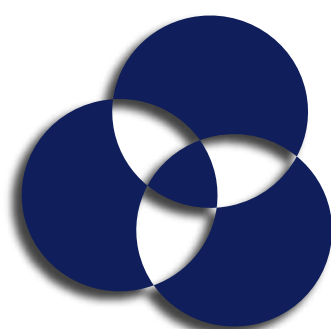


ISSN 1997-3276

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

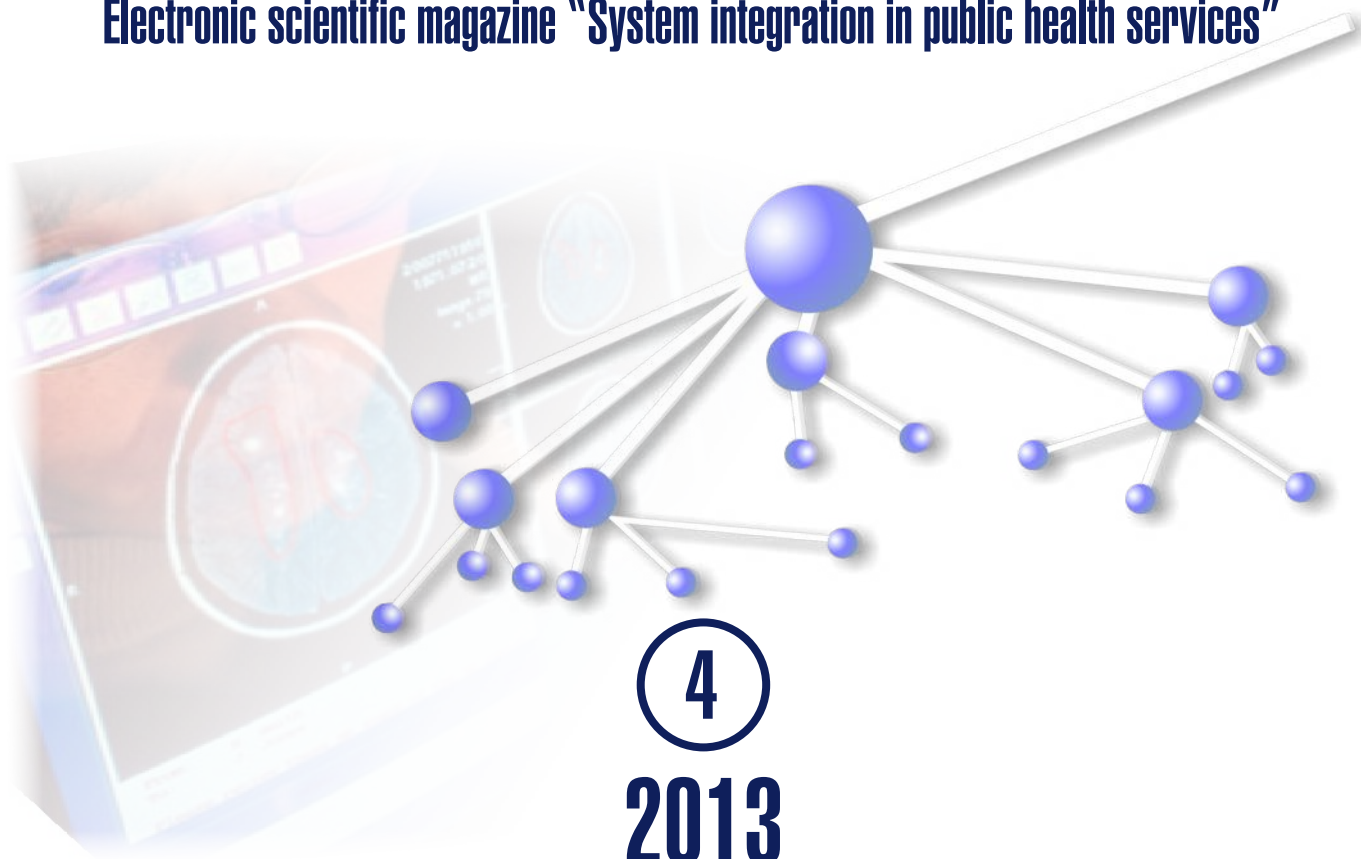
ББК 5+65.495+60.5+88+74

3 445



электронный научный журнал
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



4

2013

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ
Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
Свердловской области
детская клиническая больница
восстановительного лечения
“Научно-практический центр
“Бонум”

www.bonum.info

Государственное учреждение
Научный центр здоровья детей
Российской академии
медицинских наук

Свердловский филиал

www.nczd.ru

АДРЕС РЕДАКЦИИ

г. Екатеринбург,
ул. Академика Бардина, 9а
тел./факс (343) 2877770, 2403697
Почтовый адрес: 620149,
г. Екатеринбург, а/я 187

redactor@sys-int.ru
www.sys-int.ru

Электронный научный журнал
“Системная интеграция в
здравоохранении”
зарегистрирован Федеральной
службой по надзору в сфере
массовых коммуникаций, связи и
охраны культурного наследия
Российской Федерации
Свидетельство Эл №ФС77-32479
от 09 июня 2008 г.

ISSN 1997-3276

Редакция не несет
ответственности за содержание
рекламных материалов.

При использовании материалов
ссылка на журнал “Системная
интеграция в здравоохранении”
обязательна.

© ГБУЗ СО ДКБВЛ “НПЦ “Бонум”, 2013



электронный научный журнал
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

WWW.SYS-INT.RU

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОНОМИКИ И
УПРАВЛЕНИЯ, ИНФОРМАЦИОННЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ, ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

№ 4 (22) 2013

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор С.И.БЛОХИНА
Заместители главного редактора
И.А.ПОГОСЯН, Т.Я.ТКАЧЕНКО
Ответственный редактор Т.К.ЛУГОВКИНА
Выпускающий редактор А.Н.ПЛАКСИНА

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А.А.БАРАНОВ (Москва)
В.А.ВИССАРИОНОВ (Москва)
А.Г.БАИНДУРАШВИЛИ (Санкт-Петербург)
Б.А.КОБРИНСКИЙ (Москва)
А.Б.БЛОХИН (Екатеринбург)
О.П.КОВТУН (Екатеринбург)
В.Л.СТОЛЯР (Москва)
С.Л.ГОЛЬДШТЕЙН (Екатеринбург)
А.В.СТАРШИНОВА (Екатеринбург)

Глубокоуважаемые коллеги!

Вашему вниманию предлагается очередной выпуск периодического электронного журнала «Системная интеграция в здравоохранении». Названия статей, представленных в оглавлении издания, свидетельствует о том, что они посвящены проблемам, представляющим актуальность не только для врачей различных специальностей: педиатров, стоматологов, анестезиологов-реаниматологов, организаторов здравоохранения, но и для педагогов и психологов. Думается, что читателям журнала будет не безынтересна точка зрения авторов статей, являющихся сотрудниками НПЦ «Бонум», не только на поднимаемую ими проблему, но и на оптимальный вариант ее решения, поскольку это опирается на собственный опыт практической реализации предлагаемых технологий.



Любой медицинский работник знает о том, насколько важным является вскармливание для растущего организма, так как только с питанием ребенок получает необходимый пластический материал, необходимый для развития органов и систем. Особое место в этом процессе занимает формирование твердых тканей зубов ребенка, определяющих в последующем показатель «стоматологического здоровья». Проблема санации ротовой полости у детей взаимосвязана с другой проблемой – обезболиванием и выбором оптимальной технологии. Четверть века педагоги и психологи центра разрабатывают методы и технологии психолого-педагогической поддержки родителей, дети которых имеют ограниченные возможности по сравнению с их сверстниками. Проблема качества оказания специализированной и высокотехнологической медицинской помощи сегодня становится ключевой проблемой как для отдельных медицинских организаций, так и для системы здравоохранения в целом. Все вышеперечисленные проблемы нашли отражение в представленных публикациях сотрудников центра.

Зам. директора по научной работе ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», проректор по довузовской и последипломной подготовке ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор А.У.Сабитов

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Скарюкина О.С.
ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ
РАННЕГО ВОЗРАСТА.....4

Скарюкина О.С., Елькин И.О.
ОКАЗАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПОД ОБЩИМ ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ
В НПЦ «БОНУМ».....9

Шихова Е.И., Ковтун О.П.
НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ:
ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ14

ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ

Луговкина Т.К., Тютикова Н.А.
СТРАТЕГИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В БЮДЖЕТНЫХ
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ25

Тютикова Н.А., Луговкина Т.К.
КРИТЕРИИ ГОТОВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ К ВНЕДРЕНИЮ СИСТЕМЫ
МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....34

ПСИХОЛОГИЯ, ПЕДАГОГИКА И СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА

Обухова Н.В.
ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....41

ЧИТАЛЬНЫЙ ЗАЛ

Луговкина Т.К., Тютикова Н.А.
ИСТОРИЯ РУССКОЙ УПРАВЛЕНЧЕСКОЙ МЫСЛИ И ЗАРУБЕЖНЫЕ ТЕОРЕТИКИ
МЕНЕДЖМЕНТА50

ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Скарюкина О.С.

ГБУЗ СО ДКБВЛ «Научно-практический центр «Бонум», Екатеринбург, Россия

Санитарное просвещение родителей о поведенческих факторах риска позволяет избежать кариозных поражений верхних молочных резцов у детей раннего возраста, которые, в силу связи с питанием из бутылки, получили у стоматологов название «бутылочный кариес».

Ключевые слова: питание, «бутылочный кариес», рациональное вскармливание.

The Role of Feeding in Childish Dental Caries

Scarjukina O.S.

Scientific and Practical Center "Bonum", Ekaterinburg, Russia

Feeding babies from bottles is one of the reasons of caries. Education of parents about risk factors in the most of cases allows avoid the dental caries among the babies.

Keywords: feeding, babies, bottles, dental caries.

Введение

В феврале 2009 года XVI съездом педиатров России была принята «Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации» [1]. Питание оказывает существенное влияние на рост, общее развитие и состояние здоровья ребенка. Стало очевидным, что нарушения питания на первом году жизни могут увеличить риск развития целого ряда заболеваний, в том числе кариеса.

Материал и методы

Авторами обследовано 163 ребенка в возрасте от 0 до 3 лет. По стадии формирования прикуса дети были разделены на 2 группы:

1. от 0 до 3 лет (формирующийся молочный прикус)
2. от 3 до 6 лет (период сформированного молочного прикуса)

Все обследованные дети находились на диспансерном учете в центре «Бонум»:

45 детей с врожденной челюстно-лицевой патологией (ВЧЛП),

22 ребенка с патологией опорно-двигательного аппарата (ОДА),

52 ребенка с заболеваниями центральной нервной (ЦНС),

44 ребенка не имели сопутствующей патологии и наблюдались у детского стоматолога.

Данные анамнеза о времени приема пищи и напитков перед дневным и ночным сном, во время ночных пробуждений ребенка, продолжительности грудного вскармливания, возраст ребенка, в котором вводился прикорм и докорм, до какого возраста использовалась бутылочка для кормления ребенка, состав смесей и напитков в ней были выбраны предметами анализа.

По данным литературы, у детей в возрасте 13-24 мес. кариозные полости локализовались только в области верхних резцов (80%), с одновременным вовлечением в процесс верхних (10,3%) и нижних (4,8%) моляров [2,3]. По типичной локализации кариозных поражений у всех детей первого года жизни кариес был отнесён к так называемому, «бутылочному» кариесу [4].

Первым видом прикорма в России традиционно являются фруктовые соки и пюре. Прикорм вводится в возрасте 4-6 месяцев, пюре чаще дается с ложки, а вот соки по инерции продолжают наливать в бутылочку, особенно перед и во время сна. Таким образом, формируются поведенческие факторы риска развития кариеса в семье.

Врачами НПЦ «Бонум» регулярно проводятся осмотры воспитанников ГБУЗ СО «Специализированный дом ребенка» (Филиалы №1 и №2). За 2008, 2009, 2010 и 2011 годы было обследовано 565 детей в возрасте от 6 месяцев до 4 лет.

Все дети имели поражения ЦНС различной степени тяжести, у многих отмечен неблагоприятный акушерский анамнез. Персонал домов ребенка не мотивирован на проведение мероприятий по гигиене полости рта у подопечных, чистка зубов и полоскание полости рта после приема пищи не проводились. Все дети находились на искусственном вскармливании с первых дней жизни.

В то же время, необходимо отметить, что кормления проводились строго по часам, состав пищи сбалансирован, полностью исключен неконтролируемый прием легко ферментированных углеводов, беспорядочные и ночные кормления. Удельный вес кариеса в возрастной группе 6-36 мес. среди воспитанников домов ребенка составил, в среднем, 5% и за три года наблюдений изменился незначительно, что представлено на рисунках 1 и 2.

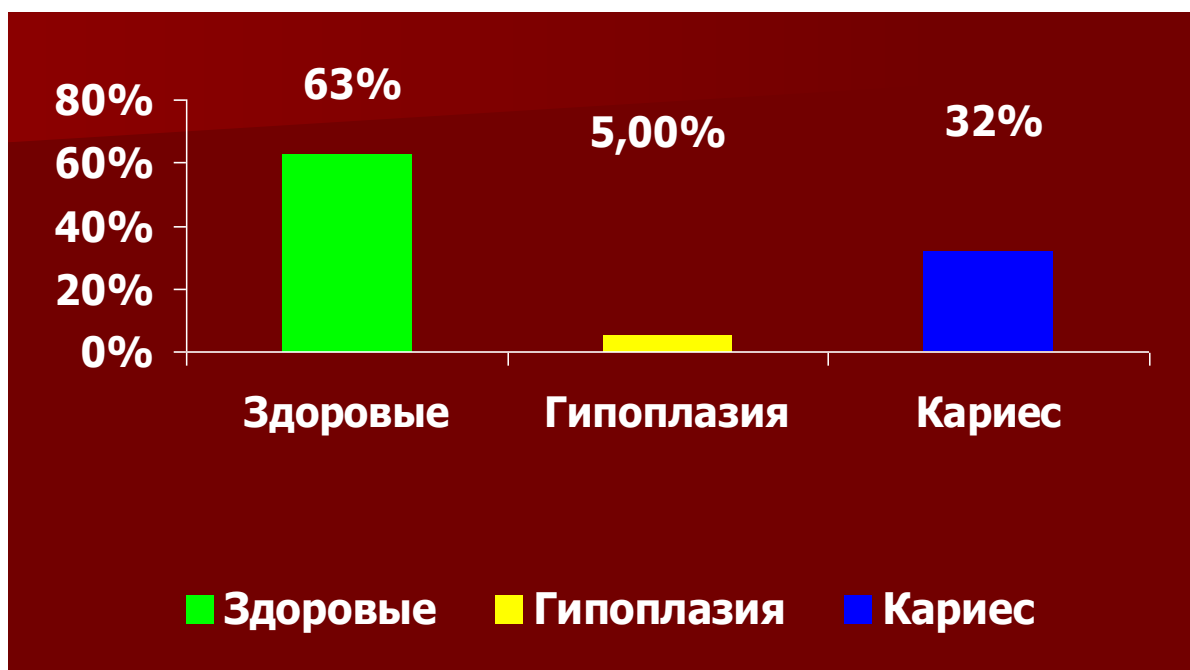


Рис.1 Структура состояния полости рта у воспитанников домов ребенка в возрасте 12-24 мес.



Рис. 2 Структура состояния полости рта у воспитанников домов ребенка в возрасте 25-36 мес.

Из 42 детей в возрасте от 12 до 24 месяцев только 13 удалось санировать полость рта амбулаторно. 29 детям была предложена санация под общим обезболиванием. Соотношение осложненного кариеса к неосложненному у таких детей составило 1:3, то есть каждый четвертый зуб подлежал депульпированию. В таблице представлено сравнение долей пациентов с кариесом воспитанников домов ребенка и проживающих в семье, в зависимости от возраста.

Таблица
Доля пациентов с кариесом в зависимости от места проживания и возраста

Возраст (мес)	Доля пациентов с кариесом (%) у воспитанников домов ребенка в зависимости от возраста	Доля пациентов (%) с кариесом в группе детей, живущих в семье [5,6] в зависимости от возраста
6 -12	1,9	3,3
13-24	4,9	27,5
25-36	5,5	43,2
6-36	4,1	27,2

Заключение

Лечение кариеса у детей раннего возраста представляет значительные трудности для медицинского персонала, создает травмирующую ситуацию для ребенка и его родителей.

Проблема профилактики и лечения кариозных поражений у детей первых лет жизни имеет высокую медицинскую и социальную значимость. Своевременно проведенная профилактика позволила бы избежать затрат на проведение наркоза, рисков, связанных с осуществлением общего обезболивания и способствовала бы формированию здорового поколения.

Список литературы

1. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации». – Материалы XVI съезда педиатров России. Москва 2009.
2. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство / Под ред. В.К.Леонтьева, Л.П.Кисельниковой. – М. изд. группа «ГЭОТАР – Медиа» 2010. – С. 49-58.
3. Корчагина В.В. Лечение кариеса зубов у детей раннего возраста. – М. МЕДпресс-информ, - 2008.
4. Демина Р.Р. «Бутылочный кариес у детей ясельного возраста // Формирование профессиональной готовности у студентов к решению задач валеологического образования – Барановичи, Беларусь, 2004.-С.295-298.
5. Демина Р.Р. Кариес зубов у детей раннего возраста, факторы риска, профилактика. Автореферат дисс. ... кандидата мед. наук. /Р.Р.Демина. – Самара, 2006.

6. Юрьева Л.И. Семейная диспансеризация и профилактика основных стоматологических заболеваний у детей с врожденной челюстно-лицевой патологией/ методические рекомендации для студентов и практических врачей / под ред. проф. Ронь Г.И.- Екатеринбург. 2000.

Скарюкина Ольга Сергеевна - заведующая стоматологической поликлиникой ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», 620149, Екатеринбург, ул.Бардина, 9а, тел. (343) 2572100, e-mail bonum@bonum.info

ОКАЗАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПОД ОБЩИМ ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ В НПЦ «БОНУМ»

Скарюкина О.С., Елькин И.О.

ГБУЗ СО ДКБВЛ «Научно-практический центр «Бонум», Екатеринбург, Россия

В статье представлена информация об опыте применения общего обезболивания (106 случаев) при оказании стоматологической помощи детям с врожденной челюстно-лицевой патологией или заболеваниями центральной нервной системы. Обсуждаются вопросы обоснованного применения симультанных хирургических и стоматологических вмешательств под общим обезболиванием.

Ключевые слова: стоматологическая помощь, дети, общая анестезия.

Dental Care for Children Under the General Anesthesia

Skarukina O., Yelkin I.

Scientific and Practical Center "Bonum", Ekaterinburg

The problems of Dental Care for children are discussed. 106 patients with mixed cases (surgical and dental, neurological and dental, psychiatric and dental) were treated by simultaneous interventions with success.

Keywords: Dental Care, Children, General Anesthesia

Введение

В Научно-практическом центре «Бонум» (далее по тексту НПЦ «Бонум»), который занимается восстановлением здоровья детей с широким спектром врожденной и приобретенной патологии, работа детской стоматологической поликлиники имеет ряд организационных и технологических особенностей. В структуре НПЦ «Бонум» работают десять специализированных центров. В процессе оказания медицинской помощи в профильных центрах пациенты направляются в стоматологическую поликлинику.

За последние годы существенно возросло число детей младшей возрастной группы от 1 года до 3-4 лет, обратившихся в стоматологическую поликлинику по поводу множественного поражения зубов кариесом и осложненным кариесом - пульпитом и периодонтитом. У таких пациентов выявляется обычно от 4-6 до 12-16 зубов с патологическими изменениями на различных поверхностях. Большинство из детей проживает на территории Свердловской области в таких населенных пунктах, где нет специализированного детского стоматологического приема.

В НПЦ «Бонум» в течение многих лет уделяется особое внимание комплексной реабилитации больных с мультифакторной патологией. Эффективное решение проблемы оптимизации помощи таким детям возможно только в условиях диспансерного

наблюдения с одновременным участием в процессе целого коллектива врачей-специалистов, педагогов, психологов.

Материалы и методы исследования

Лечение кариеса у детей раннего возраста представляет значительные трудности для медицинского персонала, создает травмирующую ситуацию для ребенка и его родителей. Из 142 детей в возрасте от 12 до 24 месяцев, обратившихся в стоматологическую поликлинику НПЦ «Бонум» в 2012 году, только 36 пациентов удалось санировать амбулаторно. 106 детям выполнена санация полости рта под общим обезболиванием в стационаре.

У пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба повышена частота поражения твердых тканей зубов кариозным процессом. Кроме детей с врожденной челюстно-лицевой патологией в стоматологической поликлинике НПЦ «Бонум» получают помощь дети, как с функциональными расстройствами нервной системы, так и с тяжелыми органическими поражениями ЦНС. Особенности неврологического статуса таких детей: повышенный тонус лицевых мышц, мышц спины и шеи, невозможность удерживать тело в одном положении в течение длительного времени, повышенная возбудимость и неадекватность поведения, наличие в анамнезе эпилептических припадков, делают амбулаторное лечение у стоматолога невозможным и даже опасным для ребенка.

Авторами проанализировано 106 историй болезни пациентов в возрасте от 12 до 36 месяцев, санированных под общим обезболиванием в 2012 году в стационаре хирургического отделения НПЦ «Бонум» (рисунок).

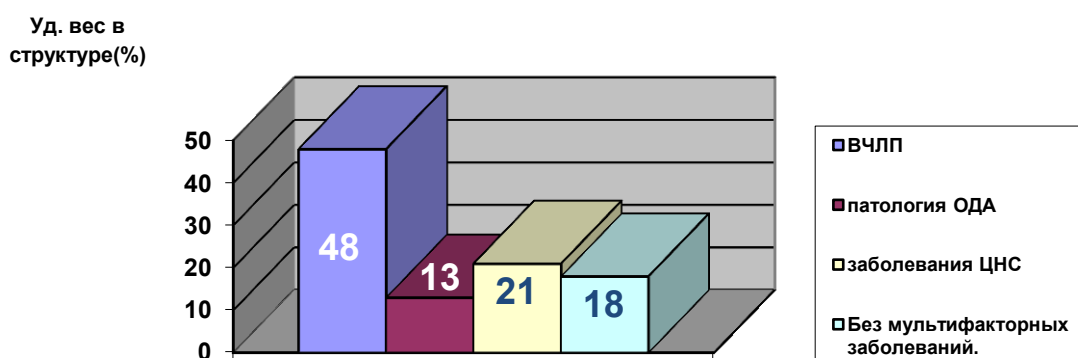


Рис. Возрастная структура детей, получивших общее обезболивание при проведении стоматологической санации, и структура фоновых заболеваний в выделенных возрастных группах (n = 106)

Применялся ингаляционный наркоз. Для обеспечения безопасности наркоза проводились тщательное обследование ребенка, сбор анамнеза, осмотр педиатра, при

необходимости – консультация невролога и детского кардиолога, анализы мочи и крови, ЭКГ.

Объем вмешательства в каждом случае планировался индивидуально на совместной предварительной консультации анестезиолога, детского стоматолога, а при планировании совместных операций – хирурга-отоларинголога. Определялся характер вмешательства, объем манипуляций, методики проведения, предполагаемая длительность наркоза, способ проведения общего обезболивания. Подача газонаркотической смеси производилась непрерывным потоком. Индукция в наркоз осуществлялась через рото-носовую маску. Дозу анестетика подбирали индивидуально для каждого ребенка.

По достижении хирургической стадии наркоза рото-носовую маску снимали и накладывали ларингеальную маску (в 48% случаев), либо производили интубацию (в 52% случаев).

В исследовании применялся севофлуран. У человека менее 5% всасываемой дозы севофлурана метаболизируется под действием изофермента CYP2E1 с образованием гексафторизопропанола, с высвобождением неорганического фтора и диоксида углерода (или одного диоксида углерода). Образующийся гексафторизопропанол конъюгируется с глюкуроновой кислотой и выводится с мочой. Препарат имеет выраженный бронходилатирующий эффект, не влияет на сократимость миокарда и ЧСС, снижает АД и сосудистое сопротивление. Севофлуран оказывает наиболее щадящее влияние на когнитивные функции среди прочих анестетиков. По этой причине ему было отдано предпочтение при оказании анестезиологической помощи детям (таблица).

Таблица
Продолжительность процедуры (ч) и структура видов применённого общего обезболивания у детей (%) n = 106

Время наркоза, час./ вид наркоза (%)	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5	итого
Ларинг. маска	5%	22%	21%	0	0	48%
Интубация	0	16%	23%	8%	5%	52%

Развитие современных медицинских технологий, позволяющих минимизировать травматичность при проведении операций, привело к развитию нового направления - одномоментного (симультанного) хирургического вмешательства. Симультантные операции - сложные операции, направленные на одномоментную коррекцию двух или более заболеваний в одной или нескольких анатомических областях.

К распространенным заболеваниям, требующим хирургического вмешательства, относится патология ЛОР-органов. В НПЦ «Бонум» 10% стоматологических вмешательств под общим обезболиванием проходят совместно с хирургами-оториноларингологами. У детей дошкольного возраста чаще всего проводятся аденотомии, тонзиллотомии и тимпаностомии. Был применён алгоритм лечения больных с сочетанной стоматологической патологией во время проведения симультанных операций под общей анестезией при ЛОР-патологии [1,2]. Алгоритм действий: общая анестезия —> изоляция носоглотки — препарирование кариозных полостей всех зубов — туалет полости рта —> лечение пульпитов и периодонтитов —> восстановление коронок зубов пломбирочным материалом —> удаление зубов с некомпенсированным воспалительным процессом — пластика уздечки языка — оперативное лечение сопутствующей оториноларингологической патологии. Так как средние сроки пребывания в стационаре при стоматологической санации полости рта ЛОР-операциях совпадают и составляют от 2 до 3 дней, можно говорить о сокращении сроков госпитализации при симультанных операциях в 2 раза по сравнению с отдельным оперативным лечением каждой патологии. К тому же все лабораторные и функциональные исследования перед вмешательством проводятся однократно.

Несмотря на явные преимущества симультанного оперативного лечения сочетанных патологий, данный подход пока используется недостаточно часто в детской стоматологии, где огромное значение приобретает психо-эмоциональный фактор не только для ребенка, но и его родителей [3,4,5,6,7].

Результаты и выводы

Проведение симультанных операций позволило сократить сроки подготовительного этапа за счет уменьшения количества лабораторных исследований, уменьшить продолжительность лечения на 50%, уменьшить сроки госпитализации маленьких пациентов с 6 до 3 койко-дней. Косвенный экономический эффект обусловлен снижением затрат на лечение в связи с сокращением пребывания ребенка в стационаре и, соответственно, сроков временной нетрудоспособности матери.

Внедрение в педиатрическую практику современных анестетиков позволило увеличить объем проводимых вмешательств, минимизировать риски операционных и послеоперационных осложнений.

В условиях многопрофильного медицинского центра (НПЦ «Бонум») стоматологи получили возможность работать в тесном контакте с врачами других специальностей и повысить качество стоматологической помощи детям.

Список литературы

1. Кишинец Т.А. Симультанное лечение детей со стоматологической и отоларингологической патологией. Дисс. ...кандидата мед. наук/ Т.А.Кишинец – Москва 2009.
2. Абрамов А.А. Алгоритмы работы врача-стоматолога при оказании амбулаторной стоматологической помощи детям и подросткам под общим обезболиванием. Санкт-Петербург. — 2005. — С. 4-5.
3. Альбицкий В. Ю. Социальные и организационные проблемы педиатрии / В. Ю. Альбицкий, А. А. Баранов // Избранные очерки. М., 2003. - 512 с
4. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство/Под ред. В.К.Леонтьева, Л.П.Кисельниковой. – М. изд. группа «ГЭОТАР – Медиа» 2010. – С. 49-58.
5. Лекманов А.У., Салтанов А.И. Современные компоненты общей анестезии у детей// Вестник интенсивной терапии 1999. - №2 –с. 47-53.
6. Марданов А.З. Улучшение результатов челюстно-лицевых операций у детей путем совершенствования методов общей анестезии. Дисс. ...кандидата мед. наук/ Марданов А.З., Уфа 2006.
7. Стош В.И. Общее обезболивание и седация в детской стоматологии : руководство для врачей / В. И. Стош, С. А. Рабинович [в соавт. Н. В. Морозовой, Е. В. Васмановой, А. А. Абрамовым и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 177 с.

Скарюкина Ольга Сергеевна - заведующая стоматологической поликлиникой ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», 620149, Екатеринбург, ул.Бардина, 9а, тел. (343) 2572100, e-mail bonum@bonum.info

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ: ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ

Шихова Е.И., Ковтун О.П.

*ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург
Кафедра педиатрии и неонатологии ФПК и ПП*

Проведено сравнительное исследование пациентов первого года жизни с аритмиями (n=38) и без нарушений сердечного ритма и проводимости (n=40), динамическое наблюдение за состоянием здоровья 28 детей основной группы, которые в дальнейшем были на приеме у детского аритмолога. Проанализированы факторы риска развития аритмии в младенческом возрасте, клинические проявления, выполнено клиничко-инструментальное и общеклиническое обследование. При катamnестическом обследовании этих детей в соответствии с динамикой заболевания удалось выделить три категории риска персистенции и прогрессирования аритмии с возрастом.

Ключевые слова: аритмии сердца, дети первого года жизни, факторы риска, динамическое наблюдение.

Heart rhythm and conductive disturbances in first-year children: risk factors, clinical characteristics, outcomes

E.I. Shikhova, O.P. Kovtun

¹ Ural state medical university, Department of Pediatric and Neonatology

We had a first-year children comparative study with (n=38) and without (n=40) cardiac arrhythmias and we had a prospective follow-up examination of study group (n=28). We analyzed case histories, we examined this children with clinical and other methods. From prospective follow-up study we identify three risk groups of arrhythmia persistence and poor outcomes.

Keywords: cardiac arrhythmias, first-year children, risk factors, prospective follow-up examination.

Введение

В структуре сердечно-сосудистой патологии детского возраста клинически значимые аритмии сердца занимают одну из ведущих позиций, нередко приводя к развитию сердечной недостаточности, аритмогенной дисфункции миокарда, что сопряжено с высоким риском внезапной сердечной смерти.

Нарушения ритма сердца у детей первого года жизни представляют особую актуальность в связи с трудностями диагностики, лечения и недостаточной осведомленностью специалистов первичного звена здравоохранения на фоне малого числа публикаций, посвященных этой области детской кардиологии [28]. В большинстве случаев расстройства сердечного ритма у детей первого года жизни носят транзиторный

характер и отражают функциональное состояние периода адаптации. Однако, формируясь в раннем детстве на фоне перинатальной патологии, эти отклонения в последующем нередко прогрессируют и могут приводить к тяжелым нарушениям деятельности сердечной мышцы и проводящей системы сердца.

Одной из наиболее сложных и наименее изученных проблем детской аритмологии является уточнение причин развития аритмий у детей. Зачастую этиологические факторы, лежащие в основе возникновения аритмии, определяют течение заболевания и прогноз для будущей жизни ребенка.

Целью работы послужило исследование факторов риска развития аритмии у детей младенческого возраста и предикторов прогрессирования заболевания.

Материалы и методы

Проведено сравнительное исследование двух групп пациентов.

В основную группу вошло 38 детей в возрасте от 2 суток до 10 месяцев (средний возраст $4 \pm 2,8$ мес), госпитализированных в кардиоревматологическое отделение ДГКБ№11 по поводу нарушений ритма и проводимости сердца в период 2010-2012гг. Мальчики составили 68% (26 человек), девочки - 32% (12). Это были дети с зарегистрированным нарушением ритма сердца, потребовавшие госпитализации. Из исследования были исключены дети с зарегистрированными на первом году жизни нарушениями сердечного ритма, которые не потребовали госпитализации в кардиологический стационар, а также дети в возрасте старше 1 года, впервые госпитализированные.

Контрольную группу составили 40 детей в возрасте от 3 суток до 11 месяцев (средний возраст $4,5 \pm 2,6$ мес), находившиеся на лечении в соматическом стационаре ДГКБ№11 по поводу ОРВИ, при этом значимой соматической патологии и нарушений сердечного ритма они не имели. Из группы контроля 21 ребенок был дополнительно обследован с помощью ЭКГ и ЭХОКГ. Мальчики составили 68% (28), девочки 32% (12).

Проанализированы истории болезни этих детей, произведены физикальное, общеклиническое и дополнительные методы обследования: ЭКГ, ЭХОКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, рентгенографическое обследование органов грудной клетки, нейросонография, УЗИ органов брюшной полости и почек.

Проведено динамическое наблюдение за состоянием здоровья 28 детей, которые в дальнейшем были на приеме у детского аритмолога.

При катамнестическом обследовании этих детей в соответствии с динамикой заболевания нам удалось выделить 4 варианта клинических ситуаций в основной группе.

Дети, включенные в первую группу, были условно определены в исследовании как «здоровые», не имеющие на момент наблюдения клинически значимых аритмий (многие из них получали антиаритмические препараты ранее от 3 мес до 1,5 лет).

В то время как 2, 3 и 4 категории относятся к группе риска персистирования и прогрессирования аритмии с возрастом.

Обработка результатов исследования была выполнена с использованием методов параметрической (среднее значение, среднее квадратичное отклонение выборки, использование t-критерия Стьюдента для сравнения двух выборок) статистики.

Результаты и их обсуждение

При анализе течения беременности у матерей основной группы выявлено достоверно более частое развитие анемии (34%), угрозы прерывания (24%), перенесение ОРВИ матерью во время беременности (21%), что отражено в таблице 1.

Большинство детей основной группы были рождены в срок (84%), доношенные (84%), не имели наследственной отягощенности по нарушениям ритма сердца и сердечно-сосудистым заболеваниям в 95% случаев.

Таблица 1
Результаты сравнительного анализа анамнестических данных

Показатель	Основная группа N=38		Группа сравнения N=40		Показатель достоверности
	%	Абс. к-во	%	Абс. к-во	
Течение настоящей беременности:					
• Перенесенное ОРВИ	21	8	5	2	p < 0,05
• Анемия	34	13	20	8	p < 0,05
• Угроза прерывания	24	9	12	5	p < 0,05
Роды: срочные	84	32	65	26	p < 0,05
Масса тела при рождении					
• 2500-4000г	84	32	60	24	p < 0,05

Достаточно часто диагноз нарушения сердечного ритма и проводимости устанавливался в неонатальном периоде (32%), либо в постнатальном периоде при случайной регистрации на ЭКГ, осмотре педиатра или другого специалиста (39%). Частота антенатальной постановки диагноза составила 11%.

При обследовании нами выявлена первичная патология со стороны сердца у 26% (10) детей, которую можно было расценить как явную причину аритмии: у 7 пациентов установлен врожденный порок сердца, у 2- кардит в анамнезе, у 1- кардиомиопатия. В остальных случаях аритмию расценили (можно считать) как идиопатическую – 74%.

Нарушения сердечного ритма и проводимости у детей основной группы часто сочетались с такими патологическими состояниями, как анемия (37%), аллергические

заболевания (11%), патология тимуса (13%). Однако достоверной значимости этих результатов при сравнении с контрольной группой получено не было.

Важно отметить сочетание аритмии с перинатальным повреждением центральной нервной системы в 37% случаев, хотя этот диагноз встречается одинаково часто среди обеих групп пациентов (таблица 2). Перинатальная патология центральной нервной системы по степени тяжести также распределилась одинаково в обеих группах, преобладала средняя степень - 85%. В группе детей с аритмиями достоверно чаще ПП ЦНС проявлялась гипертензионно-гидроцефальным синдромом (что соответствует результатам ранее проведенных исследований [22])

Таблица 2
Распределение ПП ЦНС по основным синдромам

Показатель	Основная группа N=14		Группа сравнения N=22		Показатель достоверности
	%	Абс.к-во	%	Абс. к-во	
1.Основной синдром					
• гипертензионно-гидроцефальный	25	4	8	2	p< 0,05
• синдром вегето-висцеральной дисфункции	20	3	31	7	p< 0,05

Нарушения ритма у детей распределились следующим образом (согласно клинко-электрофизиологической классификации нарушений ритма сердца по Кушаковскому М.С.,2002): преобладали несинусовые тахикардии и экстрасистолии. Другие виды аритмии встречались реже (рис. 1-3).

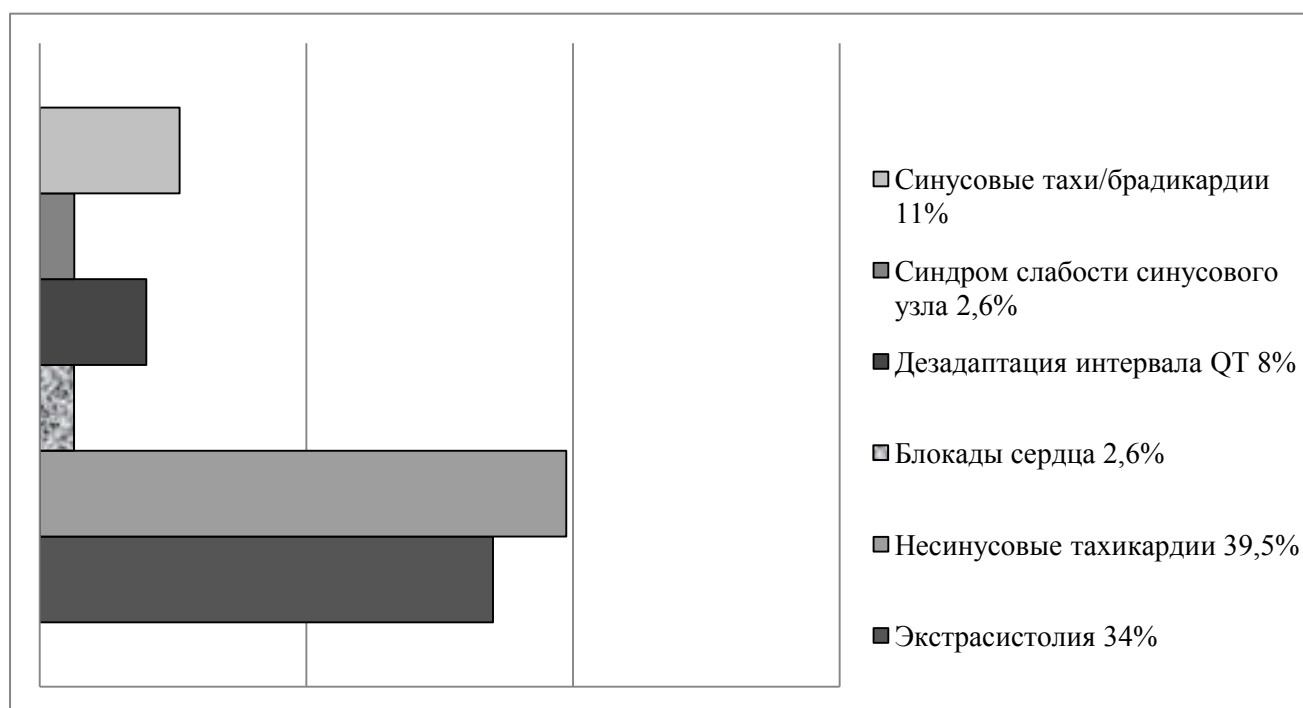


Рис.1. Распределение детей основной группы согласно клинко-электрофизиологической классификации аритмий

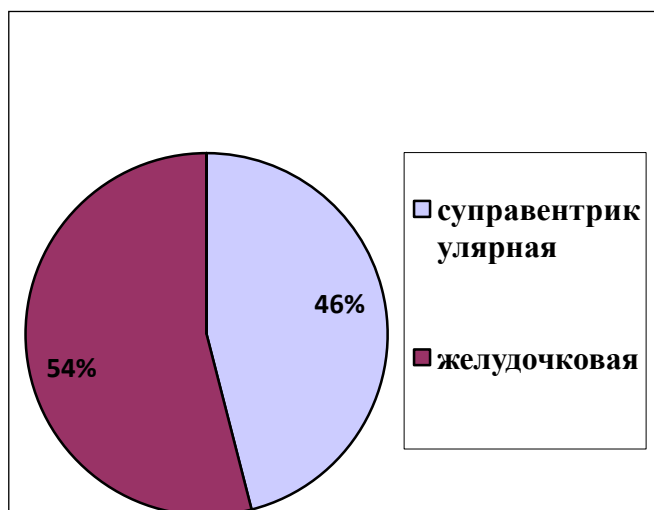


Рис. 2 Экстрасистолии (n=13)

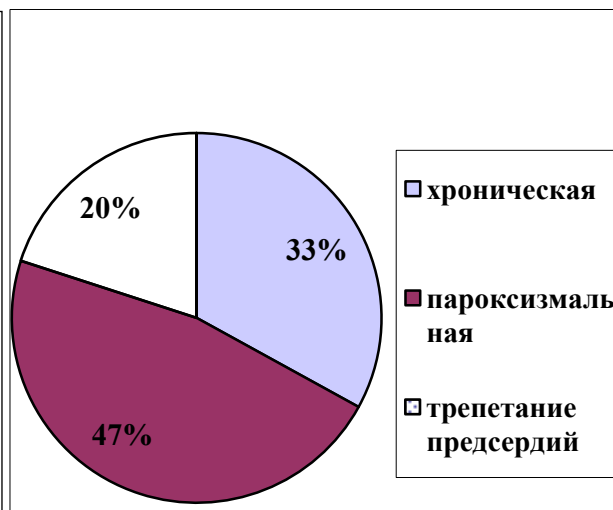


Рис.3 Несинусовые тахикардии (n=16)

Клинические проявления аритмии у обследованных детей не характеризовались какими-либо специфическими симптомами и различались в зависимости от вида патологии. Экстрасистолии, хроническая тахикардия, блокады сердца, как правило, протекали бессимптомно. В то время как пароксизмальная тахикардия и трепетание предсердий проявлялись у детей раннего возраста признаками недостаточности кровообращения разной степени тяжести.

Всем пациентам был проведен комплекс клинико-инструментальных методов исследования. У всех пациентов основной группы аритмия была документально зарегистрирована (на ЭКГ, при Холтеровском мониторировании ЭКГ).

При анализе состояния сердечно-сосудистой системы путем ЭХО-КГ достоверно чаще среди пациентов с аритмиями встречалась персистенция фетальных коммуникаций, врожденные пороки сердца, снижение сократительной способности левого желудочка и гипертрофия левого желудочка, как ранний признак формирующегося ремоделирования миокарда, дилатация камер, как проявление аритмогенной кардиопатии (таблица 3).

Таблица 3

Данные ЭХО-кардиографического исследования

Показатель	Основная группа N=38		Группа сравнения N=40		Показатель достоверности
	%	Абс. к-во	%	Абс. к-во	
Результаты ЭХО-кардиографии:	N=38		N=21		
• добавочные хорды левого желудочка	87	33	85	18	p> 0,05
• функционирующее овальное окно	63	24	42	9	p< 0,05
• врожденный порок сердца	16	6	0	0	p< 0,05
• снижение фракции выброса левого желудочка	18	7	0	0	p< 0,05
• гипертрофия левого желудочка	8	3	0	0	p< 0,05
• дилатация камер сердца	16	6	0	0	p< 0,05
• шаровидное сердце	16	6	19	4	p> 0,05

По данным УЗИ органов брюшной полости, нейросонографии достоверно значимых отличий состояния внутренних органов и центральной нервной системы выявлено не было.

По мнению Макарова Л.М.[10] оптимальной методикой оценки вегетативной регуляции сердечного ритма у детей первого года жизни является холтеровское мониторирование ЭКГ. У большинства детей с помощью ХМ-ЭКГ была подтверждена и типирована аритмия. При помощи этой методики мы оценили исходный вегетативный статус наблюдаемых детей путем анализа циркадного индекса (ЦИ). Нормативные критерии ЦИ у здоровых детей первого года жизни по данным холтеровского мониторирования были взяты из одноименной статьи [10]. Вегетативный тонус детей с нарушениями сердечного ритма и проводимости в группе 2-4 месяцев по сравнению со здоровыми детьми этого возраста характеризовался гиперсимпатикотонией (таблица 4). Гиперсимпатикотония отмечена у 29% детей.

Таблица 4

Показатели вариабельности сердечного ритма (BPC = pNN50 (%)) у здоровых детей первого года жизни (n = 28) и у детей с нарушениями сердечного ритма (n = 38) по данным ХМ-ЭКГ

Возраст/ Показатель	1 мес	2-4 мес	5-8 мес	9-12 мес
pNN50 (%) у здоровых детей	0,98±0,3	3,617±2,1	1,708±1,6	1,862±2,4
pNN50 (%) у детей с НСР	1,06±0,04	1,092±0,026 (↓)	1,07±0,064	1,24±0,081

pNN50 (%) - показатель вариабельности сердечного ритма, обозначающий процентную представленность эпизодов различия последовательных интервалов RR более чем на 50 мс.
НСР – нарушения сердечного ритма.

Наиболее сложным в аритмологии детского возраста является вопрос подбора антиаритмической терапии в связи с отсутствием каких-либо разработанных стандартов лечения таких пациентов.

В нашем случае 21% детей поступали в отделение в экстренном порядке и требовали неотложной медикаментозной терапии наиболее часто используемый препарат у исследуемой группы пациентов, с помощью которого купировался пароксизм аритмии – аденозин.

В 55% потребовалась базисная антиаритмическая терапия с назначением препаратов на длительное время (наиболее часто назначаемыми антиаритмиками в нашем случае стали пропранолол и карбамазепин).

Из обследованных детей основной группы 74% (28 детей) продолжили амбулаторное наблюдение в аритмологическом кабинете. При катamnестическом обследовании этих детей в соответствии с динамикой заболевания нам удалось выделить 4 варианта клинических ситуаций в основной группе (таблица 5).

Таблица 5.
Распределение детей согласно результатам динамического наблюдения

Варианты клинических ситуаций в основной группе детей	% детей	Абс. к-во	Виды нарушений ритма и проводимости	Группы по уровню рисков развития аритмий
1. Без антиаритмической терапии, НСР и отклонений со стороны сердца нет	32%	9	Желудочковая э/систолия – 2 Трепетание предсердий – 2 Желуд. тахикардия – 2 Пар. суправентрикулярная тахикардия – 2 Предсердная э/систолия - 1	Здоровые дети
2. Без антиаритмической терапии, НСР есть (не требуют ААП)	32%	9	Вегетативная дисфункция синусового узла – 3 Желудочковая э/систолия – 3 Предсердная э/систолия – 1 Блокады сердца – 1 АВ –диссоциация - 1	легкий риск
3. На антиаритмической терапии, НСР нет	17,9%	5	Пар. суправентрикулярная тахикардия (WPW) -2 Пар. суправентрикулярная тахикардия – 1 Трепетание предсердий -1 Синдром слабости синусового узла -1	средний риск
4. На терапии, НСР есть	17,9%	5	Пар. суправентрикулярная тахикардия (WPW) -2 Желудочковая э/систолия -1 Предсердная э/систолия – 1 Синдром удлинённого интервала QT –1	высокий риск

НСР – нарушения сердечного ритма; ААП – антиаритмические препараты; АВ - атриовентрикулярная

Результаты

1. В 39% случаев аритмии у детей впервые были зарегистрированы после первого месяца жизни.
2. В 32% аритмии у детей первого года жизни зарегистрированы в раннем неонатальном периоде и характеризуются отсутствием специфических жалоб и клинических проявлений; достоверно чаще, чем у здоровых детей ($p < 0,05$) сочетаются с ВПС, персистенцией фетальных коммуникаций.
3. Дети 2-4 месяцев жизни с НСР представляют особую группу, у которой высокий риск развития аритмии может быть сопряжен с гиперсимпатикотонией.
4. Структура НСР у детей 1 года жизни характеризуется преобладанием несинусовой тахикардии (39,5%) и экстрасистолий (34%), как суправентрикулярных, так и желудочковых.
5. Катамнестическое наблюдение за этими детьми показало, что 55% детей нуждались в назначении антиаритмической терапии длительностью от 3 месяцев до 1,5 лет, при этом 32% имели благоприятный исход (выздоровление), а 68% относились к группе риска. У 17,9% (5 человек) НСР сохранялись, несмотря на прием антиаритмических препаратов (группа высокого риска), у других 17,9% НСР возобновлялись при отмене антиаритмической терапии (группа среднего риска).

Выводы

Впервые особое научное внимание в детской аритмологии уделено специфической группе пациентов - детям с манифестацией аритмии на первом году жизни. Определены наиболее опасные периоды для манифестирования заболевания, выявлены группы риска развития аритмии, учитывая сочетанную патологию и вегетативный статус ребенка. Также, благодаря динамическому наблюдению за детьми основной группы, появилась возможность предположить характер течения заболевания в дальнейшем.

Список литературы

1. Белозеров Ю.М. Детская кардиология.- М.:МЕДпресс-информ,2004.- 600с.
2. Бокерия Е. Л., Беспалова Е. Д., Суратова О. Г. Фетальные органические тахиаритмии: опыт лечения// Анналы Аритмологии, № 2, 2011, с.36-44
3. Гнусаев С.Ф., Шибяев А.Н. Диагностическое значение холтеровского мониторирования в выявлении нарушений сердечного ритма и вегетативной дисрегуляции у новорожденных детей, перенесших перинатальную гипоксию//Вестник аритмологии №43, 2006, с.48-52
4. Гришкин Ю.Н.- Дифференциальная диагностика аритмий,- М: Фолиант, 2000, 488с.

5. Гутхайль Х., Линдингер А. ЭКГ детей и подростков,. – М.: «Гэотар-Медиа», 2012, 255с
6. Запруднов А.М. Синдром внезапной смерти грудных детей//Кафедра педиатрии и детских инфекции ФУВ, РГМУ, лекции по педиатрии, 2012
7. Захарова Н.Ю., Михайлов В.П. Физиологические особенности variability ритма сердца в разных возрастных группах//Вестник аритмологии №31, 2003, с.37-40
8. Ковалев И.А., Николишин А.Н., Попов С.В. Критические состояния в кардиологии детского возраста (клиника, диагностика, лечение). – Томск:STT, 2007.-146с.
9. Котлукова Н.П., Хузина О.М, Прахов А.В. Фетальные и неонатальные аритмии// Кафедра детских болезней, РГМУ, лекции по педиатрии, 2012
10. Кравцова, Л. А., Макаров, Л. М., Школьников, М. А. Нормативные параметры циркадной variability ритма сердца у детей первого года жизни//Вестник Аритмологии-N18 от 01/06/2000, стр. 43-44
11. Макаров Л.М. Холтеровское мониторирование (руководство для врачей по использованию метода у детей и лиц молодого возраста).- М.: изд-во Медпрактика, 2000,с.216
12. Макаров Л. М., Березницкая В. В., Калинин Л. А., Школьников МА. Жизнеугрожающие аритмии и внезапная сердечная смерть у детей//Вестник Аритмологии-N18 от 01/06/2000, стр. 57-58
13. Миклашевич И. М., Школьников, М. А., Сыркин, А. Л. Естественное течение суправентрикулярных тахикардий, манифестировавших в детском возрасте //Вестник Аритмологии N29 от 15/12/2002, стр. 60-65
14. Мищенко О.П., Климова Н.В.и др., Нарушения сердечного ритма в педиатрической практике, методическое пособие для врачей-педиатров.-Благовещенск, 2004
15. Мороз В.М., Липницкий Т.Н. Теоретические предпосылки и поиск новых методов патогенетической терапии аритмий сердца//Российский кардиологический журнал, 6 2005
16. Новик Г.А., Егоров Д.Ф и др., Клинические варианты и частота возникновения суправентрикулярных тахикардий у детей.- Журнал «Медицина неотложных состояний» 5(44) 2012
17. Нагорная Н.В., Мустафина А.А.,- Тахикардия как одна из актуальных проблем детской кардиологии. – Журнал «Здоровье ребенка» 5(8)2007
18. Пармон Е.В., Трешкур Т.В., Шляхто Е.В. Идиопатические желудочковые нарушения ритма (анализ проблемы) // Медицина неотложных состояний. — 2008. — № 1(14). — С. 113-125.
19. Полякова Е.Б., Школьников М.А., Калинин Л.А.. Механизмы формирования, классификация, клиническое течение и прогноз «идиопатических» нарушений функции синусового узла в детском возрасте // Вестник Аритмологии-N52 от 18/09/2008, стр. 5-13

20. Прахов А.В. Неонатальная кардиология.- Н.Новгород: Издательство Нижегородской госмедакадемии,2008.-388с.:ил.
21. Стычинский А.С., Альмиз П.А., - Суправентрикулярные тахикардии: современные подходы к лечению. Журнал «Внутренняя медицина» 1(7) 2008
22. Свинцова, Л. И., Ковалев, И. А., Мурзина, О. Ю., Попов, С. В., Опыт лечения тахиаритмий у детей младшего возраста// ВА-N43 от 13/04/2006, стр. 12-16
23. Хоффман Дж. Детская кардиология. Пер.с англ.-М.,Практика,2006.-543с.
24. Царегородцев Д.А. Проблема медикаментознорезистентных аритмий// Российский кардиологический журнал, N 2 2001
25. Шарыкин А.С.Перинатальная кардиология. Руководство для педиатров, акушеров, неонатологов.- М.: «Волшебный фонарь», 2007- 264с.
26. Школьникова М.А. Жизнеугрожающие аритмии у детей. М.: Нефтяник, 1999. — 230 с.
27. Школьникова М.А., Кравцова Л.А. и др.- Эпидемиология, особенности клинического течения и общие принципы медикаментозной терапии тахиаритмий у детей раннего возраста. Журнал «Анналы аритмологии» №4, 2011 с.5-19
28. Школьникова М.А., Кравцова Л.А., Березницкая В.В. – Тахикардии у детей первого года жизни. Журнал Педиатрия/2012/Том 91/№ 3, с.90-99
29. Школьникова М.А., Харлап М.С., Ильдарова Р.А.Генетически детерминированные нарушения ритма сердца// Российский кардиологический журнал № 1 (87) / 2011, с.8-25
30. Шульман В.А., Никулина С.Ю. и др. Первичные аритмии.-Красноярск: типография КрасГМА, 2008.-101с.
31. Britt-Maria Beckmann, Arne Pfeufer, Stefan Käåb. Inherited Cardiac Arrhythmias//Dtsch Arztebl Int 2011; 108(37): 623–34
32. Carina Blomström-Lundqvist, Melvin M. Scheinman, Etienne M. Aliot. ACC/AHA/ESC Guidelines for the Management of Patients With Supraventricular Arrhythmias// Circulation 2003;108;1871-1909
33. Charles Antzelevitch. Heterogeneity and Cardiac Arrhythmias: An Overview// Heart Rhythm. 2007 July ; 4(7): 964–972.
34. Farwell D. MB1, Gollob Michael H. Electrical heart disease: Genetic and molecular basis of cardiac arrhythmias in normal structural hearts//Can J Cardiol Vol 23 Suppl A August 2007, p.16a-22a
35. Flinders D.C., Roberts S.D. Ventricular arrhythmias. Primary Care // Clinics in Office Practice.- 2000.-Vol.27, '3.-P.709-724.
36. Janette F.Strasburger, Ronald T. Wakai. Fetal cardiac arrhythmia detection and in utero therapy//Nat Rev Cardiol.2010 May; 7(5):277-290

37. Janette F. Strasburger, Bageshree Cheulkar, Heather J. Wichman. Perinatal Arrhythmias: Diagnosis and Management//Clin Perinatol. 2007 December ; 34(4): 627–viii. doi:10.1016/j.clp.2007.10.002.
38. Lerman B.B., Stein K.M., Markowitz S.M., Mittal S. et al. Ventricular arrhythmias in normal hearts // Cardiology Clinics.-2000.- Vol.18.- P. 265-291.
39. LudomyrskyA., GarsonA., //Pediatric Arrhythmias: Electrophysiology and Pacing./ Eds. Gillette P., Garson A. Jr. Philadelphia,1990.-P.380-426
40. Marmar Vaseghi, Kalyanam Shivkumar. The Role of the Autonomic Nervous System in Sudden Cardiac Death//Prog Cardiovasc Dis. 2008 ; 50(6): 404–419. doi:10.1016/j.pcad.2008.01.003.
41. Michael J. Joyner, Stanley Nattel. Fast and furious: new ways to think about, study and treat cardiac arrhythmias// Journal of Physiology 587/7 (2009), 1383-1384
42. Paul Khairy, Seshadri Balaji. Cardiac Arrhythmias In Congenital Heart Diseases//Indian Pacing and Electrophysiology Journal (ISSN 0972-6292), 9 (6): 299-317 (2009)
43. Salerno J.C., Kertesz N.J., Friedman R.A. et al. Clinical course of atrial ectopic tachycardias age-dependent: Result and treatment in children <3 or > = 3 year of age // J.Amer. Coll. Cardiol.- 2004.- Vol. 43, № 3.- P. 438-444;
44. Shardha Srinivasana, Janette Strasburger. Overview of fetal arrhythmias//Curr Opin Pediatr. 2008 October ; 20(5): 522–531. doi:10.1097/MOP.0b013e32830f93ec.
45. Wall T.S., Freedman R.A. Ventricular tachycardia in structully normal hearts // Current Cardiology Reports.- 2002.-Vol. 4.- P. 388-395
46. Wong W.W., Potts J.E., Etheridge S.R. et al. Medications used to manager supraventricular tachycardia in the infant: a North American Survey// Pediatric cardiology.-2006.- Vol. 27.- № 2.- P. 199-203.

Шихова Екатерина Ивановна - соискатель кафедры педиатрии и неонатологии ФПК и ПП, ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3 тел. +(7)9226004730, e-mail shikhova.ek@yandex.ru

СТРАТЕГИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В БЮДЖЕТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Луговкина Т.К., Тютикова Н.А.

ГБУЗ СО ДКБВЛ «Научно-практический центр «Бонум»

Представлены данные литературы об особенностях управления бюджетными медицинскими организациями в условиях формирования рынка медицинских услуг в России. Отмечена актуальность проведения SWOT – анализа, а также процедуры самооценки всех направлений деятельности медицинской организации для выбора стратегии совершенствования качества медицинской помощи.

Ключевые слова: самооценка, бюджетная медицинская организация, SWOT – анализ.

The budget medical organization strategy for medical services quality improvement

Lugovkina T.K., Tutikova N.A.

Scientific and Practical Center "Bonum", Ekaterinburg

Highlights of budget medical organization strategy at the conditions of medical services market fabrication are described. The actuality of the SWOT-analysis and the self-evaluating activity of the medical organizations are underlined. The methodology for decision support at the budget medical organization is needed.

Keywords: Budget medical organization, self-evaluating activity, SWOT-analysis.

Введение

В настоящее время основной путь к доступной и качественной медицинской помощи населению России продолжают обеспечивать в основном бюджетные организации системы здравоохранения. Так, в 2011г, по данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения России, доля пациентов, которые выбрали частные организации, составила только 6,2% среди обратившихся за амбулаторно-поликлинической помощью и 0,6% среди обратившихся за стационарной помощью [1].

План Министерства здравоохранения РФ на ближайшие годы по повышению эффективности государственного финансирования первичных звеньев системы здравоохранения предполагает изменение методов и стиля управления бюджетными медицинскими организациями. Так, вступивший в силу с 2012г Федеральный Закон «Об основах охраны здоровья граждан» предусматривает устранение фиксированного бюджетного финансирования и развитие элементов саморегулирования и автономии

бюджетных медицинских организаций [2]. В связи с этим, важным условием их эффективной деятельности становится стратегическое планирование и управление.

Материал и методы

Концепции и стратегии развития любой организации, как правило, строятся на результатах различных видов анализа исходной ситуации. Одним из них является SWOT-анализ, который до сих пор применяется, в основном, в частных компаниях. Процессы стратегического планирования требуют активного внедрения и практического использования SWOT-анализа и процедуры самооценки для выявления сильных сторон организации и диагностики проблем, требующих улучшения её деятельности на пути решения поставленных перед системой здравоохранения задач [3,4,5,6,7].

SWOT-анализ заключается в выявлении и оценке степени влияния факторов внутренней и внешней среды на результаты деятельности организации. Объектом SWOT-анализа может быть не только организация, но и деятельность отдельных специалистов, работающих в ней.

Название метода представляет собой аббревиатуру [8] (табл. 1):

- **S**trengths (преимущества),
- **W**eaknesses (недостатки),
- **O**pportunities (возможности) и
- **T**hreats (угрозы).

Таблица 1
Влияние внутренней и внешней среды

Среда	Положительное влияние	Отрицательное влияние
Внутренняя	Strengths (преимущества) — <i>свойства организации, проекта или коллектива, дающие преимущества перед другими.</i>	Weaknesses (недостатки) — <i>внутренние свойства, ослабляющие проект, организацию, коллектив и т.д.</i>
Внешняя	Opportunities (возможности) — <i>внешние вероятные факторы, дающие дополнительные возможности по достижению цели.</i>	Threats (угрозы) — <i>внешние вероятные факторы, которые могут осложнить достижение цели.</i>

Внутренние параметры, которые были рассмотрены авторами в рамках SWOT-анализа (сильные и слабые стороны):

1. *Результат* (деятельности структурного подразделения) — уникальность, конкурентные преимущества, показатели качества.
2. *Уровень качества и безопасности технологий*, применяемых в структурном подразделении.
3. *Уровень качества и безопасности процессов* достижения результатов.

4. *Уровень профессиональной подготовки, зарплаты персонала, возможности мотивирования сотрудников, командный тип управления, корпоративная культура.*
5. *Оценка потенциала управляющего звена (уровень качества менеджмента).*
6. *Оценка формирования потоков пациентов (качество информирования населения о медицинских услугах, оказываемых медицинской организацией).*
7. *Наличие обратной связи.*
8. *Ресурсы — финансовые показатели, квалификация профессиональных кадров.*

Анализ факторов внешней среды (возможности и угрозы) включал следующие параметры:

1. *Рейтинг приоритетов в государстве, место системы здравоохранения в рейтинге.*
2. *Направление изменений в регулирующих нормах, таких как законы о регулировании деятельности медицинских организаций и т.п.*
3. *Экономическая ситуация в отрасли, в регионе.*
4. *Уровень благосостояния населения.*
5. *Оценка уровня конкуренции.*

Результаты и их обсуждение

Проведен SWOT-анализ загородного отделения одной из многопрофильных медицинских организаций (табл. 2).

Таблица 2
SWOT-анализ загородного отделения

Среда	Положительное влияние	Отрицательное влияние
Внутренняя	<p>Преимущества</p> <ul style="list-style-type: none"> - конструктивные взаимоотношения в коллективе - «многофункциональность» и взаимозаменяемость в работе среднего медицинского персонала - высокая внешняя мотивированность персонала (место проживания) - внутренняя мотивированность персонала (организация работы по командному типу) - высокий и стабильный коэффициент удовлетворенности условиями труда персонала (по данным анкетирования) - организационное взаимодействие медицинского и немедицинского персонала 	<p>Недостатки</p> <ul style="list-style-type: none"> - низкое качество документооборота - слабая обратная внутренняя связь - недостаточный самоконтроль и внутренний контроль при оформлении медицинской документации -отсутствие систематического анализа фактических потоков пациентов по профильным направлениям работы медицинской организации - слабая информационная поддержка медицинской деятельности
Внешняя	<p>Возможности</p> <ul style="list-style-type: none"> -месторасположение - загородная лесная зона, живописная природа, наличие водоёма. 	<p>Угрозы</p> <ul style="list-style-type: none"> - слабая гармонизация нормативных документов по медицинской реабилитации в РФ (недостаточный перечень профилей медицинской реабилитации – например, реабилитации детей с речевыми нарушениями, нарушениями слуха, зрения, комбинированные варианты отделений реабилитации и др.).

По данным литературы, проведённый в ряде медицинских организаций SWOT-анализ показал, что проблема повышения качества медицинских услуг в бюджетных медицинских

учреждениях сегодня существенно оттеснена на второй план, что обусловлено *уходом от «государственного патернализма»* — одной из основных тенденций реформирования отечественного здравоохранения [9].

Если у медицинской организации нет заметных сильных сторон деятельности, то это может свидетельствовать о том, в организации есть проблемы, значимо ослабляющие её конкурентоспособность в современных условиях формирующегося рынка медицинских услуг. Любые проблемы, прямо или косвенно влияющие на результат, необходимо активно выявлять и конструктивно решать.

На фоне ослабления влияния государства в части финансовой поддержки государственной системы здравоохранения, становится очевидным, что без процессов самоорганизации, как в профессиональной медицинской среде, так и в среде пациентов, шансов достичь значимых позитивных изменений в области качества и безопасности оказания медицинской помощи крайне мало.

Самоорганизация - процесс упорядочения элементов одного уровня в системе за счёт внутренних факторов, без внешнего специфического воздействия. Результатом самоорганизации становится переход на новый уровень качества деятельности.

Процесс самоорганизации начинается с процедуры **самооценки**, анализа проблем, выстраивания общей стратегии и целей, постановки задач, выбора путей достижения целей. Для проведения самооценки и последующего совершенствования деятельности была выбрана модель менеджмента, соответствующая критериям **Модели Премии Правительства Российской Федерации в области качества** (далее по тексту - Модель Премии) [10].

Модель Премии, как и другие модели делового совершенства, базируется на восьми основополагающих принципах, соответствующих концепции «Всеобщего управления на основе качества» - Total Quality Management (TQM) - это ориентация на потребителя; лидерство руководства и последовательность в достижении целей; менеджмент на основе понимания процессов и фактов; вовлечение персонала; непрерывная познавательная деятельность и инновации; развитие партнерства; взаимодействие с обществом; ориентация на результаты [11,12].

Достоинствами самооценки являются: сравнительная простота; возможность проведения собственными силами; определение приоритетных направлений улучшения деятельности медицинской организации. Технология самооценки на основе Модели Премии включает две группы критериев:

- **первая группа критериев** характеризует, «**КАК**» организация добивается результатов, что делается для этого (каковы «возможности»);

- **вторая группа критериев** характеризует, «**ЧТО**» достигнуто (каковы «результаты»?).

Первая группа включает в себя 5 критериев:

1. лидирующая роль руководства;
2. наличие политики и стратегии организации в области качества;
3. персонал;
4. партнерство и ресурсы;
5. качество процессов, осуществляемых организацией.

Вторая группа включает 4 критерия:

6. удовлетворенность потребителей качеством услуг;
7. удовлетворенность персонала условиями и результатами своей деятельности;
8. влияние деятельности организации на общество;
9. результаты работы организации.

Каждому критерию присваивается определённый вес в общей оценке, который должен быть отражен в процентах. Наибольшая суммарная оценка по данной модели в целом составляет 1000 баллов.

Технология самооценки деятельности организации базируется на **оценочной матрице RADAR®** [13]. Логика RADAR® - это метод оценки, введенный Европейским фондом управления качеством в 1999 г.

Применение матрицы оценки RADAR® помогает определять простые, но очень важные для перспективного развития организации вопросы при оценке её деятельности. Ответы на эти вопросы позволяют сформировать перечень сильных сторон и направлений для улучшений по каждой составляющей критериев Модели Совершенства EFQM [9] и по каждой из составляющих Модели Премии в области качества. Методические подходы к использованию матрицы RADAR для оценки критериев «Возможности» и «Результаты» в Модели Премии РФ детально описаны в литературе [6].

Принцип 1. Ориентация на потребителя

Ключевые выгоды: более результативное использование ресурсов медицинской организации для повышения удовлетворенности пациентов; повышенная лояльность пациентов, приводящая к повторному взаимовыгодному сотрудничеству (желание повторно лечиться именно в этой медицинской организации).

Принцип 2. Лидерство руководителей

Ключевые выгоды: сотрудники, понимающие цели и задачи медицинской организации, более мотивированы на их достижение; различные виды деятельности оцениваются комплексно, их управление осуществляется единообразным способом; неэффективные коммуникации между разными уровнями организации могут быть сведены к минимуму.

Принцип 3. Вовлечение людей

Ключевые выгоды: мотивированные, преданные и вовлеченные сотрудники медицинской организации; более эффективные нововведения и творческий подход для достижения целей организации; повышение ответственности персонала за результаты своей работы, его стремление участвовать и вносить вклад в постоянное улучшение деятельности организации.

Принцип 4. Процессный подход

Ключевые выгоды: снижение затрат и сокращение времени пребывания пациента в стационаре за счет эффективного использования ресурсов; постоянное улучшение и предсказуемость результатов; четко выстроенная по приоритетам деятельность медицинской организации по улучшениям.

Принцип 5. Системный подход к менеджменту

Ключевые выгоды: интеграция и выстраивание (в цепочку) тех процессов, которые позволят наилучшим образом достигать желаемых результатов; способность концентрировать усилия на ключевых процессах; обеспечение заинтересованным сторонам уверенности в устойчивости, результативности и эффективности деятельности медицинской организации.

Принцип 6. Постоянное улучшение

Постоянное улучшение деятельности организации необходимо рассматривать в качестве ее **неизменной цели**.

Ключевые выгоды: преимущества в деятельности; нацеленность инновационной деятельности на всех уровнях на достижение стратегических целей медицинской организации; гибкость и быстрота реагирования на выявленные возможности.

Принцип 7. Подход к принятию решений, основанный на фактах

«Эффективные решения основываются на анализе данных и информации».

Ключевые выгоды: обоснованные решения; повышенная способность демонстрировать результативность принятых ранее решений, основанных на фактах; повышенная способность анализировать и при необходимости динамично изменять подходы и решения.

Принцип 8. Взаимовыгодные отношения с партнерами

Ключевые выгоды: оптимизация затрат и ресурсов.

Международная и отечественная практика применения самооценки доказала очевидные преимущества метода, такие как: системный подход к совершенствованию деятельности; получение объективных оценок, основанных на фактах, а не на личном восприятии отдельных сотрудников и руководителей; **использование единого комплекса критериев**, который нашел широкое применение в мире при оценке деятельности организаций, подразделений, оценке результатов; согласованное понимание того, что в реальных условиях необходимо делать организации в целом и каждому сотруднику в отдельности, **исходя из политики и стратегии**; обучение персонала и внедрение различных инициатив и передовых методов менеджмента качества в повседневную деятельность медицинской организации; выявление и анализ процессов, в которые можно ввести улучшения.

Процедура самооценки включала следующие показатели:

- удовлетворенность пациентов полученной медицинской помощью (КСУ),
- удовлетворенность персонала условиями и результатами своей деятельности (КПУ),
- удовлетворенность общества качеством и доступностью медицинской помощи,

которую оказывает медицинская организация (%).

Результаты самооценки были положены в основу процесса стратегического планирования и перспективного развития структурных подразделений в направлении совершенствования качества оказания медицинской помощи. Проведённые исследования подтвердили возможность и целесообразность применения SWOT- анализа, самооценки и развития процессов самоорганизации в любой медицинской организации или подразделении [6,17,18,19,20,21,22].

Выводы.

1. SWOT-анализ и процедуру самооценки деятельности медицинских организаций можно рассматривать, как технологии инновационного развития системы качества как в отдельной медицинской организации, так и в целом в системе здравоохранения.
2. Внедрение инновационных технологий в области непрерывного развития качества приобретает особую актуальность, т.к. основной груз реализации стратегических целей российского здравоохранения лежит, в настоящее время, на бюджетных медицинских организациях.

Список литературы

1. Потапчик Е.Г. Доступность медицинской помощи для населения (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении): препринт WP8/2011/11 [Текст] / Е. Г. Потапчик, Е. В. Селезнева, С. В. Шишкин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2011. — 36 с.
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011г №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». Глава 11.
3. Конти Т. Почему не полностью используется потенциал самооценки // Методы менеджмента качества. - 2003, №3. - с. 4-11.
4. Кучеренко В.З. и др. Методология измерения и оценки качества медицинской помощи: международный опыт. // Экономика здравоохранения. - 2005, №10. - с. 5-18.
5. Майсак О. С. SWOT-анализ: объект, факторы, стратегии. Проблема поиска связей между факторами // Прикаспийский журнал: управление и высокие технологии. — 2013. — № 1 (21). — С. 151—157.
6. Галеев В.И. и др. Самооценка деятельности организации на соответствие критериям премии Правительства РФ в области качества 2009 г. Рекомендации. - М.: ОАО «ВНИИС», 2009. - 78 с.
7. Конти Т. Самооценка в организациях. М.: РИА «Стандарты и качество», 2002. - 327 с.
8. Лапыгин Д.Ю. Управленческие решения : учеб. пособие. — М.: Эксмо, 2009. - 448 с.
9. Игнат Богдан. Некоторые аспекты реформы здравоохранения в России. Труды Центра проблемного анализа и государственно-управленческого проектирования. Вып. № 29. М.: Научный эксперт, 2013. 40 с.
10. Маслов Д.В. От качества к совершенству. Полезная модель EFQM. - М.: РИА «Стандарты и качество», 2008. - 150 с.
11. Whetsell G. Total Quality Management. - Quality in Health Care. Ed. N. Graham. Gaithersburg, 1995, 79-91.
12. Брескина Т.Н. Технология реализации принципов TQM (Всеобщего управления на основе качества) в деятельности медицинской организации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 3. – С. 41-43.
13. Meyer, FA. RADARise Your Business For Success. / F.A. Meyer. EFQM, 2004. - 288 p.
14. ГОСТ Р ИСО 9004:2001. Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению деятельности. М.: Изд-во стандартов, 2001. - 46 с.
15. Версан В. Стандарты ИСО серии 9000: Закономерности развития. // Стандарты и качество. - 2008, №1. - с. 56-59.

16. Швец В.В. Стандарты ИСО серии 9000: Болезнь экономики? // Деловое совершенство. - 2005, №4. - с. 8-19.
17. Европейский фонд управления качеством. // Европейское качество. Дайджест. 2003, №4. с. 5-8.
18. Кросби Филипп Б. Качество и Я. Жизнь бизнесмена в Америке: Пер. с англ. - М.: РИА «Стандарты и качество», 2003. - с. 263.
19. Премия Малкольма Болдриджа. // Европейское качество. Дайджест. 2004, №3. с. 6-11.
20. *Адизес, Ицхак Калдерон*. Идеальный руководитель. Почему им нельзя стать и что из этого следует = The Ideal Executive: Why You Cannot Be One and What to Do About It. — М.: «Альпина Паблишер», 2013. — 264 с.
21. www.standard-company.ru/standard-company44.shtml
22. Антонов А.Б., Кузнецов П.П. Перспективы развития платных медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях // Экономика здравоохранения. 2003.-№3.-С.24-26.

Луговкина Татьяна Константиновна – д.м.н., клинический фармаколог ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», 620149, Екатеринбург, ул.Бардина, 9а, тел. (343) 2404268, bonum@bonum.info

КРИТЕРИИ ГОТОВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ К ВНЕДРЕНИЮ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Тютикова Н.А., Луговкина Т.К.

ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум»,

Екатеринбург, Россия

В статье представлен обзор условий и этапов подготовки, которые необходимы для успешного внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации. Даны понятия миссии и стратегии медицинской организации на примере НПЦ «Бонум».

Ключевые слова: качество медицинской помощи, миссия, система менеджмента качества.

Criteria for Implementation of Medical Care Quality System at the Hospital

Tutikova N., Lugovkina T.

Scientific and Practical Center "Bonum", Ekaterinburg

The start necessary conditions and stages for Medical Care Quality System successful implementation are described. The Mission and Strategy of Medical Organization (SPC "Bonum") are presented and discussed.

Keywords: Medical Care Quality, Mission, Strategy.

Введение

Одним из вариантов модели непрерывного повышения качества медицинской помощи в медицинской организации (МО) является индустриальная модель управления качеством. Основу такой модели составляют: процессный анализ, ориентация на непрерывное совершенствование обозначенных процессов, вовлечение в управление всего персонала, постепенный отказ от массового инспекционного контроля в пользу контроля процессов, технологий, а также внедрение стратегического планирования [1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12]. Такая модель системы качества может быть внедрена только при наличии определенных условий [13].

Критерии готовности медицинской организации к внедрению системы управления качеством медицинской помощи [14].

1. Готовность персонала:

- большинство сотрудников знает основные модели управления качеством и знакомы с системой оценочных критериев;
- большая часть персонала готова к самоуправлению;

- высокий уровень профессиональной подготовки персонала.

2. Готовность администрации:

- администрация знает, как управлять качеством;
- управление качеством - основная цель работы администрации;
- независимость администрации в принятии решений по вопросам качества.

3. Готовность организации лечебно - диагностического процесса:

- разработаны стандарты оказания медицинской помощи по основным нозологическим единицам;
- определены основные индикаторы качества лечебно - диагностического процесса;
- есть специалисты по качеству в каждом подразделении;
- высокие исходные клиническая результативность и экономическая эффективность лечебно - диагностического процесса.

4. Готовность материально - технической базы:

- оснащенность современным диагностическим оборудованием;
- наличие автоматизированной системы управления основным потоком медицинской документации;
- наличие высокотехнологичных методов лечения, не уступающих по эффективности современным аналогам в ведущих медицинских учреждениях.

Технология и последовательность становления индустриальной модели управления в лечебно - профилактическом учреждении следующая:

1. В каждом случае лидером организации формулируется и излагается на общем собрании трудового коллектива **политика учреждения в области качества**, которая после обсуждения в подразделениях становится основным принципом работы для всего персонала.
2. Внедрение стандартизованного контроля (процессов, результатов).
3. Этап обеспечения качества (адекватное ресурсное сопровождение).
4. Этап непрерывного повышения качества (или собственно индустриальная модель управления качеством) [15,16].

3. Стратегический план по реализации концепции непрерывного совершенствования качества медицинской помощи в медицинской организации

- Формулирование **миссии организации**.
- Формирование **стратегической концепции** развития системы качества медицинской помощи в НПЦ «Бонум».

- Формулирование **целей приоритетных направлений** развития системы качества медицинской помощи в НПЦ «Бонум».
- Формирование **стратегии достижения целей**.
- Определение **стратегических задач**.
- Описание путей **решения стратегических задач**.

4. Словарь терминов и понятий, используемых в концепции непрерывного совершенствования качества медицинской помощи

Миссия – основная (генеральная, обобщенная) цель организации, особенности в её деятельности, отличающие от других подобных организаций, выраженная в форме декларации.

Концепция (лат. conceptio) – 1) генеральный замысел, определяющий стратегию действий при осуществлении реформ, проектов, планов, программ, 2) система взглядов и способов достижения целей, общее понимание явлений [17].

Политика (концепции, стратегии, деятельности) – элемент стратегии в форме совокупности конкретных правил выполнения организационных действий, направленных на достижение поставленных целей.

Политика в области качества в НПЦ «Бонум» включает системную организацию медицинской деятельности, ответственность персонала, инструкции по выполнению образцов качественной медицинской помощи, диагностику проблем качества и корректировку условий оказания качественной медицинской помощи.

Стратегия – средство достижения цели в форме интегрированной модели действий, предназначенных для её достижения. Содержанием стратегии служит **набор правил принятия решений для определения основных направлений деятельности**.

Стратегия разрабатывается на несколько лет вперед, конкретизируется в проектах, программах, практических действиях и реализуется в процессе их выполнения. Успешное использование стратегии невозможно без обратной связи. С точки зрения *поведения организации в конкурентной борьбе (глобальные стратегии)* различаются стратегии минимизации издержек, фокусирования, дифференциации, инноваций, оперативного реагирования.

Цель – это конкретные показатели процесса или результатов деятельности организации, подразделения или конкретного исполнителя с четкими значениями, которые должны быть достигнуты за плановый период. Система целей стратегии включает миссию, общеорганизационные и специфические цели.

Задача – проблемная ситуация, содержащая данные и условия, которые необходимы и достаточны для ее разрешения.

План – общее распределение работ, порядок действий, *направленных на выполнение поставленных задач и достижение целей.*

Программа – предварительное описание предстоящих событий или действий (алгоритм, последовательность предстоящих действий).

Проект (конкретных мероприятий по реализации стратегии) - замысел, идея, образ, воплощенные в форму описания, обоснования.

5. Миссия и стратегическая концепция развития системы качества в НПЦ «Бонум»

Миссию организации можно трактовать в широком и узком понимании. В широком понимании миссия рассматривается как философия, видение и смысл существования и функционирования организации. Такая миссия характерна для организаций с длительным жизненным циклом и определяется ценностями, принципами, в соответствии с которыми организация существовала и намерена развиваться.

Медицинская организация создается и существует для осуществления миссии, достижения общей цели, направленной на удовлетворение потребностей пациентов в сохранении здоровья. Во имя этой миссии, ее предназначения, специалисты объединяются и осуществляют свою деятельность. Наличие миссии, ее реализация придают организации индивидуальный профиль, определенность и специализацию.

Значение определения миссии организации состоит в том, что она:

- представляет собой базис, точку опоры для всех плановых решений организации, для определения ее целей и задач;
- создает уверенность, что организация преследует непротиворечивые, ясные, сравнимые цели;
- помогает сосредоточить усилия персонала на выбранном направлении, объединяет их действия;
- создает понимание и поддержку среди внешних участников организации (органов здравоохранения, государственных и ведомственных структур).

Миссия приобретает большее значение для профессионально-деловой среды организации, является основой для выработки целей и стратегии, определяет организационно-управленческую структуру и формирует этико-деонтологическую

культуру. Все сотрудники организации должны разделять цели и задачи организации, осознавать их и вносить вклад в их достижение, равно как и разделять ценности и принципы предназначенной миссии. Миссия медицинской организации выражается и проявляется в следующих признаках:

- наличие потребности у пациентов в получении медицинских услуг определённого уровня качества, которые организация готова удовлетворять;
- главная цель, к которой стремится организация - качественная медицинская помощь;
- оказываемые медицинские услуги и применяемые медицинские технологии соответствуют критериям качества;
- конкурентоспособность медицинской организации;
- ценности, которые определяют этико-моральные (деонтологические) принципы деятельности медицинской организации.

Миссия НПЦ «Бонум» - оказание качественной медицинской помощи в процессе восстановительного лечения и реабилитации пациентов, оздоровительных медицинских услуг на основе использования профессионального, современного технологического и информационного капитала организации.

Стратегическая концепция развития системы качества медицинской помощи в НПЦ «Бонум» - непрерывное совершенствование качества медицинской помощи и оздоровительных медицинских услуг пациентам и населению, основанное на развитии ресурсов медицинской организации (профессиональных, материально-технических, интеллектуальных, информационных, финансовых), а также управлении качеством клинической практики и коммуникативных функций персонала в процессе взаимодействия с пациентами.

Цели по внедрению и развитию системы качества медицинской помощи в НПЦ «Бонум»

- 1) **система критериев** для оценки качества медицинской помощи по профильным направлениям медицинской деятельности НПЦ «Бонум», а также критериев качества по оценке условий, необходимых для обеспечения соответствующего качества;
- 2) **система ресурсного обеспечения и безопасности** медицинской деятельности, отвечающие требованиям критериев качества медицинской помощи и экономическому потенциалу организации;
- 3) **система управления и менеджмента качества** медицинской помощи в НПЦ «Бонум».

Стратегии достижения целей по развитию системы качества в НПЦ «Бонум»

1. **Интеграция** всех видов деятельности МО в направлении непрерывного совершенствования качества процессов и результатов медицинской помощи (**критерии**), обеспечивающих (**ресурсы**) высокую удовлетворенность пациентов в медицинских услугах и устойчивость развития организации (**управление**).
2. **Формирование системы** управления качеством деятельности МО в соответствии с принципом приоритетной ориентированности на интересы пациента.

В НПЦ «Бонум» проведена процедура оценки готовности МО к внедрению системы непрерывного (постоянного) развития качества медицинской помощи, разработаны основные документы и структура системы, определены стратегические цели и задачи в области качества. МО соответствует всем критериям готовности к внедрению системы менеджмента качества медицинской помощи.

Список литературы

1. Дьяченко В.Г. Качество в современной медицине. Изд-во ГОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава, 2007 г. – 45 с.
2. Воротников А.А. Индустриальные методы управления качеством медицинской помощи в травматолого-ортопедическом отделении многопрофильного лечебно-профилактического учреждения. Ставрополь, 2004 г. – 108 с.
3. Вардосанидзе С.Л. Управление качеством медицинской помощи и повышение экономической эффективности использования ресурсов с применением медицинских стандартов в работе многопрофильной больницы / С.Л. Вардосанидзе, А.И. Лихота, А.П. Данченко и др. //Южно-Рос. мед. журнал. – 1999. - №6. – С. 4-8. 19ч.
4. Гройсман В.А. Современные технологии управления лечебно-профилактическим учреждением / В.А. Гройсман. - Тольятти, 2000.
5. Комаров Ю.М. Концепция качества медицинской помощи /Ю.М. Комаров, А.В.Короткова // Материалы 3 Российской конф. «Развитие стационарной помощи в период реформы здравоохранения в России». 30-31 мая 1996. - С. 177-182.
6. Качество медицинской помощи. Глоссарий. Россия – США. Российско-американская межправительственная комиссия по экономическому и технологическому сотрудничеству. Комитет по здравоохранению. Проект «Доступность качественной медицинской помощи».
7. Garvin DA. Managing Quality: The Strategyc and Competitive Edge. New York: Free Press; 1988.
8. Donabedian E. Quality and cost: Choices and responsibilities. J Occup Med. 1990;32:1167-1172.

9. Shewhart WA Statistical Method from the Viewpoint of Quality Control. Washington, DC: Graduate School, US Dept of Agriculture; 1939.
10. Taguchi G, Causing D. Robust quality. Harvard Business Rev. 1990; January-February: 65-75.
11. Hauser JR, Clausing D. The house of quality. Harvard Business Rev. 1988; May-June: 63-73.
12. Eddy DM. Clinical policies and the quality of clinical practice. N Engl J Med. 1982;307:343-347.
13. Назаренко Г. И. Управление качеством медицинской помощи / Г. И. Назаренко, Е. И. Полубенцева // М.: Медицина, 2000. – 368 с.
14. Непрерывное совершенствование лечебно-диагностического процесса и обеспечение безопасности пациента в условиях индустриальной модели управления качеством медицинской помощи в стационаре. Методические рекомендации № 2004/46 (утв. Минздравом РФ 19.03.2004).
15. Михайлова Н.В. Методология обеспечения и управления качеством медицинской помощи в соответствии с международными стандартами ИСО серии 9000// Вестник Росздравнадзора – 2010. - № 3. – с. 19-27.
16. Качество медицинской помощи: проблемы и перспективы совершенствования: Материалы междунар. науч.-практ. конф. / Под ред. акад. РАМН проф. А.В. Шаброва, проф. В.Ф. Чавпецова. – СПб., 2010. –168 с.
17. Райзберг Б.А., Лозовский Л.Ш., Стародубцева Е.Б.. Современный экономический словарь. — 2-е изд., испр. М.: ИНФРА-М. 479 с.. 1999.

Тютюкова Наталия Александровна Луговкина –к.м.н., заместитель директора по клинико-экспертной работе ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», 620149, Екатеринбург, ул.Бардина, 9а, тел. (343) 2404268, bonum@bonum.info

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Обухова Н.В.

ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», Екатеринбург, Россия

В статье рассматриваются аспекты воспитания родителей детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, имеющие особые потребности. Представлены варианты влияния семьи на жизненный путь ребенка с особыми потребностями. С целью обретения осознанного отношения к развитию, обучению, лечению и реабилитации детей с особыми потребностями организованы групповые занятия в форме клуба и Школ для родителей.

Ключевые слова: дети, ограниченные возможности здоровья, семья.

Educational Support for Parents with Disabled Children

Obuhova N.V.

Scientific and Practical Center "Bonum", Ekaterinburg

This article discusses aspects of education of parents of children in difficult situations, with special needs. Variants of family influence on the way of life of a child with special needs are presented. With the aim of gaining conscious attitude towards development, training, treatment and rehabilitation of children with special needs organized group activities in the form of clubs and schools for parents.

Keywords: children, special needs, family.

Введение

Семья занимает центральное место в формировании личности ребенка. Именно в семье ребенок получает первые навыки восприятия действительности, приучается осознавать себя полноправным гражданином общества. По мнению исследователей, то, каким вырастет человек, какие черты характера у него сформируются - на 70% зависит от родителей. При этом, чем сложнее и непонятнее для ребенка социум, тем значимее для него становится семья [1, 2].

Отечественные социологические исследования указывают на приоритет семейного воспитания среди других жизненных ценностей у 64,4% отцов и 82,2% матерей [3]. Среди семей, имеющих детей с особыми потребностями, 81% родителей считают реабилитацию ребенка своей главной жизненной задачей, т.е. ориентированы на активные действия [4].

Мировой и отечественный опыт показал, что эффективность семейной абилитации и реабилитации для ребенка неизмеримо выше, чем при нахождении в интернате. Оставляя ребенка в семье, значительная часть родителей стремится к воспитанию и развитию ребенка с особыми потребностями как полноправного гражданина, интеграции в среду

здоровых сверстников, но в то же время не имеют специальных знаний и необходимого опыта [5, 6]. Поэтому в первую очередь встает задача, помочь семье оставить у себя такого ребенка, предоставить необходимую помощь в его лечении, развитии и обучении.

Влияние семьи

Известно несколько типичных вариантов влияния семьи на жизненный путь ребенка с особыми потребностями: развитие, нормализация, доверие, невмешательство в ситуацию, опека [4].

Первый тип влияния семьи «развитие» характеризуется адекватным восприятием ребенка и его инвалидности. В ребенке видят личность, осознают его сильные и слабые стороны, стараются подчеркнуть то, в чем он преуспел. С ребенком много занимаются, выявляют способности, позволяющие компенсировать дефект, развивают самостоятельность, время жизни наполняется событиями, адекватными его возрасту и потребностям. Семья, ориентированная на развитие, принимает на себя ответственность за развитие ребенка, осознает возможные затруднения в процессе социализации, стремится их минимизировать или преодолеть, осуществляет выбор жизненных перспектив и проявляет инициативу. У ребенка в такой семье формируется доброжелательное отношение к миру, открытость и готовность к взаимодействию с социумом. Он не боится трудностей, способен идти к поставленной цели, делать выбор и добиваться самореализации.

Второй тип – «нормализация». Родители стремятся максимально использовать современные достижения науки и техники, собственные возможности, чтобы приблизить жизненный путь ребенка с особыми потребностями к жизненному пути здоровых детей. В первую очередь родители стремятся восстановить здоровье ребенка, проводят всевозможные обследования, традиционное и нетрадиционное лечение. Зачастую стремятся излишне стимулировать развитие и обучение, добиться высоких показателей. В такой гонке возрастные и индивидуальные возможности ребенка воспринимаются не адекватно, а чрезмерная нагрузка вызывает охранительное торможение. Позитивное значение семьи данного типа выражается в том, что столкнувшись с недостатком определенных форм помощи и поддержки, родители способны самостоятельно ее организовать. В случае невозможности приближения жизненного пути ребенка к жизненному пути здоровых сверстников данный тип семьи трансформируется в «развитие» или «невмешательство в ситуацию». Дети из такой семьи нацелены на нормализацию, получение образования, профессии, они ясно представляют, что им для

этого необходимо, ориентируются на собственные силы и готовы взять ответственность за собственную жизнь на себя.

Третий тип - семьи по типу «невмешательства в ситуацию». Родители не видят большой необходимости заниматься проблемой ребенка, всегда имеются более важные и значимые проблемы, не требующие отлагательств. «Так сложились обстоятельства, и мы не можем их изменить, пусть все идет своим чередом» такую позицию занимают все члены в семье. Информация о здоровье, лечении, реабилитации, воспитании и обучении ребенка воспринимается как несущественная. Социальные контакты семьи ограничиваются или совсем прекращаются. Жизненные планы относительно будущего ребенка, его обучения, образования, профессиональной подготовке отсутствуют. При разрешении проблемных ситуаций родители рефлексуют стереотипы общества и полагаются на волю случая. В то же время наблюдается стремление извлечь выгоду из сложившейся ситуации, получить льготы и материальные блага, оформив инвалидность, поручить уход, воспитание и обучение ребенка другим родственникам, либо профессионалам. Ребенок в такой семье теряет время, необходимое для раннего и своевременного медикаментозного и педагогического вмешательства в лечение и развитие. Вырастает пассивный, социально инертный, с заниженной самооценкой, обреченный на неудачу, депрессии. Защитной реакцией ребенка выступает либо агрессия, либо ранняя самореализация ребенка.

Четвертый тип семьи обозначен как «доверие», подразумевает предоставление ребенку возможность стать самостоятельным субъектом и самому определять свой жизненный путь. Данная семья сознательно дистанцируется от принятия решений за ребенка, но сохраняет за ним контроль. Семья ориентирована на уважение к труду, образованию, дисциплине и порядку, поощряет проявление указанных качеств у ребенка. Развивая инициативу и самостоятельность ребенка, родители осуществляют эмоциональную поддержку, всегда готовы прийти на помощь. Ребенок сам конструирует жизненные события в соответствии с социальными запросами и собственными жизненными планами. Таким образом, ребенок учится жить на опережение времени, прогнозировать и планировать свое время в соответствии с социумом и повседневными вызовами.

Пятый тип влияния семьи «опека», это самый распространенный тип семей, в которых воспитываются дети с особыми потребностями. Родители жалеют, оберегают и балуют ребенка, стараются многое сделать за него, подчиняют собственную жизнь его интересам, готовы к самопожертвованию. Возможности ребенка ограничиваются, подавляется

активность и инициатива, формируется зависимость и отказ от самостоятельного регулирования жизненного пути.

Тип семьи и характер внутрисемейной атмосферы определяется межличностными контактами всех членов семьи, взаимоотношениями родителей с детьми, чертами личности родителей, характером и условиями их собственного воспитания [6].

Воспитание ребенка с особыми потребностями развития - проблема не только семьи, но и общества. Лечение, восстановлением здоровья, оказанием социальной помощи, воспитанием и развитием ребенка занимаются разные государственные структуры. Их рекомендации и действия бывают несогласованными, противоречивыми, а порой и взаимоисключающими. Родители зачастую теряются в многочисленных рекомендациях, не могут определить приоритеты, упускают отдельные этапы лечения, не укладываются во временные рамки реабилитации, что отрицательно влияет на развитие ребенка, а в конечном счете – продлевает инвалидизацию.

Потребность в специальных знаниях остро ощущается родителями. Однако психолого-педагогические знания по воспитанию детей с особыми потребностями они получают хаотично: из Интернета, СМИ, личного жизненного опыта знакомых, отрывочных наблюдений, бесед с педагогами.

Эффективная реабилитация предполагает получение семьей квалифицированной педагогической поддержки на всех стадиях жизненного пути ребенка — от рождения до включения в трудовую деятельность. Семья, воспитывающая ребенка с особыми потребностями, должна видеть модели жизненного маршрута, которым будет следовать ребенок: посещение дошкольного учреждения, учеба в школе, профессиональная деятельность, разнообразные формы досуга. Наличие реальной жизненной перспективы у ребенка снимает хроническое социальное напряжение в семье.

Групповая терапия (или групповые занятия) помогает родителям в обретении осознанного отношения к развитию, обучению, лечению и реабилитации детей с особыми потребностями [7, 8].

Материалы и методы

В НПЦ «Бонум» социальные работники и педагоги на протяжении 10 лет (с 1994 – 2004гг.) пытались организовать групповую терапию для родителей, имеющих ребенка с врожденной расщелиной губы и неба. По ряду объективных причин такую группу сформировать не удалось. Во-первых, порок «врожденная расщелина губы и неба» изменяет внешность ребенка, детское обаяние и привлекательность утрачиваются, но степень врожденного порока в каждом случае разная. Сравнивая своего ребенка с

другими детьми, родители с более тяжелой патологией замыкаются, а с более легкой – стараются отдалиться от неприятного «знакомства». Во-вторых, за последние десятилетия современные медицинские технологии настолько искусно овладели способами коррекции, что позволяет рассматривать данный порок как «временный, анатомический». Выполненное в доречевом периоде (до 1 г. 6 мес.) хирургическое вмешательство создает благоприятные условия для формирования устной речи в естественные сроки ее развития, для ранней социализации детей. По статистическим данным педагогов НПЦ «Бонум» за 2012 г., получив полный комплекс реабилитации, 68% - 72% детей с врожденной расщелиной губы и неба г. Екатеринбурга и Свердловской области трехлетнего возраста были готовы к посещению общеобразовательного дошкольного учреждения. Дети имели приятную внешность, могли самостоятельно принимать любую пищу, обслуживать себя, общаться с окружающими фразовой речью. То есть, их жизненный путь был понятен родителям и не требовал стороннего вмешательства специалистов НПЦ «Бонум».

Оставшиеся 28 - 32% семей не укладывались по реабилитации в установленные специалистами временные рамки, ввиду того, что дети наравне с основным пороком «врожденная расщелина губы и неба» имели другую сопутствующую патологию. По этой причине хирургическое лечение было отложено, от семьи потребовались дополнительные усилия на лечение и реабилитацию ребенка. Также в более поздние сроки были прооперированы детей ввиду сложных семейных обстоятельств, их реабилитационный маршрут тоже был изменен. Семьи и дети требовали к себе индивидуального подхода и групповой коррекции.

С 2005 – 2006 гг. на базе НПЦ «Бонум» активно начинает работать клуб «Окно и мир» для родителей, воспитывающих детей с тяжелыми нарушениями зрения – ретинопатия недоношенных. Социальные работники, психологи и педагоги, расширив число родителей, на базе клуба организовали «Школу для родителей». «Школу для родителей» могли посещать любые родственники детей с особыми потребностями, в том числе дети с врожденной расщелиной губы и неба и сопутствующей патологией. В этой группе семья ребенка с врожденной расщелиной губы и неба чувствовала себя психологически комфортно.

Предполагалось, что работа в расширенной группе позволит решить следующие задачи:

1. Обеспечить взаимодействие специалистов и родителей для успешного лечения и реабилитации детей с особыми потребностями.

2. Создать условия для объединения родителей, имеющих детей с особыми потребностями, для поддержки друг друга в сложных жизненных ситуациях.

3. Познакомить родителей с особыми формами развития детей, возникающими в результате заболевания.

4. Повысить педагогическую культуру родителей, обучить умению решать социальные и психолого-педагогические вопросы при особенном развитии ребенка в рамках семейного воспитания.

5. Формировать у родителей ценностную ориентацию активной жизненной позиции «помоги своему ребенку сам».

Формы работы с группой обозначены как информационная поддержка, обучающие занятия, тренинги, групповые консультации, семейный клуб и др.

Успех сотрудничества специалистов с родителями достигался при выполнении следующих условий:

- - родители доверяют специалистам;
- - родители и специалисты создают установку на совместное решение задач развития и воспитания ребенка с особыми потребностями;
- - в работе группы присутствует отказ от критики участников процесса;
- - каждый член группы обеспечен правом свободного мнения и выбора;
- - со стороны специалистов имеется уважение и плюрализм к жизненным позициям родителей;
- - вся работа в группе способствует удовлетворению познавательного интереса родителей.

Данные условия соответствуют принципам гуманистической педагогики и психологии К. Роджерса.

Работа в группе условно подразделялась на несколько этапов:

1 этап – организационный.

Задачей этого этапа является подбор специалистов и родителей для работы в группе.

Требования к специалистам: высокий профессиональный уровень, умение популяризировать знания, владение элементами групповой психокоррекции.

Требования к родителям: обязательное воспитание в семье ребенка с особыми потребностями, ощущение необходимости специальных педагогических знаний, желание работать в группе.

На наш взгляд, оптимальное количество родителей в группе 12 -14 человек или 6-8 семей, что позволяет работать малыми группами, парами, тройками, четверками.

- Организация места для проведения занятий: поиск, аренда помещения с достаточным освещением, температурой, кондиционированием воздуха, благоприятной акустикой.
- Продуманная доставка специалистов к месту проведения занятий.
- Знакомство родителей с организацией работы в группе, с программой занятий, оповещение о времени проведения занятий. При необходимости: организация занятости детей с особыми потребностями в соседней комнате, транспортировка детей к месту проведения занятий.
- Организация чаепития.
- Оборудование рабочего места: стулья, стол для специалиста, 3-4 стола для работы участников малых групп (при необходимости столы сдвигаются – проводится коллективная работа за 1 столом), ноутбук, проектор, экран, дополнительное оснащение в соответствии с темой занятия.

2 этап – основной.

- Знакомство участников группы. Диагностика участников группы на предмет родительской мотивации, стиля общения родителей с детьми и др.
- Работа в группе (реализация основной задачи).
- Организация свободного межличностного общения.

3 этап – завершающий.

- Подведение итогов работы группы: контрольное тестирование родителей, анкетирование специалистов и родителей по оценке результатов.
- Анализ работы группы: необходимость корректировки содержания занятия, организации работы, изменения в подборе группы участников и др.

Занятия группы представлены в виде основного и дополнительного курса.

Занятия основного курса не учитывают специфику заболевания ребенка, призваны дать базовые знания родителям по отдельным блокам: дефектологический, логопедический, психологический и др.

Занятия проводят педагоги, психологи, социальные работники, владеющие технологиями оказания помощи детям с особыми потребностями.

Занятия проходят в форме лекций, семинаров, свободной дискуссии, ролевых и деловых игр, практических работ.

В работе с родителями педагоги используют следующие методические приемы: сообщение информации, дискуссия, обсуждение различных точек зрения, моделирование проблемных ситуаций и их разрешение, анализ педагогических ситуаций.

На занятиях дополнительного курса учитывается специфика заболевания группы детей.

В качестве консультантов к общению с родителями приглашаются врачи по профилю заболевания, юристы, специалисты из администрации управления образованием, здравоохранением, социальной помощи. Кроме того, некоторые занятия дополнительного курса проводили самими родителями в виде «круглого стола», обмена мнениями и опытом.

В процессе работы в зависимости от состава родителей, от вида патологии детей содержание занятий можно творчески расширить или изменить.

Курсы занятий (основной и дополнительный) проводятся в течение учебного года. Встречи с родителями проходят ежемесячно или 1 раз в 2 месяца. Каждая встреча включает 3-4 занятия из различных блоков (выбор блоков зависит от участия того или иного специалиста). Длительность встречи не более 2,5 – 3 часов (столько времени занимает перерыв между приемами пищи у младенцев). Продолжительность 1 занятия варьируется от 30 до 45 минут.

Заключение

На заключительном Круглом столе родители детей с врожденной расщелиной губы и неба отмечали, что в процессе освоения программы «Школы родителей»:

- осознали имеющийся семейный опыт и степень личного участия в воспитании ребенка и ее значимость;
- обрели адекватное отношение к ребенку как к личности, члену семьи и общества;
- повысили педагогическую компетентность, поняли задачи, направления и этапы психолого-педагогического воздействия;
- появилась заинтересованность в позитивном социальном и психологическом развитии ребенка;
- расширились навыки родительско-детского взаимодействия и способы разрешения трудных психологических ситуаций в семье;
- расширился круг межличностного общения.

Список литературы

1. Давыдова О.И., Богославец Л.Г., Майер А.А. Работа с родителями в детском саду: Этнопедагогический подход. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 144 с.
2. Шнейдер Л.Б. Психология семейных отношений. М.: Айрис-пресс, 2000. – 114 с.
3. Скобкин В.С., Марич Е.М. Социология семейного воспитания: дошкольный возраст. Тр. по социологии образования. Т. VII. Вып. VIII. М., 2000. – 186 с.

4. Старшинова А.В., Ерина Е.Л., Блохина С.И. Социальная работа в комплексной реабилитации детей с тяжелыми нарушениями здоровья. Екатеринбург: НПЦ «Бонум», 2008 – 168 с.
5. Набойченко Е.С., Блохина С.И. Психологическое сопровождение семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Екатеринбург: НПЦ «Бонум», 2004 – 132 с.
6. Ткачева В.В. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии. – М.: АСТ; Астрель, 2007. – 318 с.
7. Помощь родителям в воспитании детей: Пер. с англ. / Общ. ред. и предисл. Пилиповского В.Я. – М., Прогресс, 1992. – 256 с.
8. Роджерс К.Р. О групповой психотерапии: Пер. с англ. – М.: Гиль-Эстер, 1993. – 224 с.

Обухова Нина Владимировна - педагог – логопед высшей категории, к.п.н., клиничко-диагностической поликлиники №1 ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум» », 620149, Екатеринбург, ул.Бардина, 9а, тел. (343) 2404268, bonum@bonum.info

ЛЕКЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ЭКОНОМИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Уважаемые читатели!

Представляем Вашему вниманию лекцию доктора медицинских наук, главного врача - клинического фармаколога УЗ Администрации г.Екатеринбурга, клинического фармаколога ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум Луговкиной Татьяны Константиновны и кандидата медицинских наук, заместителя директора по клинико-экспертной работе ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум Тютиковой Наталии Александровны.

ИСТОРИЯ РУССКОЙ УПРАВЛЕНЧЕСКОЙ МЫСЛИ И ЗАРУБЕЖНЫЕ ТЕОРЕТИКИ МЕНЕДЖМЕНТА

Качество медицинских услуг во многом зависит от организации медицинской деятельности в конкретном медицинском учреждении и в государственной системе здравоохранения в целом. По этой причине, для эффективного управления качеством медицинской помощи необходимы знания об управлении и менеджменте качества. Изучение любой проблемы целесообразно начинать с исторических аспектов развития соответствующей научной области. Большой вклад в теорию и практику управления был внесён нашими соотечественниками.

Пик развития русской управленческой мысли приходится на двадцатые годы прошлого века. Важными вехами в процессе становления современной науки о менеджменте и управлении стали работы следующих отечественных исследователей:



Алексей Капитонович Гастев (1882-1939) – российский революционер, активный профсоюзный деятель, поэт и писатель, теоретик научной организации труда. Был первым руководителем Центрального института труда в России. 8 сентября 1938 г. А.К. Гастев был арестован НКВД и 15 апреля 1939 г. расстрелян в связи с тем, что вёл активную переписку по вопросам научной организации труда с Генри Фордом.

Николай Андреевич Витке — видный представитель советской теории научной организации труда, лидер социально-трудовой концепции управления. Н.А.Витке внес большой вклад в развитие отечественной теории и социологии организации и управления. Среди его работ известны труды: «Вопросы управления» (1922), «Структура делопроизводства и экономия времени» (1923), «Научная организация административной

техники» (1924), «Организационные вопросы современного НОТ» (1924), «Организация управления и индустриальное развитие (очерки по социологии научной организации труда и управления)» (1925) и др.

Его важнейшим научным достижением стала **концепция использования природы человеческого фактора в организации**, выдвинутая им в конце 20-х - начале 30-х гг. XX в. и опередившая взгляды Э. Мэйо и Ф. Ротлисбергера [1]. Данная концепция в последующем была положена в основу доктрины «человеческих отношений». Н.А.Витке четко различал два вида управления — людьми и вещами, и свое внимание он концентрировал на первом. Функцию административной деятельности он связывал, прежде всего, с **задачей интеграции и координации деятельности людей** (его фотографии и точные даты рождения и смерти в доступных источниках информации не обнаружены).



А.А. Богданов (1873-1928гг)

В 1913—1917 гг. опубликовал свою книгу «Всеобщая организационная наука (тектология)», где он высказал идею о том, что все существующие объекты и процессы имеют определенный уровень организованности [2,3]. В отличие от естественных наук, изучающих специфические особенности организации конкретных явлений, тектология изучала общие закономерности организации для всех уровней организованности, исследовала закономерности развития организации, соотношения устойчивого и изменчивого, значение обратных связей и собственных целей организации (которые могут, как содействовать целям высшего уровня организации, так и противоречить им). А.А.Богданов подчеркивал особое значение моделирования и математики как потенциальных методов решения задач тектологии. Он довел построения тектологии до рассмотрения проблемы кризисов, т.е. таких моментов в истории системы, когда неизбежна скачкообразная перестройка ее структуры (реинжиниринг).

Сложность судьбы А.А.Богданова в условиях ленинско-сталинской идеологии повлияла на судьбу тектологии. Тектология была раскритикована и забыта. После запрета заниматься вопросами тектологии А.А.Богданов, будучи врачом, в 1926 г. возглавил первый в мире Институт переливания крови. Соотечественники, спустя много лет, высоко оценили заслуги А.А.Богданова в вопросах теории управления и, в соответствии с

рекомендациями II Российского философского Конгресса, 18 октября 1999 года в г.Екатеринбурге создали "Международный институт А.Богданова" (МИБ) [4,5].

Науке об организации и управлении известны фамилии и многих других соотечественников. Это: Я.Улицкий, Р.Майзелье, С.Стрельбицкий, И.Каннегиссер, Г.Нефедов, П.М.Керженцев, И.М.Бурдянский, Е.Ф.Розмирович и др.

Среди зарубежных теоретиков менеджмента особое положение занимает творческое наследие американского учёного Уильяма Эдвардса Деминга, посвященное вопросам качества.



Уильям Эдвардс Деминг (1900-1993гг)

У.Э.Демингом был представлен свой вариант теории управления качеством. Во главу угла философии Деминг поставил человека. По Демингу, главным в управлении является философия нравственности, основанная на уважении к работнику как к личности, вовлеченность в процесс решения текущих проблем всех сотрудников, создание психологической атмосферы, искореняющей страх и создающей почву для раскрытия творческого потенциала каждого человека. Статистические методы рассматриваются им только как инструмент управления. Деминг ввел в управленческий обиход понятие «глубинные знания», четко

отличающиеся от простой информированности и теоретизирования.

Теория глубинных знаний - наиболее ценное достижение Э. Деминга, включающее теории систем, вариабельности (изменчивости), психологии и познания.

Цикл **PDCA – Цикл Шухарта – Деминга** (рис.1) – известная модель непрерывного улучшения процессов, которая включает следующие действия: планировать (Plan) + делать (Do) + проверять (Check) + улучшать (Act).

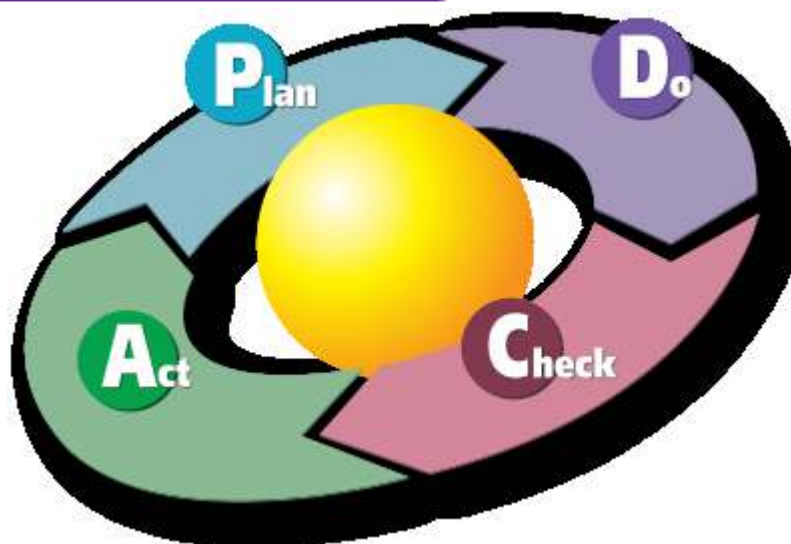


Рис.1. Цикл PDCA – Цикл Шухарта – Деминга

Впервые концепцию PDCA описал У. Шухарт в 1939 г. в своей книге "Статистические методы с точки зрения управления качеством" [6]. Деминг ввел модификацию цикла PDCA - **цикл PDSA** (заменив "Check" – проверять на "Study" - изучать).

В 1950-х годах в Японии при использовании цикла PDCA всему миру был продемонстрирован результат внедрения цикла, который был оценен как экономическое чудо. У. Шухарт подчеркивал, насколько данная последовательность стадий необходима для проведения преобразований в реальном мире, где все процессы подвержены вариациям, в противоположность другому миру, который опирается только на точные науки.

Основная суть подхода Деминга к качеству заключается в том, что **причины низкой эффективности и плохого качества чаще всего заложены в системе**, а не в работниках. Поэтому для улучшения производственных результатов **руководители должны корректировать саму систему**.

Особое внимание Деминг уделял:

- необходимости сбора статистической информации об отклонениях от стандартов;
- уменьшению отклонений в процессах;
- поиску, анализу и устранению причин отклонений.

По Демингу, качество нельзя обеспечить за счет проверок. Оно должно стать обязательным результатом процесса (изготовления продукта или оказания услуги). Вместо проверки (продукции, услуги) **нужно осуществлять управление процессом**, чтобы исключить саму возможность выпуска некачественного товара (в нашем контексте - оказания некачественной медицинской услуги).

Деминг считал, что необходимо отказаться от убеждения, что за качество продукции ответственны только исполнители [7] (в нашем случае - медицинские работники). В самом деле: врачи и медицинские сестры не выбирают поставщиков лекарственных препаратов, не покупают медицинское оборудование, которое может выйти из строя раньше времени, не направляют инвестиции в профессиональную подготовку кадров.



Уолтер Эндрю Шухарт (1891 – 1967гг.)

Walter Andrew Shewhart - американский физик, инженер и статистик, которого называют отцом статистического контроля качества; автор основополагающих работ в области контроля качества и множества статей в профессиональных журналах, первый почетный член Американского общества контроля качества (American Society for Quality, ASQ), успешно свел в единое целое статистику, инженерию и экономику и стал известен как «отец» современного контроля качества. Им на производстве была внедрена контрольная карта качества - простой, но очень эффективный инструмент, разработанный У.Шухартом.

С циклом У.Шухарта – Э.Деминга тесно связан процесс научно-обоснованных улучшений (инноваций). По мнению профессора Джорджа Бокса, последовательность шагов может повторяться, используя знания, накопленные на предшествующей стадии.



Джордж Бокс (George Edward Pelham Box; 1919-2013гг, Великобритания - США) - статистик, внёсший заметный вклад в контроль качества, планирование эксперимента, анализ временных рядов и Байесовский вывод [8] (рис. 2).

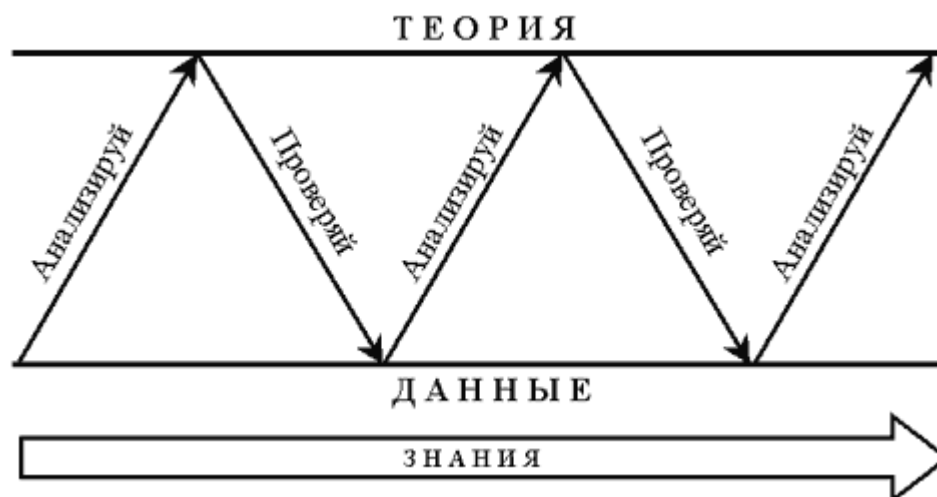
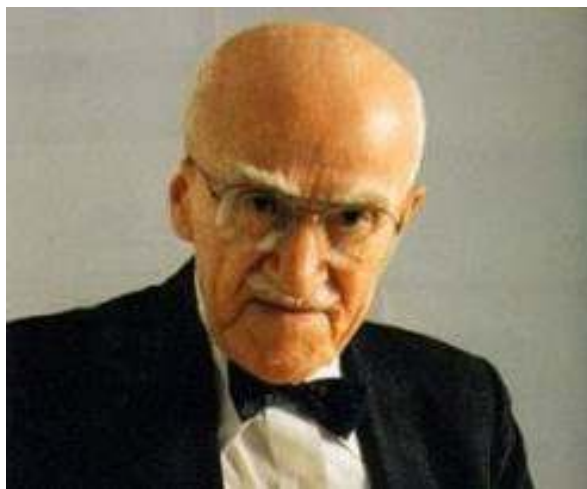


Рис 2. Процесс научно-обоснованных усовершенствований (Дж. Бокс).

Принципы Деминга доказали свою эффективность во многих странах мира. Однако необходимо учитывать, что заимствование любого передового опыта следует творчески перерабатывать (адаптировать) под условия конкретной действительности.



Д.М. Джуран (Joseph M. Juran, 1904 – 2008 гг.)

Не менее знаменит, чем Э. Деминг, Джозеф М.Джуран - американский специалист в области качества, академик Международной академии качества (МАК). В 1951 г. в США вышла его книга «Справочник по управлению качеством» (Handbook for Quality Control). С этой книги ведёт свое начало понятие «управление качеством». В

1963 г. вышло второе, значительно расширенное издание «Справочника». В 1964 г. была издана известная книга Д.М. Джурана «Революция в управлении предприятием».

Д.М. Джуран первым **обосновал переход от контроля качества к управлению качеством**. Им разработана знаменитая «спираль качества» (известна как спираль Джурана) — вневременная пространственная модель, определившая основные стадии непрерывно развивающихся работ по управлению качеством и послужившая прообразом многих появившихся позже моделей. Д.М. Джуран является автором концепции AQI (Annual Quality Improvement) — концепции непрерывного (ежегодного) улучшения качества. **В философии менеджмента непрерывное улучшение** подразумевает, что на смену политике стабильности приходит **политика изменений**. Главное внимание в концепции AQI сосредоточено на стратегических решениях, более высокой конкурентоспособности и долгосрочных результатах.

Основными принципами AQI являются:

- планирование руководством улучшения качества **на всех уровнях и во всех сферах деятельности** предприятия;
- разработка мероприятий, направленных на **исключение и предупреждение ошибок в области управления качеством**;
- переход от администрирования (приказов сверху) к **плановому управлению всей деятельностью в области качества**, включая совершенствование административной деятельности.

Для реализации концепции AQI на предприятии/организации должен быть разработан комплекс мероприятий, предусматривающий:

- составление ежегодной программы улучшения качества;
- разработку методов улучшения качества, его измерения и оценки;
- обучение статистическим методам и их внедрение в практику;
- совершенствование организации работ в административной сфере.

Д.М. Джураном **сформулированы основы экономического подхода к обеспечению качества**. В «Справочнике по управлению качеством» [9] были впервые классифицированы затраты на обеспечение качества. Было выделено четыре основные категории затрат:

- затраты на предупреждение дефектности,
- затраты на оценку качества,
- издержки вследствие внутренних проблем,
- издержки из-за внешних проблем.

В 1979 г. Д.М. Джуран организовал в США Институт качества, который предоставляет сегодня широкий круг услуг, включая обучение специалистов.



Филипп Кросби (Philip Crosby, USA – 1926-2001гг) — один из признанных в мире американских авторитетов в области качества, академик Международной Академии Качества (МАК). Наиболее широкую известность получили его **14 принципов (абсолютов)**, определяющих последовательность действий по обеспечению качества.

В своей книге «Качество — бесплатно» [10] Ф. Кросби доказал, что повышение качества не требует больших затрат, так как повышение качества одновременно снижает статьи затрат, которые связаны с устранением выявленных дефектов. Ф.Кросби предложил универсальный способ оценки степени компетентности предприятия в решении проблемы качества. Для этой цели он использовал **шесть параметров**:

- отношение руководства организации к проблеме;
- статус отдела качества в организации;
- способы рассмотрения проблемы качества;
- уровень расходов на качество в процентах от общего оборота организации;
- меры по повышению качества;

- реальное положение с качеством на предприятии.

Ф. Кросби разработал таблицу оценок каждого параметра в баллах.



Арманд В. Фейгенбаум (Armand W. Feigenbaum - 1922г, США) – широко известен как **автор теории комплексного управления качеством**, академик Международной Академии Качества (МАК) и один из ее основателей, почетный член и бывший президент Американского общества по качеству (ASQ). В 1986 г. одна из книг А. Фейгенбаума "Комплексный контроль качества", была издана на русском языке [11,12]. В 50-х

годах А. Фейгенбаумом была сформулирована концепция **комплексного (тотального) управления качеством (TQC)**, ставшая в 60-е годы новой философией в области управления предприятием /организацией. Главное положение этой концепции - всеохватность управления качеством, которое **должно затрагивать все стадии процесса и все уровни управленческой иерархии** предприятия при реализации технических, экономических, организационных и социально-психологических мероприятий. По утверждению А. Фейгенбаума, комплексное управление качеством — это стиль руководства, порождающий новую культуру управления предприятием.



Каору Исикава (Kaoru Ishikawa — 1915-1989 гг, Япония) — выдающийся японский специалист в области качества.

Деятельность К. Исикавы неотделима от истории управления качеством в Японии. В 1949 г. он занялся методами управления качеством и помог многим японским фирмам занять ведущие позиции. В последние годы своей жизни доктор К. Исикава являлся президентом Института технологии Мусаси и ведущим консультантом по управлению качеством в Японии и других странах (в частности, он консультировал ряд крупных американских фирм, включая и компанию Ford Motors). В 1988 г. вышел русский перевод книги К. Исикавы «Японские методы управления качеством» [13].

По инициативе К. Исикавы в Японии начиная с 1962 г. начали развиваться кружки по контролю качества. Он ввел в мировую практику новый оригинальный **графический метод анализа причинно-следственных связей**, получивших название диаграммы К.

Исикавы («скелет рыбы», Fishbone Diagram), которая вошла в состав основных инструментов контроля качества. Сегодня практически невозможно найти такие области аналитической деятельности по решению проблем качества, где бы не применялась диаграмма К. Исикавы.



Генити Тагути (Genichi Taguchi, род. в 1924 г, Япония) — известный японский статистик, лауреат самых престижных наград в области качества (премия им. Э. Деминга присуждалась ему 4 раза). С конца 40-х годов изучал вопросы совершенствования промышленных процессов и продукции. Г. Тагути развил идеи математической статистики, относящиеся, в частности, к статистическим методам планирования эксперимента и контроля качества.

Методы Г. Тагути представляют собой один из принципиально новых подходов к решению вопросов качества. Главное в философии Г. Тагути — это **повышение качества с одновременным снижением расходов**. Согласно Г. Тагути, экономический фактор (стоимость) и качество анализируются совместно. Оба фактора связаны общей характеристикой, называемой **функцией потерь**. С экономической точки зрения любые, даже самые малые «шумы» (помехи, затруднения, проблемы) уменьшают прибыль, поскольку при этом растут производственные издержки и затраты.

Заслуга Г. Тагути заключается в том, что он сумел найти сравнительно простые и убедительные аргументы и приемы, которые сделали планирование эксперимента в области обеспечения качества реальностью. Именно в этом видит сам Тагути главную особенность своего подхода. В США термин «методы Тагути» является общепринятым, сам же Тагути называет свою концепцию «**инжиниринг качества**». Инжиниринг — процесс непрерывных эволюционных изменений системы (в отличие от реинжиниринга, который означает радикальные, революционные изменения, перестройку системы).

С целью оказания помощи организациям при внедрении и обеспечении функционирования эффективных систем менеджмента качества Межгосударственным советом по стандартизации, метрологии и сертификации (Interstate Council for Standardization, Metrology and Certification) были разработаны стандарты качества ISO [14,15,16,17,18].

Семейство стандартов ISO 9000 включает:

- ISO 9000 описывает основные положения систем менеджмента качества и устанавливает терминологию для систем менеджмента качества;

- ISO 9001 устанавливает требования к системам менеджмента качества для тех случаев, когда организация должна продемонстрировать возможность изготавливать продукцию, отвечающую требованиям потребителей и установленным к ней обязательным требованиям, и направлен на повышение удовлетворенности потребителей;
- ISO 9004 содержит рекомендации по повышению результативности и эффективности системы менеджмента качества и предназначен для улучшения деятельности организации и повышения удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон;
- ISO 19011 содержит методические указания по проведению аудита (проверки) систем менеджмента качества и охраны окружающей среды.

С 01.01.2013г в России вступил в силу Межгосударственный стандарт ГОСТ ISO 9000-2011 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь (Quality management systems. Fundamentals and vocabulary (ISO 9000:2005, IDT) [19]. Краеугольным камнем системы качества в любой, в том числе и медицинской организации, является Политика в области качества – документ, с которого начинается выстраивание системы. Но это уже вопрос следующей лекции.

Список литературы

1. У истоков НОТ. Забытые дискуссии и нереализованные идеи. Социально-экономическая литература 20-30-х гг. Сост. и авт. вступ. ст. Э.Б.Корицкий. Л.: ЛГУ. - 1990.
2. Пушкин В.Г., Урсул А.Д. Системное мышление и управление. (Тектология А. Богданова и кибернетика Н. Винера). М.: Российская Академия Управления. Ноосферно-экологический институт. Академия Ноосферы. -1994. -184 с.
3. Урманцев Ю. А. Тектология А. А. Богданова и общая теория систем // Вопросы философии.- 1995.- № 8.
4. <http://www.bogdinst.ru/tasks.htm>
5. <http://www.term.ru/dictionary/879/word/rosiiskoe-filosofskoe-obschestvo> Новая философская энциклопедия, 2003 г.
6. Шухарт У. Статистические методы с точки зрения управления качеством. - М.: Наука. - 2006. - 184 с.
7. Деминг Э. Выход из кризиса: Новая парадигма управления людьми, системами и процессами. М.: Альпина, - 2009. - 412 с.

8. [<http://www-history.mcs.st-andrews.ac.uk/Biographies/Box.html>]
9. Joseph M. Juran, A.V. Godfrey. Juran's Quality Handbook, McGraw-Hill, 1999.- P. 1730.
10. Кросби Ф. Б. (1979). Качество бесплатно. Нью-Йорк: МакГро-Хилл.
11. Feigenbaum A. V. Quality and Productivity // Quality Progress. - 1977. - Nov. - PP. 18-21.
12. Фейгенбаум А. Контроль качества продукции. – М: « Экономика».- 1986.- 471 с.
13. Исикава Каору. Японские методы управления качеством - М: «Экономика».- 1988.- 199 с.
14. Александрова Е. Сущность стандартов ИСО [Электронный ресурс] / Сайт о менеджменте качества quality.eur.ru. – Москва, 2012. – Режим доступа: URL: <http://quality.eur.ru/GOST/in4busines.html> – Загл. с экрана.
15. Управление качеством. Принципы и методы всеобщего руководства качеством / под ред. Азарова В.Н. - М.: МГИЭМ, - 2000. - 183 с.
16. TQM XX1. Проблемы, опыт, перспективы. Выпуск 1. Академия проблем качества России. АО “ТКБ Интерсифика”.-1997.
17. Статистические методы повышения качества / Под. ред. Хитоси Кумэ. – М: Финансы и статистика.- 1990.
18. Всеобщее управление качеством: Учебник для вузов/ Глудкин О.П., Горбунов Н.М., Гуров А.И, Зорин Ю.В.; Под ред. Глудкина О.П. - М.: Радио и связь.- 1999. - 600с.
19. Приказ Министерства промышленности и торговли Российской Федерации и Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 22.12.2011 г. № 1574-ст «О введении в действие межгосударственного стандарта ГОСТ ISO 9000-2011 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь».

Луговкина Татьяна Константиновна – д.м.н., клинический фармаколог ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», 620149, Екатеринбург, ул.Бардина, 9а, тел. (343) 2404268, bonum@bonum.info