

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

регуляторно-адаптивный статус не изменялся при действии стрессорного фактора, составили группу с высоким уровнем стрессоустойчивости. Испытуемые с незначительной отрицательной динамикой регуляторно-адаптивного статуса на стресс — группу с умеренным уровнем стрессоустойчивости. Лица, у которых на стресс, регуляторно-адаптивный статус понижался значительно, были отнесены к испытуемым с низким уровнем стрессоустойчивости. Метод был апробирован на трех моделях стресса: 1) экзаменационном — на 58 студентах; 2) стрессе, вызванном прыжком с парашютом — на 35 начинающих парашютистах; 3) стрессе обусловленном отправкой в зону чрезвычайной ситуации — на 30 начинающих спасателях. Было продемонстрировано, что на всех трех моделях метод обладает высокой информативностью. Одновременно уровни стрессоустойчивости определялись психологическими методами. Сопоставление результатов показало, что оценка стрессоустойчивости по динамике регуляторно-адаптивного статуса оказалась точнее, чем по данным психологического тестирования.

ВЕНОЗНЫЙ ОТТОК ОТ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОГО ОТДЕЛА ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА

Спирина Г.А.

Уральская государственная медицинская академия

Изучение венозного оттока от предсердно-желудочкового отдела проводящей системы сердца (ПСС) имеет несомненно важное практическое значение. В эксперименте на животных доказано, что нарушение венозного оттока от ПСС на различных уровнях приводит к блоку ее деятельности. Вместе с тем, сведения о венозном оттоке от ПСС являются недостаточно полными, иногда — противоречивыми. Это касается как путей и направления венозного оттока от ПСС, так и строения венозного русла ПСС.

Цель работы — изучение путей венозного оттока от предсердно-желудочкового узла (ПЖУ), одноименного пучка, его ножек. Материалом послужили 129 препаратов сердца плодов, новорожденных, взрослых людей обоего пола, различного возраста. Из 49 препаратов изготовлены серийные гистологические срезы. Анализ материала проводился с учетом возрастной периодизации. Использован комплекс ме-

тодов, направленных на выявление ПСС и сосудов, ее дренирующих. В основу работы положен принцип одновременного изучения анатомических характеристик проводящей системы и сердца, их вен (на одном и том же препарате). Производилась инъекция вен сердца контрастными или окрашенными массами с последующими рентгенографией, препарированием, просветлением.

По полученным данным, венозный отток от предсердно-желудочкового узла, одноименного пучка осуществляется непосредственно в полость правого предсердия по наименьшим венам и в систему венечного синуса по средней вене, от анатомической бифуркации предсердно-желудочкового пучка и его ножек — в систему венечного синуса по большой и средней венам сердца. При дренировании ПЖУ наименьшими венами отмечаются одна, реже — две вены. Размеры наименьших вен сердца очень переменны. Бассейн их дренирования в области внутренней поверхности правого предсердия варьирует в зависимости от количества наименьших вен. Диаметр наименьших вен у места впадения в полость правого предсердия равен у новорожденных 0,3-0,5 мм, в раннем детстве — 0,35-1,0 мм, у лиц пожилого возраста он достигает 2 мм. Наименьшая вена сердца, дренирующая предсердно-желудочковый узел, открывается кпереди от отверстия венечного синуса или непосредственно в него. Ствол этой вены длиной 5,5-10,1 мм располагается в сагиттальном или косом направлении. Указанная наименьшая вена собирает кровь от задненижнего отдела межпредсердной перегородки (МПП), предсердно-желудочкового узла и пучка, перепончатой части межжелудочковой перегородки (МЖП). Один из ее притоков диаметром 0,4-0,55 мм идет в сагиттальном направлении под овальной ямкой, собирая кровь из передненижнего отдела МПП. Второй приток располагается в косом направлении, пересекая зону ПЖУ. В области предсердно-желудочкового пучка отмечены мелкие вены диаметром 0,06-0,045 мм, которые впадают в указанный приток наименьшей вены. Третий приток располагается вертикально в заднем отделе МПП. В него впадают мелкие вены диаметром 0,05 мм (в среднем) от дорсальной поверхности ПЖУ. В других наблюдениях ствол наименьшей вены сердца располагается почти вертикально, дорсальнее предсердно-желудочкового узла, принимая притоки от узла, одноименного пучка, заднего отдела МПП. В нескольких препаратах отмечен отток крови из области ПЖУ по двум наименьшим венам сердца. Одна из этих вен «S»-образной формы, располагается над ПЖУ параллельно его длинной оси. В области ПЖУ диаметр вены