

13. Гарбуз И.Ф., Гарбуз А.И., Морозенко С.Ф. Биомеханика натальной травмы шейного отдела позвоночника у новорожденных и некоторые аспекты её лечения // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 5. – С. 48–49.

14. Mihara H, Onari K, Hachiya M, et al. Follow-up study of conservative treatment for atlantoaxial rotatory displacement // J Spinal Disord. – 2001. – № 14. – P. 494–9.

15. Roche CJ, King SJ, Dangerfield PH, et al. The atlantoaxial joint: physiological range of rotation on MRI and CT. // Clin Radiol. – 2002. – № 57. – P. 103–8.

16. Maigne J. Y., Mutschler C., Doursounian L. Acute torticollis in an adolescent: case report and MRI study // Spine. – 2003. – Vol. 2. – P. E13–E15.

17. Lustrin E.S., Karakas S.P., Ortiz A.O., Cinnamon J., Castillo M., Vaheesan K., Brown J.H., Diamond A.S., Black K., Singh S. Pediatric cervical spine: normal anatomy, variants, and trauma // Radiographics. – 2003 May–Jun. – № 23(3). – P. 539–60.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПАНТОПРАЗОЛА

Зима Д.В., Ивашев М.Н.

Крымский федеральный университет, Симферополь, e-mail: ivashev@bk.ru

Доклинические и клинические исследования новых препаратов должны отвечать требованиям доказательной лабораторной и клинической практике [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16].

Цель исследования. Установить эффективность использования пантопразола.

Материалы и методы исследования. Анализ данных клинической практики.

Результаты исследования и их обсуждение. Пантопразол активно подавляет продукцию в желудке соляной кислоты путем блокады протонного насоса в клетках слизистой желудка. Активное вещество трансформируется в активную форму в каналах стенок париетальных клеток и блокирует фермент Н-К-АТФ-азу, то есть на завершающей стадии синтеза соляной кислоты. У большинства больных облегчение симптомов наступает спустя 2 недели терапии. Как и другие ингибиторы протонного насоса (ИПП) и рецепторов H₂-типа, терапия препаратом вызывает понижение кислотности и рост содержания гастринина. Терапевтический эффект препарата при язвенной болезни в фазе обострения, эрадикации *H. pylori* и рефлюкс-эзофагите сохраняется в течение 45–46 часов. Пантопразол активно абсорбируется, наибольшая концентрация в крови достигается уже после однократного приема. В среднем, наибольшая концентрация в крови наступает спустя 2,5 часа после применения. Метаболизм пантопразола проходит без участия изоферментов печени (конъюгация), что является несомненным преимуществом в сравнении с другими ИПП. При необходимости приема нескольких препаратов для одновременного лечения комплекса заболеваний наиболее безопасен среди ИПП пантопразол. Назначали пантопразол (торговое название санпразол) пациентам с рефлюкс-эзофагитом в дозировке 20 мг в сутки, курсом от 4 до 8 недель с выраженным терапевтическим эффектом. Рецидивы регистрировали в 10% случаев, что при-

водило к временному увеличению дозировки до 40 мг в сутки.

Выводы. Пантопразол эффективен при рефлюкс-эзофагите при курсовом приеме.

Список литературы

1. Анальгетическая активность отваров коры и однолетних побегов ивы белой / О.О. Хитева и др. // Успехи современного естествознания. – 2012. – № 2. – С. 51–52.

2. Биологическая активность чернушки дамасской / А.В. Сергиенко и др. // Аллергология и иммунология. – 2011. – Т. 12. – № 3. – С. 298.

3. Влияние дибикора и таурина на мозговой кровоток в постшемическом периоде / А.К. Абдулмаджид и др. // Фармация. – 2009. – № 1. – С. 45–47.

4. Влияние глюкозы на системную и центральную гемодинамику бодрствующих животных / С.А. Рожнова и др. // Депонированная рукопись № 741-B2003 17.04.2003.

5. Влияние жирного масла чернушки дамасской на липидный спектр плазмы крови крыс при моделированной хронической сердечной недостаточности / А.В. Сергиенко и др. // Современные наукоемкие технологии. – 2012. – № 8. – С. 42–43.

6. Влияние метронидазола и ликопида на экспериментальное воспаление / А.В. Сергиенко и др. // Кубанский научный медицинский вестник. – 2009. – № 8. – С. 68–74.

7. Ивашев М.Н. Йодинол и лихорадка Эбола / М.Н. Ивашев, В.С. Афанасов, А.В. Сергиенко, Е.Г. Чечулин // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 11–3. – С. 125–126.

8. Изучение раздражающей активности масляного экстракта плодов пальмы сабаль *in situ* на хорион-аллантоисной оболочке куриных эмбрионов / А.В. Сергиенко и др. // Современные наукоемкие технологии. – 2012. – № 12. – С. 28–29.

9. Исследование репаративной активности экстракта жирного масла шиповника при моделированном ожоге у крыс / Е.Е. Зацепина и др. // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 3. – С. 122–123.

10. Клиническая фармакология ацетилцистеина / М.Н. Ивашев и др. // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 5. – С. 116–117.

11. Клиническая фармакология карбапенемов / А.В. Сергиенко и др. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 8–3. – С. 138.

12. Клиническая фармакология лекарственных средств, для терапии анемий в образовательном процессе / И.А. Савенко и др. // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. – № 8. – С. 132–134.

13. Клиническая фармакология низкомолекулярных гепаринов / А.В. Сергиенко и др. // Современные наукоемкие технологии. – 2013. – № 3. – С. 92.

14. Кодониди И.П. Компьютерное прогнозирование биомолекул / И.П. Кодониди и др. // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. – № 11–1. – С. 153–154.

15. Оценка биохимических показателей крови крыс при курсовом применении масляного экстракта плодов пальмы сабаль / А.В. Савенко и др. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 11. – С. 14–15.

16. Экстракт жирного масла арахиса и его адаптивно-репаративная активность на модели ожога / Е.Е. Зацепина и др. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 12. – С. 99–100.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Казарин Б.В., Звягинцев С.В.

ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава Российской Федерации, Краснодар, e-mail: BorisVK2002@yandex.ru

При выполнении государственной программы Российской Федерации, «Развитие здравоохранения» [7], значительное внимание уделяется вопросам эффективного управления процессом

оказания медицинских услуг, что требует организации постоянного оперативного контроля за качеством деятельности медицинской организации, (т.е. экспертизы качества медицинских услуг). Указанный контроль является обязательной составляющей управления в современном здравоохранении, нацеленном на достижение конечного результата. При этом, целесообразно рассмотреть деятельность медицинской организации с позиций внедрения системы управления качеством – процессного подхода.

Сложность внедрения процессного подхода к управлению медицинской организацией зависит в том числе и от наличия или отсутствия управленческих компетенций у высшего руководства и руководителей подразделений медицинской организации, от уровня их сопротивления проведению организационных и иных изменений [2, 4, 13, 14].

Целью осуществления контроля качества медицинской помощи, с этих позиций, является обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи, необходимого объема и надлежащего качества на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения и применения совершенных медицинских технологий.

Реализация системы управления качеством в работе медицинской организации является необходимым этапом в стремлении обеспечить повышение качества медицинской помощи, удовлетворенность пациентов и персонала, повысить результативность и эффективность учреждения [9]. Следует иметь в виду, что процесс оказания медицинской помощи – это процесс предоставления медицинской услуги [5].

Объектом контроля в этом случае, является медицинская помощь, представляющая собой комплекс профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных мероприятий (услуг), осуществляемых с целью достижения конкретных результатов и проводимых по определенной технологии

Контроль качества медицинской помощи должен включать следующие элементы:

- 1) оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов в медицинской организации;
- 2) экспертиза процесса оказания медицинской помощи пациентам;
- 3) изучение удовлетворенности пациентов путем анкетирования;
- 4) выявление и обоснование дефектов в оказании медицинской помощи и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи;
- 5) подготовка выводов и рекомендаций, направленных на предупреждение дефектов в работе медицинского персонала и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи;

б) выбор наиболее рациональных управленческих решений и контроль за их реализацией.

В ст. 90 ФЗ «Об охране здоровья граждан» установлено, что организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности проводится в соответствии с порядком, который должен быть утвержден приказом (распоряжением) главного врача медучреждения.

Контроль качества медицинской помощи осуществляется экспертным путем должностными лицами (заведующими отделениями, заместителем главного врача по клинично-экспертной работе) в составе врачебной комиссии и ее подкомиссий.

В лечебном учреждении экспертиза качество медицинской помощи осуществляется на нескольких уровнях и является функцией:

- первая ступень экспертизы – заведующий отделением, подразделением;
- вторая ступень экспертизы – заместитель главного врача по клинично-экспертной работе;
- третья ступень экспертизы – врачебная комиссия учреждения.

Экспертиза процесса оказания медицинской помощи проводится по отдельным законченным случаям на основании медицинской документации: истории болезни, амбулаторной карте и др. При необходимости медицинской организацией может быть проведена и очная экспертиза.

Эксперты должны, как правило, соответствовать следующим требованиям:

- наличие высшего образования по специальности и удостоверения о повышении квалификации по заявленной области экспертизы;
- наличие стажа работы по заявленной области экспертизы не менее 10 лет;
- наличие знаний и навыков по заявленной области экспертизы.

К перечню видов экспертиз, для проведения которых требуется привлечение экспертов, относится «экспертиза при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности». В рамках данного вида экспертизы, проводится и экспертиза качества медицинской помощи.

Требования, предъявляемые к экспертам, вытекают из ст. 40 Федерального закона № 326-ФЗ [11]. Таким образом, в системе российского здравоохранения в рамках и вне рамок обязательного медицинского страхования **создаются единые условия** для экспертизы качества медицинской помощи.

В рамках обязательного медицинского страхования экспертиза качества медицинской помощи согласно приказу ФФОМС от 01.12.2010 № 230 [8] предусматривает проверку соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательное медицинское страхование, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской

помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, сложившейся клинической практике.

К сожалению, в настоящее время отсутствуют нормативные акты, регламентирующие порядок экспертизы качества медицинской помощи, оказанной вне рамок обязательного медицинского страхования.

По нашему мнению и в вне рамок обязательного медицинского страхования важно проводить проверку соответствия предоставленной пациенту медицинской помощи, порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи и клиническим рекомендациям (протоколам лечения).

По состоянию на 11.05.2016 разработано и размещено в Федеральной электронной медицинской библиотеке (www.femb.ru) 1199 клинических рекомендаций (протоколов лечения) по основным классам заболеваний, охватывающих более 90% основных нозологических форм, внутри которых более 6 тысяч моделей пациентов с учетом тяжести и особенностей течения заболевания.

Ряд порядков оказания медицинской помощи предусматривают оказание медицинской помощи с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения), например: Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, Порядок оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология», Порядок диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ и др.

В целях оценки медицинской помощи, оказываемой как в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам, так и вне ее, при экспертизе качества медицинской помощи специалистам предлагаются алгоритмы выявления дефектов медицинской помощи.

Особое внимание соблюдению клинических рекомендаций уделяется при проведении экспертизы качества медицинской помощи в медицинских организациях. Такая экспертиза в Российской Федерации проводится в соответствии с Приказом Федерального Фонда Обязательного Медицинского Страхования от 01.12.2010 № 230 [8], при этом что экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, сложившейся клинической практике.

Однако, необходимо учитывать, что с одной стороны существуют запросы потребителя (пациента) и медицинская организация с системой стандартов с другой стороны. При этом постоянно растет требовательность населения, которая нередко может идти в разрез с возможностями медицинской организации, а, зачастую, и с реальными возможностями современного развития медицинской науки и практики [1]. В этой связи особенно остро встает проблема создания, тщательной разработки и внедрения отраслевой стандартизации: ресурсов, процессов и результатов.

Кроме того, как известно, экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях определения степени соответствия оказанных медицинских услуг критериям качества медицинской помощи. При этом в ч. 2 ст. 64 ФЗ № 323 указано, что основой для формирования таких критериев, наряду с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, являются клинические рекомендации.

Экспертиза качества медицинской помощи конкретному больному предусматривает сопоставление ее со стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколы лечения. При этом, любой процесс проведения экспертизы, наряду со своей спецификой (например: экспертиза временной нетрудоспособности [12]), подразумевает наличие некоторых стандартных (общепринятых) критериев, сравнение с которыми позволяет прийти к заключению о соответствии изучаемого предмета, мероприятия или явления этим позициям. В этой связи кардинальное значение имеет наличие указанных критериев, их признанность и доступность [10].

Экспертами Всемирной организации здравоохранения обозначены критерии качества медицинской помощи, ведущими среди которых являются [9] «результативность, безопасность, степень соответствия современному уровню медицинской науки, стандартам медицинских технологий, а также потребностям пациента».

В настоящее время существуют международные стандарты, разработанные при участии Всемирной организации здравоохранения. Данные стандарты имеют свои национальные аналоги в разных странах, в том числе в России (Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 55568-2013 «Оценка соответствия. Порядок сертификации систем менеджмента качества и систем экологического менеджмента», Межгосударственный стандарт ГОСТ ISO 9001-2011 «Системы менеджмента качества. Требования»). Рядом приказов Минздрава России утверждены стандарты оказания медицинской помощи при различных заболеваниях, призванные обеспечить гарантированный объем медицинских услуг при лечении тех или иных расстройств. Все самые оптимальные подходы к принципам управления, способствующим

повышению качества, аккумулированы в требованиях международных стандартов на системы менеджмента качества (СМК) серии ISO 9000.

Стандарты семейства ISO 9000 разрабатываются и издаются техническим комитетом, в работе которого принимают участие представители более 100 стран мира в т.ч. Российской Федерации. Межгосударственный стандарт ГОСТ ISO 9000-2011 предъявляет ряд требований к системе управления организацией вне зависимости от того, к какому сектору экономики она принадлежит, производит продукцию или оказывает услугу, частное ли это предприятие, государственное или правительственное учреждение.

В настоящее время в системе охраны здоровья населения [15] ведется планомерная работа по совершенствованию законодательства, разработки необходимых подзаконных отраслевых и территориальных актов, что позволяет более качественно и продуктивно осуществлять контроль в здравоохранении, а пациентам – получать эффективную, качественную и своевременную медицинскую помощь.

Список литературы

1. Березников А.В., Конев В.П., Онуфрийчук Ю.О. и др. Экспертная деятельность в обязательном медицинском страховании: практическое пособие / под ред. А.В. Березникова. – М.: ИНФРА-М, 2016. – 184 с.
2. Звягинцев С.В., Казарин Б.В., Камушкина Л.В., Колесников В.В., Шукин О.Л. Опыт внедрения дистанционных образовательных технологий в формировании ключевых профессиональных компетенций в процессе преподавания специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 4–1. – С. 155–157.
3. Звягинцев С.В., Казарин Б.В., Камушкина Л.В., Поддубный В.Н., Рисованный С.И. Экспертиза качества медицинских услуг. – М.: Издательский дом Академии естествознания, 2016. – 189 с.
4. Казарин Б.В., Ясько Б.А. Организационно-психологическая диагностика в здравоохранении. – М.: Издательский дом Академии естествознания, 2013. – 114 с.
5. Линденратен А.Л. Один из подходов к статистической оценке качества медицинской помощи // Управление качеством в здравоохранении. – 2014. – № 3. м С. 35–37.
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности».
7. Постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».
8. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».
9. Репин В.В., Елиферов В.Г. Процессный подход к управлению. Моделирование бизнес-процессов. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. – 544 с.
10. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг: Руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 46–48.
11. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
12. Шукин О.Л., Казарин Б.В., Рисованный С.И. Экспертиза временной нетрудоспособности. – М.: Издательский дом Академии естествознания, 2016. – 160 с.
13. Ясько Б.А., Казарин Б.В. Формирование управленческих компетенций врача в системе послевузовского образования // Вопросы психологии. – 2015. – № 2. – С. 67–77.
14. Ясько Б.А., Казарин Б.В., Поддубный В.Н. Реализация компетентностного подхода в процессе послевузовского образования руководителей организаций здравоохранения // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 4–1. – С. 326–330.
15. http://vrachirf.ru/concilium/24978.html?utm_source=inner&utm_medium=interest-title_block&utm_campaign=inner_effect доступ 05.09.2016.

МЕХАНИКА РАЗВИТИЯ ВЕН ПЕЧЕНИ

Петренко В.М.

Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com

Эмбриональное развитие вен печени человека описано в литературе (Пэттен Б.М., 1959; Станек И., 1977; Карлсон Б., 1983), но без объяснения механизма. Развитие вен печени я изучил на 30 сериях гистологических срезов зародышей человека 4–8 нед. в трех плоскостях.

Бурно растущая печень уже на 4-й нед. «разрывает» первичную систему венозных магистралей (кардинальных, пупочных и желточных вен), «вставляет» в нее сеть печеночных синусоидов и затем преобразует ее в систему новых вен (нижней полой и воротной). В морфогенезе их устьевых отрезков ключевую роль играет хвостатая доля печени. Но не одна, пусть и огромная печень, ни тем более не одна ее хвостатая доля организуют столь кардинальные преобразования первичной венозной системы, а вместе с другими органами, прежде всего – с надпочечниками и почками (нижняя полая вена), с двенадцатиперстной кишкой, поджелудочной железой и желудком (воротная вена печени). В эволюции воротная система печени формируется уже у ланцетника и круглоротых: из подкишечной вены через синусы печени кровь по печеночной вене поступает в венозный синус сердца. Система кардинальных вен сохраняется у рыб, только у бесхвостых амфибий и рептилий вытесняется, как и туловищная почка тазовой, возникает задняя полая вена. Однако известны исключения. Так у двоякдышащих рыб одна из ветвей печеночных вен направляется мимо печени, вдоль легочного мешка к дорсальной стороне полости тела и «подключается» к правой задней кардинальной вене у места ее впадения в общую кардинальную вену (Ромер А., Парсонс Т., 1992). В эмбриогенезе человека асимметричный под влиянием огромного сердца рост легких приводит к закладке хвостатой доли печени у эмбриона 4 нед.: ее правая часть из более широкой правой части поперечной перегородки, которая «растянута» правым легким, вырастает в корень дорсальной брыжейки пищеводно-желудочного сегмента передней кишки. Печеночные синусоиды с дорсальной