

Учредитель Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования



Ректор МАПО член-корреспондент РАН профессор Н.А. Беляков.

## Основные направления деятельности и проблемы в работе МАПО в 2002 году (из доклада ректора МАПО проф. Н.А. Белякова на ученом совете 22 февраля 2002 г.)

В течение многих лет коллектив стремится превратить академию в современный европейский учебный, клинический и научный центр. Все, что было намечено на 2001 год, выполнено. Наши планы могут быть реализованы лишь при условии согласованной работы всех сотрудников. Много средств академия тратит на восстановление клиник и аудиторий. Выделяемая на 2002 г. сумма значительна — 16,6 млн. рублей. Она включает средства по федеральному целевому планированию, внебюджетные средства академии и целевое финансирование на ремонт исторического центра к 300-летию С.-Петербурга.

Нам необходимо завершить реконструкцию и оснащение неврологической клиники и открыть ее в 2003 г. (12,1 млн. руб.). Приступили к проектным работам в хирургическом корпусе Э.Э. Эйхвальда — отделения хирургии № 3 и 4 (0,3 млн. руб.). Запланированы работы по

фасаду и благоустройству основной базы (5 млн. руб.). Мы будем обращаться в Минфин с просьбой профинансировать работы в филиале № 1. Там намечено проектирование новой котельной (0,6 млн. руб.). В марте 2002 г. начинаются работы в корпусе «А» Дома врача, где будет расположено амбулаторное отделение; в этом году планируется завершение реконструкции на 1-м этаже (6,5 млн. руб.). Будут продолжены работы в филиале № 2. Намечены оснащение и пуск отделений семейной стоматологии и косметологии, перепроктирование двух секций, расширение учебной зоны (1,3 млн. руб.). В филиале № 3 будет произведен ремонт теплотрассы (1 млн. руб.).

Успешная работа академии зависит от кадрового обеспечения. За 2001 г. докторов наук стало на 36 человек больше. Ученое звание профессора получили 17 человек, ученую степень кандидата наук — 30 (табл. 1). Мы обновляем свой кадровый состав, и в течение последних 5 лет возраст заведующих кафедрами остается прежним — 54 года (табл. 2).

Однако 127 преподавателей не имеют ученой степени, из них 64 человека — совместители. В их число входят опытные заведующие отделениями, завершающие кандидатские диссертации. Они курируют наших клинических ординаторов. К сожалению, 20 преподавателей не запланировали диссертации, 8 из них работают в академии меньше года, а 11 — не выполнили диссертационные работы в срок. Это становится проблемой, которую мы должны решить.

Вопрос о подготовке профессорско-преподавательского состава МАПО на кафедре педагогики высшей медицинской школы и философии неоднократно рассматривался на ректорате, на ученом совете. Из 700 основных преподавателей академии прошло подготовку на этой кафедре всего 34,5%. В 2001 г. было обучено 92 преподавателя. В текущем году будут подготовлены 120 преподавателей (табл. 3).

Процесс подготовки преподавателя сложен. Кафедре приходится открывать педагога от основного учебного процесса и повышать нагрузку на коллег. Может быть несколько путей решения этой проблемы. Нам необходимо адаптировать учебные программы к возможностям и задачам кафедр и отдельным категориям преподавателей. Необходимо отрывать преподавателей на целую неделю. Можно повысить нагрузку на самостоятельную работу обучаемых, а также увеличить на 2 ч продолжительность их учебного дня. Требуется контроль и за выполнением намеченного плана обучения на кафедре педагогики. В течение первого квартала будет составлен поименный список преподавателей, которые пройдут такую подготовку. Каждый педагог будет иметь в своем личном деле листок учета его подготовки по педагогике и по специальности.

Обучение тесно переплетается с клинической работой. Поэтому наш основной девиз: «На фоне растущей конкуренции залог успеха — качественная подготовка врачей на хорошо оснащенных, современных клинических базах».

Впервые за многие годы министерство выделило нам 4 млн. рублей на оборудование отделений клиники после реконструкции. Мы ждем по целевым программам томограф, ультразвуковой сканер и аппарат искусственного кровообращения. Тогда у нас появятся новые диагностические и лечебные возможности.

Также много проблем с кафедральными базами. Примером тому является 5-я стоматологическая поликлиника на ул. Чайковского. Приказ Минздрава о клинических базах не работает. Он был составлен тогда, когда финансовые интересы вузов и городских баз не расходились. Поэтому необходим поэтапный переход максимального количества кафедр под крышу МАПО или родственных нам НИИ. Мы будем расширять учебную базу на всех своих территориях.

Кафедра детской и подростковой стоматологии переедет в ближайшее время в филиал № 2, где создается новый центр семейной стоматологии. Кафедра наркологии практически завершила переезд в Дом врача. Кафедра физиотерапии переместится на 4-й этаж клиники неврологии. Кафедра судебной медицины ведет переговоры о возможности переезда в филиал № 3. Кафедра детской неврологии перемещается в филиал № 3. Решается вопрос по поводу формирования базы для кафедры терапевтической стоматологии № 1 в Доме врача. Для кафедры ортопедической стоматологии там же готовится целое крыло. Кафедру ортодонтии предполагается открыть в этом году, и для нее также необходимы базы. Желательно, чтобы кафедра репродуктивного здоровья женщин вела часть клинической работы и на основной базе МАПО. Это обусловлено, например, тем, что в составе академии работает около 1 тыс. женщин и приблизительно столько же находится в перенном составе в числе интернов, ординаторов, врачей, слушателей, и им часто необходима специализированная помощь.

Как показывают экономический анализ и практика, рентабельными являются амбулаторная поликлиническая помощь и стоматологическое лечение. В связи с этим, в течение многих лет мы формируем амбулаторную сеть нашей академии. Исторически Клинический институт имел великолепную амбулаторную базу (здание, где располагается неврологическая клиника). В 30-е гг. амбулаторию закрыли, но нам выделили в городе две поликлиники, позже отделившихся от института. Первая поликлиника послевоенного периода была сформирована в 1983 г. на базе отдела глубоких микозов. В 1997 г. мы открыли Центр семейной медицины (табл. 4). В 1998 г. — стоматологическую

базу на Парадной ул., д. 2, вложив туда внебюджетные средства. В 1991 г. был открыт остеопатический центр в филиале № 1. Около 3 млн. руб. было вложено во 2-ю стоматологическую поликлинику в филиале № 2. Программа расширения амбулаторной сети рассчитана на несколько лет. Нам необходимо развивать стоматологическую службу. Это рентабельно. В настоящее время существующие базы академии либо устарели, либо не в полной мере соответствуют требованиям преподавания. С 1995 г. началось развитие собственной стоматологической базы, уже в 2002 г. будет задействовано 17 стоматологических кресел, и в дальнейшем их число увеличится. Все филиалы будут иметь стоматологические отделения, где будут располагаться кафедры.

Еще один аспект проблемы: люди, обученные в городе, неохотно едут в область. Поэтому мы будем предусматривать подготовку ординаторов и интернов частично в стенах МАПО и частично — на базе областных стационаров и амбулаторий.

С каждым годом все сложнее становится работать с пациентами при проведении учебного процесса подготовки врачей. Преподаватель не должен работать с большими группами обучающихся в палатах. Пациенты требуют к себе заслуженного внимания и неохотно привлекаются к процессу подготовки врачей. Рядом с врачом, принимающим пациента, могут стоять не более одного-двух ординаторов, и это ограничивает клиническую подготовку. Необходимы новые адекватные учебные технологии, которые будут необременительны для пациентов и эффективны для клинической подготовки врачей, например:

- работа преподавателей и ординаторов с больными в режиме малых групп (1–2 ординатора);
- прием больных при наличии трансляции и обратной связи с аудиторией слушателей;
- клинические разборы с врачами-слушателями;

обучение интернов с участием артистов-имитаторов и др.

Одной из задач текущего периода является обеспечение стабильности потока клинических ординаторов и интернов на контрактной основе. В то же время на первом месте должно стоять качество обучения молодых специалистов. Предстоит решить множество вопросов по организации учебных мест для интернов и клинических

Продолжение на стр. 6

Табл. 1. Характеристика профессорско-преподавательского состава СПБМАПО на 01.01.2001 г. и 01.01.2002 г.

Ученые степени и звания	2001 г.	2002 г.
Ученая степень доктора наук	201 чел.	237 чел.
Ученое звание профессора	140 чел.	157 чел.
Ученая степень кандидата наук	456 чел.	486 чел.
Ученое звание доцента и с.н.с.	243 чел.	260 чел.
Без степени и звания	129 (84 совм.)	127 (64 совм.)

Табл. 2. Возрастной состав ППС Академии на 01.01.2001 г. и 01.01.2002 г.

Должности	2001 г.	2002 г.
Зав. кафедрами	54 года	54 года
Профессора	60 лет	60 лет
Доценты	52 года	53 года
Старшие преподаватели	46 лет	45 лет
Ассистенты	41 год	42 года
Преподаватели	30 лет	30 лет

Примечание. ППС СПБМАПО: 2000 г. — 770 чел. (в т.ч. 180 внешних совм. — 23,4% от общего числа), 2001 г. — 850 чел. (в т.ч. 238 внешних совм. — 28% от общего числа).

Табл. 3. Подготовка профессорско-преподавательского состава МАПО на кафедре педагогики высшей медицинской школы и философии

Показатели	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Всего преподавателей в МАПО, чел.	600	600	600
Необходимое количество преподавателей для обучения за год, чел.	120	120	120
Подготовка преподавателей, чел.	92	120	120
Всего преподавателей, подготовленных на кафедре ППС, чел. (в скобках — % от общего числа)	207 (34,5)	327 (54,5)	447 (74,5)

Примечание. \* — год начала сертификации МАПО.

Табл. 4. Формирование амбулаторной сети СПБМАПО по С.-Петербургу

Амбулатория	Годы
Поликлиника НИИ микологии	1983 (2000)
Центр семейной медицины	1997
Стоматологический центр основной базы	1998
Амбулатория остеопатии филиала № 1	2001
Центр семейной стоматологии (пр. Просвещения, д. 45)	2002
Центр косметологии (пр. Просвещения, д. 45)	2002
Поликлиника основной базы	2003
Стоматологическая поликлиника филиала № 1	2002
Поликлиника филиала № 1	2003

— обучение интернов с участием артистов-имитаторов и др.

Одной из задач текущего периода является обеспечение стабильности потока клинических ординаторов и интернов на контрактной основе. В то же время на первом месте должно стоять качество обучения молодых специалистов. Предстоит решить множество вопросов по организации учебных мест для интернов и клинических

Табл. 5. Научные издания, выпускаемые в С.-Петербурге, в которых рекомендуется публикация основных результатов докторских диссертаций

Название	Учредитель
Проблемы медицинской микологии	СПБМАПО
Российский семейный врач	СПБМАПО
Скорая медицинская помощь	СПБМАПО, СПбНИИ скорой помощи им. И.И. Джангидзе
Эффективная терапия	СПБМАПО
Аллергология	Ассоциация аллергологов
Вестник аритмологии	Санкт-Петербургское общество кардиологов НИИ кардиологии ИЗ РФ
Вестник С.-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова	СПБГМА им. И.И. Мечникова
Вестник хирургии им. И.И. Грекова	Хирургическое общество Н.И. Пирогова
Институт стоматологии	Санкт-Петербургский институт стоматологии
Медицинская иммунология	Ассоциация аллергологов и иммунологов
Морфология	РАМН
Нефрология	Северо-Западная ассоциация нефрологов и врачей диализа СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
Цитология	РАН
Медицинский академический журнал	Северо-Западное отделение РАМН



Восстановление купола домового храма академии.



Распись домового храма. Фреска «Христос — Пантократор», копия мозаики XII в. в кафедральном соборе в Чезура (Сицилия).



Проректор по учебной работе заслуженный работник ВШ профессор А.П. Щербо.

## Итоги учебной работы академии в 2001 году

(рис. 1). В этом — громадная заслуга всего коллектива — от лаборантов до профессоров, от высокопрофессиональных документоделов до руководителей учебного управления и деканатов. С 1995 г. показатель, характеризующий динамику выполнения плана на плановых циклах, ни разу не опускался ниже 100 %. В 2001 г. выполнение плана на всех бюджетных циклах оказалось на уровне 112,9 %, а показатель сверхплановой внебюджетной учебной деятельности достиг 131,5 %. Все факультеты успешно выполняли бюджетный план.

В табл. 1 представлен широкий спектр наших учебных циклов, однако следует отметить некоторое сокращение количества циклов специализации (профессиональной переподготовки), что объясняется адаптацией учебного процесса к требованиям приказа МЗ РФ № 337. Несколько снизилось число циклов общего усовершенствования и

мы следовали в сертификационных циклах, что объясняется как финансовыми проблемами на местах, так и определенным «насыщением» сертификационной подготовкой наиболее активной части врачей. Кроме того, ряд кафедр снизил активность в этом направлении. Сократилось и количество выездных циклов — со 138 до 88. Такие циклы были всегда востребованы врачами и привлекали руководителей здравоохранения в регионах, поэтому объяснять имеющуюся динамику только дефицитом средств на местах было бы неправильно. Кафедрам и деканатам здесь есть над чем подумать. Несколько показателей (табл. 1) имеют также неблагоприятную для академии динамику. Эту тенденцию в 2002 г. необходимо откорректировать.

Снижение количества выездных циклов на 36 % обусловлено и нисходящей динамикой обученных на выездных циклах слушателей как в целом по России, так и по Северо-Западному федеральному округу, где мы являемся учебно-методическим центром. К сожалению, больше всего отказов в проведении выездных циклов (при ранее достигнутых договоренностях) было в нашем регионе (в республике Коми, Карелии, Архангельской и Калининградской областях). По экономическим причинам мы получили отказы из Якутии, Марий-Эл и других регионов. Этот аспект нашей работы заслуживает особого внимания в 2002 г.

С 1999 г. сертификационная подготовка в МАПО имеет тенденцию к снижению (рис. 2). Помимо уже упомянутого «насыщения», здесь есть и иные, более системные причины. Первая из них — следование требованиям приказа МЗ РФ № 337, согласно которым сертификат по основным специальностям выпускникам 2000 и 2001 г. может быть получен только через интернетуру, ординатуру или аспирантуру. Серьезные ограничения есть и для получения «углубленных» специальностей. Всем этим требованиям

четливая положительная динамика — в течение года подготовлено 92 преподавателя. Необходимо значительно расширить подготовку преподавателей на кафедре информатики (табл. 3). В 2001 г. кафедра обучено лишь 17 (!) педагогов. Кафедре предстоит создать базу данных, характеризующую индивидуальный уровень подготовки всех преподавателей, составить адресные программы их подготовки в зависимости от степени владения компьютером, предложить приемлемые, гибкие схемы обучения с учетом занятости преподавателей.

Учебных задач у нас немало, и с каждым годом их сложность в условиях экономических дефицитов и жесткой конкуренции возрастает. Однако потенциал академии достаточно велик, а задел коллектива будет и остается его умное использование и постоянное приращивание.

Важна подготовка наших преподавателей на кафедре педагогики высшей медицинской школы (табл. 2). В 2001 г. в этом плане впервые достигнута

цель — 24–25 тыс. врачей. В 2001 г. эта величина составила 23 996 человек, из которых 16 351 — представители Северо-Западного региона. Работа преимущественно в Северо-Западном федеральном округе соответствует возложенным на СПбМАПО новым приказом МЗ РФ (№ 436 от 13.12.2001 г.) координационным и организационно-методическим функциям.

В консолидированный бюджет академии от учебной работы поступило в общей сложности 43 млн. рублей, причём хозрасчетное обучение на циклах обеспечило прибавку по сравнению с 2000 г. на 46 %, а длительные формы обучения (ординатура, интернатура) — на 37 %.

Важна подготовка наших преподавателей на кафедре педагогики высшей медицинской школы (табл. 2). В 2001 г. в этом плане впервые достигнута

цель — 24–25 тыс. врачей. В 2001 г. эта величина составила 23 996 человек, из которых 16 351 — представители Северо-Западного региона. Работа преимущественно в Северо-Западном федеральном округе соответствует возложенным на СПбМАПО новым приказом МЗ РФ (№ 436 от 13.12.2001 г.) координационным и организационно-методическим функциям.

В консолидированный бюджет академии от учебной работы поступило в общей сложности 43 млн. рублей, причём хозрасчетное обучение на циклах обеспечило прибавку по сравнению с 2000 г. на 46 %, а длительные формы обучения (ординатура, интернатура) — на 37 %.

Прошедший год в социальном и экономическом отношении как для страны, так и для медицинского образования был непростым. Продолжала расти стоимость жизни (что немаловажно для командированных на учебу в СПбМАПО), увеличивались тарифы на транспорт, были и иные проблемы, которые могли отразиться на учебных показателях академии. Несмотря на это, основные цифры были достаточно устойчивы и в 2001 г., что свидетельствует о государственной востребованности нашей академии

Табл. 1. Виды циклов в динамике (1996–2001 гг.)

Годы	Специализация	Общие усовершенствование	Тематическое усовершенствование	Всего за год	Сертификационные	Выездные	в том числе:		
							бюджетные	хозрасчетные	дополнительные
1996	87	156	824	1067	158	62	829	143	95
1997	60	229	1028	1216	216	84	809	93	126
1998	44	402	629	1075	391	130	809	59	207
1999	54	428	548	1030	406	139	826	25	179
2000	52	457	554	1063	427	138	816	22	225
2001	35	435	598	1068	415	88	816	46	207

Табл. 2. Повышение квалификации сотрудников МАПО на кафедре педагогики

Категория сотрудников	1998 г.					Всего за 4 года
	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2001 г.	
Профессора и доценты	17	22	27	64	130	
Ассистенты и преподаватели	27	14	8	28	77	
Всего преподавателей	44	36	35	92	207	
Аспиранты	29	48	37	36	150	
Клинические ординаторы и старшие лаборанты	16	8	20	6	50	
Всего по академии	89	92	92	134	451	

Табл. 3. Педагогическая работа кафедры информатики и управления в медицинских системах за 1996–2001 гг.

Комплексы слушателей	Численность					
	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Профессорско-преподавательский состав	26	28	27	7	14	17
Аспиранты (докторанты)	15	10	19	46	25	22
Клинические ординаторы	38	51	60	16	50	23
Прочие	176	205	226	182	126	184
Всего:	255	294	332	251	215	246

## Основные направления деятельности клиник МАПО в 2001 году

Клиническая работа — важная составная часть деятельности академии. В 2001 г. в клиническую практику были внедрены современные методы диагностики и лечения, включающие: — протезирование клапанов сердца и аортокоронарное шунтирование при сочетанных операциях; — операции на восходящем отделе аорты и аортальном клапане с швизмом устья коронарных артерий в протез; — ангиопластику и стентирование нескольких коронарных артерий; — ангиографию печени; — эндовидеохирургические операции на надпочечниках; — доплерографию при заболеваниях печени; — транскраниальную доплерографию при стенозах сосудов головного мозга; — интраоперационную транскраниальную доплерографию; — эхоэнцефалографию в кардиологии; — обкалывание язвенных дефектов желудка и двенадцатиперстной кишки с использованием супероксиддисмутазы и В-лейкина; — ЭЭГ с компьютерной обработкой данных и нейрокортированием; — интенсификацию лечения аутоиммунных заболеваний с применением иммуносупрессивных препаратов, антагонистов рецепторов и интерлейкинов (интерлейкин-1, ФНО); — транскраниальную электростимуляцию гипоталамо-гипофизарных зон в

комплексной терапии больных с кожными заболеваниями и микозами; — аппаратный педикур в комплексной терапии онихомикозов; — мониторинг остроты зрения при аллергических заболеваниях. Расширился спектр гормональных исследований (17 α-гидроксипрогестерон, альдостерон и др.), спектр эстетических пластических операций. В 2001 г. в МАПО был разработан комплексный план подготовки и усовершенствования среднего персонала. Две группы медсестер МАПО получают высшее образование по специальности «Менеджмент сестринского дела». В прошлом году проводился первый из серии международных российско-шведских семинаров по подготовке преподавателей сестринского дела с участием 8 медсестер клиники МАПО. Продолжается работа по оформлению и ведению медицинской документации в электронном виде. Были усовершенствованы электронные базы данных пациентов (ЭХОКГ, УЗИ, отделения терапии и хирургии), ведется работа по созданию электронной сети между клиническими, диагностическими подразделениями, аптекой, ПФУ и КДЦ. Это позволит оперативно и эффективно учитывать затраты на лечение и обследование пациентов. В 2001 г. было увеличено количество стоматологических пломбодов, подписан договор между компаниями «Киниф» и НИИ микологии и медицинском обследовании и лечении сотрудников, введена должность помощника проректора

по клинической работе по связям с клиническими базами, был организован научно-практический центр кафедр МАПО на базе больницы № 3, были усилены базы кафедр в областной больнице, больницах № 17, 31, 25, в научно-исследовательских институтах (НИИ онкологии и др.). На клинической работе по связям проводится проверка оборудования, а также проходят клинические испытания лекарственных препаратов. Успешно расширялись контакты с иностранными коллегами. В июне 2001 г. в рентгенооперационном кабинете МАПО совместно со специалистами из университета клиники Мэйо (США) впервые в С.-Петербурге выполнены внутрикоронарные ультразвуковые исследования в рамках 2-го международного симпозиума по интервенционной кардиологии. В 2001 г. все клинические подразделения заочно прошли аккредитацию в лицензионной палате. Сертификаты были продлены до ноября 2002 г. (окончание срока действия лицензии на лечебную работу МАПО). В феврале 2001 г. 2-е терапевтическое и физиотерапевтическое отделения переехали и начали функционировать в помещениях основного корпуса, открытые после реконструкции. В связи с начавшимся капитальным ремонтом неврологического корпуса в марте 2001 г. 1 и 2-е неврологические отделения, центр мануальной терапии, кафедра неврологии перенесены в помещение кор-

пуса абдоминальной хирургии, а аптека — в помещение бывшего оперблока. Хирургические отделения № 3 и 4 и кафедр хирургии им. М.Д. Моностырского переехали в основную клинический корпус. После реконструкции в сентябре 2001 г. приступила к работе микологическая клиника. Колючный фонд клиник с марта 2001 г. оставался уменьшенным на 78 коек (за счет 3 и 4-го хирургических и неврологического отделений). С марта 2001 г. за отделением реанимации был закреплен собственный колючный фонд (6 коек). До сентября 2001 г. сохранялся сокращенный на 50 % колючный фонд в клинике НИИ микологии в связи с ремонтом отделений, однако план по койкам был выполнен на 56 % благодаря активной работе функционирующих и открывшихся после реконструкции отделений: 1 и 2-го терапевтических, 1 и 2-го хирургических, неврологического отделения, микологической клиники. Хозрасчетная деятельность отделений позволила обеспечить высокий уровень бытовых условий, максимальное количество лекарственных препаратов и высококачественное питание для всех пациентов, независимо от источников финансирования пребывания больного в клинике. Уменьшение числа поступивших больных объясняется сокращением потока пациентов в 3 и 4-е хирургические отделения, 50 %-ным снижением потока больных в период реконструкции отделения микологической клиники и вре-

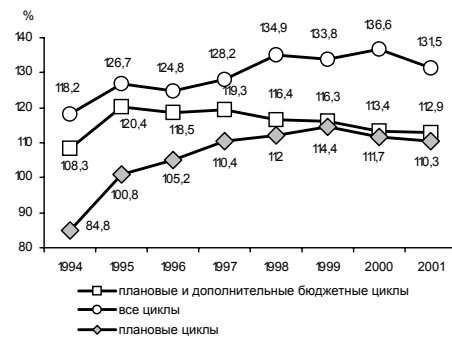
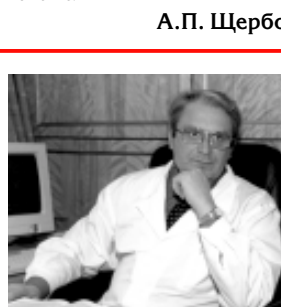


Рис. 1. Динамика выполнения учебно-производственного плана (слух./мес.)

Рис. 2. Динамика сертификационной подготовки (1996–2001 гг.)

дления значительно меньше средств, чем требовалось. Общая сумма поступлений по этой статье в прошлом году составила 7,3 млн. руб. Бюджетные средства на приобретение оборудования в 2001 г. составили всего 10 % от необходимой суммы. Питание больных было профинансировано из бюджета только на 50 %. Средства на приобретение медицинской литературы пополнились в 2001 г. и бюджет практически не выделялся. Финансирование по этой статье осуществлялось только для проведения высокотехнологичных (дорогостоящих) операций. Подобная ситуация имела место во всех федеральных учреждениях, что и привело в конце года к необходимости введения режима работы клиник в условиях частично платной госпитализации.



Проректор по учебной работе член-корреспондент РАН профессор В.И. Мазуров.

менным уменьшением колючного фонда неврологических отделений. Процент летальности по сравнению с предыдущим годом возрос за счет увеличения объема и сложности кардиохирургических операций, в том числе в связи с их выполнением с 2001 г. по экстренным показаниям. Показатели активной работе функционирующих и открывшихся после реконструкции отделений: 1 и 2-го терапевтических, 1 и 2-го хирургических, неврологического отделения, микологической клиники. По решению администрации академии в летний период было решено продолжить работу 2-го терапевтического отделения, куда госпитализировались пациенты неврологического и терапевтического профилей. В 2001 г. амбулаторно в КДЦ принято 19380 пациентов, лечение в стоматологическом отделении получили 8463 пациента, госпитализировано на платной основе 1492 пациента. В этот же период работали все диагностические и лечебные подразделения: отделения рентгенологии

Продолжение на стр. 3.

Табл. 1. Кафедр академии, имеющие высокие показатели внебюджетной деятельности в 2001 году

Наименование кафедр	Средний показатель хозрасчета на одного преподавателя, тыс. руб.
Дерматовенерологии	185,3 (2*)
Терапевтической стоматологии № 2	162,3 (11)
Челюстно-лицевой хирургии	148,5 (1)
Пластической и эстетической хирургии	139,1 (3)
Ортопедической стоматологии	138,7 (10)
Терапевтической стоматологии № 1	137,4 (4)
Медицинской косметологии	132,8 (15)
Акушерства и гинекологии № 1	129,3 (6)
Акушерства и гинекологии № 2	123,7 (5)
Лучевой диагностики	121,0 (14)
Медицины труда	117,8 (ср.)
Физиотерапии и курортологии	116,0 (8)
Репродуктивной здоровья женщин	113,4 (25)
Урологии и андрологии	112,5 (13)
Невропатологии	106,8 (9)
Морской и подводной медицины	96,6 (24)
Клинической физиологии и функциональной диагностики	95,7 (7)
Рентгенологии	93,2 (20)
Травматологии и ортопедии	90,7 (21)
Нейрохирургии	86,7 (16)
Эндокринологии	78,2 (19)

Примечание. В скобках указано место в 2000 г.

Табл. 2. Кафедр, имеющие низкие показатели внебюджетной деятельности в 2001 г.

Наименование кафедр	Средний показатель хозрасчета на одного преподавателя в 2001 г., тыс. руб.
Детской травматологии	5,8
Педиатрии	5,9
Физиатрии	6,4
Геронтологии и герiatrics	6,6
Детской хирургии	10,6
Микробиологии и микологии	11,7
Общей клинической токсикологии	11,9
Оперативной и клинической хирургии	15,2
Сексологии	17,0
Инфекционных болезней	17,1

Экономическая ситуация в стране в 2001 г. несколько стабилизировалась. При этом на фоне роста экономических показателей в ряде отраслей финансирование бюджетной сферы было недостаточным. Объемы финансирования федеральных медицинских учреждений не позволяют обеспечить гражданам России бесплатной высококачественной медицинской помощью. Ситуация в сфере здравоохранения характеризуется высоким уровнем инфляции, снижением цен на лекарственные средства, медицинское оборудование, коммунальные услуги и т.д. МАПО получает из бюджета объем финансирования, обеспечивающий только половину общей потребности, необходимой для сохранения академии. Дополнительные средства зарабатываются за счет предпринимательской деятельности: обучение на платной основе, оплата лечения больных страховыми медицинскими организациями по добровольному медицинскому страхованию и т.д. С целью объединения и эффективного использования всех поступающих (бюджетных) и зарабатываемых (внебюджетных) средств в академии действует модель интеграции всех источников финансирования в виде консолидированного бюджета.



Проректор по экономике и финансам канд. мед. наук В.И. Мазуров.

Общая сумма поступлений в консолидированный бюджет академии в 2001 г. составила 185,2 млн. руб. и превысила аналогичный показатель 2000 г. на 33,5 %, при этом госбюджетные средства составили в отчетном году 83,7 млн. руб., внебюджетные — 101,5 млн. руб. По итогам госбюджетного финансирования можно сделать следующие заключения:

1. Заработная плата в течение года была профинансирована в соответствии с утвержденными бюджетными показателями, что позволило выплачивать ее своевременно и с учетом индексации.
2. Бюджетное финансирование расходов на развитие академии снизилось по сравнению с 2000 г. на 36 %. На капитальный ремонт было выделено значительно меньше средств, чем требовалось. Общая сумма поступлений по этой статье в прошлом году составила 7,3 млн. руб.
3. Бюджетные средства на приобретение оборудования в 2001 г. составили всего 10 % от необходимой суммы.
4. Питание больных было профинансировано из бюджета только на 50 %.
5. Средства на приобретение медицинской литературы пополнились в 2001 г. и бюджет практически не выделялся. Финансирование по этой статье осуществлялось только для проведения высокотехнологичных (дорогостоящих) операций. Подобная ситуация имела место во всех федеральных учреждениях, что и привело в конце года к необходимости введения режима работы клиник в условиях частично платной госпитализации.
6. Оплата коммунальных услуг давно является одной из наиболее актуальных проблем учреждения. Бюджетное финансирование осуществляется только на 70 % от фактических затрат. При этом не учитывается рост тарифов за эти услуги в течение года. Сложившаяся ситуация приводит к образованию задолженностей и последующим отключениям от энергоносителей. В 2001 г. академия заплатила из внебюджетных средств около 3,0 млн.

## Финансово-экономическая деятельность МАПО в 2001 году

руб. за электроэнергию и отопление, однако погасить долги полностью не удалось, и на конец года имелась задолженность в размере 1,0 млн. руб. за коммунальные услуги. 7. На протяжении последних 5 лет практически не выделяются по бюджету средства на хозяйственные нужды и на командировочные расходы, что заставляет производить их финансирование за счет внебюджетных поступлений.

В результате анализа структуры расходов консолидированного бюджета можно отметить следующее: 1. Доля расходов на заработную плату увеличилась на 12 % — как за счет средств бюджетного финансирования, так и из доходов от предпринимательской деятельности. В 2000 г. доля внебюджетных средств на заработную плату составляла 24 % от общей суммы расходов по предпринимательской деятельности, а в 2001 г. — 40 %.

Причины увеличения доли расходов на зарплату: проведение доплат кадрам в размере 500 руб. ежемесячно; увеличение расходов кафедр на поощрительные премии; расходы на доплаты низкооплачиваемой категории сотрудников; увеличение численности сотрудников центра внебюджетной деятельности.

В 2001 г. прирост внебюджетных поступлений был ниже темпов прироста расходов на зарплату. С экономической точки зрения темпы роста расходов на заработную плату не должны опережать темпы роста общих поступлений от предпринимательской деятельности. Однако значительный рост цен на основные товары и продукты питания заставляет администрацию сохранять в течение года доплаты и уровень зарплат за счет казенных фондов, факультетских и академических фондов.

2. Доля расходов в консолидированном бюджете на развитие академии снизилась по сравнению с 2000 г. на 8 %, что связано с недостаточным финансированием из бюджета по этому разделу. Уровень внебюджетных ассигнований на ремонт в 2001 г. практически равен уровню данного показателя в 2000 г. Ранее была установлена оптимальная доля расходов на развитие — 30 %. В 2001 г. эта доля составила 28,5 %.

3. Возросли внебюджетные расходы на питание больных и на приобретение медикаментов в связи с недостатком средств в бюджете.

точным финансовым из бюджета по этим статьям. 4. Уменьшилась доля затрат на приобретение расходных материалов, что связано с увеличением расходов на выплату заработной платы и на командировки.

Рост уровня консолидированного бюджета не позволил избежать возникновения задолженностей и, в том числе, задержек по оплате счетов, предъявленных кафедрами.

Наиболее высокие финансовые трудности возникли в конце года в связи с ростом инфляционных процессов, и как следствие произошел подъем цен на продукцию и тарифов на услуги. Жесткие требования поставщиков коммунальных услуг по оплате счетов в 4-м квартале по повышенным тарифам снизили платежеспособность академии по другим направлениям. Не удалось избежать отключения от теплоэнергоснабжения здания по адресу: Автовская ул., д. 24.

Принятый на 2001 г. план по внебюджетной деятельности перевыполнен почти на 8 %. По разным видам деятельности перевыполнение достигнуто практически по всем разделам (кроме целевых средств) достаточно высокой рентабельностью.

Деятельность МАПО в 2002 г. должна быть нацелена на повышение доходности от внебюджетной сферы. Немалое значение в этом плане имеет проведение ценовой политики. Необходимо упорядочить и организовать эту сложную и ответственную работу путем создания постоянной действующей комиссии с участием руководителей направлений, специалистов ПФУ, маркетологов. Деятельность комиссии должна быть направлена на разработку предложений по формированию цен на услуги, своевременную их индексацию с учетом инфляционных процессов.

Значительный интерес представляют итоги внебюджетной деятельности кафедр. Перечень кафедр, имеющих высокий показатель внебюджетной деятельности из расчета на од-

ного преподавателя, представлен в табл. 1. Необходимо отметить появление в этом списке кафедр репродуктивного здоровья женщин, морской и подводной медицины, и особенно — кафедры медицины труда.

Перечень кафедр, имеющих низкие показатели, представлен в табл. 2. В основном состав этого списка остался прежним. Рост активности в сфере внебюджетной деятельности наблюдается на факультетах (табл. 3). Наиболее высокие показатели отмечаются на факультетах общественного здравоохранения и медико-биологическом. К сожалению, есть кафедры с отрицательным финансовым балансом на конец года (табл. 4).

В основном задолженности кафедр возникли в результате произведенных ежемесячных доплат сотрудникам в размере 500 руб. каждому. Высокую задолженность имеет факультет общественного здравоохранения. При этом на факультете существует ряд кафедр (оперативной хирургии, педагогики ВМШ, военной и экстремальной медицины, информатики, иностранных языков), занимающихся смежным преподаванием. Организация межфакультетских расчетов по обучению позволила бы улучшить финансовое положение перечисленных кафедр. Для погашения задолженности кафедр в настоящее время, предлагается использовать средства факультетов в соответствии с Положением о предпринимательской деятельности.

В.И. Мазуров

Табл. 4. Перечень кафедр — должников по результатам внебюджетной деятельности в 2001 г.

Наименование кафедр	Сумма задолженности, тыс. руб.	Фонд факультета, тыс. руб.
<b>Терапевтический факультет</b>	<b>160,4</b>	<b>297,8</b>
Инфекционных болезней	24,3	
Медицинской психологии	5,5	
Сексологии	26,7	
Физиатрии	63,8	
Геронтологии и герiatrics	40,1	
<b>Хирургический</b>	<b>80,6</b>	<b>150,7</b>
Неврологии	9,3	
Оперативной хирургии	50,5	
Онкологии	17,1	
Сердечно-сосудистой хирургии	3,7	
<b>Медико-биологический</b>	<b>57,1</b>	<b>167,8</b>
Судебной медицины	55,0	
Медицинской генетики	2,1	
<b>Общественного здравоохранения</b>	<b>324,1</b>	<b>51,5</b>
Информатики и управления	52,0	
Медицинской экологии	111,5	
Общей токсикологии	48,4	
Эпидемиологии	15,7	
Педагогики ВМШ	51,0	
Микробиологии	45,5	
<b>Педиатрический</b>	<b>148,4</b>	<b>91,8</b>
Подростковой медицины	45,6	
Детской травматологии	32,0	
Детской хирургии	17,9	
Педиатрии № 1	52,9	
<b>Всего</b>	<b>770,6</b>	<b>759,6</b>

## Основные направления деятельности клиник МАПО в 2001 году

кологии, работают 67 врачей (по штату 116), 209 медицинских сестер (по штату 304), 74 человека младшего медицинского персонала (по штату 196). Объем работы выполняется за счет интенсивности труда каждого сотрудника. В 2001 г. 7 врачей прошли сертификационные циклы повышения квалификации с отрывом от производства, 27 медсестер закончили на кафед

# Исследование поведения в Санкт-Петербурге

## Исследование поведения в Санкт-Петербурге

### Исследование поведения в Санкт-Петербурге

Хронические неинфекционные заболевания (ИБС, артериальная гипертензия, сахарный диабет, онкологические заболевания) остаются основной причиной заболеваемости и смертности в России. За последние 10 лет отмечается тенденция к росту их распространенности. Главные факторы риска являются общими для всех этих заболеваний и, как правило, связаны с поведением человека. Такие причины, как курение, низкая физическая активность, нерациональное питание, ответственны за 80 % всех смертей в современном мире.

Традиционно профилактика в России (как и в большинстве стран мира) была нацелена на мониторинг неинфекционных заболеваний. Отслеживание распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний практически не производилось.

В то же время, в развитых странах Запада благодаря популяционным

профилактическим проектам было доказано, что снижение распространенности факторов риска приводит к значительному снижению заболеваемости и смертности от хронических неинфекционных заболеваний.

В связи с этим ВОЗ приняла решение развивать систему наблюдения за распространенностью факторов риска в разных регионах мира. Такие системы существуют в 11 странах мира с населением более 100 млн. жителей. К ним относятся Китай, Индия, Пакистан, Нигерия, Мексика и США. После изучения распространенности заболеваний и факторов риска их развития правительства и парламентарии получают информацию об этом, что является основой для разработки мероприятий по снижению заболеваемости и смертности.

В С.-Петербурге в 1998 г. были начаты исследования по изучению эф-

фективности профилактических мероприятий в двух районах города и области. Было показано, что профилактические вмешательства, проведенные после изучения состояния здоровья населения, распространности факторов риска, уровня образованности населения в области здравоохранения, являются эффективными. Так, достигнуто снижение уровня артериального давления в среднем на 2,4 %, содержания глюкозы в крови — на 0,5 ммоль/л, холестерина — на 0,9 ммоль/л. Известно, что снижение артериального давления в среднем в популяции на 5 мм рт. ст. приводит к снижению смертности от инсульта на 30 %. Основные мероприятия, которые применялись в данных проектах, были недорогими и несложными и заключались в обучении населения и медицинских работников. Кроме того, была использована стратегия партнерства между секторами общества: здравоохране-

ния, муниципальными и законодательными органами, Госсанэпиднадзором, средствами массовой информации. Таким образом, эффективное предупреждение заболеваемости, инвалидизации и смертности населения С.-Петербурга от неинфекционных заболеваний возможно.

СПБМАПО более 5 лет сотрудничает в области профилактики заболеваний и укрепления здоровья с Государственным научным центром профилактической медицины МЗ РФ и с ВОЗ. Накоплен опыт в проведении профилактических исследований, отработана методология. Создана действенная коалиция партнеров, заинтересованных в улучшении здоровья населения С.-Петербурга. Это — Комитет по здравоохранению, Городской центр медицинской профилактики, администрация и руководители здравоохранения районов (Красновардейского, Колпинского, Калининского,

Петроградского), бюро медицинской статистики, медицинский колледж № 2, ассоциация специалистов семейной медицины. Поэтому ВОЗ, Государственный научный центр профилактической медицины, Комитет по здравоохранению и руководство СПБМАПО считают необходимым и целесообразным участие С.-Петербурга в международном проекте по созданию системы мониторинга поведенческих факторов риска в нашем городе.

С 1 марта по 30 апреля 2002 г. в С.-Петербурге проводится исследование распространенности поведенческих факторов риска среди взрослого населения города методом телефонного опроса. В мае полученные данные будут проанализованы.

Исследование планируется проводить на случайной выборке жителей С.-Петербурга. Выборка будет составлена с использованием компьютерной программы на основе городской базы данных телефонных номеров жителей города. Объем ее составит 3100 номеров.

Полученная информация позволит запланировать и провести профилактические мероприятия по снижению заболеваемости и смертности населения С.-Петербурга от ведущих причин, их вызывающих.

**О.Ю. Кузнецова,  
М.А. Похазникова**

# Профессиональный стресс у медицинских работников

Организация труда специалистов различных профессиональных групп, связанная с интенсивным и нередко напряженным межличностным общением, становится в последние годы объектом все более активного внимания психологии и медицины. Это в полной мере относится к медицинским работникам, педагогам, психологам. Особое место в вопросе эффективной организации труда таких специалистов занимает проблема профессионального стресса, или синдрома «выгорания». Его рассматривают как многомерный феномен, выражающийся в психических и физиологических реакциях на широкий круг ситуаций в трудовой деятельности человека, при этом негативные последствия профессионального стресса рассматривают в нескольких плоскостях: влияние на результаты труда, психическое и физическое здоровье самих медработников. Сравнение особенностей формирования и протекания «выгорания» в трех разных видах профессиональной деятельности (когда объектом труда являются люди, материальные объекты или информационные потоки; комбинация первых двух) показывает, что у специалистов, работающих с людьми, профессиональный стресс отмечается наиболее часто. И хотя в настоящее время он даже удостоен диагностического статуса в МКБ-10 (Z73 — «Стресс, связанный с трудностями управления своей жизнью»), несомненно, что это новое название старой проблемы. Уже несколько десятилетий за рубежом профессиональный стресс у медицинских работников является объектом внимания и активного изучения не только медицинских психологов, но и клиницистов различных специальностей.

Социальная и экономическая «цена» синдрома «выгорания» у медицинских работников очень высока. Например, в Англии 40 % всех случаев нетрудоспособности у лиц коммуникативных профессий, в частности, врачей, были связаны со стрессом (1992). Среди обследованных медиков 1/3 принимала медикаментозные средства для снятия эмоционального напряжения, а степень употребления ими алкоголя с этой целью превышала средний в популяции уровень. Обследование 620 врачей общей практики в Великобритании в 1995 г. выявило у 41 % из них высокий уровень тревоги и у 26 % врачей — клинически выраженную депрессию, нередко даже более значительно, чем у их

пациентов. Это неожиданное открытие оказалось важным стимулом не только к тому, что для врачей в Великобритании стали проводить регулярные семинары по диагностике и преодолению профессионального стресса, но и к тому, что в Британской медицинской ассоциации в середине 90-х гг. открыли крупную службу психологической поддержки для медработников. Исследования показывают, что синдром «выгорания» сопутствует повседневной, рутинной профессиональной деятельности, часто требующей от врачей достаточно интенсивного, неспонтанного, но по разным причинам эмоционально напряженного общения с пациентами, и поэтому он отнюдь не связан с ее экстремальными условиями. Тогда становится понятным, почему у врачей общей практики частота и интенсивность этого синдрома заметно выше, чем у хирургов или травматологов.

Среди характеристик коммуникативных профессий, существенно влияющих на развитие стресса, отмечают: ограничение возможности использования имеющегося личностного потенциала; монотонность работы; высокую степень неопределенности в оценке выполняемой работы; неудовлетворенность социальным статусом. И только после этого в качестве стрессогенных факторов рассматривают низкий уровень оплаты и неудовлетворительные условия труда, считая их важными, но не ведущими, как это часто кажется, источниками профессионального стресса у медицинских работников.

В фокусе проблемы профессионального стресса находится соответствие/несоответствие потенциальных возможностей профессионала и социальных условий его деятельности. По этому эта проблема рассматривается в комплексе «специалист коммуникативной профессии — его социальное окружение». Очень важен аспект эмоциональной заразительности синдрома «выгорания», что также подчеркивает его социальную природу.

В качестве основных характеристик синдрома «выгорания» отмечают: эмоциональное истощение, приводящее к снижению профессиональной продуктивности; депersonализация (обезличивание) и стремление формализовать работу; снижение профессиональной самооценки.

Сами симптомы не отличаются строгой специфичностью и могут вариро-

трудно признаваться в наличии этих проблем, соответственно, трудно делиться ими и решать их.

Развитию этого состояния способствуют определенные личностные особенности: высокий уровень эмоциональной лабильности (нейротизма), высокий самоконтроль, особенно при выражении отрицательных эмоций со стремлением их подавить, рационализация мотивов своего поведения (во врачебной профессии, как и в любой другой, есть интересы, легко выдаваемые за идеалы), склонность к повышенной тревоге и депрессивным реакциям, связанным с неадекватностью внутреннего стандарта и блокированием в себе негативных переживаний, ригидная личностная структура. Известный парадокс состоит в том, что способность меди-



цинских работников подавлять свои негативные эмоции, связанные со сложной коммуникативной с пациентами, иногда может быть их сильной чертой, но нередко это становится и слабостью. В связи с этим приходится активно убеждать врачей, что обращаться к человеку в самом себе просто необходимо. Полезно помнить о том, что в ситуации любого стресса мы сами являемся одновременно и частью наших проблем, и частью их решений.

Профессиональный стресс — это проблема не столько «трудных» людей, сколько «трудных» (неразрешенных) ситуаций во взаимоотношениях и в структуре межличностного взаимодействия, нечеткого обозначения социальных ролей и функций, недостаточной эмоциональной поддержки со стороны коллег и руководства.

В последние годы активное внимание привлекают новые технологии предупреждения и преодоления профессионального стресса. Некоторые из них направлены на широкое информирование специалистов коммуникативных профессий о ранних признаках «выгорания» и факторах его риска. Чем раньше возникает и какими признаками характеризуется этот синдром, тем больше у нас возможностей его избежать или снизить выраженность. Во многих странах специальные курсы лекций и тренинговых занятий по развитию эффективной коммуникации врач-пациент включены в учебные программы последипломной подготовки. В этих моделях проводится поэтапная трансформация субъективного видения и понимания ситуации с использованием различных стратегий преодоления профессио-

нального стресса: эмоциональной (актуализация чувств, снижение эмоциональной напряженности), когнитивной (переоценка ситуации и собственных ресурсов по ее разрешению) и поведенческой (активного целенаправленного изменения ситуации).

Наиболее эффективными технологиями считаются групповые формы работы со стрессом, в частности, балнтовские группы, которые мы проводим с 1994 г. Мнение G. Roberts (1997) о том, что врач может перенести значительный стресс без повышения риска снижения профессиональной продуктивности, развития психического или даже соматического заболевания, если он получает адекватную социальную поддержку, активно подтверждается опытом работы этих групп.

В 1998 г. нами на основе широко распространенного в психодиагностике принципа VAS (визуальной аналоговой шкалы) создан опросник для определения признаков профессионального стресса и эффективности его коррекции у лиц коммуникативных профессий. В 1998–2000 гг. при поддержке международного гранта проведено исследование синдрома профессионального «выгорания» и его групповой коррекции у медицинских работников, преподавателей и психологов. Результаты этого исследования были представлены нами на двух крупных международных конференциях, посвященных работе с профессиональным стрессом у врачей (Wurzburg, 2000; Portogro, Slovenia, 2001), и в настоящее время внедряются в учебный процесс и в практику многих учреждений здравоохранения в различных российских регионах.

**В.А. Винокур**



В феврале в нашем городе состоялась IV всероссийская научно-практическая конференция, посвященная юбилейной дате — 20-летию кафедры психотерапии с курсом детско-подростковой психотерапии СПбМАПО.

В организации и проведении конференции приняли участие СПбМАПО, СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева и ИППИ «Иматон». На конференции прибыли десятки специалистов из Москвы, Архангельска, Воронежа, Казани, Краснодара, Оренбурга, Саратова, Чебоксар, Ярославля и других городов.

На пленарном заседании с докладами выступили

заслуженный деятель науки РФ, главный психотерапевт Минздрава РФ проф. Б.Д. Карвасарский — основатель кафедры психотерапии нашей академии; проф. В.А. Ташлыков; проф. В.И. Курпатов — зав. кафедрой психотерапии МАПО; проф. Э.Г. Эйдемиллер; от РМАПО — проф. Ю.С. Шевченко. Итоговый документ IV всероссийской научно-практической конференции отразил современное видение проблемы психотерапии на рубеже XX–XXI веков и зафиксировал предложения по ее развитию и совершенствованию.

## Кафедре психотерапии МАПО — 20 лет

**Резолюция IV всероссийской конференции «Психология и психотерапия. Психотерапия детей, подростков и взрослых: состояние и перспективы»**

Участники конференции выражают уверенность, что совершенствование психотерапевтических служб позволит расширить горизонты отечественной психотерапии и психопрофилактики, повысить эффективность психотерапевтической помощи, будет способствовать интеграции психотерапии и психологии в систему охраны психического здоровья населения России.

Конференция считает необходимым:

1. В связи с недостатком квалифицированных психотерапевтических кадров в стране весьма актуальной в настоящее время является работа по реализации «Законопроекта о психотерапии», содержание которого, в частности, обосновывает необходимость привлечения к психотерапевтической деятельности клинических психологов (на соответствующих юридических основаниях).
2. Ухудшение психического здоровья детей различного возраста, имеющее место в стране по детско-подростковой психотерапии, психологии и психотерапии семьи, психотерапии при детской наркомании и алкоголизме, настоятельно требует решения вопроса о необходимости безотлагательного введения специальности «детская психотерапия» в номенклатуру врачебных специальностей, а должности «детский врач-психотерапевт» — в номенклатуру медицинских должностей.
3. В связи с постоянным обновлением знаний, возрастанием числа психотерапевтических методов существует необходимость в увеличении продолжительности обучения психотерапевтов. Следует пересмотреть сроки базовой подготовки (специализации) врачей-психотерапевтов в сторону увеличения, а также определить необходимость прохождения специалистом усовершенствования не реже 1 раза в 3 года.
4. В настоящее время опыт регулярной супервизии имеется главным образом в системе подготовки клинических ординаторов на кафедре психотерапии с курсом детско-подростковой психотерапии СПбМАПО, в СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева и в ряде региональных психотерапевтических служб (Екатеринбург, Оренбург, г. Тюмень). Необходимо разработка организационных аспектов супервизии и соответствующих документов МЗ РФ.
5. В связи с постоянно возрастающим значением психотерапевтической помощи и ее интеграцией в общедисциплинарную практику, с ростом числа психотерапевтических методов целесообразно разработать положение об отборе, апробации и внедрении в практику методов психотерапии, показавших свою клиническую эффективность.
6. С учетом активно проводившейся в последние годы разработки научно-методических основ психотерапии, имеющегося огромного практического опыта применения ее методов, с целью дальнейшего развития теории и практики психотерапии рекомендовать МЗ РФ и РАМН обратиться в высшую аттестационную комиссию с предложением о введении психотерапии в число научных специальностей, по которым присваиваются ученые степени и звания.
7. В связи с активным в настоящее время достижением полной и регулярной информации по вопросам психотерапии необходимо создание общероссийского профессионального психотерапевтического журнала.

**В.И. Курпатов, Л.С. Сергеева**



Профессор Бернар Отэ в учебно-научном центре остеопатической медицины МАПО.

# Как мотивировать свой коллектив?

«Краткий и верный путь составить себе состояние — дать людям понять, что им выгодно делать Вам добро», — сказал Лабриер. На этом основывается половина способов мотивации, основанно когда люди уже хотят с Вами работать, и надо только усилить их желание. Вторую половину коллектива составляют те, кто не очень хочет. Тогда действует принцип компромисса: «Я продаю, но продаю дорого».

История работы с мотивацией восходит к очень давним временам. Согласно легендам, воины армии Александра Македонского так хворабрылись потоном для своей семьи (которая отца почти не видят), что не для Вашей команды. Тогда дальше развитие ситуации непредсказуемо, поскольку Вы (или менеджер по персоналу) запустили процесс «я уговорю сам себя». Без мотивационной технологии человек придет к логическому кону: например, в свою семью. Вы хотели именно этого!

Потому лучше пригласить профессионала. Что вас ждет? Вначале — оценка ситуации в коллективе. Это кадровый аудит, проведенный в форме различных ассесмент-технологий: анонимное анкетирование, формализованные интервью, психологические консультации лидера прост: оценить ее у каждого и постараться найти индивидуальный вариант. Особенно, если учесть, что в современном мире классного профессионала зарплата уже сложно уви-

днить, а вот личная благодарность лидеру за добро — совсем другое дело.

Можно нанять менеджера по персоналу, но можно, помимо этого, попытаться разобраться самому. Просто беседовать с сотрудниками, не зная определенных мотивационных технологий, — бессмысленно, а иногда даже вредно. Этот разговор «за жизнь» приятен, но не полезен для усиления мотивации. Вдобавок ко всему, сотрудник в такой приватной беседе может неожиданно даже для себя высказать свои личные мысли, например, о его ценности для своей семьи (которая отца почти не видит), что не для Вашей команды. Тогда дальше развитие ситуации непредсказуемо, поскольку Вы (или менеджер по персоналу) запустили процесс «я уговорю сам себя». Без мотивационной технологии человек придет к логическому кону: например, в свою семью. Вы хотели именно этого!

Потому лучше пригласить профессионала. Что вас ждет? Вначале — оценка ситуации в коллективе. Это кадровый аудит, проведенный в форме различных ассесмент-технологий: анонимное анкетирование, формализованные интервью, психологические консультации лидера прост: оценить ее у каждого и постараться найти индивидуальный вариант. Особенно, если учесть, что в современном мире классного профессионала зарплата уже сложно уви-

днить, а вот личная благодарность лидеру за добро — совсем другое дело.

Можно нанять менеджера по персоналу, но можно, помимо этого, попытаться разобраться самому. Просто беседовать с сотрудниками, не зная определенных мотивационных технологий, — бессмысленно, а иногда даже вредно. Этот разговор «за жизнь» приятен, но не полезен для усиления мотивации. Вдобавок ко всему, сотрудник в такой приватной беседе может неожиданно даже для себя высказать свои личные мысли, например, о его ценности для своей семьи (которая отца почти не видит), что не для Вашей команды. Тогда дальше развитие ситуации непредсказуемо, поскольку Вы (или менеджер по персоналу) запустили процесс «я уговорю сам себя». Без мотивационной технологии человек придет к логическому кону: например, в свою семью. Вы хотели именно этого!

Потому лучше пригласить профессионала. Что вас ждет? Вначале — оценка ситуации в коллективе. Это кадровый аудит, проведенный в форме различных ассесмент-технологий: анонимное анкетирование, формализованные интервью, психологические консультации лидера прост: оценить ее у каждого и постараться найти индивидуальный вариант. Особенно, если учесть, что в современном мире классного профессионала зарплата уже сложно уви-

днить, а вот личная благодарность лидеру за добро — совсем другое дело.

днуть, а вот личная благодарность лидеру за добро — совсем другое дело.

Можно нанять менеджера по персоналу, но можно, помимо этого, попытаться разобраться самому. Просто беседовать с сотрудниками, не зная определенных мотивационных технологий, — бессмысленно, а иногда даже вредно. Этот разговор «за жизнь» приятен, но не полезен для усиления мотивации. Вдобавок ко всему, сотрудник в такой приватной беседе может неожиданно даже для себя высказать свои личные мысли, например, о его ценности для своей семьи (которая отца почти не видит), что не для Вашей команды. Тогда дальше развитие ситуации непредсказуемо, поскольку Вы (или менеджер по персоналу) запустили процесс «я уговорю сам себя». Без мотивационной технологии человек придет к логическому кону: например, в свою семью. Вы хотели именно этого!

Потому лучше пригласить профессионала. Что вас ждет? Вначале — оценка ситуации в коллективе. Это кадровый аудит, проведенный в форме различных ассесмент-технологий: анонимное анкетирование, формализованные интервью, психологические консультации лидера прост: оценить ее у каждого и постараться найти индивидуальный вариант. Особенно, если учесть, что в современном мире классного профессионала зарплата уже сложно уви-

днить, а вот личная благодарность лидеру за добро — совсем другое дело.

Можно нанять менеджера по персоналу, но можно, помимо этого, попытаться разобраться самому. Просто беседовать с сотрудниками, не зная определенных мотивационных технологий, — бессмысленно, а иногда даже вредно. Этот разговор «за жизнь» приятен, но не полезен для усиления мотивации. Вдобавок ко всему, сотрудник в такой приватной беседе может неожиданно даже для себя высказать свои личные мысли, например, о его ценности для своей семьи (которая отца почти не видит), что не для Вашей команды. Тогда дальше развитие ситуации непредсказуемо, поскольку Вы (или менеджер по персоналу) запустили процесс «я уговорю сам себя». Без мотивационной технологии человек придет к логическому кону: например, в свою семью. Вы хотели именно этого!

# Учебно-научный центр остеопатической медицины

Недавно в рамках российско-французского сотрудничества Учебно-научного центра остеопатической медицины МАПО и Свободного остеопатического института Франции был проведен семинар по остеопатии на тему «Гравитарная остеопатическая концепция». Лектор — директор высшей остеопатической школы Монпелье (Франция) Бернар Отэ.

Остеопатология — это наука, которая изучает феномен равновесия человека в пространстве. Она занимается изучением влияния различных факторов (подвижности и положения костей стопы, глазодвигательные мышцы, прикус) на пострепулярный баланс (статику-динамический стереотип), с нарушением которого связаны многие

заболевания опорно-двигательного аппарата.

Знания постурологических аспектов помогают врачам различных специальностей (ортопедам, офтальмологам, ортопедистам, оториноларингологам, ортопедом, неврологам и т.д.) расширить рамки привычной для них диагностики и лечения, связывая клинические проявления с патологией других, подчас отдаленных частей тела.

Рассмотренные профессором Бернаром Отэ аспекты позволяют преподавателям учебно-научного центра остеопатической медицины обогатить свои программы обучения постурологическими знаниями, что, несомненно, благоприятно отразится на подготовке будущих российских остеопатов.

днуть, а вот личная благодарность лидеру за добро — совсем другое дело.

Можно нанять менеджера по персоналу, но можно, помимо этого, попытаться разобраться самому. Просто беседовать с сотрудниками, не зная определенных мотивационных технологий, — бессмысленно, а иногда даже вредно. Этот разговор «за жизнь» приятен, но не полезен для усиления мотивации. Вдобавок ко всему, сотрудник в такой приватной беседе может неожиданно даже для себя высказать свои личные мысли, например, о его ценности для своей семьи (которая отца почти не видит), что не для Вашей команды. Тогда дальше развитие ситуации непредсказуемо, поскольку Вы (или менеджер по персоналу) запустили процесс «я уговорю сам себя». Без мотивационной технологии человек придет к логическому кону: например, в свою семью. Вы хотели именно этого!

Потому лучше пригласить профессионала. Что вас ждет? Вначале — оценка ситуации в коллективе. Это кадровый аудит, проведенный в форме различных ассесмент-технологий: анонимное анкетирование, формализованные интервью, психологические консультации лидера прост: оценить ее у каждого и постараться найти индивидуальный вариант. Особенно, если учесть, что в современном мире классного профессионала зарплата уже сложно уви-

днить, а вот личная благодарность лидеру за добро — совсем другое дело.

Можно нанять менеджера по персоналу, но можно, помимо этого, попытаться разобраться самому. Просто беседовать с сотрудниками, не зная определенных мотивационных технологий, — бессмысленно, а иногда даже вредно. Этот разговор «за жизнь» приятен, но не полезен для усиления мотивации. Вдобавок ко всему, сотрудник в такой приватной беседе может неожиданно даже для себя высказать свои личные мысли, например, о его ценности для своей семьи (которая отца почти не видит), что не для Вашей команды. Тогда дальше развитие ситуации непредсказуемо, поскольку Вы (или менеджер по персоналу) запустили процесс «я уговорю сам себя». Без мотивационной технологии человек придет к логическому кону: например, в свою семью. Вы хотели именно этого!

**Удачи!**

**Т.В. Решетова**

# Современные технологии и информационное обеспечение

## в медицинском образовании

Применение информационных технологий (ИТ) в учебном процессе регламентируется двумя основополагающими приказами: приказом МЗ РФ о создании комиссии по телемедицине и совместным приказом министерства связи, президента Академии наук и руководителя медицинской службы Управления делами президента о создании межведомственной комиссии по российской телемедицине. Это создает прочную правовую базу в развитии телемедицины. В С.-Петербурге реализуется проект в рамках целевой программы развития телемедицинской сети на 2001–2004 гг. Аналогичный проект («Интернет для культуры и здравоохранения г. Великого Новгорода») воплощается в жизнь в Великом Новгороде.

Применение ИТ эффективно для базы данных и знаний, экспертных систем, а также при создании тестов и тестировании с использованием мультимедийного представления информации. Актуальна разработка типовых учебных программ.

Крайне важным является представление данных, являемых с медицинскими приборами в виде, пригодном для машинной обработки и хранения. Решение этой проблемы стало возможным благодаря кооперации специалистов различного профиля и медроботников. Итогом взаимодействия стало не только создание мультимедийной учебной базы данных, но и появление возможности трансляции в учебные комнаты процесса хирургических операций.

Весьма интересны варианты применения ИТ в учебном процессе отдельных кафедр академии. ИТ играют исключительную роль при создании и постоянном пополнении базы литературных данных, оказывают существенное влияние на дизайн научно-исследовательской работы. Так, кафедра детской травматологии и ортопедии ставит перед собой задачу построения глобальной модели организма человека по разделу детской травматологии. Кафедра оперативной хирургии с 1994 г. занимается трехмерным моделированием анатомических областей человека. Сейчас реализуется программа «Топографическая анатомия и оперативная хирургия».

Основные задачи развития телемедицины в МАПО сводятся к обеспечению высокоскоростного режима приема и передачи информации; приобретению сетевого оборудования и специализированной медицинской аппаратуры, имеющей интерфейсы сопряжения со средствами вычислительной техники; развитию структуры локальных сетей в главном корпусе академии и в ее филиалах. При этом требуется решение фи-

нансовых и организационно-технических вопросов.

Несмотря на широкую сферу применения ИТ в учебном процессе, ожидания по отношению к ним несколько завышены. При использовании телемедицины нет живой связи с обучаемыми. Но современные ИТ могут значительно усилить эмоциональное и психологическое воздействие за счет использования мультимедийных возможностей.

Эффективность телемедицины может быть рассмотрена с двух точек зрения. Во-первых, экономической. Окажется, что при нагрузке менее 56 вызовов в год выгодно оплатить проезд пациента к специалисту. А при нагрузке более 325 пациентов в год — оплатить проезд специалиста. Диапазон от 56 до 325 пациентов и есть тот «коридор», где телемедицина эффективна. Другим аспектом эффективности телемедицины является информационная стоимость связи «пациент — специалист». Самые дорогие способы (двухстороннее цветное телевидение) по информативности не дают заметного выигрыша по сравнению с самыми простыми (обычная двухсторонняя телефонная связь). Но экономические затраты различаются на порядки.

Для развития телемедицины необходимо применение более дешевых методов, а также использование дистанционного консультирования и, наконец, предоставление информационных ресурсов. К последним относятся Internet, а также электронные справочники — карманные и мобильные. Карманные компьютеры серии Palm содержат данные о симптомах, рецептурах и т.д.

Телемедицина должна быть ориентирована на определенный круг потребителей. На Западе ими являются врачи общей практики. Именно для них телемедицина экономически эффективна. В нашей же стране необходимо формировать эту среду, обращая внимание на все взаимосвязанные компоненты самой телемедицины.

Информационные технологии предоставляют широкие возможности по совершенствованию учебного процесса. В мире уже существуют виртуальные университеты, где можно получить образование по многим специальностям.

В конференции приняли участие: профессор А.О. Сотников (СПбГУ им. проф. М.А. Бонч-Бруевича), доцент С.В. Байдо (университет им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород), профессора МАПО А.П. Щербо, А.Г. Бандауршвили, А.А. Лойт, д-р мед. наук С.Л. Плавинский, доценты Ю.П. Сердюков, О.А. Клищенко и др.

Ю.П. Сердюков

Тема, затронутая автором (проф. Е.И. Кальченко, кафедра социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением), актуальна и многогранна. Это статья — приглашение к дискуссии, прежде всего главных специалистов комитета по здравоохранению, заведующих кафедрами академии и всех заинтересованных сотрудников.

# Осторожно, лекарства!

В государственный реестр лекарственных средств МЗ РФ (2000 г.) включено 2000 отечественных и 6000 зарубежных лекарственных препаратов, разрешенных для медицинского применения (М. Машковский, 2001 г.). Это в 2,4 раза больше, чем в 1992 г. А здоровье народа ухудшается. В России в настоящее время 60 % лекарств в аптеках абсолютно бесполезны (акад. Ю. Лопухин, 2000 г.). «В России меня поразило, что врачи прописывают больным намного больше лекарств, чем на Западе. Причем очень часто эти лекарства дороги, но не эффективны. Современная концепция доказательной медицины массе российских врачей просто незнакома. Мы же придаем ей огромное значение, потому что работаем в условиях сильного давления финансовых ограничений...», — это точка зрения одного из ведущих британских нейробиологов Г. Марша, который в 1998 г. посетил ряд клиник в Москве и С.-Петербурге.

Доля расходов на лекарства в общем объеме финансирования здравоохранения в нашей стране значительно выше, чем в развитых странах. Почему это происходит? кому выгода лекарственная агрессия против нашего народа? Один из уважаемых академиком РАМН завял корреспонденту газеты «Аргументы и факты»: «Я утверждаю, что в стране действует лекарственная мафия... Я мог бы привести и примеры, и фамилии, но мне почему-то еще хочется жить...».

Усилиями международного фармацевтического бизнеса при попустительстве, отнюдь не бескорыстном, чиновников от здравоохранения «посажено на лекарственную иглу» не только наш народ, но имеющий иммунитет против рекламного обольщения, но и большая часть врачей страны.

Производители лекарственных средств в конкурентной борьбе не брезгают никакими средствами. Рек-

Кафедре клинической лабораторной диагностики — 75 лет

# Об истории кафедры

С самого начала существования Императорского клинического института проводилась подготовка врачей по клинической лабораторной диагностике. Это были отдельные курсы на кафедре терапии и воскресные циклы для врачей. Проф. М.И. Афанасьев читал курс «Практические занятия по клинической микроскопии и бактериологии», проф. Д.Л. Романовский — аналогичный курс по паразитологии.

В 1926 г. в институте была организована первая в системе институтов усовершенствования врачей кафедра биологической химии. Ее организатором и руководителем с 1926 по 1939 г. был один из крупнейших советских патологов — Е.С. Лондон. Он уделял много внимания разработке и внедрению в практику клинико-диагностических лабораторий новых методов анализа. Коллектив кафедры в 1927 г. опубликовал одно из первых отечественных руководств в этой области — «Микротомы химического исследования крови».

После смерти Е.С. Лондона кафедру биохимии возглавляла с 1939 по 1948 гг. проф. Ю.М. Фейттер. В дни блокады Ленинграда кафедра вела занятия с врачами клинико-диагностических лабораторий военных госпиталей. Продолжалась и научная деятельность. В сотрудничестве с кафедрами терапии и хирургии изучались алиментарная дистрофия, авитаминозы, блокадная гипертония, язвенная болезнь и др.



Профессор Е.С. Лондон.

С 1952 по 1958 гг. в состав кафедр входил курс клинической лабораторной диагностики, преподавание на котором было возобновлено в 1976 г. После смерти В.С. Ильина кафедрой в течение 15 лет возглавлял проф. Р.А. Зарембский. Он был инициатором организации выездных циклов в различные регионы страны. Были существенно обновлены учебные планы и программы циклов тематического усовершенствования. Стали проводиться специализированные циклы «Лабораторная диагностика неотложных состояний», «Биохимические основы патогенеза и диагностики заболеваний», семинары по обмену опытом работы и научно-практические конференции.

С 1991 г. кафедрой руководит проф. А. В. Козлов. Научно-исследовательская работа посвящена изучению влияния нервной трофики, гормонов, биологически активных пептидов на клеточный метаболизм в норме и при патологических состояниях, вопросам организации лабораторной службы. В 1998 г. на кафедре открылось первое в стране отделение лабораторной иммунологии. В учебном процессе широко используются тестовые компьютерные программы для слушателей циклов тематического усовершенствования по всем разделам клинической лабораторной диагностики.

А.В. Козлов

# Основные направления деятельности и проблемы в работе МАПО в 2002 г.

(из доклада ректора МАПО проф. Н.А. Белкова на ученом совете 22 февраля 2002 г.)

Продолжение, начало на стр. 1

ордиаторов с открытием новых классов для освоения мануальных навыков.

Один из стимулов для продвижения на мировой уровень — публикация хороших книг и статей в признанных журналах. Многие годы на всех уровнях обращалось внимание на то, что литературы выпускается очень много, но часть ее остается неизвестной широкой публике. Жизнь требует от нас развития издательского дела. Проф. Т.Н. Трофимова заканчивает регистрацию «Издательского дома МАПО», который позволит реализовать новые проекты. Нам необходимо максимально активизировать работу по получению для изданий грифов УМО или МЗ РФ. Надо свести к минимуму публикации в сборниках, т.к. это нерентабельно и малоэффективно.

Среди 13 петербургских журналов, которые вошли в число изданий, рекомендуемых ВАК для публикаций материалов докторских диссертаций, 4 жур-

нала выпускаются в МАПО, один из них — совместно с институтом скорой помощи имени И.И. Джанелидзе (табл. 5).

К сожалению, мы не в полной мере используем возможности информационных технологий. Нужно активизировать работу в сети Интернет, в том числе по программе дистанционного обучения. Также важно создание новых сайтов, формирование электронных версий журналов и методических пособий.

Необходимо думать о духовном развитии сотрудников, о формировании корпоративной культуры. Мы продолжаем начатый 7 лет назад проект по возрождению культурного наследия академии. Скоро наши сотрудники увидят фотоальбом. Выходит второй том истории — «Ленинградский институт усовершенствования врачей. Были заказы на портрет проф. Владимира Андреевича Опеля и мемориальная доска. Мы хотим также издать его биографию. Будет завершена работа над иконой «Еле-

на и Константин с житием». Закончены росписи в алтаре домового храма. Это первый проект, который целиком финансировался нашими кафедральными коллективами: в данном случае кафедра медицинской косметологии полностью оплатила роспись из внебюджетных средств.

И, наконец, несколько юбилейных дат этого года:

- 150 лет со дня рождения директора и хирурга Густава Фердинандовича Тилинга (май);
- 100 лет со дня рождения проф. Павла Николаевича Кашкина (июнь);
- 175 лет со дня рождения Великой княгини Екатерины Михайловны (сентябрь);
- 130 лет со дня рождения хирурга проф. Владимира Андреевича Опеля (декабрь).

Определены официальные докладчики (А.Е. Борисов, Н.В. Васильева, Т.Н. Трофимова, А.И. Шугаев, В.И. Буравцов).



Лекцию читает Клас Ортендаль.

# Зимняя школа — новый успех

Вторая зимняя школа общественного здравоохранения, организованная Восточно-Европейским комитетом Швеции и институтом общественного здравоохранения СПБМАПО, была посвящена вопросам экономики и управления в здравоохранении. Значительно расширилась география представительства участников. Среди них были организаторы здравоохранения, преподаватели вузов, экономисты не только из Северо-Западного региона, но и из Центральной России.

Зарубежных преподавателей на этот раз было меньше. Интерес вызвала информация о национальных системах здравоохранения, способах их финансирования, стратегическом менеджменте. Эти лекции отражали мировой опыт в его историческом аспекте и современной аналитической интерпретации. Примеры запомнились: если нет здоровой рабочей силы, то экономический рост будет крайне мал. Так, производство чая в тех районах, где имеется малярия, на 60 % меньше, чем там, где его нет.

Участникам нравились деловые игры, которые помогали генерировать идеи и выбирать приоритеты.

В здравоохранении никогда не будет достаточно денег. Когда-то профессор Нельсон, Нобелевский лауреат по эко-

альный тип системы здравоохранения. Есть взаимосвязь между здоровьем и богатством, и это превращает изучение здоровья в отдельное направление экономической теории. Шведский политик учил, как можно регулировать накопление денег с помощью макроэкономических контрольных рычагов: «Если для страны со средним доходом (как Россия) расходы на здравоохранение будут доведены до уровня европейских стран, то появится макроэкономический дисбаланс, и деньги превратятся в ничто. Увеличение расходов и вкладывание денег в неэффективную систему приведет к консервации ее неэффективности. Надо освободить ресурсы для повышения эффективности системы. Но пока в России нет показателей качества работы здравоохранения, оно будет неэффективным».

Россия уникальна по масштабу проблемы, стоящих перед медициной. «Российский парадокс» в том, что при больших затратах в системе здравоохранения — такие плохие результаты. В нашей стране чрезмерное использование ресурсов в здравоохранении сочетается с отсутствием оценки результатов (в медицинской статистике нет показателя качества). Система оценки качества технологий позволяет повышать доступность и качество, снижая при этом затратность. В Швеции Агентство по оценке технологий в здравоохранении оценивает экономическую эффективность разных диагностических и терапевтических вмешательств. В формулу ее расчета закладываются годы сохраненной качественной жизни. Ежегодно правительство и окружные советы распределяют ресурсы для поддержки Национальных регистров качества здравоохранения. Регистры дают возможность знать конечный результат и сравнить свои результаты с национальным средним уровнем стандартом.

Участие представителей разных регионов позволило укрепить связи внутри ассоциации школ общественного здравоохранения. В нее входят Московская, Тверская, Челябинская школы общественного здравоохранения, а также институт общественного здравоохранения при СПбМАПО.

Участники школы отметили высокий организационный уровень и европейский стиль преподавания в С.-Петербурге. Многие уже в ближайшее время смогут использовать полученные знания на практике. Впереди — летняя школа.

С.Л. Акимова

# «Центр по оценке технологий в здравоохранении»

В МАПО работает научно-исследовательская лаборатория «Центр по оценке технологий в здравоохранении» (научный руководитель — д-р мед. наук С.Л. Плавинский). Ее целью является развитие медицины, основанной на доказательных методах, и оценка технологий в здравоохранении. Лаборатория занимается обучением врачей и администраторов, выполняет систематические обзоры, разрабатывает методологию вторичного анализа литературных данных и т.д. Планируется выпуск в одном из печатных изданий МАПО серии коротких критических обзоров РОЕМ (англ. — «пациент-ориентированных доказательств, которые важны для выбора тактики лечения», а также продолжение публикации методических пособий серии «Основы доказательной медицины»; публикации мета-аналитических работ; продолжение исследовательской работы по развитию методов вторичного анализа данных; организация и проведение цик-

лов обучения по научно-доказательной медицине на русском языке; проведение семинаров для руководителей здравоохранения; выполнение работ по оценке эффективности включаемых в формуляры лекарственных средств. Опубликованы два методических пособия по проведению мета-анализа и теории принятия решений в медицине. Занятия по основам научно-доказательной медицины включены в циклы обучения аспирантов.

Соб. корр.

# Обмен идеями соединяет...

Российско-норвежский семинар по практике рабочей группы ЗППП (английском языке, оказался очень полезным для врачей общей практики. Они участвовали в обсуждении и разработке тех рекомендаций, по которым им предстоит работать. Рекомендации по лечению больных с ЗППП существуют в России в инструкциях и приказах министерства здравоохранения. Как правило, они не включают ссылки на данные литературы и степень доказательности. Очень часто эффективность используемых методов лечения не подтверждается клиническими исследованиями. На семинаре обсуждалась необходимость унифицированной политики подходов к диагностике и лечению пациентов с ЗППП.

Норвежские коллеги были удивлены, услышав, что в нашей стране — столь высокие цифры ЗППП, а также то, что здесь можно покупать антибиотики без рецепта, и что в России нет научных данных о том, что презервативы — эффективны. В Норвегии 10 лет назад вложили средства в профилактику ЗППП и добились потрясающих результатов.

Много информации участники семинара узнали друг о друге в процессе общения: у норвежского врача общей практики рабочий день длится с 8.00 до 17.00 часов, за это время удается принять от 20 до 24 пациентов. Врач-мужчина в Норвегии не имеет права проводить гинекологический осмотр (это делает его помощница-акушерка).

Норвежские коллеги высоко оценили совместную деятельность на семинаре:

- «Мы «благодарны» инфекционному лечению, которые дали возможность нам здесь встретиться».
- «Это — другой опыт, познакомиться с которым очень полезно».
- «Проект дает шанс лучше узнать друг друга».
- «Интересно наблюдать совместную работу российских врачей общей практики со специалистами по выработке клинических рекомендаций, и очень важно, что в проект вовлечены молодые врачи МАПО, которые будут развивать это направление».

Семинар завершился трогательным фуршетом, на котором царил добрый атмосфера взаимопонимания. В исполнении иностранных гостей прозвучали гимн Норвегии и национальные лирические песни. Расставались с надеждой продолжить дружбу и сотрудничество.

Соб. корр.



Норвежские и российские участники семинара.



Соб. корр.

# Российско-норвежский семинар по ЗППП

Продолжается сотрудничество МАПО и Национального института общественного здравоохранения Норвегии. Очередным этапом этого трехлетнего проекта стал визит норвежской делегации в С.-Петербург. Норвежские коллеги приняли участие в конференции, на которой обсуждались первые итоги работы российской рабочей группы над созданием клинических рекомендаций по диагностике и лечению заболеваний, передающихся половым путем. С большим интересом были восприняты представленные результаты исследования, проведенного сотрудниками кафедры се-

мейной медицины Е.В. Регушевской в рамках программы «Женское здоровье». По словам главы норвежской делегации Йона Хилмара Иверсена, большое впечатление на него произвело то, в какие короткие сроки сотрудники МАПО смогли составить клинические рекомендации на русском языке для основных инфекций, передающихся половым путем. Как представитель Task Force, Йон Хилмар высоко оценил работу, проделанную российскими участниками проекта. Итогом встречи стало обсуждение новых проектов для будущего сотрудничества, а также вопросов подготовки к предстоящей совместной конференции в мае 2002 г.

А.В. Леонтьев

# Хлопинские чтения

г.), ныне — кафедра медицинской экологии Г.В. Хлопина СПбМАПО.

На «Хлопинских чтениях» объединяются усилия профилактической и лечебной медицины для достижения общей цели — укрепления здоровья населения, которое напрямую зависит от экологических и социальных факторов. О роли последних в развитии эпидемиологического процесса заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), говорил проф. С.С. Першин. Результаты исследований, проведенные в С.-Петербурге и в Смоленском регионе страны, показали, что суммарный уровень заболеваемости сифилисом, гонореей и другими ЗППП уступает лишь показателям наиболее массовых инфекций — гриппа и ОРВИ. С 2000 г. показатели инфицированности петербургских ВИЧ стабильно превышают аналогичные данные по стране. Главной причиной этого — это комплексная межсекторальная проблема. При этом важна забота не только врачей, но также семьи и общества в целом.

Проф. А.Ю. Барановский, зав. кафедрой гастроэнтерологии и диетологии, отметил, что многоцентровое комплексное исследование по проблемам нарушения эндоэкологии кишечника при различной соматической патологии в Северо-Западном регионе России позволило оптимизировать диагностический поиск и методы выявления кишечного дисбиоза.

На конференции прозвучали также интересные доклады А.Л. Зельдина, Н.С. Шляхтенко, Е.В. Фроловой, Ю.А. Кротова, М.И. Михеева.

В выступлениях аспирантки А.А. Васькиной (МАПО) и научно-лечебный центр Комитета ветеранов подразделения



Профессор Г.В. Хлопин.

особого риска (ПОР) на тему «Клинические особенности дерматозитов, протекающих в отдаленные сроки, у испытателей ядерного оружия на Тошском полигоне» было отмечено, что воздействие ионизирующей радиации на организм в малых дозах приводит к иммунологическим изменениям у ветеранов ПОР в отдаленный период после радиационного воздействия.

Конференция оказалась полезной для врачей всех специальностей.

А.В. Кипич

«Это была полезная командировка, которая позволила представить состояние и динамику развития остеопатии во Франции, оценить проблемы, связанные с взаимодействием алопатической и остеопатической школ, познакомиться с особенностями преподавания остеопатии. Четкая система подготовки и согласование на уровне САФ учебных программ дают возможность стандартизации и объективизации обучения. Остеопаты Франции прошли 30-летний путь становления и утверждения своей специальности. Было приятно осознавать, что молодых остеопатов МАПО Д.Е. Мохова и И.А. Егорову французские коллеги воспринимают как профессионалов высшего уровня и строят свои отношения с пониманием всего комплекса проблем, существующих в российском обществе. Наметились и реализуется нужная и интересная программа, в которую много сил вкладывает коллектив остеопатического центра МАПО при административной курации первого проректора проф. А.П. Щербо».

Ректор МАПО проф. Н.А. Беляков

# Российско-французская встреча

В рамках российско-французского сотрудничества в Париже и Канне в конце декабря 2001 г. состоялась встреча ректора МАПО проф. Н.А. Белякова, первого проректора проф. А.П. Щербо, руководителя Учебно-научного центра остеопатической медицины Д.Е. Мохова и преподавателя остеопатии И.А. Егоровой с французскими специалистами: Роже Капоросси (директором высшей остеопатической школы в Париже, вице-президентом САФ), Марком Базетто (директором высшей остеопатической школы в Канне, президентом САФ), Мишелем Кокья (директором высшей остеопатической школы в Марселе), Бернарном Отэ (генеральным секретарем САФ), Даниэлем Сервексом (президентом регистра докторов остеопатии Франции), Бернарном Варком (генеральным секретарем регистра докторов остеопатии Франции), Жаном-Кол Буше (вице-президентом ассоциации остеопатов Франции).

Программа встречи включала знакомство с высшей остеопатической школой в Париже: посещение учебных классов, клиники; общение с преподавателями и студентами. В беседе со студентами школы были подняты вопросы о мотивации в изучении остеопатии, о профессии родителей. На вопрос проф. Н.А. Белякова: «У кого из вас родители —

врачи?» — многие студенты поднимали руки. На вопрос: «Разочаровался ли кто-либо в профессии остеопата в процессе обучения?» — студенты ответили единодушным «нет».

Структура организации остеопатии во Франции включает в себя несколько составляющих:

- САФ (совет ректоров высших остеопатических школ Франции) — осуществляет руководство остеопатическим образованием во Франции — как додипломным, так и последипломным, в его компетенцию входит аккредитация всех остеопатических школ и организация государственных экзаменов на звание доктор остеопатии (Д.О.).
- ROF (регистр остеопатов Франции) — руководит Государственной процедурой регистрации диплома доктора остеопатии (Д.О.) с выдачей лицензии на право работы. В функции ROF входят: контроль за этикой и деятельностью государством за безопасностью пациентов.
- AOF (академия остеопатии Франции) — структура, контролирующая научную деятельность остеопатии.
- AFDO (ассоциация остеопатов Франции) — профсоюзная организация, которая регистрирует остеопатов, входящих в регистр и защищает их профессиональные интересы.

• UFOF (федеральный остеопатический совет) — объединяет практикующих врачей, не имеющих диплома Д.О.

Все эти структуры, кроме UFOF, входят в национальный совет при министерстве здравоохранения Франции.

Образование по остеопатии во Франции универсальное, т.е. состоит из 3 циклов (1-й — 2 года; 2-й — 3 года; 3-й — минимум 1 год). В общей сложности — 6-10 лет. Парамедицинские специальности — 3 года. Остеопатия признается государством только при самостоятельном шестилетнем образовании во избежание последующей зависимости от аллопатического диагноза. Ни в одной стране мира остеопаты не работают под руководством аллопатов. Для того чтобы иностранец мог работать остеопатом во Франции, он должен иметь диплом, соответствующий французским нормам образования, и обязательное членство в регистре.

Совет ректоров (CAF) объединяет 15 школ Франции. Некоторые из этих школ ведут обучение после получения степени бакалавра, другие — после получения медицинского диплома. Но в конце обучения все получают одинаковый диплом доктора остеопатии и практикуют только остеопатию. В CAF есть административный совет — президент Марк Боззетто. Есть два вице-президента: Роже Капоросси и Андре Ратио. Генеральный секретарь академического совета — Бернар Отэ. Этот совет управляет различными группами. Есть педагогический совет, который определяет условия преподавания, и он же занимается аккредитацией французских школ, что подтверждается регистром. Во Франции они не получают аккредитацию ни в совете, ни в регистре докторов остеопатии. CAF имеет и другие



На приеме у мэра г. Канна (Франция); слева направо: А.П. Щербо, Н.А. Беляков, переводчица Л. Носса, мэр г. Канна Б. Росши, Марк Боззетто, Роже Капоросси.

структуры, например, комиссии по последипломному образованию и по дипломным работам, по государственным экзаменам (в школах экзамены принимают не преподаватели этих школ, а профессора, получившие аккредитацию в САФ), юридическая комиссия и т.д.

Французский диплом по остеопатии — диплом 3-го цикла — это звание доктора остеопатии, т.е. полноценный аналог высшего медицинского образования. Для того чтобы получить этот диплом во Франции, можно пойти двумя путями: после бакалавра — в течение 6 лет (5250 ч университетской программы) или после медицинского диплома — в течение 4 лет (3250 ч университетской программы). В этом отличие от ситуации в России. Теперь, когда остеопатия во Франции признана, САФ предлагает ввести вступительные экзамены и подготовительные курсы. Вводятся квоты: 90 % мест в конкурсе будет отведено для бакалавров и только 10 % — для врачей (так же, как и во всем мире).

Остеопатия во Франции была признана как специфическая профессия 4 октября 2001 г. В параграфе 178 статьи 53 закона Франции о здравоохранении и правах больных определен правовой статус остеопатии. С этого момента европейское образование по остеопатии не может быть получено менее чем за 6 лет (после бакалавра) или 3250 ч после М.Д.

Представители других мануальных профессий могут «доучиваться» в области остеопатии, принимая во внимание, что остеопатия — более широкая (хотя и специфическая) область медицинского знания, его практического приложе-

ния и своеобразного философского подхода.

Российская делегация была принята мэром города Канна. По его просьбе ректор МАПО Н.А. Беляков дал интервью для радио Канна. Он подчеркнул, что необходимо развивать в России остеопатию.

На встрече обсуждались перспективы сотрудничества Учебно-научного центра остеопатической медицины СПбМАПО и Свободного института остеопатии Франции, в который входят высшие остеопатические школы Парижа, Нишцы, Марселя и Тулузы. Рассматривались также вопросы преподавания остеопатии в России. Было принято решение о принятии европейских норм обучения российских врачей по 3-летней программе (3000 ч). Программа рассчитана на совместное российско-французское преподавание в течение 2 лет. Большое внимание было уделено совместным научным проектам. Были достигнуты договоренности по поводу совместных публикаций и сотрудничества на уровне научных журналов, а также о совместном проведении симпозиумов и конференций.

В июне-июле 2002 г. в С.-Петербурге состоится первая международная конференция на тему: «Преподавание остеопатии в России. Состояние вопроса и перспективы». В июне-июле 2003 г. предполагается проведение международного симпозиума по остеопатии, по стурологии и ортодонтии в рамках научного сотрудничества с Лилльским университетом (ведущий институт в области стоматологии и ортодонтии во Франции) и стоматологическими институтами Италии (Турин, Неаполь).

**Д.Е. Мохов, И.А. Егорова**



Рабочая дискуссия.

Святой великомученик Пантелеимон принадлежит к числу тех угодников Божиих, которые сочетали дар чудесного целительства недугов с глубоким знанием медицинского искусства, и потому он справедливо почитается небесным покровителем всех врачей. Святой родился, жил и принял мученический венец в Вифинской стране, на берегу Мраморного моря, в городе Никомидии (ныне турецкий город Измит). Отец его, Евсторгий, был знатным и богатым язычником и усердно поклонялся идолам, мать же, Еввула, была христианкой. При рождении младенца нарекли Пантолеоном, что значит «во всем лев», ибо предполагалось, что он будет мужественным, подобно льву. Впоследствии святой получил имя Пантелеином, т.е. «всемирнолюбивый», потому что он всем оказывал милосердие, без платы лечил больных и щедрой рукой подавал милостыню нищим. Мать стремилась воспитать сына в истинной христианской вере, но рано отошла ко Господу, оставив Пантолеона юным ортодоксом. С этого времени сын пошел по стопам отца и утверждался в его нечестии. Познав основы внешнего лубомудрия в грамматической школе, от-

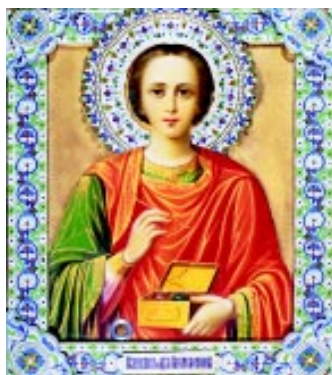
# О Св. Пантелеимоне

рожденный был отдан отцом в обучение к славному в то время врачу Евфросину, у которого способный ученик быстро превзошел всех своих сверстников. Кроме способностей, он отличался добрым поведением, красноречием, красотой и на всех производил приятное впечатление. Евфросин часто в сопровождении отрока Пантолеона приходил во дворец к царю Максимилиану и пользовался всех своим искусством. Обратив внимание на необычного отрока, царь пожелал сделать его придворным врачом.

Путь Пантолеона в медицинскую школу лежал вблизи убежища скрывавшегося от гонений на христиан пресвитера Ермолая. Несколько бесед с ним расположили Пантолеона к забытой им вере, в которой наставляла его покойная мать. Однажды он увидел умершего укусом ехидны ребенка. Желая испытать силу молитвы, он призвал Бога и воскресил дитя. После этого чуда Пантолеон принял крещение и открыто проповедовал слово Божие. По смерти отца, которого он обратил в христианство, святой

раздал неимущим его богатое имение. Он посещал заключенных в темницах, нищих и убогих больных, всех наделял милостыней и подавал им еще более ценный дар — телесное здоровье, исцеляя их не только аптекарским искусством, но, прежде всего, призыванием имени Иисуса Христа. При этом Пантолеон никогда не брал платы. Многие болящие, потерявшие надежду на выздоровление, направлялись к святому, и никто не уходил от него неисцеленным. Слава дивного врача-бессребренника вызвала лютую зависть прочих медиков, которые донесли царю, что Пантолеон проповедует преследовавшееся тогда христианство. Призвав святого, царь пытался льстивыми речами склонить его к язычеству, но все старания его были тщетны. Святой предложил царю найти человека, лежащего на одре смертельной болезни, и повелеть жрецам излечить его при помощи идолов. Тогда был принесен расслабленный (парализованный) в течение многих лет. Жрецы усердно призывали своих лжебогов, но больной по-прежнему не

был способен шевельнуть ни одним членом. Святой же взял его за руку и сказал: «Во имя Господа Иисуса Христа, встань и будь здоров!» Больной тотчас встал, почувствовав крепость во всем теле, и отправился в дом свой, радуясь и славя Бога. Многие, видевшие это чудо, уверовали, но посяранные жрецы требовали казни святого. Пантолеон отверг все предложения царя принести жертвы идолам и, претерпев страшные мучения, был усечен мечом. Это произошло 27 июля 305 года. Пред самой казнью с него был слышен Божий глас, нарекавший его Пантелеимоном, таким образом явно сообщая ему благодать милостью всех прибегающих к нему. Святые мощи Пантелеимона доныне пребывают нетленными, и едва ли возможно перечислить все чудеса, явленные от них в течение 17 веков. Честная глава мученика находится в русском Пантелеимоновом монастыре на Афоне и дважды уже при-



возилась иноками в Россию, где всегда особенно почитали великомученика. Летом 2000 г. святыня посетила и град на Неве. Тысячи петербуржцев и паломников поклонялись святым мощам и молились за себя и своих ближних об исцелении.

**С.Н. Тутолмин**