



Людмила Викентьевна МОХИРЕВА – личность в современной отечественной фтизиатрии, ученый и практик, организатор и эффективный менеджер. Она умеет видеть цель и достигать ее, ставить задачи и решать их, понимать суть проблем и находить кратчайший путь избавления от них. Словом, умеет продуктивно работать.

БЫТЬ РУКОВОДИТЕЛЕМ — БОЛЬШАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Диалог ведет врач и журналист Татьяна Мохрякова

Мы – в кабинете руководителя одного из самых крупных филиалов ГБУЗ города Москвы «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом» (далее – Центр).

– Людмила Викентьевна, при опросе выпускников медицинских вузов последних лет выяснилось, что большинство из них хотели бы стать главными врачами.

– Молодым свойственна амбициозность. Но они должны понимать, что руководитель больницы или клиники – не просто престижная должность. Это огромная ответственность: организатор, клиницист и хозяйственник в одном лице. Невозможно руководить, не понимая сути работы. Прежде необходимо окунуться в практическое здравоохранение: пройти путь от рядового врача до руководителя среднего звена, узнать все детали оказания медицинской помощи.

– Наверное, это утверждение основано на Вашем личном опыте.

– Безусловно. Я начинала участковым терапевтом, затем несколько лет работала в круглосуточном стационаре многопрофильной больницы. Потом освоила рентгенологию и ультразвуковую диагностику. Заведование отделением лучевой диагностики дало мне понимание сути и тонкостей обследования разных групп населения на туберкулез. Когда я стала руководителем республиканского противотуберкулезного диспансера, предыдущий опыт помог грамотно организовать работу: выстроить взаимодействие с поликлиниками, разработать и реализовать программу по организации выявления и лечения больных туберкулезом в Чувашии с международным участием при поддержке ВОЗ.

РУКОВОДИТЕЛЬ МОСКОВСКОГО ФИЛИАЛА

– Ваша работа в фармацевтическом бизнесе стала раздвигательной чертой между деятельностью на посту регионального масштаба, главного фтизиатра Чувашии, и городского: сегодня Вы – главный фтизиатр двух административных округов города Москвы.

– С одной стороны, это так, но давайте сравним. Когда я работала главным фтизиатром Минздрава Чувашской Республики, ее население было около 1,3 млн человек. Сейчас филиал по Юго-Западному (ЮЗАО) и Троицкому и Новомосковскому (ТиНАО) административным округам обслуживает 1,74 млн человек. Так что масштаб деятельности расширился. Моя работа в фармацевтической компании не разделила, а объединила два периода моей фтизиатрической жизни: чувашский и московский.

– Ваши московские округа сопоставимы по численности населения и территории с некоторыми областями России. С какими сложностями Вы столкнулись?

– Юго-Западный округ Москвы – один из благополучных по туберкулезу: территориальный показатель заболеваемости туберкулезом в 2016 г. составил 17,6 на 100 тыс. населения, показатель для постоянного населения – 10,9. В ТиНАО, образованном в 2012 г., ситуация иная: территориальная заболеваемость в 2016 г. равна 46,1 на 100 тыс., постоянного населения – 22,1. Напомню, что ТиНАО был образован в результате присоединения к столице части Московской области с населением около 256 тыс. человек, это преимущественно сельские поселения с общей территорией более 1445 км². Для сравнения: площадь Москвы – 2561 км². На тот момент охват флюорографическим обследованием населения ТиНАО составлял лишь 19,3% от прикрепленного населения при норме 75%.



Л.В. Мохирева в студенческие годы

– То есть люди на новых территориях были недостаточно обследованы на туберкулез.

– В целом, да. Кроме этого, если в Москве в это время наряду с флюорографией органов грудной клетки туберкулез активно выявляли методом микроскопии мокроты, то в ТиНАО его практически не использовали. Кроме этого, в ТиНАО немало временно проживающих людей, снимающих квартиры. В структуре заболеваемости туберкулезом только 48% москвичей. Мы организовали работу в ТиНАО так, что спустя три года, в 2016 г., охват флюорографическим обследованием достиг 72,5% от прикрепленного населения, охват микроскопическим методом – 5%. Сегодня обследуются все медицинские группы риска по туберкулезу, внедрен метод выявления латентной туберкулезной инфекции путем постановки пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным. Все это улучшило эпидситуацию в округе: показатель заболеваемости туберкулезом постоянного населения в 2016 г. снизился на 18% по сравнению с 2014 г.

– Выйти на такие результаты можно только при отл-ично организованной профилактической и санитарно-просветительской работе с населением. Как Вы смогли информационно охватить население на такой огромной территории, как ТиНАО?

– Нам очень помогла Дирекция по обеспечению деятельности учреждений здравоохранения Департамента здравоохранения Москвы (далее – ДЗМ) под руководством директора

Владимира Борисовича Грицаюка и при активном участии его заместителя Татьяны Вячеславовны Королевой. При дирекции был создан координационный совет по организации выявления туберкулеза в медицинских учреждениях ТиНАО, а в самих медицинских учреждениях – рабочие группы по организации выявления туберкулеза. Ежемесячные заседания этого совета под личным руководством В.Б. Грицаюка позволили в максимально короткие сроки организовать выполнение всех мероприятий по организации выявления туберкулеза в округе, в том числе профилактическую и санитарно-просветительскую работу с населением. Кроме того, дирекция Центра под руководством Елены Михайловны Богородской приняла решение об организации отдельного диспансерного отделения в филиале ЮЗАО, выделила медицинский транспорт для ежедневного выезда фтизиатров на территорию ТиНАО. Это позволило организовать качественную работу в очагах туберкулеза, разбросанных по территории округа.

– Расскажите о работе в Чувашии, по результатам которой Вам было присвоено звание заслуженного врача Чувашской Республики.

– На должности главного врача Республиканского ПТД я сменила Наталью Васильевну Антонову. Интересно, что мы учились с ней в одной группе на медицинском факультете Чувашского государственного университета, и она всегда видела во мне будущего руководителя. В 1999 г. Н.В. Антонова уехала в Москву на работу в Минздрав России, она курировала организацию противотуберкулезной медицинской помощи, и при ее непосредственном участии были подготовлены приказ Минздрава России № 109 и Федеральная целевая программа по туберкулезу.

Мой приход в диспансер совпал с перестройкой. Тогда в силу объективных причин были сложности с лекарственным обеспечением и заменой устаревшего оборудования, снизился охват населения флюорографическим обследованием. В этот период ВОЗ на некоторых территориях России стала внедрять программы по выявлению и лечению туберкулеза: поставлять медикаменты, лабораторное оборудование, санитарный транспорт. Вместе с профессором Батарбеком Мусаевичем Малиевым, курировавшим нашу республику от федерального НИИ фтизиопульмонологии, мы разработали свою программу: «Организация раннего выявления и лечения больных туберкулезом в Чувашской Республике на 2002–2004 годы». Согласовав ее с Минздравом и правительством Чувашии, мы получили одобрение академика М.И. Перельмана (в те годы – главного фтизиатра России). Наш проект был поддержан Минздравом России и ВОЗ и включен в международную программу, работа по которой помогла успешной организации борьбы с туберкулезом и способствовала улучшению эпидемической ситуации в республике.

– *Знаю, что Вас поддержал президент Чувашской республики.*

– Это так. 30 августа 2004 г. в Доме правительства Чувашии состоялась встреча президента Николая Васильевича Федорова с представителями ВОЗ, Американского агентства международного развития и Центров по контролю и профилактике заболеваний (США). Были подведены итоги нашей программы, за период реализации которой на базе Республиканского ПТД открылась микробиологическая лаборатория, оснащенная уникальным современным оборудованием, около 500 медработников республики прошли специальную подготовку, и в общей лечебной сети была введена микроскопия мокроты.

Нам было чем гордиться. Общая заболеваемость в республике снизилась почти на 17%, заболеваемость детей – на 19,6%, подростков – на 50,4%. Смертность от туберкулеза в учреждениях ФСИН снизилась в шесть раз. Международные эксперты отметили: за два года республика вплотную приблизилась к параметрам, определенным ВОЗ для успешной стратегии борьбы с туберкулезом – 85% впервые выявленных больных выздоровело.

Благодаря реализации программы ВОЗ в Чувашии я познакомилась со многими ведущими специалистами, с которыми теперь работаю в Центре: Е.М. Богородской, С.Е. Борисовым, С.Г. Сафоновой, Е.М. Белиловским, И.Д. Даниловой, Л.Н. Рыбкой, С.В. Сидоровой.

МИГРАЦИОННЫЙ ЦЕНТР

– *Вы имеете большой опыт общения с пациентами. Есть ли отличия в отношении к своему здоровью у людей с разным социальным статусом?*

– Конечно, многое зависит от общественного статуса человека. «Социальный» заинтересован быть здоровым, «асоциальный» – далеко не всегда. Хотя бывает, что ориентированные на активную роль в социуме люди также заболевают туберкулезом. Например, иностранцы, приезжающие жить и работать в Россию из Таджикистана, Узбекистана, Киргизстана и других стран, где уровень заболеваемости туберкулезом достаточно высокий. Их в современной Москве немало. В 2016 г. в ТиНАО в структуре впервые выявленных больных туберкулезом было 38% иностранных граждан, в ЮЗАО – 16,7%. К слову сказать, фтизиатры нашего филиала наиболее активно включены в работу с иностранными гражданами по выявлению и лечению туберкулеза: столичный Многофункциональный миграционный центр (далее – ММЦ) находится на территории ТиНАО – в поселении Вороновское.

– *В чем особенность работы фтизиатров в Миграционном центре?*

– Стратегия и алгоритм взаимодействия со столичным ММЦ разработаны главным фтизиатром Москвы Е.М. Богородской. Созданы отдел и центральная врачебная комиссия (ЦВК) по работе с мигрантами, в ЮЗАО имеется кабинет по работе с ними. Мы регулярно выезжаем в ММЦ, тесно сотрудничаем



Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием по туберкулезу, 2004 г. (слева направо: Р.Ш. Валиев, Н.В. Антонова, Л.В. Мохирева, координатор Программы ВОЗ по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации Вячеслав Якубовяк)



Б.М. Малиев и Л.В. Мохирева – встреча на Всероссийской научно-практической конференции фтизиатров «Междисциплинарный подход в решении проблемы туберкулеза», ноябрь 2017 г.

с его руководством и с заведующим отделением организации противотуберкулезной помощи мигрантам и социально дезадаптированным лицам МНПЦ борьбы с туберкулезом А.Д. Ильченко. В состав ЦВК по работе с мигрантами входят в основном сотрудники нашего филиала.

– Есть ли подобное взаимодействие противотуберкулезной службы с миграционными центрами в регионах России?

– Нет. Москва дала старт этой работе.

– Интересно узнать, как строится работа в нем.

– ММЦ организован для регистрации иностранных граждан, приезжающих на работу в столицу: мигрант приходит туда оформлять документы и обязательно проходит обследование на туберкулез. Наша задача – при подозрении на туберкулез быстро обследовать человека: сделать компьютерную томографию легких (КТ), микробиологические исследования, пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным. При выявлении у мигранта активной формы туберкулеза его направляют на лечение в Туберкулезную больницу имени проф. А.Е. Рабухина, а если есть необходимость в дифференциальной диагностике – в Клинику № 2 Центра или Туберкулезную больницу № 3 имени проф. Г.А. Захарьина.

НАУЧНЫЙ ОПЫТ

– Людмила Викентьевна, насколько важен для руководителя Вашего уровня научный опыт и что он дает?

– Научный опыт развивает кругозор, мышление, нестандартность подходов к диагностике и лечению, аналитические способности, а главное – понимание инновационных технологий. Наш Центр – научно-практический. Уверена, что стремление руководства поставить на руководящие посты людей с

широким научным кругозором непременно повысит качество оказания медицинской помощи и рейтинг учреждения.

– От момента защиты Вами кандидатской диссертации до защиты докторской прошло девять лет. Изменился ли Ваш взгляд на проблему туберкулеза за это время?

– Конечно, изменился. В 2006 г. я защитила кандидатскую диссертацию на тему «Особенности течения и лечения туберкулеза в условиях естественного дефицита цинка», в 2015 г. – докторскую на тему «Эффективность применения комбинированных противотуберкулезных препаратов у больных с впервые выявленным туберкулезом легких» по специальностям «фтизиатрия» и «фармакология, клиническая фармакология». Руководителем моей кандидатской работы был профессор Равиль Шамильевич Валиев, научными консультантами докторской работы – директор Центрального НИИ туберкулеза член-корр. РАМН Владислав Всеволодович Ерохин и профессор Ирина Владимировна Богадельникова. Я им очень благодарна: своим примером, профессионализмом, самоотдачей, настойчивостью, постоянным поиском эффективных решений поставленных задач они привили мне любовь к научно-исследовательской работе. По результатам диссертационных работ у меня четыре патента на изобретение. Один из них – «Способ лечения туберкулеза легких» (2004 г.) и три патента по разработке новых комбинированных противотуберкулезных препаратов с фиксированными дозами.

– Ваша научная работа продолжается и сегодня?

– Это одна из важных составляющих моей жизни. Я – член ученого совета МНПЦ борьбы с туберкулезом, веду научную работу, принимаю участие в клинических исследованиях. Как генеральный секретарь Московского общества фтизиатров участвую во всех его мероприятиях: ежегодных конференциях, школах фтизиатров, семинарах и круглых столах. И, конечно, занимаюсь преподаванием как доцент кафедры фтизиатрии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, читаю лекции не только в столице, но и в регионах России.

ОДИН В ПОЛЕ НЕ ВОИН

– По результатам реализации проекта «Туберкулез» Вы были награждены почетной грамотой Минздрава России. Несмотря на такую масштабную работу в фармацевтическом бизнесе, высокие достижения, Вы вернулись в практическое здравоохранение...

– Это был 2014 год. Безмерно благодарна Елене Михайловне Богородской, убедившей меня вернуться, чтобы возглавить проект по организации выявления туберкулеза в группах риска. Спасибо сотрудникам филиала по ЮЗАО. Несмотря на новые требования Центра, присоединение огромных территорий ТиНАО, они достойно выдержали увеличившуюся в разы

нагрузку, получили хорошие результаты и вышли на новый уровень обследования населения на туберкулез в ЮЗАО и ТиНАО. Хочу вспомнить еще одну деталь биографии: в моих неоднократных начинаниях – в Чувашии, ЮЗАО и ТиНАО – мне очень помог тренинг, организованный ВОЗ для руководителей международных программ по туберкулезу в 2003 г., который проходил в США на базе University of Alabama at Birmingham, где я получила новые знания и навыки формирования команды.

– Что важно знать руководителю при ее формировании?

– Важно понимать, что «один в поле не воин». Хороший результат в работе можно получить только при слаженной работе команды, когда четко поставлена цель, определены задачи и алгоритмы действий каждого члена коллектива. Нужно помнить, что сотрудники – люди разные как по характеру, базовым знаниям, так и по обучаемости и исполнительской дисциплине. Ведущая скрипка всегда у руководителя, он должен уметь прислушиваться к сотрудникам, выступающим в качестве оппонентов, способных вовремя выявить недостатки в работе и предложить пути их устранения. Образцом лидера команды для меня был и остается Михаил Израилевич Перельман: профессионал, умеющий прислушиваться к мнению коллег.

– А если руководитель пришел в незнакомый коллектив, он должен привести своих лидеров или выделить их в существующем коллективе?

– Основной постулат, который я вынесла из тренинга ВОЗ: «Не сотрудники для вас, а вы для сотрудников». То есть сформировать команду и организовать работу надо так, чтобы всем было комфортно. Необходимо учитывать личностные особенности людей, не затрагивая их самолюбие.

Руководитель не может не делать замечаний. Известно, что с первого раза посыл понимает не более 30% сотрудников. Важно умение создать хорошую психологическую обстановку в коллективе и быть методичным в объяснении требований, целей и задач. Две трети жизни проходит на работе, и я считаю, что жизнь в коллективе должна быть комфортной. Меня называют «жестким» руководителем. Но моя «жесткость» заключается в требовании исполнения функциональных обязанностей и в том, чтобы каждый сотрудник понял свою роль и вписался в работу Центра. Думаю, что мы прошли этот этап успешно.

Кроме общения с коллективом руководителю важно знать настроение и отношение к лечению пациентов. Поэтому дважды в месяц я дежурю и знакомлюсь с каждым пациентом, спрашивая, что его интересует и волнует, какие есть претензии и жалобы по пребыванию и лечению в стационаре. Это позволяет своевременно реагировать на недочеты в работе, оценить качество оказываемых нами медицинских услуг.



Президент Чувашии Н.В. Федоров вручает Л.В. Мохиревой знак к почетному званию «Заслуженный врач Чувашской Республики»

– Как Вы работаете с возражениями в коллективе?

– Веду большую разъяснительную работу с заместителями, заведующими отделениями, старшими медицинскими сестрами: полученную информацию они обязаны в полном объеме донести до сотрудников. Всю информацию, полученную на медсоветах Центра, а также ежемесячные, квартальные, полугодовые и годовые отчеты, работу по взаимодействию с общей лечебной сетью, работу в очагах и другие профессиональные вопросы мы обязательно разбираем с коллективом на еженедельных производственных планерках. Кроме этого, проходят координационные советы в дирекциях округов, на которых присутствуют все руководители служб филиала и общей лечебной сети ЮЗАО и ТиНАО.

– Какова роль медицинских советов Московского центра борьбы с туберкулезом?

– С них начинается неделя у всех руководителей Центра. Это современная технология взаимодействия. Ключевая роль медицинских советов под руководством администрации Центра – это взаимодействие всех 19 структур Центра. На них подводят итоги работы за неделю: загруженность коечного фонда, особенности госпитализации, ставятся цели и задачи на будущее. Отчет коллег о работе в очагах инфекции позволяет многое увидеть, в том числе прорехи в работе и перенять успешный опыт. После медицинского совета с руководством Центра я провожу планерку у себя. На ней доношу до коллектива всю новую информацию: устные распоряжения директора, расставляю акценты в работе.

– *Москва стала одним из самых благополучных регионов России по туберкулезу. Что, на Ваш взгляд, было сделано для этого?*

– Правильное объединение всех диспансеров под единым руководством. Разработка единой стратегии противотуберкулезной службы и – в части выявления туберкулеза – работа с общей лечебной сетью. Применение картографического метода слежения за очагами туберкулезной инфекции в мегаполисе, расширение круга обследования контактных лиц до третьего круга общения с применением современных методов диагностики, в том числе иммунологических проб, для выявления латентной туберкулезной инфекции. Технологии работы фтизиатров Москвы сопоставимы с мировыми стандартами. Так, в США обследуют более 25 человек из окружения одного заболевшего туберкулезом (очага), у нас – уже за 30, а в производственных очагах – до 100. Москва является лидером по внедрению новой пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным для выявления латентной туберкулезной инфекции в группах риска по туберкулезу у взрослого населения. Впервые эта методика была использована в рамках проекта в ЮЗАО.

– *Это финансово оправдано?*

– Считаю, что да. Согласно предыдущим нормативным документам, основной целью обследования было выявление пациентов, которых мог заразить больной туберкулезом. Сегодняшняя цель – выявить дополнительный источник инфекции, обследуя все окружение больного туберкулезом.

Если посчитать стоимость профилактических осмотров и лечение поздно выявленного пациента, они не сопоставимы. Сегодня ежегодная массовая флюорография затратна и малоэффективна, поэтому акцент делается на флюорографическое обследование групп высокого риска по туберкулезу, где уровень заболевания значительно выше, и на выявление латентной туберкулезной инфекции. Я думаю, такой подход в перспективе даст нам огромную экономию и улучшение здоровья нации.

– *Что из опыта фтизиатров Москвы могут взять их российские коллеги?*

– Во-первых, особенности работы в очагах туберкулезной инфекции в мегаполисе с использованием картографического метода. Во-вторых, объединение науки с практикой. В-третьих, особенности объединения: выработка единой стратегии выявления, диагностики и лечения больных туберкулезом, эффективное управление административно-хозяйственной деятельностью учреждения. Да, и широкое выявление латентной туберкулезной инфекции с внедрением пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у взрослого населения, что сделано пока только в Москве.

Вернемся к молодым специалистам – выпускникам вузов. Хотелось бы, чтобы они, желая стать руководителями, понимали, что быть руководителем – это непросто: нужен большой жизненный, научный и клинический опыт, умение работать с коллективом. А главное – понимать, что это большая ответственность.

.....

Спасибо Вам, Людмила Викентьевна, за интересный диалог.

*От имени журнала желаем Вам здоровья, успехов во всех начинаниях
и радости от воплощения идей в жизнь!*

Редакционная коллегия