

ТЕМА НОМЕРА

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ

1 ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

«За все, что происходит внутри
больничного комплекса, отвечает
руководитель клиники»

О том, каким должен быть главный врач,
рассказывает **Алексей ХРИПУН**

2 ГЛАВНЫЙ ВРАЧ

О своей работе рассказывают
руководители медицинских учреждений столицы

3 КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

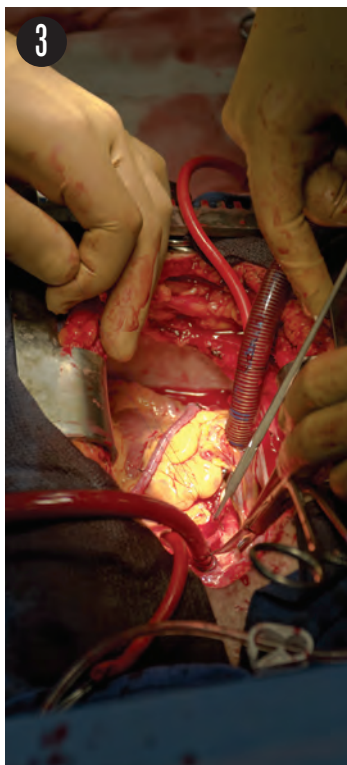
Материалы апрельской и майской
клинико-анатомических конференций

4 ИНФОРМАТИЗАЦИЯ

Новую рубрику открывают
Юрий КАШКАРОВ и **Сергей МОРОЗОВ**

5 ДЕМОГРАФИЯ

Профессиональные демографы рассказывают о нюансах
подсчета и использования демографических показателей



Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета

Печатников Леонид Михайлович, заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

Редакционный совет

Амплеева Татьяна Викторовна, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента здравоохранения города Москвы

Андреева Елена Евгеньевна, руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве, главный государственный санитарный врач по городу Москве

Анциферов Михаил Борисович, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы

Арутюнов Григорий Павлович, главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения города Москвы

Бакулин Игорь Геннадьевич, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы

Богородская Елена Михайловна, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы

Брюн Евгений Алексеевич, главный внештатный специалист психиатр-нарколог Департамента здравоохранения города Москвы

Васильева Елена Юрьевна, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы

Десяткин Андрей Викторович, главный внештатный специалист по инфекционным болезням Департамента здравоохранения города Москвы

Дубров Вадим Эрикович, главный внештатный специалист травматолог-ортопед Департамента здравоохранения города Москвы

Жилев Евгений Валерьевич, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы

Зеленский Владимир Анатольевич, директор МГФОМС

Колтунов Игорь Ефимович, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения города Москвы

Конопляников Александр Георгиевич, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения города Москвы

Крюков Андрей Иванович, главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения города Москвы

Мазус Алексей Израилевич, главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции

Департамента здравоохранения города Москвы

Мантурова Наталья Евгеньевна, главный внештатный специалист пластический хирург Департамента здравоохранения города Москвы

Мухтасарова Татьяна Радиковна, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

Назарова Ирина Александровна, председатель Совета главных врачей города Москвы

Орджоникидзе Зураб Гивиевич, главный внештатный специалист по спортивной медицине Департамента здравоохранения города Москвы

Орехов Олег Олегович, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения города Москвы

Павлюков Дмитрий Юрьевич, врио руководителя Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области

Погонин Алексей Владимирович, заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

Потекаев Николай Николаевич, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы

Пушкарь Дмитрий Юрьевич, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения города Москвы

Хатьков Игорь Евгеньевич, главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения города Москвы

Хубутия Могели Шалвович, главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения города Москвы

Шабунин Алексей Васильевич, главный внештатный специалист хирург Департамента здравоохранения города Москвы

Шамалов Николай Анатольевич, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**

Заместитель главного редактора: **Давид Валерьевич Мелик-Гусейнов**

Научный редактор: **Наталья Николаевна Камынина**

Шеф-редактор: **Ирина Георгиевна Красивская**

Ответственный секретарь: **Роман Богданович Добрынин**

e-mail: mosmed@zdrav.mos.ru; тел.: +7 (495) 530-12-87

Редакция журнала «Московская медицина»: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43

www.moscowmedicine.ru

Учредитель: Департамент здравоохранения города Москвы

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций

28 апреля 2014 года

Регистрационный номер ПИ № ФС 77 - 57984

Издательство: ООО «Промо-центр»: 117420, Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
Выпуск № 3(10) 2016 г. журнала «Московская медицина» отпечатан 24 июня 2016 года

ИП Легкая Анна Александровна

Тираж 10 000 экз.

Распространяется бесплатно

Я часто сравниваю медицину и организацию здравоохранения с двумя параллельными прямыми, подчеркивая серьезные сложности на пути интеграции медицинских и управленческих подходов в практике оказания медицинской помощи. Однако, безусловно, это две составляющие одного процесса, две стороны одной медали. Как никто другой, это понимают главные врачи — руководители лечебных учреждений. Им приходится сближать параллельные прямые каждый день, и во многом это их основная функция в лечебном учреждении. Можно смело утверждать, что главные врачи медучреждений — одно из ключевых звеньев в современной системе оказания медицинской помощи населению.

Работа эта непростая, требующая не только разносторонних и глубоких знаний и умений, но и самоотверженности, самоотдачи в постоянном режиме. У главного врача выходных нет, даже будучи вне стен лечебного учреждения, он должен быть в курсе всего происходящего в нем, так как несет за работу учреждения, за своих сотрудников и пациентов личную ответственность. В профессиональном кругу говорят: главный врач — не профессия, а образ жизни. С этим трудно спорить. Впрочем, это в полной мере можно отнести к каждому медику. Работать по расписанию у нас получается крайне редко. И какую бы высокую руководящую должность ни занимал врач, он всегда остается врачом, а значит, всегда должен думать о пациенте.

Много дискуссий вызывает вопрос: нужно ли руководителю клиники медицинское образование или он может быть просто хорошим управляющим? Мне представляется, что все-таки медицинское образование главному врачу необходимо. Иначе полноценно управлять клиникой сложно, теряется понимание нужд пациента. Более того, главный врач, как и любой другой врач, должен держать себя в тонусе, не терять связь с передовой клинической практикой. Делать это непросто, но жизненно необходимо. И, насколько могу судить, руководители московских клиник это прекрасно понимают сегодня.



Леонид ПЕЧАТНИКОВ,
заместитель мэра
Москвы по вопросам
социального развития

ОТ РЕДАКЦИИ			02
Обращение к читателям заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития Леонида ПЕЧАТНИКОВА			
ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА			
Алексей ХРИПУН: главный врач – не должность, а образ жизни	1		05
ГЛАВНЫЙ ВРАЧ			
Врач всех специальностей	2		09
О работе главного врача рассказывает Ирина НАЗАРОВА			
Игорь ХАТЬКОВ: главный секрет – нужно много работать			15
Алексей СВЕТ: нельзя быть главным врачом по расписанию			17
Владимир МЕРКЕЛЬ: наиболее успешен руководитель, который умеет меняться и выстраивать коммуникации			21
Николай ПЛАВУНОВ: мегаполис – это большая ответственность			25
Андрей КРЮКОВ: в медицине нет и не может быть мелочей			29
Александр БРАГИН: детские поликлиники выходят на новый уровень			32
Строг, но справедлив			37
Рядовые врачи рисуют портрет идеального руководителя клиники			
Телефон всегда под рукой			39

От рассвета до заката Один день из жизни главного врача	—	41
ТЕХНОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ		
Врач плюс менеджер равно...	—	45
ОСОБОЕ МНЕНИЕ		
Леонид ПЕЧАТНИКОВ: главный врач – должность, а профессия у нас – врач	—	51
КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА		
Ангиопластика была нецелесообразна На апрельской общегородской клинико-анатомической конференции обсуждалась история болезни мужчины 76 лет, причиной смерти которого стал обширный инсульт головного мозга	3 —	54
Энцефалит или шизофрения? На майской общегородской клинико-анатомической конференции обсуждалась история болезни женщины 28 лет, причиной смерти которой стал аутоиммунный энцефалит	—	62
ОБРАЗОВАНИЕ		
Повышение квалификации врачей: новые возможности	—	70
КАДРЫ		
Образование в развитии Дополнительное профессиональное образование в рамках системы НМО	—	72
ИНФОРМАТИЗАЦИЯ		
IT в здравоохранении инструмент, а не самоцель	4 —	78
От «невидимого» радиолога к ответственности за результат	—	79
ДЕМОГРАФИЯ		
На службе столичного здравоохранения Об основных демографических понятиях и показателях рассказывают профессионалы	5 —	87

АЛЕКСЕЙ ХРИПУН: ГЛАВНЫЙ ВРАЧ — НЕ ДОЛЖНОСТЬ, А ОБРАЗ ЖИЗНИ

В современных экономических реалиях отечественного здравоохранения главный врач без преувеличения ключевое звено в системе оказания медицинской помощи. Ведь именно на уровне клиники сконцентрированы все ее основные ресурсы. О том, какие требования предъявляет сегодняшний день к руководителю клиники, рассказывает руководитель Департамента здравоохранения города Москвы Алексей ХРИПУН.

— Алексей Иванович, в одном из прошлых интервью вы говорили о том, что на фоне столь масштабных преобразований в столичном здравоохранении вполне можно говорить о формулировании неких московских стандартов поликлиники, врача. А каким может быть стандарт московского главного врача? Какими качествами, знаниями, навыками должен он обладать для того, чтобы соответствовать современным требованиям системы оказания медицинской помощи в городе?

— Сразу могу сказать, что этот стандарт должен быть очень высоким. Ведь речь идет о руководителе столичной медицинской организации, а требования к нашим медицинским организациям очень высокие. Московское здравоохранение очень изменилось за последнее время, в клиники пришла новая техника, новые медицинские технологии, технологии управления. Развитие идет семимильными шагами, и руководитель клиники должен успевать за всеми этими изменениями, отслеживать весь самый передовой медицинский опыт. За все, что происходит внутри больничного комплекса, начиная с приемного отделения и контрольно-пропускного пункта, через который проходят амбулаторные больные или приходят родственники, и заканчивая вручением выписки из истории болезни, отвечает руководитель клиники. А за всей этой структурой стоит еще более широкая проблематика — необходимость решения огромного множества вопросов, связанных с диагностикой, лечением, выживанием, обеспечением лечебного процесса всем необходимым, включая лекарственные препараты, расходные материалы, содержание медтехники, питание больных, обеспечение эксплуатации зданий и сооружений, вопросы безопасности, кадровую работу наконец.



Алексей ХРИПУН,
руководитель
Департамента
здравоохранения
города Москвы



МЫ ИНОГДА ГОВОРИМ: ГЛАВНЫЙ ВРАЧ — НЕ ПРОФЕССИЯ И НЕ ДОЛЖНОСТЬ, А ОБРАЗ ЖИЗНИ.

Врачебный коллектив — коллектив непростой. Врач всегда позиционировался как особый член социума, поэтому управлять этими людьми очень сложно. Не будем забывать и о необходимости решения финансовых вопросов, годовой бюджет средней московской клиники или больничного комплекса составляет от трех до четырех миллиардов рублей.

Работа главного врача — очень сложная работа, требующая глубоких знаний в самых разных, иногда далеких от медицины, областях. Было время, когда популярной была точка зрения, что в клинике должен быть директор учреждения, имеющий юридические, экономические, финансовые знания, навыки управления, и собственно главный врач — медик, который осуществляет руководство лечебно-диагностической работой. Но попытки внедрить такую схему, которая, кстати, за рубежом широко распространена, оказались в нашей действительности несостоятельными. Я глубоко убежден в том, что руководитель медицинской организации должен иметь высшее медицинское образование. В первую очередь он должен понимать

процесс работы учреждения, направленный на обеспечение здоровья пациента. В центре внимания должен быть пациент. При этом главный врач должен обладать и знаниями во всех областях, которые я перечислил выше: финансы, экономика, право, менеджмент, психология и многое другое. Руководителем такого уровня быть крайне непросто. А значит, таких профессионалов надо растить, готовить, помогать им развиваться.

Неслучайно сегодня половина из почти трехсот руководителей московских медицинских учреждений учится в

Московском университете управления на курсе «Менеджмент медицинской организации». Отправляем мы руководителей клиник и на стажировку за рубеж. Они возвращаются оттуда с обновленной психологией и многими вновь обретенными качествами.

— А какими личными качествами должен обладать современный главный врач?

— Прежде всего он должен любить свою профессию — медицину, а это невозможно, если ты не ставишь во главу угла все, что касается интересов больного. Главный врач должен понимать интересы больного, помнить клятву Гиппократова и ни на минуту не забывать, что от него и его коллектива зависит не только здоровье пациента, но иногда и жизнь.

Конечно, это должен быть интеллектуальный человек с быстрым умом. Руководитель должен быть дисциплинированным, работоспособным, справедливым. Должен быть психологом, потому что все люди разные в коллективе: есть люди со сложным характером, есть люди, которые требуют поддержки, да и любой больной требует, чтобы его периодически брали за руку и разговаривали с ним.

Мы иногда говорим: главный врач — не профессия и не должность, а образ жизни. Человек работает фактически круглосуточно, постоянно несет ответственность за все, что происходит за забором медицинской организации. Главные врачи начинают свой рабочий день, когда все в Москве еще спит, — и в шесть, и в семь часов утра, чтобы успеть все, ведь многие из них занимаются и лечебной практикой.

Необходимых качеств много, но повторю: во главе угла — интересы больного, любовь к нему и к своей профессии. Если человек не любит медицину, из него вряд ли получится хороший руководитель.

— Раз найти такого человека непросто, должна существовать система отбора кандидатов. Как она устроена в Москве?

— Есть два основных способа поиска таких людей. Первый — дать объявление. Конечно, мы не так часто объявляем конкурс на вакансию руководителя медорганизации, но в принципе схема такая: вы даете объявление, и в городе знают о том, что появилась вакансия руководителя какой-то медорганизации, и в Департамент приходят люди, которые хотят ее занять. Кандидат проходит многократные собеседования с разными специалистами, чтобы

мы полностью представляли себе его потенциал. Мы интересуемся мнением коллег на его предыдущей работе. Даже если это было не в Москве, а в другом городе. Экзаменов, конечно, никаких не проводим, но разговор на собеседовании очень предметный, глубокий. В Департаменте сегодня работают профессионалы высочайшей квалификации, и они сразу понимают, какой багаж знаний и умений у человека есть. Второй путь — увидеть талантливого человека, проявляющего свои качества на позиции заместителя главного врача или заведующего отделением, например, и после разговора и обучения выдвинуть его на руководящую должность. Могу привести десятки примеров, когда за последние полтора года мы назначали людей, которых замечали на работе в нашей сети медучреждений.

— Похоже ли это на то, что было в те времена, когда вы стали руководителем клиники?

— Многие знания из области менеджмента я почерпнул еще в молодости, будучи секретарем комсомольской организации Второго меда. Эта должность была серьезная — 13 освобожденных работников в аппарате, семитысячная комсомольская организация и много чего связанного с ней. Работая в комитете комсомола, я многому научился, а параллельно занимался медициной: обучался в клинической аспирантуре, ординатуре, защитил первую диссертацию, стал ассистентом кафедры хирургии, потом доцентом, затем защитил вторую диссертацию, стал профессором. И всегда зона моих интересов не ограничивалась только медициной. Я с молодости привык работать много.

Москва — город в медицинском отношении достаточно маленький, и, очевидно, меня заметили и мой потенциал оценили, пригласили на работу в 31-ю больницу в качестве заместителя главного врача по хирургии. Я согласился, поняв, что статус администратора плюс все, что я к тому времени имел в виде знаний и навыков как хирург, ученый, педагог, — возможность проявить себя, и даже больше не для кого-то, а для себя, достичь в творческом отношении чего-то большего. По-видимому, у меня получалось, и я попал в поле зрения руководства Департамента здравоохранения города как потенциальный руководитель клиники. Через какое-то время меня назначили главным врачом 12-й больницы. Я получил возможность практически с нуля выстраивать, конструировать, создавать современную московскую клинику.

Для меня все сложилось удачно, но по каким критериям тогда оценивали потенциал кандидатов в руководители клиник, я не знаю.

— Не ностальгируете по тем временам?

— Впечатление, что главный врач тихо и спокойно руководит клиникой, обманчиво. Человек в рабочем процессе постоянно, и выключиться из него невозможно ни на минуту — слишком сложная и ответственная работа. По большому счету я и сейчас главный врач, но только в масштабах города. Все, что я говорил о главном враче, имеет отношение и к руководителю Департамента: он должен знать все, что происходит в палатах и коридорах московских клиник, знать, чем занимаются ведущие специалисты в области различных медицинских направлений, и прочее, и прочее.

Я такой же главный врач, как и все другие руководители клиник, и поэтому и мне с ними легко найти общий язык, и им со мной, надеюсь, тоже. Для них в моих поступках и решениях нет ничего странного и удивительного.

— Помимо некоего начального образования, наработки знаний, умений, главному врачу важно еще отслеживать текущую актуальную проблематику. Как выстроена коммуникация между главными врачами и Департаментом, успевают ли они отслеживать все новшества в нормативно-правовой документации, например?



ВСЕ, ЧТО Я ГОВОРИЛ О ГЛАВНОМ ВРАЧЕ, ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЕ И К РУКОВОДИТЕЛЮ ДЕПАРТАМЕНТА: ОН ДОЛЖЕН ЗНАТЬ ВСЕ, ЧТО ПРОИСХОДИТ В ПАЛАТАХ И КОРИДОРАХ МОСКОВСКИХ КЛИНИК.

— Первое, что нужно делать для того, чтобы быть в курсе актуальной проблематики, — общаться с коллективом непосредственно и напрямую. У меня, когда я работал главным врачом, не было какого-то конкретного времени приема, дверь моего кабинета не закрывалась, люди приходили по любым, в том числе по личным, вопросам. Меня можно было остановить в коридоре или найти в палате, о чем-то со мной поговорить. Мое кредо и сейчас — максимальная открытость.

Второй важный момент — контакт с пациентом. Я по-прежнему убежден, хоть на этот счет и бытуют разные мнения, что рабочий день руководителя клиники должен начинаться с больного. Например, с обхода в отделении реанимации или в каком-то из ключевых отделений клиники. Непосредственное прикосновение к больному обязательно, и желателен каждый день. Затем уже оперативные совещания, ежедневная врачебная конференция. Если ничего сверхъестественного не случается, главный врач должен присутствовать на ней, должен знать, кто поступил в больницу, с какими проблемами, что сделано, какие наиболее сложные

случаи ведутся в клинике врачами, и сразу же принимать оперативные решения, если это необходимо.

Что же касается выстраивания коммуникаций между главными врачами и Департаментом, могу сказать, что за последнее время мы достигли в этой области существенного прогресса. Каждую неделю я или мои заместители собирают руководителей поликлиник и больниц на совещание, где мы демонстрируем показатели деятельности этих учреждений по определенной матрице и обсуждаем их. Такого никогда раньше не было. Поверьте, руководители не скучают на



Я ПО-ПРЕЖНЕМУ УБЕЖДЕН, ХОТЬ НА ЭТОТ СЧЕТ И БЫТУЮТ РАЗНЫЕ МНЕНИЯ, ЧТО РАБОЧИЙ ДЕНЬ РУКОВОДИТЕЛЯ КЛИНИКИ ДОЛЖЕН НАЧИНАТЬСЯ С БОЛЬНОГО.

этих совещаниях, не играют в какие-то игры в гаджете, они внимательно слушают, чтобы после продолжить разговор в своих коллективах. Они внимательны и ответственны, потому что знают: я в любой момент каждому из них могу задать вопрос, в том числе неприятный. И, конечно, я как руководитель принимаю в своем кабинете главных врачей, и не только в официальной обстановке. Помню, когда я только вступил в эту должность, практиковал такой формат общения, как «завтрак с руководителем». Все побывали в этом кабинете на завтраке в 8 утра. Разговор был человеческий, откровенный, коллегиальный о наших проблемах и их решениях.

— То есть главные врачи включены в обсуждение и принятие решений на уровне города?

— Конечно. За эти пять лет в Департаменте возродился Совет главных врачей. Он работает неформально и крайне продуктивно, на мой взгляд. В него входят самые опытные и современные руководители медорганизаций. Мы советуемся, обсуждаем проблемы, разрабатываем решения. Многие инициативы исходят от них.

— Много ли сейчас в Москве молодых руководителей клиник? Чем-то отличается молодое поколение своим подходом от старой школы?

— Много. У молодых руководителей меньше опыта, но все они активные, увлеченные люди с достойным интеллектуальным уровнем и большим желанием что-то сделать в отрасли и в жизни. Это современные люди.

— На чем бы вы посоветовали сконцентрировать внимание действующим и будущим руководителям клиник? Какой бы могли дать совет?

— Я с трудом себе представляю чем бы я еще мог заниматься, кроме того, чем занимаюсь сейчас. Я стремлюсь реализовать свой потенциал по максимуму. И сейчас степень удовлетворенности от того, что делаю, близка к максимальной. Я просто этим живу и абсолютно счастлив, хотя прекрасно понимаю, что при том количестве проблем, остающихся в московском здравоохранении, нужно сделать еще очень и очень многое. А пожелание простое: если ты не чувствуешь, что твоя работа — это твоя жизнь, не стоит этим заниматься, нужна максимальная отдача, тогда все получится.

ВРАЧ ВСЕХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Кроме профессиональных медицинских знаний, руководитель современной больницы или поликлиники должен обладать компетенциями в области инновационных медицинских технологий, разбираться в управлении, законодательстве, экономике, строительстве, но прежде всего быть открытым в общении со своими подчиненными. О современных реалиях работы главного врача крупного московского стационара рассказывает главный врач Городской клинической больницы № 57 ДЗМ, депутат Московской городской думы, председатель Совета главных врачей при Департаменте здравоохранения города Москвы Ирина НАЗАРОВА.

Основная цель у главного врача — обеспечить круглосуточное своевременное и качественное оказание медицинской помощи жителям города Москвы. На пути к этой цели приходится решать множество разнообразных задач. Это и осуществление контроля качества оказываемой медицинской помощи, и планомерная кадровая политика, и внедрение новых медицинских технологий, и совершенствование материально-технической базы, и повышение эффективности труда медицинского персонала путем внедрения новых информационных технологий и др.

Успех руководителя на этом пути зависит от правильного выбора приоритетных направлений развития учреждения и определения задач, с помощью которых они решаются. Если руководитель грамотно и системно анализирует работу своего учреждения, выявляет положительные и отрицательные моменты и профессионально ставит задачи своим подчиненным, то проблемы в результате не накапливаются как снежный ком, а решаются в кратчайшие сроки.

Знать все нюансы

Что должно быть в лечебном учреждении для качественного оказания медицинской помощи? Конечно, оснащение — современное медицинское оборудование. Оно дает возможность в кратчайшие сроки установить правильный диагноз, а значит, и раньше начать эффективное



Ирина НАЗАРОВА,
главный врач
Городской клинической
больницы № 57 Депар-
тамента здравоохра-
нения города Москвы



Ирина НАЗАРОВА: Даже самое современное оборудование может превратиться в железо, если нет необходимого грамотного специалиста

лечение, с одной стороны, а с другой — позволяет применять самые современные оперативные методики, минимизирующие кровопотерю, травмы и ускоряющие выздоровление пациентов.

Огромную роль в развитии клиники сыграла программа модернизации столичного здравоохранения. В рамках программы в клинике было установлено более 20 единиц тяжелой техники (магнитно-резонансные томографы, компьютерные томографы, маммограф, денситометр и т.д.). Введено в эксплуатацию более 300 единиц медицинского оборудования (диагностическое оборудование экспертного класса, оборудование для дезинфекции и обработки, лабораторное оборудование и пр.). В больнице выполнен текущий ремонт более 10 тысяч квадратных метров как лечебных площадей, так и площадей под размещение медицинского оборудования. Закуплено более 1000 единиц медицинской мебели. Как следствие, наши пациенты пребывают в комфортных условиях и не ждут очереди для проведения любого вида диагностики. Сроки выздоровления сократились. Количество пролеченных больных с 25 000 в 2007 году возросло до 52 000 в 2016-м!

Но даже самое современное оборудование может превратиться в железо, если нет необходимого грамотного специалиста. Причем это должен быть не просто опытный врач, а врач, который постоянно развивается. Как это важно, понимают все — и медики, и пациенты.

Не менее важна и четкая организация работы всего учреждения, включающая обеспечение всем необходимым для лечебного процесса (медикаменты, расходный материал и т.п.), контроль за использованием медицинского оборудования, качеством питания, четкой маршрутизацией пациентов внутри учреждения (особенно это касается пациентов онкологического профиля), контроль за техническим состоянием помещений больницы, санитарным режимом, уровнем роста заработной платы работников и многое-многое другое.

Все эти вопросы курирует главный врач, он должен знать все нюансы. Руководитель клиники — не только врач, разбирающийся во всех профилях медицины, он еще и юрист, и экономист, и знаток строительных смет, и эксперт по ремонтным работам, и много кто еще.

Контролировать все процессы, происходящие в клинике, своевременно выявлять недостатки и оценивать эффективность работы позволяют современные информационные системы. В нашей клинике с 2007 года функционирует общебольничная медицинская информационная система, которая охватывает более 600 рабочих мест. Ее внедрение позволило сократить время на оформление медицинской документации при поступлении пациентов, получать

информацию о результатах исследований, выполненных в других отделениях, не покидая своего рабочего места, принимать оперативные решения по тактике ведения пациента, контролировать соответствие проведенного лечения существующим стандартам, оценивать деятельность каждого врача, участвующего в оказании медицинской помощи.

Мне как главному врачу система позволяет оперативно принимать обоснованные управленческие решения, повышающие экономическую и клиническую эффективность больницы. Но самое главное — развитие информационной системы позволяет сократить время работы медицинского персонала с большим объемом документации, т.е. избавить его от так называемой рутинной работы и освободить время для того, чтобы еще больше внимания уделять пациентам.

По мировым стандартам

Сегодня на базе нашей многопрофильной больницы организовано 5 профильных кластеров:

- онкология;
- урология;
- пульмонология;
- акушерство-гинекология;
- сосудистая хирургия.



Ирина НАЗАРОВА: Основа успеха лечения онкологического заболевания — его раннее выявление и использование современных высокотехнологичных методик лечения

В ГБУЗ «ГКБ № 57» 50% коек представлены онкологией. Стационарная часть онкологической службы представлена шестью онкохирургическими отделениями, где выполняются оперативные вмешательства по поводу злокачественных опухолей кожи, молочной железы, брюшной полости, малого таза.

Поскольку лечение онкологических заболеваний всегда комплексное — хирургическая операция, химио- и лучевая терапия, в клинике функционируют отделения радио- и химиотерапии. Основа успеха лечения онкологического заболевания — его раннее выявление и использование современных высокотехнологичных методик лечения. Для ранней диагностики мы получили ядерный магнитно-резонансный томограф, два компьютерных томографа, новое современное рентгеновское оснащение, значительно расширен парк ультразвуковых аппаратов экспертного класса, эндоскопического и лабораторного оборудования, а также новое оснащение для патолого-морфологической службы.



Мэр Москвы Сергей Собянин на открытии отделения радиотерапии

В плане дальнейшего развития современных методов диагностики злокачественных заболеваний планируется использование ультрасовременного конфокального микроскопа (микроскопия *in vivo*), что позволит не только выявлять «ранние раки», но и верифицировать гистологическую структуру опухоли и одновременно решать вопрос об адекватном эндоскопическом ее удалении (эндомукозальная резекция). Таким образом, будут реализованы одновременно два этапа — диагностический и лечебный.

За последнее время освоены новые мини-инвазивные методики лечения: радиочастотная и микроволновая абляция опухолей печени, операции на органах малого таза с сохранением вегетативной тазовой иннервации, трансанальная эндомикрохирургия. Активно используются и развиваются лапароскопические операции при опухолях органов брюшной полости, что уменьшает как операционную травму, так и сроки пребывания в стационаре. Увеличивается количество расширенных и комбинированных операций, приводящих к повышению радикальности хирургического лечения и улучшающих прогноз заболевания, а также качество жизни после операции при распространенных опухолевых процессах.

Интраоперационно широко используется такое современное оборудование, как хирургический CO₂-лазер, ультразвуковой и радиоволновой скальпели, что улучшает процесс репарации, абластичность, создает условия для адекватного гемостаза. Наряду с обширными операциями выполняется все большее количество органосохраняющих операций с сохранением репродуктивной функции как в онкогинекологическом, так и в онкоурологическом отделениях. Интраоперационная лучевая терапия при злокачественных новообразованиях молочной железы в сочетании с радикальной резекцией молочной железы позволяет сохранить пациенткам грудь, достигнуть отличного косметического результата, не нарушая радикальности лечения. На сегодняшний день выполнено уже более 600 операций с применением интраоперационной лучевой терапии, а это один из самых больших опытов России. В отделении онкогинекологии широко применяется внутривлагалищный доступ, что приводит к улучшению функций тазовых органов. Отделение химиотерапии имеет стационар на 50 коек и дневной стационар на 10 коек. Благодаря достижениям молекулярной биологии по определению предикторов ответа опухоли на лечение и факторы процесса развития болезни, в настоящее время в отделении проводится современное противоопухолевое лечение каждого конкретного больного. Тактика лечения

определяется на межотделенческом консилиуме с участием специалистов различного профиля, в том числе хирургов, радиологов, химиотерапевтов, морфологов и др. Разрабатываются лечебные подходы с определением этапов того или иного вида лечения.

Если говорить о химиотерапии, в отделении проводится как предоперационная (неoadъювантная), так и послеоперационная (адъювантная) химиотерапия. Проведение предоперационной химиотерапии способствует снижению стадии опухолевого процесса. Для больных, не подлежащих хирургическому лечению, проводится лечебная химиотерапия. Во всех схемах используются современные противоопухолевые и таргетные препараты, а также препараты сопровождения (колониестимулирующие факторы, противорвотные препараты, нутритивная поддержка). Противоопухолевые препараты вводятся с использованием инфузоров (помп), инфузوماتов и портов. Введен в практику «Орбис» для профилактики алопеции (облысения) во время применения химиотерапии, а также «Адаптер» для разведения препаратов, обеспечивающий безопасность медицинского персонала.

В отделении радиологии используется комплект самого современного оборудования для проведения лучевой терапии, отвечающий мировым стандартам, который позволяет проводить лечение максимально эффективно и с минимумом побочных реакций.

В его состав входят: высокоэнергетический линейный ускоритель, аппараты дистанционной, внутритканевой и внутритканевой терапии, а также аппарат близкофокусной рентгенотерапии, позволяющий безопасно лечить многие виды опухолей кожи, что особенно важно для пожилых пациентов. Кроме того, комплект дозиметрической и топометрической аппаратуры обеспечивает высокую точность планирования и подведения дозы, что в конечном итоге также повышает качество лечения.

Организация консультативно-диагностического отделения на базе лечебно-диагностического подразделения № 1 позволяет полноценно обследовать больных на догоспитальном этапе, что позволит сократить сроки пребывания в стационаре. Диспансерное наблюдение за больными осуществляется в онкологическом диспансере, где реализуется дальнейший план лечения, определенный в стационаре. Таким образом, на базе ГКБ № 57 функционирует мощный онкологический кластер, оснащенный самым современным оборудованием.

Урология — второе ключевое направление деятельности стационара. В состав урологической службы входят отделения экстренной урологии, малоинвазивных методов диагностики и лечения урологических заболеваний, дистанционной ударно-волновой литотрипсии для дробления камней в почках и мочеточниках, онкоурологии.

Широкое развитие получила брахитерапия, которая сегодня применяется в единичных медицинских учреждениях. Современное диагностическое и операционное оборудование дает возможность эффективно лечить пациента с любой урологической патологией, активно используя при этом самые передовые методики и технологии лечения — монополярную или биполярную трансуретральную резекцию, удаление опухоли единым блоком под фотодинамическим контролем, трансуретральную хирургию камней почек и мочеточников, современную чрескожную хирургию мочекаменной болезни и др.

Все эти методики направлены на то, чтобы как можно меньше травмировать пациента. Вместо нескольких недель реабилитации он через два-три дня отправляется домой с минимальными потерями. Все применяемые методики лечения относятся к категории высокотехнологичной медицинской помощи.

В качестве подтверждения активного развития стационара можно привести цифры по ВМП. В 2014 году нами было выполнено 170 операций по ВМП, в 2015 — 3,9 тысячи, на этот год мы запланировали 4,8 тысячи, а в 2017 году — более 5 тысяч, причем 50% из них — онкология. Для обычной городской больницы это очень хороший показатель.

В неформальной обстановке

Немаловажная составляющая работы главного врача — общение с работниками в неформальной обстановке, что позволяет нам больше сблизиться, понять те или иные проблемы, обсудить волнующие вопросы. На базе учреждения систематически проводятся праздники для детей сотрудников, конкурсы рисунков и поделок. Организуются выезды в города Золотого кольца.



Ирина НАЗАРОВА: В этом году наша больница заняла 3-е место в чемпионате по футболу среди медицинских учреждений Москвы

Наши мужчины принимают активное участие в спортивных спартакиадах, организуемых Департаментом здравоохранения города. Например, в этом году наша больница заняла 3-е место в чемпионате по футболу среди медицинских учреждений Москвы.

Важно и общение с коллегами — руководителями лечебных учреждений. Огромное количество вопросов по развитию московского здравоохранения обсуждаются на заседаниях Совета главных врачей Москвы, председателем которого я являюсь. Его членами сегодня являются 15 главных врачей крупнейших многопрофильных клиник Москвы. Его основные задачи: подготовка предложений по вопросам совершенствования государственной политики в сфере здравоохранения, рассмотрение инициатив московских учреждений здравоохранения и обеспечение согласованных действий лечебных учреждений и Департамента здравоохранения города Москвы.

В заседаниях совета участвуют не только его члены, но и приглашаются должностные лица Департамента здравоохранения, Московского городского фонда ОМС, внештатные главные специалисты, руководители и работники других учреждений, общественных пациентских организаций и т.д.

По результатам заседаний мы вносим руководителю Департамента предложения по вопросам тактики и формирования стратегии развития столичного здравоохранения, совершенствования охраны труда работников учреждений, структуре амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи населению города.

Как депутат Московской городской думы я часто встречаюсь со своими избирателями, которые мне рассказывают о своих насущных, наиболее актуальных проблемах. Очень важно, что на заседаниях различных профильных комиссий Думы я могу выступить и от лица медицинских работников, и от лица жителей города Москвы. Проводя комплексный анализ причин возникновения тех или иных проблем, мы имеем возможность донести их до руководства города и предложить пути решения, например, увеличение финансирования на оказание высокотехнологичной помощи. Я считаю, это очень важно для наших москвичей.

Рассказывать о своей работе я могу еще очень много. И задач у главного врача с каждым годом становится все больше и больше. Но самое главное — надо любить свою работу, свое учреждение и свою команду.

ИГОРЬ ХАТЬКОВ: ГЛАВНЫЙ СЕКРЕТ — НУЖНО МНОГО РАБОТАТЬ

В июле 2013 года на базе Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии был образован Московский клинический научный центр — учреждение экспертного уровня для лечения самых сложных больных по многим профилям: гастроэнтерология, хирургия, онкология, эндокринология, ревматология, травматология, пульмонология, неврология, кардиология и другим. Подавляющее большинство отделений возглавляют известные в России и в мире профессора, а руководит медицинским учреждением Игорь ХАТЬКОВ. Он убежден, что для главы крупной клиники самое важное — умение принимать решения и брать на себя ответственность за них, ну и, конечно, много работать.

— Игорь Евгеньевич, каким был ваш путь к должности руководителя стационара?

— С институтских времен я интересовался терапией, кардиологией, а в последние годы учебы занялся хирургией, с которой в последующем и связал свою жизнь. Постоянно хотелось узнавать что-то новое, я стремился развиваться в профессии, расширять кругозор. Как только представилась возможность, защитив кандидатскую диссертацию, начал осваивать лапароскопическую хирургию. Тогда это направление не было настолько развито, как сегодня. В целом моя профессиональная жизнь складывалась удачно, рядом были коллеги, которые также «горели» на своей работе. Совместно мы осуществляли проекты по общей хирургии, гинекологии, урологии, колопроктологии, затем проекты в онкохирургии, хирургии поджелудочной железы. Мне удалось много поехать по ведущим мировым клиникам — учился, смотрел, как работают коллеги, читал специальную литературу, «привозил» в свое медицинское учреждение новые идеи. Мы часто говорим о продвинутой западных коллег, но сегодня и сами обладаем достаточным потенциалом для проведения лекций, показательных операций, наших специалистов регулярно приглашают в качестве экспертов на совещания, конференции и мастер-классы в России, странах Европы и Америки.



Игорь ХАТЬКОВ,
директор Московского
клинического научного
центра

Мне всегда была интересна не только научная, но и преподавательская деятельность, обстоятельства сложились в этом плане удачно: придя работать на кафедру к профессору С.И. Емельянову, я защитил под его руководством докторскую диссертацию по лапароскопической хирургии. В дальнейшем тогдашний ректор МГМСУ Н.Д. Юшук назначил меня заведующим кафедрой факультетской хирургии. Словом, путь к нынешней должности был поступательным, но в то же время органичным.

— Однако чтобы стать руководителем подобного учреждения, медицинских знаний недостаточно. Где вы получали управленческие навыки?



**НЕВОЗМОЖНО РУКОВОДИТЬ КРУПНЫМ
МНОГОПРОФИЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ ОДНОМУ,
ДОЛЖНА БЫТЬ ХОРОШАЯ КОМАНДА.**

— Мне повезло: с начала своей профессиональной деятельности работал в развивающихся клиниках, возглавляемых успешными медицинскими менеджерами, у которых многому научился, они заботились о том, чтобы больным было комфортно в лечебном учреждении, и им оказывалась качественная помощь. Кроме того, учился в ведущих центрах Европы, Азии, Америки, что, наверное, в значительной степени повлияло на формирование необходимых управленческих навыков. Исполнял обязанности руководителя хирургической службы крупной клиники — это дало определенные навыки управления. Параллельно получил специализацию по организации здравоохранения. Сегодня Департамент здравоохранения заботится о том, чтобы мы проходили специальные курсы повышения квалификации по организации здравоохранения. Кстати, один из моих учителей, успешный руководитель, главный врач, является сегодня моим советником. Для того, чтобы руководить клиникой, по моему мнению, невозможно специально где-то поучиться месяца, и думать, что «теперь знаю все». Речь должна идти о целенаправленной постоянной работе над собой и развитии своих компетенций.

— В вашем центре разделены функции директора и главного врача. Вы считаете это правильным? Кто все-таки должен руководить лечебным учреждением — врач или менеджер?

— Без знаний медицины руководить клиникой сложно. Хотя медицина в какой-то степени зауживает взгляд, но, с другой стороны, дает возможность глубинно понимать происходящие в медицинском учреждении процессы. В таком случае

важно соблюдать правильный баланс. Недавно я побывал в одном из ведущих онкологических центров Нью-Йорка, где заместитель главного врача, руководитель крупного филиала, главный врач этого филиала — все практикующие врачи. Даже если ты медицинский менеджер, невозможно руководить крупным многопрофильным учреждением одному, должна быть хорошая команда, подобрать которую проще, если понимаешь медицину и можешь определить, кто будет заниматься лечебными процессами, кто работать со страховыми компаниями, кто будет отвечать за организационные процессы, а кто — за отопление.

Что касается нашего центра, главный врач является заместителем директора по медицинской части, занимается обеспечением жизнедеятельности учреждения, что, замечу, не освобождает от этой деятельности директора. Специфика учреждения в том, что, помимо лечебной деятельности, оно выполняет научно-образовательные функции, стратегия его развития связана с развитием научной и образовательной составляющей. Все это замыкается на директора, у которого есть заместители по лечебной работе, науке, — такова структура нашего центра. Она соответствует задачам, которые должен решать центр экспертного уровня.

— Игорь Евгеньевич, удастся ли вам, руководя таким крупным центром, заниматься клинической практикой? Или на нее не остается времени?

— Время на клиническую практику очень легко находить, если ты приезжаешь на работу в семь утра и уезжаешь в девять вечера. Когда много времени тратишь на работу, удастся все, но об этом, конечно, лучше судить со стороны. Я стараюсь находить время, да и одно другому помогает: занимаясь клинической практикой, общаясь с больными, узнаю, например, о недостатках маршрутизации, как внешней, так и внутренней. Занимаясь организационными вопросами, понимаю, как лучше для больных устроить тот или иной лечебный процесс. Руководство клиникой и клиническая практика в моем случае взаимодополняющие процессы.

— Что бы вы посоветовали молодым коллегам, которые чувствуют в себе задатки руководителя?

— Я бы посоветовал развивать те качества, которые им в себе нравятся, и заниматься тем, что приносит удовольствие, ведь это большое счастье — заниматься любимым делом. Тогда то, что на работе проводишь большую часть времени, воспринимается спокойно, приносит удовлетворение не только тебе, но и близким людям, а еще помогает развивать учреждение. Если молодой специалист чувствует в себе задатки руководителя, их, конечно, нужно развивать. При этом не обязательно стремиться стать руководителем, нужно хотеть стать профессионалом, тогда остальное сложится естественным образом.

АЛЕКСЕЙ СВЕТ: НЕЛЬЗЯ БЫТЬ ГЛАВНЫМ ВРАЧОМ ПО РАСПИСАНИЮ

Главного врача по праву можно назвать душой медицинского учреждения. От него зависит внутренняя атмосфера клиники и удовлетворенность пациентов получаемой помощью. Понятно, что руководство любым лечебным заведением — процесс непростой, но каково быть главой крупнейшего лечебного учреждения Москвы с более чем двухсотлетней историей? С этим вопросом мы обратились к главному врачу Городской клинической больницы № 1 им. Н.И. Пирогова Алексею СВЕТУ.

— Алексей Викторович, что значит быть главным врачом Первой градской больницы? Накладывает ли статус медучреждения на вас дополнительную ответственность?

— Быть главным врачом Первой градской — это что-то особенное, ведь наша больница — старейшее лечебное заведение города, является неотъемлемой частью Москвы. Благодаря титаническим усилиям моих предшественников, она всегда была синтезом вековых традиций врачевания, сострадания, гуманизма и в то же время новых технологий. Будучи ее руководителем, приходится определять, кто в настоящий момент нужен клинике: «главный», «врач» или «главный врач». Отвалилась штукатурка, сотрудники опоздали на работу — в такие моменты я «главный», отвечаю за все происходящее. Проводя административный обход, обсуждая и решая клинические проблемы, выступаю в роли «главного врача». Потребовалось осмотреть тяжелобольных пациентов — я врач без приставки «главный». При этом разбросанный мусор из урны и неработающий кондиционер тоже в зоне моей ответственности. Прекрасно понимаю: нельзя объять необъятное, поэтому в нашем коллективе разделены полномочия, я не учу хирургов оперировать, акушеров принимать роды, но мое мнение как



Алексей СВЕТ,
главный врач
Городской клинической
больницы №1
им. Н.И. Пирогова

клинициста, бесспорно, учитывается. Честно говоря, не понимаю, когда начинается и заканчивается мой рабочий день: даже перед сном думаю, что можно было бы улучшить в деятельности нашего учреждения. Нельзя быть главным врачом по расписанию — с 9 до 18 часов, этот процесс непрерывный и очень ответственный. За два с половиной года моей работы в этой должности в клинике, разумеется, произошли некоторые изменения, и какими бы позитивными они ни были, любые перемены, принося некую временную нестабильность, так или иначе отражаются на работе врачей и медсестер. Окружающие знают: наша больница занимает большую территорию, и мне как главному врачу было бы удобнее передвигаться между корпусами на автомобиле, но я предпочитаю ходить пешком, общаться с сотрудниками, смотреть, что происходит в медучреждении. Это позволяет оперативно решать многие вопросы, влиять на какие-то процессы.

Еще одна из особенностей Первой градской заключается в том, что она является базой для большого количества кафедр «Второго меда» (Российского



**ПРИЗВАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА
ВЫСОКОМ ПРОФЕССИОНАЛИЗМЕ.**

медицинского университета им. Н.И. Пирогова) и нескольких кафедр «Первого меда» (Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова), выпускником которого я имею честь быть. От этого симбиоза мы только выиграли — в хирургической больнице, как нигде, важна роль терапевта, наше терапевтическое отделение очень востребовано хирургами, ведь у них должен быть развит терапевтический кругозор.

Не люблю говорить, что наше медучреждение уникально, на нас лежит большая ответственность, и мы стараемся работать как можно лучше. На самом деле что-то получается, что-то нет, что-то сразу принимается коллективом, что-то не сразу, и это нормально. Самое главное — коллектив понял, что мягкость и вежливость — не признак слабости, а, скорее, наоборот. В целом я бы охарактеризовал работу в должности главного врача Первой градской как интересную и очень ответственную.

— Тем не менее наверняка вы замечаете повышенное внимание СМИ и особое отношение к вашей клинике со стороны пациентов?

— Особое отношение у пациентов должно быть к тому медучреждению, где к ним относятся по-особенному, — это процесс взаимный. Часто нас благодарят даже не за то, что сделали операцию, а за то, как отнеслись к пациенту. Очень ценю, когда хвалят не только врачей, но и медсестер, санитарок, ведь они в большинстве своем совершенно беззаветные люди. Если доктор — голова, то сестра и санитарка — шея, плечи, руки, ноги. Я начинал свой трудовой путь санитаром в Четвертой градской больнице, там к операционным сестрам относились как к королевам, профессора и доценты на них молились. Сегодня в Первой градской слаженный высокопрофессиональный коллектив, в том числе сестринский. Конечно, когда все сотрудники работают в одном корпусе, они лучше и глубже знают друг друга, им проще коммуницировать, мы же лишены такой возможности — территория нашей больницы занимает 20 гектаров. Несмотря на это, связь между сотрудниками Первой градской очень крепка, поскольку проходит испытание расстоянием.

Что касается внимания прессы, оно прежде всего связано с нашим потенциалом, позволяющим лечить тяжелейших больных. Даже я, «выросший» в Первом меде,

работавший в клинике и заведовавший отделением, до перехода в эту больницу не видел таких тяжелых больных. Вообще отмечу, что в последние два года в клинике стремительно развивается лапароскопическая хирургия, мы стали оперировать в два раза больше пациентов, это не только заслуга хирургов, но и сестер, технического отдела. Разумеется, сложно представить больницу без врачей, но за ними большой бэк-офис.

— Нравится ли вам руководить клиникой? Это ваше призвание?

— Не могу сказать, что мое призвание быть именно главным врачом Первой градской. Работая заведующим отделением, я не думал о высоких должностях, просто хотел помогать людям. С годами мое мнение не изменилось, по-прежнему люблю помогать другим и горжусь, что за годы моей работы в медицине в целом и в этой больнице в частности лично я и мой коллектив помогли многим — в ряде случаев мы были единственными, кто согласился взять настолько тяжелого пациента. Призвание должно основываться на высоком профессионализме. Я, например, люблю работать с людьми, которые умнее и профессиональнее меня. У нас блестящая команда, и когда мы коллегиально обсуждаем какие-то вопросы, с меня слетают «генеральские погоны», прислушиваюсь к мнению каждого. Пожалуй, мое призвание — лечить, сострадать и помогать тем, кто в этом нуждается, только так могу быть в ладу с самим собой.

— Как вы считаете, должен ли главный врач быть публичным человеком и обозначать свою позицию по профессиональным вопросам?

— На мой взгляд, главный врач должен быть публичным человеком настолько, насколько этого требуют обстоятельства. Будучи врачом, я обожал давать интервью на телевидении, вел программу на одном из телеканалов, но, став главным, понимаю: все не так однозначно. Главный врач сродни главному режиссеру, он знает, что за картинкой спасения жизни пациента, которую видит зритель, множество бессонных ночей, сложных жестких решений, порой серьезной борьбы за жизнь больного... Я ничего не имею против коллег, которые выступают в качестве приглашенных экспертов или ведут свою программу, при этом оставаясь блестящими врачами. Хотел бы этого я? Наверное, нет, потому что на самом деле к главному врачу люди приходят тогда, когда какую-либо проблему не смогли решить на уровне отделения или заместителя главного врача. Ко мне приходят с неким «нарывом», который необходимо деликатно «вскрыть» или, наоборот, «намазать мазью» и подождать, пока сам пройдет. Я никогда не расскажу вам о пациентах, которых лечил, это врачебная тайна. В этой связи очень удивляюсь, когда в кабинетах коллег размещены портреты тех, кого они когда-то вылечили, считаю неправильным афишировать это. Другое дело, если сам пациент не возражает, но даже в таком случае не стоит забывать, что болезнь, операция — всегда несчастье, которое может случиться с каждым из нас, и это не нужно делать достоянием общественности. Наши пациенты очень уважают такую позицию.

— Участвует ли главный врач в обсуждении и принятии решений, важных для организации системы медицинской помощи столицы?



ОСОБОЕ ОТНОШЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ ДОЛЖНО БЫТЬ К ТОМУ МЕДУЧРЕЖДЕНИЮ, ГДЕ К НИМ ОТНОСЯТСЯ ПО-ОСОБЕННОМУ, — ЭТО ПРОЦЕСС ВЗАИМНЫЙ. ЧАСТО НАС БЛАГОДАРЯТ ДАЖЕ НЕ ЗА ТО, ЧТО СДЕЛАЛИ ОПЕРАЦИЮ, А ЗА ТО, КАК ОТНЕСЛИСЬ К ПАЦИЕНТУ.

— Главные врачи, безусловно, участвуют в этом процессе и, что немаловажно, всегда будут услышаны. При Департаменте здравоохранения города Москвы создан Совет главных врачей, который сообщает, обсуждает текущие проблемы, принимает решения. Другое дело, что каждый главный врач смотрит на проблему с учетом деятельности своего медучреждения. За мной большая Первая градская больница, но она не единственная в городе, и принимаемые решения не должны быть во благо конкретного учреждения, должны учитывать интересы всех. Я не очень люблю участвовать в выработке решений, мне ближе креативная часть работы, но корпоративная этика Департамента предполагает, что главный врач должен проявлять инициативу и не должен отмалчиваться, когда речь идет о действительно важных вопросах. В этом смысле беру пример с Алексея Ивановича Хрипуна, с которым меня связывают долгие уважительные отношения. Я — эмоциональный человек, а Алексей Иванович, не меняясь в лице, может



**РУКОВОДИТЕЛЬ КЛИНИКИ ДОЛЖЕН
СТРЕМИТЬСЯ К ТОМУ, ЧТОБЫ ГЛАВНЫЙ НЕ
ПОБЕЖДАЛ В НЕМ ВРАЧА, А ВРАЧ ХОРОШО
СЛЫШАЛ ГЛАВНОГО.**

выслушать любую новость. Например, когда его спросили, почему Департамент не разрешает пускать родственников пациента в реанимацию, он ответил: «А что, кто-то это запрещал?» и острая для многих проблема была снята мгновенно.

— В последнее время ведутся споры о том, кто должен руководить медицинским учреждением — врач или менеджер? Какова ваша точка зрения по этому вопросу?

— В США в течение двадцати лет шло большое исследование, анализ результатов которого должен был дать ответ на вопрос: кто должен руководить клиникой — главный терапевт/главный врач или администратор? В ходе исследования выяснилось, что госпитали, которыми управляют главные врачи, имеют низкую летальность, в целом более успешны, чем аналогичные учреждения, управляемые менеджерами, не имеющими отношения к медицине. Мы понимаем, что руководить консерваторией никогда не назначат специалиста по физике высоких давлений, а начальником штаба военного флота лингвиста. Так же и в медицине: главного врача нельзя рассматривать как некую декларативную фигуру. В данном случае в словосочетании «главный врач» на первое место выходит слово «врач» со всеми вытекающими клиническими, этическими последствиями, и именно он должен быть первым среди равных.

— Алексей Викторович, каким, на ваш взгляд, должен быть идеальный главный врач стационара?

— Он должен никогда не спать, иметь две пары ушей, чтобы одновременно отвечать на четыре телефонных звонка, должен знать наизусть всю внутреннюю медицину и хирургию. Если говорить серьезно, идеальных главных врачей не существует. В Москве были и есть легендарные главные врачи. Я считаю, руководитель клиники должен стремиться к тому, чтобы главный не побеждал в нем врача, а врач хорошо слышал главного.

— Что бы вы посоветовали своим молодым коллегам, которые в будущем, возможно, будут руководить столичными клиниками?

— Самый главный совет — учиться каждый день, но не для кого-то, а для себя.

ВЛАДИМИР МЕРКЕЛЬ: НАИБОЛЕЕ УСПЕШЕН РУКОВОДИТЕЛЬ, КОТОРЫЙ УМЕЕТ МЕНЯТЬСЯ И ВЫСТРАИВАТЬ КОММУНИКАЦИИ

В прежние времена отечественной психиатрией использовалась биологическая модель терапии: считалось, что больного нужно не просто лечить, а всецело опекать. Приверженность к такому подходу приводила к тому, что и после стационарного лечения пациент оказывался не способным жить в обычной среде, не был готов встретиться с трудностями. По мнению главного врача Психиатрической клинической больницы № 4 им. П.Б. Ганнушкина Владимира МЕРКЕЛЯ, подобный подход сегодня недопустим, поэтому в его учреждении для каждого пациента вырабатывается специальный алгоритм лечения.

— Владимир Аронович, что представляет собой современный специализированный стационар психиатрического профиля?

— В настоящее время все психиатрические клиники объединены с диспансерной службой, что позволяет осуществлять взаимосвязь и преемственность между стационарным звеном и диспансером. В мире давно распространен тренд, когда 30% всей помощи оказывается в специализированных стационарах, а 70% — в амбулаторных условиях. В России все наоборот: 85% помощи в психиатрии оказывается именно в стационарах. Это в корне неправильно, поскольку влечет за собой явление госпитализма, десоциализации больных, у них вырабатывается потребительское отношение, они становятся интактными, неготовыми поддерживать навыки самостоятельного проживания в обществе. Чтобы предотвратить подобное, ВОЗ выработала концепцию развития психиатрической службы, в соответствии с которой при лечении душевнобольных должен использоваться биопсихосоциальный подход, ведь здоровье человека



Владимир МЕРКЕЛЬ,
главный врач Психиатрической клинической больницы № 4 им. П.Б. Ганнушкина

— это не просто физическое и психическое благополучие, но и социальный комфорт. Очень важно, что помощь душевнобольным должна оказываться в наименее стесненных условиях.

Сегодня в психиатрических клиниках работает полипрофессиональная бригада, включающая психиатра, психолога, психотерапевта и социального работника. Она и определяет будущую маршрутизацию больного. Психиатр отвечает за лечение, соцработник — за социальный маршрут больного, психолог определяет утраченные навыки и восстанавливает их на тренингах. Только проведя всю эту работу, мы выписываем больного под наблюдение диспансерного звена, где эта работа продолжается. Пациент в этот период уже живет дома, получает в дневном стационаре медикаментозное лечение и продолжает обучаться навыкам самостоятельного проживания в обществе.

— Как вы пришли к руководству клиникой? Какие качества помогают вам справляться со своими обязанностями?

— В эту клинику я был назначен после того, как было принято решение о реперо-



**В РОССИИ 85% ПОМОЩИ В ПСИХИАТРИИ
ОКАЗЫВАЕТСЯ ИМЕННО В СТАЦИОНАРАХ. ЭТО В КОРНЕ
НЕПРАВИЛЬНО.**

филировании Психиатрической больницы № 10, где работал прежде, в психоневрологический интернат. За 20 лет нам удалось превратить среднестатистическую подмосковную больницу в успешное и высокоэффективное учреждение, где большое внимание уделялось реабилитационным технологиям по восстановлению социальных, бытовых, профессиональных навыков лиц, имеющих инвалидность. Это огромная трудоемкая работа, эффективность которой, как правило, не бывает очень высокой, но главным результатом которой стало улучшение качества жизни пациентов. Мы получили два сертификата: первый — серии стандартов ISO 9001-2008 и второй — международный сертификат социальной ответственности IQ-NETSR-10, который под-

тверждает, что все действия нашей организации были социально ответственными перед обществом, прозрачными, взаимовыгодными и законными. Несколько месяцев назад нашу больницу передали Департаменту социальной защиты Москвы, теперь инвалидами занимается социальная служба. В результате не только мне, но и многим нашим сотрудникам было предложено перейти на работу в 4-ю больницу. Словом, сделали предложение, от которого трудно было отказаться.

Если говорить о моих личных качествах, которые помогают в работе, раньше я думал, что это я нужен работе, но с годами появилось убеждение: на самом деле эта работа нужна мне. С переходом в эту больницу передо мной открылась потрясающая возможность реализовать накопленный опыт и потенциал, чем, собственно, и занимаюсь каждый день. Мне помогают такие качества, как стремление добиваться поставленных целей, желание меняться, приспосабливаться к новым требованиям.

— Каковы основные задачи главного врача стационара психиатрической клиники?

— Передо мной три ключевые задачи. Первая — работа с пациентами и забота о качестве их жизни. Придерживаясь биопсихосоциального подхода, понимаю: нужно не только грамотно назначить биологическое, медикаментозное лечение, но и создать условия повышенной комфортности пребывания больного, социального благополучия и благоприятного психологического климата. В психиатрии есть такое понятие, как «копинг», подразумевающее обучение человека навыкам, при помощи которых он борется с остаточными явлениями психотической симптоматики, этому мы и учим наших пациентов.

Вторая важная задача — забота о нашем персонале: врачах, медсестрах. Я стараюсь добиться, чтобы они не просто повышали свою квалификацию, но и имели возможность реализовать внутренний творческий потенциал, о котором прежде даже не догадывались. Это удивительно, когда делегируешь сотруднику какие-то полномочия, убеждая, что у него все получится, ведь он ответственный и высокообразованный специалист, через некоторое время он с удивлением, а я с удовлетворением замечаем его личностный рост. Уже много лет в работе с персоналом мы используем различные HR-технологии, целенаправленно проводим тренинги — как показала практика, это наиболее эффективная форма обучения. Кроме того, мы проводим мероприятия по повышению лояльности персонала к целям работы нашей организации.

Третья задача — самая масштабная — работа с обществом. Не секрет, что к душевнобольным сложилось предвзятое отношение, с этой стигмой необходимо бороться, повышая толерантность, терпимость общества к иным гражданам. В этом плане мы сотрудничаем с общественными и религиозными организациями, поддерживаем работу Клуба родственников душевнобольных «Надежда».

— Должен ли, на ваш взгляд, главный врач совмещать руководящую работу, клиническую практику и научную деятельность?

— Обязательно и постоянно руководитель должен следить за последними научными исследованиями, которые проводятся не только по профилю, но и по управленческим технологиям, ведь он несет ответственность за выбор направления, по которому пойдет весь коллектив. Я предпочитаю узнавать об инновациях в профильных журналах, а мои молодые сотрудники пополняют знания при помощи интернета. Они регулярно знакомят меня с актуальными и познавательными статьями, которые отыскивали во Всемирной паутине, а я приношу им научный журнал с закладками, и мы вместе разбираем и обсуждаем интересные темы. Вообще, я поощряю инновационную детальность, ведь инновационность — ключевой показатель эффективности сотрудника. Мы специально разработали свой «профиль компетенций», по которому в конце года подводим итоги, определяя, кто внес больше инновационных предложений, какие изменения повлекли за собой эти инновации. Также учитывается коммуникативность специалиста и его умение выстраивать отношения, что в мире менеджмента ценится даже больше, чем профессионализм, поскольку профессии можно научить, а развитие навыков коммуникации зависит от самого человека.

— Есть ли сегодня возможности у руководителя клиники пополнить багаж управленческих умений?

— Я считаю, да. Департамент здравоохранения города Москвы создал потрясающий проект — институт, где руководителей готовят по программе МРА, дают управленческие и финансовые знания, предоставляют возможность стажироваться за границей.

В моем случае багаж управленческих знаний регулярно пополняется во многом благодаря сыну, который более десяти лет проучился и проработал в Америке, владеет современными подходами к управлению организацией и делится ими со мной. Кроме того, для расширения кругозора выписываю «Справочник управления персоналом», к которому приходят такие полезные приложения, как «Оценка персонала» или «Управление изменениями», «Ключевые показатели эффективности».



**НЕОБХОДИМО ПОМОЧЬ КОНКРЕТНОМУ ЧЕЛОВЕКУ
В РЕШЕНИИ ЕГО ПРОБЛЕМЫ, УЛУЧШИВ НЕ ТОЛЬКО
ЕГО ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, НО И
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВООБЩЕ.**

Мы считаем, что врачевание — это не искусство, не озарение, не интуиция, не творчество, а ремесло, и лечить человека нужно по правилам. Кроме того, проповедуя биопсихосоциальный подход, мы не можем просто сделать инъекцию и перейти к другому пациенту. Моя задача — помочь конкретному человеку в решении его проблемы, улучшив не только его физическое и психическое здоровье, но и качество жизни вообще.

Сегодня много возможностей для получения новых знаний и, самое главное, — должно быть желание получать их — на курсах, в специальной литературе, через интернет, в общении с коллегами.

— Где, по вашему мнению, искать талантливых организаторов на руководящие должности в клиниках?

— Несколько лет назад Герман Греф написал прекрасную статью «Три плюс пять», в которой говорилось, что у нас много очень умных от природы людей, которые, если быть откровенными, получают неважное образование. Я с ним согласен: мы до сих пор проводим какие-то конференции, читаем лекции, где половина аудитории занята своими делами, а вторая половина просто не слушает. О каком образовательном

аспекте в таком случае может идти речь? Недавно я прочитал статью Алексея Ивановича Хрипуна, в которой речь идет об урологической школе, организованной инициативными урологами, и об интерактивном обучении, которое они проводят. Мы бы хотели перенять этот опыт, поскольку таким образом удастся заинтересовать специалиста, выявить скрытые у него таланты, развить его навыки — он не будет пассивным слушателем, его вовлекут в процесс. Необходимо выявлять наклонности человека и помогать в их развитии, что впоследствии поможет ему подняться по карьерной лестнице, а нам получить хороших руководителей. Обеспечить возмож-

ности социального лифта — наша важнейшая задача.

Когда-то давно мои руководители увидели у меня наклонности к организации лечебного процесса, рискнули, назначили на позицию главного врача. Анализируя отданные медицине годы, могу уверенно сказать: я люблю свою работу

— Могли бы вы нарисовать портрет идеального главного врача?

— Идеальный главный врач должен быть высокообразованным человеком, потрясающе работоспособным, страстным, профессионально подготовленным, разделяющим ценности вышестоящего руководства. Когда нашу больницу решили перепрофилировать, мне, конечно, было больно, ведь я отдал ей многие годы своей жизни, работа в ней была школой моего опыта. Но я при этом полностью разделял позицию Департамента, понимая, что по факту в нашей больнице задерживались люди, нуждающиеся больше в уходе и патронаже, нежели в активном лечении. Я с благодарностью воспринял предложенную мне возможность, поскольку уже давно нашел свою «чашу Грааля» — интересную работу. Считаю, хороший руководитель должен любить свое поприще, оно должно соответствовать его ценностным ориентациям, личностным критериям, характерологическим особенностям. Бернард Шоу говорил: «Истинная радость жизни — быть избранным для служения цели, которую ты считаешь великой». Думаю, что человек становится тем, кто он есть, именно благодаря делу, которое он считает своим. Я счастлив, что вокруг меня отличная команда, что меня пригласили и доверили работать в знаменитой на всю Россию больнице, поручили такую ответственную работу, и буду делать все, чтобы оправдать возлагаемые на меня надежды.



ОБЕСПЕЧИТЬ ВОЗМОЖНОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ЛИФТА — НАША ВАЖНЕЙШАЯ ЗАДАЧА.

НИКОЛАЙ ПЛАВУНОВ: МЕГАПОЛИС — ЭТО БОЛЬШАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Скорая помощь сама по себе не самая легкая из медицинских дисциплин, а уж в условиях многомиллионного мегаполиса коэффициент сложности работы на «скорой» повышается на порядок. О том, как непросто руководить службой скорой помощи со штатным расписанием в десять тысяч человек, рассказывает главный врач Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова Николай ПЛАВУНОВ.

— В чем заключается специфика работы городской станции скорой медицинской помощи и как эта специфика отражается на работе руководителя такого медучреждения?

— Главная особенность скорой медицинской помощи состоит в том, что эта помощь может оказываться как в медицинских организациях (стационарах, поликлиниках), так и вне медицинского учреждения — в квартире, на улице, в общественных местах. Преимущественно именно там и приходится столичной «скорой» оказывать медицинскую помощь, за небольшим исключением, когда наши экстренные консультативные бригады выезжают в учреждения, не имеющие профильных специалистов. Сложность работы состоит в том, что нередко медицинскую помощь приходится оказывать в присутствии посторонних лиц, порой настроенных неадекватно или негативно. Врачи и фельдшеры должны уметь абстрагироваться от этого и принимать правильные решения даже в таких непростых условиях.

Самый главный показатель эффективной работы городской службы скорой медицинской помощи заключается в том, насколько быстро была оказана помощь. Наша цель — максимально укоротить время приема и передачи вызова и как можно быстрее приехать к пациенту. Над улучшением этих параметров скорой помощи мы работаем в круглосуточном режиме. Сейчас мы вышли на такие показатели прибытия бригад: 8 минут — на дорожно-транспортные происшествия, на вызовы в экстренной форме — до 13 минут. Хотя даже по европейским меркам это достаточно хорошие показатели, мы не собираемся останавливаться и будем пытаться их улучшить. Сейчас проводится большая разъяснительная работа с диспетчерским персоналом, руководителями подстанций, чтобы



Николай ПЛАВУНОВ,
главный врач Станции
скорой и неотложной
медицинской помощи
им. А.С. Пучкова

в постоянном режиме проводить мониторинг эффективности и оперативности работы всех звеньев этой системы.

Что же касается отличий скорой помощи от стационара, они есть, и достаточно существенные. В стационаре нет необходимости в сортировке пациентов, тогда как мы вынуждены делать это постоянно, выезжая на массовые ДТП, техногенные аварии, когда нужно максимально быстро оценить состояние пациента. В стационаре, благодаря поступающей от скорой помощи информации, заранее известен диагноз доставляемого пациента. Мы же, как правило, едем в полную неизвестность, даже если предварительно по телефону нам была дана некая общая информация и сформирован повод для вызова. Совсем не факт, что на месте при оказании помощи пациенту она подтвердится. Я уже не говорю о диагностических возможностях больницы и наличии мультидисциплинарной бригады врачей-специалистов.

— В чем заключаются особенности работы именно московской станции СМП?

— Москва — огромный мегаполис, в этом есть и позитивные, и негативные моменты, связанные с оказанием скорой медицинской помощи. К плюсам, конечно же, следует отнести развитые коммуникации, наличие информационной системы, которая работает на ресурсах



**СЕЙЧАС МЫ ВЫШЛИ НА ТАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
ПРИБЫТИЯ БРИГАД: 8 МИНУТ — НА ДОРОЖНО-
ТРАНСПОРТНЫЕ ПРОИСШЕСТВИЯ, НА ВЫЗОВЫ
В ЭКСТРЕННОЙ ФОРМЕ — ДО 13 МИНУТ.**

городской оптоволоконной сети, широкую госпитальную базу, следствием чего являются относительно минимальные сроки доставки пациентов в профильный стационар. Большие расстояния компенсируются разветвленной сетью подстанций. Но даже при этом нам все равно приходится иметь группу постовых бригад (размещаемых вне подстанций), так как есть риск превышения нормативов прибытия в определенные районы города. Особенно это актуально для территории ТиНАО. К минусам крупного города я бы отнес неудовлетворительную транспортную доступность в часы пик, а также в осенне-зимний период. Хотя, благодаря работе правительства Москвы по организации парковок, строительству эстакад, выделению

отдельной полосы для общественного транспорта и так далее, дорожная ситуация в Москве в настоящее время значительно улучшилась. Однако не все водители с пониманием относятся к норме приоритетности проезда машины скорой помощи...

Еще одна особенность — большие объемы оказываемой помощи. В сутки на станцию поступает до 15 тысяч вызовов, это 4 миллиона вызовов в год. Поэтому, с целью повышения эффективности работы скорой помощи, был создан дистанционный консультативный пункт. Это позволяет в случае возникновения сомнений у диспетчера в целесообразности направления бригады скорой помощи к пациенту передать этот вызов врачу, чтобы тот провел дистанционную консультацию и определил необходимость направления к нему бригады скорой или бригады неотложной медицинской помощи поликлинического учреждения.

— На каких задачах вам как руководителю приходится концентрироваться в повседневной работе? Что представляет собой ваш типичный рабочий день?

— Прежде всего это контроль за всем, что происходит на станции. Благодаря единой информационной системе руководство московской «скорой» имеет возможность проводить постоянный мониторинг всех этапов оказания скорой медицинской помощи: начиная с момента обращения пациента и заканчивая его эвакуацией в медицинское учреждение. Существование такой системы в случае возникновения какого-либо ЧП с вероятным наличием пострадавших позволяет нам за две-три минуты оценить ситуацию и принять управленческие решения по перераспределению бригад. Это дает возможность избежать очень многих проблем. Сейчас уже сложно вспомнить времена, когда такого онлайн-мониторинга не было и приходилось работать только на основе телефонной информации и бумажных сводок. Искренне жаль коллег в некоторых регионах, которым приходится работать иначе. Система также

установлена у всех заместителей главного врача, которые отвечают за лечебную и оперативную работу. Поскольку весь обмен информацией переведен в электронный формат, отпала необходимость в сборе больших объемов отчетных данных, а также длительных оперативных совещаний. Достаточно просто с утра прийти на работу и, несколько раз щелкнув «мышкой», оценить ситуацию за истекшие сутки. После этого у меня обычно проходит несколько встреч с заместителями для уточнения ситуации и постановки задач на текущий день. После моего отъезда домой в течение вечера дважды оперативный дежурный докладывает о ситуации на станции. В то же время постоянно приходится решать и массу других вопросов, связанных с обеспечением лекарственными средствами, медицинскими изделиями, состоянием транспорта, соблюдением санитарно-эпидемиологического режима и так далее.

Отдельные разделы работы — кадровая и финансово-хозяйственная деятельность. Хотя, казалось бы, наша работа происходит на колесах, станция скорой помощи — тоже медицинская организация. А значит, к ней предъявляются точно такие же требования, что и к любой другой медорганизации, в том числе и к качеству оказания медицинской помощи. Еще один достаточно сложный момент связан с формированием графиков работы выездного и диспетчерского персонала, которые имеют на «скорой» свои особенности. Прежде всего это практически 100%-ная сменность всего состава. Существует норматив рабочего времени, который нельзя превысить, а ведь есть еще больничные, выходные дни, отпуска. Крайне непросто заниматься формированием графика дежурств, принимая во внимание то, сколько факторов нужно учитывать. Поскольку объем решаемых задач достаточно большой, далеко не всегда удается уложиться в пятидневную рабочую неделю. Поэтому суббота для администрации станции, как правило, тоже рабочий день. Праздников не бывает, так как в эти дни в городе проводится большое количество мероприятий, связанных с массовым сосредоточением людей, что требует постоянного реагирования и оперативного направления бригад СМП.

— А «разборы полетов» бывают?

— «Разборы полетов» — это неотъемлемая часть работы любого руководителя. Если этого не делать — не удастся нормально контролировать работу организации. Но форма их проведения должна носить профессиональный и коллегиальный характер.

— Каким образом вы подбираете людей в свою управленческую команду?

— Управление на московской станции скорой помощи строится по централизованному принципу. У нас единое юридическое лицо с соответствующими подразделениями во всех округах Москвы, всего — 58 подстанций. Один из заведующих подстанцией на территории административного округа выполняет функции заместителя. Он координирует работу подстанций округа, проводит проверочные мероприятия, мониторинг количественных и качественных показателей работы подстанций и отчитывается перед руководством. Кроме этого, у главного врача станции есть три заместителя по медицинской части. Все они люди с большим опытом работы, которые прошли все этапы работы на «скорой».

— Какими качествами должен обладать идеальный руководитель и, в частности, в такой сложной и непредсказуемой области медицины, как скорая медицинская помощь?

— Наверно, главное условие — это большой собственный опыт работы, то есть понимание специфики самого предмета организации и оказания скорой помощи. Определенно, не имея личного опыта в данной специальности, человеку со стороны работать в этой сфере было бы сложно. Наша специальность требует постоянного внимания, здесь нельзя что-либо забыть или упустить, приходится постоянно заниматься мониторингом, оценкой,



БЛАГОДАря ЕДИНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЕ РУКОВОДСТВО МОСКОВСКОЙ «СКОРОЙ» ИМЕЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОВОДИТЬ ПОСТОЯННЫЙ МОНИТОРИНГ ВСЕХ ЭТАПОВ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

проверкой, быть готовым к нештатной ситуации, а она может возникнуть в любой момент. Ну, конечно, и это касается не только скорой помощи, хорошему управленцу просто необходимо наличие клинического мышления в самом глобальном смысле этого слова. Как лечащий врач, помимо знания самого заболевания и тактики его лечения, должен уметь оценить состояние пациента в целом, чтобы прогнозировать развитие основного заболевания и возможных осложнений с учетом сопутствующей патологии, так и руководитель медицинской организации должен уметь комплексно оценивать деятельность и перспективы развития всей организации. Медорганизации необходимо интегративное управление, сочетающее клинико-организационные и лечебно-диагностические функции, оперативное руководство и кадровый менеджмент. Специалисту, не обладающему необходимыми для такого управления качествами, работать руководителем, в особенности в службе скорой медицинской помощи, будет сложно.

— Оправдано ли совмещение должности руководителя станции СМП и главного внештатного специалиста Департамента здравоохранения столицы?

— Поскольку оказанием скорой медицинской помощи в городе занимается единое юридическое лицо, Департаментом здравоохранения города Москвы было принято обоснованное решение о возложении на руководителя этой организации функций главного внештатного



«РАЗБОРЫ ПОЛЕТОВ» — ЭТО НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ РАБОТЫ ЛЮБОГО РУКОВОДИТЕЛЯ. НО ФОРМА ИХ ПРОВЕДЕНИЯ ДОЛЖНА НОСИТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ И КОЛЛЕГИАЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР.

специалиста по скорой, неотложной медицинской помощи и медицине катастроф. Кроме того, в работе скорой помощи, как нигде, важны вопросы преемственности с больничными и поликлиническими учреждениями, так как сегодня мы занимаемся и вопросами оказания неотложной медицинской помощи. В отсутствие полномочий, которые дает функция главного внештатного специалиста, мне было бы сложно взаимодействовать с поликлиниками по этим вопросам. Статус главного внештатного специалиста облегчает получение необходимых данных, помогает организовывать и проводить совещания и так далее. Поэтому преимущества неоспоримые.

— Легко ли вам находить общий язык со своими коллегами, руководителями стационаров?

— Почему-то всегда считается, что скорая помощь и стационар — это две конфликтующие организации. На самом деле это не так, наши функции в основном идентичны. На этапе скорой помощи стоит задача определить причину патологического состояния пациента, оказать помощь, устранить угрозу для жизни и эвакуировать в больницу. Зачастую выставляемый диагноз может быть только предварительным. Для его уточнения в больничном учреждении есть возможность собрать консилиум специалистов, провести необходимые обследования. У нас налажена обратная связь: помимо карты вызова оформляется сопроводительный лист скорой медицинской помощи, в котором больница может оставить свои замечания по работе «скорой». Имеющаяся у нас информационная система АС «Стационар» позволяет в режиме онлайн вести мониторинг загруженности коечного фонда, определять профильность направления больных и пострадавших, информировать стационар о направлении пациентов. Поэтому у нас практически нет конфликтов со стационарами. Мы мотивируем персонал всячески их избегать. Конечно, там, где со стороны больничного учреждения есть непонимание специфики работы «скорой», могут возникать конфликты. Но такие случаи носят единичный характер.

АНДРЕЙ КРЮКОВ: В МЕДИЦИНЕ НЕТ И НЕ МОЖЕТ БЫТЬ МЕЛОЧЕЙ

На вопросы о том, насколько сложно встроить научную работу в деятельность клинического медицинского учреждения и каким образом мотивировать молодых врачей на проведение исследований, отвечает директор Научно-исследовательского клинического института оториноларингологии имени Л.И. Свержевского Андрей КРЮКОВ.

— Что представляет собой институт оториноларингологии?

— Институт уха, горла и носа, основанный в 1935 году профессором Л.И. Свержевским при Наркомздраве РФ, стал первым научно-исследовательским клиническим монопрофильным учреждением в стране. С начала 2000-х годов институт был реорганизован, и на его базе образован сначала научно-практический Центр оториноларингологии, а впоследствии — Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского Департамента здравоохранения города Москвы. Определение «клинический» в названии подчеркивает, что наш коллектив не занимается исключительно «чистой» наукой, хотя, безусловно, экспериментальная составляющая присутствует в нашей работе. Поиски новых практических решений, в том числе для совершенствования рутинных методов диагностики и лечения, — одно из самых важных направлений деятельности учреждения.

Спектр выполняемых в институте исследований охватывает все аспекты оториноларингологической специальности. Приведу всего лишь два примера. Так, благодаря комплексу наших исследований удалось значительно сократить продолжительность раннего послеоперационного периода при наиболее распространенных хирургических вмешательствах на внутриносовых структурах и околоносовых пазухах. По этой причине средний койко-день пребывания пациентов в стационаре нашего института стал самым низким в городе: 4 койко-дня. Нами также разработан метод селективной лазеродеструкции ушного лабиринта при инвалидизирующей вестибулярной



Андрей КРЮКОВ,
директор Научно-исследовательского клинического института оториноларингологии имени Л.И. Свержевского

дисфункции. Все существующие на сегодняшний день аналоги предполагают деструктивные вмешательства на всех рецепторных структурах ушного лабиринта, включая слуховой рецептор. Наш метод позволяет провести изолированную деструкцию ампулярного рецептора, генерирующего патологическую афферентную импульсацию. При этом слуховая функция на стороне пораженного внутреннего уха остается сохранной.

– Откуда берутся деньги на исследовательскую работу?

— Существует 4 пути решения этой проблемы. Первый — старый, традиционный способ — налаживание добрых долгих партнерских, дружеских отношений с соисполнителями. В свое время мне пришлось организовать проведение достаточно трудоемкого экспериментального исследования. В нем принимали участие три академических института. Исследование длилось около двух лет, при этом ни один эксперимент не потребовал оплаты. В большинстве случаев можно найти



ПРОВЕДЕНИЕ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ МОЩНЫМ ФАКТОРОМ ИДЕОЛОГИЗАЦИИ КОЛЛЕКТИВА.

нематериальные аргументы и мотивацию. Вторым путем — использование средств, полученных от реализации и внедрения результатов научных разработок в широкую практическую деятельность. То есть создание так называемого научно-технического комплекса. Мы сейчас активно работаем над внедрением разработанных нами внутриносовых устройств, позволяющих значительно сократить сроки раннего послеоперационного периода, в деятельность медицинских учреждений. Полученные от этого средства могут быть израсходованы на организацию и проведение дорогостоящих исследовательских работ. Третьим способом — привлечение пожертвований

благотворителей. И, наконец, четвертым путем — получение грантов. На мой взгляд, последний путь наиболее сложен для практического воплощения. Дважды наш коллектив получал грант на проведение научных исследований. И оба раза процесс этот был крайне затянутым, чрезмерно бюрократизированным.

– Как мотивировать медиков к исследовательской работе?

— Повседневная врачебная деятельность — это процесс прежде всего творческий. Умение синтезировать идею и провести анализ получаемых результатов — основные составляющие в творческой деятельности врача и залог получения объективных научных данных. Безусловно, здесь необходимы высочайший уровень профессиональных знаний и широкая медицинская, даже биологическая эрудиция. В наше время только нерадивый, ленивый и безынициативный врач может позволить себе остаться в стороне от процессов модернизации отрасли и формирования нового современного клинического мышления.

Доминирующей мотивацией для молодых врачей-исследователей, безусловно, должен являться профессиональный рост, приобретение качества профессиональной состоятельности. Благодаря специальной образовательной программе правительства и Департамента здравоохранения Москвы все молодые специалисты института получили возможность стажировки в ведущих клиниках Европы.

Наряду с этим в нашем коллективе исторически сложилась система наставничества. Каждый молодой врач имеет счастлившую возможность быть «прикрепленным» к опытному доктору с большим клиническим опытом и стажем в рамках того или другого профиля оториноларингологии. Кроме того, в институте имеется собственный докторский диссертационный совет, где молодой специалист по истечении соответствующего времени защищает диссертацию, подводящую на определенном этапе итог исследовательской деятельности.

— В чем отличия практики управления подобным учреждением от руководства классическим стационаром?

— Организация и проведение научных исследований требуют дополнительных знаний и навыков от всех участников процесса, включая экономистов, бухгалтеров и медицинских сестер. С другой стороны, проведение исследовательской работы является мощным фактором идеологизации коллектива, повышающим его сплоченность, целеустремленность и мотивированность на получение прогнозируемого результата.

— Какие дополнительные нюансы вносит в вашу работу совмещение должностей руководителя института и главного внештатного специалиста Департамента здравоохранения города Москвы?

— Конечно, выполнение обязанностей главного специалиста — это определенная дополнительная нагрузка. С другой стороны, вовлеченность в организацию всей городской ЛОР-службы и постоянный обмен мнениями с коллегами из других центров служат неким драйвером для новых разработок как в плане организации специальности, так и в отношении перспективных направлений научного поиска. То есть плюсов от этого совмещения гораздо больше, чем минусов. Вообще тот факт, что мы являемся московским городским учреждением, является большим преимуществом. В столице есть главный внештатный детский оториноларинголог; специалисты, ответственные за организацию детской и взрослой сурдологической помощи; окружные главные оториноларингологи стационарной службы и их заместители по амбулаторной работе. За счет такой коллегиальной сплоченности решать общие проблемы гораздо проще.



**ИЗ ЖЕЛАЮЩИХ ПОПАСТЬ К НАМ В ШТАТ УЖЕ ДАВНО
ВЫСТРОИЛАСЬ ОЧЕРЕДЬ.**

— Существует ли кадровая проблема в вашем институте?

— Из желающих попасть к нам в штат уже давно выстроилась очередь. В прошлом году, например, на 10 бюджетных мест в ординатуре претендовали 25 человек. И те, кто не попали на бюджетные места, пошли учиться платно. Поэтому у нас есть возможность даже выбирать, а уж мы стараемся брать самых лучших. Далеко не каждый врач испытывает интерес к научной работе. При этом процесс обучения должен быть построен так, чтобы это было интересно выпускнику медвуза, чтобы развить в нем способность к творчеству в повседневной работе. Поэтому люди с улицы попадают в институт крайне редко и быстро его покидают: им неуютно у нас. Как правило, наши научные сотрудники — это наши же выпускники, которые учились в ординатуре или аспирантуре и смогли хорошо себя зарекомендовать.

— Какими умениями, на ваш взгляд, должен обладать руководитель?

— Сложный вопрос. Вероятно, ему необходимо умение быстро принимать верные грамотные решения, организовывать работу в коллективе таким образом, чтобы сотрудники были мотивированы на четкое исполнение поручений без дополнительных мер по контролю и разъяснению. Ну и, конечно, умение формировать и воспитывать команду, не бояться делегировать полномочия, а не выполнять всю работу самому.

— Что бы вы посоветовали молодым врачам, мечтающим о руководящей должности в клинике?

— Ничего нового! Молодым врачам прежде всего нужна практика. И лучше всего, прежде чем занять сколько-нибудь заметную руководящую должность, самому пройти весь путь от санитаря до заведующего отделением. С тем, чтобы понять все нюансы работы системы здравоохранения. Потому что в медицине, в отличие от других специальностей, нет и не может быть мелочей. Ведь даже небольшая мелочь может свести к нулю усилия целого коллектива.

АЛЕКСАНДР БРАГИН: ДЕТСКИЕ ПОЛИКЛИНИКИ ВЫХОДЯТ НА НОВЫЙ УРОВЕНЬ

Быть главным врачом детской поликлиники — задача не из легких, ведь работать приходится не только с детьми, но и с их родителями. Однако главный врач Детской городской поликлиники №122 Александр БРАГИН справляется с этой ответственной задачей на отлично, поскольку искренне любит свою работу и стремится сделать все возможное, чтобы маленьким пациентам в медицинском учреждении было максимально комфортно и они могли своевременно получить качественную помощь.



Александр БРАГИН,
главный врач Детской
городской поликлиники
№122

— Александр Игоревич, понятно, что в деятельности взрослой и детской поликлиники немало различий. Какие из них наиболее принципиальны?

— Прошлым летом, начиная работу над проектом стандарта детской поликлиники, руководители и главные специалисты Департамента здравоохранения Москвы акцентировали внимание на том, что при его формировании необходимо учитывать особенности функционирования детской поликлиники. Если во взрослой поликлинике каждый обратившийся пациент является юридическим лицом, то в детской мы имеем дело сразу с двумя юридическими лицами: в 95% случаев мамой и в 5% с папой. На нас обижаются бабушки и дедушки: приводя в поликлинику внуков, они узнают, что по закону интересы ребенка могут представлять только мама и папа.

Еще одно отличие в том, что наша работа носит в первую очередь профилактический характер. Взрослые в большинстве своем обращаются к врачу только когда заболевают или в случае обострения хронических недугов. Работая с

детьми, мы делаем акцент на профилактику. Одно из главных направлений профилактической работы — вакцинопрофилактика. Кроме того, согласно приказу №1346н от 21.12.2012 г. Минздрава России каждый ребенок должен ежегодно проходить профилактический осмотр. Большое внимание в своей повседневной работе мы уделяем санитарно-просветительской работе, информируя родителей, как уберечь ребенка от инфекционных заболеваний, как организовать правильное питание. Главным итогом нашего труда является снижение хронической заболеваемости и увеличение количества здоровых детей, которых по достижению 18-летия мы передаем во взрослые поликлиники. Профилактическая направленность работы является, пожалуй, самой важной чертой, отличающей детскую поликлинику.

— Что представляет собой современная детская поликлиника столицы?

— Сегодня детская поликлиника как крупный амбулаторный центр — самодостаточное учреждение хорошего европейского уровня со всеми необходимыми специалистами, включая уникальных — детского онколога, сурдолога, гематолога, ревматолога, которые прежде принимали только в крупных медицинских НИИ и КДЦ. В рамках программы модернизации было поставлено высокотехнологичное рентгенологическое, ультразвуковое и лабораторное оборудование, позволяющее оперативно проводить диагностику.

Знаковый показатель работы поликлиник — снижение госпитализаций, что заметно в том числе по результатам работы аллергологической службы поликлиники. Не секрет, что число детей с аллергией растет. В амбулаторном центре под наблюдением находятся более полутора тысяч детей с аллергическими заболеваниями, в том числе 520 с бронхиальной астмой. В течение восьми лет у нас успешно функционирует аллергологическая служба, своевременно диагностирующая причины аллергии и два раза в год проводящая аллерген-специфическую иммунотерапию, в результате чего сейчас у нас нет ни одного ребенка с бронхиальной астмой, которому установлена инвалидность. Гормональные препараты в настоящее время принимают всего три десятка детей, и только три ребенка за целый год были направлены на госпитализацию из-за обострения заболевания. Таким образом, мы не только освобождаем стационарные койки, но и облегчаем заботы родителям, которым в противном случае пришлось бы ложиться с ребенком в больницу для проведения лечения. Теперь же всю помощь можно получить в одном месте амбулаторно.

Детские поликлиники выходят на новый уровень, объединяя несколько лечебных учреждений. В составе нашего поликлинического комплекса их четыре: основное — Детская городская поликлиника №122 и три филиала, обслуживающие 49 тысяч детей и охватывающие такие районы, как Гольяново, Северное и Восточное Измайлово.

— На чем вы концентрируете внимание в своей ежедневной работе?

— Как главный врач большого объединения я обязан знать, что происходит в каждом филиале. Рационально распределить время помогает плановая работа. Ежедневно лично или по телефону общаюсь с руководителями филиалов, узнаю состояние дел в конкретном подразделении. Обязательно посещаю филиалы,



ВЫРАЖЕННАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ РАБОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ, ПОЖАЛУЙ, САМОЙ ВАЖНОЙ ЧЕРТОЙ, ОТЛИЧАЮЩЕЙ ДЕТСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ ОТ ВЗРОСЛОЙ.

клинико-диагностическую и лабораторную службы, травматологический пункт, причем делаю это не для галочки — моя задача не просто поздороваться и уйти, а прежде всего пообщаться с людьми — сотрудниками и пациентами.

За последние годы детские поликлиники Москвы заметно изменились в лучшую сторону и отличаются от тех учреждений, какими были еще пять-десять лет назад. Пациентов встречает открытый и доброжелательный ресепшн, нет очередей, создана комфортная зона пребывания. Возле инфомата дежурит администратор, который помогает родителям и детям записаться к врачу, определиться с маршрутизацией. Каждый из сотрудников нашего учреждения должен на своем уровне знать, как решить проблему пациента. Я лично проверяю, как работает ресепшн, нет ли сложностей с записью, беседую с родителями, интересуюсь их мнением о поликлинике. В начале года правительство Москвы и Департамент столичного здравоохранения провели краудсорсинг-проект «Детские поликлиники», по результатам которого выяснилось, что детские лечебные учреждения мало внимания уделяют информированию родителей при помощи современных технологий. Чтобы исправить это упущение, мы сделали обратную связь максимально удобной: помимо сайта принимаем обращения родителей на специальную электронную почту, которую ежедневно обрабатывают заведующие филиалами. Более того — я попросил заведующих давать родителям свои телефоны и электронные адреса, чтобы поддерживать связь и в режиме онлайн принимать заявки на выдачу выписки или санаторно-курортной карты. Для родителей это очень удобно: мама может отправить запрос в любое время и получить уведомление о готовности документа.

Всем известно, что бумажная работа отнимает у врачей немало времени, и нам хотелось бы, чтобы педиатры занимались именно больными детьми, нуждающимися в особом внимании, а не тонули в канцелярской рутине. Для этого по



**ХОТЕЛОСЬ БЫ, ЧТОБЫ ПЕДИАТРЫ
ЗАНИМАЛИСЬ ИМЕННО БОЛЬНЫМИ ДЕТЬМИ,
НУЖДАЮЩИМИСЯ В ОСОБОМ ВНИМАНИИ,
А НЕ ТОНУЛИ В КАНЦЕЛЯРСКОЙ РУТИНЕ.**

стандарту детской поликлиники созданы две службы. Служба дежурного педиатра с 8 до 20 часов консультирует родителей и при подозрении у ребенка какого-то заболевания сразу может взять анализы, отправить в рентгенкабинет. В этой службе задействованы опытные педиатры, которые могут оперативно поставить диагноз и назначить лечение. Вторая служба — кабинет здорового детства, создана для здоровых детей. Здесь родители могут получить справки, выписки, рецепты на молочную кухню. В случае, когда требуется не длитель-

ный осмотр ребенка, а экспресс-оценка состояния его здоровья для выдачи необходимого документа, нужно обращаться именно сюда. Эта служба важна для нашего учреждения, поскольку помогает разгрузить врачей, в том числе перед 1 сентября. Понимая, что 38 тысяч наших пациентов пойдут в школу и всем им срочно понадобятся справки, за неделю до Дня знаний мы усиливаем эту службу, организуем несколько кабинетов здорового детства.

Руководителей медучреждений часто называют менеджерами — на наших плечах ко всему прочему экономическая и финансовая работа. После перехода на подушевую систему оплаты в страховой медицине вся финансовая деятельность поликлиники прозрачна: сколько получили от страховых компаний за прикрепленных детей, столько средств и будет в нашем распоряжении. Выплата зарплаты, налогов, содержание зданий в надлежащем состоянии — все это контролирует главный врач. В то же время, получая достойную зарплату, наши врачи понимают: родители вправе требовать от них оказания действительно качественной медицинской помощи.

— Хватает ли вам экономических, управленческих знаний?

— Я работаю в медицине почти тридцать лет, образование получал при советской системе. Нам дали блестящее медицинское образование. В те годы была выстроена вертикаль, позволяющая молодому специалисту пройти путь от простого врача до заведующего отделением. Конечно, не у каждого человека есть задатки руководителя, но если у него были способности, лидерские качества, он уверенно поднимался по карьерной лестнице. Подобный профессиональный рост требовал реформирования мышления, развития административных и управленческих навыков. В будущем, проявив себя, этот специалист мог занять должность заместителя главного врача. Примерно по такой вертикали шел и мой профессиональный путь. Получив высшее медицинское образование в Кубанском медицинском институте, я окончил двухгодичную клиническую ординатуру по педиатрии на кафедре педиатрии с инфекционными болезнями у детей ФДПО ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Конечно, многое мне дала для будущей специальности работа над кандидатской диссертацией: я научился правильно анализировать факты, делать выводы, систематизировать свою работу. Проработав простым врачом и набравшись опыта, был назначен заведующим отделением. В 2000 году стал заместителем главного врача по медицинским вопросам, в 2011-м занял пост главного врача Детской городской поликлиники №122. 1 января 2013 года произошло объединение и реорганизация столичных медучреждений, в результате чего создан амбулаторный центр, включающий четыре поликлиники. Переход на новую ступень потребовал развития экономических и управленческих навыков, нехватка которых действительно ощущалась. Департамент здравоохранения и мэрия Москвы поняли, что главные врачи, имея медицинское образование, нуждаются в современных знаниях для эффективного управления клиникой, и направили нас на двухгодичные курсы управления МВА в институте МГУУ правительства Москвы. Очень важно, на мой взгляд, что нынешние преподаватели отошли от старого формата обучения, ограничивающегося лекциями и зачетами. Сегодня занятия носят практический характер, учащиеся занимаются разработкой проектов и их медико-экономическим обоснованием. Я осознаю всю лежащую на мне ответственность: от неправильного решения главного врача могут пострадать как сотрудники, которые хотят вовремя получать достойную зарплату, так и пациенты, нуждающиеся в своевременной высококвалифицированной помощи.

— Можно ли сказать, что быть главным врачом — ваше призвание?

— Я часто задавал себе этот вопрос, и сегодня, имея большой опыт работы в медицине, могу уверенно ответить: да, быть главным врачом — мое призвание. Несмотря на ненормированный рабочий день, развитие средств коммуникации, позволяющих родителям высказывать свое не всегда положительное мнение о лечебном учреждении, когда я вижу улыбки здоровых детишек, слышу слова благодарности в адрес сотрудников, испытываю гордость за свою причастность к этому большому и важному делу. Мне кажется, все наши специалисты стали врачами потому, что это их призвание — помогать детям, и моя задача — создать для них максимально комфортные условия работы. Когда я стал руководителем объединения, коллектив встретил меня с некоторой настроенностью, полагая, что поскольку я прежде



**ИДЕАЛЬНЫЙ ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ДОЛЖЕН
ОБЛАДАТЬ ЛИДЕРСКИМИ КАЧЕСТВАМИ,
ВЕСТИ ЗА СОБОЙ ЛЮДЕЙ И ОДИНАКОВО
СПРАВЕДЛИВО ОТНОСИТЬСЯ КО ВСЕМ,
НЕЗАВИСИМО ОТ ОПЫТА РАБОТЫ И ЛИЧНЫХ
СИМПАТИЙ.**

руководил Детской городской поликлиникой №122, то для нее буду делать больше, чем для филиалов, однако за прошедшие три года сотрудники убедились, что это не так. Я руковожу большим коллективом, в котором каждый понимает свою меру ответственности, сообща мы развиваем наши учреждения, улучшаем показатели. В качестве примера могу привести прошедшую эпидемию гриппа: благодаря правильной организации работы сотрудников поликлиники, своевременной вакцинации, карантинным мероприятиям нам удалось снизить уровень заболеваемости гриппом, не было чрезмерной нагрузки на специалистов, как раньше, когда за день врачу приходилось обслуживать по 70 вызовов.

— Александр Игоревич, каким, на ваш взгляд, должен быть идеальный главный врач детской поликлиники? Без каких качеств ему не обойтись?

— На курсах по повышению квалификации мы часто спорим: может ли руководить поликлиникой не врач? Не хочу кого-то обидеть, но когда в лечебное учреждение в качестве управляющего приходит администратор без медицинского образования, он относится к происходящему в поликлинике как к обезличенному технологическому процессу, а к детям и родителям как к потребителям услуг. В здравоохранении недопустимо обезличенное отношение к самой клинике и пациентам. Я убежден: руководить медицинской организацией должен главный врач. Ко мне, бывает, на эмоциях приходят мамы и бабушки, полагая, что законы писаны не для всех и если сильно попросить главврача или пожаловаться на него, он пойдет навстречу и решит неоднозначную проблему. В такой ситуации я уточняю, что могу выслушать их как главный врач-администратор, опираясь на действующие законы и приказы, могу как врач-педиатр обсудить состояние здоровья ребенка и возникшую медицинскую проблему, а могу просто как человек выслушать их жалобы. Быть в трех ипостасях одновременно невозможно.

Идеальный главный врач, разумеется, должен обладать лидерскими качествами, которые должны проявляться не в том, чтобы кого-то наказать, а кого-то поощрить, а в том, чтобы вести за собой людей и одинаково справедливо относиться ко всем, независимо от опыта работы и личных симпатий.

— Удастся ли вам совмещать обязанности руководителя с клинической практикой?

— В прежние годы, работая заместителем главного врача, всегда оставлял время на осмотр сложных пациентов, поскольку помимо педиатрии занимался гастроэнтерологией, овладел навыками проведения ультразвуковых исследований. После организации амбулаторно-поликлинического центра на клиническую практику, к сожалению, остается все меньше времени. Тем не менее прошу коллег информировать меня обо всех сложных случаях, участвую в их обсуждении, по возможности — в осмотре пациента. Бывает, меня по старой памяти зовут в кабинет УЗИ, и, если свободен, я с удовольствием откликаюсь.

— Чего вам хотелось бы добиться как главному врачу? Какой должна быть идеальная детская поликлиника?

— Самое главное — не нужно останавливаться в развитии. Медицина не стоит на месте, нужно идти в ногу со временем. Необходимо выстраивать более тесную взаимосвязь с родителями при помощи современных технологий, только сообща можно вырастить здорового ребенка, привить ему навыки здорового образа жизни. При этом посещение поликлиники должно быть максимально комфортным, ведь для ребенка приход в подобное учреждение, не говоря уже об уколах и исследованиях, стресс. Наши маленькие пациенты должны приходить в красивую уютную поликлинику, где им не придется нервничать, дожидаясь приема в огромной очереди, где их встретят доброжелательные медицинские работники и окажут необходимую помощь.

СТРОГ, НО СПРАВЕДЛИВ ВРАЧИ СТОЛИЧНЫХ КЛИНИК РИСУЮТ ПОРТРЕТ ИДЕАЛЬНОГО ГЛАВНОГО ВРАЧА

Врач участковый-терапевт ГП № 170 Маргарита Зотова:

«Идеальный главный врач, как хороший капитан для корабля, который ведет за собой свою команду, своих подчиненных. Он крепко держит в руках штурвал и уверенно направляет корабль мимо всех препятствий к цели.

Главный врач — это тот, кто лучше всех представляет, как работает каждому члену коллектива и стремится к тому, чтобы их труд был комфортным. Это тот, кого не боятся, но уважают, кто обладает безграничным кредитом доверия всех сотрудников. Это тот, кто сумел организовать подчиненных таким образом, что подвести своего начальника — недопустимо. Это фанат своего дела. Это готовый к переменам мудрый управленец».

Врач функциональной диагностики ГП № 3 Денис Хохлов:

«Идеальный главный врач, как и любой другой хороший руководитель, — это человек, способный объединить коллектив своего учреждения, создающий единую, четко работающую систему, где каждый сотрудник знает круг своих обязанностей. Руководитель,

требующий многое от сотрудников, но и требовательный к себе, возможно, даже больше, чем к другим. Это специалист, определяющий вектор развития своего учреждения. Человек, живущий медициной».

Заведующий хирургическим отделением ГП № 220 Иван Двинских:

«Каким должен быть главный врач? Он должен жить жизнью поликлиники, знать, что и как в этой поликлинике «вертится». Должен грамотно формулировать реальные задачи подчиненным и требовать исполнения. Наказывать — только за дело. Должен быть открытым и контактным с подчиненными, стоять горой за своих сотрудников. Быть открытым новым идеям. Не бояться брать ответственность на себя».

Заместитель главного врача поликлиники ГКБ № 81 Радмила Черная:

«Идеальный главный врач:

- дорожит кадровым составом;
- обладает дипломатическими способностями;
- профессионален в вопросах действующего законодательства и стандартов оказания медицинской помощи населению;

- справедлив в отношении подчиненных и пациентов (в том числе умеет отстаивать интересы невинного врача в глазах пациента и вышестоящих инстанций);
- Хороший организатор, оратор, хозяйственник».

Врач-педиатр ДГП № 94 Иван Захаров:

«Молодой, амбициозный и целеустремленный! Обязательно с медицинским образованием. Смело смотрит в будущее, ориентируется в современных условиях рынка, разбирается в экономике. Человек, для которого нести здоровье людям — главная задача!».

Заместитель главного врача ДГП № 125 Георгий Степанов:

«Главный врач в первую очередь умелый менеджер, умеющий «резать по живому», но, как и всякий классный хирург, тонко чувствующий, где именно «резать» и насколько глубоким должен быть разрез. Он должен обладать хорошими аналитическими способностями, быстро и четко реагировать на обстановку вокруг, уметь, невзирая на трудности, добиваться поставленных целей. Его главная задача — сформировать команду единомышленников.

Главный врач строго, но справедливо спрашивает с подчиненных, держит в голове не только «доброе и вечное», но и закон, дорожит честью мундира и престижем врача. Коммуникабельный, пользующийся уважением коллег и уважительный по отношению к другим, умный, нацеленный на развитие, стрессоустойчивый, в меру честолюбивый, не боящийся конструктивной критики...».

Заведующий отделением неотложной помощи ДГП № 38 Юлия Каленичина:

«Идеальный главный врач должен быть доступен и открыт для общения. Работу надо строить так, чтобы персонал не боялся своего руководителя, а уважал. Иногда, даже часто, за улыбку и доброе слово сотрудники готовы горы свернуть».

Врач-уролог ГКБ № 67 Павел Королев:

«Идеальный главный врач — это прежде всего лидер, который ведет за собой сотрудников своей больницы. Он должен положительно влиять на каждого подчиненного, добиваясь успеха всего коллектива. Он должен ставить выполнимые цели и задачи, иначе успеха не видать. Главный врач должен быть учителем для своих подчиненных и, как хороший учитель, он должен обладать опытом и знаниями. Главный врач без опыта и знаний все равно что машина без колес — вроде и есть, но пользы от нее ноль. Он должен быть эрудированным человеком, а уже после этого — все остальное. Главный врач должен быть справедливым

человеком, который адекватно относится к своим подчиненным и умеет не только объявлять им выговоры, но и выделять им премии. Ему не стоит быть мелочным, и за каждый проступок карать рублем, иногда можно и предупредить своих сотрудников об их ошибке и указать пути решения.

Во многом именно от климата внутри больницы зависит успех работы. Главный врач должен уметь создавать благоприятную для работы атмосферу. Должен прислушиваться к своим подчиненным, хоть иногда между делом узнавать, как у них дела (не путать с панибратством). Мне кажется, «главный», который дышит в унисон с коллективом, не ставя себя выше него, но направляя и поддерживая инициативу своих коллег, — идеал для больницы».

Пресс-секретарь ГКБ № 81 Эльвира Чеснокова:

«Главный врач — это мозговой центр, центр управления полетами. От него зависит, как будет проходить полет. Это понятно. Он должен быть отличным управленцем, который умеет грамотно определить стратегию развития учреждения, распределить человеческие ресурсы. Уметь подобрать команду единомышленников. В то же время он должен быть ЧЕЛОВЕКОМ, требовательным и справедливым, чтобы сотрудники не боялись ходить на прием. Чаще общаться с коллективом. Не забывать благодарить сотрудников за отлично сделанную работу. Ради доброго слова многие горы свернут. А главное поймут, что их ценят. Главный врач должен уметь прислушиваться к мнению сотрудников и находить рациональное зерно. Отстаивать интересы сотрудников своего учреждения».

Клинический психолог Госпиталя ветеранов войн № 3 Георгий Грдзелидзе:

«Идеальный главный врач в первую очередь хороший управленец, который умеет грамотно распределять ресурсы, в том числе и человеческие. Умеет строить отношения с сотрудниками и окружающим миром, берет на себя ответственность».

Старший врач подстанции скорой помощи № 19 Павел Харламов:

«Идеальный главный врач — это человек, который может обеспечить наилучший баланс между качеством и доступностью помощи, с одной стороны, и загруженностью персонала — с другой».

Врач функциональной диагностики ГКБ № 81 Татьяна Полякова:

«Строгий, но справедливый, и при этом искренне любящий свою больницу! Чтобы не спускал на тормозах халатность, но и «своих не сдавал», отстаивал интересы больницы и рядовых сотрудников в конфликтных ситуациях».

ТЕЛЕФОН ВСЕГДА ПОД РУКОЙ

Попадая за ограду ГКБ им. В.В. Вересаева (до марта 2016 ГКБ № 81) Северного административного округа Москвы, отмечаешь, что она отличается от других подобных учреждений «лица необщим выраженьем». Образцовые газоны, цветники, «альпийская горка», уютные уголки парка... и нескончаемая вереница «скорых», подъезжающих к приемному отделению. И даже имя, которое несколько месяцев назад присвоили сотрудники своей больнице, принадлежит не просто врачу, но в первую очередь писателю-гуманисту. День, проведенный в клинике, и встреча с главным врачом Наталией ВЕРТКИНОЙ показали, что выбор имени был не случайным.

Внимание к мелочам

Рабочий день у Наталии Викторовны начинается в 8 часов утра, когда она въезжает на территорию больницы и полностью ее «инспектирует»: смотрит состояние газонов, подъезды к больничным корпусам, в порядке ли место сбора медицинских и немедицинских отходов, как заходят на работу сотрудники, как работает охрана, пропуская транспорт на территорию. По ходу дела замечает, есть ли больные-курильщики на специально отведенных площадках, где установлены скамейки и урны. Если, по словам Наталии Викторовны, больные «предаются пороку» в предназначенных для этого местах, значит, в корпусах не курят, и это хорошо. Только после такого рода «инспекции» она подъезжает к корпусу № 12, где располагается администрация больницы и ее кабинет.

— Первым делом надо посмотреть документацию, которая скопилась с предыдущего вечера, — рассказывает Наталия Викторовна.

Уже в 8 часов 30 минут начинается первая внутрибольничная конференция. В кабинет к руководителю клиники приходят дежурные врачи, ответственные по каждой службе, — реаниматологи, анестезиологи, представители хирургических и терапевтических отделений — около 50 человек. Они отчитываются о том, что у них произошло за ночь, какие наиболее тяжелые больные поступили в отделения.

Взяв на заметку все, что произошло за вечер, ночь и ранним утром, главный врач составляет для себя план, куда надо пойти посмотреть пациентов, обсудить дальнейший путь лечения.

— Некоторые тяжелые больные требуют особого внимания, — поясняет Наталия Викторовна. Такие обсуждения отнюдь не формальная процедура. Наталия Викторовна — доктор медицинских наук, заслуженный врач Российской Федерации, 17 лет проработала рентгенологом и врачом УЗИ в многопрофильной больнице № 50, где «прошла» все отделения — и пульмонологию, и общую хирургию, и урологию, много общалась по ходу работы с врачами разных специальностей. На посту главного врача ГКБ № 81 она с 1997 года. Ее внимание в трудных ситуациях действительно необходимо.



Наталия ВЕРТКИНА,
главный врач ГКБ
им. В.В. Вересаева

И швец, и жнец

Но вот врачи уходят на свои конференции по специальностям, и в 10 часов утра кабинет руководителя заполняют сотрудники хозяйственных служб — те, кто занимается эксплуатацией корпусов, внутренним контролем оказания медицинской помощи, завхоз, руководители отдела кадров, бухгалтерии, экономической службы.

После совещания Наталия Викторовна рассказывает:

— Теперь к приемным отделениям предъявляются новые требования, у нас эти отделения построены давно, в начале 90-х, и требуют модернизации. На таких совещаниях мы обсуждаем, как это сделать. Кроме того, наступило время отчетов, поэтому с плановыми, экономическими, статистическими службами мы прорабатываем содержание всех наших отчетов.

Еще один важный вопрос — состояние внутренних помещений, замечает главный врач.

— В августе мы будем ремонтировать терапевтическое отделение, этому будет посвящено сегодня отдельное совещание: как делать ремонт, чтобы не пострадали больные, которые будут там на тот момент лежать, — поясняет Наталия Викторовна. — У нас уже есть отработанный метод — ремонтируем «четвертинками» помещения, отгораживая эту часть от остального пространства плотными занавесками, чтобы было меньше шума и не попадала пыль.

Ежедневные хлопоты

Среди текущих проблем и проведение консилиумов. Если что-то нужно сделать специально для какого-то сложного пациента, например докупить необходимый препарат, врач из отделения, где лежит проблемный пациент, приходит в кабинет руководителя больницы с таким предложением.

— Часто возникают вопросы, которые я даже не планировала, — рассказывает Наталия Викторовна. — Например, просят пройти в приемное отделение или принять больного или его родственников. У нас есть установленные дни, когда мы должны принимать население, но я принимаю в любой момент, если есть люди, которые хотят со мной поговорить, рассказать какие-то свои проблемы или высказать опасения, что для их родственников не делают все возможное. Секретарь сообщает, о каком больном идет речь, я приглашаю заместителя руководителя отделения, где лежит пациент, чтобы быть в курсе дела. Выслушиваю врача, стараюсь понять, чем обеспокоен родственник или сам больной. Наша задача — успокоить родных, потому что часто у нас бывают тяжелые больные, и подумать, как этому пациенту помочь.

С огромным удовольствием

Для понимания специфики работы Наталии Викторовны, как, пожалуй, и любого руководителя крупного

многопрофильного центра, важно помнить о том, что эта работа фактически не прекращается ни на минуту.

— У нас больница напряженно работающая, оперативная активность всех хирургических служб близка к 70%, то есть все отделения функционируют с очень большой отдачей, — объясняет главный врач. — Поскольку примерно 60% пациентов попадают к нам по скорой помощи, то бывают разные непредвиденные ситуации, и мобильный телефон всегда находится рядом со мной.

И, к слову, телефон постоянно звонит. А зачастую и не один из тех, что оказываются под рукой у Наталии Викторовны.

— Как вы с таким хозяйством справляетесь? — удивленно спрашиваю я.

— С огромным удовольствием! — улыбается она в ответ. — Я очень люблю свою работу.

Проведя день рядом с замечательной и обаятельной женщиной-руководителем, в этом уже не сомневаешься. С удовольствием рассказывает Наталия Викторовна и о переменах, происходящих в последнее время в столичном здравоохранении.

— Леонид Михайлович Печатников является, с моей точки зрения, медицинским гением: он предложил очень много положительного для организации медицинской помощи в Москве. Например, поликлиники теперь — это уже новая формация, она развивается и будет давать свои результаты. В нашем огромном Северном округе с населением 1 миллион 300 тысяч человек был один КТ, он находился в КДЦ № 6, и люди со всего округа стояли в очереди по полгода для прохождения бесплатной диагностики, а МРТ не было вообще. А сейчас на каждые 250 тысяч человек есть КТ и МРТ и много другой диагностической и лечебной техники.

Напоследок задаю вопрос, который часто дискутируется, когда речь заходит об эффективном управлении клиникой:

— Столько забот у вас... Надо ли разделять функции главного врача по медицинской части и по административно-хозяйственной между двумя руководителями? Кто все-таки должен руководить клиникой: врач или менеджер?

— Мое мнение такое: врач в лице главного врача лучше знает, что необходимо для функционирования больницы, и направляет и хозяйственные, и экономические службы в соответствующее русло, — уверенно отвечает Наталия Викторовна. — Он, например, понимает, на чем можно сэкономить без ущерба для лечебного процесса. Человек, не владеющий медицинским опытом и знаниями, будет закупать лишнее просто потому, что «так положено». Я считаю, что больницами должны руководить не менеджеры, а врачи. Менеджеры могут быть в штате больницы, но только как помощники главного врача.

ОТ РАССВЕТА ДО ЗАКАТА ОДИН ДЕНЬ ИЗ ЖИЗНИ ГЛАВНОГО ВРАЧА

За день руководителю клиники приходится решать несметное число задач и вопросов различного уровня сложности, время буквально расписано по минутам, да еще и постоянные вводные. Вот как провела «обычный» рабочий понедельник главный врач ГКБ № 52 Марьяна ЛЫСЕНКО.



В больнице Марьяна Анатольевна появляется, как правило, в **7:30-7:45**: кормит своего питомца – крокодилового гекона, надевает халат и начинает «решать вопросы».



8:00

Каждый день начинается с планерки: заведующие отделениями и дежурные врачи знакомят руководителя с последними новостями по больнице.



С **9:00** время для посетителей. Ведение сложных пациентов требует внимания главного врача.



В **10:14**, проведив одного из пациентов в хирургическое отделение, Марьяна Анатольевна проверяет, как идет капитальный ремонт операционного блока. Весной 2017 года здесь заработают «умные операционные».



14:10
Вторая половина дня начинается с обхода. Сегодня — в отделении нейрореанимации.



15:00

Каждый понедельник в 15:00 в конференц-зале проходит еженедельная врачебная конференция.



16:05

Врачебный консилиум по сложному случаю в нефрологической службе.



17:25

Работа пищеблока тоже требует внимания руководителя.



18:00

Совещание с экономистами: обсуждение проекта бюджета.



19:05

Спокойно поработать с документами можно только под вечер.



22:14

Перед уходом — рапорт начальника охраны: «Все под контролем!»

ВРАЧ ПЛЮС МЕНЕДЖЕР РАВНО...

Руководитель медицинской организации — он в первую очередь врач или менеджер? Может ли он быть только менеджером и не обладать дипломом о медицинском образовании? Меняется ли сумма от перестановки мест слагаемых? Изучаем уравнение успеха медицинского руководителя с нашими экспертами.

По мере того как медицина становится не только делом «общественного призрения», а серьезным бизнесом, роль управленцев в системе организации больниц, госпиталей и клиник неуклонно возрастает. Этим объясняется актуальность дискуссии о роли в системе управления медицинскими организациями главных врачей и директоров, к участию в которой мы пригласили директора НПЦ медицинской специализированной помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого, профессора, доктора медицинских наук Андрея Притыко, директора НПЦ психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой, доктора медицинских наук Елену Усачеву, директора Центра паллиативной медицины Анну Федермессер и директора Центра развития здравоохранения МГУУ правительства Москвы, кандидата медицинских наук Константина Царанова.

? **«Московская медицина» (ММ):**
— Прежде чем говорить о явном или мнимом противостоянии врачей и менеджеров, хотелось бы остановиться на таком частном моменте, как название должности медицинского руководителя. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н предельно лаконичен и ясен: руководителем медицинской организации (МО) может быть главный врач, президент, директор, заведующий, управляющий, начальник. Но есть одно ограничение, имеющее отношение к теме нашего разговора. «Наименование должности «Главный врач» может применяться только при наличии у руководителя медицинской организации высшего профессионального (медицинского) образования». Вы все имеете на это полное право. Но называетесь директорами. Это как-то отражает особенности вашей работы, которые отличают вас от коллег — главных врачей?

Андрей Притыко (А.П.):

— Функционал директора заметно шире, чем у главного врача. Потому что директор всегда еще и научный сотрудник. Поэтому все НПЦ возглавляют директора, а не главные врачи. Так работает и московская система здравоохранения, и федеральная. Главные врачи возглавляют только больницы.

Елена Усачева (Е.У.):

— Занятие наукой у директора любого НПЦ занимает очень большую часть его работы. Главный врач этого лишен. Хотя, на мой взгляд, ничто не может помешать главному врачу организовать научную деятельность и вовлекать в нее своих подчиненных. Это регламентируется действующим законодательством и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и четко исполняется в структуре московского здравоохранения. Например, у меня как у директора есть заместитель по

лечебной работе. Он не называется главным врачом, что могло бы внести путаницу. Но если, допустим, существующий порядок будет изменен и в подчинении у директора НПЦ появится главный врач, то это ничего не изменит в сути нашей работы. Директор останется единственным руководителем, несущим всю полноту ответственности за работу.

? **ММ:**
— Существует ли разделение полномочий и функций между главным врачом и директором, если не затрагивать аспект научной работы?

А.П.:
 — Очевидно, там, где есть две эти должности, разделение идет точно так же, как у меня — директора — и моего заместителя по лечебной работе. Тут нет места для конфликтов. Директор НПЦ проводит директорские конференции и директорские консилиумы. То есть он в любом случае контролирует лечебную работу.



Андрей Притыко

ФУНКЦИОНАЛ ДИРЕКТОРА ЗАМЕТНО ШИРЕ, ЧЕМ У ГЛАВНОГО ВРАЧА. ПОТОМУ ЧТО ДИРЕКТОР ВСЕГДА ЕЩЕ И НАУЧНЫЙ СОТРУДНИК. ПОЭТОМУ ВСЕ НПЦ ВОЗГЛАВЛЯЮТ ДИРЕКТОРА, А НЕ ГЛАВНЫЕ ВРАЧИ.

Анна Федермессер (А.Ф.):

— Структура учреждения паллиативной медицинской помощи отличается от остальных ЛПУ, от больниц или НПЦ. Тут пациент и его пожелания важнее правил, сестры важнее врачей. Социальная составляющая помощи больше медицинской. Сейчас хосписы и паллиативные отделения в Москве очень разные, эффективность работы измерить крайне трудно, так как нет принятых стандартов, протоколов, критериев качества. Деятельность МО, занимающихся паллиативной помощью, нужно приводить к единому стандарту качества.

Но если обязать этим заниматься главного врача, то ему некогда будет заниматься лечебным процессом, а это в

паллиативе, при недостатке профильного образования и при отсутствии тех же стандартов, очень непростая задача. Поэтому сегодня, и именно для паллиативной помощи, я вижу разделение функций так: есть главный врач, он занимается лечебным процессом, контролем качества оказания паллиативной медицинской помощи, принимает решения о том, что целесообразно, а что нет для того или иного пациента. Сейчас мы все еще сталкиваемся с проблемой полипрагмазии, избыточной диагностики. Это — епархия главного врача.

А на директоре остается административно-хозяйственная деятельность, проведение ремонтов, подбор кадров и обучение персонала, а также идеологическая задача — перемещение центра тяжести в паллиативе с медицинской помощи на социальную, на работу с семьями, выявление индивидуальных потребностей пациента. Мне важно в главном враче иметь соратника, правую руку, который будет, разделяя идеологию паллиативной помощи, курировать ее медицинскую составляющую. Никто не может быть специалистом во всем, у каждого есть сильные и слабые стороны, любому менеджеру важно окружить себя специалистами, которые каждый в отдельности, по своему направлению, сильнее, умнее и ярче руководителя.

А руководитель должен видеть конечную цель и вести к ней всю структуру, правильно лавируя в правильный момент. Объясню на простом примере. У нас в центре паллиативной помощи нет своей прачечной, есть договор с другой организацией, и я как директор должна его подписать. Для этого нужно понимать условия, сколько и где у нас коек, сколько раз в день нужно менять постельное белье и какое оно должно быть, как мы белье будем вывозить, где его хранить, каков режим доставки чистого белья, белье должно быть арендованное или свое, какую долю белья нужно дезинфицировать, срок жизни белья... Только ответив на все вопросы, мы сможем прописать условия контракта и передать заявку на торги. Такие понятные логические цепочки должны быть организованы по всем процессам: по питанию, уборке, лекарственному обеспечению, по ремонту, по административно-хозяйственной части. Есть еще гражданская оборона, охрана, пожарная служба, медоборудование, транспорт, аренда, связь... Центр — это огромное хозяйство, и моя как директора задача — поиск на каждое направление настоящего профессионала, которого я смогу сделать преданным адептом паллиативной помощи.

? **ММ:**
— Кто же все-таки должен возглавлять медицинскую организацию — менеджер или врач?

Константин Царанов (К.Ц.):

— В мире есть две противоположные точки зрения: одни специалисты считают, что профессиональный управляющий (менеджер) будет идеально выполнять свои обязанности в любой организации, в том числе и медицинской. Другие полагают, что далекому от медицинской сферы менеджеру руководство клиникой будет даваться с трудом и сопровождаться серьезными дополнительными рисками. При этом для аргументации обеих точек зрения приводится большое количество теоретических доводов. Но, как известно, именно практика — лучший критерий истины. А мировой практический опыт показывает, что профессиональный путь успешных руководителей клиник и в России, и в мире может развиваться по двум альтернативным карьерным траекториям и соответствует двум основным моделям управления современной клиникой. В первом случае у руководителя клиники есть медицинское образование (главный врач), а во втором случае управляет клиникой директор, имеющий экономическое, управленческое, юридическое и другое профильное образование, и в его подчинении находится медицинский директор, отвечающий за всю медицинскую часть. Среди менеджеров мысль о том, что профессионал сможет управлять чем угодно и в любых условиях, достаточно распространена. Ведь базовые принципы работы не меняются, и можно при переходе из одной сферы в другую основательно подготовиться, «промониторить рынок». К тому же опытный менеджер может достаточно быстро показать высокие финансовые результаты. Другой вопрос, пойдут ли профессионалы-врачи за лидером, который не знает медицину и далек от ее принципов.

Е.У.:

— Лично мне кажется, что относительно системы здравоохранения вопрос о том, кто должен возглавлять МО — менеджер или врач, — не актуален. Да, мне хотелось бы больше заниматься лечебным делом. Или наукой. Да, административная и хозяйственная работа отнимают много драгоценного времени, и их доля в объеме рабочего времени постоянно растет. Планирование работы, ведение статистики, учет расходов и доходов... Все это менеджмент в чистом виде. Но! Как опыт назначения гражданского человека на должность министра обороны не называют удачным, так же не стоит рассчитывать на успех, если допустить к руководству МО человека без медицинского образования. Каким бы талантливым менеджером он ни был, он не сможет эффективно организовать именно лечебный процесс. Для менеджера любого уровня важно ясно понимать, хочет ли он что-то кардинально менять или ничего не менять в принципе. В противном случае все его действия будут сводиться к набору шаблонных управленческих приемов.

С другой стороны, у менеджерской позиции есть и свои аргументы за. Например, меняется философия оказания медицинской помощи и критерии «хорошей работы» врача с пациентом. Алгоритм работы врача все более и более формализуется. Это вызывает потребность в умении врача четко и качественно вести документацию, отвечать формальным признакам хорошего менеджера. Этот процесс не остановить. Но медицина, как мне кажется, будет им захвачена в числе последних.



Елена Усачева

КАК ОПЫТ НАЗНАЧЕНИЯ ГРАЖДАНСКОГО ЧЕЛОВЕКА НА ДОЛЖНОСТЬ МИНИСТРА ОБОРОНЫ НЕ НАЗЫВАЮТ УДАЧНЫМ, ТАК ЖЕ НЕ СТОИТ РАССЧИТЫВАТЬ НА УСПЕХ, ЕСЛИ ДОПУСТИТЬ К РУКОВОДСТВУ МО ЧЕЛОВЕКА БЕЗ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ. КАКИМ БЫ ТАЛАНТЛИВЫМ МЕНЕДЖЕРОМ ОН НИ БЫЛ, ОН НЕ СМОЖЕТ ЭФФЕКТИВНО ОРГАНИЗОВАТЬ ИМЕННО ЛЕЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС.

А.Ф.:

— Большинство медицинских работников, как мне кажется, думают, что если у директора клиники нет медицинского образования, то это катастрофа, и они имеют право так думать. Но в отношении себя и паллиативной медицинской помощи в целом я считаю, такой вариант не критичен, поскольку по своей сути паллиативная медицинская помощь — значительно в большей степени помощь социальная, чем медицинская. А самым правильным будет сказать, что она сочетает в себе разные аспекты помощи: медицинскую, социальную, юридическую, психологическую, духовную поддержку как самого пациента, так и его семьи.

А.П.:

— Вопрос о директоре и главном враче иногда дискутируется как вопрос об обязательности высшего

медицинского образования для руководителя МО. А как, не имея квалификации врача, такой руководитель будет управлять лечебной работой?



ММ:

— Приказ Минздравсоцразвития также отвечает на вопрос об обязательности медицинского образования для руководителя МО. В перечне обязательных требований к квалификации читаем: «Высшее профессиональное образование по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Стоматология»..., сертификат специалиста по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» или высшее профессиональное (экономическое, юридическое) образование и специальная подготовка по менеджменту в здравоохранении». Поскольку специальную подготовку по менеджменту в здравоохранении сегодня предлагают не только медицинские вузы, то, следовательно, возглавлять МО может человек без медицинского образования. А что вы думаете об обязательности управленческого образования для медицинского руководителя?



Анна Федермессер

НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ХОРОШИМ РУКОВОДИТЕЛЕМ ЧЕЛОВЕК БЕЗ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО МЕНЕДЖЕРСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ. ОНО МОЖЕТ БЫТЬ ВТОРЫМ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ, ДАЖЕ САМОСТЯТЕЛЬНО ПОЛУЧЕННЫМ НА УРОВНЕ ЧТЕНИЯ КНИГ ИЛИ ЖИЗНЕННОГО ОПЫТА.

К.Ц.:

— Руководство клиники интегрирует принципы менеджмента с профессиональными, психологическими, этическими принципами, рождая новый специфический вид управления, который называется «Управление в здравоохранении или медицинский менеджмент». От уровня этого менеджмента, который фактически обеспечивает не

столько сервисные услуги, сколько медицинские, зависят подчас не только здоровье, но и жизнь пациентов. Знание основ медицинского менеджмента необходимо всем руководителям МО независимо от вида их первого образования. Ведь каждый из них, чтобы стать успешным, должен обладать необходимым набором компетенций.

А.Ф.:

— Нет единого рецепта для всех МО. Не может быть хорошим руководителем человек без соответствующего менеджерского образования. Оно может быть вторым, дополнительным, даже самостоятельно полученным на уровне чтения книг или жизненного опыта. Но все равно его надо иметь. Нельзя взять просто очень хорошего врача и поставить руководить организацией, он может все завалить. И наоборот: если просто впускать менеджера, не имеющего отношения к медицине, в медицинскую организацию, это тоже будет катастрофа.

А.П.:

— Директор обязан быть еще и менеджером. Им он тоже не может не быть, как не может не быть врачом. Потому что вопросы питания, строительства, стирки белья, экономики в целом — все это на его ответственности. Очень скоро, работая директором, я понял, что нуждаюсь в экономическом образовании и знаниях системы финансов. Хотя у меня есть заместитель по экономике и главный бухгалтер. По той же самой причине — если ты отвечаешь за дело, то ты должен его понимать и разбираться в нем. В итоге в 2002 году я поступил в Академию государственной службы. Получил диплом «муниципальное и государственное управление» в 2005 году. Плюс к тому получил диплом МВА. На курсе МВА я увидел экономику, бюджет. Я понял, как формируются и распределяются финансовые потоки, что сейчас активно использую в своей повседневной работе. Исходя из личного опыта и наблюдая за своими коллегами, я прихожу к заключению, что руководитель МО должен быть врачом — обязательно. И менеджером — факультативно.



ММ:

— Насколько актуальна эта тема для других стран и можем ли мы переносить их опыт на наши реалии?

А.Ф.:

— Я считаю себя экспертом только в паллиативной помощи и могу ответственно говорить только об этом. К сожалению, нет такого зарубежного примера, который можно взять и полностью экстраполировать на нашу почву. В конце жизни более чем где-либо играет роль ментальность, культура общества, индивидуальный подход. В паллиативной помощи ошибок не исправить — умереть второй раз

нельзя. Поэтому не надо изобретать велосипед — надо брать лучшее из разных стран, синтезировать и сделать свой уникальный продукт, который именно российскому самосознанию будет близок. Даже путь Белоруссии нам не повторить — там толчком к развитию послужила Чернобыльская авария, и паллиатив начался с готовности Европы включиться в помощь детям. Сегодня в Белоруссии есть паллиативные учреждения, где руководитель — директор, как в Европе, а есть те, которыми управляет главный врач. В Англии хосписами зачастую руководят медсестры. Правда, с высшим образованием. В Германии — врачи. В Израиле — менеджеры. А вообще в паллиативную помощь во всем мире приходят люди очень неравнодушные, и хорошими руководителями становятся те, кто умеет совместить идеологию с управлением.

А.П.:

— Я неплохо знаю западную систему здравоохранения, поскольку наш центр тесно сотрудничает со многими западными клиниками. Да, там действительно во главе стоит менеджер. Президент. Например, в ватиканской клинике «Бамбино Джезу» (Рим), с которой мы сотрудничаем уже несколько лет, уже третий президент сменился на моей памяти. И все они — не имеют медицинского образования. Это высококлассные менеджеры. Объясняется это иной структурой клиники и принципиально иными обязанностями, зоной ответственности, возложенными на ее руководителя Ватиканом и итальянским законодательством. Президент такой клиники занят только экономикой и политикой — там ведется большая международная работа. Но за лечебную часть отвечает медицинский директор — полный аналог нашего главного врача или заместителя директора по лечебной работе. Специально не интересовался, но сильно сомневаюсь, что президент клиники вмешивается в работу медицинского директора. Он для этого слишком хороший менеджер. Его задача в этом направлении — назначить



Константин Царанов

РУКОВОДСТВО КЛИНИКОЙ ИНТЕГРИРУЕТ ПРИНЦИПЫ МЕНЕДЖМЕНТА С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ, ЭТИЧЕСКИМИ ПРИНЦИПАМИ, РОЖДАЯ НОВЫЙ СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ВИД УПРАВЛЕНИЯ, КОТОРЫЙ НАЗЫВАЕТСЯ «УПРАВЛЕНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ИЛИ МЕДИЦИНСКИЙ МЕНЕДЖМЕНТ». ЗНАНИЕ ОСНОВ МЕДИЦИНСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА НЕОБХОДИМО ВСЕМ РУКОВОДИТЕЛЯМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ НЕЗАВИСИМО ОТ ВИДА ИХ ПЕРВОГО ОБРАЗОВАНИЯ.

на должность медицинского директора очень уважаемого в медицинском сообществе профессионала. Потому что огромную роль в работе клиники играют профессора Римского медицинского университета, чьим мнением он дорожит.

Применима ли такая схема у нас? В принципе это можно обсуждать, но не вижу смысла менять стройную систему, которая сложилась и нормально функционирует. Надеемся, наши читатели продолжат поднятую тему и дополнят ее своими наблюдениями и соображениями. Будем рады узнать ваше мнение по затронутой теме.



**НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА**

Обеспечивает, аналитической и экспертной информацией по вопросам развития здравоохранения органы исполнительной власти города Москвы и руководителей медицинских организаций различных форм собственности



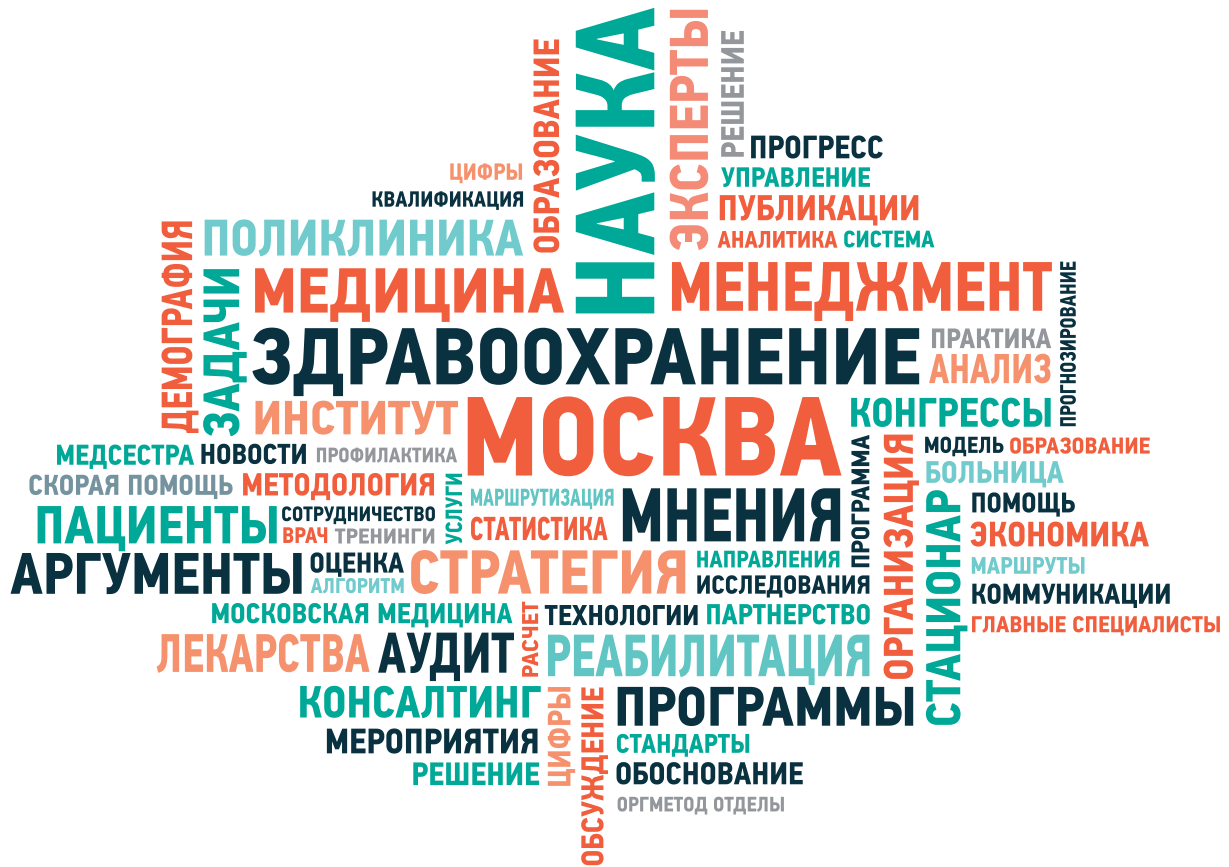
ДАВИД МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ

ДИРЕКТОР ИНСТИТУТА, К.Ф.Н.:

“ Мы видим своей задачей всесторонний и объективный анализ различных процессов в сфере здравоохранения, включая, в том числе, и предотвращение различных рисков в отрасли.

- РАЗВИТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И ПЕРСОНАЛА
- ОБЪЕДИНЕНИЕ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ И ПРИКЛАДНЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ С ПРАКТИКОЙ МОСКОВСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
- КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ИНФОРМАЦИОННОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

www.niozmm.org
+7 (495) 951-20-54
niozmm@zdrav.mos.ru
115184, Москва,
Большая Татарская, 30



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

+7 (495) 951-20-54
niiozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва, Большая Татарская, 30

www.niiozmm.org

ЛЕОНИД ПЕЧАТНИКОВ: ГЛАВНЫЙ ВРАЧ — ДОЛЖНОСТЬ, А ПРОФЕССИЯ У НАС — ВРАЧ

Какого бы уровня руководителем ни был врач, он всегда остается врачом. О том, как, занимая руководящие должности, не терять связь с медицинской практикой, рассказывает заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития, заслуженный врач России Леонид ПЕЧАТНИКОВ.

— Все-таки, Леонид Михайлович, руководитель клиники — главный врач — больше врач или менеджер? Каким должен быть руководитель клиники сегодня?

— И раньше, и сейчас в наших реалиях любой главный врач — это человек, который прошел какую-то врачебную школу. В отличие от США или Западной Европы в России не готовят специалистов по руководству больницей. Во Франции есть факультеты, где получают высшее образование по специальности «директор госпиталя». Это не медицинское образование, на факультете дают определенные медицинские знания, и выпускники имеют представление о том, что такое медицина, но основу образования составляют юриспруденция и экономика здравоохранения. Это оправдано, так как врачи и клиники во Франции уже давно работают в условиях страховой медицины. Выпускник такого факультета — специалист по организации здравоохранения, не врач.

Хорошо это или плохо? Истина, наверное, где-то посередине, как это всегда бывает. Дело в том, что руководитель госпиталя во Франции — директор госпиталя не вмешивается в лечебный процесс. Лечебным процессом руководит медицинский совет, руководители медицинских служб, которые ставят перед директором задачи хозяйственно-финансового характера. Говорят, например: «Нам надо купить вот этот прибор и отремонтировать этот кабинет». А директор госпиталя, сообразно финансовому положению больницы, определяет, как и когда такую заявку можно удовлетворить и нужно ли ее удовлетворять. Любая заявка такого рода должна быть



Леонид ПЕЧАТНИКОВ,
заместитель мэра
Москвы по вопросам
социального развития

обоснована. Наши главные врачи, которые по сути тоже являются директорами больниц, в большинстве своем имеют медицинское образование, за плечами многих стоит серьезный клинический опыт. Нужен ли такой опыт для руководства клиникой? На мой взгляд, нужен. Если руководитель больницы не понимает реальные медицинские потребности пациента, я полагаю, эффективность такого руководителя будет невысока.

Вопрос, каким должен быть главный врач больницы, очень непростой. В современных условиях, когда фактически ФОМС покупает медицинские услуги у клиник, главный врач должен быть менеджером. Он должен понимать, как устроена финансовая модель системы здравоохранения, как она работает, он несет ответственность за своевременность выплаты зарплаты сотрудникам, за оптимальность штатного расписания, за оснащенность клиники и эффективную работу оборудования, он должен уметь управлять всеми процессами в клинике. В такой ситуации медицинская профессиональная составляющая все больше уходит из интересов главного врача. Но если она уйдет совсем, я боюсь, что за этим последуют другие проблемы. Все-таки главный врач — должность, а профессия у нас — врач.

— Удастся ли вам как-то удержать интерес к врачебной составляющей профессии, а главное, реализовать его на практике? Есть ли на это время?

— Я достаточно поздно стал «организатором здравоохранения». Большую часть своей жизни я был практикующим врачом. Частную клинику, которую я создавал по мною же придуманной модели, я строил как врач. Она поначалу была совсем небольшой, и мне казалось, что я никогда больше не столкнусь с городским здравоохранением. Впрочем, я не был владельцем этой клиники, и инвесторы, вкладывавшие средства в ее развитие, научили меня жить в условиях бюджета, понимать, что рентабельно, а что нет. Мне, можно сказать, в этом смысле повезло, потому что я совместил в себе две зачастую не очень совместимых ипостаси.

— У вас не было коммерческого директора?!

— Был генеральный директор — именно директор госпиталя, который занимался финансами. А я был главным врачом, но работал в системе жесткого бюджетирования, и принципы страховой медицины знаю, может быть, как никто другой. Мне приходилось строить всю медицинскую часть с учетом имеющихся возможностей, в том числе финансовых. Ровно то же самое я делаю сейчас на уровне города — мы пытаемся выстроить модель здравоохранения с учетом экономических реалий, в которых живем. Хотя это и несопоставимо по масштабам и уровню сложности. Остаюсь ли я при этом врачом? Хочу надеяться, что да. Главный врач, руководитель Департамента, заместитель мэра — это должности, они всегда временны, а врач — моя профессия. И даже больше — это моя жизнь. Поэтому я стараюсь выбрать время, чтобы консультировать больных. Правда, когда ко мне обращаются с просьбой посмотреть больного, всегда сложно понять, действительно ли человек нуждается в моих знаниях или хочет сделать приятное в порядке мелкого подхалимажа. Но мне в общем-то все равно, ведь для меня праздник, когда я могу взять в руки фонендоскоп и высказать свое суждение.

— А как родилась идея проводить в Москве клинко-анатомические конференции? Они ведь тоже помогают держать себя во врачебном тоне многих руководителям клиник...

— Я рассматриваю этот формат, если угодно, как курсы усовершенствования по медицине для организаторов здравоохранения, чтобы они не потеряли интереса к своей реальной профессии. При этом рад, если это интересно и молодым врачам. Мне рассказывают, что интересно, и действительно, помимо руководителей разного

уровня на конференции приходят все больше и больше практикующих врачей, мы даже реализовали формат онлайн-трансляций по всем больницам.

Я сам в свое время участвовал в таких клинических разборах, начиная с младших курсов института, был знаком с Евгением Михайловичем Тареевым — легендарным российским терапевтом, слушал Владимира Харитоновича Василенко. Это очень хорошая школа и подспорье для молодых докторов, как мне кажется, и было бы обидно, если бы с моим уходом проведение этих конференций прекратилось. Во время обсуждения формулируются проблемы не только медицинского характера, но и сопряженные с ними организационные, управленческие трудности. Как раз основной акцент и делается на том, чтобы те организаторы здравоохранения, которые, может быть, приходят на эту конференцию, только чтобы отметить, все-таки услышали, насколько переплетаются их организационные достижения с достижениями врачей, и наоборот, как их просчеты оборачиваются иногда непоправимыми последствиями для пациента. Это главная задача проведения клинико-анатомических конференций. Идея не новая, разве что в масштабах города такого никто не проводил. Но мне хотелось это сделать и для своих коллег, и для себя отчасти, чтоб держать руку на пульсе и не терять тонуса. Я ведь никогда не готовлюсь к ним, на это просто нет времени, к сожалению. Приходится ориентироваться по докладам. Но я уже старый врач и имею достаточный опыт для того, чтобы обращать внимание на какие-то важные нюансы и выносить их на обсуждение аудитории.

— Какие еще есть возможности поддерживать себя в тонусе руководителя? Очень многие главврачи, с которыми мы побеседовали, говорят, что их рабочий день начинается с обхода, вы тоже говорите, что удается найти время на консультации пациентов...

— Да откуда время... Иногда по субботам я смотрю больных, и далеко не каждую неделю. Но для меня каждый раз, когда я надеваю халат, вставляю в уши фонендоскоп, — это отдых и удовольствие.

Что же касается главного врача, наверное, он может начинать свой рабочий день и с обхода, но все-таки его главная задача — посмотреть, все ли в порядке в его «королевстве». Я не требовал бы от главных врачей медицинских обходов, медицинскую часть должен вести скорее начмед. Именно он должен стать реальным главным врачом, знать всех тяжелых больных. Я довольно долго исполнял функции начмеда в крупных больницах и знал всех тяжелых больных, и самых тяжелых всегда смотрел сам, сам возглавлял консилиумы — для этого и нужен начмед. Но если главный врач сам в состоянии это делать, то честь ему и хвала.

— А есть среди главных врачей те, которые продолжают активную клиническую практику?

— Не могу вам сказать наверняка. Но если есть такие уникалы — это прекрасно. При этом надо понимать, что клиническая практика не снимает с руководителя клиники ответственности за решение хозяйственных и финансовых вопросов. Отвечать за все, что происходит в клинике, все равно будет ее руководитель, как бы он ни был талантлив как врач.

— Так реально ли провести на практике четкую границу между медициной и организацией здравоохранения?

— Это очень сложный вопрос, и я не знаю, есть ли на него вообще однозначный ответ. Я много раз говорил, что организаторы здравоохранения и лечащие врачи — это как бы две непересекающиеся плоскости. Им хорошо было бы друг без друга делать свою работу, что невозможно, конечно же. Так что напомним лучше старый медицинский анекдот: «Папа говорит сыну: учись хорошо. Будешь хорошо учиться — станешь врачом, будешь плохо учиться — станешь главным врачом».

АНГИОПЛАСТИКА БЫЛА НЕЦЕЛЕСООБРАЗНА

На апрельской общегородской клинико-анатомической конференции обсуждалась история болезни мужчины 76 лет, причиной смерти которого стал обширный инсульт головного мозга.

ОТ РЕДАКЦИИ

Напоминаем, что по просьбе Леонида Печатникова редакция публикует выступления докладчиков, максимально сохраняя авторский стиль с тем, чтобы передать атмосферу обсуждения и особенности изложения материала с трибуны.

Поликлиника

С первым докладом выступила главный врач городской поликлиники № 5 Департамента здравоохранения города Москвы Карина Петросян. По ее словам, пациент наблюдался в поликлинике с ноября 2012 года, однако с 26 декабря 2012 года по 18 января 2013 года проходил лечение по поводу инфаркта миокарда в ГКБ № 23 имени «Медсантруд», а затем до 10 февраля 2013 года проходил реабилитацию в кардиологическом санатории «Подлипки».

Диагноз, поставленный в ГКБ № 23 имени «Медсантруд»

Основной диагноз

ИБС. Острый передне-боковой инфаркт миокарда с распространением на верхушку сердца и подъемом сегмента ST от 25 декабря 2012 г. Постоянная форма мерцательной аритмии с 1998 г., тахисистолический вариант.

Осложнения

Тромбирование сосудов верхушки левого желудочка в остром периоде.

Фон

Артериальная гипертензия 3 стадии, высокий риск осложнений.

Сопутствующая патология

Геморрагический васкулит с поражением кожи (язвенно-некротическая пурпура) и почек (по типу гломерулонефрита с мочевым синдромом) в анамнезе, начиная с 2008 г.

— С 11 февраля 2013 года больного принял на динамическое наблюдение врач-кардиолог нашей поликлиники, — рассказала Карина Петросян. — К диагнозу, поставленному в стационаре, специалист добавил следующие патологии: стенокардия напряжения второго функционального класса, постинфарктный кардиосклероз, блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса, недостаточность кровообращения I степени.

На тот момент лекарственная терапия пациента включала:

- метопролол;
- ацетилсалициловую кислоту;
- варфарин под контролем МНО;
- эналаприл;
- atorвастатин.

Карина Петросян обратила внимание собравшихся на результаты УЗИ сонных артерий, которое, по ее словам, доказало наличие у больного серьезных нарушений не только кардио-, но и цереброваскулярной системы.

кардиосклероз, осложненный тромбированной верхушкой в остром периоде, многососудистое атеросклеротическое поражение коронарных артерий, постоянная форма гипертонической болезни 3 стадии». Сопутствующий диагноз: «геморрагический васкулит».

— Операция, о которой думал наш кардиолог, в НПЦИК не была выполнена, — уточнила Карина Петросян.

После выписки из НПЦИК 8 мая больной обратился в поликлинику только 9 июня.

Результаты УЗИ сонных артерий от 22.04.2013 г.

Слева кровотоков по общим, наружным и внутренним сонным артериям нормальных параметров. В области бифуркации общей сонной артерии — кальцинированная атеросклеротическая бляшка. Стеноз менее 20%. Тромбы не выявлены. Справа — общая сонная артерия и наружная сонная артерия — без значимых стенозов. 70%-ный стеноз проксимального отдела внутренней сонной артерии.

Заключение невролога по итогам консультации 24.06.2013 г.

Цереброваскулярная болезнь, дисциркуляторная энцефалопатия 2 степени; выраженный атеросклероз сосудов головного мозга.

Рекомендована ультразвуковая доплерография брахиоцефальных артерий и консультация ангиохирурга.

Назначен курс инъекционной терапии (кортексин, мексидол).

По словам Карины Петросян, с 1 июля по 13 октября 2013 года пациент в поликлинику не обращался. В ходе последнего визита после осмотра кардиологом пациент был направлен кардиологом в Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии ДЗМ (НПЦИК) для консультации и решения вопроса о необходимости кардиоангиографии и последующей каротидной эндартерэктомии.

По данным выписного эпикриза НПЦИК пациент был выписан в удовлетворительном состоянии без рецидивов и ангинозных болей с диагнозом: «ИБС, постинфарктный

— Значительных изменений в его состоянии не произошло. Приступы стенокардии отсутствовали. Сохранились целевые значения АД — 120/80 мм рт. ст., — уточнила Карина Петросян. — Но при суточном мониторинге выявлялась фибрилляция предсердий и желудочковые экстрасистолы. Врачебная комиссия порекомендовала проведение операции аортокоронарного шунтирования в плановом порядке в многопрофильном стационаре. Было также рекомендовано продолжить терапию нитратами, бета-адреноблокаторами, антикоагулянтами, статинами, дезагрегантами. Больной был



**НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА**

Осуществляет научно-практические разработки в области внедрения систем менеджмента качества (СМК) в сфере здравоохранения



АЛЕКСАНДР ЦИБИН

НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ОРГАНИЗАЦИИ И КОНТРОЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ:

“ Эффективное функционирование системы здравоохранения невозможно без повсеместного внедрения принципа стандартизации и полноценного контроля за его соблюдением в повседневной работе врача.

- ПОДГОТОВКА К ВНЕДРЕНИЮ СИСТЕМ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В РАЗЛИЧНЫХ СФЕРАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
- ПРОВЕДЕНИЕ ОБУЧАЮЩИХ СЕМИНАРОВ И ТРЕНИНГОВ ПО РАБОТЕ С СМК ДЛЯ ВРАЧЕЙ И РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
- МЕТОДИЧЕСКАЯ И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ВНЕДРЕНИИ СМК

www.niozmm.org

+7 (495) 951-20-54

niozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва,

Большая Татарская, 30

направлен на консультацию кардиохирурга в НИИСП имени Н.В. Склифосовского.

К сожалению, больной, по словам Карины Петросян, относящийся к своему лечению все более небрежно, в очередной раз «исчез» на несколько месяцев.

В феврале и марте 2015 года, когда больной несколько раз появился в поликлинике, был определен показатель МНО.

— Он составил 1,46 единицы, тогда как для этого пациента целевое значение должно было быть 2–3 единицы, — уточнила Карина Петросян. — Уровень глюкозы крови был повышен до 6,5 ммоль/л, показатели липидного обмена — без существенных отклонений, за исключением умеренного увеличения уровня общего холестерина (5,6 ммоль/л). Кардиолог провел коррекцию терапии: увеличил дозы статинов и уменьшил дозу варфарина. По результатам ЭКГ, сделанной 4 марта, существенной отрицательной динами-

Стационар

По словам главного врача ГКБ № 5 ДЗМ Шамиля Гайнулина, пациент был доставлен в стационар 22 февраля 2016 года в 13:20 с направительным диагнозом: «острое нарушение мозгового кровообращения»:

— Жалобы при поступлении пациент не предъявлял из-за речевых нарушений. Супруга больного сообщила, что варфарин он принимал всего по половине таблетки в день, под контролем МНО. Мы узнали от нее, что в марте — апреле 2015 года больной лечился уже не в поликлинике, а в ЦКБ гражданской авиации. Судя по выписному эпикризу, у больного подтвердились все те заболевания, о которых нам сообщила только что Карина Петросян, а также то, что в 2008 году больной перенес геморрагический васкулит. Женщина сообщила, что ее супруг отказался от всех тех сосудистых операций, которые ему предлагали в 2013–15 годах.

Состояние больного при поступлении в стационар

Состояние тяжелое. Кожные покровы обычной окраски, чистые. ЧДД 16 в мин., дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца аритмичные, АД 180/100 мм. рт. ст., ЧСС 83 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. Сознание оглушенное, по шкале комы Глазго — 13 баллов. На осмотр реагирует двигательным оживлением. Обращенную речь не понимает, инструкции и координаторные пробы не выполняет. Менингеальных знаков нет. Зрачки равные, фотореакция живая. Нистагма нет. Явная асимметрия лица: сглажена правая носогубная складка, опущен угол рта. Сенсомоторная афазия. Правосторонняя гемиплегия. Сухожильные рефлексы — с акцентом справа. Патологические стопные знаки справа. Расстройства чувствительности не выявлены.

ки обнаружено не было. 10 марта больного проконсультировал невролог. К предыдущему диагнозу были добавлены вестибуло-атактический синдром и хроническая ишемия мозга. Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, выполненное 24 марта, обнаружило эхографические признаки атеросклероза этих сосудов со стенозом правой внутренней сонной артерии на 70% и левой внутренней сонной артерии — на 40%. На 27 марта 2015 года была назначена консультация невролога. Но с тех пор мы этого больного не видели.

— Пациент предъявлял какие-то жалобы в связи с геморрагическим васкулитом? — поинтересовался Леонид Печатников.

— Вы что-то делали в связи с этим заболеванием?

— Никаких жалоб по этому поводу у больного не было, как и объективных признаков васкулита, — ответила Карина Петросян. — Поэтому мы и не «занимались» данной болезнью.

Скорая помощь

Врачи станции СМП им. А.С. Пучкова приехали к пациенту 22 февраля 2016 года по поводу сообщения родственников о парализации больного. С диагнозом «инсульт с неуточненной причиной, как инфаркт или кровоизлияние» пациент был эвакуирован в ГКБ № 5 ДЗМ. Время «звонок 03» — «стационар» составило 70 минут.

В 14:00 пациент был госпитализирован в нейрореанимационное отделение с диагнозом: острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне левой среднемозговой артерии, артериальная гипертензия 3 стадии, степень риска сердечно-сосудистых осложнений — четвертая.

— Тромболитическая терапия не была проведена, поскольку имелись противопоказания, — подчеркнул Шамиль Гайнулин.

— В отделении нейрореанимации проводилась инфузионная терапия в объеме 1300 мл в сутки. Гипотензивная терапия включала эналаприл по 10 мг 2 раза в день, бисопролол по 5 мг 1 раз в день, антикоагулянтная терапия — гепарин по 5000 Ед 4 раза в день. Гастропротективная терапия включала квамател и метоклопрамид. На фоне такого лечения на следующий день 23 февраля в 6 часов утра по кардиомонитору было отмечено резкое ухудшение показателей деятельности сердечно-сосудистой системы. Развилась тахикардия, снизилось АД, наступил подъем сегмента ST.

— Показатель тропонинового теста, — продолжил Шамиль Гайнулин, — был увеличен до 26,7 нг/мл. Дежурный терапевт поставил предварительный диагноз: «острый инфаркт миокарда передневерхней области левого желудочка». Поскольку в нашей больнице нет кардиологического отделения, была срочно вызвана выездная кардиологическая бригада.

Результаты ЭКГ (23.02.16, 6:00)

Мерцание предсердий, увеличение частоты желудочковых сокращений до 130 в мин. Элевация сегмента ST в AVL, V1-3 отведениях. Появление зубца QS в V1-3. Снижение амплитуды зубцов R в V4–V6 отведениях. Динамика отрицательная. Появились ЭКГ-признаки острого повреждения миокарда в передне-септальной области и высоких отделов боковой стенки гипертрофированного левого желудочка.

Она самостоятельно провела ЭКГ-исследование. Диагноз: «ИБС, острый инфаркт миокарда в передневерхушечной области левого желудочка, острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии. Артериальная гипертензия 3 стадии, степень риска 4». Кардиологи выездной бригады приняли решение об эвакуации пациента в ГКБ им. Е.О. Мухина ДЗМ, которая имеет

тенденция к снижению сегмента ST. Зубцы P перестали проявляться. Через сутки после операции — 24 февраля — обозначились и другие положительные сдвиги в инфарктозависимых отведениях, в частности, возвращение сегмента ST к изолинии.

Сразу же после операции был оценен неврологический статус пациента. Состояние его было тяжелое, уровень сознания — сопор, глубокая неконтактность. Опреде-

Состояние больного при поступлении в ГКБ имени Е.О. Мухина ДЗМ (23.02.16, 11:55)

Состояние тяжелое, по шкале комы Глазго — 10 баллов. Ориентация в обстановке отсутствует. Сопор. Глубокий правосторонний гемипарез. Сглажена носогубная складка справа. Менингеальные симптомы отсутствуют. Тоны сердца приглушенные, ритм неправильный, ЧСС 138–155 в мин. АД — 100/60 мм рт. ст. ЧДД 19–20 в мин. Над всей поверхностью грудной клетки дыхание жесткое, застойные, двухсторонние, влажные мелкопузырчатые хрипы. Кожные покровы чистые, акарцианоз и цианоз не выявлены. Периферических отеков нет, лимфатические узлы не увеличены. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, не вздут, перистальтика выслушивается. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Данные тропонинового теста — 32 нг/мл.

Диагноз при поступлении больного в ГКБ имени Е.О. Мухина

Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии от 22 февраля. Инфаркт миокарда с элевацией сегмента ST передней боковой стенки левого желудочка от 23 февраля. Острая сердечная недостаточность, наступившая по причине инфаркта миокарда, 3 класса по классификации Killip. Постоянная форма фибрилляции предсердий, постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь 3 стадии, высокий риск сердечно-сосудистых осложнений.

неврологическое, кардиологическое, реанимационное отделения.

В день поступления пациенту была выполнена диагностическая коронарография. Операция продолжалась с 12:50 до 13:55. Критические стенозы были обнаружены в двух из четырех ветвей левой коронарной артерии (ЛКА). Оперировавшим хирургом и ответственным реаниматологом было принято решение о восстановлении кровотока по огибающей ветви и ветви тупого края ЛКА. Последовательно была проведена баллонная ангиопластика с последующей имплантацией стентов. Сразу после операции на контрольной ангиограмме проявился кровоток по этим сосудам. На ЭКГ выявлена

патологические симптомы Бабинского и Оппенгейма. Менингеальных знаков и анизокории не было.

Диагноз, поставленный при поступлении больного в стационар, был уточнен следующим образом: «острый повторный инфаркт головного мозга, синдром левой средней мозговой артерии, сенсомоторная афазия, правосторонняя гемиплегия, последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения в бассейне правой средней мозговой артерии. Отек головного мозга и дислокационный синдром». В результатах лабораторных анализов обращали на себя внимание высокие показатели лейкоцитоза, крайне высокие титры общей КФК и в особенности МВ-фракции КФК; АСТ, АЛТ, лактатдегидрогеназы (ЛДГ).

Таблица. Данные лабораторных методов обследования (22–23.02.16)

Данные лабораторных методов исследования														
Общий анализ крови														
Дата	Лейк.	Лимф. %	Mid %	Gra %	Гб.	Гт.	Эр.	mcv	mch	mchc	Rdw %	Тромб.		
22.02	17,8	6,2	2,6	91,2	159	45,5	4,98	91,3	31,8	349	14,5	262		
Биохимическое исследование крови														
Дата	КФК	МВ	Хс	АСТ	АЛТ	Бил. Общ.	ЛДГ	Креат.	Моч.	О.бел.	К+	Na+		
норма	26–140 ед.	1–24 ед.	1,5–5,2 ммоль/л	2–40 ед.	2–41 ед.	3–20,5 мкмоль/л	207–414 ед.	53–95 мкмоль/л	2,5–8,5					
ммоль/л	64–83 г/л	3,5–5,1 ммоль/л	136–146 ммоль/л											
23.02	6459	699	4,4	1106	113	44	3602	148	7,3	70,3	4,18	140,1		
Коагулограмма					Тропониновый тест									
Дата	АЧТВ	ПВ	МНО	ПТИ	Дата	8:56 (ГКБ 5)	12:00							
23.02	34,8	13,2	1,2	69,4	23.02	26,8 нг/мл	Более 32 нг/мл							
Общий анализ мочи														
Дата	Glu	Pro	Bil	Uro	Ph	Bld	Ket	Nit	Leu	Плотность	Цвет			
24.02	norm	0,2	–	norm	5.0	+3	–	–	–	over	Светло-желтый			
Данные кислотно-основного состояния														
Дата	pH	pCO ₂	pO ₂	Гб	SPO ₂	K+	Na+	Ca ₂₊	Cl-	Glu	Lac	Fmet Hb	Be-	HCO ₃ -
25.02	7,49	err	154	166	97.9	4.0	138	1.03	134	8.1	2.9	0.6	-17.9	13.6

После ухудшения состояния по общемозговой симптоматике и углубления нарушения сознания до комы пациент был переведен на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Данные кислотно-щелочного состояния контролировались постоянно. Судя по этим анализам, у больного был компенсированный метаболический ацидоз. Пациент получал интенсивное лечение, которое включало антиагрегантную, гастро- и нейропротективную

терапию, статины, антибиотики, симптоматическую, пульсоснижающую, антипиретическую терапию, энтеральное питание. Пациенту была выполнена секционная бронхоскопия, которая не обнаружила признаков грубой патологии в легких. Невролог несколько раз консультировал пациента, после этого проводилась коррекция лекарственной терапии. Несмотря на проводимые лечебно-диагностические мероприятия, при нарастающих явлениях отека и дислокации структур

Заключительный клинический диагноз

Основное заболевание

Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии от 22.02.16. ИБС. Повторный инфаркт миокарда передне-боковой стенки левого желудочка с подъемом ST от 23.02.16. Контрольная ангиография, коронарная баллонная ангиопластика и стентирование огибающей ветви и ветви тупого края ЛКА 23.02.16. Постинфарктный кардиосклероз (2013 г.). Постоянная форма фибрилляции предсердий.

Фоновое заболевание

Гипертоническая болезнь 3 стадии, артериальная гипертония, степень риска 4.

Осложнения основного заболевания

Острая сердечная недостаточность при инфаркте миокарда 3 класса по классификации Killip. Кома. Отек головного мозга с вклиниванием ствола мозга. Полиорганная недостаточность. Продленная ИВЛ с 25.02.16 г.

Сопутствующие заболевания

Диффузный двухсторонний бронхит 3 степени активности. Геморрагический васкулит (2008 г.).

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание

Ишемический инфаркт левых лобной, теменной, затылочной, височной долей головного мозга с геморрагическим компонентом в бассейне левой средней мозговой артерии. Стенозирующий на 90% атеросклероз артерий основания головного мозга (фиброзные бляшки).

Фоновое заболевание

Гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия миокарда с миогенной дилатацией полостей (масса сердца 665 г, толщина миокарда левого желудочка 1,8 см), артериолосклеротический нефросклероз.

Осложнения

Отек головного мозга. Пункция и катетеризация правой внутренней яремной вены от 25.02.2016 г. Продленная ИВЛ с 25.02.2016 г.

Сопутствующие заболевания

Постинфарктный кардиосклероз в передней и в задней стенках левого желудочка. Стенозирующий (на 90% просвета) атерокальциноз венечных артерий. Операция: коронароангиография, транслюминальная ангиопластика и стентирование огибающей ветви левой венечной артерии от 23 февраля 2016 года.

головного мозга, 25 февраля 2016 года в 23:00 наступила смерть пациента.

Выступления рецензентов

Главный внештатный специалист по патологической анатомии ДЗМ Олег Орехов в целом согласился с диагнозом, поставленным в ГКБ имени Е.О. Мухина, но внес существенные дополнения к нему.

— Мы провели дополнительную работу, — сказал Олег Орехов, — с фрагментами ткани миокарда пациента, где, как нам показалось при визуальном осмотре, могли быть выявлены признаки критических постинфарктных изменений типа некроза. Применяв специальные методы окрашивания, мы действительно нашли в ткани миокарда участки ишемического повреждения, некроза. Отсюда можно предположить, что большой перенес инфаркт 4-го типа, но по срокам развившийся уже после операции ангиопластики 23 февраля. Однако это сопутствующее заболевание. Основной же диагноз, как и основная причина смерти, — обширный ишемический инфаркт головного мозга. Непосредственной причиной смерти стал отек мозга.

Рецензию на оказание больному неврологической медицинской помощи представил заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии РНИМУ имени Н.И. Пирогова Николай Шамалов: — При поступлении больного в ГКБ № 5 невролог приемного отделения не оценил функции глотания, нутритивного, а главное — неврологического статуса. Для определения степени тяжести инсульта отечественным Порядком оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения (приказ Минздрава России от 25.12.2012 № 928н) предписано использовать международную шкалу NIHSS. А поскольку это выполнено не было, то остался нерешенным и принципиальный вопрос: следовало ли этому пациенту проводить системный тромболитический? Из доклада

Шамиля Гайнулина мы узнали, что тромболитическая терапия при поступлении пациента в ГКБ № 5 не проводилась, поскольку были противопоказания: пациент до этого принимал антикоагулянты. В такой ситуации много большее значение имеет уровень МНО. По российским рекомендациям, если при поступлении в стационар больного с подозрением на инсульт уровень МНО выше 1,3, то тромболитический не показан. Врачи ГКБ № 5, возможно, поступили правильно, не назначив такое лечение. Но если бы они применили шкалу NIHSS, то их решение, возможно, стало бы иным. И при этом более обоснованным. По мнению Николая Шамалова, пациенту, с учетом имеющихся у него противопоказаний к медикаментозному тромболитическому вмешательству и тромбэкстракция с последующим применением стентирования.

— Буквально в последние месяцы такие методики получили уровень доказательности 1А в международных рекомендациях по лечению ишемического инсульта, — подчеркнул рецензент.

Главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы Елена Васильева отметила сразу несколько типичных ошибок, которые нередко встречаются в лечении московских больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями:

— Начнем с подбора дозы варфарина в поликлинике. В нашем случае целевой показатель МНО достигнут не был. Несмотря на это, начиная с 18 февраля была продолжена терапия варфарином в прежней дозе 2,5 мг. Коррекция дозы варфарина не проводилась, несмотря на низкий уровень МНО. Чтобы профилактика была эффективной, МНО должно составлять от 2 до 3 единиц. Даже при показателе МНО 1,95 риск инсульта практически не снижается. Елена Васильева подчеркнула, что если бы пациент не получал эту недостаточную дозу варфарина,

скорее всего, уровень МНО был бы ниже значения 1,32, а тогда утром 22 февраля тромболитическая терапия в ГКБ №5 был бы проведен. Главная же ошибка врачей в ГКБ № 5, по мнению Елены Васильевой, — диагноз острого инфаркта миокарда не был обоснован. Неубедительной выглядела трактовка динамики ЭКГ и повышенного уровня тропонина. Те и другие изменения укладывались в диагноз кардиологических нарушений, наступивших не из-за инфаркта, а по причине острого нарушения мозгового кровообращения.

— По данным патолого-анатомической секции, острый инфаркт миокарда доказан не был. Результаты применения специальных методов окрашивания, о чем сообщил Олег Орехов, позволяли только предположить острый инфаркт, но точно его не подтверждали, — добавила Елена Васильева. — У больного были рубцовые изменения передней стенки левого желудочка после инфаркта в 2012 году и плюс к этому многолетний «стаж» гипертонии, в результате которой развилась гипертрофия миокарда. Все это могло сказаться на той электрокардиограмме, которую зарегистрировали в ГКБ № 5 23 февраля. Вспомним, что ее показатели врачи безоговорочно оценили как признаки нового инфаркта. На самом же деле это могли быть «флуктуации» старого инфаркта. Еще одним важным искажающим фактором мог стать перенесенный больным всего за день до этого инсульт. Различные изменения на ЭКГ при инсультах наблюдаются в 90% случаях. А после 5–7% инсультов встречается «классическая» инфарктоподобная картина ЭКГ.

Рецензент также подчеркнула, что наблюдаемые у пациента повышения уровней тропонина, КФК, АСТ, АЛТ и других ферментов не являются специфическими для инфаркта. При экстренном поступлении больных в стационары в 66% случаев положительный тест на тропонин не связан с инфарктом. Только в 20% случаев положительные результаты этой пробы коррелируют с инфарктом первого типа и в 9% — с инфарктом второго типа. Перенесенный больным инсульт и имеющаяся почечная недостаточность вполне могли стать причиной положительного тропонинового теста.

— На основании чего же был поставлен диагноз инфаркта? — задалась вопросом Елена Васильева. — Еще можно понять врачей ГКБ № 5, когда они, заподозрив эту катастрофу, срочно перевели больного в стационар с кардиологическим отделением — ГКБ им О.Е. Мухина. Но почему же врачи этой больницы, когда к ним доставили пациента, не подождали, как ситуация с этим «неточным» инфарктом будет развиваться дальше? Почему не выполнили эхокардиографию, не разобрались как следует с данными ЭКГ?

Рецензент подчеркнула: с учетом клинической картины и решающей роли острого инсульта в негативном прогнозе больного проведение ангиопластики было нецелесообразно, а стентирование хронической окклюзии, локализованной в ветви огибающей артерии, — неоправданно.

Итог обсуждению подвел Леонид Печатников:

— Этот клинический случай должен напомнить нам, что описанный еще в 1949 году неврологом Н.К. Боголеповым (1900–1980) коронарно-церебральный синдром, при котором ишемические изменения в головном мозге и инфаркт миокарда могут развиваться одновременно, а иногда церебральная патология опережает коронарную, встречается сегодня в практике нередко. Особенно у пожилых коморбидных больных. Такие состояния по причине их огромной опасности для жизни больного требуют от клинициста особого внимания.

Подчеркну, что мы вполне обоснованно и не случайно критиковали руководителя ГП № 5 за то, что врачи поликлиники не смогли проконтролировать у больного показатель МНО и применялась слишком низкая доза данного лекарства. Проведенное в Москве исследование показало, что больше чем в половине случаев в историях болезней и амбулаторных картах пациентов с ИБС и постоянной формой мерцательной аритмии мы вообще не находим назначений антикоагулянтов. В лучшем случае там упоминается аспирин. Это недопустимые упущения в работе прежде всего поликлинических кардиологов. Как вы знаете, чаще всего встречаются ишемические инсульты. Среди них, согласно литературным данным, примерно 25% являются эмболическими. Этим заболеванием еще с 1998 года страдал обсужденный нами сегодня больной. Так вот, в Москве эмболические инсульты встречаются сейчас не в 25%, а в 40% случаев ишемического инсульта. Для города это просто позор! Вот к чему приводят те ошибки в назначении, а вернее, в неназначении варфарина, о которых я вам сказал.

По итогам нашей конференции во всех поликлиниках должна пройти проверка амбулаторных карт больных, страдающих нарушениями сердечного ритма. И если окажется, что они не получают непрямого антикоагулянта, это будет расценено как некомпетентность врачей. Прошу главных врачей поликлиник также тщательно проконтролировать доступность в ваших организациях лабораторных анализов для определения МНО. Они должны оперативно выполняться для каждого нуждающегося в них пациента с аритмиями.

Поднятый Еленой Юрьевной вопрос, был или нет инфаркт миокарда, весьма актуален для нас. Призываю коллег вдумчиво и обоснованно ставить такой диагноз. И учитывать при этом весь комплекс показателей: электрокардиографических, лабораторных, клинико-anamnestических. Основой для постановки диагноза должна быть оценка диагностических данных во всей их совокупности.

В развитых странах мира основной причиной смертности сегодня становятся уже не сердечно-сосудистые, а онкологические заболевания. В России же смерти по причине кардио- и цереброваскулярных патологий по-прежнему встречаются чаще, чем из-за злокачественных новообразований. Мы еще серьезно отстаем в профилактике и лечении инфаркта и особенно инсульта, и нам предстоит большая работа в этом направлении.

ЭНЦЕФАЛИТ ИЛИ ШИЗОФРЕНИЯ?

На майской общегородской клиничко-анатомической конференции обсуждалась история болезни женщины 28 лет, причиной смерти которой стал аутоиммунный энцефалит.

Поликлиника

Пациентка проживала на территории обслуживания филиала № 2 КДЦ № 6 ДЗМ. По словам главного врача КДЦ № 6 ДЗМ Веры Сидоровой, периодические медицинские осмотры она проходила по месту работы в клинике «Профи-Мед». Обращения женщины в филиал № 2 были эпизодические. Из анамнеза известно, что в 2007 году пациентка была госпитализирована по экстренным показаниям в Люберецкую районную больницу № 1 с диагнозом «разрыв кисты правого яичника». Ей была проведена резекция правого яичника. В 2011-м и 2014 году женщина дважды была направлена в поликлинику женской консультации для регистрации ЭКГ. В 2011–15 годы по поводу ОРВИ несколько раз была обследована терапевтом и оториноларингологом филиала № 2. Существенных патологий обнаружено не было. 16 июня 2015 года в КДЦ № 6 было проведено МРТ головного мозга пациентки.

— От родственников пациентки мы узнали, — уточнила Вера Сидорова, — что в начале июня 2015 года в поведении больной появились грубые психические нарушения. Ей стало казаться, что ее голова существует отдельно от туловища, ее кусают клещи, она беременна и так далее. Она не могла сконцентрировать внимание, ухудшилась память. Родственники доставили больную для консультации в Научный центр неврологии. Мы не знаем, почему в этом учреждении не выполнили МРТ мозга пациентки, а лишь обозначили необходимость в таком обследовании в рекомендациях, которые больная получила в этом учреждении. При поступлении к нам 16 июня для МРТ-исследования неврологом в ее поведении ничего необычного замечено не было.

ОТ РЕДАКЦИИ

Напоминаем, что по просьбе Леонида Печатникова редакция публикует выступления докладчиков, максимально сохраняя авторский стиль с тем, чтобы передать атмосферу обсуждения и особенности изложения материала с трибуны.

Заключение по МРТ

На серии томограмм получены изображения структур головного мозга суб-и супратенториальной локализации в режимах T1, T2-ВИ, Flair, DWI. Срединные структуры головного мозга не смещены.

Субкортикально в белом веществе правой теменной доли определяется неправильной формы щелевидный участок повышенного МР-сигнала на T2-ВИ и T2- Flair, DWI, на T1-ВИ. Данный участок изоинтенсивен с веществом мозга, размерами 8 x 18 x 13 мм, без признаков перифокального отека и масс-эффекта.

Выявленные у пациентки признаки участка глиоза правой теменной доли могут свидетельствовать о наиболее вероятном воспалительном или аутоиммунном демиелинизирующем процессе, но также и о менее вероятном опухолевом заболевании. Никаких МР-данных в пользу аневризмы артериовенозных мальформаций обнаружено не было. Для проведения дифференциального диагноза между указанными патологиями требовалась оценка клинической картины в динамике. Пациентке было рекомендовано динамическое наблюдение в Научном центре неврологии.

— На 18 июня пациентке было назначено повторное МРТ с контрастированием, — продолжила Вера Сидорова. — Но, со слов родственников, пациентка в этот день вела себя еще более неадекватно, чем в начале июня. Бригадой СМП женщина была госпитализирована в психиатрическую больницу.

Скорая помощь

О работе с пациенткой бригад СМП более подробно рассказал заместитель главного врача станции СМП им. А.С. Пучкова ДЗМ Георгий Введенский:

— Первый раз наши врачи приехали к пациентке 16 июня 2015 года в 19:06 по поводу сообщения родственников о парализации женщины. Однако признаков паралича обнаружено не было. Больную беспокоили бессонница, нервозность, похолодание и повышенная влажность конечностей в течение 2 дней. Свое состояние она связывала с переутомлением и нервным стрессом. В день приезда СМП она уже обращалась к неврологу, который поставил диагноз «вегетососудистая дистония». Пациентка была оставлена на месте с активом в поликлинику по месту жительства. Во второй раз бригада СМП была вызвана к больной 17 июня в 13:26 в связи с ее состоянием после обморока. Родственники рассказали врачам о ее психических расстройствах в последнее время. Сама же пациентка каких-то определенных жалоб не предъявляла, ее поведение во время приезда СМП было практически нормальным, обмороков в этот день у нее не было. АД было повышено до 170/80 мм рт. ст., но в остальном данные объективного осмотра, как и результаты ЭКГ и глюкометрия, нарушений не выявили. Очаговой и неврологической симптоматики обнаружено не было. После назначения таблетки капотена АД нормализовалось. Был поставлен диагноз: «расстройство поведения». После консультации с дежурным психиатром была вызвана специализированная выездная психиатрическая бригада СМП. Психиатр приехал к больной в тот же день 17 июня в 14:16.

Добровольное психиатрическое освидетельствование пациентки

Неврологический статус: поведение спокойное, сознание ясное, шкала Глазго — 15 баллов, речь внятная, чувствительность не нарушена, координаторные пробы выполняет, менингеальные симптомы отрицательные. Психический статус: сознание ясное, контакту доступна, ориентирована правильно, поведение упорядоченное, несколько раздражена. Недооценивает тяжесть своего состояния, бреда и галлюцинации нет. Мышление тяготеет к конкретному. Диагноз: «органическое расстройство личности, компенсация».

— Больная была оставлена на месте вызова, — продолжил Георгий Введенский. — Четвертый вызов к больной мы получили от ее родственников 18 июня в 11:34 в связи с тем, что женщина была агрессивна, возбуждена, поведение ее было заметно нарушено. Соматическое состояние больной было практически нормальным, однако психический статус оказался с существенными отклонениями.

Недобровольное психиатрическое освидетельствование пациентки

Неврологический статус: возбуждена, сознание оглушенное, шкала Глазго — 13 баллов, контакту недоступна, речь нарушена, координаторные пробы не выполняет, менингеальные симптомы отрицательные. Психический статус: возбуждена, с закрытыми глазами громко кричит, разговаривает с несуществующими людьми. Речь разорванная, на вопросы не отвечает. Нет критики к своему состоянию.

Диагноз: «острое полиморфное психотическое расстройство с признаками кататонической шизофрении».

Определены показания к экстренной медицинской эвакуации. Больная доставлена в психиатрическую клиническую больницу № 4 им. П.Б. Ганушкина ДЗМ.

Стационар

В ПКБ № 4 пациентка поступила 18 июня 2015 года и провела в стационаре 27 дней. Психическое состояние пациентки при поступлении в ПКБ № 4 заместитель главного врача медучреждения Виталий Гладышев описал следующим образом:

— Продуктивному речевому контакту малодоступна. Напряжена, тревожна, прислушивается к чему-то, озирается. Отвечает только на шепотную речь. На большинство вопросов отвечает стереотипно — «не знаю». Временами громко кричит, извивается, плюется. Если отвечает, то тихим голосом, кратко. Утвердительно отвечала на вопросы о том, что не спала несколько ночей, испытывает наплывы мыслей, «звучание мыслей», слышит «голоса» в голове, которые мешают спать и запрещают отвечать на вопросы.

Диагноз при поступлении в ПКБ № 4

Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F — 23.1).

Назначения: галоперидол, тиаприд, панангин, рибоксин, хлорпромазин, меры физического стеснения. Инфузионная терапия: внутривенно-капельно — до 800 мл в сутки и трисоль — 400 мл в сутки для восполнения жидкости и поддержания электролитного баланса.

— В первый же день пребывания в нашем стационаре, — рассказал Виталий Гладышев, — пациентка неоднократно осматривалась дежурными врачами. Были взяты пробы крови и мочи для анализов. Психомоторное возбуждение было купировано к вечеру, отменены меры физического стеснения, пациентка уснула. Серьезных изменений в клинических анализах крови и моче обнаружено не было. За исключением умеренного повышения креатинина до 112 ммоль/л и печеночных ферментов АЛТ — до 82 Ед/л и АСТ — до 59 Ед/л. Терапевт, который назначил эти анализы, повторно осмотрел ее и не обнаружил выраженных признаков каких-либо заболеваний. В своем заключении он обратил внимание на повышение показателей трансаминаз, но никак не отреагировал на это и повторных анализов не назначил. В течение семи последующих дней у больной сохранялась полиморфная психотическая, а также галлюцинаторно-параноидная и кататоническая симптоматика. Некоторое улучшение состояния наступило 27 июня, на 9-й день пребывания пациентки в стационаре.

Психомоторное возбуждение было полностью купировано, женщина принимала пищу, выходила на свидание к родственникам. В отделении тем не менее пациентка оставалась замкнутой, отвечала скупой, односложно, была растеряна, не понимала, что происходит вокруг.

27 июня все внутримышечные инъекции были отменены. Далее пациентка получала ту же терапию в таблетированной форме. 1 июля состояние больной ухудшилось. Наступила сильная слабость, она могла передвигаться только с помощью медперсонала. Пациентка снова стала погружаться в болезненные переживания, не отвечала на вопросы, не выполняла инструкции, отказывалась от еды. При повторном осмотре терапевтом и неврологом признаков соматических заболеваний, как и экстрапирамидной симптоматики и мышечной ригидности, выявлено не было. 02 июля в связи с нетипичной динамикой психического расстройства был проведен консилиум с участием профессора Д.И. Малина.

Заключение профессора Д.И. Малина по итогам консультации

Во время осмотра больная находится в сознании, адекватно отвечает на вопросы, полностью ориентирована, точно называет время нахождения в психиатрической больнице. Выявить галлюцинаторно-бредовую симптоматику не удастся. С учетом преобладающей клинической симптоматики и данных МРТ необходим дифференциальный диагноз между кататоническим синдромом в рамках шизофрении и органическим кататоническим расстройством.

— С этого дня, — сообщил Виталий Гладышев, — на первый план для нас вышла кататоническая симптоматика в клинической картине, которую нам предстояло дифференцировать между нозологической принадлежностью к органической природе или к эндогенной. Была изменена схема терапии: мы отменили галоперидол и теоприт. Вместо них был назначен атипичный антипсихотик оланзапин по 20 мг в сутки внутримышечно. Больная стала спокойнее, хотя временами приступы возбуждения повторялись, кататоническая симптоматика частично регрессировала. Женщина отвечала на вопросы, вела себя спокойнее. Но в вечернее время у нее отмечались периодические состояния тревоги и возвращение кататонической симптоматики в виде негативизма и импульсивного возбуждения. 6 июля к клинической картине присоединилась гипертермия до 38,5 °С. Консультация терапевтом не выявила патологий. Клинический анализ крови от 7 июля значительных изменений по сравнению с предыдущими не претерпел.

Как отметил Виталий Гладышев, учитывая невозможность проведения дополнительных инструментальных обследований из-за сопротивления больной, невыполнения ею инструкций, была назначена антибактериальная терапия триаксоном для

Заключение после повторного консилиума 13 июля с участием невролога и профессора Д.И. Малина

Менингеальных знаков нет. Анизокории нет, фотореакции сохранены, за молоточком не следит, лицо симметрично. Разной величины размер зрачка справа и слева. Общая мышечная гипотония. Рефлексы с рук, ног живые, без убедительной разницы сторон. Симптом Барре — отрицательный. Непостоянный симптом Россолимо с 2-х сторон. Координаторную и чувствительную сферу проверить не представляется возможным.

Предварительный диагноз: «очаговое поражение головного мозга неуточненное».

Рекомендовано провести повторное МРТ мозга с контрастированием, скорректировать схему терапии: усилить инфузионную терапию до 1200 мл/сут, а также назначить сульпирид, феназепам, акинетон.

дифференциальной диагностики гипертермии центрального либо воспалительного генеза. На фоне указанной противовоспалительной терапии был получен временный позитивный ответ. В течение двух дней температура тела снизилась до нормальных значений. Но затем вновь стали отмечаться ее подъемы до 38,5 °С. Утром ее значения были нормальными, гипертермия наступала в конце дня.

Психическое состояние определялось постепенно прогрессирующей неразвернутой кататонической симптоматикой. Периодически начали отмечаться субступорозные состояния с застыванием и оцепенением, которые сменялись возбуждением, агрессией, негативизмом. Клинический анализ крови, проведенный 14 июля, выявил единственное значимое нарушение — лейкоцитоз до значения $9,2 \times 10^9/\text{л}$.

15 июля, по словам Виталия Гладышева, у пациентки появилась явная кататоническая симптоматика с ригидностью мышц, выраженным ступором, заторможенностью, отсутствием реакции на обращенную речь, полным отказом от еды, сопротивлением осмотрам. Развернутый биохимический анализ крови показал сильнейшее повышение уровня креатинфосфокиназы до 2427 Ед/л при норме до 200 Ед/л, также слабо положительную пробу на миоглобин. Рентгенография грудной клетки не выявила патологии. По результатам УЗИ диффузные изменения обнаружались в печени, склеротические — в почках. Были зафиксированы и УЗИ-признаки двустороннего хронического аднексита.

Профессор Д.И. Малин осмотрел пациентку в третий раз: сделал заключение, что нельзя исключить злокачественную (фебрильную) кататонию и рекомендовал перевод больной в реанимационное отделение профильного стационара. В тот же день, 15 июля, больная была доставлена бригадой СМП в указанное отделение ГКБ им. С.П. Боткина.

Пациентка была госпитализирована в ГКБ имени С.П. Боткина 15 июля в 20:24 и находилась на лечении в течение двух недель.

— В приемном отделении больная была осмотрена всеми профильными специалистами, — рассказал заместитель главного врача ГКБ им. С.П. Боткина Владимир Алексеев. — Было проведено рентгеновское исследование органов грудной клетки и УЗИ органов брюшной полости. Данные анализы не показали новых нарушений по сравнению с теми, которые обнаружались в ПКБ № 4.

Утром 16 июля пациентка была госпитализирована в психосоматическое отделение.

— Ее состояние было тяжелое, — продолжил Владимир Алексеев. — В неврологическом статусе определялось повышение рефлексов в конечностях справа, положительный симптом Бабинского слева. Менингеальных знаков, тремора не



**НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА**

**Осуществляет комплексные
научные исследования
в области создания
стандартов качества
управления ресурсами в
системе здравоохранения
и в деятельности
медицинских организаций**



СЕРГЕЙ БУДАРИН

НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА МЕТОДОЛОГИИ ПРОВЕДЕНИЯ АУДИТА
ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ:

“ Система контроля должна быть комплексной и охватывать все аспекты деятельности медицинской организации, способствовать своевременному принятию управленческих решений.

- РАЗРАБОТКА НАУЧНЫХ И МЕТОДИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ПРОВЕДЕНИЮ АУДИТОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
- ОЦЕНКА УРОВНЯ И ДОСТУПНОСТИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, РАЦИОНАЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАТЕРИАЛЬНЫХ И АДМИНИСТРАТИВНЫХ РЕСУРСОВ
- СОЗДАНИЕ ВНУТРЕННИХ СИСТЕМ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ И РЕСУРСАМИ НА УРОВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ЕЕ ОТДЕЛЬНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ

www.niozmm.org

+7 (495) 951-20-54

niozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва,

Большая Татарская, 30

было. Определить чувствительность не представлялось возможным. Больная была вялая, сонливая, к продуктивному речевому контакту практически недоступна, на вопросы не отвечала. Периодически стереотипно повторяла отдельные слова, фразы. Отмечалась эхолалия Туретта. В течение дня периодически у пациентки наступали приступы импульсивного психомоторного и речевого возбуждения.

На четвертый день лечения в стационаре у больной началась лихорадка, которая носила волнообразный характер. 25 июля температура достигла 39 °С. В общем анализе крови отмечалось нарастание лейкоцитов до $16 \times 10^9/\text{л}$ и тромбоцитов до $400 \times 10^9/\text{л}$.

В ходе разносторонних лабораторных исследований медикам удалось исключить достаточно широкий спектр инфекционно-воспалительных поражений центральной нервной системы. В анализе крови обращали на себя внимание только два отклонения: повышение уровня С-реактивного белка почти в 10 раз и некоторое увеличение уровня прокальцитонинового теста. Проведенное 21 июля МРТ головного мозга показало зону острого отека в семиовальных центрах справа. — Указанное нарушение следовало дифференцировать между острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу, аутоиммунным и демиелинизирующим заболеванием, — уточнил Владимир Алексеев.

— Вы обнаружили патологический очаг в той же части мозга, в которой это было показано на томограмме от 16 июня? — спросил Леонид Печатников.

— Конечно, — ответил Владимир Алексеев. — И когда мы провели все эти обследования, мы собрали консилиум с участием неврологов, инфекционистов, гематологов. Было решено, что дифференциальный диагноз необходимо проводить не только с сосудистым поражением ЦНС и демиелинизирующим заболеванием, но и с опухолевой патологией. И в первую очередь с гемобластозом. Учитывая конфигурацию и размеры очага в функционально значимых отделах головного мозга, малые размеры его, мы также решили, что проведение навигационной биопсии представляет огромный риск и может быть малоинформативным. В то же время целесообразно было для исключения лимфоцитопролиферирующего заболевания ЦНС провести иммунофенотипирование лимфоцитов ликвора. При исключении же органической природы поражения головного мозга можно согласиться с диагнозом «кататоническая шизофрения». Диагноз «гемобластоз» у больной был тщательно проверен. Но на основании цитологических исследований он не подтвердился.

— Значит, вы все-таки не исключали, что имеете дело с «чисто психическим» заболеванием? — поинтересовался Леонид Печатников.

— Да, не исключали, — согласился Владимир Алексеев, — потому что в ее поведении явления кататонии были хорошо выражены. И, судя по литературным

Заключение консилиума от 29 июля

Состояние больной тяжелое, сохраняется фебрильная лихорадка, кататоническая симптоматика. При этом выявляемый периферический парез носит мерцающий характер, перекидываясь с одной стороны на другую. Проведенные дополнительные обследования позволили исключить наличие вирусного энцефалита, первичной лимфомы головного мозга. Обсуждался вопрос о порфирии, что не нашло подтверждения, а также рецепторного аутоиммунного энцефалита. Кроме того, данная клиническая картина, с учетом отсутствия динамики МРТ, не укладывается в картину васкулитов головного мозга. Таким образом, наиболее вероятным представляется наличие у больной злокачественной фебрильной шизофрении. Рекомендовано провести контрольное МРТ-исследование с/в контрастированием.

Заключительный клинический диагноз

Основной

Фебрильная шизофрения

Осложнения

Гипертермический синдром (гектическая лихорадка). Водно-электролитные, дисметаболические нарушения. Острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность. Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания

Желчекаменная болезнь. Конкременты желчного пузыря.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание

Код: G04.8 Аутоиммунный энцефалит с преимущественным поражением подкорковых структур головного мозга: гиппокамп, таламуса, гипоталамуса. Периваскулярные лимфоцитарные инфильтраты с выходом иммунокомпетентных клеток в вещество подкорковых структур головного мозга; дистрофия ганглиоцитов с частичным цитолизом (очагами выпадения ганглиоцитов), реактивным глиозом с формированием глиомезодермальных очагов.

Клинически с психотическими расстройствами по типу кататонического синдрома с каталепсией, гипоталамических вегетативных расстройств в виде гипертермии, тахикардии, дизритмии, лабильности артериального давления, тахипноэ, бледности кожи, потливости, недержания мочи, обезвоживания (сухость слизистых оболочек, впалые глаза, пониженный тургор кожи); экстрапирамидной симптоматики (тремор, опистотонус, дизартрия, афония, гиперрефлексия, нистагм, дискоординация), сопор, кома — по данным истории болезни.

Фоновые заболевания

Множественные третичные фолликулы яичников с их трансформацией в фолликулярные кисты, геморрагическим пропитыванием стромы яичников. Гипоплазия надпочечников. Системная гиперплазия лимфоидных фолликулов лимфатических узлов, лимфоидных фолликулов тонкого и толстого кишечника.

Осложнения

Код: G 93.6 Отек и набухание вещества головного мозга с дислокацией его ствола в большое затылочное отверстие. Острое венозное полнокровие. Отек легких. Паренхиматозная белковая и жировая дистрофия внутренних органов.

Сопутствующие заболевания

Код: K80.2 Конкременты желчного пузыря без холецистита.

Заключение о причине смерти

Смерть пациентки наступила от аутоиммунного энцефалита (первоначальная причина смерти) на фоне множественных третичных фолликулов яичников с фолликулярными кистами, осложнившимся отеком и набуханием головного мозга с дислокацией его ствола в большое затылочное отверстие (непосредственная причина смерти).

данным, они вполне сочетались в пользу диагноза «шизофрения» пусть не со всеми, но со многими результатами лабораторных исследований пациентки. Я говорю, например, о повышении уровня ряда ферментов в плазме крови, что весьма характерно для шизофрении. Наиболее вероятным нам представлялся диагноз «злокачественная фебрильная шизофрения». Выявленные же на МРТ-исследовании изменения, учитывая их несоответствие с клинической картиной, мы расценивали как случайную находку, например, последствие перенесенного нарушения мозгового кровообращения.

Утром в день смерти пациентки был проведен еще один консилиум.

Вечером 29 июля состояние больной стало прогрессивно ухудшаться. Нарастали явления отека легких. Несмотря на реанимационные мероприятия, пациентка скончалась.

Выступления рецензентов

Первый из рецензентов — главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы Николай Шамалов, отметил качественную работу при проведении дифференциального диагноза в Боткинской больнице:

— Судя по результатам анализов, был исключен большой спектр различных заболеваний, в том числе вирусный энцефалит. Высказывалось и соображение о том, что пациентка страдает энцефалитом аутоиммунным. Но подтверждено это, к сожалению, не было. Врачи Боткинской больницы совсем немного опоздали с лабораторным уточнением этого диагноза. Но, безусловно, они были на правильном пути. Причиной расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов, по-моему, явилась клиничко-инструментальная диссоциация. Очаг поражения у пациентки был локализован в правой доле головного мозга, что было выявлено при МРТ-исследовании в динамике, в том числе с контрастным усилением. Однако для данной формы энцефалита наиболее частым является поражение структур лимбической системы. Кроме того, присутствовала выраженная психотическая симптоматика, позволившая диагностировать фебрильную шизофрению. В то же время в клинической картине аутоиммунного энцефалита весьма часто наблюдаются судороги, экстрапирамидные расстройства, отсутствовавшие у пациентки. Я не нашел сколько-то серьезных ошибок в оказании медицинской помощи больной. Та долгая и трудная диагностическая дорога, которая была пройдена лечившими ее врачами, шла в абсолютно верном направлении. Были исключены все заболевания со сходной симптоматикой. В самые последние дни жизни больной ей был назначен именно иммуномодулирующий препарат. И на последних консилиумах уже говорилось о возможном диагнозе аутоиммунного процесса. Уверен, что опоздание с лабораторным подтверждением этого диагноза было совсем небольшим. Вторым рецензентом выступил главный внештатный специалист психиатр Департамента здравоохранения города Москвы Георгий Костюк:

— В своей практике врачи-психиатры сталкиваются с небольшим кругом состояний, которые потенциально приводят к летальному исходу. Речь идет о суицидальном поведении больных с тяжелыми депрессивными расстройствами либо императивными галлюцинациями; о нарушении пищевого поведения в рамках нервной анорексии, которая иногда приводит к необратимым алиментарным и водно-электролитным изменениям; наконец, об алкогольном делирии и острых алкогольных энцефалопатиях. Все эти случаи объединяются тем, что здесь производным от психического расстройства становится нарушение поведения, и уже поведенческий дефект приводит к летальным последствиям.

Существует и такая патология, как фебрильная шизофрения, которая тоже приводит к летальному исходу. Но, в отличие от предыдущих трех названных мной заболеваний, смертельный исход в результате фебрильной шизофрении реализуется непосредственно через патофизиологические изменения в организме. В нашей стране принят термин «фебрильная шизофрения». Зарубежные коллеги говорят о летальной либо злокачественной кататонии, гипертоксической шизофрении, фебрильной кататонии и так далее. Такое множество терминов указывает на то, что во всех этих случаях есть признаки шизофрении, двигательные нарушения психопатологического происхождения и температурная реакция в виде фебрильного повышения температуры иногда до 39–40 градусов. В то же время разнообразие терминов и проявлений наводит на мысль, что это не однородное заболевание, а целая группа патологий, возможно, с различной этиологией. Болезнь эта достаточно редкая. В мире описано не более 1,5 тысячи случаев фебрильной шизофрении, примерно в 70% наблюдались летальные исходы. Клинические и лабораторные проявления того заболевания, которым страдала пациентка, были во многом атипичными и для фебрильной шизофрении, и для

аутоиммунного энцефалита. Это был крайне сложный клинический случай с исходно высокой вероятностью летального исхода. Клиническая картина аутоиммунного энцефалита в значительной степени имитирует картину психоза. Существуют большие сложности прижизненной лабораторной и инструментальной диагностики аутоиммунного энцефалита, а сколько-то четких лабораторно-диагностических признаков фебрильной шизофрении вообще не существует. Учитывая все это, я не вижу оснований для того, чтобы назвать какие-то ошибки и упущения в оказании психиатрической помощи больной. Повторю, что здесь была экстраординарная по сложности клиническая ситуация. Я не сомневаюсь в диагнозе «аутоиммунный энцефалит», который был представлен патологоанатомами. В целом он не противоречит клинической картине, которую мы наблюдали у данной пациентки. Готовясь к сегодняшнему мероприятию, я поинтересовался статистическими данными у заведующего отделением интенсивной терапии психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ, где ранее концентрировались все больные московского региона с подозрением на фебрильную шизофрению. Ответ был такой, что за последние годы в это учреждение поступило много больных с таким диагнозом. Но они ни разу не подтверждались.

Хотел напомнить о том, что, начиная со второй половины прошлого века, аутоиммунный компонент уже неоднократно рассматривался в патогенезе фебрильной шизофрении. Об этом писал и профессор Борис Дмитриевич Цыганков в своей монографии 1997 года. Думается, что по мере появления дополнительных диагностических возможностей диагноз «аутоиммунный энцефалит» будет ставиться все чаще. А диагноз «фебрильная шизофрения» все более сужаться, и со временем он и вовсе уйдет из нашей практики. Итоги обсуждения подвел Леонид Печатников:

— Мы выбрали этот случай для обсуждения в ходе нашей очередной конференции потому, что сегодня в своей клинической практике врач встречает все больше соматических заболеваний, которые сопровождаются психическими расстройствами, от неглубоких до очень тяжелых. А с другой стороны, чем точнее и шире становятся наши познания о душевных заболеваниях, тем чаще мы видим, что многие из них нередко сочетаются с соматическими патологиями. Например, фебрильная шизофрения в ряде случаев развивается на фоне токсикодермии, вплоть до тяжелейших буллезных форм. А ведь токсикодермия — это классическое аутоиммунное заболевание. Не знаю, согласятся ли со мной присутствующие в зале психиатры, но я убежден, что никакой фебрильной шизофрении в природе не существует. По-моему, точно так же, как диагноз эссенциальная гипертония существует сегодня как некая корзина для всех непонятных нам случаев гипертонии, так и диагноз «фебрильная шизофрения» является такой же корзиной, в которую пытаются сложить фебрильные состояния с психическими расстройствами, где патогенез лихорадки неясен. По итогам нашей конференции хочу предложить в пределах города Москвы избегать постановки диагноза «фебрильная шизофрения». Считаю, что всех больных с тяжелыми психическими расстройствами на фоне выраженной гипертермии надо направлять в то отделение реанимации Боткинской больницы, где лечилась наша пациентка и где врачи вплотную подошли к разгадке ее заболевания. Думаю, если бы мы приняли раньше такое решение и первым подозрением при обследовании пациентки стала бы не шизофрения, а какое-то другое телесное заболевание, в частности, аутоиммунный энцефалит, то, вполне возможно, ее можно было спасти в результате интенсивного применения иммуносупрессоров, цитостатиков, лимфоцитоплазмафереза и других видов лечения, применяемых при тяжелых аутоиммунных синдромах. Как вы знаете, успешная клиническая практика — критерий правильности любого медицинского начинания. И поскольку я убежден, что мы сегодня приняли верное решение, то его последствием станут спасенные жизни наших больных.

ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Стремительное развитие научной и материально-технической базы московского здравоохранения диктует все более высокие требования к профессиональной квалификации врачей и среднего медицинского персонала. В рамках осуществления образовательной деятельности на базе ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» открыт цикл программ дополнительного профессионального образования для врачей различных специальностей.

Обучение по программам дополнительного профессионального образования направлено на совершенствование компетенций, необходимых для профессиональной деятельности в областях здравоохранения, повышение уровня квалификации врачей и качества оказания медицинской помощи населению, систематизации знаний, умений, навыков и усвоение новых теоретических и практических вопросов для выполнения своих профессионально-должностных обязанностей. Стоит отметить, что содержательная часть обучающих программ и курсов носит достаточно гибкий характер и во многом создана с учетом пожеланий как самих участников обучения, так и руководства медицинских организаций города Москвы. При этом при формировании лекционной и практической части программ активно использовался современный опыт работы ведущих зарубежных клиник, накопленный в ходе прохождения стажировок врачей по линии Департамента здравоохранения города Москвы.

Принять участие в образовательных программах могут специалисты, имеющие высшее образование — специалист по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия» либо по профильным направлениям, а также проходящие обучение в интернатуре (ординатуре) либо профессиональную переподготовку и имеющие сертификат специалиста по теме программы.

Общее содержание образовательных программ

По специальности «Акушерство и гинекология»:

■ Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи.

- Стандарты оказания акушерско-гинекологической помощи.
- Физиологическое акушерство.
- Оперативное акушерство.
- Патологическое акушерство.
- Экстрагенитальные заболевания в акушерстве и гинекологии.
- Кровотечения в акушерстве.
- Шок и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии.
- Токсикозы беременных.
- Травматизм в акушерстве и гинекологии.
- Эндокринология в акушерстве и гинекологии.
- Воспалительные заболевания и септическая инфекция в акушерстве и гинекологии.
- Оперативная гинекология.
- Новообразования женских половых органов и молочных желез.
- Острый живот в гинекологии.
- Эндометриоз.
- Бесплодие.

По специальности «Общественное здоровье и здравоохранение»:

- Организация здравоохранения и общественное здоровье в современных условиях; организационно-правовые вопросы в сфере здравоохранения Российской Федерации.
- Управление, экономика и финансирование здравоохранения.
- Медицинская статистика.

- Информационно-коммуникационные технологии в здравоохранении.
- Организация медицинской помощи населению.
- Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия и защита прав потребителей на потребительском рынке.

По специальности «Терапия»:

- Социальная гигиена, общественное здоровье и организация терапевтической помощи.
- Стандарты оказания терапевтической помощи.
- Терапевтическая помощь населению.
- Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней.
- Немедикаментозные методы лечения терапевтических больных.
- Клиническая фармакология и тактика применения лекарственных средств в клинике внутренних болезней.

По специальности «Хирургия»:

- Организация хирургической помощи населению в современных условиях.
- Организационно-правовые вопросы в сфере здравоохранения Российской Федерации.
- Методы исследования в хирургии.
- Оперативная хирургия.
- Обезболивание и интенсивная терапия.
- Торакальная и абдоминальная хирургия.
- Хирургия органов эндокринной системы.

- Хирургическая инфекция (раны и раневая инфекция).
- Ожоги и ожоговая болезнь.
- Травматология.
- Неотложная помощь в хирургии.

Также осуществляется образовательная программа организации сестринской деятельности. Она рассчитана на слушателей с высшим образованием — специалитетом по специальности «Сестринское дело» с квалификацией «Менеджер» либо проходящих обучение в интернатуре по специальности «Организация сестринской деятельности» и имеющих соответствующий сертификат специалиста.

По специальности «Организация сестринского дела»:

- Управление сестринским персоналом.
- Правовое обеспечение медицинской деятельности.
- Организация здравоохранения и общественное здоровье.
- Управление материальными ресурсами в здравоохранении.
- Маркетинг в управлении сестринской деятельностью.
- Финансовый менеджмент в здравоохранении.
- Благоприятная среда и безопасность пациентов и персонала в учреждениях здравоохранения.
- Современные информационные технологии в здравоохранении.
- Инновационный менеджмент в сестринской практике.
- Управление качеством сестринской помощи.
- Научно-исследовательская деятельность в сестринской практике.

Требования к слушателям программ дополнительного профессионального образования на базе ГБУ «НИИОЗМ ДЗМ»

Общие требования (за исключением программы по специальности «Организация сестринского дела») — наличие высшего образования — специалитета по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия».

Общая продолжительность обучения по каждой программе — 144 акад. часа.

Обучение проводится в формате лекций, семинаров,

практических занятий, стажировок. Также возможно использование технологий дистанционного обучения.

Предусмотрена реализация дополнительных образовательных программ по тематикам, относящимся к той или иной специальности. Продолжительность таких программ составляет не менее 16 акад. часов.

Специалистам, успешно освоившим соответствующую дополнительную профессиональную программу и прошедшим итоговую аттестацию, выдается удостоверение о повышении квалификации.

Наименование программы	Квалификация слушателей
Акушерство и гинекология	• Подготовка в интернатуре или ординатуре по специальности «Акушерство и гинекология» и имеющие сертификат специалиста по специальности «Акушерство и гинекология»
Общественное здоровье и здравоохранение	• «Стоматология», «Медико-профилактическое дело». • Подготовка в интернатуре или ординатуре по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» или профессиональная переподготовка по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» и имеющие сертификат специалиста по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье»
Терапия	• Подготовка в интернатуре или ординатуре по специальности «Терапия» или профессиональная переподготовка по специальности «Терапия» и имеющие сертификат специалиста по специальности «Терапия»
Хирургия	• Подготовка в интернатуре или ординатуре по специальности «Хирургия» и имеющие сертификат специалиста по специальности «Хирургия»
Управления сестринской деятельностью	• Высшее образование – специалитет по специальности «Сестринское дело» квалификация «Менеджер» • Подготовка в интернатуре по специальности «Управление сестринской деятельностью» и имеющие сертификат специалиста по специальности «Управление сестринской деятельностью»

ОБРАЗОВАНИЕ В РАЗВИТИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В РАМКАХ СИСТЕМЫ НМО

Реформирование отечественного здравоохранения, внедрение высокотехнологичной помощи, обеспечение новым современным оборудованием, оптимальное использование ресурсов системы здравоохранения в медицинских организациях всех уровней особенно остро ставят вопрос подготовки высокопрофессиональных кадров, которые должны владеть современными методами профилактики, диагностики и лечения заболеваний, способных применять новейшие достижения медицинской науки. Путь к обеспечению практического здравоохранения такими кадрами – качественная система медицинского образования и последующее их профессиональное развитие.



Алексей ИВАНОВ,
кандидат медицинских наук, заведующий
отделом исследований
общественного
здоровья ГБУ «НИИ
ОЗММ ДЗМ»

На основе непрерывного повышения

Правительство Российской Федерации своим распоряжением от 17.11.2008 № 1662-р (ред. от 08.08.2009) утвердило Концепцию долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года. В ней оно одной из основных задач по развитию здравоохранения определило обеспечение подготовки и переподготовки медицинских кадров на основе непрерывного образования, повышение профессионального уровня и внедрение передовых медицинских технологий, разработку стандартов подготовки управленческих кадров в системе здравоохранения и реализацию образовательных программ.

А Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», статья 82 раздела 2 устанавливает, что «Реализация профессиональных образовательных программ медицинского образования и фармацевтического

образования обеспечивает непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков в течение всей жизни».

В настоящее время на законодательном уровне профессиональное развитие специалистов регламентировано процессом обучения их по программам дополнительного профессионального образования один раз в 5 лет.

Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» определяет дополнительное профессиональное образование как процесс, направленный на удовлетворение образовательных и профессиональных потребностей, профессиональное развитие человека, обеспечение соответствия его квалификации меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды и осуществляется посредством реализации дополнительных профессиональных программ (программ повышения квалификации и программ профессиональной переподготовки).

Программа профессиональной переподготовки направлена на получение компетенции, необходимой для выполнения нового вида профессиональной деятельности, приобретение новой квалификации.

Программа повышения квалификации направлена на совершенствование и (или) получение новой компетенции, необходимой для профессиональной деятельности, и (или) повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации.

Периодичность повышения квалификации работников здравоохранения определяет приказ Минздрава России от 3 августа 2012 г. № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях» и проводится не реже одного раза в 5 лет в течение всей их трудовой деятельности.

Минимальный срок освоения дополнительной профессиональной программы определяет приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 01 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам» и должен обеспечивать возможность достижения планируемых результатов и получение новой компетенции (квалификации), заявленных в программе обучения. При этом минимально допустимый срок освоения программ повышения квалификации не может быть менее 16 часов, а срок освоения программ

профессиональной переподготовки — менее 250 часов.

Сроки, формы, содержание и технология обучения по программам дополнительного профессионального образования в отрасли здравоохранения определяются образовательными и научными организациями, реализующими соответствующую образовательную программу, самостоятельно с учетом требований федеральных государственных образовательных стандартов среднего и высшего профессионального образования, федеральных государственных требований к программам послевузовского профессионального образования по соответствующему направлению подготовки (специальности) и потребностью работодателя (Приказ Минздрава России от 3 августа 2012 г. № 66н, пункт 6 Порядка).



**ИЗМЕНЕНИЯ В СОЦИАЛЬНОЙ И
ЭКОНОМИЧЕСКОЙ СФЕРЕ ОБЩЕСТВА,
ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К
МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ
СПЕЦИАЛИСТАМ КАК РАБОТОДАТЕЛЕМ,
ТАК И ПОТРЕБИТЕЛЕМ МЕДИЦИНСКИХ И
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ УСЛУГ, ДИКТУЮТ
НЕОБХОДИМОСТЬ СОЗДАНИЯ ДИНАМИЧНОЙ
СИСТЕМЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ,
ОСНОВАННОЙ НА ПРИНЦИПЕ НЕПРЕРЫВНОСТИ
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ.**

На добровольной основе

Однако изменения в социальной и экономической сфере общества, требования, предъявляемые к медицинским и фармацевтическим специалистам как работодателем, так и потребителем медицинских и фармацевтических услуг, диктуют необходимость создания динамичной системы дополнительного профессионального образования, основанной на принципе непрерывности повышения квалификации специалистов, привлечении к обучению ведущих специалистов отрасли, включении в образовательные программы наиболее

актуальных проблем практического здравоохранения, а также использовании симуляционного обучения и дистанционных образовательных технологий в системе дополнительного профессионального образования.

И стать такой динамической системой образования, которая была бы способна обеспечить непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков в течение всей жизни, а также постоянное повышение профессионального уровня и расширение профессиональных компетенций, должна система непрерывного медицинского образования.

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 837 от 11.11.2013 г. (в ред. Приказа Минздрава России от 09.06.2015 № 328) «Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций» была запущена модель отработки принципов непрерывного медицинского образования врачей. Срок реализации модели непрерывного медицинского образования осуществляется с 2014 по 2020 год.

Врачи принимают участие в реализации модели на добровольной основе. Слушатели, выразившие согласие на участие в реализации модели, зачисляются в образовательную организацию на основании личного заявления, направления работодателя, наличия документов, подтверждающих соответствие уровня профессионального образования специалиста квалификационным требованиям, предъявляемым к соответствующим специалистам, и договора об обучении в рамках государственного задания на подготовку специалистов, установленного данной образовательной организацией. В ходе реализации модели слушатели ведут индивидуальный план обучения в электронном виде. По мере прохождения каждого учебного мероприятия и самостоятельной работы с учебными материалами заполняют данные о выполнении индивидуального плана обучения.

Освоение программы завершается итоговой аттестацией и последующей сдачей сертификационного экзамена в образовательной организации. К экзамену допускаются медицинские работники, прошедшие обучение в рамках программы в полном объеме и представившие документы, подтверждающие ее освоение.

Образовательные программы в рамках НМО:

- реализуются в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации (допускается участие в реализации модели иных организаций, осуществляющих образовательную деятельность, по согласованию с Минздравом России);
- допускается участие в образовательном процессе нескольких образовательных и иных организаций, в том числе общественных профессиональных организаций при реализации образовательной программы с использованием сетевой формы;
- направлены только на специалистов с высшим медицинским образованием;
- построены по модульному принципу;
- с объемом подготовки, составляющим более 100 часов;
- с долей дистанционных образовательных технологий и электронного обучения не менее 50%;
- с региональным компонентом, составляющим не менее 15% содержания;
- должны быть согласованы медицинской профессиональной некоммерческой организацией и органом государственной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья, принимавшими участие в ее разработке (не согласованные в рамках модели не применяются);
- должны предусматривать различные виды образовательной активности (семинары, конференции);
- образовательные программы по специальностям разрабатываются отдельно для каждого субъекта РФ, если образовательная организация в рамках реализации модели осуществляет взаимодействие с несколькими субъектами РФ;
- учет образовательной активности осуществляется в образовательных кредитах (1 образовательный кредит равен 1 академическому часу).

Основные функции координационного совета:

- формирование требований к развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования;
- анализ условий развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования в России, международного опыта, подготовка рекомендаций по актуальным задачам и приоритетам Государственной программы развития здравоохранения до 2020 года;
- анализ деятельности российских медицинских некоммерческих организаций по повышению квалификации медицинских и фармацевтических работников;
- выработка предложений по контролю результативности и эффективности программ повышения квалификации, по совершенствованию квалификационных требований к специалистам (знаний и практических умений), по совершенствованию работы учебно-методического объединения по медицинскому и фармацевтическому образованию в части дополнительного профессионального образования, по развитию структуры и содержания непрерывного медицинского и фармацевтического образования;
- выработка предложений по участию профессиональных некоммерческих организаций в повышении квалификации медицинских и фармацевтических работников;
- подготовка требований к качеству дополнительных образовательных мероприятий в системе непрерывного медицинского образования;
- организация научно-практических конференций и других организационно-методических мероприятий по вопросам обеспечения практической направленности и результативности медицинского и фармацевтического образования.

При положительном заключении

Компоненты образовательных программ, рекомендуемых общественными профессиональными организациями, должны соответствовать требованиям к учебным мероприятиям и материалам, предоставляемым общественными профессиональными организациями, и могут быть включены в образовательную программу только при наличии положительного заключения комиссии по оценке учебных мероприятий и материалов координационного совета. Данные компоненты образовательной программы могут включаться в нее в виде списка с указанием наименования тем образовательных мероприятий и соответствующего им количества зачетных единиц.

Координационный совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Министерства здравоохранения Российской Федерации является совещательным и координационным органом, созданным в целях координации деятельности и оптимизации сотрудничества, в том числе с общественными организациями, союзами, ассоциациями отрасли здравоохранения по развитию структуры и содержания непрерывного медицинского и фармацевтического образования и приведения его в соответствие с требованиями задач и приоритетов Программы развития здравоохранения.

Основные задачи и функции координационного совета были закреплены Приказом Минздрава России от 18 февраля 2013 года № 82 «О координационном совете

по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Министерства здравоохранения РФ». Координационным советом был выпущен ряд локальных нормативных актов, которые определяют деятельность всех организаций, участвующих в реализации модели НМО, определяют структуру образовательных программ, а также порядок начисления образовательных кредитов. Методическое сопровождение, анализ текущих и итоговых результатов, а также формирование отчета о реализации модели непрерывного медицинского образования осуществляет ГБОУ ДПО «Всероссийский учебно-научно-методический центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию» Министерства здравоохранения РФ.

Основа для аккредитации

В заключение следует еще раз обратить особое внимание на то, что описанная выше система непрерывного медицинского образования всего лишь модель. До тех пор, пока не будет введена в строй система непрерывного медицинского образования медицинских и фармацевтических работников на всей территории Российской Федерации с участием всех организаций осуществляющих образовательную деятельность, образовательные кредиты в системе НМО будут учитываться только те, которые были начислены по результатам освоения аккредитованных координационным советом образовательных программ

и модулей образовательной программы или образовательных мероприятий, и только тем специалистам, которые заключили договор с образовательными организациями, участвующими в реализации модели непрерывного медицинского образования. В настоящее время подготовлен проект приказа, утверждающий систему непрерывного медицинского образования медицинских и фармацевтических работников здравоохранения.

Проект находится на стадии общественного обсуждения и вывешен для ознакомления на портале <http://regulatio№.gov.ru>

Внедрение системы НМО и использование современных образовательных технологий станет основой для поэтапного введения с 2021 года аккредитации медицинских специалистов как системы допуска к осуществлению медицинской деятельности.

Используемые нормативные акты

- Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 31.12.2014) «Об образовании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 31.03.2015)
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2013) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 01 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 августа 2012 г. № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.07.2000 №284 «О специальных экзаменах для лиц, получивших медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах»
- Приказ Минздрава России от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки “Здравоохранение и медицинские науки”»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2016 № 83н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием»
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих»
- Приказ Минздрава России от 5 июня 1998 г. № 186 «О повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием» (в ред. Приказов Минздрава РФ от 04.04.2003 № 143, от 26.05.2003 № 222, от 05.08.2003 № 332)
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 837 от 11.11.2013 г. (в ред. Приказа Минздрава России от 09.06.2015 № 328) «Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций»
- «Прогноз долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2030 года» (разработан Минэкономразвития России, опубликован 30 апреля 2013 года)
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27 августа 2015 г. № 599 «Об организации внедрения в подведомственных Министерству здравоохранения РФ образовательных и научных организациях подготовки медицинских работников по дополнительным профессиональным программам с применением образовательного сертификата»
- Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 24 марта 2014 г. № 260 «О внедрении модели непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых и врачей-педиатров участковых»
- Сайт координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования <http://www.sovetnmo.ru/>
- Портал непрерывного медицинского образования Минздрава России <http://nmo.rosminzdrav.ru/>

IT В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ИНСТРУМЕНТ, А НЕ САМОЦЕЛЬ

Создание медицинской технологической структуры без информационных технологий немыслимо. Правильное использование IT-технологий в управленческой практике столичных медицинских учреждений, что и происходит на практике, выводит Москву на уровень ведущих европейских столиц. Приведенный в материале пример внедрения ЕРИС – показатель правильного развития медицинских информационных технологий в диагностической сфере. Реализованное решение по масштабности и эффективности находится на одном уровне с лучшими зарубежными проектами такого рода, имея при этом собственный уникальный путь развития и цели.

В то время, когда космические корабли бороздят бескрайний космос, а управление кофейным аппаратом сродни управлению первыми орбитальными станциями, вполне логично ожидать, что переход на «цифру» всерьез затронет также сферу медицины и здравоохранения. Причем не только с точки зрения расширения возможностей диагностики или терапии, но и в плане использования информационных технологий в сфере медицинских услуг и системах управления медицинскими организациями.

Сегодня управление большим медицинским центром или рядовой городской поликлиникой немислимо без диагностических систем высокого технологического уровня, без систем хранения, обработки и передачи информации, а также без систем оценки состояния организационного организма медицинского учреждения. Главный врач должен иметь полный набор инструментария для мониторинга, принятия решения и управления своей медицинской организацией. Мы открываем рубрику, в которой планируем говорить об информационных технологиях в здравоохранении и медицине в широком смысле, обсуждать достижения, а также пока не реализованные, но перспективные возможности в этом направлении. Рассмотрим живые примеры развития, которые привели к значимым результатам, и те решения, которые можно отнести к неудачам, давшим нам незаменимый опыт на будущее. Порассуждаем на тему актуальных решений Министерства здравоохранения РФ и его подведомственных структур в плане правильной трактовки и использования информационных технологий в жизни медицинских учреждений. Наконец, попытаемся разобраться, почему информатизация здравоохранения идет весьма неравномерно и неметодично.

Дебютантом новой рубрики выступает материал директора Научно-практического центра медицинской радиологии, главного внештатного специалиста по лучевой диагностике Департамента здравоохранения города Москвы профессора Сергея Морозова.



Юрий КАШКАРОВ,
главный внештатный специалист по внедрению современных информационных систем в здравоохранении Департамента здравоохранения города Москвы

В его статье речь пойдет об уникальном не только для Москвы, но и для России опыте создания Единой радиологической информационной системы (ЕРИС) — разработке, позволяющей вывести на качественно иной уровень эффективность всей радиологической службы в столице. В следующих выпусках нашего журнала мы рассмотрим другие аспекты использования IT в качестве инструмента повышения эффективности работы медицинских организаций.

ОТ «НЕВИДИМОГО» РАДИОЛОГА — К ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА РЕЗУЛЬТАТ

До конца 2017 года все компьютерные и магнитно-резонансные томографы и рентгеновские аппараты в поликлиниках и больницах Москвы будут подключены к единой радиологической информационной системе (ЕРИС). Информатизация — один из этапов масштабного проекта по совершенствованию службы лучевой диагностики в столице.



Сергей МОРОЗОВ,
директор Научно-практического центра медицинской радиологии, главный внештатный специалист по лучевой диагностике Департамента здравоохранения города Москвы

По оснащенности оборудованием государственных медицинских учреждений Москва не только занимает одно из ведущих мест в России, но и не уступает аналогичным показателям в европейских странах. Сегодня, когда у нас есть необходимое количество оборудования, пришло время задуматься о его рациональном использовании. Если в крупнейших городских стационарах оборудование загружено более чем на 200%, средняя эффективность использования, к примеру, КТ-аппаратов в столичных поликлиниках составляет только 41%.

Рисунок 1. Оснащенность аппаратами и количество исследований на аппаратах КТ в мире

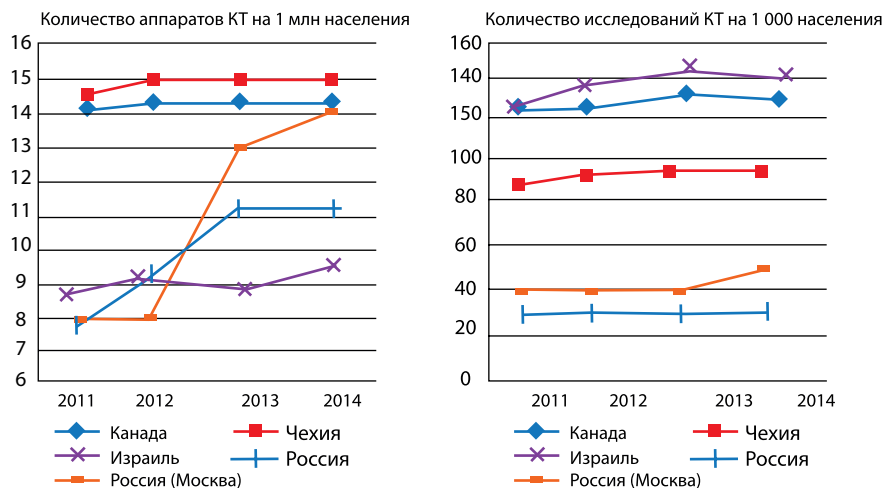
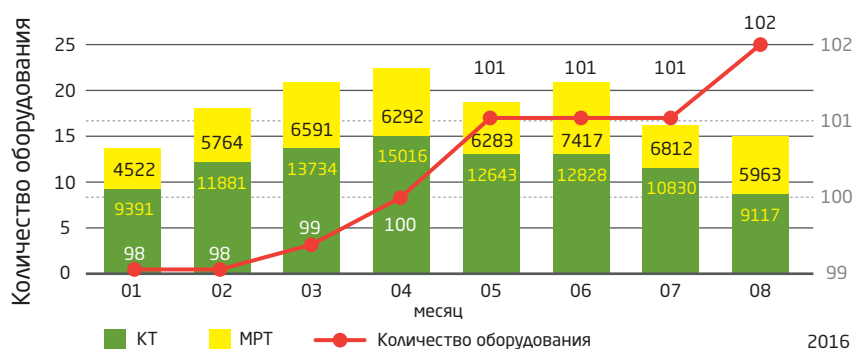
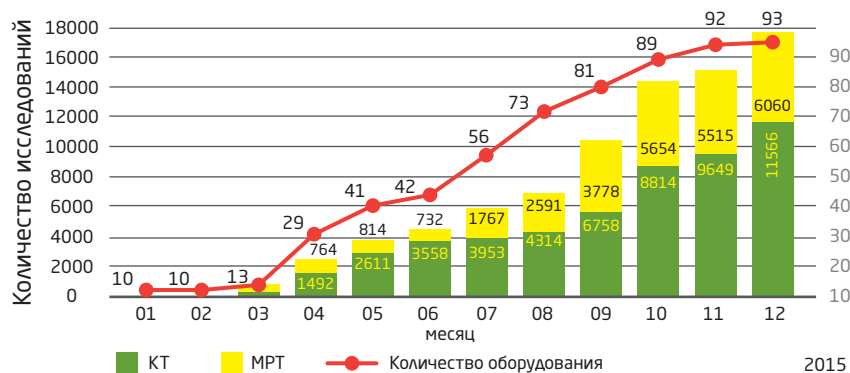


Рисунок 2. Количество исследований в 2015 и 2016 гг.



Анализ мирового опыта показывает, насколько эффективно могут быть использованы имеющиеся ресурсы при правильной организации рабочих процессов в радиологии (рис. 1).

При этом, учитывая современные мировые тенденции развития радиологии (from volume to value — «от объемов к диагностической ценности»), мы ставим цель не только увеличить доступность, но и повысить качество и безопасность исследований. Только в партнерстве с клиницистами мы можем выработать эффективные рекомендации и перейти на новый уровень развития радиологии, которая сегодня полностью интегрирована в клинический процесс (рис. 2).

От «невидимого» радиолога, описывающего снимки в темном кабинете и общающегося только с экраном компьютера, мы должны перейти к радиологу, ответственному за результат и полноправному участнику клинической диагностики. Эта роль исторически была предназначена радиологам, именно к ней необходимо сегодня вернуться.

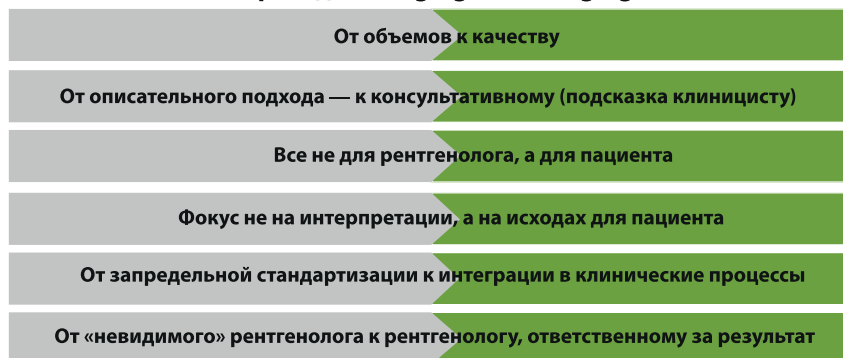
Проект по совершенствованию лучевой диагностики в Москве ставит перед собой несколько ключевых целей. Прежде всего речь идет о повышении качества, безопасности и эффективности работы этой службы.

Качество

Качество в радиологии может быть субъективным и объективным. Объективное качество — это количество диагностических расхождений. В настоящее время оценка качества исследований возможна с помощью внутреннего аудита. При наличии информационной системы экспертами консультативного центра

делается случайная выборка, например 10% исследований, после чего описание сверяется с сохраненным в архиве изображением и определяется наличие или отсутствие расхождений и влияние этих расхождений на лечение пациента. При этом используется наиболее распространенная четырехбалльная система оценки расхождений: первая степень — незначительные погрешности в формулировке заключения; вторая степень — значимые погрешности в формулировке заключения; третья степень — диагностическое расхождение, не влияющее на лечение; четвертая степень — ошибка является критичной, она может повлиять на эффективность лечения пациента.

Переход от Imaging 2.0 к Imaging 3.0



Кроме того, контроль качества в лучевой диагностике предполагает оценку таких показателей, как работоспособность оборудования, правильность его настройки, калибровки, наличие техобслуживания; квалификация специалистов: какие они имеют сертификаты, как повышают свой уровень квалификации, насколько четко прописаны и исполняются стандартные операционные процедуры. Например, используется ли информированное согласие пациента, как выглядит направление на исследование, есть ли протокол обеспечения безопасности МРТ и т.д.

Субъективная сторона качества определяется восприятием пациента: насколько он удовлетворен проведенным исследованием.

Таким образом, мы получаем расширенную шкалу оценки качества работы диагностики. Для непрерывного управления качеством мы ориентируемся на результирующий показатель, то есть на качество описания.

Безопасность

В значительной степени безопасность в радиологии — это обеспечение радиационной безопасности. При проведении исследования на современных аппаратах лучевая нагрузка небольшая, но существуют возможности еще большего ее снижения за счет применения систем учета дозовых нагрузок (radiation exposure monitoring systems).

Подобные системы позволяют сопоставлять области исследования с дозовой нагрузкой в привязке к конкретным аппаратам, учреждениям и специалистам и тем самым обнаружить корневые причины завышения лучевой нагрузки на пациента. Например, мы можем увидеть, что лаборант при сканировании чрезмерно увеличивает зону исследования: при проведении КТ брюшной полости устанавливает срезы «с запасом»: от грудной клетки до малого таза.

В отличие от регистрации расчетных доз, которая используется в подавляющем большинстве учреждений в России, данная методология позволяет получать информацию о реальной лучевой нагрузке, что крайне перспективно с точки зрения повышения безопасности исследований.

Эффективность

Эффективность — третий важнейший параметр работы лучевой диагностики. Существует определенное расхождение во мнениях относительно оценки данного параметра. С одной стороны, можно говорить о технической эффективности: максимальное количество исследований на аппарате за отрезок времени (рис. 3).

Рисунок 3. Формула оценки эффективности отделения ЛД



С другой стороны, при таком подходе снижается качество диагностики. Как обычно, баланс находится в треугольнике «быстро — качественно — дешево». Соответственно, если речь идет об учреждении, которое ставит цель получить прибыль, оборудование должно работать с полной отдачей и обеспечивать максимальное количество исследований. Если речь идет об обеспечении потребности определенного количества населения, то главный параметр, который выходит на первый план, — это доступность: отсутствие очереди на необходимое исследование или наличие приемлемой очереди.

Расчет эффективности имеет важнейшее значение при планировании закупок оборудования. Независимо от того, о какой организации идет речь — бюджетной или коммерческой, методология, которая здесь должна применяться, — это бизнес-планирование. Прежде чем совершать инвестицию, необходимо просчитать ее возврат либо в денежном выражении, либо с позиции обеспечения пациентов необходимой медицинской помощью: сколько нужно аппаратов для области с определенным количеством населения и известным уровнем заболеваемости, чтобы в приемлемые сроки провести все необходимые обследования.

Как выглядит диагностический процесс?

Для эффективного управления в радиологии важно понимать текущее состояние бизнес-процессов.

Диагностический процесс начинается с направления клинициста. Лучевая диагностика — это всегда ответ на конкретный клинический запрос.

К сожалению, в России существует такой фактор, как самоназначение: «Заболела спина или голова — сделаю МРТ». Это неправильно, такая диагностика дает много ложноположительных находок и не приводит к желаемому результату.

МРТ, КТ, ПЭТ/КТ — это не те методы, которые нужно назначать себе самостоятельно. Сегодня они доступны, но важно, чтобы исследование было назначено клиницистом в связке с правильным лечением.

В соответствии с запросом клинициста подбирается диагностическая методика — эмпирически с участием рентгенологов или с помощью распространенных за рубежом систем поддержки принятия решений.

Назначение попадает в расписание, пациенту передается информация о необходимой подготовке. Когда пациент приходит на исследование, данные передаются на диагностический аппарат — таким образом, лаборанту, который работает по стандартным протоколам, нет необходимости повторно вводить данные пациента. После того как исследование проведено по стандартному протоколу, в который по необходимости могут быть внесены уточнения или корректировки, оно попадает на описание. Описание производится по шаблонным протоколам, и далее результат передается либо клиницисту, либо на «второе мнение» консультанта, который специализируется в той или иной области радиологии: нейро-, абдоминальной, торакальной и т.д. Далее протокол описания возвращается к клиницисту, при этом он должен отвечать на его первоначальный запрос. Если же по каким-то причинам ответ не получен, должна быть обратная связь от клинициста с указанием того, что его устраивает в переданном описании.

По мере роста количества диагностических методик и их усложнения возрастает роль радиолога как в процессе выбора метода исследования совместно с клиницистом, так и в части подготовки заключения, которое становится «проактивным» (actionable), с рекомендациями, основанными на фактах доказательной медицины. Необходимо понимать, как то или иное заключение повлияет на лечение, и использовать те же классификации клинических состояний, которыми пользуются направляющие врачи (пример: критерии TNM в онкологии).

Только после клинициста протокол попадает к пациенту, и, таким образом, основным источником информации для пациента является лечащий врач.

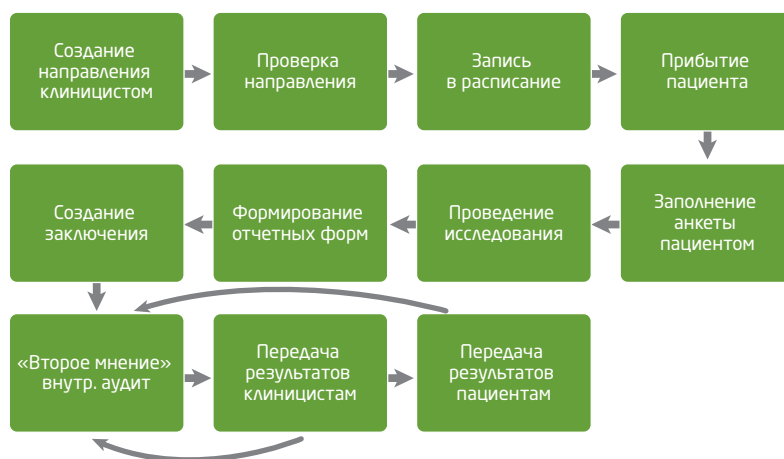
Иными словами, диагностический цикл замыкается, пройдя через этапы «клиницист — регистратор — лаборант — врач-рентгенолог — консультант — клиницист» (рис. 4). Каждая из этих точек фиксируется в информационной системе, в рамках которой можно замерять любые интервалы, определять, почему в том или ином отделении эффективность работы ниже, — таким образом, управлять качеством и эффективностью, обобщая данные, выбирая бенчмарки и далее, посредством взаимодействия между специалистами создавать систему наставничества, когда лучшие отделения повышают уровень менее эффективных.

При этом мы ставим задачу стандартизировать все операционные процедуры, протоколы и описания (рис. 5).

Очевидно, что при таком подходе работа лаборанта и врача-рентгенолога попадает в определенные рамки. Но анализ успешных бизнес-моделей доказывает, что разумная, незапредельная стандартизация приводит только к положительным результатам. Обеспечив базовые процессы, она позволяет рентгенологам заниматься взаимодействием с клиницистами, создает возможности для развития системы «второго мнения» и телерадиологии.

Если говорить о мировом опыте, сегодня это все объединяется в системе IHE (Integrating Healthcare Enterprise). Рентгенология выходит на уровень клинической интеграции, когда стандартизированные процессы, отраженные в радиологической информационной системе,

Рисунок 4. Общая схема диагностического процесса










позволяют ей взаимодействовать с медицинской информационной системой, лабораторной информационной системой, биллингом, учебными базами данных, телерадиологией. Стандартный внутренний процесс обеспечивает возможность внешних взаимодействий.

Как замерить диагностический процесс?

Ответ очевиден: конечно, не в формате отчетов от тех, кто проводит исследования. Принятым на сегодняшний день формам статистической отчетности, в частности хорошо известной форме № 30, можно верить условно, потому что существует очень большая разнородность в том, как формируются и как подаются отчетные данные.

Рисунок 5. Стандартизация лучевой диагностики

-  Номенклатура методик и нормативы времени
-  Единые протоколы выполнения КТ, МРТ
-  Единые структурированные протоколы описания результатов исследований
-  Единая терминология (RadLex)
-  Единые классификации заболеваний и повреждений (TNM, Bosniak, Pi-RADS, BI-RADS)
-  Единые операционные процедуры
-  Единые стандарты оценки динамики (RECIST)

Решением проблемы является информатизация.

Информационная система позволяет четко структурировать рабочие процессы в радиологии и получать достоверную информацию о том, что происходит и где возникают «бутылочные горлышки», что снижает эффективность использования оборудования. Все это относится к области, которая называется «большие данные» (big data).

Мы создали в Москве прецедент, объединив московские поликлиники в единую радиологическую информационную систему, позволяющую заархивировать все исследования, исключить

дублирование исследований, определить эффективность каждой единицы оборудования, создать систему «второго мнения» и контроля качества описаний, таким образом, системно повысить качество и эффективность лучевой диагностики.

Один из следующих этапов — это установка системы для мониторинга доз лучевой нагрузки, что позволит существенно повлиять на безопасность исследований.

Система начала устанавливаться в феврале 2015 года, на сегодняшний день к ЕРИС подключены уже 63 столичные поликлиники, в 2017 году планируется подключить все стационары Москвы. В ЕРИС в период с 1 января 2015 по 31 декабря 2015 года размещено и хранится 94 192 исследования, в том числе:

- компьютерных томографий — 52 743;
- магнитно-резонансных томографий — 27 527;
- флюорограмм — 7131;
- цифровых рентгенов — 6791.

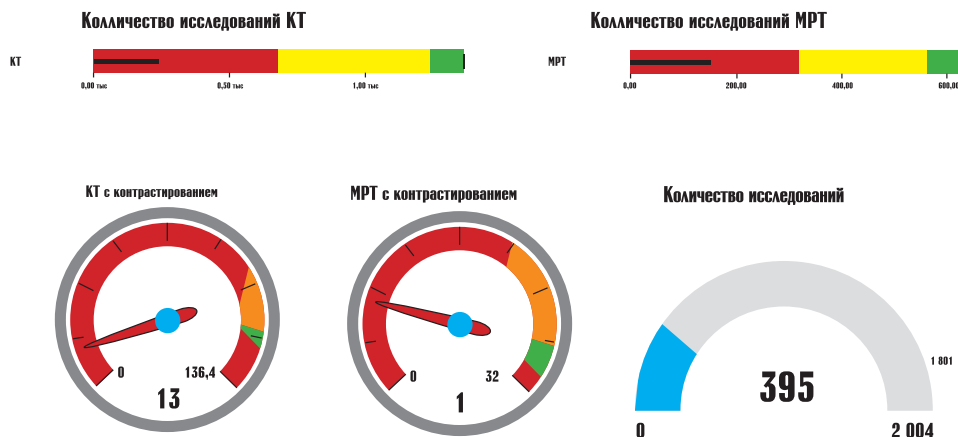
При этом в за первое полугодие 2016 года выполнено 114,04 тыс. КТ и МРТ (из них КТ — 74, 98 тыс. и МРТ — 39,06 тыс.).

За 2015 год проведено 17 956 выборочных аудитов исследований, по 3000 протоколам выявлены диагностические расхождения, на основе которых были сформированы учебные программы для рентгенологов и рентгенолаборантов.

Анализ данных за 2015 год показал, что основные потери эффективности происходили из-за завышенных интервалов времени на одно исследование, а также имели место потери от числа рабочих дней, например, оборудование работало только 5 дней в односменном режиме.

В качестве результирующего показателя эффективности было выбрано время подготовки описания, так как оно отражает множество факторов: квалификацию рентгенолога, по каким шаблонам он работает, насколько четко организован процесс и т.д. По результатам 2015 года это время по Москве составляло от 4 до 178 часов. Благодаря внедрению информационной системы и проведенным аудитам уже в первом квартале 2016 года среднее время описания исследований сократилось по некоторым учреждениям на 90–95%.

С апреля 2016 года заработал онлайн-мониторинг ключевых показателей эффективности всех амбулаторных МО ДЗМ, позволяющих отслеживать целый ряд показателей по всем подключенным учреждениям в режиме реального времени. Среди этих показателей — работоспособность оборудования, количество рабочих смен и количество исследований в смену, длительность как исследований в целом, так и их отдельных этапов, количество расхождений в заключениях и многое другое.



На основе оценки критериев эффективности разработана методика подсчета рейтинга отделений лучевой диагностики.

По результатам мониторинга разработаны предложения, направленные прежде всего на описание процессов и стандартизацию работы и повышение квалификации специалистов. Этим в первую очередь и занимается НПЦ медицинской радиологии.

В частности, с целью повышения квалификации специалистов предложено:

- направлять ежегодно всех врачей-рентгенологов и рентгенолаборантов на курсы СЛР;
- разработать адаптационный курс для новых врачей и рентгенолаборантов в УКО НПЦ медицинской радиологии;
- провести курс по сердечно-легочной реанимации для всех рентгенологов и рентгенолаборантов ДЗМ;
- разработать новый формат аттестации специалистов с оценкой практических навыков;
- провести серию вебинаров и трансляций исследований.

Для развития взаимодействия с клиницистами и более глубокой проработки клинических рекомендаций созданы рабочие группы рентгенологов и радиологов с онкологами, лор-врачами, фтизиопульмонологами. Логичным продолжением этой работы является информатизация клинических процессов посредством интеграции единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС) и единой радиологической информационной системы (ЕРИС).

Управленческие навыки

Для того чтобы организовать радиологическую службу с учетом современных, профессионально обусловленных требований по качеству и безопасности, специалистам крайне важно развиваться не только в рамках своей компетенции, но и в рамках управления процессами. Рентгенологическое отделение сегодня — это целый комплекс оборудования, для управления которым важны знания в области операционного менеджмента, управления персоналом и стратегического планирования. Заведующий отделением не может быть только врачом, ему нужно решать целый ряд вопросов: как эффективно использовать оборудование, как мотивировать команду, набирать и обучать специалистов, как организовать информационные потоки и сделать так, чтобы были удовлетворены и направляющие специалисты, и пациенты. Важнейшей инициативой по развитию управленческих компетенций врачей является ежегодный международный конгресс «Менеджмент в радиологии», который проводится Медицинской школой ЕМС и привлекает ведущих российских и зарубежных экспертов в таких разнообразных областях, как коммуникации, телерадиология, eHealth, инвестиции и финансирование, маркетинг в радиологии, подбор персонала, безопасность пациента и других.

Наша задача — создать условия для того, чтобы как можно больше специалистов столичного здравоохранения принимали участие в подобных образовательных мероприятиях, повышали свою компетенцию как врачи и как управленцы и были максимально интегрированы в мировое радиологическое сообщество.

Результатом организационных преобразований станет создание московского стандарта лучевой диагностики, который позволит в полной мере реализовать имеющийся кадровый и технический потенциал, повысить доступность современных методов диагностики для жителей Москвы, проводить диагностические исследования по мировым стандартам качества и безопасности. Применение информационных технологий обеспечивает прозрачность и эффективность работы высокотехнологичного оборудования в соответствии с потребностями клиницистов. Важнейшим направлением работы является развитие управленческих навыков специалистов, заведующих отделениями лучевой диагностики. В результате все описанные действия принесут пользу пациентам, для которых повысится доступность качественной и эффективной диагностики.

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ
РАДИОЛОГИИ
ДЕПАРТАМЕНТА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОСКВЫ ОТМЕЧАЕТ**

20-ЛЕТНИЙ ЮБИЛЕЙ



В июле 1996 года на базе Диагностического центра №3 был образован Научно-практический Центр медицинской радиологии Департамента здравоохранения Москвы.

Однако настоящая история Центра насчитывает более 80 лет – с момента создания Московского научно-исследовательского рентгенорадиологического института (МНИРРИ), основанного в январе 1924 года.

Сегодня НПЦ медицинской радиологии ДЗМ – ведущая научно-практическая организация, обеспечивающая развитие и повышение эффективности службы лучевой диагностики в столице.

В составе Центра действуют ряд отделов и лабораторий, обеспечивающих научную, технологическую, учебную, организационную и методологическую поддержку московских рентгенологов.

Центр активно занимается внедрением новейших инновационных разработок, направленных на по-

вышение качества и доступности медицинской помощи с использованием современных достижений радиологии и информационных технологий. По инициативе руководства Центра в столице создана система Единого радиологического информационного сервиса (ЕРИС), которая олицетворяет собой новый управленческий подход к оптимизации работы радиологических отделений Москвы и позволяет поднять на качественно новый уровень оперативность и достоверность диагностических исследований.

Ежегодно специалисты НПЦ медицинской радиологии ДЗМ осуществляют более 50 000 проверок в рамках индивидуального дозиметрического контроля. Свыше 900 рентгеновских кабинетов столицы проходят техническую паспортизацию.

Научными сотрудниками Центра только за пять последних лет зарегистрировано 7 патентов на изобретение, опубликовано свыше 100 статей и публикаций в российских и зарубежных научных СМИ, сделано несколько десятков докладов на крупнейших отраслевых конференциях.

Редакция журнала «Московская медицина» поздравляет с юбилеем коллектив НПЦ медицинской радиологии ДЗМ и его руководителя – главного внештатного специалиста по лучевой диагностике Департамента здравоохранения Москвы, профессора кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, члена правления European Society of Medical Imaging Informatics, д.м.н. Сергея Павловича Морозова.

НА СЛУЖБЕ СТОЛИЧНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Демографические показатели часто используют в качестве индикатора состояния дел в здравоохранении. Об основных демографических понятиях и показателях и о том, как демографическая наука может служить «практике», рассказывают профессионалы.

Сергей ТИМОНИН, Елена ПАПАНОВА, Денис ПУСТОВАЛОВ,

отдел демографии НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ, Институт демографии НИУ «Высшая школа экономики»

На какие вопросы отвечают демографы?

Строго говоря, демография — наука о закономерностях воспроизводства населения. Исследователи-демографы пытаются разобраться в том, как и благодаря (вопреки) чему происходит изменение двух основополагающих процессов в жизни общества — смертности и рождаемости и какое влияние это оказывает на трансформацию брака и семьи, характер межпоколенных отношений; какие вызовы эти изменения ставят перед странами и их институтами — системой образования, здравоохранения и социального обеспечения.

Что повлияло на небывалый, практически четырехкратный, рост численности населения мира в XX веке (с 1,7 до 6,1 млрд человек) и можно ли рассчитывать на замедление темпов роста в XXI веке? Что привело к снижению рождаемости в развитых странах и, напротив, затрудняет ее снижение в развивающихся? Какие факторы влияют на снижение смертности населения и каковы пределы роста (и есть ли они вообще) продолжительности жизни людей? Как должна быть организована медицинская помощь населению, в том числе паллиативная, в условиях увеличения продолжительности жизни и изменения структуры заболеваемости населения? На все эти и множество других вопросов пытаются дать ответы демографы. Но, безусловно, не в одиночку, а в плотном взаимодействии с социологами, эпидемиологами, экономистами и специалистами из других областей.

С практической точки зрения понимание и корректная интерпретация современных и перспективных демографических изменений позволяют целенаправленно и обоснованно определять приоритеты снижения смертности, взвешенно принимать решения о необходимости повышения возраста выхода на пенсию, формировать социальную и миграционную политику в государстве.

Некоторые демографические показатели (ожидаемая продолжительность жизни, коэффициенты смертности по причинам смерти, коэффициент суммарной рождаемости) включены в качестве важнейших целевых индикаторов (хотя их выбор не всегда научно обоснован*) в указы

ОТ АВТОРОВ

Мы постарались кратко рассказать о том, что изучает наука «демография», какими данными оперирует исследователь-демограф и как происходит сбор рутинной демографической статистики в России и в Москве в частности. Отдельное внимание мы уделили базовым индикаторам, используемым для анализа уровня рождаемости и смертности, проиллюстрировав их использование на нескольких примерах.

* К примеру, общие коэффициенты смертности не позволяют достоверно судить о динамике смертности в регионах и странах, поскольку отражают не только изменения в уровне смертности, но и в возрастной структуре населения.

президента и иные нормативно-правовые акты и программные документы, что вызывает к ним повышенный интерес и внимание со стороны чиновников, профессионального сообщества, представителей СМИ и населения страны в целом.

Как посчитать москвичей?

Первое, что следует знать о населении, — это его численность и структуру, то есть распределение по основным характеристикам (пол, возраст, уровень образования, этническая принадлежность и т.д.). Основным и наиболее полным источником таких сведений в России и большинстве стран мира является перепись населения. ООН рекомендует проводить общенациональные переписи по крайней мере каждые 10 лет; в современной России перепись населения проводилась дважды — в 2002 году (на критический момент времени 00 ч. 00 мин. 09 октября 2002 г.) и в 2010 году (на критический момент 00 ч. 00 мин. 14 октября 2010 г.). Участие во Всероссийской переписи населения (ВПН) является «общественной обязанностью человека и гражданина», но, строго говоря, не является обязательным [Федеральный закон от 25 января 2002 г. № 8-ФЗ «О Всероссийской переписи населения»]. Лицо, подлежащее ВПН, может не оказаться дома в момент проведения переписи, отказаться от участия в ней или сообщить переписчику некорректные или неточные сведения о себе или членах семьи (например, о сроках пребывания в населенном пункте, возрасте, этнической принадлежности и др.). Сведения о возрасте и поле людей, которые отказались участвовать в переписи или которых переписчики не застали дома (621 тыс. человек в Москве в момент проведения ВПН-2010), получают из административных источников («домовых книг»).

Перепись населения фиксирует:

- постоянное население Российской Федерации, т.е. тех, кто ответил на вопрос переписчика (без предъявления каких-либо документальных доказательств), что проживает в том или ином населенном пункте России сроком более 1 года*;

- временно находящихся на территории России, но постоянно проживающих за рубежом. В дальнейшую статистическую разработку попадает только постоянное население России.

В межпереписный период оценка численности постоянного населения проводится по данным текущего учета населения. К примеру, чтобы оценить численность населения на 1 января 2011 года, к численности населения, полученной на момент проведения последней переписи (14.10.2010 г.), прибавляют число родившихся

и постоянных иммигрантов и отнимают число умерших и эмигрантов за период с 14.10.2010 по 31.12.2010 г. Такая процедура повторяется вплоть до следующей переписи населения. В случае когда результаты оценки по данным текущего учета расходятся с данными, полученными в результате проведения новой переписи, проводят ретроспективную корректировку межпереписных оценок численности населения (рис. 1). Проведение переписи населения в крупных городах, таких как Москва, является непростой задачей для статистических служб, а ее результаты — зачастую менее точные в сравнении с другими регионами страны.

Что же зафиксировала (и не зафиксировала) перепись населения Москвы? Несколько примеров:

- численность населения, по данным ВПН-2010, оказалась на 8,2% (875 тыс. человек) выше по сравнению с межпереписными оценками от ВПН-2002 (рис. 1);

- численность детей 2010 года рождения, учтенных при переписи, на 29% меньше числа родившихся в Москве в период с 1 января по 14 октября 2010 г. (Андреев Е.М. О точности результатов российских переписей населения и степени доверия к разным источникам информации // Вопросы статистики. 2012. №11: 21–35.).

Нестыковку данных по численности населения, полученных на основе межпереписных оценок, и результатов ВПН-2010 Росстат объясняет недоучетом мигрантов между переписями. Большинство исследователей соглашаются с этой точкой зрения, однако указывают и на другие возможные причины расхождения данных, связанные с двойным счетом населения, искусственно завышающим (преднамеренно или случайно) его численность.

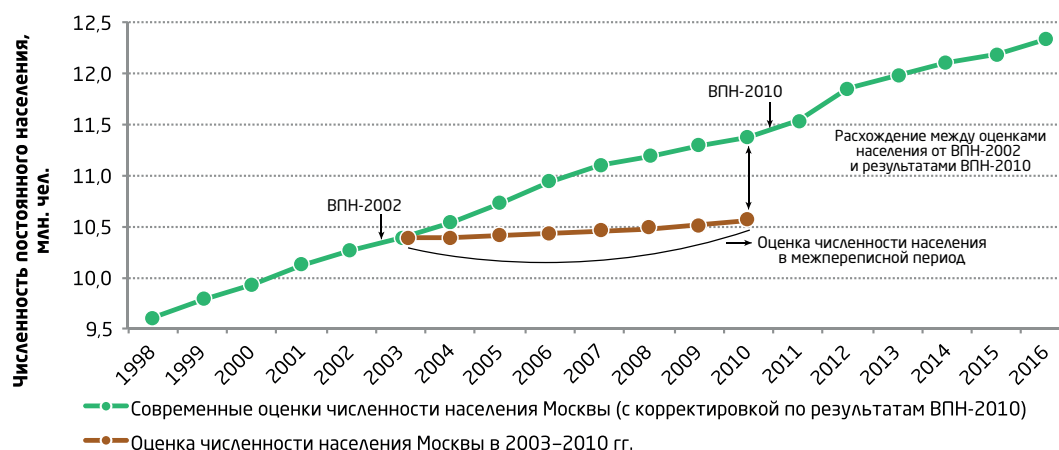
Еще раз отметим, что в численность постоянного населения Москвы входят не только лица, зарегистрированные по месту жительства в Москве (юридическое население), но и временно проживающие граждане с регистрацией по месту пребывания на срок более 9 месяцев (до 2011 года — на срок более 1 года). При проведении переписи населения в качестве критерия постоянного населения учитывается только длительность фактического проживания, вне зависимости от наличия регистрации.

Учет демографических событий в Москве

Численность населения изменяется в результате естественного движения населения (рождений и смертей) и механического (миграции). Официальную

* Также учитываются граждане Российской Федерации, постоянно проживающие в Российской Федерации, но находящиеся на момент проведения ВПН за пределами страны.

Рисунок 1. Оценка численности постоянного населения Москвы и ее корректировка по результатам ВПН-2010



Источник: Росстат

статистическую информацию о демографических процессах в России формирует и распространяет Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Помимо проведения переписи населения, территориальные органы государственной статистики (далее — ТОГС) собирают сведения о зарегистрированных в субъекте Российской Федерации демографических событиях: рождениях и смертях, браках и разводах, миграционных перемещениях. В качестве источника первичных сведений о естественном движении населения (рождениях и смертях) выступают медицинские свидетельства, регистрируемые по заявительному принципу в территориальных органах загс и на ежемесячной основе передаваемые в ТОГС. Подробная схема учета смертности в Москве представлена на рис. 2. Согласно действующему законодательству регистрация факта рождения или смерти может производиться как по месту жительства, так и по месту наступления события (Федеральный закон от 15 ноября 1997 г. № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния»). Так, чуть более 10% зарегистрированных в Москве смертей приходится на лиц, для которых Москва формально не является местом постоянного жительства (т.е. говоря неиспользуемым в настоящее время, но многим понятным термином — нет «московской прописки»). Около 9% зарегистрированных смертей наступили за пределами города, в большинстве своем — в Московской области (табл. 1). Если же говорить о московской рождаемости, то лишь для 45% новорожденных детей, которые были

зарегистрированы в Москве, оба родителя являлись постоянными жителями столицы. Около 3% зарегистрированных рождений произошли в других регионах России и странах мира (табл. 2).

Данные о постоянных мигрантах (зарегистрированных на срок 9 месяцев и более) территориальные органы Росстата получают из Федеральной миграционной службы (с 2016 года — от Главного управления по вопросам миграции МВД России [Указ Президента Российской Федерации от 5 апреля 2016 г. №156]). В качестве первичной документации выступают листки статистического учета мигрантов, составляемые при регистрации и снятии с регистрационного учета населения по месту жительства и при регистрации по месту пребывания на срок 9 месяцев и более (на срок 1 год и более до 2011 года)*.

Абсолютные и относительные демографические показатели

Демографические процессы, как и многие не демографические, можно изучать на основе абсолютных и относительных показателей. Основное преимущество абсолютных индикаторов, таких как число рождений, смертей или иммигрантов, — простота их получения и отсутствие необходимости в проведении каких-либо дополнительных расчетов. Однако они оказываются малоинформативными без информации о том, сколько людей подвержено риску смерти или сколько женщин находится в репродуктивном возрасте. Их сложно использовать для изучения уровня и динамики смертности или рождаемости, а также проведения межрегиональных и

* С 1 января 2007 года листки статистического учета прибытий оформляются на иностранных граждан и лиц без гражданства, впервые получивших разрешение на временное проживание, а не вида на жительство, как это было ранее.

Рисунок 2. Схема формирования официальной статистической информации о смертности в Москве



Таблица 1. Распределение смертей, зарегистрированных в 2015 году в городе Москве, по месту наступления и месту регистрации/проживания умершего

			По месту наступления смерти	
			В Москве	Не в Москве
По месту регистрации / проживания умершего	Постоянные жители Москвы	Юридическое население (зарегистрированное в Москве по месту жительства)	98 407 (80,7%)	10 810 (8,9%)
		Долгосрочные официально зарегистрированные в Москве мигранты (>9 мес.)	8 933 (7,3%)	131 (0,1%)
	Краткосрочные официально зарегистрированные в Москве мигранты (<9 мес.)			
	Не зарегистрированные в Москве, в том числе не нуждающиеся в регистрации, граждане			
	Лица с неизвестным местом жительства	3 584 (2,9%)	91 (0,1%)	

Источник: оценка ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» по базе данных ЗАГС

Таблица 2. Распределение рождений, зарегистрированных в 2015 году в городе Москве, по месту наступления и месту регистрации/проживания родителей

			По месту наступления рождения	
			В Москве	Не в Москве
По месту регистрации / проживания родителей новорожденного	Постоянные жители Москвы	Юридическое население (зарегистрированное в Москве по месту жительства, оба родителя или один из родителей)	105 989 (74,4%)	4 764 (3,3%)
		Долгосрочные официально зарегистрированные в Москве мигранты (>9 мес.)	27 893 (19,6%)	37 (0,03%)
	Краткосрочные официально зарегистрированные в Москве мигранты (<9 мес.)			
	Не зарегистрированные в Москве, в том числе не нуждающиеся в регистрации, граждане			
	Лица с неизвестным местом жительства (оба родителя)	3 689 (2,6%)	18 (0,01%)	

Источник: оценка ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» по базе данных ЗАГС

межстрановых сравнений. В то же время в определенных ситуациях использование абсолютных индикаторов более чем оправдано. Например, прогноз числа рождений (абсолютный показатель) важен при планировании мощности родильных отделений, детских садов и школ, а число смертей и их распределение по причинам может быть использовано при оптимизации структуры коечного фонда стационаров и при организации паллиативной помощи.

Относительные показатели все же чаще используются демографами. Демографические коэффициенты рассчитываются как результат деления абсолютного числа демографических событий, произошедших в каком-то регионе (стране) за определенный период, на среднее число человек. Например, общий коэффициент смертности в Москве в 2015 году — это результат деления всех зарегистрированных в Москве в 2015 году смертей (числитель) на среднегодовую численность постоянного населения города (знаменатель). Аналогично рассчитывается и общий коэффициент рождаемости, только в числителе вместо общего количества смертей — общее количество рождений.

Возраст и пол имеют значение

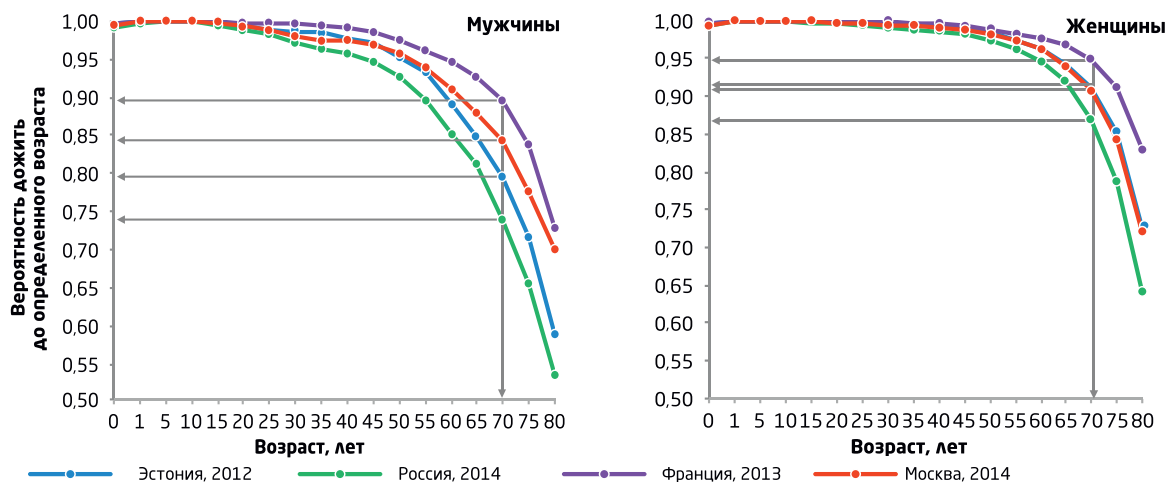
Чрезвычайно важными при анализе демографических процессов, а соответственно и при расчете показателей, используемых при проведении анализа, являются пол и возраст человека, с которым произошло то или иное демографическое событие. Общие демографические коэффициенты, о которых говорилось выше, не учитывают эти две фундаментальные категории. Поэтому демографы практически всегда прибегают к распределению всех демографических событий по полу и возрасту и учитывают это

при расчете производных демографических показателей для корректной оценки уровня смертности и продолжительности жизни, интенсивности рождаемости и тайминга рождений и т.д.

Представленные на рис. 3 кривые показывают вероятность дожития мужчин и женщин в Москве, России в целом, Эстонии и Франции до определенного возраста. К примеру, вероятность французских мужчин и женщин дожить до возраста 70 лет в 2013 году составила практически 90 и 95% соответственно, для москвичей и москвичек — 85 и 91%, а для России в целом — всего лишь 74 и 87%. Этот пример наглядно демонстрирует (женщины в сравнении с мужчинами, «лидирующие» регионы и страны в сравнении с «отстающими») наблюдаемую «компрессию» смертности, т.е. смещение подавляющего числа смертей к старшим возрастам и сужение возрастного интервала, в пределах которого наиболее часто умирают люди.

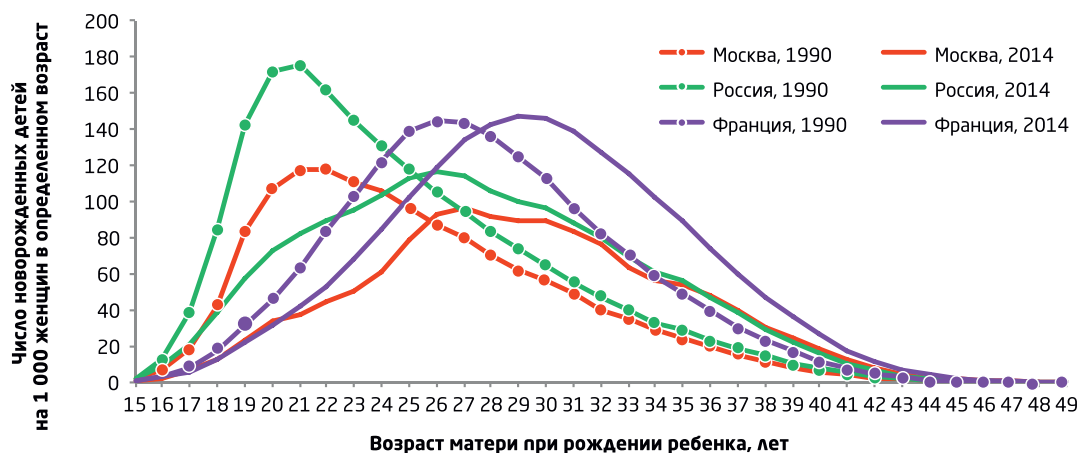
Рисунок 4 демонстрирует изменение возрастного профиля рождаемости в Москве, России и Франции (1990 и 2014 гг.). Во Франции, к примеру, произошло явное смещение пика рождаемости в более старшие возраста, при этом сам профиль изменился не очень сильно (фиолетовая кривая на рисунке 4). В России и особенно в Москве в последнюю четверть века также значительно вырос средний возраст матери при рождении ребенка (с 25,8 до 27,8 года в России, с 25,9 до 29,8 года в Москве), но при этом значительно снизился и уровень рождаемости. Интенсивность рождаемости в Москве абсолютно во всех возрастах ниже показателей Франции; в России интенсивность рождаемости в возрастах до 26 лет превышает французский уровень.

Рисунок 3. Вероятность дожить до определенного возраста в интервале возрастов от 0 до 80 лет



Источник: расчеты авторов по данным Росстата, WHO Mortality Database, Eurostat

Рисунок 4. Возрастной профиль рождаемости России, Франции и Москвы в 1990 и 2014 гг.

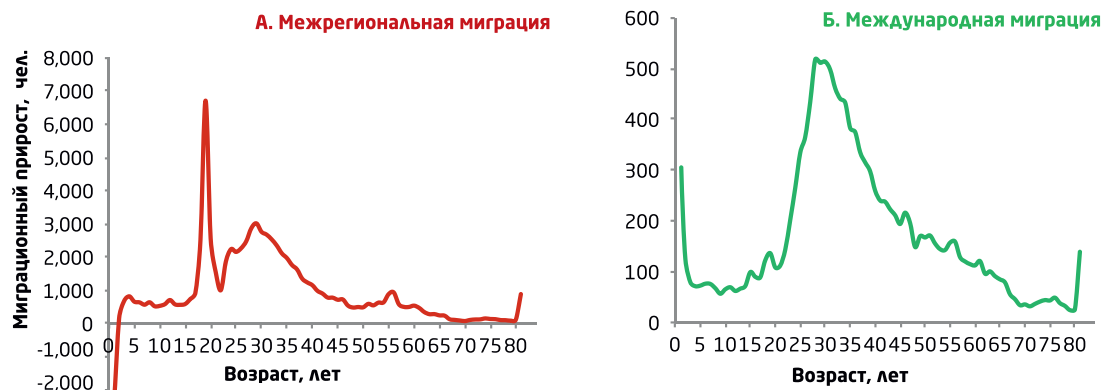


Источник: HFD*, Росстат

Миграция населения, как третья компонента изменения численности населения города, также сильно зависит от возраста (рис. 5). В 2015 году миграционный прирост в Москве составил 112,2 тыс. человек. Практически 70% миграционного прироста составили жители других регионов России, оставшиеся 30% — иностранные граждане, преимущественно из стран СНГ. В межрегиональном обмене прослеживается два явных пика — это студенты, приезжающие на обучение в Москву, и

трудоспособное население, приезжающее на работу в столицу (левая часть графика). Вместе с тем нельзя не отметить два возраста, для которых характерно отрицательное сальдо миграции — новорожденные (рожденные и сразу же зарегистрированные в Москве дети из других регионов страны, вернувшиеся с родителями к месту постоянного проживания) и студенты, закончившие учебные учреждения Москвы (уехавшие к месту постоянного проживания или же оставшиеся в

Рисунок 5. Миграционный прирост в Москве за счет межрегионального миграционного обмена (А) и международной миграции (Б), в среднем за 2011–2015 гг.



Источник: Росстат

Примечание. Вертикальные оси на правом и левом графиках имеют разные шкалы в связи с сильно различающимися объемами межрегиональной и международной миграции.

* Human Fertility Database. Max Planck Institute for Demographic Research (Germany) and Vienna Institute of Demography (Austria). URL: www.humanfertility.org (загружено [10.08.2016]).

Москве, но без регистрации по месту жительства или месту пребывания на срок более 9 месяцев). С возрастным профилем международных мигрантов в Москве все более или менее понятно — первый пик в младенчестве связан с регистрацией рожденных в Москве детей иностранными гражданами, второй — трудоспособное население, приезжающее на работу (правая часть графика).

Как демографы оценивают состояние общественного здоровья?

Для того, чтобы оценить здоровье населения на популяционном уровне, прибегают к различным подходам, основанным на оценке уровня заболеваемости и инвалидности, самооценке состояния здоровья (социологическое обследование), результатах диспансеризации или выборочных медицинских обследований. Демография дает исследователям и иным заинтересованным лицам инструмент для оценки состояния здоровья, а также качества оказания медицинской помощи населению на основе наиболее «объективных» данных о смертности населения, в частности, по причинам смерти.

К сожалению, в силу тех или иных обстоятельств (трудности в доступе к детальным статистическим данным и/или недостаточное знание основ демографического анализа), в России очень часто прибегают к использованию общих показателей смертности, речь о которых шла выше. Основной недостаток этого показателя заключается в том, что он отражает не только изменение уровня смертности, но и «запрограммированные» изменения возрастной структуры населения. Альтернативой общему коэффициенту смертности является стандартизованный по возрасту коэффициент.

В качестве простого примера обратимся к графикам на рисунке 6. Слева — общий и стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения, справа — от новообразований в Москве в 1989–2015 гг. Значения общего и стандартизованного показателя равны в начальной точке (1989 год). К 2015 году различия между этими двумя индикаторами достигают серьезных величин в силу неблагоприятного влияния изменения возрастной структуры населения на динамику общего показателя смертности. Но важнее даже не абсолютные различия между общим и стандартизованным показателями, а характер их изменения. К примеру, в последние 2–3 года общий коэффициент смертности от БСК в Москве растет, а стандартизованный продолжает устойчиво снижаться.

Приведем еще один классический пример ошибочного

использования и, что самое главное, интерпретации общих коэффициентов смертности. Общий коэффициент смертности женщин в Казахстане в 1992 году составлял 7,42‰, в то время как в Швеции — 10,55‰. Неужели в 1992 году уровень смертности шведских женщин был на 42% выше смертности женщин Казахстана? Разумеется нет. Дело в том, что возрастная структура населения этих стран сильно различалась в 1992 году, что нашло отражение в общем коэффициенте смертности. Стандартизованный же по возрасту показатель составляет 11,88‰ для Казахстана и 7,37‰ для Швеции, т.е. на самом деле уровень смертности в Швеции на 60% ниже, чем в Казахстане.

Другим показателем, не зависящим от возрастной структуры населения и позволяющим сравнивать регионы и страны по уровню смертности, является ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ). Этот индикатор рассчитывается при построении так называемых таблиц смертности и может быть проинтерпретирован как среднее количество лет, которое предстоит прожить рожденному в данном году ребенку при условии, что на протяжении всей его жизни сохранится такой же уровень смертности во всех возрастах, как в году, для которого производится оценка данного показателя. Как показано на рисунке 7, уровень ожидаемой продолжительности жизни в Москве значительно выше, чем в России. Преимущество Москвы по продолжительности жизни при рождении по сравнению со среднероссийским показателем в 2015 году составило около 7 лет у мужчин и почти 4 года у женщин. Ожидаемая продолжительность жизни в Москве наиболее близка к уровню, наблюдаемому в балтийских странах, что отчетливее всего проявляется у мужчин. Вместе с тем сохраняется значительное преимущество ряда развитых стран (например, Франции) по уровню ОПЖ, что указывает на наличие дополнительных резервов снижения смертности в Москве.

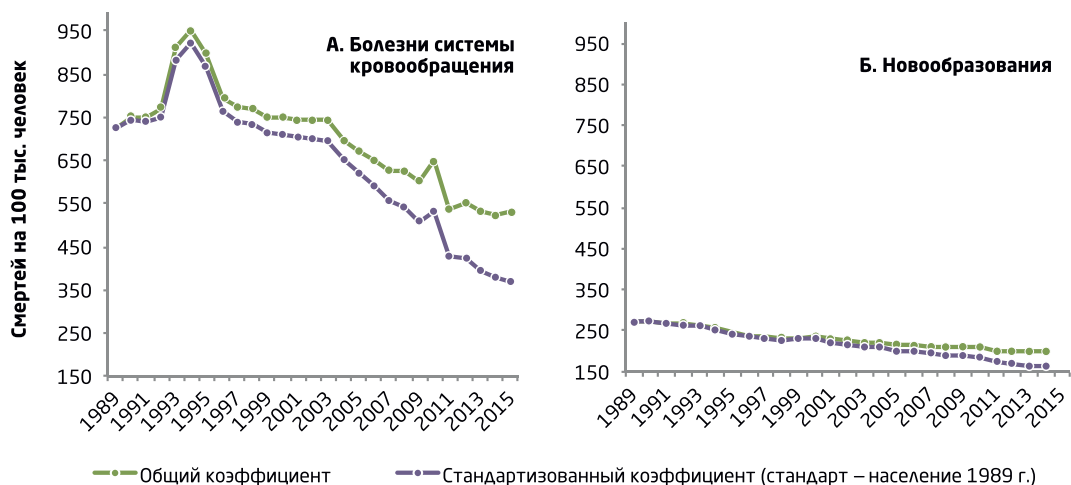
Показатель ожидаемой продолжительности жизни рассчитывается Росстатом ежегодно и после проведения ретроспективной корректировки численности населения по результатам очередной переписи населения также может быть скорректирован.

Как обстоят дела с рождаемостью в Москве?

Наиболее объективный периодный показатель уровня рождаемости — коэффициент суммарной рождаемости (далее — КСР)*, показывающий среднее ожидаемое число детей, которое предстоит родить женщине за весь

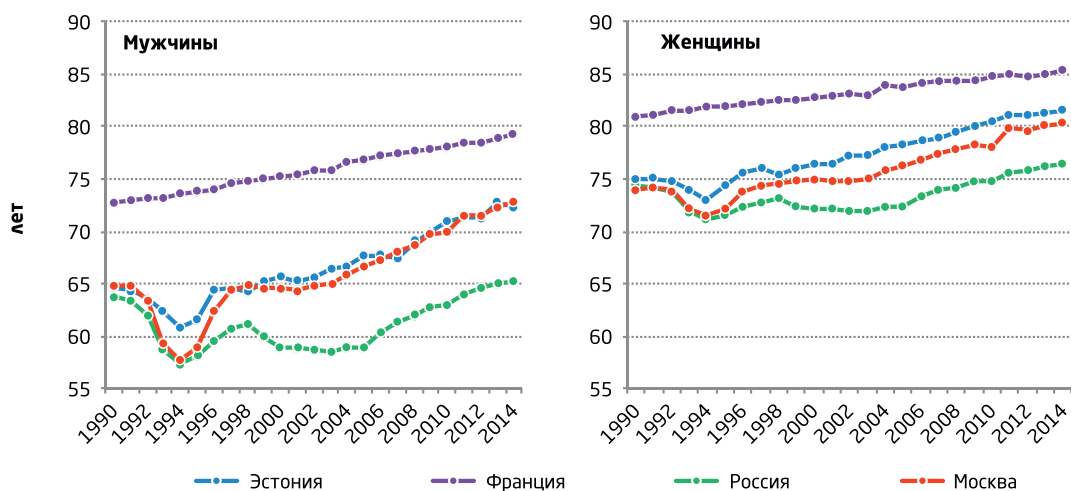
* Более надежным показателем является показатель итоговой рождаемости реального поколения, рассчитываемый для представительниц когорты женщин, вышедшей из репродуктивного возраста.

Рисунок 6. Сравнение стандартизованного и общего коэффициентов смертности от болезней системы кровообращения (А) и новообразований (Б) в Москве, 1989–2015 гг.



Источник: Росстат

Рисунок 7. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Москве, России, Эстонии и Франции, 1990–2015 гг., лет



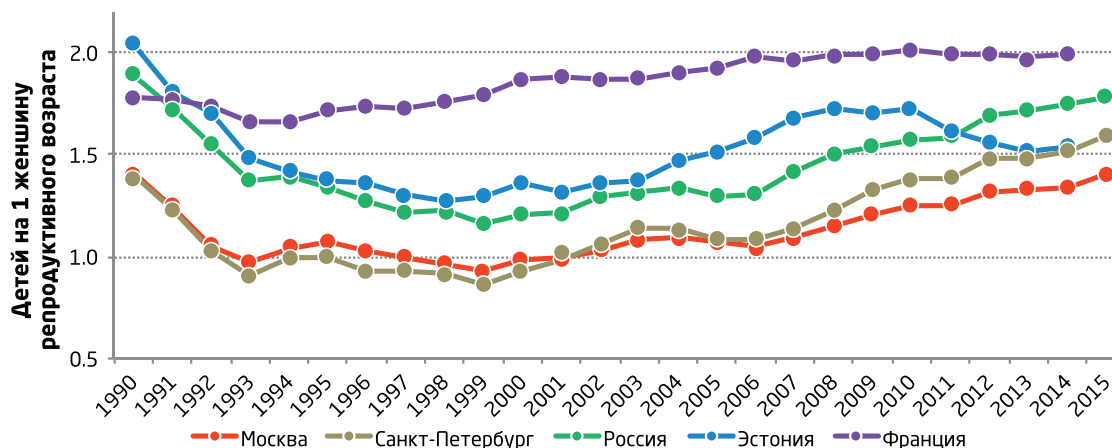
Источник: HMD*, Росстат

репродуктивный период при условии, что интенсивность деторождения в каждом возрасте сохраняется на уровне данного календарного года. На протяжении всего анализируемого периода уровень рождаемости в Москве был значительно ниже, чем в среднем по России, но его изменение было преимущественно синхронным. Наиболее низкое значение КСР в Москве, России и странах Восточной Европы было достигнуто в конце 1990-х годов. С 1999 г., еще до введения программы «материнского

капитала», отмечается синхронный рост коэффициента суммарной рождаемости в России и в Москве в частности. Снижение показателя в 2011 г. связывают с финансовым кризисом — особенно сильно его влияние отразилось на рождаемости в Эстонии и некоторых других странах. Москва и Санкт-Петербург отреагировали слабее, но сильнее, чем россияне в целом. С 2012 г. наблюдается замедление темпов роста КСР в Москве, однако по итогам 2015 г. значение показателя составило

* Human Mortality Database. University of California, Berkeley (USA), and Max Planck Institute for Demographic Research (Germany). URL: www.mortality.org (загружено [10.08.2016]).

Рисунок 8. Коэффициент суммарной рождаемости в Москве, Санкт-Петербурге, России, Эстонии и Франции, 1990–2015 гг.



Источник: HFD, Росстат

1,41, что является максимальным за период с 1991 года (для поддержания уровня простого воспроизводства населения, значение КСР должно быть 2,1). Тем не менее уровень рождаемости в Москве по-прежнему остается самым низким в России.

Демографическая проблема

Говоря о демографических проблемах России, часто упывают на очень низкую рождаемость, снижение доли многодетных семей и растущую бездетность, ставя на второе место чрезвычайно низкую продолжительность жизни россиян. В этой связи совершенно справедливо рассуждает директор Института демографии НИУ ВШЭ Анатолий Вишневский о том, что «наша демографическая проблема — не низкая

рождаемость, а неприлично высокая смертность». И несмотря на то, что в последнее десятилетие достигнуты серьезные успехи в увеличении продолжительности жизни в России, и особенно в Москве, еще многое предстоит сделать для того, чтобы приблизиться к странам с наиболее высоким уровнем (отставание Москвы по продолжительности жизни от мирового лидера, Японии, составляет 7,7 года для мужчин и 6,5 года для женщин). Достижение таких показателей требует в том числе глубокого осмысления резервов снижения смертности. Вместе с тем увеличение продолжительности жизни значительно изменяет облик общества и ведет к необходимости дальнейшего совершенствования оказания медицинской и социальной помощи населению.



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

Формирует
научно обоснованные
методики оценки
демографических
показателей
и их влияния
на здравоохранение



СЕРГЕЙ ТИМОНИН

ЭКСПЕРТ ОТДЕЛА ДЕМОГРАФИИ, К.Г.Н.:

« Анализ и прогнозирование демографических процессов является важным инструментом, позволяющим объективно оценивать состояние здоровья населения и в определенной степени эффективность деятельности системы здравоохранения.

- АНАЛИЗ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В МОСКВЕ
- ВНЕДРЕНИЕ НАУЧНО ОБОСНОВАННЫХ МЕТОДИК ОЦЕНКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ ВЗВЕШЕННЫХ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ
- ПРОВЕДЕНИЕ СТАТИСТИЧЕСКИХ И АНАЛИТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ ДЕМОГРАФИИ И ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
- ОЦЕНКА ВЗАИМНОГО ВЛИЯНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ И ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

www.niiozmm.org
+7 (495) 951-20-54
niiozmm@zdrav.mos.ru
115184, Москва,
Большая Татарская, 30



29-30 ноября 2016 года состоится XV Ассамблея «Здоровье Москвы».
Местом проведения форума станет Международный выставочный центр «Крокус Экспо», Москва.

Организаторы

Правительство Москвы
Департамент здравоохранения города Москвы
НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы

Целевая аудитория:

главные врачи, организаторы здравоохранения, директора НИИ, заведующие отделениями, научные сотрудники, врачи и специалисты следующих направлений: терапия, кардиология, гастроэнтерология, неврология, ревматология, пульмонология, нефрология, инфекционные болезни, педиатрия, неонатология, хирургия, акушерство и гинекология, урология, травматология и ортопедия, нейрохирургия, анестезиология и реаниматология, оториноларингология, стоматология, онкология, дерматовенерология, психиатрия и психотерапия, фтизиатрия и аллергология, гематология, наркология, фармакология, репродуктология, комбустиология, рентгенология и радиология, лабораторные исследования и др.

Основные направления научной программы

- Модернизация сферы здравоохранения и фармацевтической отрасли в России.
- Совершенствование системы обязательного медицинского страхования и ее законодательные изменения в 2016 году.
- Специализированная медицинская помощь.
- Интеграция программ модернизации и оптимизации структуры современных ЛПУ.
- Современные модели непрерывного медицинского образования в России.
- Юридические и правовые аспекты деятельности врача и медицинского персонала.
- Научно-практическая деятельность специалистов.
- Профилактика, диагностика, лечение и реабилитация различных заболеваний и пр.

Доклады и тезисы

Специалисты, чья научно-практическая деятельность соответствует тематике Ассамблеи, могут опубликовать тезисы своих работ в сборнике материалов.

Тезисы принимаются **до 15 сентября 2016 г.**

Выставка

В рамках Ассамблеи будет организована выставка современных достижений и медицинских технологий, используемых на практике в лечебных учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы.

Секретариат Ассамблеи

тел.: +7 (495) 722-64-20, +7 (495) 518-26-70,

e-mail: info@moscowhealth.ru

Подробнее о мероприятии: www.moscowhealth.ru

Конгресс-оператор:

ООО «КТ Интерфорум»



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ**