



Учредитель Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Медицинская микология на новом этапе

Медицинская микология, или микология человека, является наукой о медицински значимых макро- и микроскопических грибах. Вызываемые ими патологические процессы — микозы — могут быть поверхностными и глубокими, острыми и хроническими, первичными и вторичными; к ним следует добавить микотоксикозы и микоаллергозы. Среди грибов известны особо опасные возбудители заболеваний, условные патогены и неблезнетворные виды (сапробы); первые могут вызвать заболевание у лиц с нормальным иммунитетом, вторые — при наличии иммунодефицита, грибы-сапробы способны быть экзоаллергенами.

За последние 30 лет возросла роль микроскопических грибов (микроспорицетов) в патологии человека, что связано с изменением условий жизни людей — ухудшением питания значительных слоев населения; снижением санитарного состояния в местах их проживания; увеличением травматизма, особенно транспортного; а также в результате природных катаклизмов, терроризма и войн, принуждающими большие массы людей покидать обжитые территории. Немаловажную роль отводят и внедрению новых медицинских технологий, повысивших эффективность лечения больных с бактериальными и вирусными заболеваниями, возбудители которых вместе с представителями нормобиоты как бы освобождают поле деятельности для заселения и развития микроспорицетов — патогенов.

Несостоятельность иммунитета у пациентов — основная причина роста частоты внутрибольничных микозов. В акушерстве и гинекологии, гастроэнтерологии, гематологии на грибковые заболевания приходится 3—15% патологии. Обычно диагноз ставится с запозданием. Летальность при инвазивном кандидозе в Европе составляет 27—55%, в Петербурге — 49%. При аспергиллезе, зигмикозах, фузариозе и ряде других микозов летальность ещё выше. У реципиентов аллогенных трансплантатов костного мозга микозы стали основной причиной летальных исходов.

В России до сих пор отсутствовала подготовка сертифицированных специалистов — врачей-микологов, а врачи других специальностей не имели необходимой подготовки в области медицинской микологии. По нашей инициативе и при поддержке руководства СПбМАПО в 2002 г. был подготовлен пакет необходимых документов и обращение к Совету по кадровой политике Минздрава РФ рассмотреть вопрос о введении в номенклатуру специальностей в учреждениях здравоохранения РФ специальности «медицинская микология». Совет рассмотрел и предварительно одобрил представленные материалы по дисциплинам «лабораторная микология» (30.10.02) и «клиническая микология» (22.01.03). Одобренные Советом документы стали базой для приказов № 115 и № 116 МЗ РФ. Первым из них — «О внесении дополнений в приказ Минздрава РФ от 27.08.1999 г. № 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» — введены две специальности в качестве основных: 040128 «клиническая микология» и 040129 (040309) «лабораторная микология». Последняя задействована и в ряду медико-профилактических дисциплин (специальность 040309). Вторым приказом (№ 116) утверждены положения об



Директор НИИ медицинской микологии Н.В. Васильева и зам. директора по научной работе профессор Н.П. Елинов.

организации деятельности врача-клинического миколога и врача-лабораторного миколога.

На шестых «Кашкинских чтениях» 25–26 июня 2003 г. приказы МЗ РФ были доведены до сведения участников научно-практической конференции по медицинской микологии. Также были рассмотрены основные пути организации микологической службы в России. Более того, отдельные докладчики уже приступили к начальным этапам реализации вышеназванных приказов на практике.



НИИ медицинской микологии

На кафедре клинической микологии, аллергологии и иммунологии СПбМАПО накоплен достаточный опыт подготовки врачей различных специальностей по клинической микологии и здесь сотрудникам кафедры потребуется меньше усилий в организации и совершенствовании педагогического процесса, чем это необходимо сделать применительно к лабораторной микологии для подготовки врачей-лабораторных микологов. И если в первом случае необходима доработка и/или переработка учебных программ для врачей в целях их сертифицированной переподготовки, чтобы они могли получить сертификат специалиста по клинической микологии, то применительно к специальности «лабораторная микология» необходима объёмная и денежно-затратная работа, начиная с выделения аудиторного помещения, его капитального ремонта и оснащения современными приборами, демонстрационной учебной техникой, вспомогательными материалами (лабораторные столы с подводом ламинарного потока стерильного воздуха, воды, электричества; микроскопы, штативы; реактивы и красители, органические растворители, лекарственные средства, антисептики и дезинфектанты, автоклав, сушильные шкафы

для «сухой» стерилизации стеклянных и металлических изделий и т.д.). Уже начат ремонт помещений для учебно-го процесса.

Кроме того, необходима разработка современных учебных программ, по которым следует готовить высокопрофессиональных сертифицированных лабораторных микологов, а также создание учебно-методических пособий, учебников. В материалах, подготовленных Н.П. Елиновым и одобренных в Минздраве РФ, содержатся базовые учебные программы и учебные планы, которые можно совершенствовать и пересматривать с учётом достижений в медицинской микологии на современном этапе.

Мы благодарим ректорат МАПО за поддержку и верим в то, что в этом учебном году в академии начнутся учебные занятия по лабораторной микологии. Курс лабораторной микологии ныне присоединён к кафедре клинической микологии, аллергологии и иммунологии. Очевидно, что название данной кафедры становится слишком громоздким и надо подумать об оптимальном её наименовании (например, кафедра клинической и лабораторной микологии).

Фактически Россия, Минздрав РФ, СПбМАПО впервые в мире реально приняли к исполнению резолюцию 13-й Генеральной Ассамблеи Международного общества по медицинской и ветеринарной микологии (Италия, 1997), прежде всего — её четвёртый пункт: «Установить и признать чёткий статус для медицинской микологии как дисциплины со своей организационной и бюджетной независимостью от других ветвей медицинской микробиологии, таких как бактериология, паразитология и вирусология. Это важно для гарантии постоянной, возрастающей и продуктивной помощи самого высокого стандарта пациентам с угрожающим жизни грибковым заболеванием».

Н.В. Васильева
Н.П. Елинов

Лидер и лидерство

(по материалам книги Система образования и подготовка преподавателей. — Т. I / Под ред. Н.А. Белякова, А.П. Щербо. — СПб: СПбМАПО, 2002. — 480 с.)

Лидеры занимают особое место в каждом обществе или сообществе, они во многом определяют успех и пути развития. От масштаба лидера зависит, оказывает ли он влияние на судьбы отдельного коллектива или всего человечества.

Для каждого руководителя одной из главных задач является кадровая политика, важным элементом которой является воспитание сотрудников и выбор наиболее достойных специалистов, которые могут стать формальными и неформальными лидерами.

Исходя из определения Б.Д. Парыгина, «лидер — это член команды, который спонтанно выдвигается на роль неофициального руководителя, чтобы обеспечить организацию совместной деятельности для успешного достижения общей цели», — единственное отличие между лидером и руководителем — «спонтанность» и «неофициальность». Тот и другой решают одну задачу, но с различной степенью ответственности и с использованием разных возможностей. Для успешной работы коллектива в большинстве случаев оптимально слияние лидера и руководителя, когда суммируются высокая личная инициативность и возможность использования административных механизмов для достижения цели. В таком случае неформальный лидер делает административную карьеру и становится формальным лидером-руководителем.

В жизни каждого лидера (руководителя) можно выделить три жизненных этапа: становление, апогей реализации своих возможностей и уход с «арены» (схема на стр.2).



На кафедре офтальмологии. Ректор СПбМАПО профессор Н.А. Беляков (слева); зав. кафедрой офтальмологии СПбМАПО профессор Л.И. Балашевич (в центре).

В Издательском доме МАПО вышла в свет книга «Медицинское последипломное образование», т.1 — «Система образования и подготовка преподавателей».

Авторский коллектив: Н.А. Беляков, О.Ю. Кузнецова, В.И. Мазуров, В.А. Михайлович, С.А. Плавинский, С.А. Симбирцев, Т.Н. Трофимова, О.К. Хмельницкий, А.П. Щербо.

В книге, подготовленной сотрудниками СПбМАПО, обобщен опыт реализации образовательных программ послевузовского и дополнительного медицинского образования. Рассматриваются основы последипломного медицинского образования, основы педагогического процесса при длительных и краткосрочных формах обучения, кадровые проблемы высшей школы, проблемы подготовки преподавателей через аспирантуру и соискательство ученых степеней, особенности формирования современного преподавателя. Книга может быть полезна преподавателям институтов и факультетов подготовки медицинских работников, организаторам здравоохранения, аспирантам и выпускникам медицинских вузов.



Становление лидера

Многие великие люди проявили свои способности уже в раннем детстве (Пушкин, Моцарт, Ландау и др.). Но есть и другие примеры: Эйнштейна учителя считали никчемным учеником, Ломоносов достаточно поздно начал

свою карьеру ученого и мыслителя. В то же время большинство вундеркиндов, которые поражали учителей своими способностями и в течение нескольких лет завершали школьный и

Окончание на стр. 2

Лидер и лидерство

Окончание. Начало на стр. 1.

вузовский курс, исчезали, «растворяясь» в общей среде сверстников. Однако есть общая качественная оценка и даже статистика (достаточно условная), которая описывает выдвижение наиболее способных из общей среды. Один из 5-10 выпускников школ (статистика разнится между городом и деревней) поступает в вуз, один из 10 выпускников вуза продолжает свою карьеру, становясь кандидатом наук, и один из 5-10 кандидатов наук становится доктором наук. Один из доброй сотни докторов наук становится академиком.

денные черты характера и воспитание. «Тепличные» условия не воспитывают бойцовские качества, которые так необходимы в последующей самостоятельной жизни. И наоборот, излишнее давление и ограничение проявления личностных качеств могут затормозить формирование лидера или направить развитие по непродуктивному пути.

Мы в СПбМАПО неоднократно разочаровывались в некоторых молодых людях, которым создавали лучшие условия по сравнению с их коллегами-сверстниками. Они быстро прогрессировали в профессии, в науке, но не становились лидерами в коллективе, сложно воспринимались сверстниками

поощрять и наблюдать за их действиями в коллективе в обычных и экстремальных условиях. Академия ежегодно набирает на дневные формы обучения (в интернатуру, ординатуру и аспирантуру) около 450 человек. Для пополнения штата кафедр и лабораторий необходимо около 30-40 человек в год. Следовательно, из 10-15 человек нам нужно выбрать одного, самого способного и перспективного. Мы ориентируемся на профессиональные успехи, знание европейских языков, активное и лояльное поведение в коллективе. К благоприятным качествам, определяющим развитие лидера, относятся: инициативность, активность, любопытство, общитель-

будет проследить результаты этой «селекции».

В формировании лидера возможны две перспективы — становление профессионала (преподаватель, врач, исследователь), перенос акцента на профессиональную деятельность, отказ от лидерства — смена приоритетов, или реализация лидерских качеств с дальнейшим утверждением лидера и поэтапным должностным ростом.

В каком возрасте специалист может стать формальным лидером — руководителем коллектива сотрудников? Для научных коллективов это возраст около 30 лет. Для клинических подразделений, в первую очередь, кафедр и клинических научно-исследовательских отделов, чаще всего возраст подготовленных лидеров на несколько лет больше.

В истории российской медицины есть и исключения, когда совсем молодые клиницисты возглавляли крупные клиники — Н.И. Пирогов (26 лет), А.А. Вишневский (30 лет) и др. Но даже великий Пирогов сожалел, что в 28 лет, на подъеме славы, у него был недостаток опыта. Следовательно, путь, обозначенный как «смена приоритетов», предусматривает возможность профессиональной работы с последующей реализацией качеств лидера. Существует определенная угроза «перезревания» специалиста и «выхода» его в руководители в уже солидном возрасте. В истории академии было много случаев восхождения и угасания талантов. В 60-70-х гг. к заведованию кафедрами чаще приходили специалисты в возрасте после 50 лет, в 80-90-х гг. — до 50 лет. В первое десятилетие XXI в. продолжается тенденция к снижению возраста начинающих руководителей.

Мы провели статистическое исследование по материалам дореволюционного периода и последних десяти-

летий. Большинство лидеров прошли жизненный путь, опираясь на собственные силы, оттачивая свои личностные качества, завоевывая авторитет и формируя среду своего общения, в которую, как правило, входили несколько потенциальных лидеров, проявивших себя в данной или смежной областях.

Разные истории восхождения условно можно разделить на две группы — взлет через конфронтацию и плавный переход в руководители. В первом случае, как правило, такая карьера воспринимается окружением без восторга. У претендента есть риск потерпеть поражение, смириться или уйти из коллектива. Люди этого типа идут на конфликт, надеясь на быструю победу, а победителей не судят.

Более гармоничным выглядит эволюционный рост начинающего лидера, который при благоприятном стечении обстоятельств делает его руководителем. Правда, при неблагоприятной обстановке он может остаться на прежнем должностном уровне или прийти к руководству в слишком зрелом возрасте.

Лидер, занимая соответствующую административную или влияющую должность, проходит через естественную адаптацию, которая по времени обратно пропорциональна его способностям и благоприятности существующих условий. Большинство лидеров испытывают естественную тревогу относительно своих способностей и возможности полностью реализовать себя на новой ступеньке карьеры. Для руководителей начальный период занимает чаще всего от нескольких месяцев до 3 лет. Если за этот период лидер не сумел найти себя, не научился контролировать ситуацию, не достиг реальных творческих успехов, то, вероятно, дальнейшая перспектива этого руководителя сомнительна.

(продолжение следует)

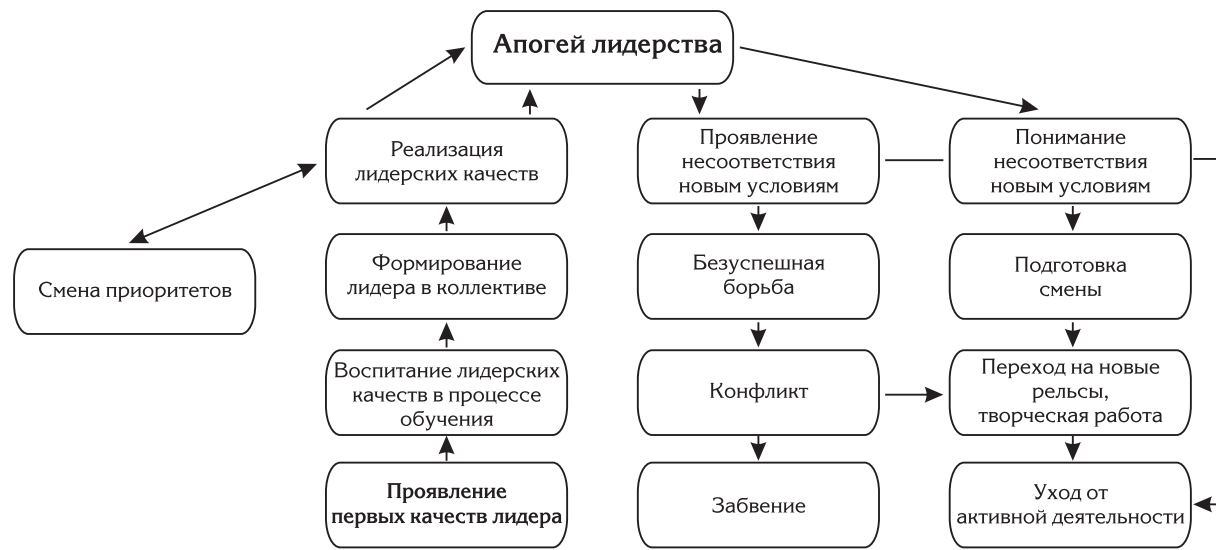


Схема. Динамика деятельности лидера.

Лидеры вырастают в обычной среде детей и подростков, проявляют качества вожаков с детства. В школе и в вузе они охотно занимают руководящие ниши в общественных организациях. Вероятно, важную роль здесь играют два фактора — вро-

мые из-за проявляющихся черт высокомерия. Профессиональный рост может существенно опережать развитие личности, и в формировании способного лидера необходимо терпение.

Потенциальных лидеров нужно искать, стимулировать их активность,

личная привлекательность, хорошие способности, трудолюбие, потребность быть лидером. Каждый год лучшие из лучших получают стипендию академии им. Э.Э. Эйхвальда и еще несколько человек — стипендию факультетов. Лет через десять можно

Круиз на теплоходе



Сотрудники академии во время круиза.

В нетрадиционной форме прошел семинар по вопросам организации здравоохранения в Санкт-Петербурге, участники которого совершили этим летом пятнадцатидневный круиз по Онежскому озеру и реке Свирь. Научная программа включала следующие секции: «Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и дерматовенерологии», «Государственное регулирование и контроль качества в сфере обращения лекарственных средств», «Состояние и перспективы развития амбулаторной помощи в условиях ОМС», «Стоматология в системе ОМС», «Принципы организации и информационное обеспечение системы персонализированного учета обеспечения противодиагностическими препаратами больных сахарным диабетом при амбулаторном лечении».

Четырехпалубный комфортабельный теплоход «Валериян Куйбышев» отчалил от речного вокзала, и с этого момента мы смогли насладиться всей прелестью живописных берегов. Когда смотришь на ели и березы, отраженные в воде, на солнце, краснеющее в волнах, облака, проплывающие словно невесомые корабли, любуешься необыкновенной красотой заката, то невольно вспоминаешь пейзажи русских живописцев — Рериха, Нестерова и др.

Первый причал был в чудесном уголке живой природы — поселке Мандрюги. Как замороженные, мы любовались ска-

лочными деревянными строениями, каждое из которых было неповторимо по своему архитектурному исполнению. Эти чудо-терема с ажурной резьбой отличались изысканным художественным вкусом и искусным мастерством их создателей.

Славятся Мандрюги и различными ремеслами: изящная резьба по дереву, яркая роспись тканей, замысловатые узоры на шифоне, вышивка шарфов и платков — все эти изделия созданы руками местных умельцев. Можно до бесконечности любоваться этой красотой и чувство гордости за талантливый русский народ переполняет душу.



Когда вдаль показалась ажурная башня Гарницкого маяка, все поняли, что теплоход приблизился к острову Кижи. Спустившись по трапу на берег, мы поспешили на встречу с деревянной сказкой, с чудом, которое сотворили плотники-зодчие. «Такой красоты, как у нас, нигде нет», — с гордостью говорили старожилы.

Словно подтверждением этим словам заблестели на солнце золотистые главы Кижского погоста, две многоглавые церкви, отделенные одна от другой колокольней. Двадцать две главы Преображенского собора, множество куполов, сделанные из дерева, резные пластинки из осины, переливаясь на солнце, кажутся золотыми.

Преображенская церковь — памятник русской воинской славы. Построена она в 1714 г., когда в Северной войне боевое счастье повернулось к войскам Петра: избавление от угрозы нападения шведов было важным и радостным событием. Впечатляет и высота церкви, достигающая сорока метров. Простые бревенчатые стены создают ощущение домашнего покоя. Иконы выполнены здешними мастерами.

По соседству с колокольней — Покровская церковь, тоже многоглавая. Над куполами высятся чайки, и вместе с белокрылыми птицами все здание устремляется вверх, в заоблачные выси.

Посреди поля, пестреющего яркими одуванчиками, приютилась небольшая часовня. Эта скромная обитель — символ мира, спокойствия, благополучия (фото внизу).

Мы продолжили путешествие по реке Свирь, и вот перед нами — арка мужского Свирского монастыря, где покоятся мощи Св. Александра Свирского. Величественное сооружение ослепительной белизны с ярко-зелеными глянцевыми куполами необыкновенно красиво. Православные верующие приходят сюда к мощам Св. Александра Свирского.

Эта незабываемая поездка надолго останется в нашей памяти. Мы бесконечно благодарны руководству академии за то огромное удовольствие, которое получили во время познавательного путешествия, совмещая приятное с полезным.

Г.И. Бут

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования МЗ РФ объявляет конкурс на замещение по контракту должностей

Заведующего кафедрой: пульмонологии, организации стоматологической службы.

Профессора кафедр: онкологии с курсом клинической радиологии (0,5), информатики и управления в медицинских системах (0,5), организации и экономики фармации (0,5), морской и подводной медицины, реабилитации и спортивной медицины (0,5 и 0,25), акушерства и гинекологии №2 (0,25).

Доцента кафедр: анестезиологии и реаниматологии с курсом детской анестезиологии и реаниматологии (1 и 0,5), неотложной хирургии (0,5), трансфузиологии и гематологии, неотложной медицины (0,5), терапии и клинической фармакологии, микробиологии и микологии, клинической физиологии и функциональной диагностики, педиатрии №1, педиатрии №3 с курсом неонатологии (0,5), офтальмологии с курсом детской офтальмологии, терапевтической стоматологии №2, пластической и эстетической хирургии, высоких технологий в оториноларингологии и логопатологии (0,5), семейной медицины (0,25), реабилитации и спортивной медицины (2 по 0,5).

Старшего преподавателя кафедр: иностранных языков (английский), педагогики высшей медицинской школы и философии (0,5).

Ассистента кафедр: онкологии с курсом радиологии, оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, травматологии и ортопедии с курсом вертебрологии (0,5), неотложной медицины (1 и 0,5), эндоскопии, дерматовенерологии (0,5), гастроэнтерологии и диетологии, наркологии (0,25), психотерапии (0,5), инфекционных болезней с курсом лабораторной диагностики СПИД, терапии №1 им. Э.Э. Эйхвальда с курсом ревматологии (0,25), акушерства и гинекологии №1 (0,5), подростковой медицины и валеологии (0,5), клинической микологии, аллергологии и иммунологии, высоких технологий в оториноларингологии и логопатологии (2 по 0,5), детской стоматологии с курсом интернатуры (0,5), семейной медицины, реабилитации и спортивной медицины (0,5), последипломной подготовки врачей Псковской области (0,5), медицинской косметологии (0,5), акушерства и гинекологии №2 (0,25).

Преподавателя кафедры иностранных языков (английский);

К участию в конкурсе приглашаются лица, проживающие в Санкт-Петербурге и пригородах.

Срок конкурса — месяц со дня опубликования объявления (по 25 ноября 2003 года).

**Адрес: 191015, Санкт-Петербург, Кирочная, 41.
Телефон 279-82-61 (ученый совет).**

В сентябрьском номере газеты в объявлении конкурса на должность профессора кафедры медицинской микологии допущена ошибка. Следует читать: «на должность профессора кафедры клинической микологии, аллергологии и иммунологии». Указанное объявление считать действительным.

Управление по целям в медицинской организации

Главная задача менеджера медицинской организации — установление целей для других людей и организация их достижения или осуществления. Одно из основных направлений в менеджменте — это управление по целям или целевое управление

Управление по целям предполагает такой набор работ, как постановка и выбор целей; концентрация внимания на конкретно достигаемых целях; детализированная проработка конкретных задач медицинской организации на верхнем управленческом уровне на основе поставленных целей; возможность выбора способов достижения целей; определение соизмеримых показателей и критериев деятельности медицинской организации; разработка программ достижения целей со сроками, ресурсами, исполнителями и отчетностью; систематическое слежение за достижением целей; эффективная система контроля и учета реализации целей.

Основные недостатки при постановке целей — это недостаток реализма, так как цели должны быть достижимы; неопределенность времени осуществления целей; необходима корректировка целей; отсутствие показателей, измеряющих количественно степень достижения целей; неэффективность деятельности организации в результате достижения целей; отсутствие корпоративного духа в процессе достижения целей, что приводит к сопротивлению; отсутствие знания, что проблемы существуют вообще и что нужны конкретные цели на каждом уровне организации не на словах, а сформулированные в виде документа; конфликты из-за противоречия целей, недостатка информации, использования целей для преследования и наказания; отсутствие анализа результатов достижения промежуточных целей; нечеткие личные цели руководителей; стремление руководителей избежать риска; отсутствие знаний и навыков в постановке целей.

Любая организация может продолжить этот список с учетом принципов ее работы, особенностей высшего менеджмента.

Как может работать организация по целям? Последовательные шаги в этом направлении такие: предварительное обучение персонала по программе специально для медицинской организации, чтобы добиться полного погружения персонала высшего звена в проблемы медицинской организации; подробное описание позиции организации на рынке для ее развития и стабилизации деятельности; определение стратегических целей по различным направлениям медицинской, финансовой, обеспечившей и хозяйственной деятельности, в том числе целевых показателей по этим направлениям; экспресс-диагностика экономического, финансового, технического состояния, персонала и качества менеджмента в разных областях деятельности; оценка сильных и слабых сторон деятельности организации; общая оценка сопротивления нововведениям в организации в ее отдельных частях; выделение проблем и их ранжирование; формирование групп специалистов по программно-целевым направлениям; определение необходимых ресурсов для достижения целей.

Цели медицинской организации в современных условиях — это желаемое состояние пред-

приятия и конечный результат в той или иной области деятельности. Цели могут быть социальные, экономические, а также цели развития, повышения качества предоставляемых услуг, повышения качества трудовой жизни персонала, инновационные цели, в том числе: достижение определенного уровня рентабельности работы организации, рост объема медицинских услуг, размера организации и др., устойчивость к экономическим циклам, гибкость, неуязвимость к неожиданным изменениям во внешней среде, рост собственных средств организации по отношению к обязательствам, устойчивость к слиянию с другими организациями, конкурентоспособное руководство, достаточная доля рынка, контролируемая организацией в той или иной сфере или по определенным услугам, другие цели, зависящие от специфики конкретной медицинской организации.

При разработке целей и их реализации применяются правила: оценка результатов в настоящем и будущем; определение способов превосходства над конкурентами и формы отношений с внешней средой, что формирует стратегию бизнеса; определение отношений внутри предприятия, что означает построение организации управления; формулировка оперативных правил в текущей деятельности.

Разработка методов и направленных решения проблем по приоритетным целям идет на основе административных, организационно-правовых и экономических методов. Программы изменения в управлении по целям разрабатываются по отдельным функциональным блокам: услуги и их набор; маркетинг услуг; техническое обеспечение; финансы с разработкой бюджетов (годовых, квартальных и на месяц, в целом в организации и по указанным блокам); персонал; закупки; производство услуг; информация; менеджмент; структура подразделений и их роли (дочерние, торговые, коммерческие структуры и т. д.).

В результате разработки появляются целевой блок, ресурсный блок, организационный блок, блок руководства и коммуникации. В управлении по целям определяются не только пути их достижения, но и методы контроля за работой всех подразделений. Отличие целевого подхода к определению возможностей и поведения организации от описания деятельности на основе переноса прошлых тенденций на планы организации в будущее видны из рисунка.

Следовательно, основные особенности управления по целям:

- главные цели повышения эффективности организации сформулированы, их активно добиваются, а высшее руководство считает их приоритетными;
- менеджеры обязаны представить разработанные планы повышения эффективности по своей функции для организации в общий план;

- результаты по эффективности достижения целей оцениваются периодически;

- все ключевые работники умеют и обязаны выполнять работу в соответствии с четко определенными, ясно сформулированными и точно измеряемыми целями и задачами организации (показателями эффективности в целом);

- цели работников соизмеримы с целями организации;

- показатели определены на уровне, который ранее достигнут или превышает его;

- мероприятия по достижению целей и показателей основаны на нормативах и поддаются анализу и контролю по каждому подразделению;

- все ресурсы объединены и учтены в сметах подразделений должным образом, а подразделения ответственны за выполнение планов и достижение целей;

- время рассматривается как важный ресурс, и то, как им распоряжаются, видно из графиков, приоритетных систем; ненужные работы исключаются;

- с помощью информационной системы учетные и калькуляционные подразделения отражают использование ресурсов и потери организации;

- ресурсы предоставляются в тот момент, когда они нужны для выполнения работы и сокращения сроков;

- учетные и калькуляционные подразделения тесно координируют свою деятельность с функциональными руководителями (связаны процессом принятия решения в области разработки бюджета и контроля за использованием бюджета);

- все работники ознакомлены с требованиями в отношении результативности до начала работы;

- нормативы четко определены, реальны, точны и поддаются измерению и контролю;

- исполнителям четко известно количество ресурсов, которыми они располагают для выполнения нормативных показателей, и они способны их контролировать;

- показатели результативности вычисляются и агрегируются в учетно-калькуляционных подразделениях и одновременно определяют показатели использования ресурсов;

- стимулы четко указаны и распределены по подразделениям;

- системы вознаграждения и стимулирования базируются на данных об эффективности системы;

- стимулы реализации каждой программы, плана и проекта четко определены, а планы стимулирования разрабатывают одновременно с планами повышения эффективности и достижения целей;

- эффективность и производительность служат критериями при ведении переговоров и заключения контрактов;

- выигрыш подлежит распределению только между теми, кто его обеспечил;

- повышением эффективности работы занимаются все отделы и подразделения, а учетом — учетно-калькуляционные звенья;

- приобретение оборудования оправдано социальными целями, или если оно способствует экономии ресурсов и росту производительности системы;

- технологические нововведения и использование технических средств можно увидеть только в работе (а не в проекте, что не позволяет ожидать немедленных результатов от этого);

- краткосрочным выгодам не следует отдавать предпочтение перед долгосрочными;

- существует система отчетности и информации обо всех отклонениях от имеющихся плановых целей;

- требования в отношении целей определены для каждого конкретного работника;

- имеется обратная связь с работниками и отделениями, благодаря чему обеспечивается необходимая корректировка данных;

- высшему руководству каждым работником и отделением представляется ежегодный отчет о динамике целевых показателей.

Руководство организации и его роль в управлении по целям.

- Руководители организуют работу, направленную на повышение эффективности и достижение целей, настраивают организацию на поиск путей улучшения работы, на развитие чувства коллективизма и формирование корпоративного духа.

- Руководители создают систему, обеспечивающую приток новых идей от работников.

- Руководители допускают столкновения идей в области роста организации, но не допускают острых столкновений в области межличностных отношений.

- Руководители делегируют ответственность и осуществляют контроль.

- Руководители организуют периодические проверки степени достижения целей, используют их результаты.

- Властные отношения очевидны и соответствуют формальной структуре организации.

- Подготовку принятия решений передают на тот уровень, где решается судьба целевых показателей, или в учетные подразделения, где более ощутимо влияние решений.

- Преобладает равновесие, сбалансированность усилий всех важных подразделений.

- Работники участвуют в принятии решений, влияющих на их работу и смежные участки.

- Исследования и разработки представляют собой строго спланированную и продуманную деятельность организации.

- Работникам известны задачи в области целей системы, и они к ним относятся положительно.

- Работников волнуют проблемы роста квалификации и эффективности труда.

- Обеспечены профориентация, обучение и повышение квалификации.

- Существует система замещения работников, не допускающая снижения уровня качества работы.

- Главный критерий при найме на работу (в случае нововведений или перестановок персонала) — это качество и эффективность.

Таким образом, при принятии целевой системы следует прежде всего познать свою организацию в целом и, в частности, — ее особенности, а затем и ее цели, также изучить роли подразделений в осуществлении целей.

Топ-менеджмент медицинской организации должен получать в результате использования целевого подхода информацию о том как, где, сколько, кем, почему, когда услуги этой организации и конкурирующие услуги (в том числе заменители в виде услуг нетрадиционной медицины) предоставляются, продаются, покупаются, применяются на основе систематического контроля и организации текущей деятельности на рынке.

При любых методах управления необходимо: формирование одобрительного отношения персонала к изменениям; планирование должно быть организовано таким образом, чтобы изменение началось как можно раньше; учет факторов экономической безопасности организации, что является важнейшим фактором долговременной работы и процветания организации.

Многие менеджеры считают, что экономическая безопасность — это только физическая охрана руководителя. Безусловно, это важнейшая составляющая бизнеса вообще, но в целом не единственная.

Основные угрозы экономической безопасности в отношении достижения целей — это негативные воздействия объективного типа и негативные воздействия субъективного типа. Предотвращение угроз объективного типа затруднительно. Угрозы субъективного типа могут привести к потере активов, имущества организации, банкротству и ликвидации. Эти угрозы могут быть внешние и внутренние. К *внешним* относятся: спекуляции с ценными бумагами и активами организации; агрессивная скупка имущества внешним инвестором; лоббирование конкурентами решений органов власти; различные формы конкуренции, в том числе ценовая; неблагоприятная экологическая обстановка вокруг организации; форс-мажорные обстоятельства. К *внутренним* — неэффективное планирование и управление имуществом организации; неэффективные производственно — технологическая, товарная, рыночная, ценовая, кадровая стратегии; неэффективная организационная структура, не учитывающая цели предприятия; отсутствие настоящего плана действий; отсутствие управленческого контроля или неэффективные методы его.

Предотвращение различных угроз и обеспечение экономической безопасности предприятия входит в задачу менеджмента. Поэтому главными факторами в управлении по целям являются: потенциал менеджмента; гибкость организационной структуры медицинской организации и набора услуг; интеллектуальный и профессиональный уровень высшего руководства; обеспеченность ресурсами; факторы экономической стабильности.

Г.А. Смирнова

Задаются цели, как **будущее** состояние функционирования организации.

1

Корректируются цели и задачи с точки зрения возможности их достижения и состояния факторов окружения. Определяются пути и возможности достижения целей.

2

Описывается поведение организации в целом и по отдельным видам деятельности в настоящем и проводятся реальные шаги по достижению целей.

3

Кафедра кардиологии СпбМАПО уже 4 года сотрудничает с Институтом сердца при медицинском центре им. Х. Шеба (Тель-Ашмер, Израиль) и исследовательским институтом кардиологии клиники Мейо Роучестер, Миннесота (США). Ежегодные визиты наших зарубежных коллег стали традиционными. В это время проводятся международные симпозиумы по интервенционной кардиологии, пользующиеся большой популярностью среди аритмологов, кардиологов и терапевтов Петербурга и Ленинградской области. Кроме того, большую помощь нашим кардиохирургам оказывает совместная работа в операционной и обмен опытом по лечению тахикардии.

В июне 2003 г. коллеги из Института сердца пригласили меня посетить медицинский центр им. Х. Шеба. Меня покорила эта трудолюбивая страна. Израильцы превратили Иудейскую пустыню в цветущие оазисы.

Работа в Институте сердца началась в половине восьмого тридцатиминутной утренней конференцией, которая скорее напоминает клинический мини-разбор. Дежурный врач во время доклада демонстрировал ЭКГ и видеозаписи выполненной во время дежурства эхокардиографии, а в случае необходимости — и

Визит в Институт сердца

данные коронарографии. Бригада, проводящая коронарографию, дежурит на дому. При поступлении больного с острым инфарктом миокарда бригада вызывается в клинику и выполняет ангиопластику. Наши израильские коллеги отказались от тромболитика при остром инфаркте

миокарда и полностью перешли на ангиопластику и стентирование. Молодые врачи шутили, что они читали в книгах о том, как раньше проводился тромболитизис, но в жизни ни разу не видели, как это делается.

Еженедельно на утренние конференции приглашаются ученые и

врачи из других учреждений читать лекции по актуальным проблемам кардиологии, иногда такие лекции готовят врачи института. В период моего пребывания в центре с лекцией попросили выступить меня. Лекция была посвящена вопросам лечения сердечной недостаточности у больных с постоянными электрокардиостимуляторами. Наши подходы к программированию постоянных электрокардиостимуляторов заинтересовали зарубежных коллег.

Большую часть времени я проводила в аритмологической операционной. Работа начиналась в половине девятого утра. Вначале выполнялись 1–2 эндокардиальных электрофизиологических исследования (ЭФИ). В Институте сердца полностью отказались от чреспищеводных электрофизиологических исследований в силу их низкой информативности и дискомфорта для больных. После ЭФИ приступали к имплантации электрокардиостимуляторов.

Большое внимание уделяется бивентрикулярной электрокардиостимуляции у больных с застойной сердечной недостаточностью и им-

плантации кардиовертера-дефибрилляторов. После обеда начинались абляции тахикардии. Я получила огромное удовольствие от знакомства с работой электроанатомической системы CARTO для топической диагностики источников аритмии. Система позволяет построить пространственную схему распространения волны возбуждения камер сердца и обнаружить патологические аритмические очаги. Заканчивалась работа поздно вечером.

Практически все обследования и манипуляции, в том числе коронарография, стентирование, абляция тахикардии, имплантация электрокардиостимуляторов, кардиовертера-дефибрилляторов, оплачиваются по медицинской страховке. Пациент должен оплачивать лишь стоимость бивентрикулярного стимулятора и стента, обработанного антипролиферативными веществами.

Несмотря на большое количество работы и встреч, израильские коллеги смогли организовать экскурсии в древний, вызывающий трепет и благоговение Иерусалим, в Яффу, а также обзорную экскурсию по Тель-Авиву.

Т.Н. Новикова



В отделении электрофизиологии и кардиостимуляции Института сердца медицинского центра Х. Шеба (Израиль). Идет картирование фокуса предсердной постоянно-возвратной тахикардии с использованием системы CARTO. Электроанатомическую реконструкцию правого предсердия проводят техник Даниэль и доцент кафедры кардиологии СпбМАПО Т.Н. Новикова.

«Неформальные платежи» за медицинскую помощь в России.

Рецензия на научный доклад Независимого института социальной политики.

С.В. Шишкин и соавт., 2003 г.

Известно, что наши знания о средствах системы медицинской помощи крайне приблизительны. Вероятно, официальные сведения примерно в 2–4 раза недооценивают общие средства, затрачиваемые в системе. Этой — самой точной из существующих — оценке размеров вклад граждан «из своего кармана» за медицинскую помощь мы обязаны исследованию социологического типа, проведенному ранее авторами данной книги. Теперь они представили нам результаты нового исследования. Это так называемое качественное исследование: читатель не найдет в отчете таблиц с цифрами. Книга сложена из обобщенного пересказа бесед с врачами и медицинскими сестрами. Авторы работали в двух неназванных регионах. Неназванных потому, что тогда можно было бы идентифицировать по должности личность интервьюируемого.

Всего в 2002 г. проведено 136 интервью в двух регионах. В результате систематизации получен портрет врачей, медицинских сестер и администраторов, нарисованный ими самими. Портрет весьма интересен, но из этого не следует, что он верно отражает то, что можно было бы получить при использовании «объективного» метода исследования. Одновременно он раскрывает некоторые черты наших медицинских работников (используем для краткости это обозначение), которые они сами ценят или, наоборот, отвергают.

Естественно, интервью на тему «неформальных платежей» (НП) были бы невозможны, если бы интервьюеры не скрывали от медицинских работников цели интервью. Сообщено, что интервьюируемые полагали, что с ними беседуют о перспективах совершенствования оплаты медицинской помощи и НП. Остается неясным, давали ли интервьюируемые согласие на участие в исследовании вообще, были ли они извещены о реальной цели исследования после интервью, и давали ли они согласие на использование данных интервью.

Авторы изначально попытались провести границу, с одной стороны, между так называемыми платными услугами и оплатой медикаментов и, с другой стороны, собственно «не-

формальными платежами». Это оказалось возможным только отчасти. В отчете исследованы предмет и причины НП, их распространенность, правила НП, в том числе перераспределение их внутри медицинских коллективов, отношение медицинских работников к НП, в том числе коллективные нормы НП и отношение «субъектов управления и финансирования» к НП.

Как всегда, не меньший интерес представляет то, что не освещено в интервью и что в них отрицается. Например, почти ничего не сказано о распределении НП в пользу руководителей, и последние выступают лишь как более или менее активные «регуляторы» системы НП. Между тем руководители если и не являются организаторами такой системы, то имеют другие источники дохода, которые тесно связаны с системой НП в больнице (поликлинике).

Среди видов «неприемлемого поведения» медицинского работника на первом месте — категорически — стоит принуждение пациентов к платежам. Однако опыт каждого из нас говорит, что система НП базируется на принуждении пациентов. Отрицая принуждение, интервьюированные медицинские работники просто отрицали то, что они полагают (не без основания) преступным и несовместимым с профессией. Точно так же интервьюируемые отрицали или считали неприемлемым принуждение к платежам тяжело больных и больных, нуждающихся в неотложной помощи.

Интересно, что несмотря на то, что ведущим мотивом НП и главным оправданием взимания денег с пациентов авторами и интервьюируемыми называется недостаточное государственное финансирование медицинской помощи, в тексте не упоминаются нерациональные расходы имеющихся средств. Например, повсеместно в стране широко используются методы физиотерапии (например, разнообразное электролечение) и комплементарной медицины (траволечение, акупунктура и т. д.). Содержатся целые отделения в больницах, их штат обучается, сертифицируется. При этом действенность почти всех этих вмешательств

не доказана. С другой стороны, важнейшим мотивом для оправдания взимания денег с пациентов, особенно хирургами, называется «владение ими уникальными технологиями лечения». Хорошо известно, что для абсолютного большинства наших пациентов проблему составляет доступ к обычным, необходимым вмешательствам. Расширяющееся применение «продвинутых высокотехнологических» вмешательств в небольшой степени мотивировано именно созданием рынка услуги, за которую можно брать деньги.

Основные выводы, к которым пришли исследователи, печальны. Поскольку НП являются неотъемлемой частью отечественной медицины, объемы НП будут увеличиваться по мере роста благосостояния населения. Увеличение финансирования медицинской помощи из законных источников может сократить лишь спектр оснований для НП, но объемы будут нарастать все равно. Авторы полагают наиболее перспективными те действия, которых от нашего законодателя ожидать нельзя — конкретизацию обязательств в программе «бесплатной медицинской помощи» и уточнение «гарантий». Впрочем, авторы не обольщаются. Как пишут они, «гарантии бесплатного получения... помощи сверх... программы ОМС... длительное время неизбежно будут оставаться несбалансированными с размерами их государственного финансирования». Важно, что сохранение «несбалансированности» финансирования с прокламациями законов в области медицинской помощи ничем не отличается от других областей русской жизни. Поэтому, увидев в рецензируемом отчете не очень привлекательное отражение лица нашего коллеги (даже после того, как оно подправлено им самим!), не будем осуждать его очень строго.

Я рекомендую эту книгу всем, интересующимся организацией медицинской помощи в России, законодательством в этой области и профессиональной жизнью врачей. К сожалению, книга недоступна в продаже, ее можно получить только бесплатно, обратившись в НИСП а/я 245 Почта, Москва 101000 или post@mps.org.

Хроника

Недавно состоялся визит в Швецию проректора по международной работе СпбМАПО проф. О.Ю. Кузнецовой. Ольга Юрьевна ответила на вопросы редакции газеты «Вестник МАПО».

Поездка была посвящена участию в работе экспертов по первичной медико-социальной помощи в рамках проекта Task Force по профилактике инфекционных заболеваний в странах региона Балтийского моря. Я представила заявку на новый проект, инициаторами которого стали наши норвежские партнеры. Посвящен он переводу и подготовке к изданию практического руководства для преподавателей семейной медицины и врачей общей практики по овладению мануальными навыками.

Преподавание мануальных навыков — сложная проблема: ведь обучать этому надо взрослых людей — терапевтов и педиатров. Актуально это также и для клинических ординаторов. Выпускники медицинских вузов имеют достаточные теоретические знания, но мало работают с пациентами. Кроме того, медицинские вузы плохо оснащены манекенами для практического оттачивания мануальных навыков, поэтому такое руководство, которое помогло бы нам улучшить методологию проведения занятий и тренингов по овладению мануальными навыками, очень важно.

В Норвегии подготовка врачей общей практики проходит на базе практических центров, центров семейной медицины. Поскольку мы собираемся расширять количество наших филиалов и центров, где практические врачи будут обучать своих коллег и клинических ординаторов, то с этих позиций этот проект для нас очень важен. В Швеции он был воспринят положительно и можно надеяться, что финансирование мы получим.

Также я отчиталась о полном завершении российско-норвежского проекта, посвященного изданию руководства, вклю-

чающего клинические рекомендации по ведению пациентов с инфекциями, передающимися половым путем (ИППП). Кроме того, представила отчет по проекту, касающемуся просвещения немедицинской общественности в области ИППП (издание карманного справочника для нашей молодежи по профилактике ИППП).

Скоро будет завершено еще один проект (его курирует д.м.н. С.Л. Плавинский), который посвящен дистанционному обучению врачей в области профилактики ИППП.

Во время этого визита произошло наше знакомство с новым исполнительным директором Восточно-Европейского комитета Швеции — Л. Петерссоном. Ранее эту должность занимал Г. Веннстром, почетный доктор СпбМАПО, который курирует сейчас проект школы общественного здравоохранения СпбМАПО.

Генеральным директором Восточно-Европейского комитета Швеции стала Нина Рэнквист. Она является также директором SBU — Шведского агентства по оценке технологий в здравоохранении. В нашей беседе г-жа Н. Рэнквист подчеркнула мысль о приоритетности российских проектов. Шведское правительство сейчас собирается финансировать в основном проекты именно в России, так как многие страны региона Балтийского моря входят уже в ЕС, поэтому они будут финансироваться из других источников. Г-жа Н. Рэнквист поддержала идею о месячной стажировке в Швеции ассистента кафедры семейной медицины и заведующей лабораторией научно-доказательной медицины СпбМАПО Т.А. Дубикайтис.

Общее впечатление от встречи с новыми руководителями Восточно-Европейского комитета Швеции — очень благоприятное, и я надеюсь, что в дальнейшем наше партнерство в различных областях общественного здравоохранения будет продолжено.

Российско-немецкие контакты

Нейроизображение при заболеваниях головного и спинного мозга стало переворотом в неврологии и нейрохирургии. Сейчас продолжается поиск универсального метода, позволяющего решать весь спектр диагностических задач, как в амбулаторной, так и в клинической практике. Научно-практическая работа кафедры детской неврологии и нейрохирургии СПбМАПО позволяет предложить ультразвуковое исследование в качестве оптимального метода скрининг-диагностики и мониторинга структурных изменений головного и спинного мозга, для интраоперационной навигации и для ранней диагностики ургентных состояний. Метод получил официальное признание, но его распространение все еще ограничено, что делает необходимым развитие аппаратной базы и дальнейшее исследование областей применения.

Перспективам развития совместной исследовательской работы

в области ультразвуковых исследований головного мозга и его применения при наиболее распространенных неврологических и нейрохирургических заболеваниях была посвящена рабочая встреча сотрудников кафедр детской неврологии и нейрохирургии под руководством зав. кафедрой проф. А.С. Иова с директором университетской неврологической клиники и амбулатории, проф. Георгом Беккером (кафедра нервных болезней университета Саарбрюккен, Германия), который посетил Петербург 21–26 июля 2003 г.

Год назад по приглашению немецких коллег проф. А.С. Иова принял участие в работе русско-немецкой секции неврологов (Германия), состоялось знакомство с проф. Г. Беккером, работы которого давно интересовали сотрудников кафедры. Во время встречи были найдены области взаимного научного интереса и предложено проведение совместных научно-ис-



Профессор Г. Беккер (слева) и профессор А.С. Иова.

следовательских работ. В 2003 г. DAAD (Немецкая академическая служба академического обмена) поддержала совместный проект, поданный на конкурс от обеих кафедр. В центре исследования — одна из структур головного мозга, Substantia nigra, хорошо видимая при ультразвуковом исследовании головного мозга у детей (по данным нашей кафедры) и у взрослых пациентов с высоким риском развития болезни Паркинсона (по данным проф. Г. Беккера). Визит проф. Г. Беккера позволил конкретизировать этапы выполнения исследовательской работы, заложил основы сотрудничества кафедр и по другим научным направлениям в области нейроскрининга.

Н.В. Андрущенко
А.Ю. Гармашов

Защиты диссертаций в октябре 2003 г.

На соискание ученой степени доктора медицинских наук:

Ширинский В.А. «Гигиеническая оценка формирования здоровья населения крупного административно-хозяйственного центра в условиях меняющейся социально-экономической ситуации» по специальности 14.00.07 — гигиена.

Ковалев И.В. «Факторы риска нарушений здоровья и совершенствование системы обеспечения медицинской помощью населения, проживающего в районах Крайнего Севера с развитой промышленностью» по специальностям: 14.00.07 — гигиена, 14.00.33 — общественное здоровье и здравоохранение.

Шнейдер Ю.А. «Аутоартериальное и аутовенозное шунтирование коронарных артерий при ишемической болезни сердца» по специальности 14.00.27 — хирургия.

Мамаева Е.Г. «Профилактика и лечение критических состояний при эндопротезировании тазобедренного сустава с применением костного цемента (экспериментально-клиническое исследование)» по специальностям: 14.00.37 — анестезиология и реаниматология, 14.00.22 — травматология и ортопедия.

На соискание ученой степени кандидата медицинских наук:

Беляева Е.Л. «Алгоритм диагностики синдрома соединительнотканной дисплазии сердца и ассоциированная с ним патология эзофагогастроуденальной зоны» по специальности 14.00.05 — внутренние болезни.

Семенова Ю.Б. «Роль иммунологических нарушений в клинике острых форм ишемической болезни сердца» по специальности 14.00.06 — кардиология.

Васильева Г.В. «Влияние инфекционных осложнений перитонеального диализа на эффективность терапии у больных с хронической почечной недостаточностью» по специальностям: 14.00.27 — хирургия, 14.00.05 — внутренние болезни.

Диссертационные советы

Диссертационный совет Д 208.089.01

Приказ ВАК 14.00.05 — внутренние болезни
№ 942-в 14.00.06 — кардиология
от 15.12.2000 г. 14.00.03 — эндокринология

Председатель — проф. Симаненков В.И.
Зам. председателя — проф. Гришкин Ю.Н.
Ученый секретарь — проф. Лиля А.М.

Диссертационный совет Д 208.089.02

Приказ ВАК 14.00.16 — патологическая физиология
№ 1305-в 14.00.27 — хирургия
от 29.12.00 г. 14.00.37 — анестезиология и реаниматология

Председатель — чл.-корр. РАМН проф. Беляков Н.А.
Зам. председателя — проф. Михайлович В.А.
Ученый секретарь — доцент Горбунов Г.Н.

Диссертационный совет Д 208.089.03

Приказ ВАК 14.00.07 — гигиена
№ 64-в 14.00.21 — стоматология
от 12.01.2001 г.

Председатель — чл.-корр. РАМН проф. Щербо А.П.
Зам. председателя — проф. Цимбалитов А.В.
Ученый секретарь — проф. Дрожжина В.А.

Диссертационный совет Д 208.089.04

Приказ ВАК 03.00.24 — микология
№ 195-в 14.00.10 — инфекционные болезни
от 19.01.2001 г. 14.00.15 — патологическая анатомия

Председатель — чл.-корр. РАМН проф. Хмельницкий О.К.
Зам. председателя — проф. Рахманова А.Г.
Ученый секретарь — проф. Соболев А.В.

Диссертационный совет Д 208.089.05

Приказ ВАК 14.00.09 — педиатрия
№ 299-в 14.00.13 — нервные болезни
от 02.02.2001 г. 14.00.51 — восстановительная медицина, лечебная физкультура и спортивная медицина, курортология и физиотерапия

Председатель — проф. Алферов В.П.
Зам. председателя — проф. Гармашов Ю.А.
Ученый секретарь — проф. Кирьянова В.В.

Состав проблемных комиссий СПбМАПО

Приказ ректора № 196 от 9 декабря 2002 г.

1. Гигиена, общественное здравоохранение и медицинское образование
Председатель: проф. Щербо А.П.

Зам. председателя: д-р мед. наук Плавинский С.Л., проф. Филатов В.Н., проф. Шляхецкий Н.С.

Члены: проф. Зельдин А.Л., проф. Кальченко Е.И., проф. Киселев А.А., доц. Клищенко О.А., проф. Кром Л.И., проф. Лойт А.О., доц. Негриенко К.В., доц. Петрук Ю.А., проф. Ретнев В.М.
Секретарь: доц. Бойко А.Т.

2. Эфферентная терапия, токсикология, анестезиология и реаниматология, трансфузиология, трансплантология, патофизиология
Председатель: проф. Михайлович В.А.

Зам. председателя: проф. Гуревич К.Я., проф. Козлов А.В.

Члены: чл.-корр. РАМН Беляков Н.А., проф. Ваневский В.Л., проф. Дуткевич И.Г., проф. Зайчик А.М., проф. Калмансон М.Л., проф. Лебединский К.М., проф. Малахова М.Я., проф. Марусанов В.Е., д-р мед. наук Соломенников А.В., проф. Шилов В.В.
Секретарь: доц. Слепышева В.В.

3. Внутренние болезни и другие терапевтические специальности
Председатель: чл.-корр. РАМН Мазуров В.И.

Зам. председателя: проф. Кузнецова О.Ю., проф. Симаненков В.И.

Члены: проф. Арьев А.Л., проф. Барановский А.Ю., проф. Белянин В.Л., проф. Ворохобина Н.В., проф. Гавришева И.А., проф. Гришкин Ю.Н., проф. Крылов А.А., проф. Лиля А.М., проф. Медведев В.П., проф. Руксин В.В., проф. Собченко С.А.

Секретарь: канд. мед. наук Линецкая Н.Э.

4. Хирургия и сопутствующие заболевания
Председатель: чл.-корр. РАМН Симбирцев С.А.

Зам. председателя: проф. Земляной В.П., проф. Мирошниченко А.Г.

Члены: проф. Александров В.П., проф. Астахов С.Ю., проф. Борисов А.Е., проф. Глушков Н.И., доц. Горбунов Г.Н., проф. Кацадзе М.А., проф. Кузьмин-Крутецкий М.И., проф. Лойт А.А., проф. Линьков В.И., проф. Моисеенко В.М., проф. Неверов В.А., проф. Тарасов В.А., доц. Трунин Е.М., проф. Урманчиева А.Ф., проф. Хмельницкая Н.М., проф. Шугаев А.И.
Секретарь: доц. Каюков А.В.

5. Нервные и психические болезни
Председатель: проф. Шулев Ю.А.

Зам. председателя: проф. Осетров Б.А., д-р мед. наук Штакельберг О.Ю.

Члены: проф. Александров А.А., проф. Алексеев Б.Е., проф. Гармашов Ю.А., проф. Иова А.С., проф. Курпатов В.И., доц. Пустозеров В.Г., проф. Рябуха Н.П., проф. Сайкова Л.А., проф. Ташлыков В.А., проф. Трофимова Т.Н., проф. Фролов Б.С., проф. Эйдемиллер Э.Г., проф. Жулев Н.М.

Секретарь: доц. Полякова Л.А.

6. Сохранение здоровья матери и ребенка
Председатель: проф. Репина М.А.

Зам. председателя: проф. Романюк Ф.П., проф. Алферов В.П.

Члены: проф. Александрова В.А., проф. Баиров В.Г., доц. Иевлев В.С., проф. Куликов А.М., проф. Кустаров В.М., проф. Мутафьян О.А., проф. Орлов В.М., доц. Павлович В.Г., доц. Садовый О.Т., доц. Сафронова М.М.

Секретарь: асс. Корнилов Н.В.

7. Микозы, микоаллергозы и вирусно-бактериальные инфекции
Председатель: проф. Елинов Н.П.

Зам. председателя: чл.-корр. РАМН проф. Хмельницкий О.К., проф. Клишко Н.Н., проф. Рахманова А.Г.

Члены: проф. Аравийский Р.А., д-р мед. наук Баласанянц Г.С., канд. биол. наук Васильева Н.В., проф. Виноградова Е.Н., проф. Кубась В.Г., чл.—корр. РАМН проф. Лобзин Ю.В., проф. Першин С.С., проф. Разнатовский К.И., проф. Соболев А.Л., проф. Соловьева Т.Н., проф. Яковлев А.А.

Секретарь: доц. Демиденко Т.П.

8. Стоматология, челюстно-лицевая хирургия
Председатель: чл.-корр. РАМН Козлов В.А.

Зам. председателя: проф. Мороз Б.Т., проф. Цимбалитов А.В.

Члены: доц. Артюшенко Н.К., доц. Данилов Е.О., проф. Дрожжина В.А., доц. Каспина А.И., доц. Медведовская Н.М., доц. Миргородская Л.В., доц. Семенов М.Г., проф. Федоров Ю.А., доц. Шторина Г.Б.

Секретарь: д-р мед. наук Васильев А.В.

9. Восстановительная медицина и смежные вопросы реабилитации
Председатель: проф. Баиндурашвили А.Г.

Зам. председателя: проф. Кирьянова В.В., проф. Тиходеев С.А.

Члены: доц. Бадзгардзе Ю.Д., проф. Богданов Н.Н., проф. Дорничев В.М., проф. Королькова Т.Н., чл.-корр. РАМН проф. Ланцов А.А., проф. Малахов С.Ф., канд. мед. наук Мохов Д.Е.

Секретарь: доц. Голуб Я.В.

Международная школа

В андалусском курортном городе Альмунекар (Испания) под эгидой Европейского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов (ESPGHAN) был проведен интенсивный курс по педиатрической нутрициологии, собравший 50 клиницистов, нутрициологов и фармакологов со всей Европы — из Германии, Франции, Швеции, Италии и др.

Испания встретила июльским зноем, незнакомыми ароматами и фантастической природой Пиренейского полуострова. Когда-то арабы называли его Аль-Андалусом. Древняя иберийская земля, соединяя Европу и Африку, лежит между Средиземным морем и Атлантическим океаном. Сказочные ландшафты приносят ощущение библейской древности этих мест. Здесь удивительная гармония цветов: желто-зеленые холмы; цветущие долины; оливковые рощи; красно-бурые почвы; сады с гранатовыми и миндальными деревьями; причудливые нагромождения серых скал; белые стены домов на склонах гор; синева моря и неба.

Альмунекар холмами спускается к морю. Скалы заходят в воду далеко от берега. На пляже из гальки образуется серый песок, похожий на пепел. Такого же цвета — навесы пляжных зонтиков, сплетенные из сухих пальмовых листьев. В старых кварталах невероятно крутые, узкие улицы, сжатые стенами домов, начинаясь от замкнутых пространств крошечных площадей, взбираются в гору. В городе — удивительное разнообразие пальм и экзотической тропической растительности. Андалусия — единственное место в Европе, где плодоносит финиковая пальма.

Школа проходила в отеле «Мелиа Альмунекар», в учебном центре университета Гранада. Лекции сочетались с интерактивными тренингами, деловыми играми. Использовались новые образовательные компьютерные программы (например, «Euro-Growth», созданная в 2000 г. в Вене для оценки роста и развития детей). Демонстрировались неординарные клинические случаи. Интерес вызвали многие лекции: «Эпидемия ожирения», «Подходы к исследо-

ваний», «Статистика. Нутриционная эпидемиология», «Дизайн исследований», «Методологический анализ исследований» и др. Рассматривались молекулярные и генетические аспекты питания («Манипулирование генами», «Нутриенты и взаимодействие генов»), роль витаминов Е и Д в экспрессии генов, средиземноморская диета, антиоксидантный эффект оливкового масла и вина. Обсуждалась возможность метаболического программирования и предотвращения задержки внутриутробного роста плода путем нутрициологического вмешательства. По всей вероятности, нутриенты моделируют гормональную регуляцию роста.

В развитых странах улучшение питания и условий жизни приводит к тому, что меньшая антигенная стимуляция способствует изменению интестинальной микрофлоры и росту атопических болезней. Пробиотики показаны при атопическом дерматите, а также для профилактики аллергии и ост-

На 6-й день работы школы ее участники отправились в Гранаду — один из красивейших городов Испании, расположенный у подножия гор Сьерра Невада. Посетили Кафедральный собор и Королевскую часовню (XVI в.), где покоятся в мраморных саркофагах первые испанские монархи, король Фердинанд и королева Изабелла II, — венценосные покорители Гранадского эмирата.

Этот город с исламским прошлым и христианским Ренессансом словно создан для прогулок и мечтаний. В нем смешались элементы мавританского и испанского зодчества, тесно переплелись арабские и испанские традиции, история и легенды. Современные проспекты, украшенные пальмами и платанами, соседствуют с кварталами старой застройки, где балконы и окна домов украшены искусно выполненными решетками и цветами, а узкие ступенчатые улицы мавританского типа карабкаются в гору.



В Львином дворе дворца Мухаммеда V в Альгамбре.

рых респираторных вирусных инфекций. Эта информация поразила врачей из Мексики и Великобритании, где пробиотики при таких заболеваниях никогда не назначаются.

Европейские специалисты учили, как оформлять заявки на гранты, организовывать исследования, представлять результаты научных изысканий — делать презентации, выступать с докладами, писать статьи. Каждый участник школы был обеспечен ноутбуком с прямым доступом в Интернет. Слушатели составляли резюме к статье. Набираемый на ноутбуках текст появлялся затем и на большом экране у преподавателя, который как эксперт разбирал задания.

С участием специалистов компании по детскому питанию ORDESA (Барселона) обсуждалась тема «Научное сотрудничество между академией и промышленностью». В Испании индустрия сотрудничает с университетами, заключая с ними контракты. В Греции врачи получают спонсорскую помощь от производителей детского питания. Однако вследствие этого существенно увеличивается стоимость лекарств и медицинских приборов.

Слушатели дегустировали экспериментальные смеси детского питания и занимались моделированием их состава для конкретных пациентов, используя компьютерную программу и рекомендации Европейского научного комитета по питанию.

Арабы, в XIII веке вторгшиеся на полуостров через сжатый скалами пролив (названный ими Гибралтаром), осели здесь и положили начало преуспевающей цивилизации. На красном холме они возвели «мавританский комплекс» — дворцовый ансамбль Альгамбру, объявив его мировым наследным местом. Гранада стала политическим, экономическим и культурным центром мавританского государства. Арабские поэты называли Гранаду «светлой звездой неба», а Альгамбру — «жилищем наслаждения». В крепости-дворце жили правители династии Насридов.

В течение веков процветала богатая исламская культура. Искусства и науки никогда раньше не знали такого расцвета под небом Испании. Отсюда арабская культура проникла в Западную Европу. Мавританская Испания явилась одним из тех мостов, которые соединяли духовную жизнь Востока и Запада. Благодаря арабам средневековая Европа впервые познакомилась с великими произведениями античной и арабской философской мысли, а также с китайским изобретением — бумагой.

Искусство арабского средневековья отличалось обостренным чувством красоты и высокой поэтической многозначностью. Из трех арабских дворцов в Альгамбре каждый последующий превосходит предыдущий. Стены дворцовых покоев покрыты орнаментальными узорами, арабской мозаикой, резьбой из слоновой кости. Сталактитовые купола в



Гранада. Чудо мусульманского зодчества — крепость-дворец Альгамбра.

Альгамбре символизируют, согласно исламской концепции, единство и безграничность мирового духа. Арки подобны золотым кружевным завесам из сталактитов. Розово-золотистый цвет стен и башен меняется в зависимости от освещения солнца.

Для всех дворцов типична система связей замкнутых галстических единств: в пространстве дворцового комплекса человек как бы статически пребывает в единой замкнутой архитектурно-живописной среде. Альгамбра — художественное воплощение определенной философии бытия. Эти стены хранят многие гаремные тайны, но здесь думается скорее не о них, а об арабской философии и науке.

Летняя резиденция гранадских государей, Хенералифе, была любимым местом отдыха султанов. В уникальной системе древних садов, которые воспеет не один поэт, воплотилось мавританское представление о красоте мира. Через всю длину двора, засаженного розами, кипарисами, миртовыми и апельсиновыми деревьями, проходит узкий канал-бассейн со струящейся водой — она символизирует жизнь. Струи высоких фонтанов взлетают и падают, перекидывая через стороны бассейна изящные водяные арки. Благоухание душистых растений, хрустальные брызги фонтанов, строгость геометрических линий подстриженных кустарников и вертикалей темно-зеленых кипарисов создают удивительную атмосферу гармонии и покоя...

Столица Гранадского эмирата стала последним оплотом мусульман на Пиренейском полуострове.

Гранада явилась свидетелем падения последнего арабского султана — Абу Абдаллаха (Боабдила), вынужденного сдать ключи от Альгамбры Католическим монархам и навсегда покинуть город. На главной площади Гранады были сожжены десятки тысяч арабских книг, за исключением некоторых трактатов по медицине, истории и естественным наукам. В Испании, родине иезуитов, как ни в какой другой стране дико свирепствовала инквизиция, и вскоре на кострах запылали уже не манускрипты, а еретики...

Сегодня Альгамбра, словно вознесенная над городом, воспринимается как духовная доминанта Гранады, символ того, что «светлая звезда неба» продолжает сиять.

Школа по нутрициологии в Альмунекаре никогда не забудется, и долго еще будут вспоминаться закаты на море и звезды на андалусском небе. Древние греки именовали Испанию «Гесперией» — страной вечерней звезды. Когда начинает заходить солнце, небо на горизонте постепенно розовеет, отделяясь от поверхности воды лишь тонкой линией, пока ночь, наконец, не объединит эти два пространства — морское и воздушное — в единое целое, и тогда уже не разглядеть, где кончается одно из них, и начинается другое. Лишь на вершине скалы в море мерцают огни маяка...

Один из участников школы, покидая Альмунекар, выразил чувства многих: «Это было лучшее время в моей жизни».

С.Л. Акимова

Святой мученик-врач Иулиан

В христианской агиографии житие мученика Иулиана — одно из самых небольших по объему. Известно, что он жил в III веке и происходил из сирийского города Эмезы (нынешний Гомс), расположенного на берегу реки Оронта, впадающей в Средиземное море. В юношеском возрасте он хорошо изучил врачебное искусство и, как и многие другие врачи-христиане, медицинскую деятельность совмещал с миссионерской проповедью, обращая своих языческих пациентов в Христианство.

В царствование римского императора Нумериана (283–284 гг.), когда от гонений на христиан пострадал и святой мученик-врач Фалалей, правителю

Эмезы поступил донос на местного епископа Сильвана. Епископ предстал перед судом вместе с диаконом Лукой и чтецом Мокием. Убедившись в тщетности принудить их к принесению языческой жертвы, правитель долго томил мучеников в темнице голодом и жаждой, после чего приговорил отдать их на растерзание зверям. Когда святых вели из темницы на казнь, Иулиан увещевал их не страшиться смерти за Христа и с радостью принять мученический венец. За эти слова он

был схвачен язычниками и брошен в пещеру. Руки, ноги и голову его пробили гвоздями, после чего он и скончался.

С.Н. Тутолмин



Альгамбра

ванию метаболизма липидов», «Нуклеотиды и ганглиозиды. Два примера диетической иммуномодуляции», «Оценка белковых гидролизатов для детей с пищевой аллер-