



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК [614.2:355](07.07)

В.А.Решетников, Р.В.Зенин, А.В.Губанов, Э.В.Зими́на – О совершенствовании подготовки руководителей военных лечебных учреждений на этапе послевузовского профессионального образования.

В условиях формирования нового облика Вооруженных Сил Российской Федерации перед медицинской службой стоит комплекс задач, основной из которых является всестороннее обеспечение повседневной и боевой деятельности войск.

Повышение эффективности деятельности медицинской службы, как свидетельствует отечественный и зарубежный опыт, зависит от качества управления. К процессу управления предъявляется ряд требований, основными из которых являются квалифицированность и непрерывность.

Квалифицированность управления достигается за счет реализации комплекса мероприятий по повышению уровня профессионально-должностной подготовки специалистов в процессе повседневной деятельности и их обучения в системе *послевузовского профессионального образования* (ПВПО).

Непрерывность управления может быть реализована за счет заблаговременной подготовки специалистов к исполнению обязанностей на руководящих должностях, т. е. формирования кадрового резерва.

В научной литературе рассматриваются три уровня формирования кадрового резерва. К первому относят специалистов, способных в любой момент приступить к исполнению обязанностей на вышестоящих должностях («дублиеры»). Второй уровень формируется из числа лиц, обладающих определенными теоретическими знаниями и практическими навыками в области управления, но нуждающихся в прохождении дополнительного обучения в соответствии с должностным предназначением («оперативный резерв»). Третий уровень – специалисты, которые до замещения руководящих должностей должны получить опыт работы на промежуточных ступенях и пройти соответствующее обучение («стратегический резерв»). Очевидно, что дифференцированный подход к обучению специалистов разных уровней кадрового резерва позволит повысить качество их подготовки.

В результате проведенного социологического исследования слушателей из числа орга-

низаторов здравоохранения (в т. ч. и профессорско-преподавательский состав медицинских вузов) и специалистов клинического профиля, проходивших обучение по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» в Государственном институте усовершенствования врачей МО РФ, установлено: респонденты обеих групп наиболее предпочтительной считают очную форму обучения; более трети врачей-организаторов полагают возможным использование очно-заочной формы обучения; слушатели обеих групп заинтересованы в выделении большего количества учебных часов на изучение вопросов экономики здравоохранения, юриспруденции, менеджмента и маркетинга, но вместе с тем придают малое значение в повседневной деятельности психологии управления, организации медицинского обеспечения в вооруженных конфликтах и, что оказалось неожиданным, – экономическим методам управления; только 17,4% опрошенных сочли возможным использовать в учебном процессе дистанционные образовательные технологии (среди профессорско-преподавательского состава этот показатель составил всего 7,8%).

Очевидно, что в обучении должностных лиц в системе ПВПО необходим дифференцированный подход в зависимости от уровня их теоретической подготовки и опыта практической деятельности на руководящих должностях. Для реализации этого положения необходимо проведение ряда мероприятий: определение приоритетов в организации учебного процесса при подготовке различных категорий обучаемых; формирование этапности прохождения специалистами тематического усовершенствования исходя из степени их подготовки к реализации управленческих функций и практического опыта работы на руководящих должностях путем уточнения и оптимизации документов планирования учебного процесса; разработка критериев отбора для прохождения обучения в системе ПВПО, основанных не на установленной законодательством периодичности обучения и повышения квалификации,



а на объективных показателях уровня профессионально-должностной подготовки; заблаговременное планирование направления специалистов на циклы повышения квалификации исходя не из «валовых» показателей, а из практической необходимости и целесообразности прохождения обучения.

По-видимому, дистанционные образовательные технологии можно считать резервом повышения эффективности системы подготовки руководящих кадров, но их внедрение в практическую деятельность на настоящем

этапе затруднено не только субъективной недооценкой их возможностей, но и рядом объективных факторов – противоречивостью отечественного законодательства, недостаточным уровнем материально-технического оснащения военно-медицинских вузов и военно-медицинских учреждений.

Выполнение указанных мероприятий позволит повысить эффективность как системы ПВПО, так и непосредственно управленческой деятельности должностных лиц военного здравоохранения.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 616.27-001.45-036.1

В.В.Шилов, В.О.Сидельников, А.А.Завражнов – Клиническое наблюдение огнестрельного ранения средостения с выжидательной тактикой оперативного лечения.

Целью данной сообщения является демонстрация успешной тактики отсроченного оперативного лечения огнестрельного осколочного проникающего слепого ранения груди в область средостения у военнослужащего срочной службы во время активной фазы проведения контртеррористической операции в Чеченской Республике.

Рядовой срочной службы Д., 19 лет, в 16 ч 40 мин 29.01.2000 г. в бою с противником получил огнестрельное проникающее осколочное ранение груди в область средостения и слепое осколочное ранение в область правого плечевого сустава. Первая медицинская помощь, включающая наложение асептических повязок и внутримышечное введение обезболивающего препарата (промедол), была оказана непосредственно на поле боя фельдшером подразделения. В связи со сложившимися условиями оперативно-боевой обстановки лишь в 20 ч того же дня раненый вертолетом был доставлен в 660 МОСН.

Состояние при поступлении стабильное, средней степени тяжести, раненый в сознании и адекватен. Предъявляет жалобы на затрудненное дыхание, одышку, боли в правой половине груди и в области грудины. АД – 120/70 мм рт. ст., пульс – 110 уд./мин, ЧДД – 14 в 1 мин. Анализ крови: гемоглобин – 98 г/л, гематокрит – 29%, эритроцитов $3,1 \times 10^{12}/л$. Выполнена рентгенография грудной клетки, на которой был выявлен правосторонний гемопневмоторакс, гемомедиастимум, а в проекции корня левого легкого определялся металлический осколок размерами 1,2×0,8 см.

В срочном порядке раненый был взят в операционную, где ему выполнены пункция и дренирование левой плевральной полости во II и VIII межреберьях, при этом одномоментно выделено до 400 мл крови. Пункти-

рована и катетеризована правая подключичная вена, начата инфузионная терапия, а также проведена первичная хирургическая обработка огнестрельных ран. По дренажам из плевральной полости за 2 ч наблюдения выделилось до 80 мл геморрагического отделяемого.

Учитывая стабильное состояние и отсутствие клинических и рентгенологических признаков продолжающегося внутриплеврального кровотечения, раненый эвакуирован во вторую очередь авиатранспортом. Он поступил в 19 ч 30.01.2000 г. в военный госпиталь (г. Моздок), усиленный группой специалистов из ВМедА им. С.М.Кирова. При поступлении в госпиталь предъявлял жалобы на боли в области ранений и местах введения дренажей.

Общее состояние пациента средней тяжести, стабильное, сознание ясное, кожный покров бледной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание слева резко ослаблено, выслушиваются влажные хрипы, справа – без особенностей. Сердце – тоны глухие, ритмичные, при перкуссии границы сердца не расширены, а границы сосудистого пучка резко расширены, пульс – 92 уд./мин, удовлетворительного наполнения, симметричный на обеих руках, АД – 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет, печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

Местно: на коже груди над верхней третью грудины имеется ушная рана длиной до 1,5 см. Левая плевральная полость дренирована во II межреберье по средноключичной линии ПХВ-трубкой диаметром 0,5 см и VIII межреберье – по среднеподмышечной линии ПХВ-трубкой диаметром 1,5 см, скудное геморрагическое отделяемое.