

Специалисты, завершившие базовое обучение по медицинской специальности, а также желающие продлить право на ведение медицинской практики, вступают в систему НМО и должны регулярно заниматься поддержанием и повышением своего профессионального уровня путем освоения учебных мероприятий (50 часов (баллов) за год, не менее 250 часов (баллов) за меж аккредитационный период) в течение пяти лет с последующей аккредитацией. Если врач не накапливает необходимое количество баллов в течение меж аккредитационного периода, он теряет право на лечение пациентов.

Часть мероприятий НМО реализуется в дистанционной форме, что обеспечивает возможность обучения без отрыва от работы в системе здравоохранения. Система НМО является общепринятой мировой практикой и позволяет выбирать персональную образовательную траекторию, формируя приверженность медицинских специалистов к постоянному профессиональному развитию.

Система повышения квалификации врачей (последипломное медицинское образование) представлена организациями последипломного образования, факультетами повышения квалификации и последипломной подготовки при медицинских вузах, а также профильными образовательными курсами и стажировками на базе научно-исследовательских институтов и ряда медицинских организаций.

Созданная и реализуемая в России модель подготовки медицинских кадров обеспечивает здравоохранение специалистами высокого уровня, базируясь на академичности образовательного процесса с учетом требований профессионального стандарта специальности [6,5].

В настоящее время формируется возрастающая потребность в перспективных специалистах для сферы здравоохранения. Агентством стратегических инициатив разработан «Атлас новых профессий», включающий перечень перспективных отраслей и профессий на ближайшие 15–20 лет. Исходя из трендов современной науки [7], в ближайшее время могут появиться такие профессии, как молекулярный диетолог, клинический биоинформатик, тканевый инженер, IT-медик, эксперт персонифицированной медицины, консультант по здоровой старости и ряд других. На сегодняшний день подготовка таких специалистов слабо представлена в медицинских вузах. В связи с этим несомненный интерес представляет инновационная модель развития здравоохранения, требующая внедрения и развития на базе медицинских вузов направлений такого дополнительного образования.

Список литературы:

1. Бондаренко А. Е. От сертификации к аккредитации / А. Е. Бондаренко, Н. Н. Фомина // Молодежный инновационный вестник. 2019. Т. 8. № S1. С. 125–126.
2. Вавилов А.С. Проблемы и направления оптимизации кадрового обеспечения системы здравоохранения Российской Федерации // Актуальные проблемы управления здоровьем населения: сборник научных трудов под общей редакцией И.А. Камаева, В.М. Леванова. Нижний Новгород. 2017. - 238–241.
3. Жиброва Т.В. Медицинские династии в истории вуза (по материалам ВГМУ им. Н.Н. Бурденко) / Т.В. Жиброва // Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения. Материалы международного симпозиума. - 2019. - С. 110–118.
4. Здравоохранение в России. 2019: Стат.сб./Росстат. - М., 2019. – 170 с.
5. Михайлов Г.А. Что самое ценное в жизни? / Г.А. Михайлов, Т.В. Жиброва // Молодежный инновационный вестник. -2013. -Т. 2. -№ 1. -С. 222.
6. Фомина Н.Н. Интеллектуальная собственность как основа формирования инновационной медицины / Н.Н. Фомина, В.А. Перцев // Сборник материалов VII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Инновации в здоровье нации», Санкт-Петербург, 07–08 ноября. - СПб., 2019. - С. 558–561.
7. Фомина Н.Н. Научные основы и проблемы взаимосвязей доходов, экономического роста и развития / Н.Н. Фомина, М.В. Филичкина // Политематический сетевой электронный научный журнал Кубанского государственного аграрного университета. - 2013. - № 92. - С. 956–966

ОРГАНИЗАЦИЯ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

О.С. Бурлакина, В.С. Леднева, Л.В. Ульянова, М.И. Талыкова
Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко
научный руководитель - А.С. Иванникова

Годы Великой Отечественной войны стали тяжёлым испытанием для всех медицинских служб здравоохранения СССР, в том числе и для санитарно-гигиенической. Под руководством таких выдающихся людей как Е.И.Смирнов, Ф.Г.Кротков, К.С. Петровский были разработаны эффективные меры по профилактике инфекционных заболеваний, как в самих войсках, так и на эвакуированной, а также освобождённой территории. За все эти четыре тяжёлых года, когда солдаты находились не в самых

благоприятных в эпидемическом плане условиях, когда множество людей оставалось без крова, когда выходили из строя социальные инфраструктуры, а захватчиками совершались попытки инфекционной атаки на наступающую советскую армию, так и не разыгралась ни одна эпидемия. Нельзя сказать, что инфекционные заболевания не возникали совсем, они были, но их доля от общей заболеваемости составляла всего лишь 9 %. И всё же это были локальные случаи, а не эпидемия.

С первых дней войны была начата разработка противоэпидемических мероприятий. Из-за того, что требовалась экстренная эвакуация большого количества населения, 30 июня 1941 года было выпущено «Положение о медико-санитарном обслуживании населения, эвакуируемого из угрожаемых районов», что было необходимо для четкой, слаженной работы территориальных органов здравоохранения и врачебно-санитарной службы транспорта в условиях, угрожаемых по распространению кишечных инфекций, тифо-паратифозных и других заболеваний. В данном положении было указано на необходимость обязательной вакцинации всего населения крупных городов, а также «призывного контингента» от острых кишечных инфекций. В дальнейшем были разработаны вакцины, и осуществлялась вакцинация солдат от таких инфекций как туляремия, сыпной тиф, чума, сибирская язва. 2 февраля 1942 года было издано постановление «О мероприятиях по предупреждению эпидемических заболеваний в стране и Красной Армии», в котором говорилось о совместной работе главного военно-санитарного управления и органов здравоохранения в борьбе против инфекционных заболеваний. В том же году вышел указ, по которому необходимо было повсеместно укрепить санитарно-эпидемиологические службы: в лечебных учреждениях появилась должность заместителя главного врача по эпидработе; создавались эпидотряды; увеличивалось количество инфекционных больниц; увеличивалось количество работающих эпидемиологов и государственных санитарных инспекторов [1].

Среди населения и армии проводилась санитарно-просветительная деятельность, нельзя было допустить инфекционные вспышки не только среди солдат, но и среди гражданского населения, ведь это могло привести к перекидыванию инфекции на Красную Армию, что вывело бы из строя немалое количество солдат и сыграло бы непоправимую роль. Особенно такая опасность грозила советской армии на освобождаемой территории, где была неблагоприятная обстановка по сыпному тифу. Это требовало большой противоэпидемической работы, которая была успешно выполнена совместными усилиями противоэпидемических служб армии и врачебно-госпитальной базой армии.

Организовывались чрезвычайные комиссии по борьбе с сыпным тифом; проводилась массовая дезинфекционная обработка освобождённого населения; создавались карантинные полосы, для предупреждения заражения армии. Также создавались санитарно-эпидемиологические барьеры, такие как санитарно-контрольные пункты, запасные полки и так далее. В войсках проводилась тщательная работа по своевременной диагностике и изоляции инфекционных больных, лечение которых проводилось на месте. Важную роль в предупреждении инфекционных заболеваний играло качество воды, питания, условий расположения войск [2].

Все работы по обеспечению удовлетворительного качества этих факторов легли на армейские санитарно-эпидемиологические отряды и фронтовые санитарно-эпидемиологические лаборатории. Осуществлялся тщательный медицинский контроль за питанием в армии: проверка качества доставляемой продукции, условий и срока транспортировки, а также хранения продовольствия; составление меню, с учётом необходимой калорийности, по правилам рационального питания; контроль за соблюдением техники приготовления пищи; контроль за распределением и доставкой до солдат полного необходимого объёма пайка. Каждый потенциальный источник воды подвергался тщательной проверке, с обязательным последующим хлорированием и кипячением. Только после этого воду разрешалось употреблять. Где войска задерживались, вода подвергалась более тщательной очистке. Хотелось бы заменить, что после всех методов очистки, для улучшения органолептических свойств воды, применялись различные средства, улучшающие её вкус.

Не без внимания оставалась личная гигиена солдат: обеспечивалось регулярное мытьё в банях, смена и дезинфекция обмундирования. Армейские и фронтовые гигиенисты принимали участие в захоронении солдат, погибших на поле боя; в обеззараживании нечистот; дезинфекции, дезинсекции и дератизации населённых пунктов.

В завершение хотелось бы сказать, что в тех напряжённых условиях Великой Отечественной войны противоэпидемическая служба вовремя отреагировала на потребности страны, обеспечила необходимый уровень всех мероприятий. Поставленная цель – санитарно-эпидемиологическое благополучие войск – была выполнена.

Список литературы:

1. Беляев Е.Н. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в годы Великой Отечественной войны / Е.Н. Беляев, С.В. Селюнина // Здоровье населения и среда обитания. – 2015. – № 5. – С. 4-8.
2. [Электронный ресурс] // URL.: <https://cutt.ly/7z2K5cxhttps://cutt.ly/bz2Liu4> (дата обращения 08.04.2021)