

турный анализ продемонстрировал значительные изменения энергетического аппарата клеток. Среди обычных митохондрий располагались гигантские формы, с явлениями набухания и гомогенизации. В ряде митохондрий наблюдалась фрагментация и разобщение крист. Количество деструктивно-измененных митохондрий превалировало и между ними нередко выявлялись миелиновые фигуры. Пучки миофибрилл кардиомиоцитов были в большей части разобщены, миофиламенты гомогенизированы и имели нечеткие контуры.

Введение лекарственного препарата биспролола модифицировало морфологическую характеристику кардиомиоцитов. В клеточных структурах имели место явления гиперхромии ядер, смещение их на периферию, однако описанные явления носили эпизодический характер. Соотношение КМЦ и межклеточного вещества составляло 4,7. Введение препарата сопровождалось уменьшением выраженности контрактурных повреждений миокарда. Снижалась степень тяжести и распространенность контрактур. При цитохимическом исследовании ферментов отмечено увеличение их активности, по отношению к группе животных с экспериментальной сердечной недостаточностью: СДГ — на 12%, ЦХО — на 17%, ЛДГ — на 5%, гликогена на 27%. Анализ ультраструктурной организации кардиомиоцитов выявил явления слабо выраженного отека ряда сердечных миоцитов. Миофибриллы, как правило, имели обычное строение. Митохондрии находились в различном состоянии: большая часть из них сопоставимы с группой интактных животных, другие — с явлениями набухания и отека. Количественный анализ электронных микрофотографий свидетельствовал об увеличении содержания митохондрий ( $27,3 \pm 0,5$ ), по сравнению с животными при экспериментальной сердечной недостаточности ( $15,6 \pm 0,4$ ), однако их уровень не достигал интактных крыс ( $29,1 \pm 0,7$ ). Число липидных включений значительно уменьшено, а в ряде электронных микрофотографий липидные капли, практически, не встречались.

**Заключение.** Таким образом, проведенный анализ экспериментального материала свидетельствует о соответствии структурных изменений миокарда крыс-самцов линии Вистар — функциональным. Введение лекарственного препарата биспролола при экспериментальной сердечной недостаточности уменьшало степень повреждения кардиомиоцитов, на клеточном и субклеточном уровне организации миокарда, а также улучшало метаболизм кардиомиоцитов. Вышеизложенное свидетельствует о позитивном влиянии препарата, обеспечивающем возможность обратного развития деструктивных

повреждений, возникших в ходе развития экспериментальной сердечной недостаточности.

#### Список литературы

1. Быкова О.С. Состояние миокарда в условиях экспериментальной сердечной недостаточности // Клиническая медицина: межвуз. сб. стран СНГ. — Великий Новгород; Алматы, 2008. — Т. 16. — С. 21-25.
2. Пирс Э. Гистохимия. Теоретическая и прикладная. — М., 1962. — 1963с.
3. Автандилов Г. Г. Медицинская морфометрия. — М.: Медицина. — 1990. — 383 с.
4. Непомнящих Л.М., Непомнящих Г.И., Лушников Е.Л. Морфогенез важнейших общеприродных биологических процессов в органах и тканях человека и животных: 5 научных открытий в области биологии и медицины. — М.: Изд-РАМН, 1998. — 183с.

Работа выполнена в рамках Федеральной целевой программы «Научные и научно-педагогические кадры инновационной России» на 2009-2013 годы».

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Прошлякова Д.В.

*ГУЗ Рязанская областная клиническая больница  
Рязань, Россия*

Качество медицинской помощи — совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологиям.

Обеспечение качеством является важным структурным элементом здравоохранения. Услуги являются качественными тогда, когда они эффективны, адекватны и рациональны.

Имеющиеся факты и опыт показывают, что качество медицинской помощи является управленческим объектом, а изменение его состояния может анализироваться и корректироваться. Наиболее целесообразным является разработка государственной системы контроля качества медицинской помощи и механизма общественного и профессионального контроля. Данная система предусматривает многие направления своей деятельности: от определения субъектов РФ для внедрения инновационных методов управления качеством медицинской помо-

щи, совершенствования нормативно-правовой базы и т. д. до более простых задач, решаемых на местах — создание системы ведомственной и вневедомственной экспертизы и управления качеством медицинской помощи в учреждениях здравоохранения.

Качество медицинского обслуживания зависит от модели управления ЛПУ. Создан «Проект по управлению качеством» в рамках российско-американского межправительственного сотрудничества (руководитель с российской стороны А.В. Короткова). Из этого проекта видно, что очень важно правильно выстроить вертикальную административную систему обеспечения качества медицинской помощи. Умная, работоспособная команда умеет принимать правильные решения сама, а не ждать постоянных напоминаний от начальства. Инициатива — вот главное в наше время! Думать и принимать правильные решения — вот что ценит современный руководитель крупного учреждения. Управление качеством — это управление изменениями; управляемый переход от организационной системы, дающей неудовлетворительный результат, к новой организации на принципах доказательной медицины, затратной эффективности, которая будет способна удовлетворять потребности и ожидания внешнего и внутреннего потребителя.

В крупных многопрофильных стационарах должен существовать единый подход к управлению и оценке качества медицинской помощи. В таких 1000 — коечных больницах, как в Рязани, очень важно проводить сравнительный анализ по данному вопросу среди всех клинических и параклинических отделений. Это своеобразные «соцсоревнования», результаты которого учитываются при подведении итогов года (при выделении лидеров подтягиваются отстающие).

Вернемся к конкретным делам. Как правильно осуществить контроль качества медицинской помощи внутри ЛПУ?

Среди множества подходов и их комбинаций к исследованию качества медицинской помощи для улучшения его состояния наиболее перспективным и одновременно труднореализуемым является оценка по процессу медицинской помощи. Особенно трудно вывести эту оценку в крупных многопрофильных стационарах при проверке огромного количества медицинской документации.

Одна из форм клинико-экспертной работы в Рязанской областной клинической 1000-коечной больнице — использование «рейтинговой карты по КЭР», которая была разработана и усовершенствована в ГУЗ ОКБ в 2004 году. В результате текущей, плановой «архивной» про-

верки истории болезни, проверки медицинской документации во время внеплановых административных обходов выявляются ряд дефектов по экспертной работе, которые вносятся в рейтинговую карту. Итоги по отделениям подводятся ежеквартально. В карте учитываются нарушения при оформлении медицинской документации (дневников, эпикризов и т.д.), сроки продления листков нетрудоспособности, штрафы, предъявляемые страховыми медицинскими организациями. По итогам выводятся рейтинговые места: 1, 2, 3 место. Эти данные учитываются при подведении итогов года и помогают объективно оценить клинико-экспертную работу в каждом клиническом отделении. После такого подробного анализа количество дефектов по качеству оказания медицинской помощи и оформлению медицинской документации заметно уменьшается. За последние пять лет в Рязанской областной клинической больнице уровень дефектов снизился более чем на треть. Мы планируем и дальше продолжать эту практику.

Рейтинговая карта по клинико-экспертной работе является внедренным индикатором качества медицинской помощи, отражающим все положительные и отрицательные стороны работы врачей в этом направлении. Данная технология поможет улучшить контроль над качеством медицинской помощи в крупных стационарах и многопрофильных больницах.

### **РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫЙ СТАТУС СТУДЕНТОВ, НАЧИНАЮЩИХ ПАРАШЮТИСТОВ И СПАСАТЕЛЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ**

**Пухняк Д.В., Патахов П.П.,  
Мингалев А.Н., Дельянов К.В.,  
Бондина В.М., Дробышева О.М.,  
Абушкевич В.Г.**

*Кафедра мобилизационной подготовки  
здравоохранения и медицины катастроф  
Кубанского государственного  
медицинского университета Россия,  
Краснодар*

Предложен метод оценки стрессоустойчивости человека по динамике регуляторно-адаптивного статуса. У испытуемых регуляторно-адаптивный статус определяли по параметрам сердечно-дыхательного синхронизма в исходном состоянии и при действии стрессорного фактора. Лица, у которых