

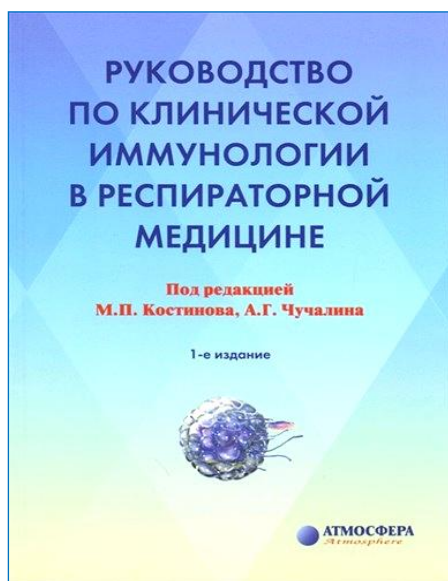


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

*Ежемесячный дайджест
материалов из периодических изданий,
поступивших в областную научную
медицинскую библиотеку МИАЦ*

№1 (январь), 2021



СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	13

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Минздрав ввел новый порядок выдачи справок и медицинских заключений. Разъяснения для клиник // Здравоохранение. – 2021. – № 1. – С. 10-15.

Посмотрите алгоритм, как выдавать справки и медзаключения по новым правилам с 2021 года. Из статьи узнаете, что изменить в работе, какие поручения дать подчиненным.

С 1 января действует новый порядок выдачи справок и медицинских заключений. Прежний, который был установлен приказом Минздрава от 02.05.2012 № 441н, утратил силу. Поручите сотрудникам, которые отвечают за выдачу справок и медзаключений, скорректировать правила и локалку. Вот главное, за чем необходимо проследить.

Что изменить в работе со справками и медзаключениями.

Решите, будете ли выдавать документы в электронном формате. Ранее норм об электронных справках и медзаключениях не было. Теперь руководитель решает, будут ли их выдавать пациентам и законным представителям при личном обращении, а также по электронному запросу.

Медорганизации, которые пока не готовы заниматься электронным документооборотом, выдают справки и медзаключения на бумаге.

Установите правила работы с электронными документами. Проинструктируйте персонал, что электронные справки и медзаключения выдают пациентам и законным представителям с их согласия.

Если в клинику поступил электронный запрос, поручите удостовериться, что заявитель подписал его усиленной квалифицированной или простой электронной подписью. В последнем случае надо проверить соблюдение двух условий.

Первое – идентификация и аутентификация прошла через единую систему идентификации и аутентификации.

Второе – при выдаче ключа простой электронной подписи личность пациента или его законного представителя установлена при личном приеме.

Справки и медзаключения, которые выдают в электронной форме, поручите заверять усиленной квалифицированной электронной подписью медработника. Например, лечащего врача пациента или медрегистратора, который ведет учет выданных документов.

Выдавайте бумажные документы на основании документа, который удостоверяет личность. Проинструктируйте персонал, что справки и медзаключения на бумаге выдают при личном обращении пациентов. Основание – документ, который удостоверяет личность.

В прошлом порядке был перечень документов, которые признавали удостоверяющими личность. Теперь конкретизации нет. По прежнему порядку выдавать справки и медзаключения можно было «гражданам», теперь – «пациентам». Если необходимо, скорректируйте формулировку в локальном документе – порядке выдачи справок и медзаключений.

Установите срок, когда нужно выдать справку и медзаключение. Сотрудники должны успеть в течение 3 рабочих дней со дня обращения. Ранее конкретных сроков по справкам не было.

Медзаключения поручите выдавать, как и ранее, в течение 3 рабочих дней после окончания обследований. Есть исключение: заключения о причине смерти и диагнозе заболевания выдают в день обращения супруга или близкого родственника, правоохранительных и иных органов. Правило действовало и ранее. Сохраните его, когда будете устанавливать новый порядок работы.

Какие правила оставить прежними.

Оформляйте документы на бумаге по прежним правилам. Удостоверьтесь, что бумажные справки и медзаключения составляют в произвольной форме. Вот главные правила.

Документ оформляют со штампом медорганизации или на ее бланке. Справку подписывают врач или фельдшер, акушерка. Медзаключение – врачи-специалисты, которые выносили заключение, и руководитель медорганизации.

Справки и медзаключения заверяют личной печатью врача или врачей и печатью медорганизации, если она есть. На печати должно быть различимо полное наименование клиники в соответствии с учредительными документами.

Документы несовершеннолетним выдавайте по прежним правилам. Справки и медзаключения выдавайте законным представителям на основании документов, которые удостоверяют их личность, а также документа, который подтверждает полномочия законного представителя.

Кочеткова, Р. Как организовать телемедицинские консультации по новым требованиям Минздрава. Алгоритм // Здравоохранение. – 2021. – № 1. – С. 16-22.

В статье представлен алгоритм, по которому медорганизации вместе с единым консультационным центром должны обеспечить телемедицинские консультации пациентов с COVID. Регламент организации работы Минздрав добавил во временный порядок оказания медпомощи в пандемию.

По какому алгоритму организовать работу.

Минздрав поручил обеспечить круглосуточные консультации пациентов с новой коронавирусной инфекцией, внебольничной пневмонией, ОРВИ и гриппом, которые лечатся дома. Клиники, в которых будут проводить телемедицинские консультации, определяют руководители органов исполнительной власти. Если вашей медорганизации поручили организовать эту работу, следуйте алгоритму.

Шаг 1. Издайте положение о подразделении, в котором оказывают телемедицинские консультации. В поликлинике это может быть, например, отделение медицинской профилактики. В документе пропишите структуру, задачи, виды деятельности, режим работы нового подразделения. Утвердите положение приказом,

Шаг 2. Сделайте должностные инструкции для каждого врача-специалиста и среднего медработника телемедицинского подразделения сделайте. Утвердите штатное расписание, положение об оплате труда сотрудников. Универсальных документов нет, клиника делает их на свое усмотрение.

Шаг 3. Выделите помещения, средства связи и оборудование для телемедицинских консультаций и консилиумов врачей.

Шаг 4. Поручите обрабатывать статистические данные по телемедицине, формировать реестры счетов на телемедицинские услуги.

Шаг 5. Поручите документировать и хранить сведения, которые получили во время телеконсультации, по порядку, который установил Минздрав (приказ от 30.11.2017 № 965н).

Какие ограничения учитывать при телемедицинских консультациях.

Клиника не вправе оказывать телемедицинские услуги, если не подключена к Федеральному реестру медицинских организаций (ФРМО) и Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). К телеконсультациям допускают только действующих сотрудников, сведения о которых есть в ФРМР. Также у консультантов должна быть УКЭП.

Чек-лист. Что вправе делать медработник при телемедицинской консультации:

- Идентифицировать пациента в системе.
- Собирать и анализировать анамнез и жалобы больного.
- Заполнять электронную медкарту пациента.
- Наблюдать за самочувствием пациента, оценивать эффективность лечения и диагностических процедур.
- Принимать решение о необходимости очного приема.
- Корректировать лечение, которое назначил лечащий врач на очном приеме.
- Выписывать и направлять пациенту электронные рецепты.
- Назначать обследования, выдавать электронные медзаключения.
- Продлевать и закрывать электронные листки нетрудоспособности.

- Отправлять пациента на карантин.

Телемедицинские консультации доступны совершеннолетним пациентам, которые зарегистрированы в единой системе идентификации и аутентификации (ЕСИА). Пациентов младше 18 лет консультируют только в присутствии законного представителя, зарегистрированного на портале госуслуг.

Что вправе и не вправе делать медработники.

По регламенту Минздрава проводить первичный осмотр и ставить диагноз пациенту удаленно нельзя. Можно корректировать лечение, направлять на исследования и оформлять справки в электронном виде. Что еще вправе делать медработники, посмотрите в чек-листе.

Чек-лист по изменениям-2021 для главврача + готовые алгоритмы работы для персонала // Здравоохранение. – 2021. – № 1. – С. 48-56.

Что изменить в оформлении и выдаче меддокументов.

Справки и медзаключения.

Поручите соблюдать новый порядок выдачи справок и медицинских заключений (приказ Минздрава от 14.09.2020 № 972н). По сравнению с прежним есть три важных нововведения.

Первое - теперь можно выдавать электронные справки и медзаключения, в том числе по электронному запросу. Вести работу в электронном виде или нет, решает руководитель. Пациент или законный представитель должны дать согласие на электронный документооборот. Второе - в прошлом порядке был перечень документов, которые признавали удостоверяющими личность. Теперь конкретизации нет. Третье - для справок установили трехдневный срок выдачи. Раньше конкретных сроков не было. Алгоритм работы по новым правилам, образец порядка выдачи справок и медзаключений в этом номере

Медицинские документы, копии и выписки для пациентов.

Применяйте новый порядок, как выдавать пациентам или их представителям меддокументы – оригиналы, копии и выписки (приказ Минздрава от 31.07.2020 № 789н). Раньше клиники устанавливали его по своему усмотрению. Теперь чиновники предусмотрели перечень меддокументов, которые нельзя выдавать в оригинале.

Поручите юристам и сотрудникам канцелярии, которые отвечают за работу с обращениями пациентов, скорректировать правила и локалку.

Больничные листки.

Проведите инструктаж для медперсонала, как выдавать и оформлять листки нетрудоспособности по новым правилам (приказ Минздрава от 01.09.2020 № 925н). Вот три главных изменения. Добавили правила, как оформлять электронные больничные. Предусмотрели новые случаи, когда можно исправить больничные на бумаге. Установили новые сроки, на которые выдают листки нетрудоспособности по уходу за больными членами семьи, по беременности и родам.

Как перестроить работу по внутреннему контролю качества.

Поручите ответственным за внутренний контроль изменить формулировки положения о ВКК по новому приказу Минздрава, который действует с 2021 года (приказ от 31.07.2020 № 785н). Скорректировать нужно разделы с целями и задачами, функциями уполномоченных.

Еще два изменения. Первое – ввели новый тип мониторинга. Нужно контролировать, есть ли у медработников документы об образовании, сертификат или свидетельство об аккредитации. Второе – изменили показатели, которые оценивают при плановых и целевых проверках. Теперь их 37, на один меньше, чем раньше. В частности, при ВКК будут проверять, как соблюдают права пациентов при оказании медпомощи.

Как скорректировать правила проведения исследований и порядки медпомощи.

По УЗИ и рентгенологии.

Внедрите новые правила, по которым клиники проводят УЗИ, рентгенологические исследования (приказы Минздрава от 09.06.2020 № 560н, от 08.06.2020 № 557н). Проверьте квалификацию сотрудников, которые делают рентген и УЗИ. Проконтролируйте штатные нормативы и оснащение кабинетов и отделений.

Разработайте формы направлений на исследования и протоколов по итогам.

По стоматологической медпомощи взрослым.

Используйте в штатном расписании новые наименования должностей и нормы труда врачей-стоматологов (приказ Минздрава от 31.07.2020 № 786н). Так, теперь нет должности врача-стоматолога общей практики. Минздрав не включил ее в приказ, так как такой должности нет в номенклатуре.

По акушерству и гинекологии. Сократите количество обязательных медосмотров беременной врачами-специалистами (приказ Минздрава от 20.10.2020 № 1130н). Внедрите телемедицину для медпомощи женщинам в малонаселенной местности. При обмене медицинской документацией используйте только защищенные каналы связи в интернете. Учитывайте расширенные функции акушерского дистанционного консультативного центра в части применения телемедицинских технологий.

При медорганизациях акушерского профиля второй или третьей группы или уровня создайте межрайонный или межмуниципальный кабинет антенатальной охраны плода.

По вспомогательным репродуктивным технологиям. Используйте новые показания для проведения программы ЭКО и переноса криоконсервированных эмбрионов (приказ Минздрава от 31.07.2020 № 803н). Примите во внимание противопоказания к применению вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации.

При организации консультативного приема введите дополнительную должность врача – акушера-гинеколога. Некоторые программы ЭКО теперь оплачивайте по ОМС.

Новые правила по удалению. Скорректируйте порядок перехода на удаленку, основания увольнения дистанционщиков, ведение трудовых книжек, требования к использованию электронной подписи, случаи объявления простоя (Федеральный закон от 08.12.2020 № 407-ФЗ).

Клиникам теперь проще отправлять и возвращать сотрудников бухгалтерии, кадровой и других служб на удаленку. В исключительных случаях это можно делать без их согласия. Договор с удаленщиком расторгайте, если работник без уважительной причины не взаимодействует с работодателем по вопросам, связанным с выполнением трудовой функции, более 2 рабочих дней подряд со дня поступления соответствующего запроса работодателя.

Если сотрудники не могут работать в офисе, а отправлять их на удаленку нельзя, работодатель вправе отправлять их в простой. Появились дополнительные основания, когда можно уволить дистанционного работника.

Бердугин, В. А. Типологические основы делегирования в здравоохранении // ГлавВрач. – 2020. – № 12. – С. 6-21.

Одной из первостепенных задач корпоративного управления в организациях здравоохранения является выработка оптимальной стилистики менеджмента. Главным образом это связано с той высокой значимостью, которую имеет качество персонала в медицинской деятельности. Обратившись к передовому зарубежному опыту, можно выделить несколько принципов, на которых базируется управление в самых преуспевающих западных клиниках, являющихся призерами премии ЕРОМ (Европейского фонда управления качеством). К ним относятся эффективное управление человеческими ресурсами, система менеджмента качества и инновационная направленность. При этом умелый НК-менеджмент является ключевым инструментом, который способен влиять на все остальное.

Анализ литературы, посвященной менеджменту и управлению человеческими ресурсами, продемонстрировал, что по стилистике менеджмента европейские страны можно разделить на страны севера и юга Европы. Исторически им присущи противоположные подходы. Склонность к авторитарному менеджменту с жесткой и многоступенчатой иерархией характерна для Испании, Португалии, Франции, Италии, Греции. Демократическая настроенность менеджмента с минимальной иерархичностью и высокой степенью вовлеченности персонала в принятие решений практикуется в Германии, Англии, Скандинавских странах.

Корпоративная культура, лояльность и созидательная активность сотрудников медицинской организации находятся в прямой зависимости от стилистики управления. Сегодня

каждый главный врач имеет возможность использовать подходящую именно ему модель управления, например такую, как основанная на делегировании полномочий и ответственности Гарцбургская модель, которая была предложена немецкими учеными Р. Хеном и Г. Беме в середине прошлого века. Основная идея модели состоит в том, что каждому сотруднику предоставляется определенный диапазон задач и полномочий, в рамках которого он имеет право самостоятельно действовать и принимать решения. Сотрудник должен нести полную персональную ответственность за порученный ему участок работы, не перекладывая ее на других стейкхолдеров.

Ответственность является центральным элементом модели управления, основанной на делегировании полномочий. Убежденность в том, что вышестоящий менеджер в ответе за все происходящее в его подразделении, и поныне бытует в отечественном здравоохранении, являясь серьезным препятствием к проявлению собственной инициативы у нижестоящих сотрудников. Для авторитарной стилистики управления характерно представление о том, что вышестоящий начальник должен обладать особыми знаниями для принятия правильных решений и что он якобы всегда и обо всем осведомлен лучше подчиненных. Порой действительно так и бывает в небольших медицинских учреждениях. Однако, если говорить о крупных многопрофильных медицинских центрах, это представление будет ошибочным. Ни один руководитель большой организации не может и не должен владеть знаниями, превосходящими компетенции сотрудников в узкоспециализированных областях. Задача современного руководителя — создать команду профессионалов, предоставить людям соответствующий их компетенциям диапазон полномочий, мотивируя их к самостоятельным действиям и осуществляя контролирующие функции. Поэтому в Гарцбургской модели, предполагающей разделение ответственности за действия и за руководство, повышенное внимание уделяется софт-менеджменту, т. е. навыкам управления персоналом и искусству межличностных коммуникаций.

Делегирование — это сложная система действий, связанная с децентрализацией управления. Для эффективного делегирования важно уметь четко формулировать цели и задачи, своевременно принимать решения, мотивировать подчиненных, контролировать исполнение. Делегирование полномочий связано с переносом ответственности за выполнение поставленной задачи с одного лица на другое, когда последнее наделяется дополнительными функциями. Таким образом, делегирование обеспечивает высвобождение времени наиболее ценных сотрудников, попутно способствуя росту профессионального и личностного потенциала подчиненного персонала.

Медицинскому менеджеру нужно ясно осмысливать сущность делегирования, научиться грамотному подбору кандидатов для передачи полномочий с учетом их особенностей, владеть секретами и техниками этой процедуры, предвидеть возможные сложности при взаимодействии исполнителей друг с другом, прогнозировать весь процесс достижения намеченных целей.

Неэффективность распространенной в российском здравоохранении управленческой стилистики связана с традиционным взаимным недоверием между начальниками и подчиненными, наказуемостью инициативы и опасением медицинских работников принимать самостоятельные решения, а также с коллективной ответственностью в противовес индивидуальной. Вместе с тем сегодня у нас появились колоссальные резервы: целый комплекс инновационных методик по управлению, нематериальной мотивации, коллегиальному сотрудничеству. При этом ментальности россиян присуща высокая социальная ориентированность, коллективизм, взаимная лояльность работников, предполагающая развитие долгосрочных отношений. Нам лишь недостает четкости распределения полномочий и ответственности между сотрудниками различных уровней иерархии, построения эффективной системы контроля, упорядоченности коммуникаций, вследствие чего возникает авральная работа, избегание ответственности, безынициативность и социальное напряжение.

В этом отношении Гарцбургская модель управления, благодаря которой возможно упорядоченно выстраивать бизнес-процессы и систему взаимоотношений коллег в рамках медицинской организации, однозначно будет весьма полезной и востребованной. Однако она требует существенного дополнения, без которого эффективность ее использования будет значительно ниже. Насколько бы скрупулезно ни были составлены алгоритмы, которые пошагово описывают все этапы процедуры делегирования, начиная от постановки задач и

заканчивая системой контроля и обратной связи, они рано или поздно дадут сбой, так как не имеют инструментов учета индивидуальных особенностей стейкхолдера, в частности его социотипа или типа информационного метаболизма.

Проведенные в США социальные опросы по выявлению самой эффективной методики мотивации показали следующее. Когда работников просили описать лучших руководителей, с которыми им приходилось сталкиваться, чаще всего звучала фраза о том, что человек всегда знал, что от него хочет руководитель.

Если типологической основой для Гарцбургской модели будет служить соционика, то можно не сомневаться, что процесс делегирования в любой ситуации будет проходить гладко и эффективно. Характерной чертой соционики является наличие хорошо разработанного теоретического аппарата. Соционическая типология позволяет уверенно судить о мотивации, ценностях, общей направленности поведения человека. Однако она не претендует на описание индивидуальных черт конкретных людей, ибо наша личность, находясь внутри социотипа, как бы заключена в его оболочку. Дополнительная трудность в использовании соционики связана с отсутствием безошибочно работающих аппаратных тестов для типирования. А умеющих точно типировать специалистов в России крайне мало.

Соционическая типология рассматривает сознание человека как уникальную информационную систему, имеющую 8 подсистем отражения отдельных аспектов воспринимаемого мира, или функций информационного метаболизма: интуицию, сенсорнику (ощущения), логику (мышление) и этику (эмоции) с учетом экстраверсии или интроверсии. По характеру восприятия, переработки и выдачи информации выделяются 16 типов информационного метаболизма в зависимости от комбинации 8 функций. Особенности мышления, потребностей, мотивации и поведения человека в обществе во многом определяются его социотипом. Отношения 16 социотипов как отдельных информационных систем характеризуются 16 видами интертипных отношений: от полной совместимости и дополняемости до конфликтности и абсолютного неприятия.

Сенсорные экстраверты мотивируются статусностью, престижем, высоким положением в обществе и соответствующей ответственностью. Для такой категории людей лучшим стимулом, помимо финансового, является возможность карьерного роста и широкий круг полномочий. Та же сенсорика, но в сочетании с интро-версией требует совершенно иной системы мотивации. Таких людей больше интересует конкретная выгода и собственное благосостояние, чем внешняя мишура славы и фанфар. Они не склонны прикладывать усилия без конкретной, осязаемой отдачи здесь и сейчас. Любые способы материального стимулирования просто обязательны в работе с такими подчиненными. Недоучет этих особенностей может грозить провалом даже хорошо продуманных проектов по делегированию полномочий.

Если говорить об интуитивных экстравертах, то их особенно привлекают масштабные, перспективные и уникальные задачи, с которыми раньше никто не мог справиться. Однако тут нужно учесть, что рутинная монотонная работа стоит им огромных усилий, ведет к перенапряжению, что отрицательно сказывается на их эмоциональном состоянии и расшатывает здоровье. Их хорошо мотивирует постоянный приток свежей позитивной информации, возможность расширения кругозора и горизонтов деятельности. Если в деятельности этих людей будет сделана ставка на нестандартное мышление, новаторские идеи и технологии, то на них можно будет положиться.

Очень похожие стимулы будут работать и для интуитивных интровертов. Ими также движет любопытство к задачам нетрадиционным, уникальным и перспективным. Но в поиске удовлетворения своих интересов они не склонны к излишнему риску и авантюризму. Их принцип — энергосбережение и глубокое погружение в интересующую область, в которой они способны находить настоящие жемчужины эффективных решений. Логико-интуитивные интроверты весьма успешно работают с финансами и программным обеспечением. Внешняя мотивация таких людей часто бывает проблемной, так как наталкивается на их самодостаточность. Им стоит поручать только то, что внутренне их заинтересует. Только в этом случае запускается эффективнейший механизм самомотивации, и человек уже не нуждается ни в кнуте, ни в прянике. Поэтому такому подчиненному желательно предоставить возможность работы в собственном режиме без внешнего вмешательства.

Абсолютным табу является давление на слабые стороны социотипа. Опять же важно подчеркнуть, что их следует точно знать и ни при каких обстоятельствах не прибегать к преднамеренным манипуляциям в этих областях. Даже случайно задействовать их нельзя. Грамотным подходом к делегированию является обращение к сильным функциям типа информационного метаболизма. Именно там находятся значимые для человека ценности, именно с их помощью он способен принимать наилучшие решения. Проблему совершенствования бизнес-процессов, связанных с делегированием, невозможно решить в отсутствие единой надмозговой социальной гиперсети, формируемой за счет когнитивной эмпатии на фоне синхронизации психической деятельности стейкхолдеров. Повышение качества оказываемой медицинской помощи и экономия временного ресурса в ходе постановки задач, осуществления контроля и организации мотивации сотрудников во многом достигается путем использования такого типологического инструментария, как признаки Рейнина и малые соционические группы.

Итак, подчеркнем, на этапе выбора задачи для делегирования прежде всего необходимо правильно мотивировать людей, задействовав их наиболее сильные стороны. Причем сам процесс делегирования должен включать передачу всех ключевых моментов, а задача должна быть поставлена так, чтобы вдохновить и заинтересовать исполнителя, не вызывая его негативной реакции даже при контроле.

Как таковое делегирование состоит из определения проблемной области и процедур выравнивания, поскольку любой индивид или группа индивидов представляют собой подсистему вышестоящей системы, которая в свою очередь является частью надсистемы, и т. д. Это и обуславливает наличие системных уровней процессов, касающихся той системы, вокруг которой сосредоточено наше внимание. Поэтому сознание людей, их восприятие и опыт представляют собой естественные иерархии. Задача каждого иерархического уровня заключается в организации и управлении информационным метаболизмом подчиненной области. Какое-либо изменение на вышележащем уровне обязательно отражается на нижестоящих ступенях иерархии, но изменения в нижних уровнях может вовсе не сказываться наверху.

Учитывая, что кластерообразующей производственной единицей в учреждении здравоохранения является группа сотрудников, она-то и должна находиться в фокусе внимания при рассмотрении системных уровней поведения персонала. Неотрефлексированные формы поведения, лишённые какого-либо личного плана, есть не более чем малоосознаваемые привычные действия ритуального характера. При сосредоточении на уровне способностей люди уже могут выбирать и изменять форму поведения, адаптируя ее к изменившимся обстоятельствам. На уровне ценностей и убеждений мы можем поощрять, запрещать или обобщать ту или иную стратегию или манеру мышления. Идентификация личности на соционической платформе консолидирует ценностные блоки в ощущение истинного Я. Поэтому не удивительно, что именно глубинные уровни сознания, наиболее абстрактные по отношению к внешнему миру, оказывает самое сильное влияние на поведение и переживания человека.

Отсюда и проистекает важная роль, которую играет процедура выравнивания для делегирования, а значит, для эффективного решения проблем качества медицинской помощи и руководства учреждением. В эффективной системе производственной деятельности результаты отдельных лиц в рамках их микроокружения конгруэнтны их стратегиям и целям. Эти цели в свою очередь гомоморфны не только корпоративной культуре и миссии медицинской организации, но и ее макроокружения. Другими словами, необходимо добиться выравнивания внутренних установок сотрудника с его видением внешней ситуации, а также с видением коллектива. Таким образом, личное выравнивание должно привести к сбалансированности собственных целей с видением мини-группы, которое в свою очередь должно быть конгруэнтно и экологично вписано в более крупную систему учреждения здравоохранения и т. д.

Еще раз подчеркнем, выравнивание отнюдь не означает никакого «уравнивания» одних под запросы других. Как раз наоборот, выравнивание на типологической платформе — это приведение информационного метаболизма делегирующего лица в столь возможно максимальное соответствие социотипу делегируемого. За счет этого достигается следующее:

– взаимоотношения в медицинском коллективе поддерживают качественное проведение лечебно-диагностического процесса; общее восприятие и регуляция уровней, позиций

восприятия и временных фреймов соответствует проблемному пространству и пространству решений, связанных с каким-либо заданием либо поручением;

- психологическая конгруэнтность и комплементарность поведения стейкхолдеров, что выражается в легкости делегирования заданий, ведения переговоров и достижения консенсуса;
- деятельность отдельных сотрудников увязывается с их функциональными ролями и миссией медицинской организации.

Выравнивание имеет несколько диапазонов. Во-первых, диапазон, связанный с делегируемыми задачами: выравнивание профессионального пространства восприятия стейкхолдеров и проблемного пространства, пространств их восприятия между собой, а также уровней коммуникации между соответствующими исполнителями. Во-вторых, есть так называемое внутреннее выравнивание, которое представляет собой выравнивание личностного опыта и отношения к выполняемой роли, когда цели и действия индивида поддерживают функциональные цели и стратегии, связанные с ролью. Последние в свою очередь должны быть гомоморфны культуре и миссии учреждения здравоохранения.

Что и говорить, выравнивание прямо влияет на гибкость и надежность делегирования. Если мы хотим сохранить стабильность производственной деятельности медицинской организации, то должны учиться приемам полного делегирования, которые включают в себя ответы на вопросы: где, когда, что, как, почему, кто и кто еще применительно к делегируемому заданию или деятельности. Если тот или иной момент упускается, то люди обязательно осведомляются о нем и (или) молча делают соответствующие выводы и предположения. Поэтому важнейшим когнитивным навыком делегирования является способность делегирующего определить, какую часть информации следует сообщить подчиненным в явном виде. Понятно, что чем более профессионально зрелым является персонал, тем меньше сведений руководителю приходится доводить до него «открытым» текстом. Излишняя детализация указаний опытным сотрудникам может их даже обидеть, так как они могут подумать, что их недооценивают и как-то стараются ограничить.

Одним из довольно действенных способов постановки задачи является SMART-технология, т. е. задача должна быть: S (Specific) конкретной, четко сформулированной, M (Measurable) измеримой, A (Achievable) достижимой, R (Relevant) актуальной, T (Timed) ограниченной по времени. Классическим инструментом подбора сотрудника для делегирования служит методика SWOT: S (Strengths) сильные стороны работника, W (Weaknesses) его слабые стороны, O (Opportunities) возможности, T (Threats) угрозы. Использование признака вертности личности помогает в выборе направленности ставящейся задачи. Было установлено, что экстраверты лучше справляются с задачами:

- крупномасштабными, предполагающими широкое поле деятельности;
- требующими повышенной активности и интенсивных энергозатрат;
- неотложными, нуждающимися в оперативном решении.

Интроверсия делает людей склонными к решению задач:

- локальных, ограниченных по масштабам и разбитых на этапы;
- допускающих постепенность и неспешность решений;
- требующих глубокой проработки.

После определения задачи и выбора ответственного сотрудника нужно грамотно ее поставить. Данный момент очень важен, поскольку если делегирование произвести некорректно, то сотрудник внутренне не будет считать себя ответственным за реализацию навязанной ему задачи, и, как следствие, она либо будет всячески саботироваться, либо выполняться некачественно и с нарушениями сроков.

В общем виде беседа по делегированию выглядит следующим образом.

1. Целеполагание, когда сотрудника знакомят с задачей, применяя систему SMART.
2. Получение обратной связи от сотрудника: его мнение необходимо внимательно выслушать. Нужно убедиться, насколько верно подчиненный уяснил задачу и готов ли он без колебаний приступить к ее реализации. Если у него имеются какие-либо возражения, то их нужно полноценно «отработать», а не просто «задавить авторитетом» или же обойти молчанием острые вопросы.

3. При обсуждении ресурсов и полномочий нужно четко оговорить ресурсы, которые сотрудник будет использовать, а также то, какими конкретно полномочиями он при этом наделяется.

4. Составляется пошаговый план действий, где указываются контрольные показатели и сроки предоставления результатов.

В качестве примера более подробно разберем технику работы с интуитивно-логическим экстравертом (ИЛЭ). Ему непременно понравится решать концептуальные крупномасштабные задачи по развитию медицинской организации, так как это означает максимальное использование сильных сторон данного социотипа. Демотивирующими могут стать рутинные типовые задачи, которые требуют высокой детализации.

В процессе делегирования полномочий таким людям будем обращать внимание на то, что план действий должен быть сверстан с особой тщательностью. Это связано с тем, что ИЛЭ принадлежит к малой группе «восприимчивых» социотипов, которые в любой момент готовы отказаться от намеченного ранее ради привлекательной идеи или, как экстраверт, в пользу более широкого поля деятельности. Насыщение плана множеством контрольных точек поможет ему меньше отвлекаться на сиюминутные коллизии и сосредоточиться на постепенном достижении главной цели, что устранил риск аврального завершения проекта в последний момент. Имейте в виду, что описываемые в настоящем примере рекомендации подходят только для ИЛЭ. Их категорически запрещается экстраполировать на остальные 15 социотипов!

Для учета того, на какие характеристики социотипа следует опираться в процессе перехода с одного этапа делегирования на последующий, удобно использовать табличную визуализацию, где темные поля указывают на приоритет использования той или иной значимой характеристики. Ведущий отечественный специалист в области соционики, автор универсальной опорной технологии типирования, член Британской ассоциации психологического типа (ВАРТ), эксперт Торгово-промышленной палаты Нижегородской области и известный бизнес-тренер Э.В. Бердутина рекомендует в качестве компонентов типологической платформы делегирования использовать не только дихотомии из базиса Юнга, но также ряд признаков Райнина и некоторые «малые группы».

Как видим, может быть составлена некая матричная форма, в которой перечисляются вышеуказанные шаги делегирования и которую следует заполнить рекомендациями, учитывающими особенности информационного метаболизма конкретного сотрудника в соответствии с каждым этапом. Например, при заполнении блока, касающегося обратной связи и социотипом ИЛЭ, рекомендуется прямо спросить человека, что он думает в отношении поставленных задач. При этом необходимо открыто демонстрировать готовность выслушать собеседника и обсудить все неясные вопросы. Обязательно нужно оговорить ограничительные моменты. Возражения следует воспринимать спокойно, реагировать сдержанно, обсуждая все возможные варианты действий. Поначалу идей может быть не очень много, но по мере включения ИЛЭ в проект генерация вариантов у него нарастает. Их необходимо совместно структурировать и, таким образом, находить самый лучший подход.

Чтобы грамотно наладить работу на этапе контроля, нужно помнить, что он может принимать разные формы:

- контроль по результатам проводится тогда, когда работа сделана; предварительный контроль осуществляется, когда большая часть работ выполнена;
- контроль по ключевым точкам, когда задача разбивается на этапы, завершение которых фиксируется; периодический контроль, когда задача контролируется через определенные периоды;
- выборочный контроль в виде внезапной проверки;
- процессный контроль, когда работа постоянно контролируется на протяжении определенного промежутка времени или же вплоть до ее завершения.

Способы контроля зависят от социотипа руководителя, важности и срочности задачи. Однако если ориентироваться только на предпочтения контролируемых лиц, то с таким подходом можно упустить то, что контроль – это обоюдоострый инструмент. С одной стороны,

он может помочь человеку решить поставленную задачу; а с другой стороны, при нерасчетливом использовании может его демотивировать, ухудшить качество работы, даже спровоцировать конфликт и непонимание между начальником и подчиненным. Обладая знанием социотипа сотрудника, применив SWOT-анализ, можно подобрать как раз тот вид контроля, который надлежит использовать, не нарушая работоспособности и позитивного настроения исполнителя.

В ходе исследований, проведенных в стенах учреждений ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России, был разработан набор рекомендаций по выбору способов контроля над работой персонала, в основу которого было положено правило: если человек преимущественно использует в деятельности сильные многомерные функции своего социотипа, то лучше осуществлять контроль предварительно или по результатам, но если он оперирует в основном слабыми, одномерными функциями, то допускается лишь контроль по заранее оговоренному плану в процессе работы или периодически по ключевым точкам.

Применительно к ИЛЭ рекомендуется применять выборочный контроль и контроль по ключевым точкам. В малой группе «Перцепции», образуемой пересечением осей «сенсорика — интуиция», «рациональность — иррациональность», «тактика — стратегия», этот социотип относится к «восприимчивым/ассоциативным» (интуиция, иррациональность, тактика) экстравертам. Такие люди часто вообще не планируют время, не любят графики и рамки, потому что те сковывают их главное качество — воображение. Соответственно ИЛЭ легко забывает про поставленные задачи, изменяет приоритеты, срывает сроки. При этом избыточно плотный контроль его сильно демотивирует.

Многие уже привыкли к тому, что системы менеджмента качества рассматриваются как некие надстройки над процессами, а люди — как стейкхолдеры. Задача данных систем состоит в том, чтобы поднять уровень качества и доступности медицинской помощи, создав некую структуру, обеспечивающую согласованность управления и стабильность лечебно-диагностического процесса. Типологическая платформа предоставляет возможность вывести Гарцбургскую модель на надсистемный уровень, что предполагает взаимодействие не только с ключевыми владельцами процессов, а с множеством взаимозависимых системных элементов, которыми могут быть различные службы, коллективы отделений, рабочие группы и даже отдельные специалисты. Каждый системный элемент имеет свои особенности, поскольку состоит из людей со своими желаниями, мотивами и привычками. В достижении собственных целей сотрудники, вероятно, пытаются как-то учитывать интересы медицинского учреждения, но вот в каком объеме они это делают? Наблюдения за работой персонала порой фиксируют проявления притворства и имитации полезной деятельности. Во многих медицинских организациях менеджмент качества, по существу, превращен в оппортунистическую систему, где ни администрация, ни исполнители до конца не понимают, как и для чего он вообще нужен, и где господствует примитивная система административного контроля производственной деятельности.

В наших силах исправить этот дефект, хотя переориентация НР-менеджмента учреждения здравоохранения на Гарцбургскую модель с помощью типологической платформы является апорией для администрации. Задачи такого уровня сложности должны решаться системно. Вместе с тем когда-то необходимо с чего-нибудь начинать. Как показывает практика, целесообразно стартовать с трансформации традиционных способов делегирования полномочий и ответственности, которая осуществляется посредством обучения персонала. Перед началом корпоративного обучения проводится диагностика состояния НВ-менеджмента, в которой принимают участие сотрудники кадровой службы, описывая процессы, происходящие в структурных подразделениях на их рабочих местах. Это позволяет администрации медицинского учреждения составить целостную картину всех проблем управления, в частности тех из них, которые напрямую связаны с делегированием.

Достоинства корпоративного использования типологической платформы обусловлены масштабностью трансляции опыта применения соционического инструментария от команды коучей руководителям подразделений и далее по цепям преемственности — всему персоналу. Обучение не должно выглядеть нарочито, оно должно проходить естественно во время рабочих совещаний, консилиумов, разбора специально подобранных кейсов, ролевых игр.

Понятно, что трансформация культурно-коммуникативной среды не будет происходить безболезненно. Постепенно устаревшие паттерны отношений будут замещаться новыми, что неизбежно будет разрушать ранее существовавшие психологические барьеры как у руководителей, так и у подчиненных, связанные с особенностями исторического пути развития той или иной медицинской организации. К таким барьерам относится страх личной ответственности, боязнь проявления инициативы, отрицательная мотивация к труду, а также недоверие людей друг к другу, привычка начальника держать абсолютно все под контролем.

Опыт ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России показал, что эффективно преодолеть помехи на пути внедрения новой модели делегирования возможно только путем системного обучения персонала, тотального вовлечения его в трансформационный процесс. Ни один медработник не должен остаться в неведении; каждый должен ясно представлять, какие преимущества предоставляет ему типологическая платформа, почему и как ее использование улучшит качество и доступность медицинской помощи. Людям должно быть совершенно очевидно, что делегирование им ответственности несет в себе не опасность увольнения или наказания, а возможность развиваться на своем рабочем месте без излишнего давления со стороны администрации.

Более того, преобразованная на здоровой и питательной психологической почве система мотивации, создав дополнительные стимулы, заработает более эффективно, что неизбежно приведет к росту производительности труда. Конечно, адаптация коллектива к Гарцбургской модели с позиции внешнего наблюдателя происходит достаточно медленно, занимая два-три года. Но здесь надо учитывать, во-первых, глубину происходящих преобразований, а во-вторых, тот факт, что альтернативы инновационным процессам в этой сфере, собственно говоря, нет. Стоять на месте, не развиваться в условиях ускоряющегося глобального технологического прогресса отечественным медицинским организациям уже невозможно. Поэтому, чтобы быть лидерами отрасли, им нужно как можно раньше начинать реализацию своих трансформационных управленческих программ.

Итак, мы рассмотрели дорожную карту потенцирования Гарцбургской модели через использование типологической платформы, акцентировав особое внимание на принципах делегирования, его этапах: выравнивании, выборе задачи, подходах к мотивации и построению беседы по делегированию, видах контроля выполнения задач. Безусловно, дополнение классических бизнес-моделей соционическими инструментами в немалой степени усложняет процессы управления, но выигрыш от такого синтеза гораздо больше, чем затрачиваемое время и ресурсы. Кроме того, медицинская организация получает неплохой премиальный бонус в виде вывода НВ-менеджмента на надсистемный уровень, что дает неоспоримо большую продуктивность, нежели традиционные управленческие технологии. Наличие у учреждения здравоохранения таких специализированных инструментов повышения качества медицинской помощи можно сравнить с использованием самого современного медицинского оборудования, с помощью которого только и можно оказывать эксклюзивную высокотехнологичную медицинскую помощь. Управлять учреждениями здравоохранения по старинке кое-где пока еще можно, но уже завтра всем без исключения придется осваивать более совершенные и прогрессивные приемы менеджмента. Ведь сейчас надо очень быстро двигаться, чтобы хотя бы оставаться на месте.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Буш, Е. Разомкнутое кольцо и перевёрнутый клапан : томские кардиохирурги опробовали новую технологию // Медицинская газета. – 2021. – 13 янв.(№1). – С. 1.

Специалисты томского НИИ кардиологии впервые в России провели операцию транскатетерной имплантации митрального клапана в разомкнутое жёсткое кольцо. Это событие открывает большие перспективы для отечественной кардиохирургии, поскольку данная технология позволяет оперировать больных, ранее считавшихся неоперабельными.

Как пояснили в НИИ кардиологии, впервые технология транскатетерной имплантации была предложена в 2002 г. для аортального клапана, и в настоящее время в Европе и США

больше половины протезирований проводится малоинвазивно. Успех в этом направлении стал стимулом к развитию малоинвазивных вмешательств и на других клапанах сердца, тем более что растёт число людей, нуждающихся в имплантации катетерного митрального клапана после его реконструкции с использованием опорных колец.

По словам заведующего кардиохирургическим отделением № 1 кандидата медицинских наук Константина Петлина, речь идёт о пациентах, которым ранее уже была выполнена операция коронарного шунтирования и пластика митрального клапана опорным кольцом. В отдалённом периоде у значительной части из них (до 30%) возникает рецидив – возврат регургитации, однако повторные открытые операции обычно не выполняются, так как это сопряжено с высоким риском неблагоприятного исхода.

Теперь и пациенты, и хирурги могут надеяться на благоприятный исход повторного хирургического вмешательства при клапанной патологии, поскольку его можно выполнить малотравматично, а именно доставить новый клапан к месту его установки - прямо в жёсткое незамкнутое кольцо – под рентгеноконтролем с помощью катетера через небольшой кожный разрез. За рубежом данный способ имплантации митрального клапана впервые применили в 2011 г., с тех пор в мире выполнено около 70 таких вмешательств, при этом доля успешных всего 60%. В России это первый опыт и сразу успешный.

– Мужчина 59 лет поступил к нам, с ишемической митральной недостаточностью, он нуждался в повторном хирургическом вмешательстве. Нам удалось установить протез клапана сердца в жёсткое незамкнутое кольцо с хорошими результатами, – говорит К. Петлин.

А теперь самое главное: сложность и хитрость данной операции в том, что клапан, который был имплантирован пациенту в качестве митрального, изначально разработан как аортальный. Томские хирурги перевернули его под митральную позицию и пришили к разомкнутому жёсткому кольцу, которое было установлено пациенту во время первой операции. Смелость сибирских врачей послужит примером для их коллег в других кардиоцентрах страны.

Бибиков, В. Держим спинку : [завершена уникальная союзная программа, которая поможет сохранить здоровье тысячам юных белорусов и россиян] // Союз. Беларусь-Россия: приложение к Российской газете. – 2021. – 14 янв. (№5). – С. 1-2.

Теперь уже можно смело сказать, что совместный проект белорусских и российских ученых и медиков успешно завершен.

В результате выполнения союзной научно-технической программы «Спинальные системы» разработаны уникальные технологии ранней диагностики деформаций позвоночника у детей и их лечения с помощью отечественных металлоконструкций. Разработали и реализовали инновационную технологию лечения исследователи и специалисты российского Национального медицинского исследовательского центра детской травматологии и ортопедии имени Г. И. Турнера и белорусского Республиканского научно-практического центра травматологии и ортопедии. Оба коллектива — признанные лидеры в своей области, здесь созданы медицинские школы по лечению врожденных и приобретенных деформаций позвоночника.

В конце минувшего года были подведены итоги четырехлетнего, начиная с 2017 года, взаимодействия белорусов и россиян по реализации союзной программы «Спинальные системы». Вот что рассказал обозревателю «СОЮЗа» координатор программы с белорусской стороны кандидат медицинских наук Кирилл Криворот:

— В результате нашего сотрудничества разработаны диагностические алгоритмы раннего выявления врожденных аномалий развития позвоночника, методы хирургического лечения детей с повреждениями и врожденными аномалиями развития позвоночника, а также методы анестезиологического обеспечения хирургических операций. Созданы образцы спинальных систем для коррекции деформированных сегментов позвоночника, которые успешно прошли клинические испытания, подготовлен и передан в Центр экспертиз комплект соответствующих документов. В конце прошлого года принято положительное решение о регистрации двух спинальных систем. Это эндокорректор-фиксатор шейного и грудного отделов позвоночника с

монтажным инструментом, а также соответствующая система для поясничного и крестцового отделов позвоночника...

За всем этим – высокие технологии, которыми сегодня располагают медицина и смежные отрасли. Для лечения маленьких пациентов белорусские и российские медики использовали передовые методы 3D-проектирования и прототипирования. Прежде чем направить ребенка в операционную, ему делают компьютерную томографию деформированного сегмента позвоночника. Затем полученные данные в цифровом формате обрабатываются на компьютере по специальной программе. Эта информация поступает на 3D - принтер, где печатается пластиковая модель пострадавших позвонков. Теперь доктор может спланировать операцию, подобрать для нее наиболее подходящие элементы металлоконструкций.

— Белорусскими медиками совместно с инженерами-программистами Объединенного института проблем информатики НАН Беларуси создана компьютерная программа, позволяющая не только визуализировать результаты компьютерной томографии, но и провести диагностику заболевания позвоночника, — продолжает Кирилл Криворот.

Она также «автоматически предлагает» врачу наиболее подходящий вариант лечения — консервативный или хирургический, — говорит Кирилл Криворот. — Более того, система предоставляет даже информацию, в какие позвонки и какие элементы металлоконструкций нужно будет установить. Соответствующие методики рассмотрены и утверждены на уровне Министерства здравоохранения Беларуси.

Теперь все это уже не теория. Пока шли клинические испытания с применением инновационных металлоконструкций, были прооперированы несколько пациентов. К слову, российские медики участвовали в операциях по клиническим испытаниям разработанных сообществом новых методов хирургического лечения. Результаты положительные. В ближайшее время созданные по союзной программе спинальные системы будут официально зарегистрированы, а их изготовление — поставлено на поток. А значит начнется хирургическое лечение детей, страдающих деформацией позвоночника. Еще недавно им грозила бы инвалидность — теперь они получают реальные шансы стать здоровыми.

Левин, И. Нестандарт // Медицинская газета. – 2021. – 13 янв. (№1). – С. 13.

Учёные Токийского университета представили в Science данные трансомного анализа печёночных клеток мышей с моделью ожирения и показали, что печень животных гораздо медленнее «отвечает» на повышение уровня глюкозы в крови. Происходит это в результате нехватки активности гена лептина, представляющего собой протеин, синтезируемый клетками жировой клетчатки. Лептин, поступая в мозг, «гасит» чувство голода и аппетит, а также способствует подаче сигнала островкам Лангерганса поджелудочной кислоты, клетки которых синтезируют инсулин.

Не менее сложную картину регуляции обмена веществ продемонстрировали в пекинском Институте биологической науки, проводившем исследование с коллегами из Нью-йоркского ракового центра. В синтезе жиров и конверсии питательных веществ в них принимает активное участие ферментная ось, начинающаяся от клеточной мембраны и оканчивающаяся комплексом TOR (target of rapamycin). Он стал известен после открытия антибиотика рапамицина, останавливающего клеточное деление и способствующей ему фосфатазы PTEN, сходной с тензином. Вот такая непростая картина выясняется, недаром излишний вес может опосредованно стимулировать нежелательное деление клеток. Не менее сложную картину показало и сравнение клеточных регуляторных сетей здоровых мышей и модельных с диабетом 2-го типа T2D ob/ob (obesity) с упоминавшимся дефицитом лептина. Для большей наглядности авторы окрасили сети в разные цвета, что облегчает их прослеживание. Сети проявляли себя у здоровых через 20 минут, а у моделей 120 через 4 часа, свидетельствуя тем самым замедленную реакцию печени на подъём уровня сахара в крови. Авторы трансомного картирования полагают, что такой подход позволяет превратить трудоёмкий анализ многочисленных измерений в широкую сеть знания о том, как клетки реагируют на глюкозу, что облегчит постановку диагноза и выбор лечения.

Известно, что диабетики 1-го и 2-го типов по-разному реагируют на глюкозу, а при нехватке лептина развивается глюкозная толерантность и нечувствительность к инсулину, в результате чего сахар не «убирается» из крови в печень, клетки которой синтезируют из него гликоген. Избыток же сахара в мозгу может привести к гипергликемической коме.

Упомянутая ось с TOR на конце регулирует также и обмен железа в организме, без которого невозможно себе представить гемы гемоглобина и миоглобина, участвующие в газообмене. Известно, что отжившие своё клетки, подошедшие к пределу функциональных возможностей, подвергаются апоптозу, то есть запрограммированной смерти. Когда же смерть клетки определяется осью, то наступает ферроптоз, или тот же апоптоз, вызванный избытком железа. Можно напомнить, что апоптоз запускается в норме митохондриями, в которых идёт «сжигание» не только глюкозы, но и жиров. При этом выработка АТФ, главного энергоносителя клетки, сопровождается включением цитохромов с тем же железосодержащим гемом. Неудивительно после этого, что набор избыточного веса весьма нежелателен для организма.

Впервые так вижу! // Российская газета. – 2021. – 25 янв. – С. 11.

Сбылась мечта знаменитого офтальмолога Святослава Федорова. Его ученики и последователи теперь могут дать отличное зрение тем, кому не помогли ни очки, ни линзы. Эту уникальную операцию начали делать в Петербурге — филиале МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика Федорова. И теперь может сбыться мечта тех, кто страдает крайне высокой степенью близорукости, дальнозоркости, астигматизма. Им сложно подобрать очки, а лазерная коррекция совсем не подходит.

Новая операция в обиходе получила название «внутриглазные очки». Очки, конечно, никто в глаз не ставит. По новой технологии вживляют современные гелеобразные «хрусталики» или «линзы».

«Недавно оперировал больную. Минус 25 диоптрий, без очков практически ничего не видит, — рассказывает заведующим рефракционной хирургии и патологии роговицы Алексей Титов. — После операции она открывает глаза и плачет. Первый раз в жизни, говорит, так хорошо вижу. И тут же легко прочитала восемь строк таблицы для проверки зрения».

Сама! Шаг к этой мечте Федоров сделал еще в 1968 году, установив двум пациентам линзы в переднюю камеру глаза. Но такие операции несли определенные проблемы и не прижились.

«Внутриглазные очки» теперь специально изготавливают для каждого глаза конкретного пациента, — поясняет Титов. — К тому же они позволяют корректировать сразу несколько глазных недугов. Например, сочетание у одного пациента близорукости, астигматизма и старческой дальнозоркости. После операции он не нуждается в очках ни для дали, ни для близи. Новые «внутриглазные очки» подходят и людям с некоторыми болезнями роговицы».

Операция длится несколько минут под местной анестезией. «Внутриглазные очки», свернутые в трубочку, вводят в глаз через 2-миллиметровый прокол. Никакие ткани глаза не удаляют, швы не накладывают. Прокол быстро заживает сам.

Без трубок и катетера // Российская газета. – 2021. – 25 янв. – С. 11.

В Алтайском центре охраны материнства и детства урологи и хирурги провели уникальную операцию. С помощью живых трансплантатов они заново «собрали» уретру подростку, пострадавшему в ДТП. Михаил Соколыцк, профессор кафедры урологии и андрологии Федерального медицинского биофизического центра. А. И. Бурназяна, и его барнаульские коллеги открыли парню Хабаровска дверь во взрослую жизнь без инвалидности, трубок и катетеров. Два с половиной года назад семнадцатилетний Демьян попал под колеса «Газели», выезжающей со двора. Он чудом выжил, но ему раздробило весь таз. Хабаровские хирурги успешно собрали тазовые кости, парень пошел на поправку. Но восстановить уретру, которая оторвалась от мочевого пузыря, долгое время не удавалось. Демьян ходил с цистомической трубкой. А родители всей стране искали врачей. И нашли.

«Я был на конференции в Хабаровске. Меня попросили посмотреть Демьяна, — вспоминает Михаил Соколычик. — Решил оперировать. Но в нашем московском центре мы не принимаем детей. Договорились с коллегами из Барнаула провести операцию на базе Алтайского центра охраны материнства и детства».

Уникальность операции в том, что поврежденный участок уретры большой — более четырех сантиметровой пришлось убрать и создавать заново из живых тканей пациента.

«Мы решили сделать пластику уретры, используя известный трансплантат из слизистой щеки, — поясняет профессор. — Но просто пересадить его на ткань с рубцами, где низкий уровень кровоснабжения, нельзя — не приживется. Тогда придумали использовать живую мышцу живота как кровоснабжающую муфту, к которой подшили лоскуты слизистой щеки. Операция прошла успешно».

Лузин, И. К новым методам лечения // Медицинская газета. – 2021. – 20 янв. (№2). – С. 13.

Малярия и ВИЧ-инфекция «изнуряют» иммунный ответ, что видно и в ближайшем окружении высших клеток (ТМЕ – «тумор микроэнвайрон»), Ведь хорошо известно, что локальный иммунодефицит возникает не в результате какого-то неразгаданного клеточного секрета во время «извлечения» геномных программ защиты от иммунных атак в ходе беременности.

Развитие плода идёт в организме матери, которой его геном наполовину чужероден, следствием чего является временный и вызванный физиологией иммунодефицит (до родов). И «действовать» геному эмбриона приходится быстрее, чем активно мутирующим генам тех же В-лимфоцитов, синтезирующих защитные антитела. В Медицинском колледже Нью-Йорка детально разобрали механизм перехода от компактного к рыхлому-расслабленному хроматину в В-клетках лимфоузлов, что необходимо для синтеза поликлональных антител. Необходимым условием множественности клонов являются мутации. К сожалению, патогены и клетки лимфомы зачастую обгоняют скорость этого мутирования. Редакция журнала Nature вынесла на обложку новость о картировании (MetMap) путей распространения 500 клеточных линий, полученных при изучении 21 типа плотных или солидных разрастаний. В Гарварде показали, что пути довольно определённые, что помогает прогнозировать исход и адресно подбирать лечение.

Способствуют распространению липиды, «сжигаемые» в митохондриях, в которых идёт разделение протонов $p+$ и электронов. Трансфер последних идёт по цепи переноса к кислороду, протоны же проходят по каналу, образуемому девятью белковыми молекулами C9. Протоны с одной стороны необходимы для поворота центрального стержня-stalk, благодаря чему образуется АТФ, а с другой – закисляют цитоплазму. Закисление опухолей было открыто немцем О. Варбургом, за что ему присудили Нобелевскую премию 1931 г. За прошедший чуть ли не век делались многочисленные попытки защелачивания аномально делящихся клеток... Возможно, что более действенным окажется подход, разработанный Глорией Эчевеерри из Техасского университета, предложившей для лечения опухолей молочной железы IACS, являющийся ингибитором упоминавшегося выше окислительного фосфорилирования (то же делает и COVID, разрушающий митохондрии сердечной мышцы).

Для борьбы с раком крови довольно успешно используют иммунотерапию и, в частности, её дорогостоящий вариант в виде Т-лимфоцитов с химерными рецепторами антигенов (CAR – Chimeric Antigen Receptor). В конце июля 2020 г. Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) одобрило CAR-терапию при одном из видов лимфом. О достигнутом успехе в ходе онлайн- конференции Общества гематологии сообщил в Национальный институт здоровья (NIH) в Вашингтоне. В клинических испытаниях приняли участие 146 пациентов, лечение которых было безуспешным. Применение Т-лимфоцитов вызвало ответ у 92%, проявившийся в уменьшении объёма, а у 76% в полном исчезновении опухоли. Как и при инфекции COVID 7% страдали от цитокинового шока, а у 19% отмечены неврологические отклонения. Авторы сообщения связали это с недостаточной таргетностью действия генмодифицированных лимфоцитов.

Тот же Гарвард представил в Cell Systems ферментный механизм развития лекарственной резистентности клеток меланомы, возникающей в результате мутации в одном из клеточных ферментов, приводящей к замене аминокислоты валина в 600-м положении на глутаминовую кислоту. Такая же замена в бета-цепи гемоглобина приводит к серповидно-клеточной анемии, замена же глицина на валин – к карциноме мочевого пузыря. Нарушение работы энзимов в цитоплазме может приводить к повреждению ДНК и механизмов её починки-репарации, что показано в Мюнхенском университете. Налаживание репарации порывов цепей ДНК с помощью имеющихся лекарств способствует, как показали немецкие авторы, апоптозу и нормализации ремоделинга хроматина. Японские химики из университета Вако и их коллеги из Химического института в Казани предложили вводить пролекарства, активируя их с помощью золота, которое высвобождает токсичные для клеток амины.

Создание лекарств требует затем их доставки, для чего предлагаются нанодевайсы. Одно из них представляют нановеретена из TiO₂ с ванадиевым допингом (V-TiO₂). В Университете Сучжоу веретена в оболочке из полиэтиленгликоля назвали соносенсибилизаторы, так как они стимулируют производство токсичных кислородных радикалов ROS под действием ультразвука. Ультразвук к тому же повышает проницаемость тканей для лекарств. В Швейцарской высшей технической школе Цюриха предложили атаковать аномальные клетки с помощью магнитобактерий, открытых в море около полувека назад. Микробы имеют цепочки наночастиц с железом, «чувствующим» силовые линии магнитного поля. Для «продвижения» клеток с лекарством по сосудам к опухоли в Цюрихе использовали циркулярно-поляризованное поле, дав название «магнитный актер» удалённого контроля таргетной доставки. Остаётся ждать результатов клинических испытаний нового физического метода лечения.

Ещё один способ лечения предложен специалистами университетов – Калифорнийского и Шанхайского. Для доставки лекарства доксорубина в костный мозг с его клетками острой миелоидной лейкемии (АМЛ) и вакцинации они применили раковые клетки, подвергнутые криошоку в жидком азоте. Переохлаждённые клетки проявили себя и как вакцина, стимулирующая иммунный ответ. Доксорубин, повреждающий цепи ДНК, и вызванный иммунный ответ продлевали жизнь мышам.

Уважаемые коллеги!

Если Вас заинтересовала какая-либо статья, и Вы хотите прочитать ее полностью, просим отправить заявку на получение копии статьи из данного дайджеста через сайт МИАЦ (<http://miac.samregion.ru> – баннер «Заявка в библиотеку», «Виртуальная справочная служба»), по электронному адресу sonmb-sbo@medlan.samara.ru.

Обращаем Ваше внимание, что в соответствии с «Прейскурантом цен на платные услуги, выполняемые работы» услуга по копированию статей оказывается на платной основе (сайт МИАЦ <http://miac.samregion.ru> – раздел «Услуги»).

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Адрес: 443095, г. о. Самара, ул. Ташкентская, д. 159

Режим работы:

Понедельник – четверг: с 9.00 до 18.00

Пятница: с 9.00 до 17.00

Суббота – воскресенье – выходной день



(846) 979-87-90 – заведующий библиотекой



(846) 979-87-90 – обслуживание читателей



(846) 979-87-91 – справочно-библиографическое обслуживание

Сайт: <http://miac.samregion.ru>