволило улучшить диагностику и лечение сердечно-сосудистых заболеваний в сети здравоохранения первичной (поликлинической) помощи.

Все пациенты с отеком легких в обязательном порядке доставляются в стационары [10], однако в некоторых случаях пациенты отказываются от госпитализации, в связи с наступающим облегчением состояния на фоне проводимого лечения на месте вызова. Таким пациентам оставляется активный выезд врачебной бригады СМП, которая выезжает к пациенту в течение 2-х часов с момента завершения первичного выезда.

В 14% (38 выездов) случаев пациентам с отеком легких медицинская помощь оказана фельдшерскими выездными бригадами СМП. Это связано с тем, что общепрофильных фельдшерских бригад больше чем врачебных или специализированных бригад. Своевременное прибытие бригады СМП к пациентам по экстренному поводу в течение 20 минут позволяет предотвратить дальнейшее развитие или ухудшение состояния пациента.

Согласно Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», в должностные обязанности фельдшера СМП входит оказание

скорой медицинской помощи в объеме доврачебной помощи в соответствии с утвержденными стандартами. Помимо общетерапевтического осмотра, объективной оценки тяжести состояния, фельдшер СМП должен проводить сердечно-легочную реанимацию (закрытый массаж сердца с использованием специальных устройств; закрытый массаж сердца ручным способом), автоматическую дефибрилляцию, санацию трахеобронхиального дерева. Также при наличии показаний обязан обеспечивать проходимость верхних дыхательных путей альтернативными методами (выполнение интубации трахеи с применением комбитьюба, ларингеальной маски или трубки; коникотомию, пункцию крикотиреоидной связки). Применять наркотические и сильнодействующие препараты. Осуществлять внутримышечное, интратрахеальное, непрерывное внутривенное, внутрикостное введение лекарственных средств, инфузионную терапию, пункцию и катетеризацию периферических вен. Выполнять пункцию наружной яремной вены. Регистрировать и анализировать данные электрокардиографических исследований [8].

Таким образом, фельдшер СМП в составе общепрофильной фельдшерской выездной бригады СМП сталкивается с пациентами с угрожающим жизни состоянием – отеком легких. Для верной диагностики угрожающего состояния и качественного оказания медицинской помощи пациенту, фельдшер СМП должен обладать углубленными знаниями в анатомии, физиологии и патогенезе, а также владеть навыками и знаниями по оказанию СМП пациентам с отеком легких. Согласно нормативно-правовой документации, общепрофильная

фельдшерская выездная бригада СМП самостоятельно оказывает медицинскую помощь пациентам с отеком легких.

Литература

1. Багненко, С.Ф., Полушин, Ю.С., Терещенко, С.Н. Рекомендации по ведению пациентов с острой сердечной недостаточностью на догоспитальном и госпитальном этапах оказания медицинской помощи. 2016. – С. 12.
2. Болезни сердца и сосудов: Руководство для врачей: В 4 т. Т. 2 / Акчурин Р.С., Борисенко А.П., Бураковский В.И.; Под ред. Е.И. Чазова. – М.: Медицина, 1992. – С. 457-460.
3. Интенсивная терапия: национальное руководство: в 2 т. / под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – Т. I. – С. 473.
4. Интенсивная терапия: Руководство для врачей / В.Д. Малышев, С.В. Свиридов, И.В. Веденина, Х.Т. Омаров и др.; Под ред. В.Д. Малышева, С.В. Свиридова. – 2-е изд., перераб. И доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – С. 201-203.
5. Минасян, М.Н. Влияние дегидратации, гипербарической оксигенации, их сочетанного воздействия на состояние липидного обмена и развитие нейронного отека легких (экспериментальное исследование): диссертация на соискание ученой степени кандидат медицинских наук. – Ярославль, 2003. – С. 13.
6. Отек легких: причины, симптомы, лечение. – Режим доступа: <https://zen.yandex.ru/media/urpulmanologa/otek-legkih-prichiny-simptomylechenie-5a1bf76057906a440363e000>.
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. №194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».
8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. №541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».
9. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. №388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».
10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 июля 2016 г. №460н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при сердечной недостаточности».
11. Руководство для врачей скорой помощи / Под ред. В.А. Михайлова. – Л.: Медицина, 1986. – С. 74.
12. Инькова, А.Н. Справочник врача скорой неотложной медицинской помощи. – изд. 4-ое стереотипное. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2002. – С. 141. – Серия «Медицина для вас».
13. Скорая медицинская помощь: национальное руководство / под ред. С.Ф. Багненко, М.Ш. Хубутия, А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннулина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – С. 183-185.

© Ершов В.И., Салманов Ю.М.,
Аразакаева З.А., 2020

ОПЫТ РАБОТЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕДОНОШЕННЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ С РЕТИНОПАТИЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ В БУ «СУРГУТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР» ЗА 2014-2019 ГОДЫ

Фатеева А.В.,

врач офтальмолог

БУ «Сургутский клинический перинатальный центр»

Нефедов С.В.,

заместитель главного врача по педиатрической помощи

БУ «Сургутский клинический перинатальный центр»

Ретинопатия недоношенных (РН) – одна из главных причин слепоты и слабовидения детей с рождения. Под наблюдением находилось 24 недоношенных новорожденных в сроке гестации 22-23 недели+6 дней и 80 недоношенных новорожденных в сроке гестации 24-25 недель+6 дней. Ретинопатия недоношенных выявлена в 100% случаев (у всех 24) в сроке гестации 22-23 недели+6 дней и в 65% (52 недоношенных новорожденных из 80) в сроке гестации 24-25 нед+6 дней. Основная группа риска по ретинопатии недоношенных, это недоношенные новорожденные от сверхранных преждевременных родов. Лазерная коагуляция сетчатки в активной фазе ретинопатии недоношенных является высокоэффективным методом лечения.

Ключевые слова: ретинопатия недоношенных (РН), задняя агрессивная ретинопатия недоношенных (ЗАРН), масса тела при рождении (МТ), гестационный возраст при рождении (ГВ), недоношенный новорожденный, лазерное лечение, лазерная коагуляция сетчатки (ЛКС), инъекция в стекловидное тело, сосудистый эндотелиальный фактор роста (СЭФР), слепота

Введение

Ретинопатия недоношенных (РН) – это сосудисто-пролиферативное заболевание глаза недоношенного ребенка, является одной из главных причин слепоты и слабовидения детей с рождения. Улучшение качества и доступность репродуктивных технологий, методов интенсивной терапии новорожденных приводит к увеличению выживаемости глубоко недоношенных младенцев, что значительно влияет на рост заболеваемости РН. Целью исследования явился анализ частоты РН по срокам гестационного возраста, нуждаемость в лазерном лечении, эффективность лазерной коагуляции сетчатки (ЛКС) в активной фазе ретинопатии недоношенных.

Работа проведена в БУ «Сургутский клинический перинатальный центр», главный врач д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ Белоцерковцева Л.Д. Сургутский клинический перинатальный центр – это один из мощных учреждений службы родовспоможения, акушерства, гинекологии и перинатологии не только на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, но и на территории Россий-

ской Федерации с объемом родов 8062 – 8917 ежегодно, что составляет 25,3%-30% от всех родов в Югре. Административная территория обслуживания центра – центральная часть Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (Сургут, Сургутский район – все роды, роды высокой степени риска из муниципальных образований: Нефтеюганск, Нефтеюганский район, Когалым, Пыть-Ях).

Учитывая, что в Сургутском клиническом перинатальном центре с 2014 года ретинопатия недоношенных не была зарегистрирована у недоношенных новорожденных с гестационным сроком свыше 30 недель, в исследуемую группу были включены младенцы со сроком гестации при рождении от 22 до 29 недель+6 дней, массой тела при рождении от 430 гр. до 1250 гр.

Материалы и методы

За последние 5 лет в период с января 2014 по декабрь 2019 года под динамическим наблюдением находилось 396 младенцев со сроком гестации при рождении от 22 недель до 29 недель + 6 дней. Первичный осмотр, согласно федеральным клиническим рекомендациям,



Рис.1. Осмотр недоношенного младенца в кювезе методом обратной бинокулярной офтальмоскопии



Рис.2. Ультразвуковое исследование глаза и орбиты



Рис. 3. Осмотр недоношенного младенца на педиатрической ретиальной камере

проводился на 30-31 неделе гестации, при появлении признаков ретинопатии 1 раз в 7 дней, при высокой активности процесса 1 раз в 3 дня, при сроке гестации свыше 27 недель не позже 4 недели жизни.

Офтальмологическое обследование проводилось в условиях максимального миозина, стандартными методами: биомикроскопия, обратная бинокулярная офтальмоскопия (рис. 1), УЗИ глаза и орбиты (рис. 2), осмотр на ретиальной педиатрической камере RetCam Shuttle производство США (рис. 3).

Для хирургического лечения применялся лазерный фотокоагулятор IRIDEX532нм., производство США (рис. 4). Лазерная коагуляция сетчатки проводилась в течение 72 часов после регистрации признаков I ТИПА РН и не позднее 48 часов при выявлении задней агрессивной ретинопатии недоношенных (ЗАРН), методика транспупиллярная.



Рис. 4. Проведение лазерной коагуляции сетчатки недоношенному младенцу

Результаты и обсуждение.

Основная группа риска по ретинопатии недоношенных – это младенцы от сверхранних преждевременных родов. Как представлено в таблице 1, ретинопатия недоношенных выявля-

на в 100% случаев (у всех 24 младенцев) в сроке гестации 22-23 недели+6 дней и в 65% случаев (у 52 из 80 младенцев) в сроке гестации 24-25 недель+6 дней.

Таблица 1

Частота РН по срокам гестации

Гестационный возраст в неделях	Всего младенцев в скрининге в абс/ч.	Частота РН в абс.ч.(%)
22-23 нед+6	24	24 (100%)
24-25 нед+6	80	52 (65%)
26-27 нед+6	129	40 (31%)
28-29 нед+6	163	10 (6,1%)
22-29 нед+6	396	126 (31,8%)

Из данных, представленных в таблице 2, самая высокая нуждаемость в лазерном лечении наблюдалась в сроке гестации 22-23 недели+6 дней 91,6% (22 младенца). Именно в этой возрастной группе преобладают тяжелые формы ретинопатии недоношенных – задняя агрессивная ретинопатия недоношенных (ЗАРН), которая характеризуется быстро прогрессирующим течением, локализацией патологического про-

цесса в центральных отделах сетчатки, отсутствием стадийности течения (рис.5), наличием геморрагического компонента (рис.6). Вторая форма – «плюс» болезнь, которая проявляется резким расширением и извитостью центральных сосудов с тенденцией к прогрессированию (рис 7). Самопроизвольный регресс в наших наблюдениях встретился всего в 2 случаях (8,34%).

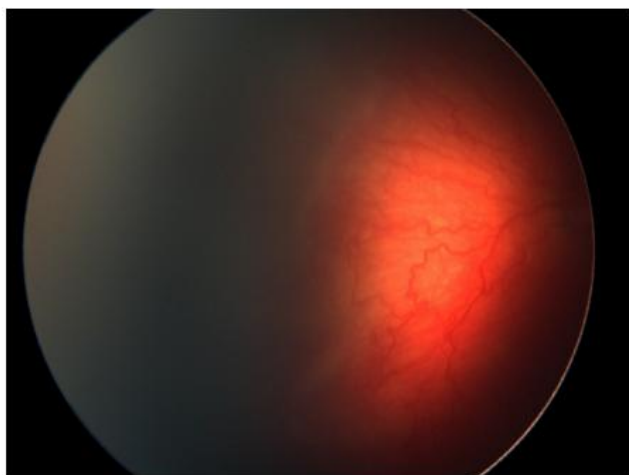


Рис.5. Задняя агрессивная РН. Пациент ГВ 23 недели+6 дней МТ 600 гр. Сосудистые петли замыкают «окончатые» зоны – зоны ишемии, серая аваскулярная зона

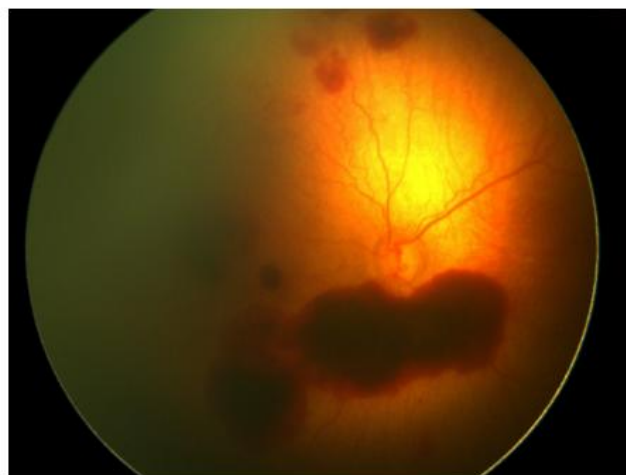


Рис.6. Задняя агрессивная РН. Пациент ГВ 23 недели+3 дня из двойни МТ 530 гр. Множественные массивные кровоизлияния разделяющие васкулярную зону сетчатки от аваскулярной

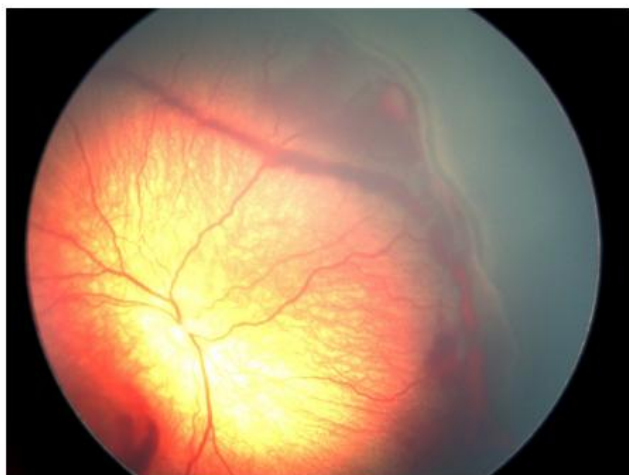


Рис.7. Ретинопатия недоношенных III стадия «плюс» болезнь. Пациент ГВ 23 недели+6 дней. МТ 490 гр, расширение центральных сосудов, гребень с экстраретинальной пролиферацией, множественные кровоизлияния

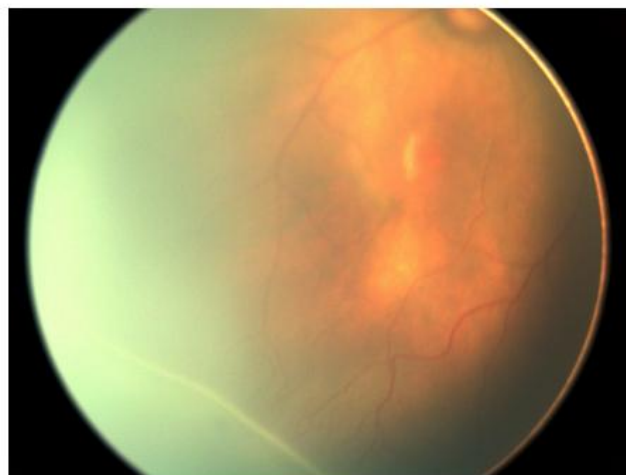


Рис. 8. Ретинопатия недоношенных, классический вариант II стадия. Пациент ГВ 26 недель. МТ 680 гр. Восковидный фон сетчатки – врожденный сепсис. Сосуды через гребень растут в аваскулярную зону – признаки самопроизвольного регресса

Нуждаемость в лазерном лечении в сроках 24-25 недель+6 дней и 26 недель+6 дней 57,7% (30 младенца) и 57,5% (23 младенца), самопроизвольный регресс в этих возрастных группах отмечался в 42,3% (22 младенца) и в 43,5% (17 младенцев). Значимый процент самопроиз-

вольного регресса свидетельствует об эффективных технологиях выхаживания с учетом двухфазного патогенеза ретинопатии недоношенных: уменьшается тяжесть РН, преобладают формы с минимальной сосудистой активностью, не требующие лазерного лечения (рис.8).

Таблица 2

Нуждаемость в лазерном лечении

Гестационный возраст в неделях	Всего младенцев с РН абс.ч	Всего младенцев с ЛКС абс.ч.(%)	Самопроизвольный регресс абс.ч (%)
22-23 нед+6	24	22 (91,6%)	2 (8,34%)
24-25 нед+6	52	30 (57,7%)	22 (42,3%)
26-27 нед+6	40	23 (57,5%)	17 (42,5%)
28-29 нед+6	10	2 (20%)	8 (80%)
22-29 нед+6	126	77 (61,1%)	49 (38,9%)

Результаты лечения показали прямую зависимость от гестационного возраста. Как показано в таблице 3, проведение лазерной коагуляции сетчатки позволило достичь положительного результата от 90,9% в сроке гестации 22-24 недели до 100% в сроке более 26 недель. Результаты одного из таких случаев иллюстрируют рис 9, 10.

В 2-х случаях (4 глаза) получен неполный эффект – прогрессирование ретинопатии до IV стадии у 2-х младенцев только на одном глазу. В одном случае эффект отсутствовал – это

младенец с ЗАРН (рис.11). В данном случае по опыту зарубежных клиник в дополнение к ЛКС показано интравитреальное введение бевацизумаба, авастина или других ингибиторов, нейтрализующих биологическую активность человеческого фактора роста сосудистого эндотелия, которые на сегодняшний день не разрешены к применению у недоношенных новорожденных в Российской Федерации. Тем не менее, лазерная коагуляция сетчатки в активной фазе РН является высокоэффективным методом лечения.

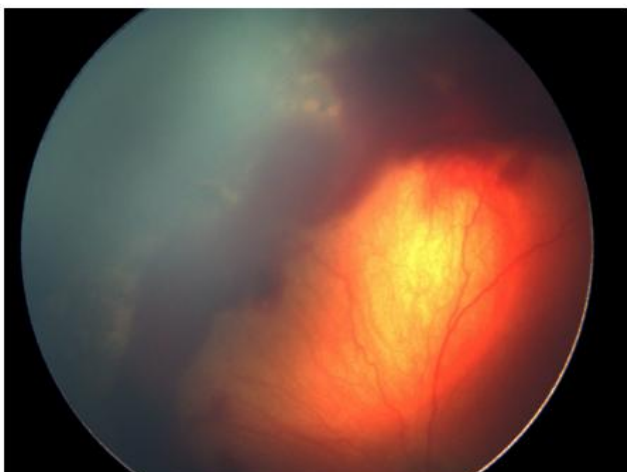


Рис. 9. Ретинопатия недоношенных «плюс» болезнь. Пациент ГВ 23 недели+6 дней МТ 490 гр. 10-е сутки после ЛКС, зрение лизировался, массивное кровоизлияние, ретинальные сосуды спокойные, лазеркоагуляты в аваскулярной зоне. Индуцированный регресс

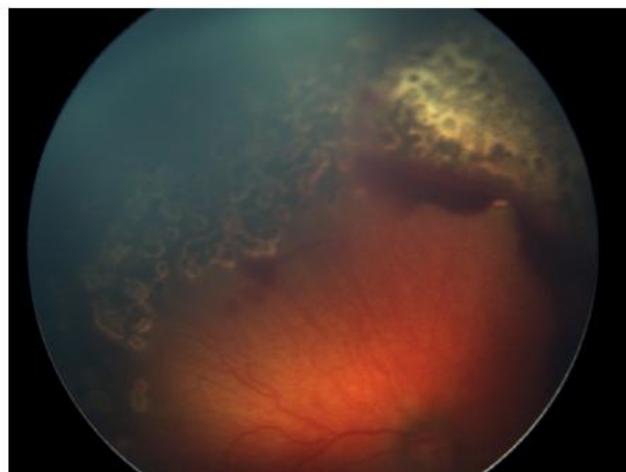


Рис. 10. Ретинопатия недоношенных «плюс» болезнь. Тот же пациент ГВ 23 недели+6 дней МТ 490 гр. 30-е сутки после ЛКС, кровоизлияние с уменьшением, лазеркоагуляты проявились в полном объеме. Стойкий индуцированный регресс

Таблица 3

Эффективность лазерной коагуляции сетчатки (ЛКС)

Гестационный возраст в неделях	Всего младенцев с ЛКС, абс.ч	Полный эффект ЛКС, абс.ч. (%)	Частичный эффект от ЛКС, абс.ч. (%)	Отсутствие эффекта от ЛКС, абс/ч (%)
22-23 нед+6	22	20 (90,9%)	1 (4,5%) прогрессирование до IV стадии	1 (4,5%) прогрессирование до V стадии
24-25 нед+6	30	29 (96,6%)	1 (3,3%) прогрессирование до IV стадии	—
26-27 нед+6	23	23 (100%)	—	—
28-29 нед+6	2	2 (100%)	—	—

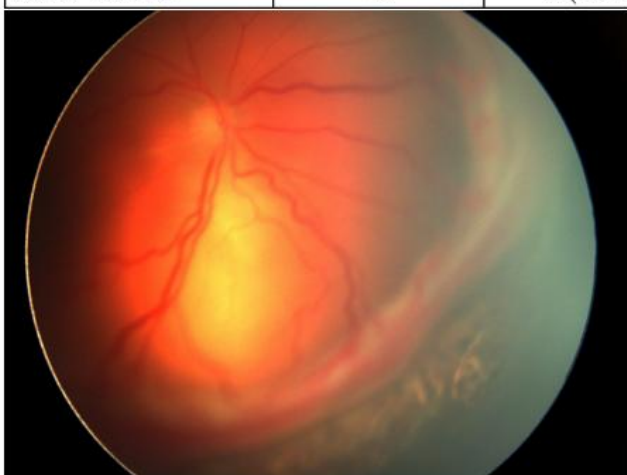


Рис.11. Задняя агрессивная РН. Пациент ГВ 23недели+6дня МТ 550гр. Отслойка сетчатки в виде грубого тяжа, резкое расширение и извитость центральных сосудов, лазеркоагуляты проявились частично

Выводы

1. Основная группа риска по РН, младенцы от сверхранных преждевременных родов.
2. Нуждаемость в лазерном лечении в сроке гестации 22-23 недели +6 дней составила 91,6%. Нуждаемость в лазерном лечении в сроках 24-25 недель+6 дней и 26 недель+6 дней 57,7% (30 младенца) и 57,5% (23 младенца), самопроизвольный регресс в этих возрастных группах отмечался в 42,3% (22 младенца) и в 43,5% (17 младенцев). Значимый процент самопроизвольного регресса свидетельствует об эффективных технологиях выхаживания с учетом двухфазного патогенеза ретинопатии недоношенных.

3. Лазерная коагуляция сетчатки в активной фазе РН является высокоэффективным методом лечения, положительный результат достигнут в 90,9% – 100%.

Литература

1. Асташева, И.Б., Аксенова, И.И., и др. Определение показаний к оперативному вмешательству при различных формах ретинопатии недоношенных // Российская педиатрическая офтальмология – 2007. – №4. – С.25-27.
2. Катаргина, Л.А., Коголева, Л.В., Хватова, А.В. Факторы, влияющие на эффективность профилактической коагуляции сетчатки при активной ретинопатии недоношенных // Рос. педиатрическая офтальмология. – 2007. – №4. – С.25-27.

3. Prepiakova, Z. Tomchkoub, D. Confluent diode Laser coagulation: the gold standart of therapy for rethinopathy of prematurity //J Pediatr.Ophthalmol. Strabismus. - 2015-Vol 52. №1- p.43-51.
4. Mintz-Hitner, H.A., Kennedy, K.A., Chuang, A.Z., BETA-ROP Cooperative Group. Efficacy of intravitreal bevacizumab for stage 3 retinopathy of prematurity //N.Engl. J. Med.-2011.- Vol.364.-P603-615.
5. Hideyuki Hayshi Relapse of ROP following intravitreal injection of Bevacizumab //Научно-практическая конференция с международным участием 11-12 апреля 2013г. Москва // Сб. науч. тр. – М., 2013. – С.87-88.

© Фатеева А.В., Нефедов С.В., 2020

ОБ ИСПОЛНЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЗАДАНИЯ КУ «БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ» ЗА 9 МЕСЯЦЕВ 2019 ГОДА В СРАВНЕНИИ С АНАЛОГИЧНЫМ ПЕРИОДОМ 2017-2018 ГГ.

Орлова Е.В.,
заведующий отделением - врач - статистик
медицинской статистики и анализа
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»
Шакиров И.И.,
заместитель начальника по организационно-методической работе
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

В статье произведен анализ исполнения государственного задания КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за 9 месяцев 2019 года в сравнении с аналогичным периодом 2017-2018 гг.

Ключевые слова: статистика, КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Исполнение государственного задания за 9 мес. 2019 г. составило в целом по КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (далее – Бюро) 64,1% (см. рис. 1). При этом по некото-

рым наименованиям государственной услуги, а именно по молекулярно-генетическим и особо сложным экспертизам процент исполнения составил 97,5% и 89,6% соответственно.

Наименование государственной услуги (работы)	2018 г.			2019 г.		
	План	Факт	% исполнения	План	Факт	% исполнения
Медико-криминалистическая экспертиза	296	161	54,4	296	172	58,1
Молекулярно-генетическая экспертиза	283	251	88,7	283	276	97,5
Особо-сложные экспертизы (комиссионные)	674	501	74,3	674	604	89,6
Судебно-биологическая экспертиза	390	257	65,9	390	175	44,9
Судебно-гистологическая экспертиза	5 745	4 020	70,0	5 745	4 296	74,8
Судебно-медицинская экспертиза потерпевших	23 520	14 488	61,6	23 520	13 254	56,4
Судебно-медицинская экспертиза трупов	5 402	3 916	72,5	5 402	3 886	71,9
Судебно-химическая экспертиза	5 390	3 828	71,0	5 390	4 062	75,4
Итого	41 700	27 422	65,8	41 700	26 725	64,1

Рис. 1. Исполнение государственного задания за 9 месяцев 2018 - 2019 гг.

Рассмотрим исполнение государственного задания за 2 предшествующих года (см. рис. 2). В 2017 г. Депздравом Югры доведено до Бюро 41960 экспертиз без детализации по видам экспертиз, при этом исполнение государственного задания составило 95,1%. В 2018 году Депздравом Югры решено было довести Бюро госу-

дарственное задание с детализацией по видам экспертиз, при этом хочется отметить, что по молекулярно-генетическим экспертизам перевыполнение плана составило 124,0%, по особо-сложным экспертизам 112,3%. В целом по Учреждению исполнение государственного задания составило 95%.

Наименование государственной услуги (работы)	2017 г.			2018 г.		
	План	Факт	% исполнения	План	Факт	% исполнения
Медико-криминалистическая экспертиза	В 2017 году государственное задание было доведено одной строкой в виде общего количества экспертиз			296	248	83,8
Молекулярно-генетическая экспертиза				283	351	124,0
Особо-сложные экспертизы (комиссионные)				674	757	112,3
Судебно-биологическая экспертиза				390	328	84,1
Судебно-гистологическая экспертиза				5 745	5 540	91,2
Судебно-медицинская экспертиза потерпевших				23 520	22 089	93,9
Судебно-медицинская экспертиза трупов				5 402	5 275	97,6
Судебно-химическая экспертиза				5 390	5 328	98,8
Итого	41 960	39 902	95,1	41 700	39 616	95,0

Рис. 2. Исполнение государственного задания за 2017-2018 гг.

Процент неоконченных экспертиз за 9 месяцев 2017-2019 гг. составил диапазон: 1,7 -2,8%, с тенденцией к возрастанию, но, если анализиро-

вать процент неоконченных экспертиз по итогу 2017 г. – 1,5%, 2018 г. – 1,6% соответственно.



Рис. 3. Процент неоконченных экспертиз в динамике

Считаю нужным упомянуть Приказ Депздрава Югры №374 от 09.04.18 г., который регламентирует допустимые колебания выполнения государственного задания в виде 5%.

По итогам 9 месяцев 2019 года отмечается темп убыли общего количества выполненных

экспертиз и исследований потерпевших и других лиц на 19,7%, что обусловлено снижением экспертиз во всех филиалах Бюро, при этом отмечалось увеличение неоконченных экспертиз на конец отчетного периода.

Наименование	9 месяцев			Динамика, %
	2017 г.	2018 г.	2019 г.	
Проведено ВСЕГО экспертиз и исследований по живым лицам	16497	14488	13254	-19,7
в т.ч. оценка вреда здоровью	16155	14147	12942	-19,9
определение половых состояний	192	169	122	-36,5
определение	12	8	13	8,3
Заключения/акты не окончены	138	164	177	28,3

Сроки выполнения экспертиз

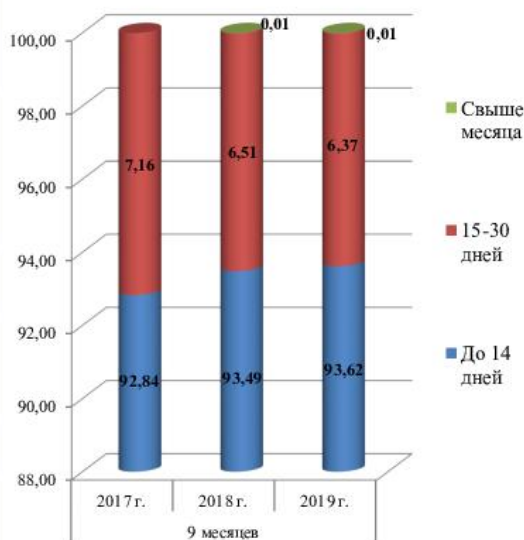


Рис. 4. Структура и сроки выполнения судебно-медицинских экспертиз и исследований потерпевших и других лиц за 9 мес. 2017-2019 гг.

Большая часть экспертиз выполняется в срок до 14 дней (94%), при этом отмечается отрицательная динамика (19,7%), за счет снижения общего количества проведенных экспертиз; оставшаяся часть экспертиз выполнена в срок 15-30 дней и составляет 6% (темп убыли 30%). Зарегистрировано по 1 случаю экспертизы в сроке свыше месяца за 2018 и 2019 годы в филиале «Отделение в городе Нижневартовске».

Чтобы проанализировать ситуацию с нагрузкой на врачей - экспертов необходимо

знать штатное расписание Бюро. Рассмотрим кадровое обеспечение и нагрузку по структурным подразделениям и видам экспертиз.

Штатные и занятые должности по данным ф.42 равны, количество физических лиц имеет небольшую положительную динамику. Коэффициент совместительства по отделениям межрайонным/городским – 2,2 в 2017 году, в 2018 году – 2,4, в 2019 году – 2,2. При этом оптимальным показателем считается колебание до 1,4. Превышение данного показателя говорит о перегрузке работы подразделения.

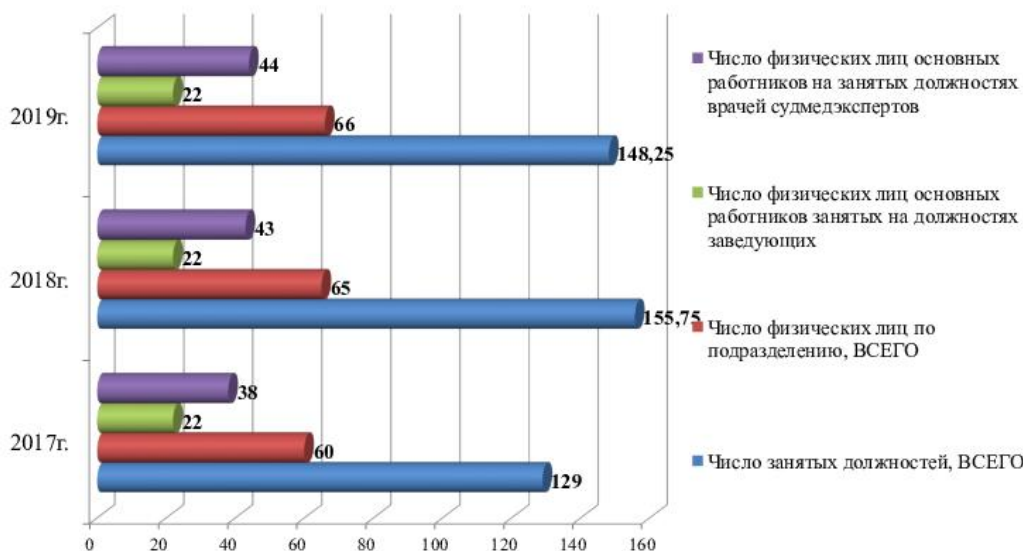


Рис. 5. Штатные и занятые должности судмедэкспертов, выполняющих экспертизы потерпевших и трупов

Общая нагрузка на штатные должности была рассчитана в соответствии с требованиями Приказа Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 №346 н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» с учетом нагрузки на заведующего отделением, в зависимости от количества врачей экспертов.

Штатная и фактическая нагрузка судебно-медицинских экспертов, выполняющих экспертизы потерпевших и других лиц за 9 меся-

цев 2017-2019 гг. представлена на рис. 5. При норме нагрузки на 1 должность за 9 месяцев в соответствии с Приказом Минздрава РФ 75 экспертиз, фактическая нагрузка составила выше рекомендуемой. Так в 2019 году фактическая нагрузка на занятую должность составила 89 экспертиз, на физическое лицо 201, но в целом отмечается тенденция снижения этих показателей. Исполнение государственного задания по данному виду экспертиз за отчетный период в 2019 году составило 56,4%.

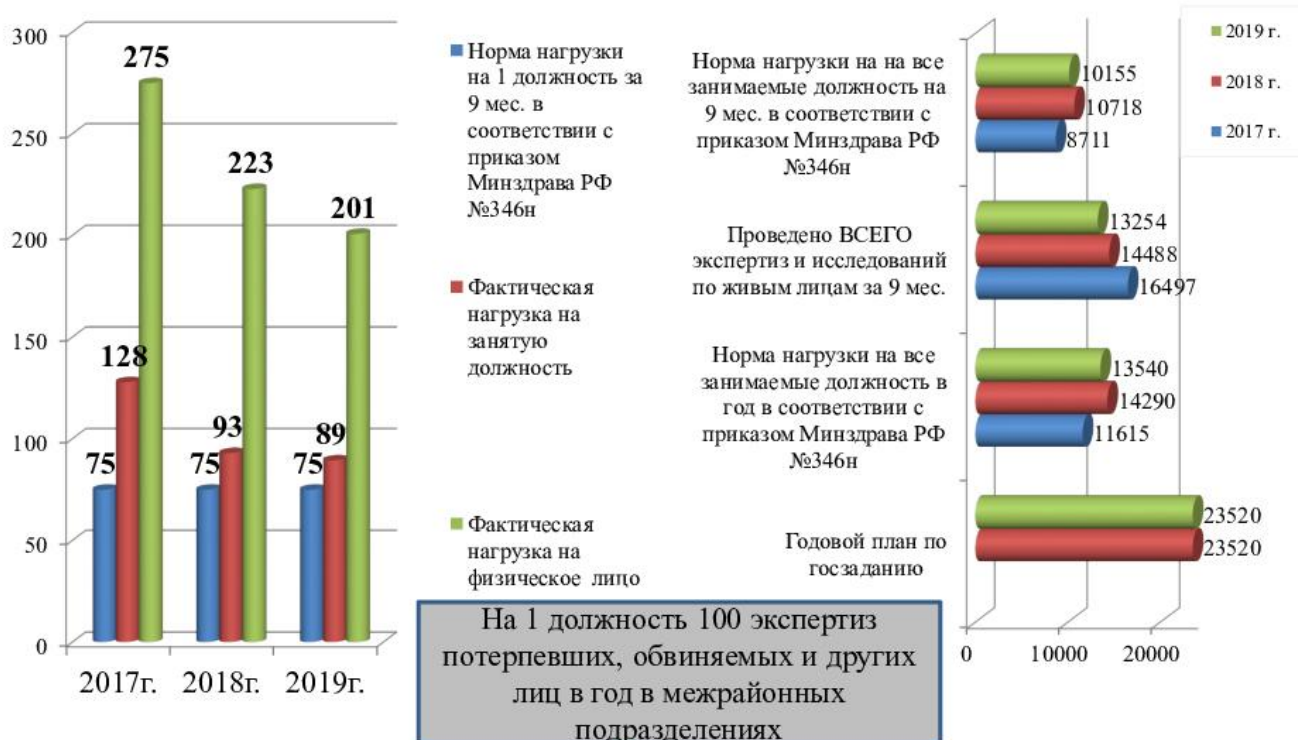


Рис. 6. Рекомендуемые штатные и фактические показатели работы судмедэкспертов, выполняющих экспертизы потерпевших и других лиц за 9 мес. 2017-2019 гг.

Количество аутопсий с незначительным темпом убыли на 1%. Отрицательная динамика обусловлена снижением летальных случаев от насильственной смерти (12,3%). Ненасильственная смертность с темпом прироста в 1,8%, по неустановленным причинам смерти отмечается также положительная динамика на 10% (за счет гнилостных изменений). Большая часть экспертиз выполнена в срок от 15 до 30 дней и состав-

ляет 90%, темп убыли – 1%; до 14 дней (10%), темп убыли – 9%. Экспертизы, выполненные в срок свыше месяца, составляют всего 0,03%.

Штатная и фактическая нагрузка судебно-медицинских экспертов, выполняющих экспертизы трупов на занятую должность составила 26 экспертиз, при нормативной 38 экспертиз за 9 месяцев, при этом нагрузка на физическое лицо превысило нормативную в 1,5 раза.

ЮГОРСКИЕ ВРАЧИ –

В Минздраве России состоялось заседание Центральной конкурсной комиссии Всероссийского конкурса врачей под председательством Министра здравоохранения Российской Федерации Михаила Мурашко, на котором были подведены итоги конкурса и определены победители. В 2020 году на Всероссийский конкурс врачей поступило 526 работ по 36 номинациям.

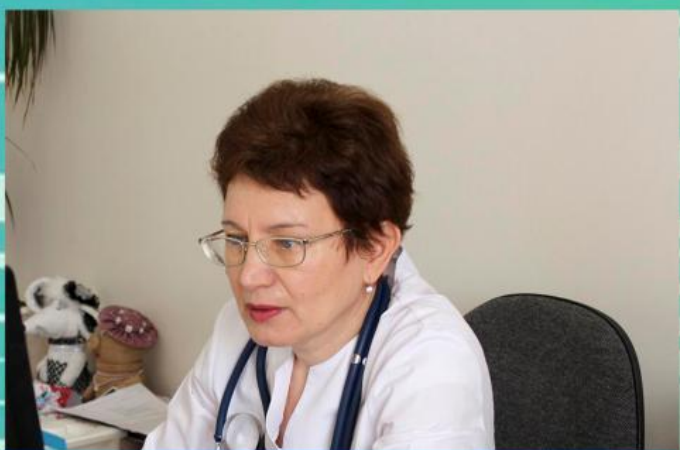
**Лучший кардиолог, стоматолог, врач
общей практики и фтизиатр
нашей страны работают в Югре**



МАКСИМЕНКО АНАСТАСИЯ ВАСИЛЬЕВНА,
врач - кардиолог БУ «Окружной
кардиологический диспансер «Центр
диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»



ФЕДОРОВА ЯНА СЕРГЕЕВНА,
врач стоматолог детский
БУ «Ханты-Мансийская клиническая
стоматологическая поликлиника»



ХУДАЙГУЛОВА ГУЛЬФИЯ РАШИТОВНА,
врач общей практики (семейный врач)
БУ «Нижнесортымская участковая больница»



ТИМОФЕЕВА ЭЛЬВИРА АЛИКОВНА,
врач фтизиатр КУ «Сургутский клинический
противотуберкулёзный диспансер»

ПОБЕДИТЕЛИ ВСЕРОССИЙСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО КОНКУРСА

II место



МИХАЙЛОВА ЛАРИСА ЕВГЕНЬЕВНА,
главный врач БУ «Нижневартовский окружной
клинический перинатальный центр»
Номинация «Лучший руководитель»



КОРЖЕНЕВСКИЙ ВЛАДИМИР КАРЛОВИЧ,
врач-хирург БУ «Сургутская клиническая
травматологическая больница»
Номинация «Лучший хирург»

II место



МАТВЕЕВА ОЛЬГА НИКОЛАЕВНА,
врач-невролог БУ «Нижневартовская районная
больница»
Номинация «Лучший невролог»



ЗУЕВА ДАРЬЯ АЛЕКСАНДРОВНА,
врач - дерматовенеролог БУ «Нижневартовская
районная больница»
Номинация «Лучший инфекционист»

III место



КОВАЛЁВ КОНСТАНТИН АЛЕКСЕЕВИЧ,
врач-психиатр БУ «Ханты-Мансийская
клиническая психоневрологическая больница»
Номинация «Лучший психиатр»

*Поздравляем
победителей и
желаем дальнейших
профессиональных
успехов!*

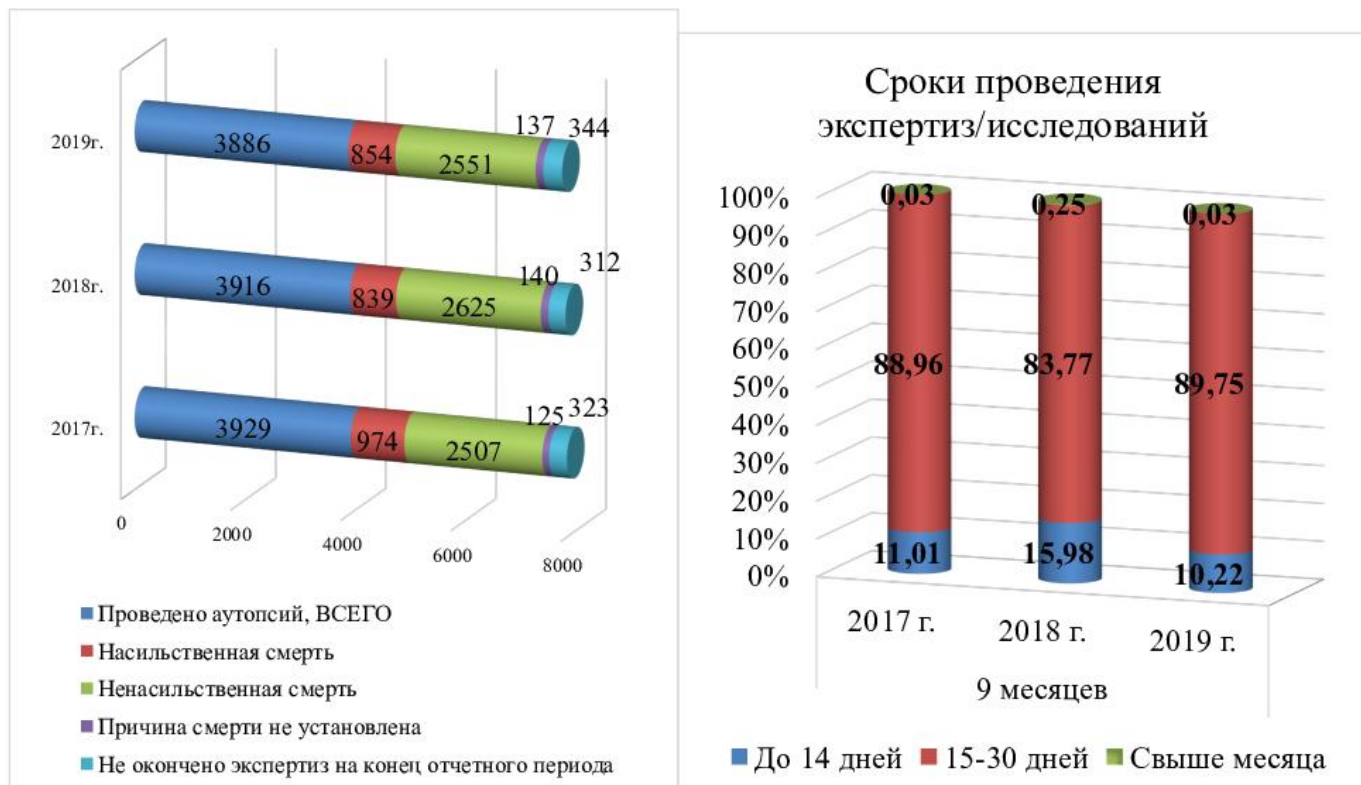


Рис. 7. Структура судебно-медицинских экспертиз и исследований трупов за 9 мес. 2017-2019 гг.

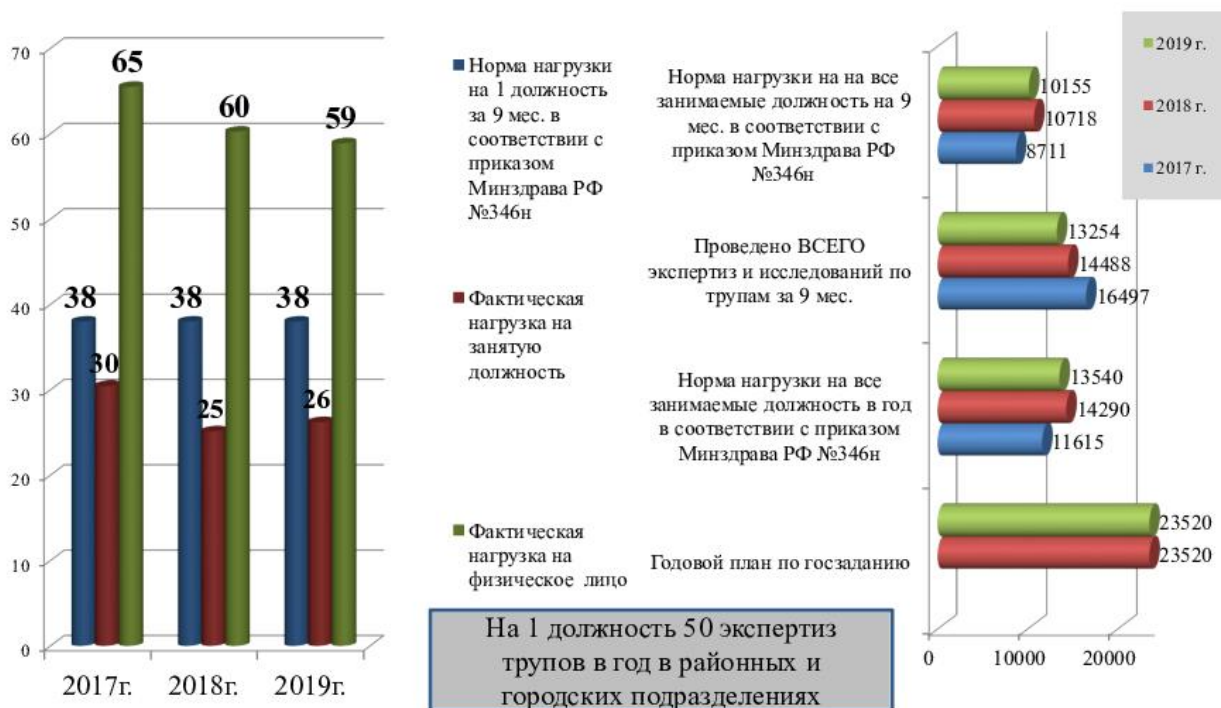


Рис. 8. Рекомендуемые штатные и фактические показатели работы судебно-медицинских экспертов, выполняющих экспертизы/исследования трупов за 9 мес. 2017-2019 гг.

Судебно-гистологические экспертизы и исследования за отчетный период с темпом прибыли на 2%. За счет отрицательной динамики в экспертизах, выполненных в двухнедельный срок (34%) и отсутствия экспертиз, выполненных свыше месяца, наблюдается положитель-

ная динамика в сроках от 15 до 30 дней на 66%. Таким образом, наибольшее количество экспертиз выполнено в срок 15-30 дней (58%), ранее было всего 35-32%. Оставшаяся часть экспертиз выполнена в двухнедельный срок (42%), ранее было 65-68%.

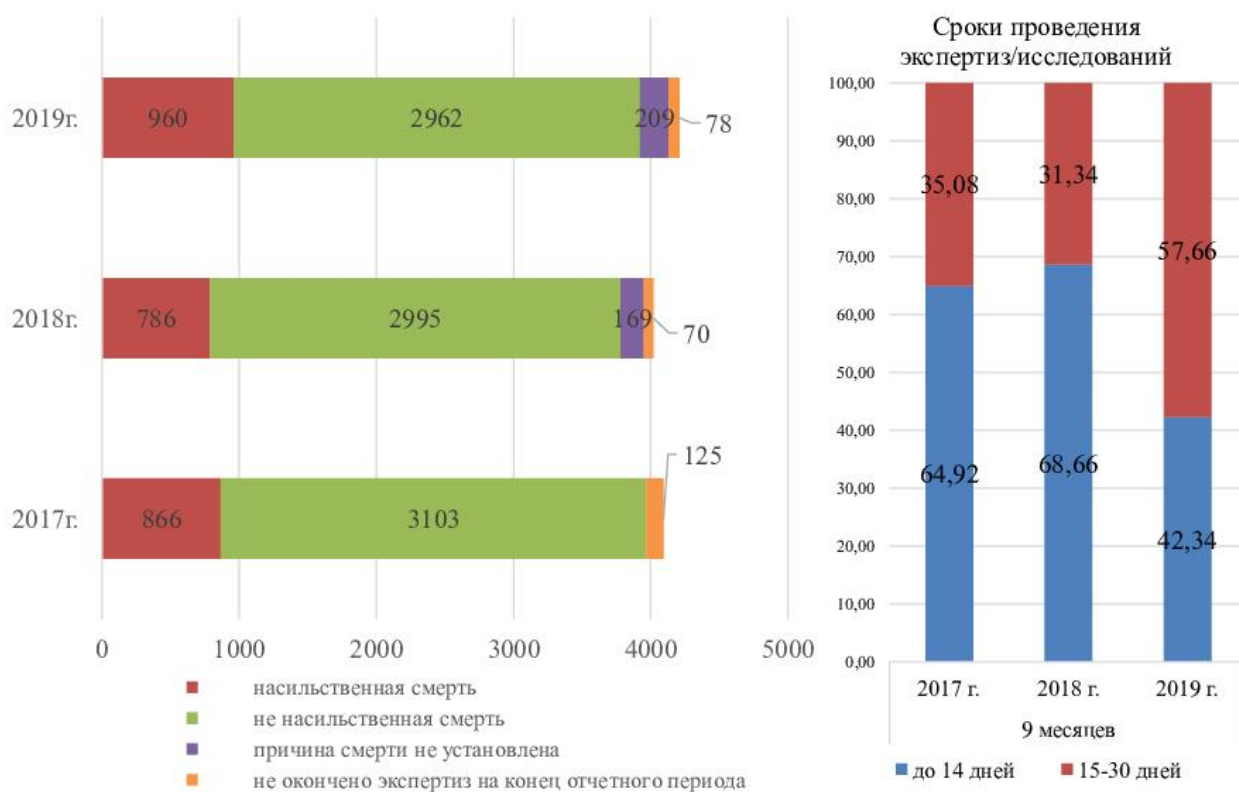


Рис. 9. Структура выполненных экспертиз/ исследований судебно-гистологического отделения за 9 мес. 2017-2019 гг.

Штатные и занятые должности в судебно-гистологическом отделении равны, количество физических лиц имеет небольшую положительную динамику. Коэффициент совмести-

тельства в 2017 году – 1,5, в 2018 году – 1,3, в 2019 году 2,7, что также свидетельствует о перегрузке работы подразделения.

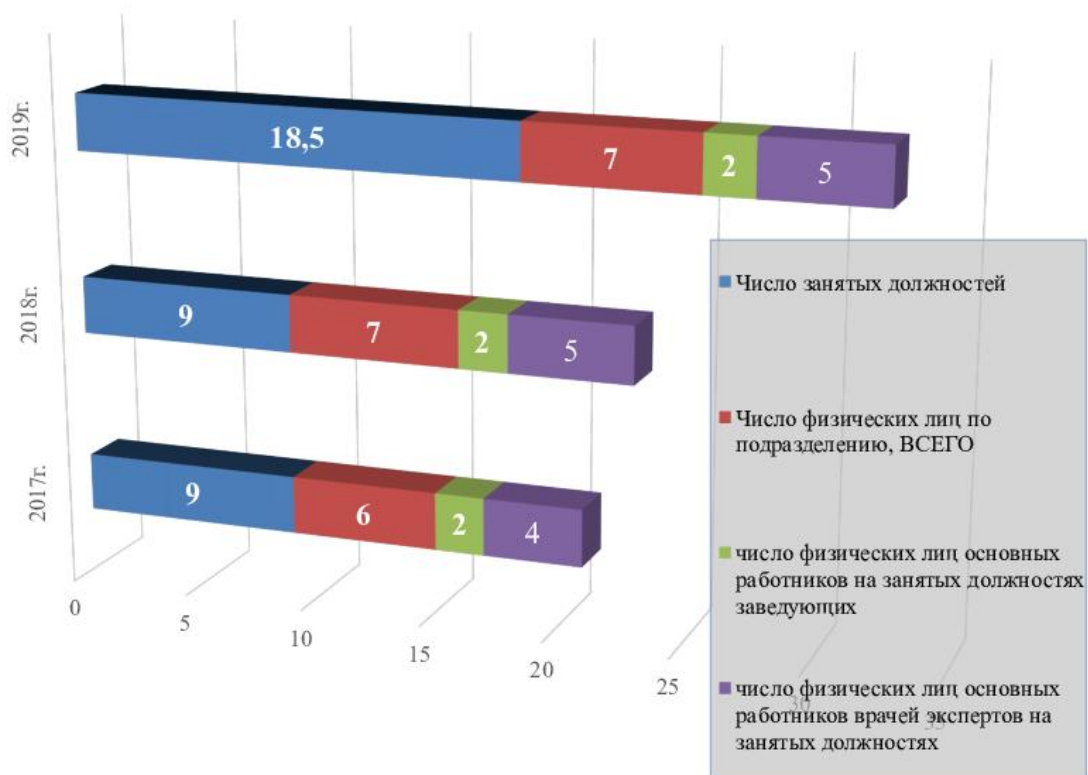


Рис. 10. Штатные и занятые должности судмедэкспертов судебно-гистологического отделения

Судебно-гистологические экспертизы и исследования трупов за отчетный период с темпом прибыли на 2%. На 1 занятую должность врача-судебно-медицинского эксперта в судебно-гистологическом отделении установлено

Приказом Минздрава РФ от 12.05.2010 №346н: 300 экспертиз или 2100 условных единиц учета исследований в год. По общему количеству объект-исследований фактически наблюдается увеличение нагрузки практически в 2,2 раза.

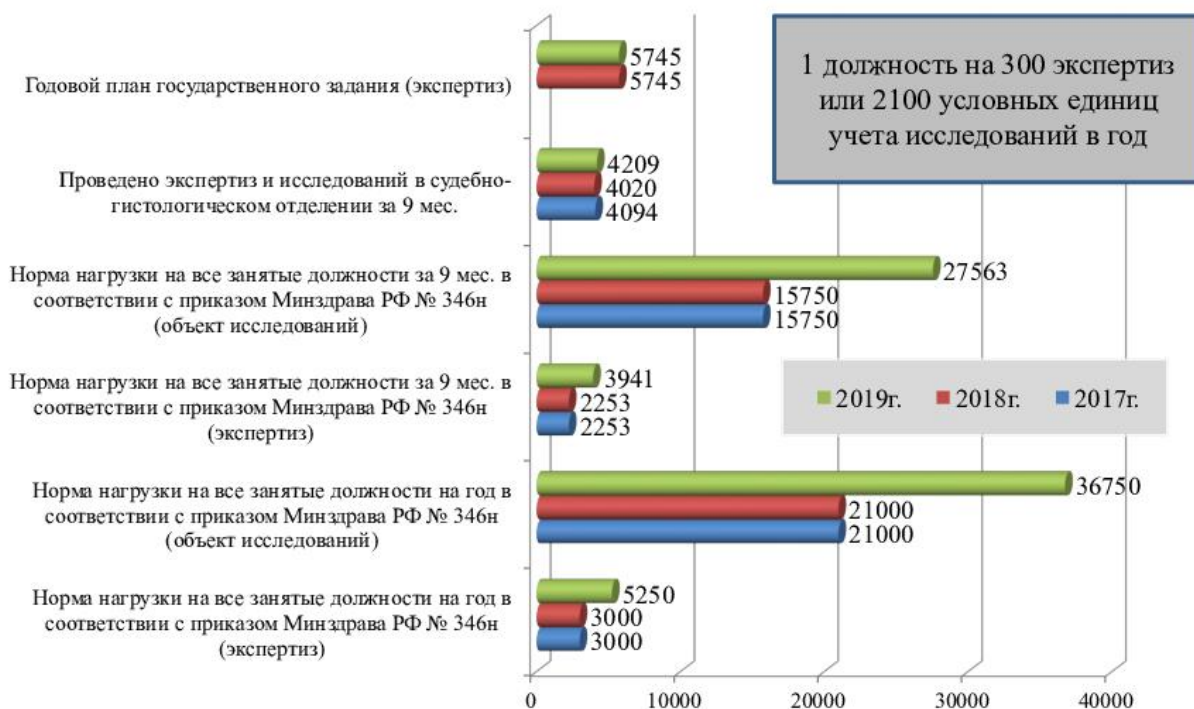


Рис. 11. Рекомендуемые штатные нормативы и фактические показатели гистологического отделения

Штатная и фактическая нагрузка судебно-медицинских экспертов судебно-гистологического отделения по экспертизам на занятую должность составила в итоге 228 экспертиз, при нормативной 225 экспертиз за 9 месяцев, при этом нагрузка на физическое лицо превысило

нормативную в 2,6 раза. Штатная нагрузка на судебно-гистологическое отделение по объект-исследованиям составила 4280 объект-исследований, фактическая нагрузка на физическое лицо – 11312, при нормативной нагрузке за 9 мес. 4280 объект-исследований.

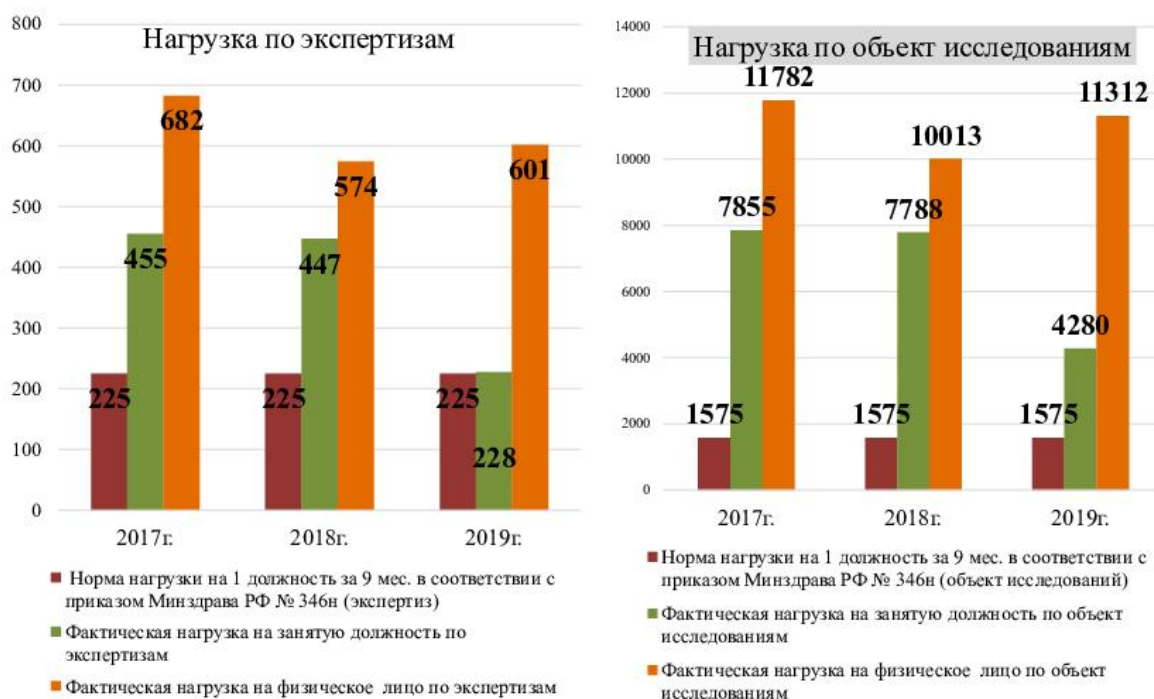


Рис. 12. Рекомендуемые штатные нормативы и фактические показатели судебно-гистологического отделения за 9 мес. 2017-2019 гг.

За отчетный период количество судебно-биологических экспертиз и исследований с отрицательной динамикой в 48%. Большая часть экспертиз выполнена в двухнедельный срок (70%), темп убыли составил 44%. Экспер-

тизы, выполненные в срок от 15-30 дней с темпом убыли (58%) и составляют 30% от общего количества экспертиз. Экспертизы, превышающие срок более 1 месяца, не зарегистрированы.

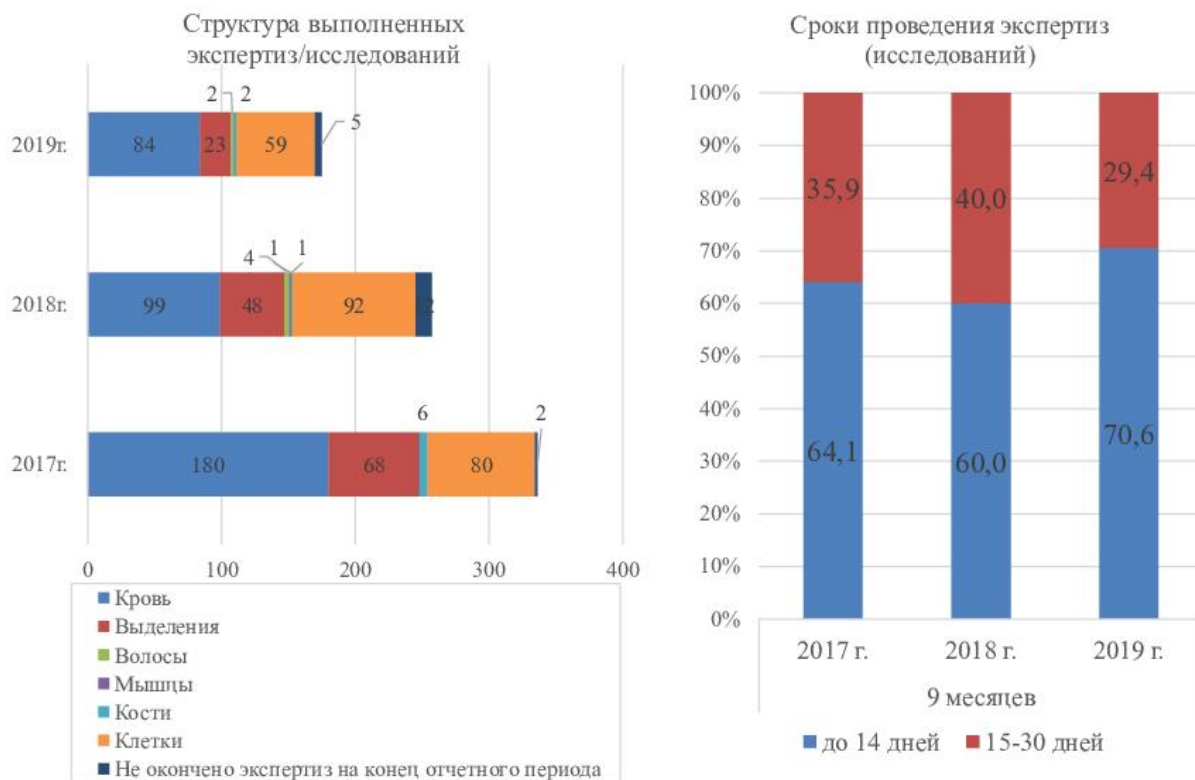


Рис. 13. Структура выполненных экспертиз/исследований судебно-биологическим отделением за 9 мес. 2017-2019 гг.

Штатные и занятые должности в судебно-биологическом отделении равны, количество физических лиц имеет небольшую отри-

цательную динамику в сравнении с 2017 г. Коэффициент совместительства в 2017 году – 1,2, в 2018 году – 1,3, в 2019 году – 1,8.

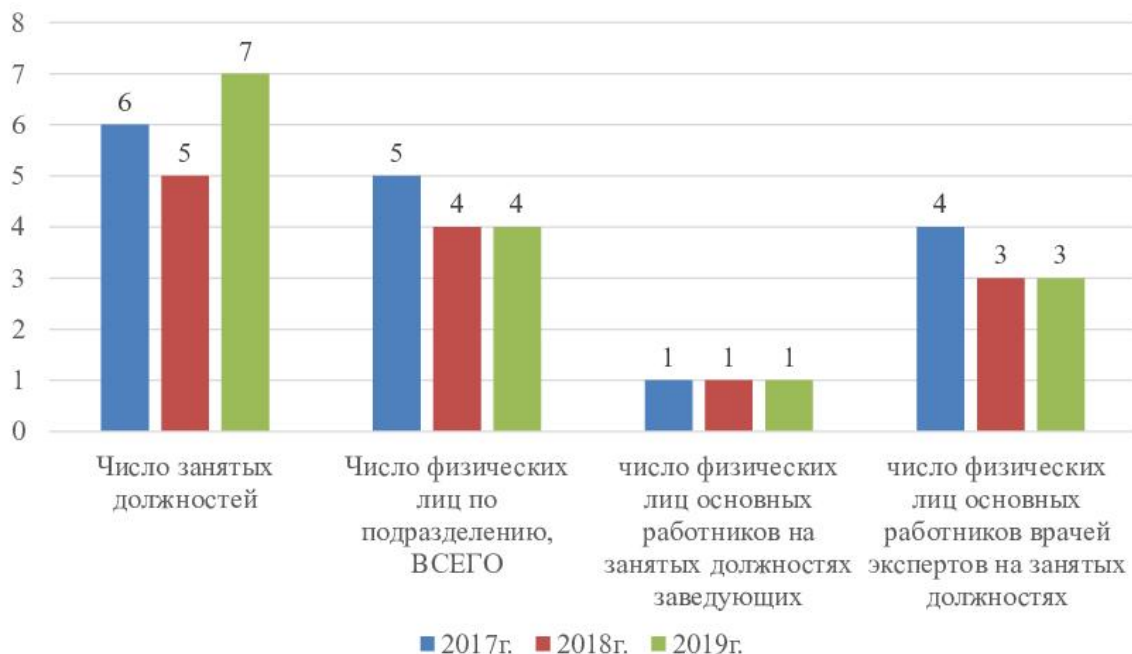


Рис. 14. Штатные и занятые должности судебно-биологического отделения за 9 мес. 2017-2019 гг.

Согласно Приказа Минздрава РФ, регламентирующего работу судебно-медицинских экспертов, на все занятые должности предполагается сделать 270 экспертиз за 9 мес., выполнено 175 экспертиз (вместе с неоконченными), % выполнения государственного задания при этом составил 44,9%. Если рассматривать нагрузку отделения по другим критериям, то получается

перевыполнение рекомендуемого количества предметов: при рекомендуемой норме 1170 предметов на все должности за 9 мес., исследовано предметов в 2019 году – 1588, что превысило годовую норму нагрузки по предметам на все должности (% исполнения составил 110%). И такая тенденция просматривается в течение 2 предшествующих лет за отчетным периодом.



Рис. 15. Рекомендуемые штатные нормативы и фактические показатели судебно-биологического отделения за 9 мес. 2017-2019 гг.

Такая же ситуация складывается по условным единицам. При рекомендуемой норме нагрузки на все должности за 9 мес., в соответствии с Приказом Минздрава РФ №346н: 8531 – в 2019 году, исполнено 15472 условных единиц, исполнение составило 181%. Таким образом, получается, что показатель нагрузки по экспертизе не совсем отображает трудозатраты отделения.

Фактическая нагрузка на занятую должность в 2019 г. составила по условным единицам 3720, на физическое лицо – 2126, что превышает уже нормативный годовой показатель нагрузки на врача судебно-медицинского эксперта. По предметам нагрузка составила на занятую должность 227, на физическое лицо 397, при рекомендуемой в год 240 предметов.

Нагрузка по условным единицам

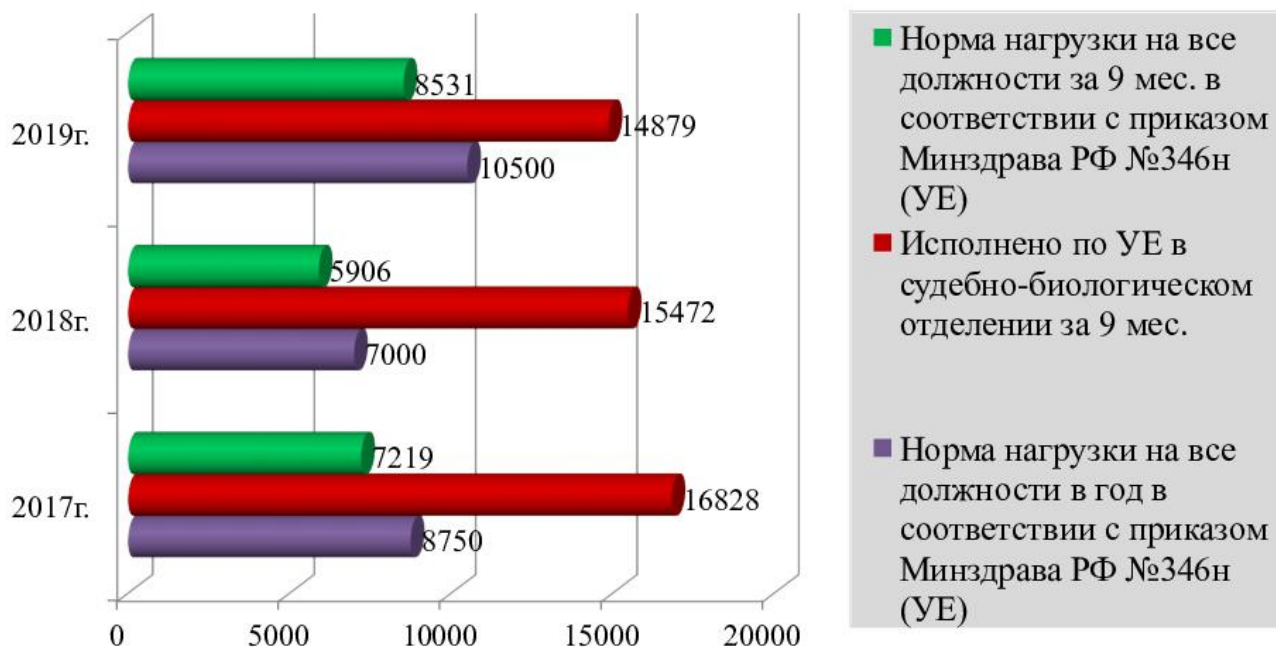


Рис. 16. Рекомендуемые штатные нормативы и фактические показатели судебно-биологического отделения за 9 мес. 2017-2019 гг.

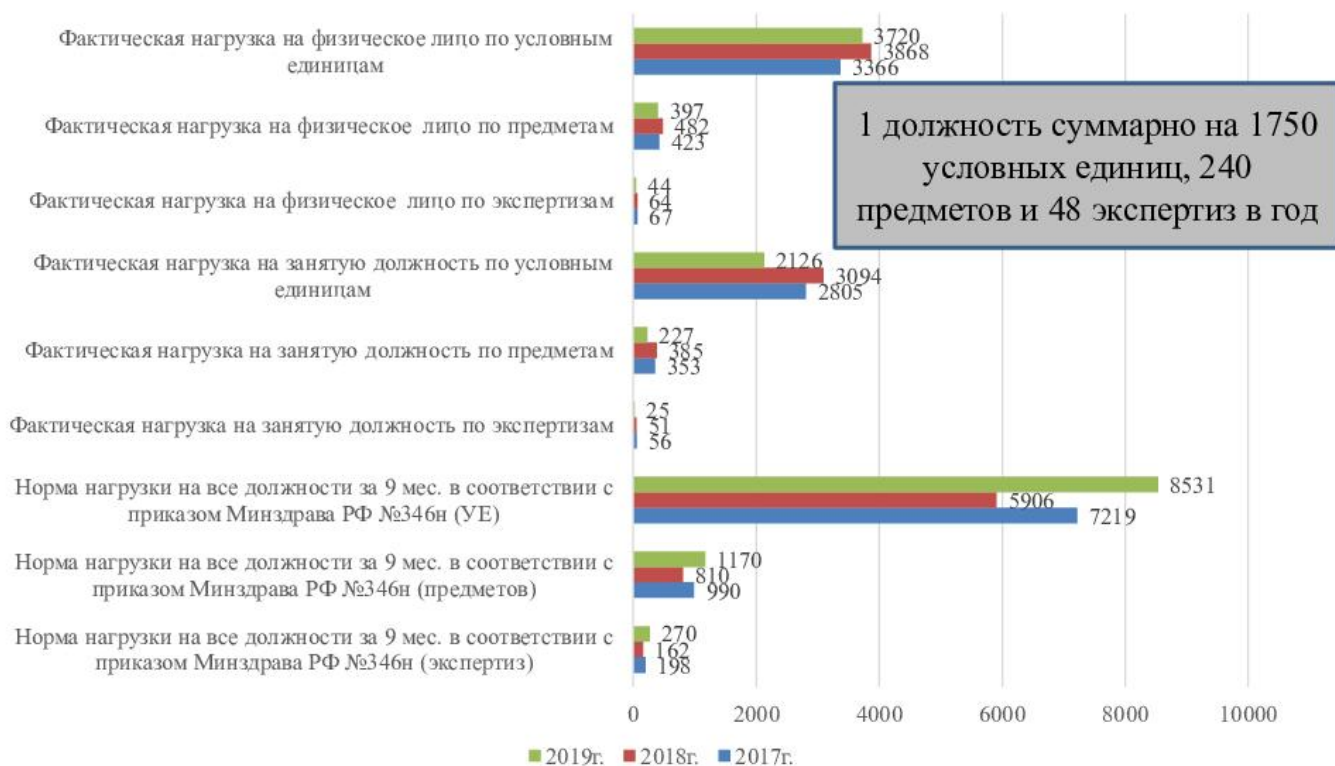


Рис. 17. Рекомендуемые штатные нормативы и фактические показатели судебно-биологического отделения за 9 мес. 2017-2019 гг.

Количества судебно-медицинских молекулярно-генетических экспертиз за отчетный период увеличилось на 3 экспертизы и составляет 1%. Распределение сроков проведения экспертиз произошло следующим образом: до 14

дней прирост на 39% и составляют 84% от общего количества экспертиз, 15-30 дней снижение на 53% (16% от общего количества); свыше месяца экспертизы не зарегистрированы.

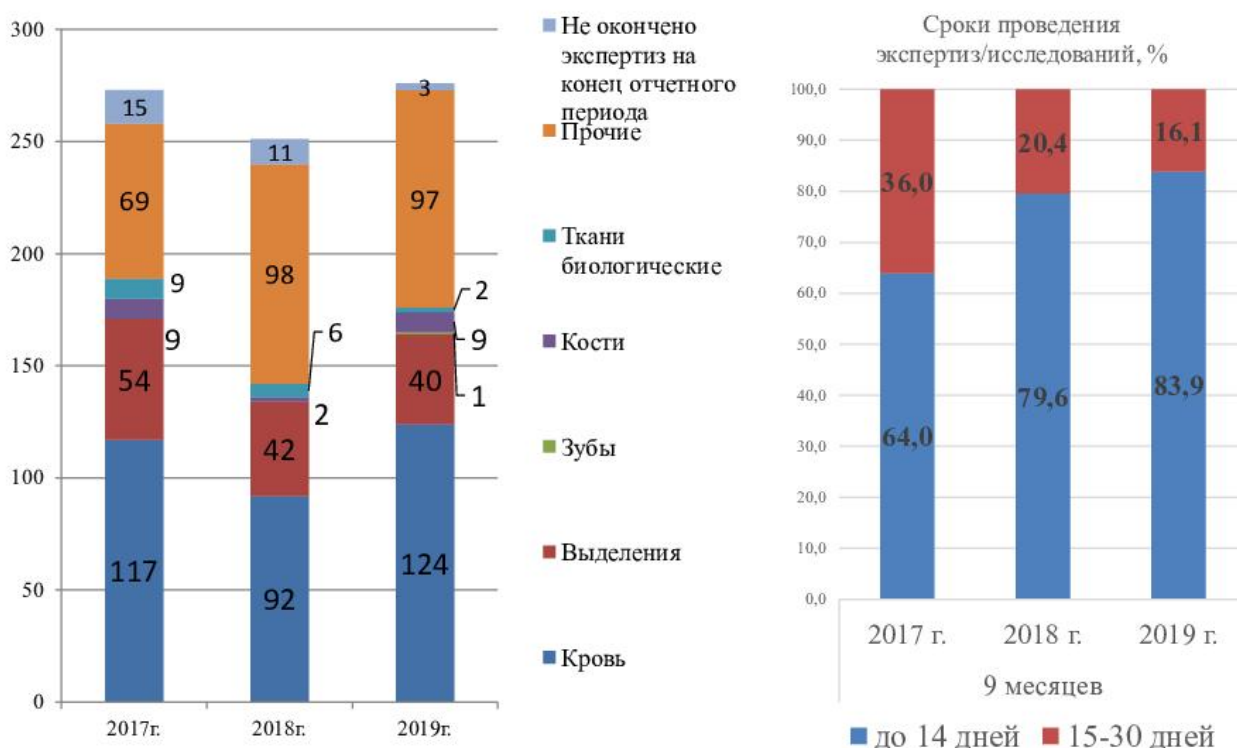


Рис. 18. Структура выполненных экспертиз/исследований судебно-медицинским молекулярно-генетическим отделением за 9 мес. 2017-2019 гг.

Штатные и занятые должности в судебно-медицинском молекулярно-генетическом отделении равны, количество занятых долж-

ностей возросло в 2 раза в сравнении с 2017 и 2018 г. Коэффициент совместительства в 2017-2018 гг. – 1, в 2019 году – 2,1.

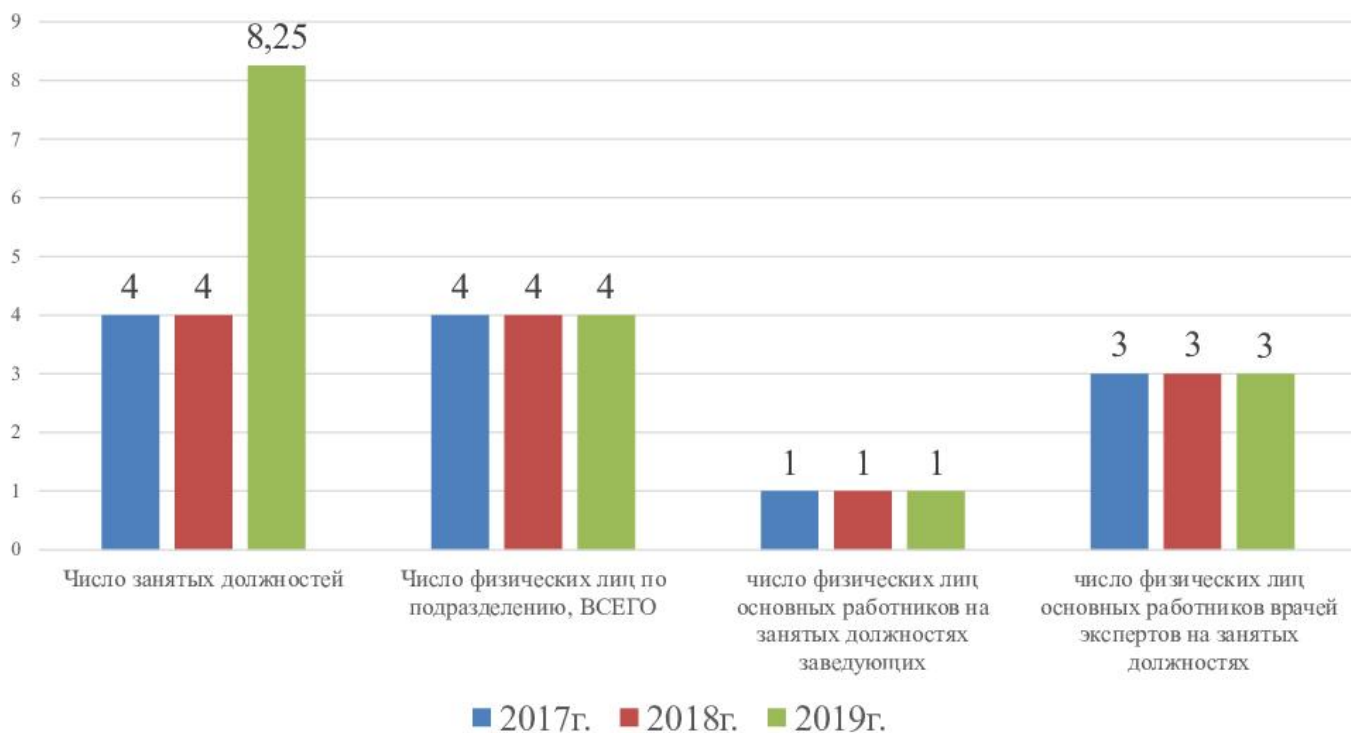


Рис. 19. Штатные и занятые должности экспертов судебно-медицинского молекулярно-генетического отделения за 9 мес. 2017-2019гг.

В соответствии с Приказом Минздрава РФ №346н нагрузка по экспертизам не предусмотрена, а определяется условными единицами при неавтоматизированном типировании в количестве 400 и 1000 условных единиц при авто-

матизированном типировании. В динамике нагрузка значительно увеличена при автоматизированном типировании и превышает в 3 раза, а при неавтоматизированном типировании снижена в 43 раза.



Рис. 20. Нагрузка на отделение судебно-медицинской молекулярно-генетической экспертизы за 9 мес. 2017-2019 гг.

Таким образом, фактическая нагрузка по УЕ н.т на физическое лицо составила 127, на занятую должность – 62, УЕ а.т. на физическое

лицо – 7520, на занятую ставку – 3757, что значительно превышает рекомендуемые нормы нагрузки.

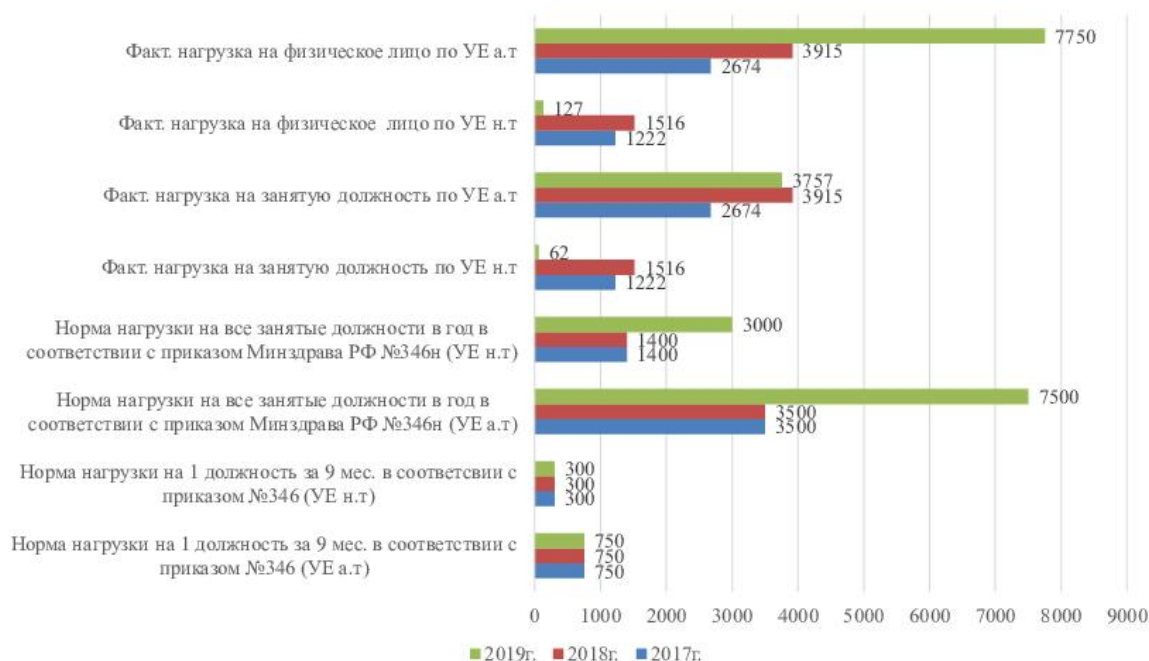


Рис. 21. Нагрузка на отделение судебно-медицинской молекулярно-генетической экспертизы за 9 мес. 2017-2019 гг.

РЕГИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

В динамике отмечается увеличение общего количества сложных судебно-медицинских экспертиз на 23%. За счет увеличения экспертиз, выполненных в срок от 15-30 дней на 27% и экспертиз свыше месяца, которые увеличились

в 3,6 раза, видно отрицательную динамику в экспертизах, выполненных в срок до 14 дней (37%). По экспертизам, выполненным свыше месяца, идет повышение: г. Ханты-Мансийск – в 3,3 раза, г. Сургут – на 11 раз.

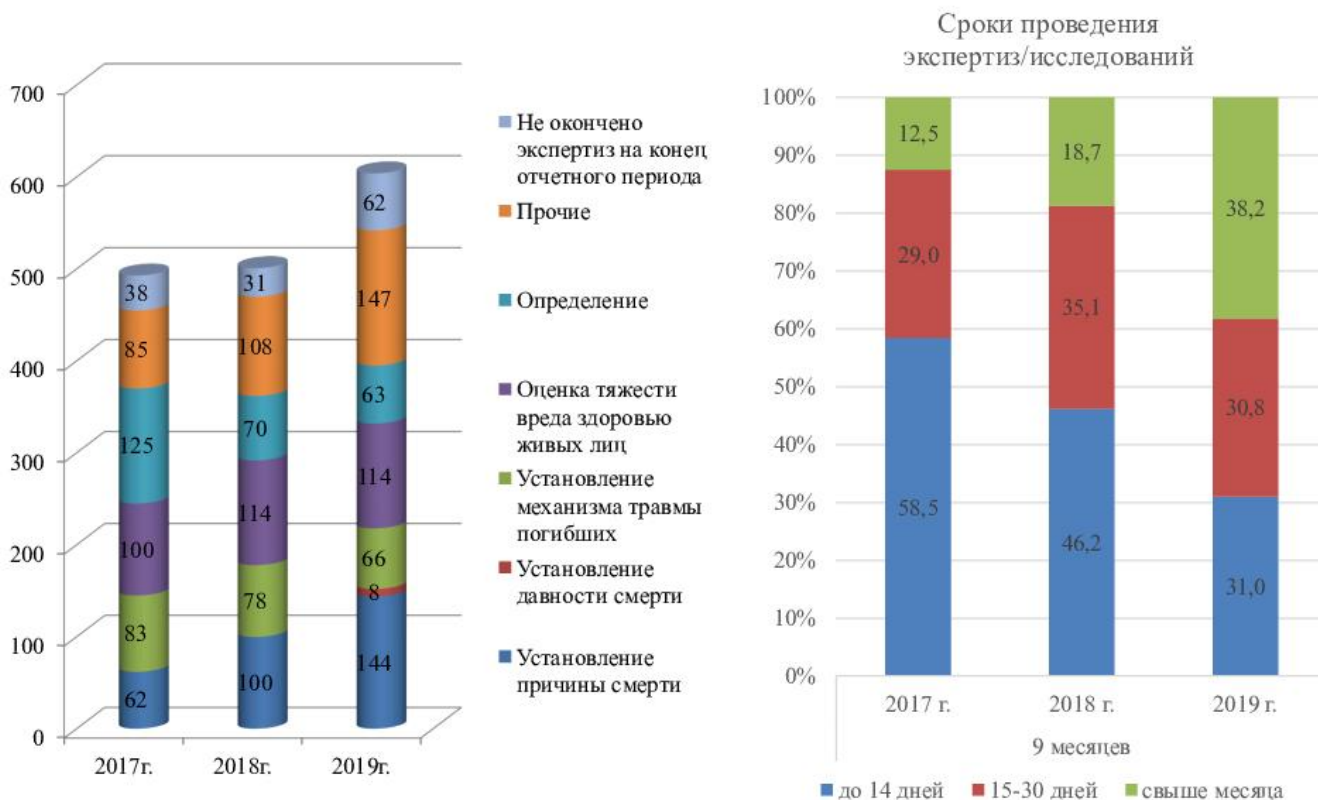


Рис. 22. Структура выполненных экспертиз/исследований отделений сложных экспертиз за 9 мес. 2017-2019 гг.

Штатные и занятые должности в отделениях особо сложных экспертиз одинаково, количество физических лиц имеет небольшую поло-

жительную динамику в сравнении с 2017-2018 гг. Коэффициент совместительства в 2017-2018 гг. – 1,6, в 2019 году – 2,8.



Рис. 23. Штатные и занятые должности судмедэкспертов отделений сложных экспертов за 9 мес. 2017-2019гг.

Отмечается ежегодное перевыполнение регламентируемой нагрузки (20 экспертиз в год) за 9 месяцев на протяжении 3 лет, фактическая нагрузка на физическое лицо составила 101 экспертизу, на занятую ставку 36. При этом хо-

чется отметить, что государственное задание выше, чем рекомендуемая нагрузка на все занятые должности. При этом исполнение государственного задания на конец отчетного периода в 2019 г. составило 89,6%.

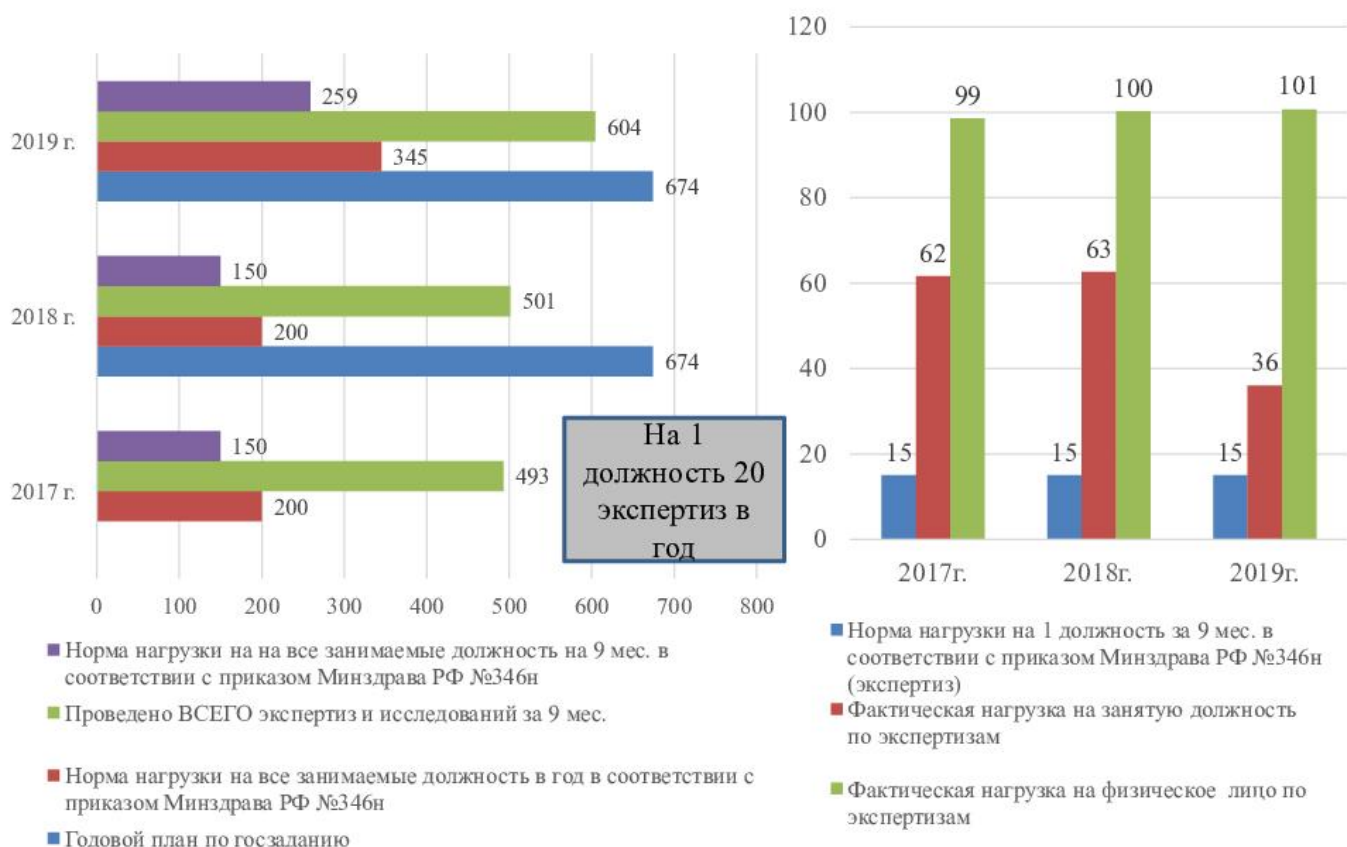


Рис. 24. Рекомендуемые штатные нормативы и фактические показатели отделений особо сложных экспертиз за 9 мес. 2017-2019 гг.

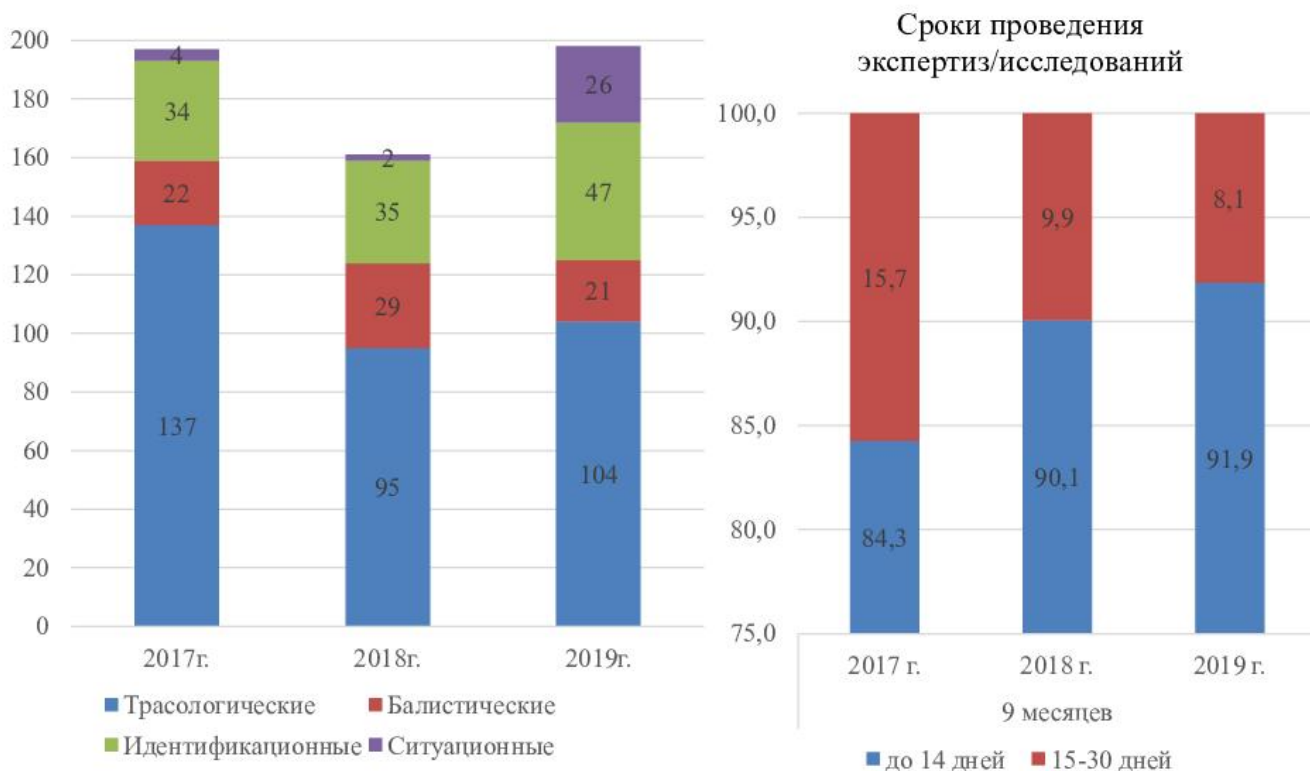


Рис. 25. Структура выполненных экспертиз/исследований судебно-криминалистическим отделением за 9 мес. 2017-2019 гг.

За отчетный период медико-криминалистические экспертизы (исследования) с темпом убыли в 13%, при этом экспертизы, выполненные в двухнедельный срок, с темпом убыли (5%) и составляют 92% от общего количества экспертиз (ранее было 84-90%); экспертизы, выполненные в срок 15-30 дней, с хорошим темпом убыли (снижение в 2,2 раза) и составляют 8% от общего количества экспертиз (ранее

были 16-10%). Экспертиз, выполненных в срок свыше месяца, за отчетный период не зарегистрировано.

Штатные и занятые должности судебно-криминалистического отделения равны, количество занятых должностей возросло в 2 раза в сравнение с 2017 и 2018 г. Коэффициент совместительства в 2017-2018 гг. – 1,6, в 2019 году – 2,8.

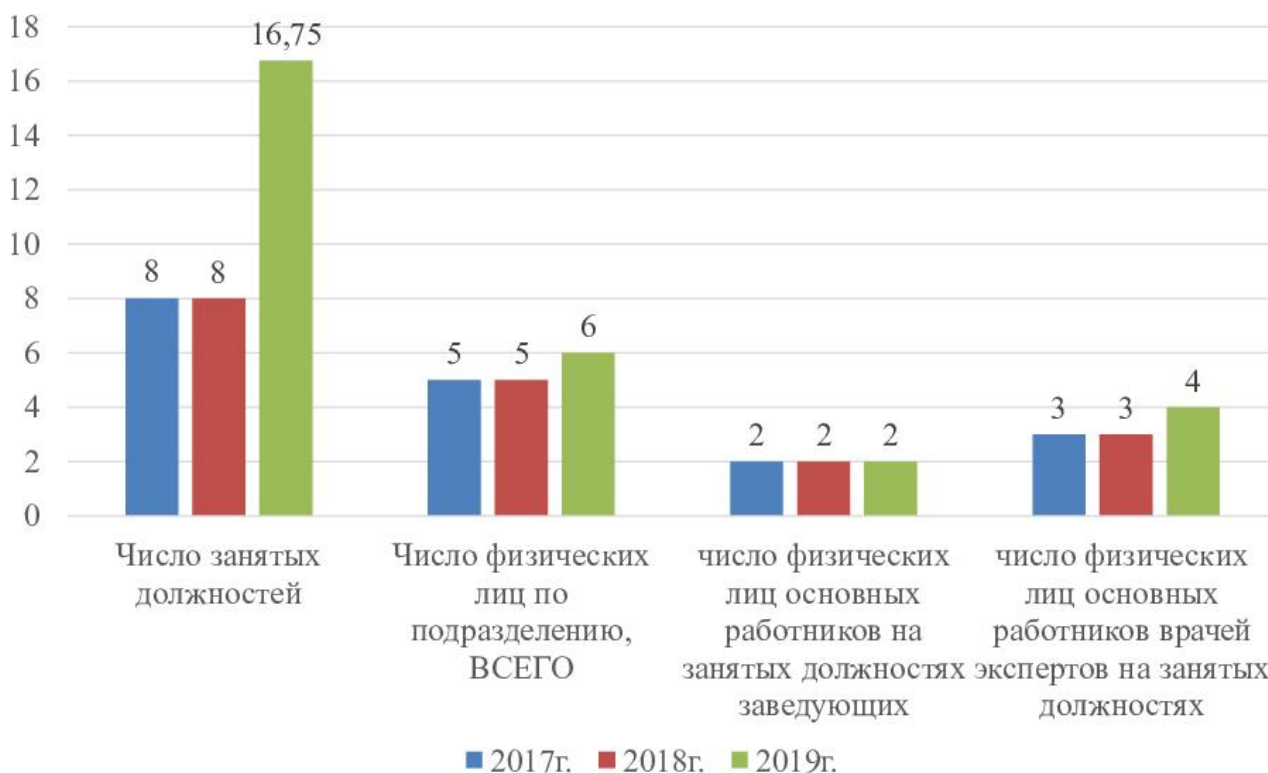


Рис. 26. Штатные и занятые должности судмедэкспертов судебно-криминалистического отделения за 9 мес. 2016-2019гг.

В соответствии с Приказом Минздрава РФ №346н нагрузка по экспертизам не предусмотрена по судебно-криминалистическим экспертизам и определяется условными единицами в количестве 2000 в год. При норме на все занятые должности 7000 уе уже исполнено 11426 уе, что на 163% говорит о перевыполнении рекомендуемой нагрузки. Фактическая нагрузка на занятую должность в 2019 г. составляет 2857 уе, на физическое лицо – 5713 уе.

За отчетный период судебно-химические экспертизы с темпом прибыли в 7% за счет

отрицательной динамики в Ханты-Мансийске (17%) и увеличения экспертиз в 2,5 раза, выполненных в Нижневартовске. За отчетный период большая часть экспертиз выполняется в двухнедельный срок и составляет 90% (темп убыли 1%), оставшаяся часть экспертиз выполнена в срок 15-30 дней – 10% (увеличение в 3,5 раза). Экспертиз, выполненных в срок свыше месяца, за данный отчетный период не зарегистрировано.

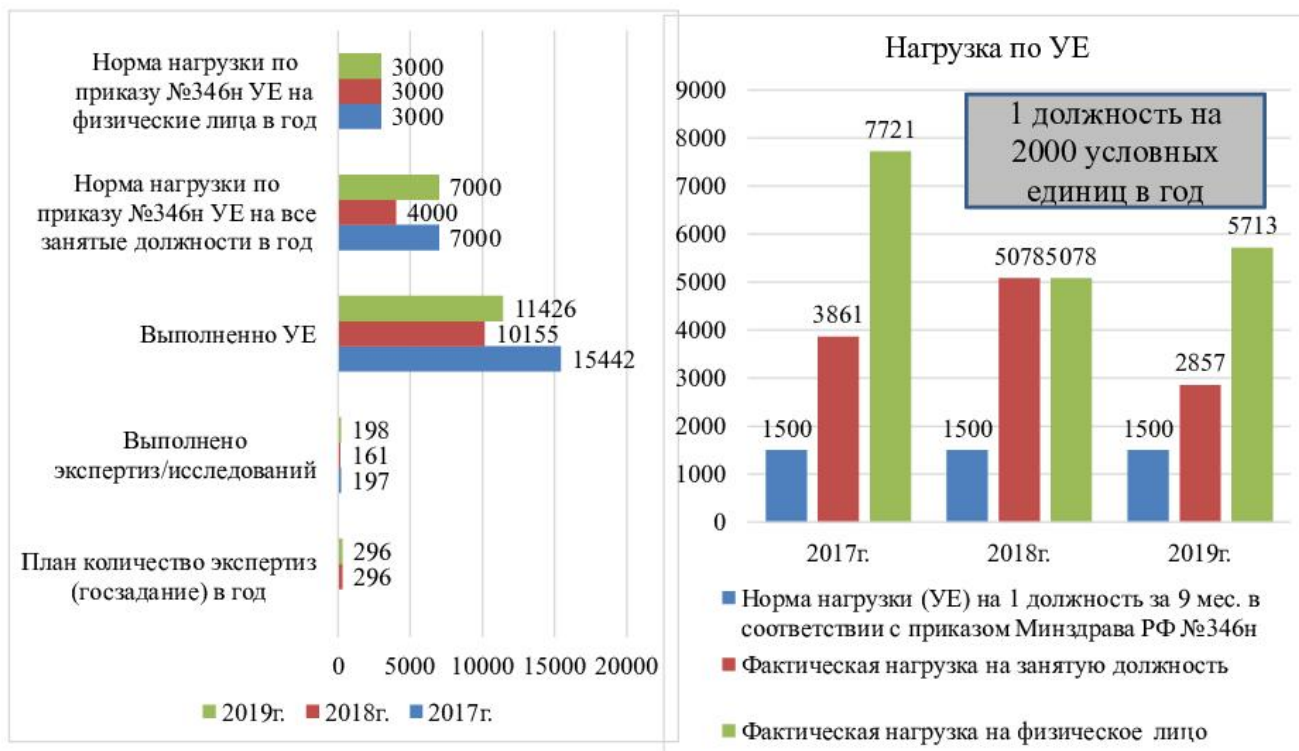


Рис. 27. Нагрузка на судебно-криминалистическое отделение за 9 мес. 2017-2019 гг.

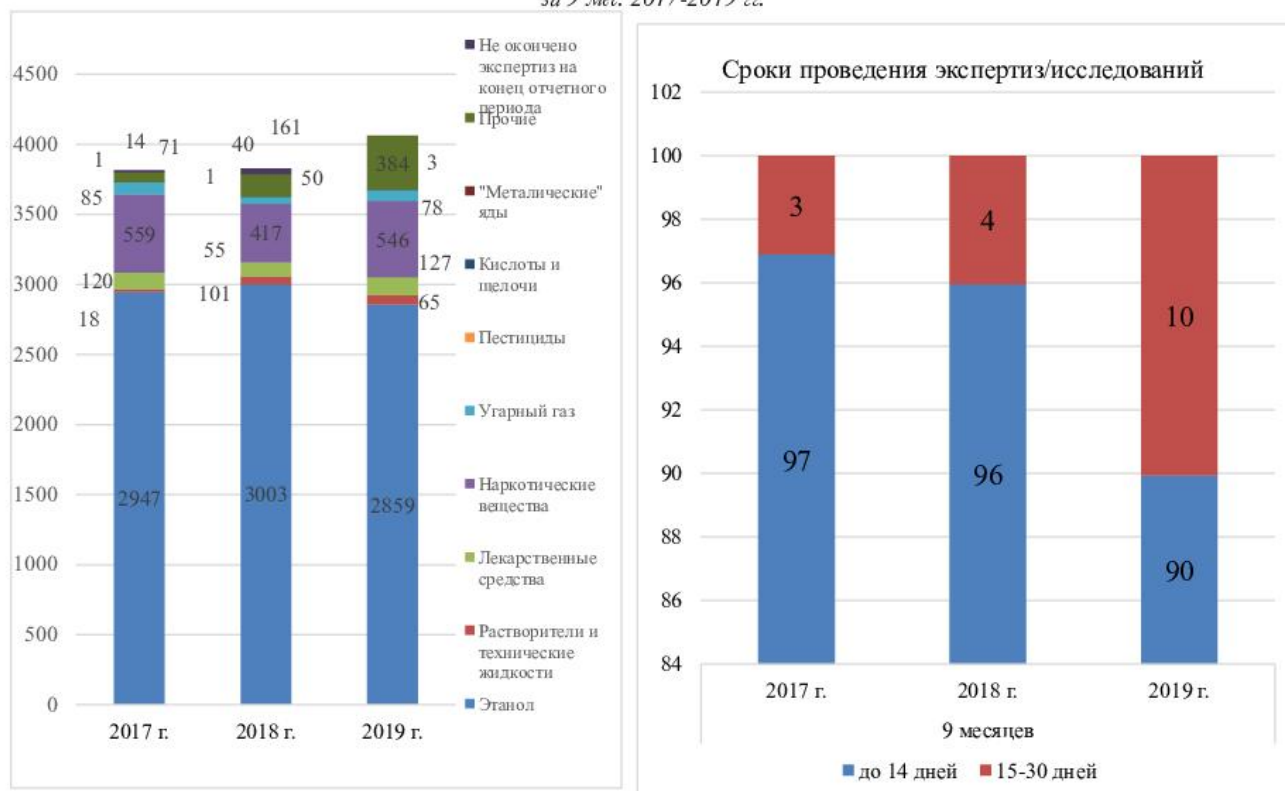


Рис. 28. Структура выполненных экспертиз/исследований судебно-химическими отделениями за 9 мес. 2017-2019 гг.

Штатные и занятые должности в судебно-химических отделениях равны, количество занятых должностей возросло в 1,1 раз в срав-

нении с 2017-2018 гг. Коэффициент совместительства в 2017 г. - 2, в 2018 г. - 2,4, в 2019 году - 2,9.

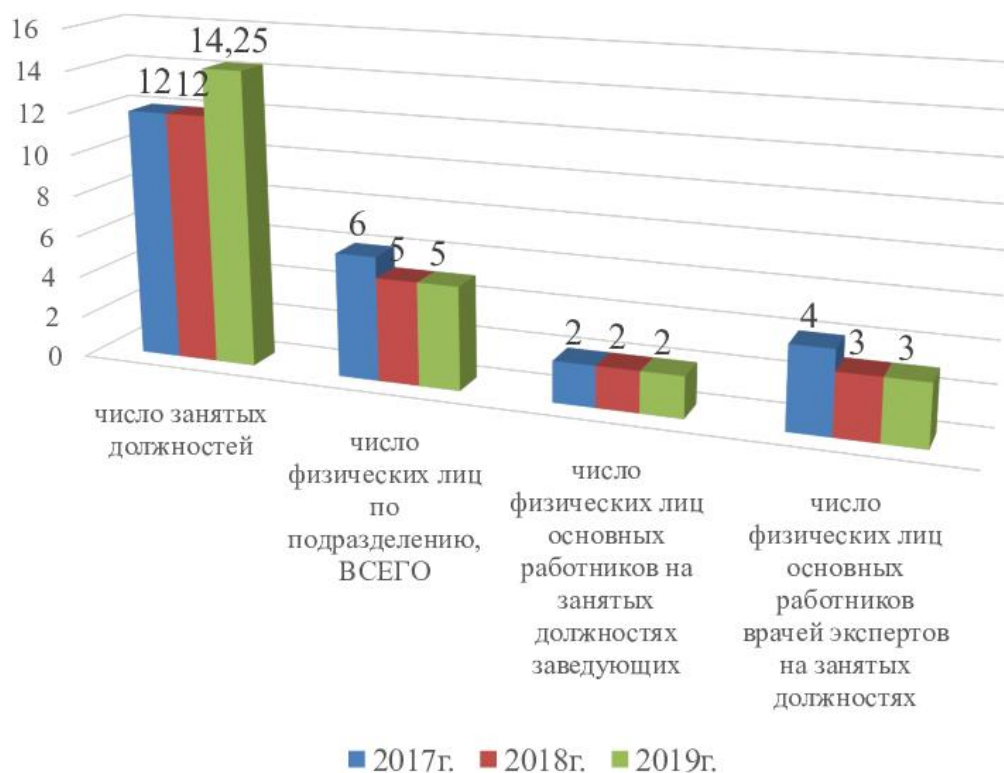
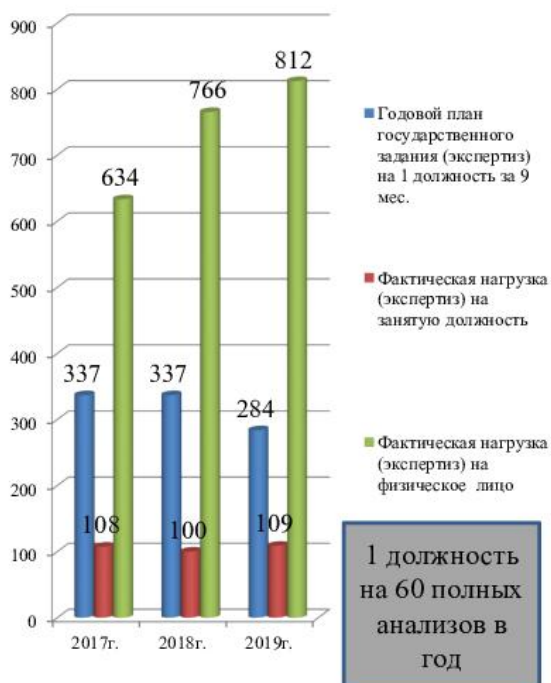


Рис. 29. Штатные и занятые должности судмедэкспертов судебно-химических отделений за 9 мес. 2017-2019 гг.

Нагрузка судебно-химических отделений в соответствии с Приказом Минздрава РФ №346н так же не предусматривает нагрузку по экспертизам, у судебно-медицинских экспертов нагрузка оценивается 60 полными анализами в год. Норма нагрузки на все занятые должности за 9 месяцев в 2019 г. – это 596 полных анализов, а фактическая

нагрузка на физическое лицо составляет 812 условных единиц (полных анализов), а на занятую должность – 109 условных единиц. Если оценивать нагрузку по выполненным экспертизам, то фактическая нагрузка на занятую должность составляет 109 экспертиз, фактическая нагрузка на физическое лицо – 812 экспертиз в 2019 г.

Нагрузка по экспертизам



Нагрузка по условным единицам

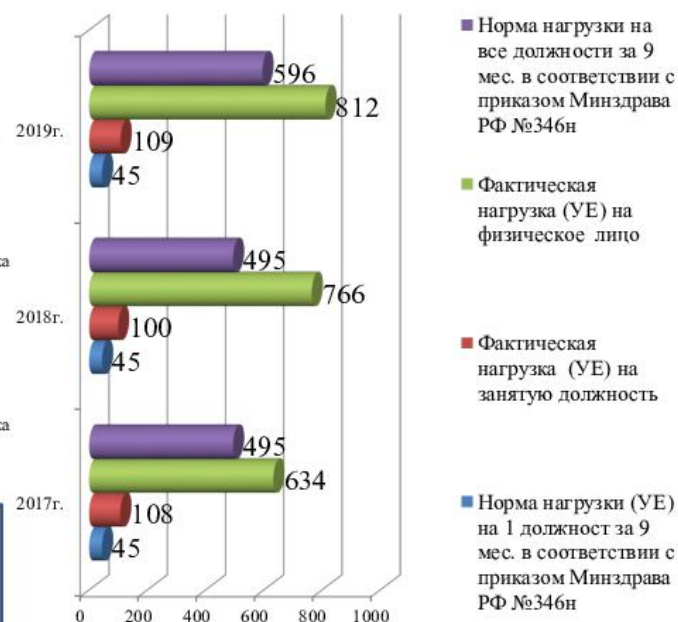


Рис. 30. Рекомендуемые штатные нормативы и фактические показатели судебно-химического отделения за 9 мес. 2017-2019 гг.

Выводы

Доведенное Депздравом Югры государственное задание до КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» в виде количества экспертиз не отображает истинную нагрузку на подразделения в полном объеме.

Литература

1. Актуальные вопросы судебной медицины. Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Социально значимые отравления в работе судебно-медицинских экспертов (сбор-

- ник научных статей) / под ред. Чиркова С.В., Скребова Р.В., Шакирова И.И., Кузьмичева Д.Е., Вильцева И.М., Кислицина В.М., Агзамовой Е.В., Паньковой И.Е., Конева О.П., Селезневой С.В., Поповой О.С. – Ханты-Мансийск, 2018. – 171 с.
2. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 2. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. – Ханты-Мансийск, 2019. – 212 с.
3. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 3. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. – Ханты-Мансийск, 2019. – 387 с.

© Орлова Е.В., Шакиров И.И., 2020

УДК 159.9 : 616.921.5

РАБОТА ЛИНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ НИЖНЕВАРТОВСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Жевелик О.Д.,

главный врач

БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница»,

Заслуженный врач РФ

Дзюман Е.М.,

медицинский психолог

БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница»

В статье рассмотрены содержательные аспекты деятельности медицинского психолога на линии психологической поддержки в период пандемии COVID-19. Проведен анализ поступивших звонков от жителей ХМАО-Югры.

Ключевые слова: профессиональная деятельность психолога, пандемия, консультант, абонент, психологическое консультирование, психологическая помощь и поддержка

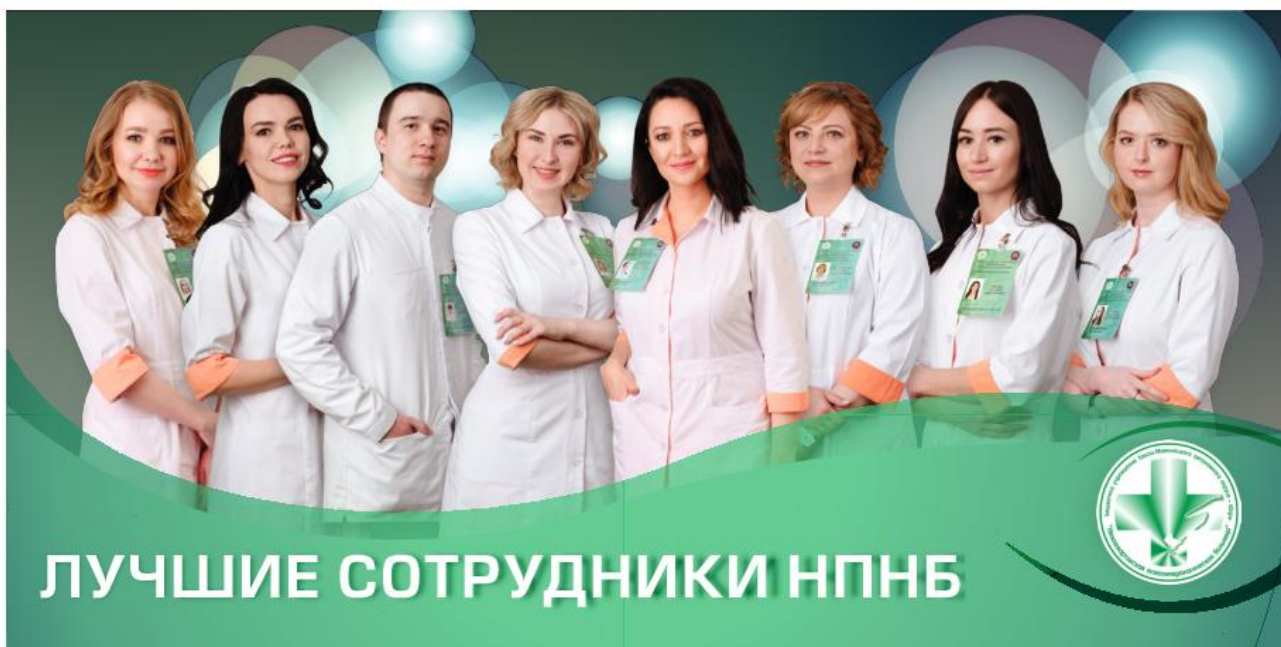
Ситуация пандемии COVID-19 безусловно явилась серьезным вызовом для всего мира. В нашей стране эта проблема затронула все экономические, политические, человеческие ресурсы. Руководство страны, округа, а также Главы городов Югры предпринимают беспрецедентные меры по предотвращению распространения эпидемии.

Медицинские организации работают на пределе возможностей, при этом квалифицированно оказывая как медицинскую, так и социально-психологическую помощь.

Сегодня, мы столкнулись с ситуацией введения режима обязательной самоизоляции; нарастания тревоги и страха в обществе на фоне поступающей, часто противоречивой информации, от разных источников; ее переизбыток;

отсутствие определенности, предсказуемости и контроля над жизненными событиями; противоречивые прогнозы. Происходящие изменения в повседневной жизни людей, коснувшись каждого жителя округа, за столь короткий период не позволили жителям быстро адаптироваться к изменениям, вызывая различные эмоциональные и поведенческие реакции на сложившиеся обстоятельства. Среди них шок, гнев, беспокойство, страх, беспомощность, тревожные и депрессивные состояния, что поставило перед медицинскими психологами неотложные организационные и профессиональные задачи.

В ситуации неопределенности людям становится трудно найти тех, с кем можно было бы поделиться своими проблемами, у кого



ЛУЧШИЕ СОТРУДНИКИ НПНБ

можно было бы спросить совет и получить поддержку. В связи с этим руководством больницы было принято решение с 25 марта 2020 года организовать на базе учреждения бесплатную круглосуточную анонимную телефонную линию психологической поддержки, которая приобрела особую актуальность, так как предлагала своевременную, мгновенную, профессиональную психологическую помощь и поддержку тем, кто в ней нуждался. Впоследствии линия психологической поддержки вошла как структурный компонент в единую городскую горячую линию.

Команда профессионалов – медицинских психологов оказывала неотложную психологическую помощь всем позвонившим, находящимся в состоянии тревоги и депрессии, остро и пролонгированного психологического кризиса в режиме самоизоляции, а также людям, стоящим перед выбором между жизнью и смертью. Особо отмечалась возможность получения такой помощи медицинскими работниками, стоящими на передовой и испытывающими колоссальные нагрузки как физического, так и психологического плана.

Профессиональная деятельность специалистов на линии психологической поддержки представляла собой сверхкороткую форму психологического консультирования. Звонящий мог сохранить свою анонимность, конфиденциальность, совершал звонок в удобное для него время, мог в любой момент прервать

беседу, делился своими переживаниями и получал профессиональную психологическую помощь в решении возникшей проблемы или снятия негативного психологического состояния, напряженности, душевной боли и возвращая субъективную возможность контроля ситуации. Это обусловило большое количество обращений на телефон линии психологической поддержки.

Главная задача медицинских психологов на телефонной линии в момент «здесь и сейчас» – помощь человеку в выработке адекватных стратегий взаимодействия с окружающей действительностью.

Работа медицинского психолога строилась на принципах анонимности, безопасности, конфиденциальности, толерантности. Абонент и консультант не передавали свои личные данные, позвонивший мог назваться любым именем, телефонный номер абонента не фиксировался, содержание разговора не передавалось третьей стороне. В процессе разговора консультантом фиксировалась только статистическая информация о звонке: проблематика, пол, возраст (если абонент его сообщил), самооценка абонентом своего состояния и степени решения заявленной проблемы после разговора со специалистом. Позвонившему гарантировалось отсутствие критики, предрассудков и стереотипов в отношении него, а также осуждения, что создавало комфортные условия для работы с заявленной проблемой. Кроме того,

позвонивший мог в любой момент прервать разговор по своему усмотрению.

Консультативная помощь специалистов включала в себя несколько моментов, от эмоциональной поддержки, снятия тревоги и напряженности до поиска ресурсов и способов мобилизации внутренних сил для выхода из кризисного состояния. Как правило, звонившие находились «внутри» проблемы и реагировали на нее эмоционально, что мешало увидеть способы ее решения. Консультант же, применяя профессиональные знания, помогал взглянуть на проблему «извне», со стороны, указывая

на причины непродуктивности решения проблемной ситуации, используя интегративный подход, позволяющий максимально эффективно помочь человеку.

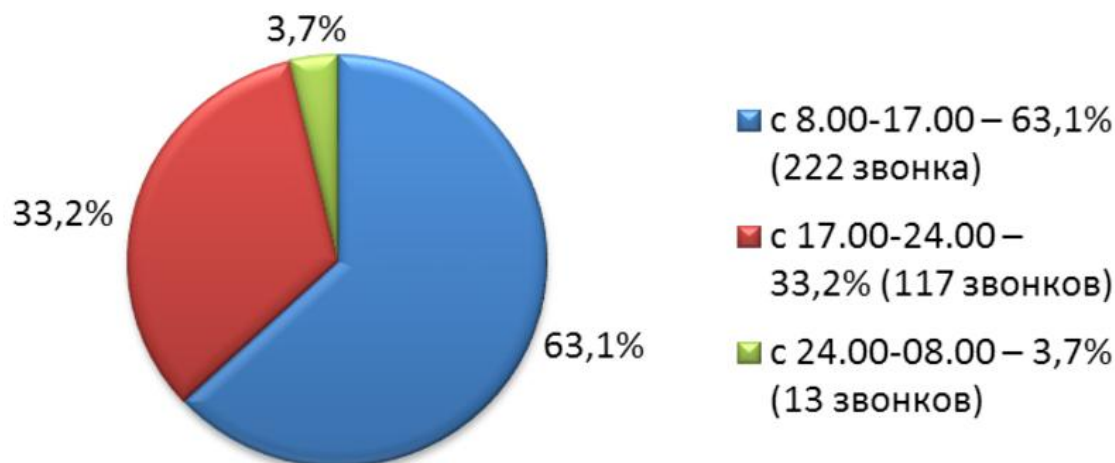
Специалисты учреждения на линии психологической поддержки осуществляли свою работу в период с 25 марта по 1 июня 2020 года.

За период работы линии число обращений, по поводу которых оказывалась консультативная психологическая помощь, составило 352 звонка.

Время осуществления звонков представлено на Диаграмме 1.

Диаграмма 1

Число обращений в различный временной период



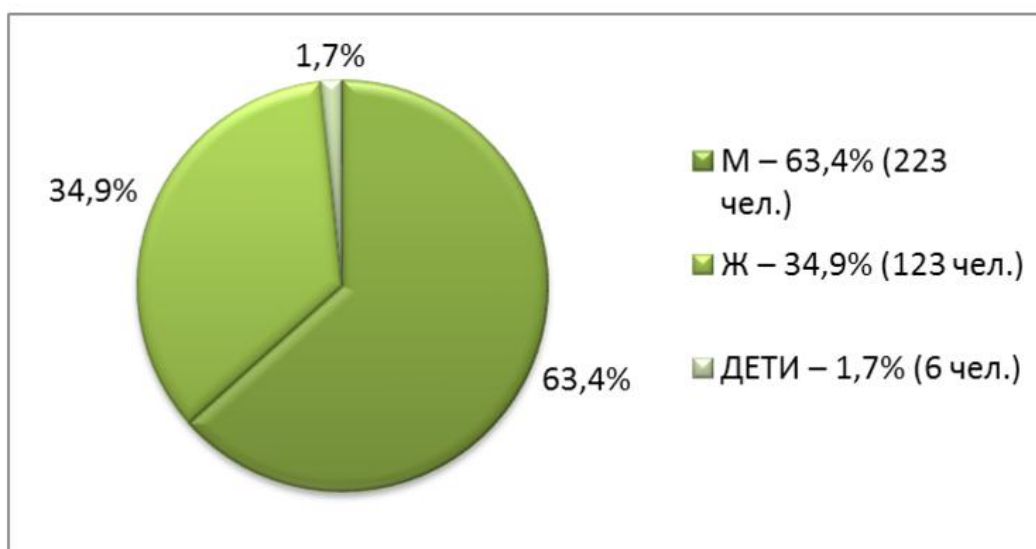
Как видно из представленных результатов на Диаграмме 1, наибольшее количество обращений приходится на время с 08:00 утра до 17:00 часов и составляет 63,1%. С 17:00 часов и до 24:00 часов позвонили 33,2% абонентов. И наконец, с 24:00 до 08:00 часов утра активность жителей составила 3,7% звонков. В основном это абоненты, обращающиеся в состоянии алкогольного опьянения, не имея какой-либо определенной цели, помимо снятия эмоционального напряжения. В ходе интервью некоторые из них проявляли вербальную агрессию

как к медицинскому психологу, так и к представителям власти.

Следует отметить, что основную часть (более 87,4%) составляли первичные обращения, что свидетельствует о востребованности психологической помощи у людей, находящихся в состоянии стресса. 1,4 % абонентов являлись медицинскими работниками, а 9,7% абонентов представители категории «65 плюс», средний возраст которых 73 года.

Гендерные особенности абонентов представлены на Диаграмме 2.

Гендерные особенности абонентов



Как видно из Диаграммы 2, большую часть абонентов (63,4%) составляют женщины, средний возраст которых 44 года; 34,9% звонивших – мужчины, средний возраст 35 лет и 1,7% абонентов – дети в возрасте от 10 до 16 лет.

Необходимо отметить, что психическое состояние абонентов в преобладающем большинстве, а именно 86,3% при обращении было нестабильным, наиболее часто обратившиеся по телефону жители испытывали негативные эмоциональные состояния, напряжение, сни-

жение настроения. Другие варианты состояний в структуре обращаемости были спокойны и стабильны и составили 13,7% абонентов, что свидетельствует о преимущественной востребованности оказываемого вида помощи населению округа.

На линии психологической поддержки было выделено ряд проблем, с которыми столкнулись жители в период пандемии. Структура обращаемости по видам проблем отражена в Таблице 1.

Таблица 1

Структура обращаемости абонентов по видам проблем

Вид проблемы	абс	%
Сложности, связанные с соблюдением режима самоизоляции	37	10,5
Получение информации	28	8,0
Принятие решений	25	7,1
Сложности родительского плана, связанные с обучением детей и взаимопониманием	23	6,5
Неопределенность будущего	18	5,1
Особое психологическое состояние (тревога, агрессия, паника, страх заразиться), вызванное эпидемиологической обстановкой	221	62,8

Как видно из представленных в Таблице 1 данных, структура обращаемости по видам проблем неоднородна. Наиболее частыми поводами к обращению были состояния тревоги,

страха заразиться и умереть, паники, вызванные эпидемиологической обстановкой, составляющие 62,8%. Тревоги были связаны с тем, как изменились отношения с близкими людьми в

период самоизоляции, с необходимостью равномерного планирования времени, изменениями на работе, также люди волновались из-за возможности заболеть или боялись, что заболеют их близкие.

Другие виды обращений по проблемам распределены равномерно и указывают на сложности в принятии решений; родительского плана, связанные с обучением детей и взаимопониманием; самоизоляции и неопределенности будущего.

Обращения детей касались взаимоотношений с близкими, организацией времяпровождения на самоизоляции, планирования учебного и досугового времени.

Таким образом, представленные данные по количеству обращений свидетельствуют о вос-

требованности населением психологической помощи на линии психологической поддержки, что особенно актуально в условиях дефицита очной профессиональной психологической помощи населению. Анонимная телефонная линия позволила жителям округа в стрессовой ситуации обратиться за мгновенной, доступной, психологической помощью на высоком профессиональном уровне, получить поддержку, не бояться быть непонятым. Очень важно, что на другом конце провода был человек, который был готов выслушать, ждать пока люди расскажут о своих проблемах и готов был помочь в их решении.

© Жевелик О.Д., Дзюман Е.М., 2020

МЕДСЕСТРА ОКРУЖНОГО КАРДИОДИСПАНСЕРА О ПЕРВОМ РАБОЧЕМ ДНЕ В КОВИДНОМ ГОСПИТАЛЕ: «ВПЕЧАТЛЕНИЯ ОЧЕНЬ СИЛЬНЫЕ!»



Саенко Е. А.,
специалист по связям с общественностью
БУ «Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно-сосудистой
хирургии»

Татьяна Фролова, медсестра-анестезист отделения реанимации №1, как и 6 других специалистов ОКД «ЦД и ССХ», только вступает в борьбу с новой коронавирусной инфекцией. О первом рабочем дне, преданности профессии и коварстве COVID-19 Татьяна Николаевна рассказала в телефонном разговоре.

- Татьяна Николаевна, коллеги встретили гостеприимно?

Коллектив отделения реанимации СОКБ, именно здесь я буду работать ближайшие 2 месяца, встретил нас очень хорошо. Главная медицинская сестра больницы лично поприветствовала и поблагодарила за помощь.

- Первый день и сразу в бой?

Первый день – ознакомительный. Для нас провели экскурсию и рассказали об особенностях работы. Дебютная смена была вчера, 2 июня. Она началась в 8 утра. Я пришла пораньше, чтобы переодеться. Костюм, респиратор, бахилы, перчатки, очки, колпаки, халат – без средств индивидуальной защиты вход в «красную зону» запрещен.

- Расскажите о первых ощущениях.

Я не думала, что будет так тяжело. Впечатления очень сильные!

- Это связано с непривычными условиями работы?

Да, в средствах индивидуальной защиты, безусловно, жарко. В чистую зону мы выходим только раз в несколько часов, чтобы умыться и сделать все гигиенические процедуры. Но, поверьте, это не самое тяжелое. Видеть страдания пациентов – вот это настоящее испытание. Будем бороться за них! Коронавирус – это не фейк. Это правда и некоторые пациенты очень тяжело переносят эту инфекцию.

- Татьяна Николаевна, позвольте нескромный вопрос. Вы не боитесь заболеть?

Я не боюсь. Девушки, коллеги, кажется, тоже бесстрашные, сильные и с волевым характером! Плечом к плечу с нами работают медсестры и из Травматологической больницы, городской больницы №1, приехали даже из Лангепаса.

- Всего один день в «красной зоне». А были положительные впечатления?

Когда пациент, который находился между жизнью и смертью переводится из реанимации в инфекционное отделение – это праздник. Вчера посчастливилось увидеть этот момент. Провожали пациента радостно и с оптимизмом. Пожелали ему здоровья.

- Школа реанимации Кардиоцентра пригодилась?

Безусловно! Мы, специалисты Кардиоцентра, всегда выступаем за командную работу, преемственность, взаимовыручку, умение держать всегда себя в руках, незамедлительно принимать решение. С коллегами из СОКБ говорим на одном языке. Это здорово!

- Татьяна Николаевна, а раньше вам приходилось быть на передовой в борьбе с опасной инфекцией?

Я пришла в медицину в 1993 году и с тех пор работаю в анестезиологии и реаниматологии. В моей практике, думаю, как и многих коллег, это первая серьёзная угроза, с которой пришлось столкнуться. Сегодня для меня есть две реальности – реанимационное отделение ковидного госпиталя и жизнь за его пределами. Часто видела, как люди пренебрегают мерами индивидуальной защиты, а зря.

- Что хотите им пожелать?

Сидите дома! Поберегите себя, близких и окружающих людей – соблюдайте меры безопасности!

© Саенко Е. А., 2020

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ У МАЛЬЧИКОВ

Пищаев Е.В.,

заведующий детским уроandroлогическим отделением
БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница»

Кропин В.А.,

врач – детский уролог-андролог детского уроandroлогического отделения
БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница»

Осипов В.В.,

врач – детский уролог-андролог детского уроandroлогического отделения
БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница»

Целью работы является оценка результатов лечения пациентов с гипоспадией за последние 10 лет в детском уроandroлогическом отделении Нижевартовской окружной клинической детской больницы. Статья основана на данных официальных статистических отчётов, протоколах операций детского уроandroлогического отделения и частично отражает тактический подход к лечению данной патологии.

Ключевые слова: гипоспадия, уретропластика

Гипоспадия – неполная вирулизация полового бугорка, которая вызывает недоразвитие тканей, образующих вентральную поверхность полового члена [7]. Такое определение является наиболее точным, так как проявлений гипоспадии достаточно много, и это не всегда только атипичное расположение меатуса. Также как и классификация гипоспадии, основанная на расположении меатального отверстия, по сути, устарела, так как очевидно, что истинная сложность порока может быть опеределена только интраоперационно после полного обнажения всех слоёв (degloving, «скальпирование» полового члена) и тщательного осмотра места расхождения спонгиозного тела. Очень часто дистальная форма заболевания может стать более проксимальной, и в этом случае первоначальная тактика хирургического лечения должна быть соответствующим образом изменена [5]. Нельзя забывать и о таком варианте как «гипоспадия без гипоспадии» («гипоспадия типа хорды», «хорда без гипоспадии»), проявляющемся изолированным искривлением полового члена на фоне типичного расположения меатуса (на вершине головки). Сама по себе неправильная локализация наружного отверстия уретры не является жизнеугрожающим состоянием для детского развития. Но, при некоторых формах заболевания, практически всегда приводит к необратимым структурным (искривление полового члена) и функциональным (неэффективная

эякуляция, психогенная эректильная дисфункция) изменениям в подростковом возрасте.

Пластика уретры при гипоспадии лидирует по количеству возможных осложнений, требующих дополнительной операции, среди всех врождённых генитальных пороков развития. В послеоперационном периоде могут отмечаться: свищи уретры, меатостеноз, стриктура неоуретры, несостоятельность уретрального шва, расхождение головки полового члена, оволосенение неоуретры, расширение неоуретры (не связанное со стенозом), повторное искривление [4]. Успех лечения гипоспадии зачастую зависит не только от выбора оперативного пособия, но и от таких факторов как качество используемых расходных материалов, свойства тканей и возраст пациента, тяжесть порока.

На базе детского уроandroлогического отделения Нижевартовской окружной клинической детской больницы в период с 2009 по 2019 годы выполнено 311 операций по поводу гипоспадии. Возраст пациентов варьировал от 6 месяцев до 17 лет. Средний возраст – 4,4 г. Поступали пациенты из всех районов Ханты-Мансийского округа, а также Ямало-Ненецкого округа (Новый Уренгой, Муравленко, Тарко-Сале) и Томской области (Стрежевой, Александровское). Большая часть патологии из крупнонаселённых районов: Нижевартовский район – 118 детей (38 %), Сургутский район – 65 (21%), Ханты-Мансийский район – 37 (12%),

Нефтеюганский район – 31 (10 %), Советский район – 18 (6%), Когалым – 12 (4%), Нягань – 7 (2,5%), Белоярский район – 6 (2%), Кондинский район – 6 (2%), Урай – 6 (2%).

Деривация мочи в послеоперационном периоде осуществлялась исключительно за счёт цистостомы (10 – 14 дней). Неоуретра интубировалась дистальной частью катетера Нелатона (либо назогастрального зонда) №6 – 12 (в зависимости от возраста). Шов уретры – сафил 7:0, в более старшей возрастной группе (подростки) – сафил 6:0. Обязательное условие – микрохирургический операционный набор инструментов и оптическое увеличение (бинокулярная лупа). Послеоперационный осмотр осуществлялся через 1 месяц, 6 месяцев, затем 1 раз в год.

При дистальных формах гипоспадии (150 пациентов, 48,2%) использовалась уретропластика ТР (tubularised incised plate) [8] с обязательным «укрыванием» шва уретры одним слоем лоскута tunica dartos крайней плоти, мобилизованного методом botton hole [3]. При отсутствии крайней плоти – влагалищная оболочка яичка.

Проксимальные формы гипоспадии (117 пациентов, 37,6%) требуют более протяженных уретральных швов в условиях выраженного дефицита уретральной площадки. Нами чаще используется методика onlay island flap [3] (в качестве передней стенки неоуретры служит кожный лоскут на сосудистой ножке), периодически в модификации refovic (продольный дорзальный лоскут). Способ ликвидации курваты – дорзальная пликация по Nesbit [2]. При достаточной площади уретральной площадки и отсутствии значимого искривления кавернозных тел, также прибегали к ТР-методике.

Реконструкция уретры при скротальной и перинеальной формах заболевания (38 пациентов, 12,2 %) чаще всего требует пересечения уретральной площадки. К таким пациентам применялся этапный подход. Первым этапом выполнялась ликвидация курваты кавернозных тел в сочетании с увеличением уретральной площадки (буккальный, либо препуциальный реваскуляризованный лоскут (graft)). [1]. Второй этап – уретропластика ТР и пеноскротальная пластика при транспозиции (12 пациентов). Интервал между этапами не менее 6 месяцев.

Частота осложнений после лечения гипоспадии во всём мире варьирует от 5% в случаях дистальных форм до 70% в самых тяжелых случаях [5]. В нашем отделении получено 33 осложнения (10,6 % от всех уретропластик), которые потребовали оперативной коррекции (меатотомия, ушивание свища, повторная уретропластика). Из них меатостеноз – 26 случаев (8,3% уретропластик), свищи неоуретры – 5 случаев (1,6 %), пеноскротальная структура – 1 (0,3%), несостоятельность уретрального шва – 1 (0,3%). Именно за счёт формирования отдалённых осложнений, возникающих в процессе роста ребёнка, нередко приходится оперировать уже повзрослевших пациентов повторно. Таким образом, коррекция даже несложной формы гипоспадии может протекать в несколько этапов вплоть до завершения пубертатного периода пациента, а то и в более зрелом возрасте. Именно из этих соображений, в нашем отделении коррекция дистальных неосложнённых форм гипоспадии не приветствуется и не проводится. Исключительно косметический дефект – головчатая и венечная форма без меатостеноза и деформации ствола полового члена – рекомендуем наблюдать до пубертатного периода с последующим предоставлением выбора о необходимости пластической операции самому молодому человеку. Правильное воспитание и исключение повышенного внимания к нестандартному строению гениталий такого ребёнка помогают избежать формирования комплексов в подростковом периоде, которые имеют место и у оперированных в детстве пациентов. Частота неудовлетворённости видом половых органов у пациентов, имевших гипоспадию и перенесших уретропластику, колеблется от 20 до 55% [6,9]. Она напрямую зависит от тяжести гипоспадии и количества этапов её лечения.

Анализируя результаты лечения детей с гипоспадией на базе нашего отделения, можно сделать следующие выводы. Применение цистостомы для коррекции любых форм гипоспадии исключает контакт уретрального шва с мочой в раннем послеоперационном периоде, что значительно снижает риск формирования свищей неоуретры. Меатостеноз, возникающий чаще других осложнений, в случае своевременного выявления, как правило, не ухудшает качество жизни пациента и купируется

малотравматичной плановой меатотомией. Использование качественного деликатного расходного материала, эпицистостомии и этапное лечение тяжелых форм заболевания позволило добиться достаточно низкого процента послеоперационных осложнений. Дистальные несложнённые формы гипоспадии, по нашему мнению, не являются показанием для оперативной коррекции, по крайней мере в детском возрасте. Осложнённая меатостенозом и деформацией кавернозных тел дистальная, стволовая, скротальная и перинеальная гипоспадии требуют обязательного оперативного лечения с целью предупреждения неизбежно прогрессирующих структурных и функциональных нарушений полового развития ребёнка.

Литература

1. Курбатов, Д. Г. Буккальная уретропластика. Иллюстрированный атлас операций – М.: ИД «Медпрактика-М», 2009, 92 с.
2. Продеус, П.П., Староверов, О. В. Гипоспадия: Монография. – М.: Федеральное государственное унитарное предприятие «Медсервис» Минздрава России, 2003. – 175 с.
3. Ширяев, Р. Д., Каганцов, И.М. Очерки реконструктивной хирургии наружных половых органов у детей (Часть 1 – гипоспадия): Монография. – Сыктывкар, 2012. – 144 с.
4. Holland, A.J. Smith, G.H., Ross, F.I. HOSE: an objective scoring system for evaluating the results of hypospadias surgery// BJU Int. 2011. Vol.88, N3. P.255-258.
5. Lima, M., G. Manzoni. Pediatric Urologi. Contemporary Strategies from Fetal Life to Adolescence. 2018. P.309.
6. Lui, G., Yuan, J., Feng, J. et al. Factors affecting the long-term results of hypospadias repairs. J.Pediatr. Surg., 2006, 41,554-559.
7. Mouriquand P.D.E. Editorial comment/ P.D.E. Mouriquand// J. Urol. – 2002. – Vol. 167. – P.1427.
8. Snodgrass W.T., Bush N., Cost N. Tubularized incised plate hypospadias repair for distal hypospadias//J. Pediatr.Urol.2010. Vol.6, N4. P.408-413.
9. Wang, W-W., Tu, X-A., Deng, C-H. et al. Long-term sexual activity status and influencing factors in men after surgery for hypospadias. Asian J. Androl., 2009, 11, 417-422.

© Пищцаев Е.В., Кропин В.А., Осипов В.В., 2020

ОСТРОЕ ОТРАВЛЕНИЕ ЭТИЛЕНГЛИКОЛЕМ

Циценко Д.В.,

заведующий филиалом «Отделение в п. Кондинское»
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,

Макеева Е.В.,

заведующий судебно-гистологического отделения
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

В статье приведены характеристики этиленгликоля, патоморфологические особенности смертельного отравления. Случаи из практики.

Ключевые слова: этиленгликоль, практика.

Этиленгликоль – желтоватая опалесцирующая жидкость сладковато-жгучего вкуса; в виде 40-50 % водного раствора используется в качестве антифризов – жидкостей, незамерзающих при низкой температуре.

Этиленгликоль входит также в состав тормозных жидкостей ГТЖ-22 и «Нева». Отравления этиленгликолем – почти всегда несчастные случаи, связанные с приемом его внутрь вместо спиртных напитков. В организме этиленгликоль окисляется до щавелевой кислоты, которая в виде оксалатов выводится с мочой.

Острое отравление этиленгликолем может протекать в двух формах – мозговой и гепаторенальной. При мозговой форме наблюдается возбуждающее, а затем наркотическое и парализующее действие на ЦНС. Для гепаторенальной формы характерно преобладание симптомов, связанных с действием продуктов окисления этиленгликоля, в основном щавелевой кислоты. При этом поражаются главным образом печень и почки.

Смерть при острых отравлениях часто наступает на 1-2-е сутки при явлениях тяжелой мозговой комы. Иногда после мозговых явлений наступает некоторое улучшение общего состояния, однако через 1-2 недели развиваются осложнения со стороны почек и печени. В таких случаях смерть может наступить от острой почечной или печеночной недостаточности.

На вскрытии обнаруживаются изменения, соответствующие клиническим формам отравления. При смерти от мозговой комы обычно отмечаются резкая гиперемия вещества головного мозга и его оболочек, множественные

мелкие кровоизлияния во внутренних органах, под серозными и в слизистых оболочках. При смерти в более поздние сроки преобладают изменения в почках и печени.

В печени наблюдаются полнокровие, отек, жировая дистрофия, очаги некроза. Почки увеличены, имеют пестрый вид из-за множественных крупноочаговых кровоизлияний и участков некроза серовато-желтоватого цвета, преимущественно в корковом слое (токсический геморрагический некронефроз). В просветах канальцев при гистологическом исследовании обнаруживаются кристаллы оксалатов с характерным строением. При судебно-химическом исследовании в первые 4-6 суток этиленгликоль определяется во внутренних органах (печени, почках, головном мозге) и моче. В более поздние сроки результаты судебно-химического исследования, как правило, оказываются отрицательными. На неокрашенных гистологических срезах почек при исследовании их в поляризованном свете кристаллы оксалатов могут быть обнаружены на протяжении до 3 недель с момента отравления.

Смертельная доза антифриза – 200-300 мл, чистого этиленгликоля – около 100 мл.

В связи с нередким проявлением случаев отравления этиленгликолем в мозговой форме, это вызывает определенные трудности в прижизненной диагностике этих отравлений и в судебно-медицинской практике.

Описание случая из практики

На судебно-медицинское исследование из районной больницы Ханты-Мансийского авто-

номного округа - Югры направлен труп гражданина С., 1955 года рождения. Из медицинских документов известно, что пациент доставлен в приемное отделение больницы 29.05.2017 года в 06:00 бригадой скорой медицинской помощи. На момент поступления состояние – сопорозное, переходящее в кому, артериальное давление ниже 90, клиника острого нарушения мозгового кровообращения, отмечался правосторонний гемипарез, сглаженность носогубной складки. Запах алкоголя изо рта отсутствовал. Рвоты, диареи, фактов употребления алкоголя (со слов жены) и других признаков, указывающих на отравление, не было. Установлен предварительный диагноз «Острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу». Начата сосудистая терапия. На фоне проводимой терапии артериальное давление не поднималось выше 90 мм рт. ст., пульс нитевидный. Около 10.40 отмечалось резкое падение артериального давления, в 11.00 зафиксирована клиническая смерть.

При судебно-медицинском исследовании трупа в средней части правого полушария головного мозга, в области правого таламуса ткань мозга кашеобразная, грязно-серого цвета, бесструктурная, рисунок строения стерт за счет очага инфарктирования размером 3x2x3 см. Ткань мозга здесь на разрезе тянется за ножом, липнет к нему, тусклая, сухая, малокровная. По границе очага инфарктирования и неизменной ткани мозга мелкоочечные и пылевидные, буровато-коричневые кровоизлияния. Под эпендимой правого бокового желудочка имеются темно-красные, пылевидные кровоизлияния.

Миокард на разрезе неоднородного красно-коричневого цвета, неравномерного кровенаполнения, дряблый, с множественными мелкими белесоватыми рубцовыми прослойками из соединительной ткани, расположенными диффузно. Просветы правой и левой венечной артерий и их ветвей: передней межжелудочковой ветви, огибающих и нисходящих ветвей местами зияют, местами на протяжении – серповидные на поперечных разрезах, плохо проходимы на всем протяжении, на внутренней их оболочке до 30% поверхности – кальцинированные атеросклеротические бляшки, перекрывающие просвет сосудов до 1/3 диаметра.

Желудок крючковидной формы, длина желудка по длинной оси 21 см, ёмкость около 1,5-2 литров. Слизистая желудка бледно-серая, складчатая, без кровоизлияний, язв и рубцов. В нём около 100 мл белесо-черно-желтого слизистого содержимого, с неразличимыми кусочками пищи, без определенного запаха.

Печень имеет «клинообразную» форму, на ощупь плотно-эластичная; размером 25x20x11x8,5 см, массой 2312 гр. Капсула печени гладкая, блестящая, передний край заострен, ткань на ощупь плотно-эластичная, на разрезе несколько выбухает, буровато-коричневая, умеренно полнокровная, с выраженным рисунком строения. С поверхности разрезов стекает кровь и желчь в умеренном количестве.

Почки бобовидной формы, гладкие с поверхности, на ощупь мягко-эластичные, правая размером 9x4x3,5 см, массой 133 гр., левая 9x4,5x3,5 см, массой 137 гр. Жировая и фиброзная капсулы с почек снимаются довольно легко, без потери вещества, обнажая гладкие, темно-красные поверхности почек. На разрезах корковое вещество коричневого цвета, пирамиды – темно-коричневые. Чашечно-лоханочная система не расширена, слизистая оболочка белесая, влажная, сосуды слизистой оболочки не расширены. Слизистая оболочка мочеточников продольно-складчатая, серого цвета. Просвет их свободно проходим. В чашечно-лоханочной системе и мочеточниках конкрементов нет.

Для судебно-химического исследования на алкоголь взята кровь из синусов твердой мозговой оболочки в пластмассовую пробирку с завинчивающейся синей крышкой объемом 15 мл, и моча из мочевого пузыря в пластмассовую пробирку с завинчивающейся синей крышкой объемом 11 мл, снабжены этикетками и отправлены в судебно-химическую лабораторию.

Для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов: головной мозг – 4, сердца – 6, лёгких – 3, печени – 2, поджелудочная железа – 1, почек – 2, селезенка – 1; фиксированы раствором формалина 10 %, упакованы, снабжены этикеткой и отправлены в судебно-гистологическую лабораторию.

После проведенного исследования трупа выдано предварительное медицинское свидетельство о смерти а) Отек мозга – (G 93.6); б) Инфаркт мозга, вызванный закупоркой или стенозом мозговых артерий – (I 63.5)

Судебно-гистологическое исследование

ГОЛОВНОЙ МОЗГ (4): выраженный периваскулярный, перицеллюлярный отек вещества. Дистрофические изменения нейронов. Сосуды вещества полнокровные, во многих лейкостазах, краевое стояние лейкоцитов, вокруг некоторых небольшие скопления лейкоцитов. Мягкая мозговая оболочка полнокровная, в одном срезе вокруг многих сосудов крупноочаговые лейкоцитарные скопления, выпадение нитей фибрина, мелкие диапедезные кровоизлияния.

СЕРДЦЕ (6): кардиомиоциты умеренно гипертрофированы, с крупными палочковидными ядрами. Цитоплазма кардиомиоцитов светло-эозинофильная мелкозернистая, частью мелковакуолизирована, с небольшими скоплениями липофусцина вокруг ядер. Встречаются кардиомиоциты с базофильной дегенерацией их цитоплазмы. Многие волокна мелкофрагментированы. В толще миокарда диффузное сетчатое разрастание плотной оформленной соединительной ткани. Периваскулярный склероз. Резко утолщены стенки интрамуральных артерий за счет склероза и гиалиноза их.

ЛЕГКОЕ (3): в просвете многих альвеол и мелких бронхов видны инородные мелкозернистые буро-коричневые, реже базофильные массы, среди них встречаются редкие мелкие фрагменты скелетных мышц, фрагменты растительной клетчатки. Полнокровие.

ПЕЧЕНЬ (2): дольки сохранены, балочное строение слабо определяется. Гепатоциты сплошь с разных размеров светлыми вакуолями в цитоплазме. Портальные тракты склерозированы, в некоторых умеренная лимфолейкоцитарная инфильтрация. Сосуды малокровные.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА (1): посмертные изменения. Дольки атрофичные, разделены широкими прослойками жировой ткани.

СЕЛЕЗЕНКА (1): гиалиноз стенок центральных артерий. Малокровие.

ПОЧКА (2): единичные клубочки склерозированы. Эпителий канальцев с мутной эозинофильной мелкозернистой цитоплазмой. Часто встречаются канальцы, в просвете которых прозрачные, оптически бесцветные и голубоватые кристаллы в виде палочек и фигур листьев папоротника. В исследовании в поляризованном свете кристаллы обладают двояким

лучепреломлением, хорошо визуализируются. Умеренно утолщены, склерозированы стенки некоторых артерий. Малокровие.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В головном мозге выраженный отек и дистрофические изменения вещества, резкое нарушение гемодинамики (полнокровие сосудов, лейкостазы, краевое стояние лейкоцитов во многих, периваскулярные лейкоцитарные скопления).

В легких наличие инородных (пищевых) масс в просвете многих бронхов и альвеол.

Диффузная жировая дистрофия печени.

Липоматоз поджелудочной железы.

В почках белковая дистрофия эпителия канальцев, наличие кристаллов щавелевокислого кальция в просвете многих канальцев (наличие их характерно для острого отравления этиленгликолем).

Хроническая ишемическая болезнь сердца (коронарокардиосклероз, белковая дистрофия миокарда).

Судебно-химическое исследование

При судебно-химическом исследовании крови и мочи не обнаружены этиловый, метиловый, изопропиловый, н-пропиловый, изобутиловый, н-бутиловый, изоамиловый, н-амиловый спирты.

После получения судебно-гистологического исследования судебно-медицинским экспертом назначено дополнительное судебно-химическое исследование мочи на этиленгликоль. При дополнительном судебно-химическом исследовании в моче обнаружен этиленгликоль в количестве 249.047 мг.

На основании результатов судебно-медицинского исследования трупа, данных дополнительных судебно-химического и судебно-гистологического исследования, предварительных данных был сделан вывод, что смерть гр. С., 1955 года рождения наступила от острого отравления этиленгликолем.

Выводы

После установления окончательного диагноза родственники признались, что гр. С. в течение 7 дней злоупотреблял крепкими спиртными напитками неизвестного проис-

хождения. За день до смерти был трезв, занимался посадкой огорода (физическая нагрузка), через непродолжительное время почувствовал себя плохо, вызвали скорую медицинскую помощь. Было зафиксировано повышение артериального давления, оказана медицинская помощь на месте, от госпитализации отказался. Из-за продолжающегося плохого самочувствия 29.05.2017 г. в 05-30 была повторно вызвана скорая медицинская помощь, больной госпитализирован в больницу, где через 5 часов скончался.

Установление диагноза – острое отравление этиленгликолем – значительно затруднено из-за того, что смерть человека наступает часто во время еще мозговой формы заболевания, из-за отсутствия при судебно-медицинском исследовании трупа специфических морфологических признаков, из-за отсутствия возможности узнать анамнез заболевания или нежелания род-

ственников говорить про умершего подробности его жизни перед смертью.

Для диагностики острого отравления этиленгликолем при отсутствии данных о подозрении на него в первую очередь помогает судебно-гистологическое исследование кусочков внутренних органов трупа, особенно почек и головного мозга, которые имеют специфическую картину: наличие кристаллов щавелевокислого кальция в просвете большинства, преимущественно извитых канальцев почек, обнаружение кристаллов щавелевокислого кальция в стенках сосудов микроциркуляторного русла головного мозга. А дополнительное судебно-химическое исследование, проведенное после получения результатов судебно-гистологического исследования, помогает окончательно подтвердить диагноз острого отравления этиленгликолем обнаружением больших его концентраций в моче.

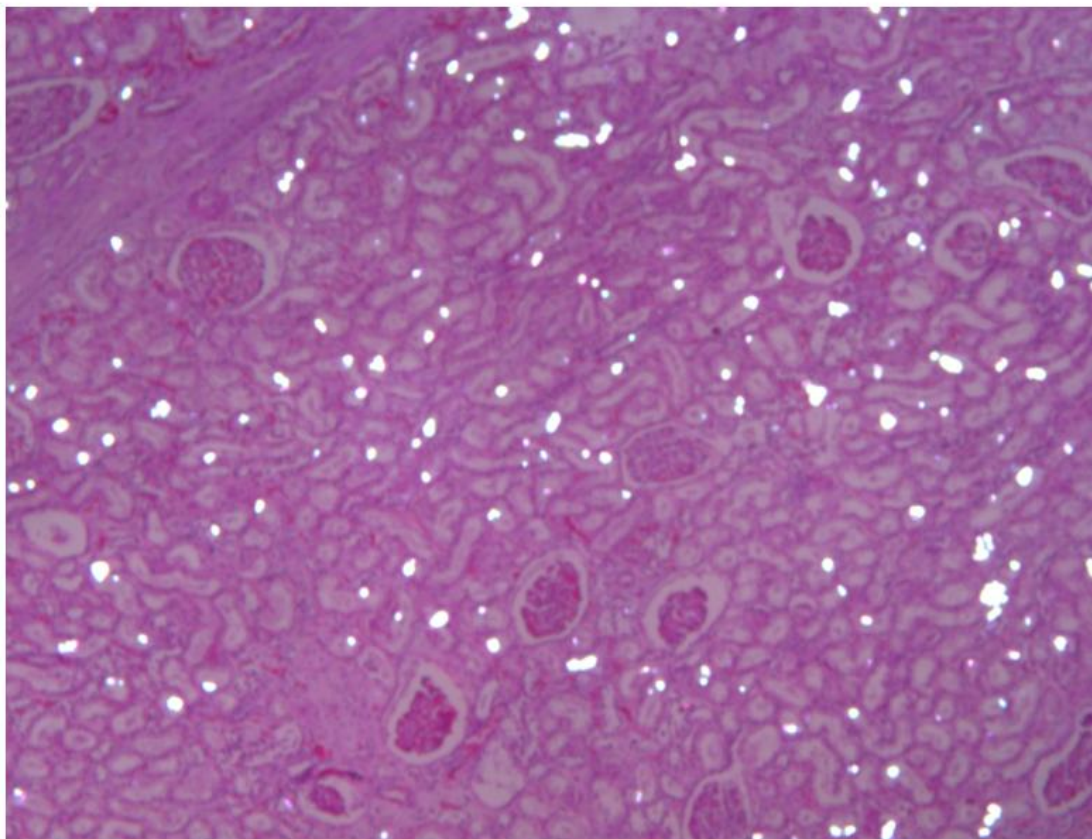


Рис. 1. Исследование почки в поляризационном свете

Обилие светящихся кристаллов щавелевокислого кальция в просвете проксимальных канальцев.

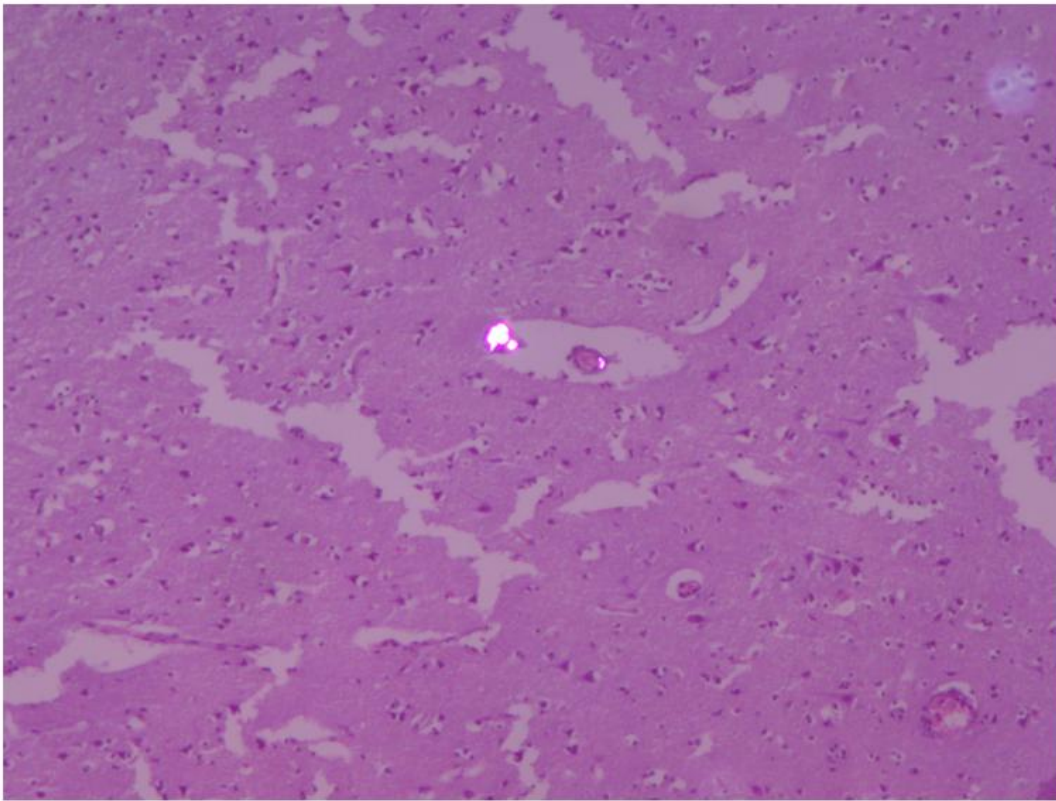


Рис. 2. Исследование головного мозга в поляризационном свете

Наличие светящихся кристаллов щавелево-кислого кальция в стенке сосудов микроцирку-

ляции. Выраженный отек вещества мозга.

© Циценко Д.В., Макеева Е.В., 2020

ЧТО ДЕЛАТЬ ЕСЛИ БЛИЗКИЙ ЧЕЛОВЕК БОЛЕН И НЕ ХОЧЕТ ЛЕЧИТЬСЯ?

Заграй А.Р.,

МЕДИЦИНСКИЙ ПСИХОЛОГ

БУ «Сургутская клиническая психоневрологическая больница»

Ситуации, когда близкий человек болен и не хочет лечиться, – нередкое явление. Попробуем разобраться почему так происходит.

Ключевые слова: отрицание, суицид, психиатрическая помощь



Любое серьезное заболевание – это стресс для человека. В первые минуты, когда человеку сообщают серьезный диагноз, у него включается естественный защитный механизм – отрицание. То есть, человек слышит диагноз и говорит: «Нет, это не про меня. Наверное, перепутали анализы». Отрицание – это нормальная психологическая реакция защиты. Она формируется еще в детстве.

Шок и отрицание – это небольшой тайм-аут, чтобы психика могла приспособиться и

принять ситуацию. Пока человек находится в шоке, его организм восстанавливает энергетический запас.

Если мы вспомним про стадии проживания горя, отрицание будет первой из них.

В 1969 году в своей книге «О смерти и умирании» американский психолог Элизабет Кюблер-Росс выделила пять этапов проживания горя:

- Отрицание;
- Агрессия;
- Торг;
- Депрессия;
- Принятие.

Внешне это выглядит, как будто пациент не понял, что ему объяснил врач, или не доверяет врачу.

Бывают случаи, когда врач поставил диагноз, а пациентка решила: «Просто я ей не понравилась, и она мне вот так специально сказала».

В норме отрицание длится самое большое – несколько суток. Если человек уходит в отрицание на дольше – с этим уже надо что-то делать.

На протяженность отрицания могут влиять отношения с близкими.

Если человек пришёл домой, рассказал, какой у него диагноз, и родные его ободрили, поддержали, эта стадия пройдёт быстро. Если же человек не хочет говорить близким о своём диагнозе, в отрицании он может «застрясть».

На решение пациента влияет и его способность преодолевать трудности.

Если пациент обычно трудностей пугается, то и о неприятном диагнозе ему «проще» «забыть». Таким образом, он «решает» проблему тем, что её не замечает.

В такой ситуации без помощи близких пациент не выберется из отрицания до тех пор, пока ситуация не станет критической – например, дело не дойдёт до «Скорой помощи». И в этом случае вместо проблемы «признать или не признавать диагноз» встает другая – человека уже нужно срочно спасать.

Что же делать в таких ситуациях?

И вот тут надо понять: наша психика – вещь противоречивая. Больной может начать рассуждать о смерти, но это значит, что у него включилась именно та часть сознания, которая отвечает за желание жить. И это желание выражается скрытой мольбой к близким: «Помогите мне!»

И здесь – рекомендация близким: говорите человеку, как он вам дорог и нужен. Даже не смотря на его протесты, агрессию. Родственники должны быть готовы к обидам, агрессии, спорам. Но эта агрессия направлена не на них, это – процесс принятия болезни.

Очень важную роль играет также ощущение пациента, что он больше не контролирует собственную жизнь.

Допустим, у человека были какие-то планы – сделать карьеру, родить ребёнка. И вот, услышав диагноз, человек решает, что этого всего никогда не будет. В любом случае ему придётся круто изменить свою жизнь.

В этот момент человеческому сознанию важно знать, что есть какая-то опора, за которую он может зацепиться, понять, что у него есть поддержка, его близкие и родные люди.

Почему часто бывает так, что люди вместо лечения, обращаются к целителям? Пациент в целителе видит волшебника, который, как в сказке с помощью волшебной палочки или волшебной таблетки сможет его вылечить, т.е. у пациента включается магическое сознание. А целитель всячески поддерживает это убеждение, заявляя: «Мы вылечим вас с гарантией», «Мы решим ваши проблемы за несколько встреч». Конечно доверять им нельзя, и никогда к таким людям не обращаться, т.к. можно ещё больше навредить себе.

Как же помочь человеку, какими будут правильные слова и действия?

Родственникам надо говорить человеку, насколько они его любят, насколько он для них ценен. И при этом – относиться с пониманием к агрессии, которую он может будет в ответ демонстрировать. Это – не его отношение к конкретному родственнику, это – его отношение к болезни. Нужно принимать все эмоции человека.

Но при этом нельзя говорить «ты пойдёшь лечиться, потому что я так решил». Нужно, чтобы решение лечиться заболевший принял сам.

Есть правило: «Мы не можем помочь человеку, который не просит о помощи. И мы не можем вылечить человека, который не считает себя больным».

Но это могут сделать его близкие. Это способ показать: «Мне не всё равно, что с тобой происходит. Я рядом и всегда буду рядом, в любой ситуации». Так мы встречаем родственника в аэропорту – не потому, что у него нет денег на такси, а чтобы показать: «Я тебя ждал, и я рад, что ты вернулся».

Что еще мы можем сделать: предложить родственнику проконсультироваться дополнительно, сходить вместе на консультацию к лечащему врачу. Обсудить какие пути лечения имеются. Что он готов сделать для своего здоровья. Что вы можете сделать для него в этой ситуации.

Необходимо дать пациенту как можно больше структурированной информации: какие виды лечения бывают, какое лечение помогает, а какое – нет, как делают лекарства, почему к нему применяют именно такие виды лечения, сравнить эффективность методов, привести статистику.

Рассмотрим другую ситуацию: Что делать, если в семье есть психически больной – и он отрицает лечение.

В мире около 15 % людей нуждаются в психиатрической помощи, в России – 25 %. При этом каждый пятый психиатрический больной прерывает лечение слишком рано, а каждый двенадцатый – отказывается лечиться вовсе. Отсутствие критики к состоянию своего здоровья в медицине называется анозогнозия. Больные отрицают свои проблемы и необходимость лечения, обрекая свое окружение на страдания,

а себя – на еще большее ухудшение здоровья. Разбираемся, почему люди не хотят лечиться, как им помочь.

Зачастую люди с выраженными нарушениями психики не следуют рекомендациям врача, не принимают препараты и не соблюдают рекомендованный режим. Это происходит, во-первых, из-за недооценки своего состояния: кажется, что если ничего не болит – то всё будет бы и хорошо. Во-вторых, у ряда лекарств есть побочные эффекты: сонливость, тенденция к набору веса тела и другие неприятности – это действительно мешает полноценной жизни, поэтому многие склонны отказываться от медикаментов. В-третьих, никто не хочет принимать лекарства пожизненно или продолжительное время: это не только вызывает экзистенциальную печаль, но еще и дорого и неудобно.

Кроме того, большое значение играет стигматизация психических расстройств в России: люди обращаются за психиатрической помощью только в самых крайних случаях, поэтому огромное количество больных остается без обследования и лечения.

Больше 11 % нуждающихся в психиатрической помощи людей в течение первых двух лет заболевания не получают ее, потому что безуспешно «лечатся» у других специалистов.

При психических заболеваниях анозогнозия приводит к плачевным последствиям в первую очередь для самого страдающего: ухудшению состояния здоровья, несвоевременности лечения и осложнениям. При этом тяжелое состояние очень медленно и трудно корректируется, а каждый срыв приводит к снижению адаптации и к ухудшению качества жизни, а родственникам зачастую приходится «расхлебывать» непростые ситуации: тяжелые конфликты с окружающими или, как пример, взятые в состоянии обострения кредиты.

Самое опасное следствие отказа от лечения – суицид. Страдающий человек поглощен болезненными переживаниями и без помощи медикаментов нередко приходит к самоповреждению или попытке самоубийства.

Самая большая проблема в том, что больной человек может отгораживаться от мира, уходить в самоизоляцию и недооценивать свое состояние: ему может казаться, что он сильный и справится сам, но болезнь нередко оказывается сильнее.

Непросто приходится и родственникам. Есть два типичных полюса переживаний, на которых оказываются его близкие.

Один полюс – это вина за поведение больного, стыд за то, что происходит в семье, и – как следствие этой вины – полное подстраивание под болезнь. Именно в этом причина гиперопеки, особенно характерной для семей алкоголиков и наркоманов.

Другой полюс – это, наоборот, отстранение. Люди выбирают игнорировать проблему не потому, что они жестокие, а из-за непонимания, растерянности и страха. В обоих случаях родственники часто стараются скрывать факт наличия в семье заболевания и боятся, что кто-то об этом прознает.

Из-за этого вся семья может постепенно оказаться в социальной изоляции, которая также может быть следствием стигматизации – негативного отношения общества к психически больным.

У людей отсутствуют четкие представления о том, что конкретно нужно предпринять, если тяжело больной человек отказывается лечиться. Многие в бессилии обращаются на форумы, медицинские сайты: «помогите, моя мама злоупотребляет алкоголем и не хочет идти к врачу...», «как быть в ситуации, когда дочь страдает шизофренией и не хочет принимать препараты, назначенные врачом...», «с ней трудно жить, но к врачу идти она не хочет...»

Эти вопросы могут ставить в тупик, ведь нельзя же взять уже взрослого человека за руку и отвести к врачу насильно, если он этого не хочет.

Что закон говорит о принудительной госпитализации?

«Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без его согласия либо без согласия одного из родителей или иного законного представителя до постановления судьбы, если его психиатрическое обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи».

Федеральный закон от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» ст 29 (ред. от 19.07.2018), статья 29: «основания для госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке».

Только в указанных случаях можно госпитализировать человека принудительно: по решению суда или прокуратуры. В других ситуациях госпитализация проводится только с согласия.

Как вести себя с человеком, страдающим от психического расстройства.

По словам главного внештатного специалиста-психиатра Департамента здравоохранения города Москвы и главврача Психиатрической клинической больницы № 1 Г. П. Костюка, с больными, которые не поддаются на уговоры, «главное – не спорить, но и не соглашаться...».

Ни в коем случае родственникам не следует угрожать человеку, шантажировать, критиковать, запугивать. Важно сохранять спокойствие и доброту по отношению к страдающему, набраться терпения.

Больной может быть переменчив: то нуждаться в другом человеке, в его любви и теплоте, то быть замкнутым, отталкивать и требовать, чтобы его не беспокоили. Не стоит обижаться на больного человека. Ведь мы же не обижаемся на людей, которые не могут говорить в силу их заболевания.

Если у больного есть бредовые фантазии, то рекомендуется спокойно их выслушать и не показывать, что вы встревожены чем-то или расстроены, огорчены.

Чтобы родственники психически больных могли чувствовать себя более уверенно, им необходима информация о болезни близкого, методах лечения, формах помощи непосредственно в сообществе людей с аналогичной проблемой. Эти сведения можно получить, записавшись на приём к медицинскому психоло-

гу Сургутской клинической психоневрологической больницы.

Какое отношение к происходящему стоит выработать?

Родственникам больного следует осознавать, что если психическое заболевание лечить, своевременно обращаться за помощью к специалистам, не стесняться говорить об этом с людьми, которых постигла похожая участь и комплексно подходить к вопросам лечения и реабилитации, то можно добиться хороших результатов.

Важно понимать, что острое состояние – не навсегда, его можно пережить, перетерпеть, лечить. Главное – верить в лучшее и искать помощи.

Естественно, негативных впечатлений и пугающих эмоций не избежать. Всё дело в том, что помощь в такой ситуации требуется не только больному, но и его окружению. Используйте релаксацию, прослушивайте спокойную любимую музыку, воспользуйтесь возможностью погулять в одиночестве, медитируйте.

О своей тревоге тоже важно говорить с врачом и согласиться на поддерживающую терапию: обстановка в семье, где проживает больной человек, может быть психотравмирующей для других ее членов.

Очень помогает относиться к тому, что случилось с близким, как к испытанию или уроку, который научит быть терпимее, научиться проявлять заботу, быть сильным, мудрым и смелым. Да, болезнь может вызывать стыд, страх или боль – но осознание, что вместе можно с этим справиться, дает надежду на благополучие и улучшает психологическую обстановку в семье.

Обязательно нужно дать всем время, особенно после острой фазы заболевания. Не дожидайтесь с нетерпением «быстрого скачка вперед», а содействуйте малым шагам вашего близкого с психическим расстройством и радуйтесь им.

Как помочь человеку с психическим расстройством принять необходимость лечения?

Если человек упрямо не идет на контакт и не хочет лечиться, можно поискать информацию о частных клиниках, вместе с врачом обсудить ситуацию и придумать грамотный выход.

Огорошивать человека тем, что ему нужно срочно лечь в больницу, не стоит. Если человек дееспособен, то отчасти он понимает, что с ним происходит что-то неладное, но, возможно, боится попадать в психиатрическую больницу, посмотревшись страшных фильмов или наслушавшись рассказов. Да и сама по себе тема психиатрии очень стигматизирована в России, что снижает доверие больных к психиатрам, психотерапевтам и психологам.

Врача можно вызвать на дом или представить больному как психолога или психотерапевта, который «просто поговорит», – это будет восприниматься страдающим не так болезненно.

Врач-психиатр поможет убедить человека начать принимать лекарства.

Лечение происходит дома, а не в стационаре, что способствует адаптации людей с психическими расстройствами и не стигматизирует их. Это в итоге позитивно влияет на быстрое восстановление и социализацию.

Чего нельзя говорить больному

По словам врача-психотерапевта Михаила Бурдина, при разговоре с больным нельзя употреблять фразы-прогнозы, предсказания:

«Ты сопьешься!»

«Тебя уволят с работы!»

«Ты посадишь печень!»

«Дети не будут тебя уважать!»

«Ты закончишь как твой отец!»

«Ты нас в гроб загонишь!»

Всё это прогнозы. Они могут быть сколько угодно справедливыми, однако эти слова не будут иметь никакой пользы: больной сразу начнет защищаться. Нужно уметь отделять реальные события от своих обобщений.

Что можно говорить больному?

Люди с самыми различными психическими расстройствами (алкоголизм, шизофрения, депрессия) могут быть очень чувствительны к поведению окружающих.

Поведение близких таких людей должно быть основано на заботе и желании помочь. Не для всех подходят стандартные фразы: «успокойся...», «всё будет хорошо...», «возьми себя в руки...» – они вообще зачастую не работают.

Психически больной живет в своем мире, и здесь нужна чуткость родственников к его состоянию. Можно осторожно поинтересоваться: «Как ты себя чувствуешь?» Стараться задавать открытые вопросы в ненавязчивой форме: «Расскажи... Что ты ел (ела) на завтрак? О чем думаешь?» Важно стимулировать больного рассказывать, развернуто отвечать – это поможет лучше его понять. Если он не хочет разговаривать, то заставлять нет смысла, лучше попробовать немного позже опять возобновить разговор.

Ваша собственная открытость, рассказ о себе поможет раскрыться и больному человеку.

Старайтесь сохранять спокойствие и доброжелательность.

Немного о деменции

Признаками деменции, вне зависимости от разновидности заболевания, являются:

- Проблемы с памятью (как с кратковременной, так и с долговременной). Человек не может вспомнить, например, что ел вчера на завтрак и где он работал год назад. Также возникают трудности с тем, чтобы запомнить новую информацию: на это требуется намного больше времени;

- Снижение критичности собственного восприятия. Можно делать ошибки и не замечать их, не стремиться сделать все правильно – это часто свойственно людям, которые страдают деменцией. Распознать появление этого симптома часто удается следующим способом: спросив человека о планах на будущее;

- Неверная ориентация во времени и пространстве. Больной человек может заблудиться или же опоздать на важную встречу. В случае с опозданием не будет осознания проблемы, так как человек просто не будет ориентироваться в происходящем. Он также может растянуть обычный прием пищи на несколько часов;

- Отсутствие желания узнавать новую информацию. Больной, хоть и на подсознательном уровне, понимает, что усваивать что-то новое для него сложно, поэтому и старается избегать этого.

© Заграй Л.Р., 2020

Благодарность

**Манджеева Н.Ю. выражает искреннюю
благодарность и признательность
Департаменту здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа - Югры и
Нижневартовской окружной больнице за
оказание помощи её сыну
Манджееву Александру Николаевичу,
получившему серьёзную травму глаза.**

**«Надеюсь, что всё будет
хорошо: мой сын будет видеть
мир здоровыми глазами! Ещё
раз ОГРОМНОЕ СПАСИБО!»**



С Днём **МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА!**

Уважаемые коллеги!

Примите самые искренние поздравления с профессиональным праздником – «День медицинского работника»!

Медицинский работник – это не просто ответственная и нужная профессия, она важная и необходимая! Работа каждого из нас вносит свой вклад в обеспечение здоровья населения Югры, она требует полной отдачи сил, знаний, душевной щедрости, умения принимать решения и постоянного самосовершенствования, ведь каждый новый день – это новая непростая задача.

В этот знаменательный день разрешите выразить вам искреннюю признательность и благодарность за ваш благородный труд, за доброту и внимание, готовность прийти на помощь! Желаю профессиональных успехов и тех жизненных благ, которые вы ежедневно дарите людям – здоровья, радости и уверенности в завтрашнем дне.

Долгих и счастливых лет жизни, душевного тепла, мира и добра вам и вашим семьям!!! С праздником!

*Директор СУ «Медицинский
информационно-аналитический центр»
Роберт Камилевич Акназаров*

СОДЕРЖАНИЕ

ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Клычев Р. А., Мифтахова А.Х., Анзорова Э.С., Чуркина А.Е. Оценка нормативно-правового ре- гулирования ситуации, связанной с распростра- нением коронавируса COVID-19.....	3
Дмитришак М.В. Система менеджмента каче- ства в аптечной организации.....	7
Гуз Д.Г. Эффективность работы первичного звена.....	17

РЕГИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Самойлова Е.В., Петрова К.В. Обследование слуха у детей.....	20
Ершов В.И., Салманов Ю.М., Аразакаева З.А. Отек легких у взрослых в практике фельдшера скорой медицинской помощи	24
Фатеева А.В., Нефедов С.В. Опыт работы и ре- зультаты специализированной офтальмологи- ческой помощи недоношенным новорожден- ным с ретинопатией недоношенных в БУ «Сур- гутский клинический перинатальный центр» за 2014-2019 годы.....	28

Орлова Е.В., Шакиров И.И. Об исполнении государственного задания КУ «Бюро судеб- но-медицинской экспертизы» за 9 месяцев 2019 года в сравнении с аналогичным периодом 2017-2018 гг.....	34
Жевелик О.Д., Дзюман Е.М. Работа линии психологической поддержки Нижневартов- ской психоневрологической больницы в пери- од пандемии COVID-19.....	53

АКТУАЛЬНО

Саенко Е. А. Медсестра Окружного кардиодис- пансера о первом рабочем дне в ковидном го- спитале: «Впечатления очень сильные!».....	58
--	----

ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пищаев Е.В., Кропкин В.А., Осипов В.В. Опыт лечения гипоспадии у мальчиков.....	60
Циценко Д.В., Макеева Е.В. Острое отравле- ние этиленгликолем.....	63

ТОЧКА ЗРЕНИЯ

Заграй Л.Р. Что делать если близкий человек болен и не хочет лечиться?.....	68
--	----



Уважаемые коллеги!

Предлагаем Вам опубликовать 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@miasugra.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@miasugra.ru.