

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№ 9 (сентябрь), 2014







СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	13
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ	20

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

О реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2013 году [Текст] // Заместитель главного врача. — $2014.- N_2$ 8. — C. 12-21.

Министерством здравоохранения РФ подготовлен ежегодный доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2013 г. В докладе представлены показатели фактического выполнения Программы, характеристика медицинских организаций, принявших участие в ее реализации, а также анализ реализации территориальных программ по видам и условиям оказания медицинской помощи.

В 2013 г. сохранилась тенденция дальнейшего сокращения объема стационарной медицинской помощи в результате оптимизации и реструктуризации коечного фонда, сопровождающаяся развитием стационарозамещающих технологий и увеличением объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров.

Сокращение объема скорой медицинской помощи сопровождалось увеличением объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, который, однако, не достиг среднего норматива, установленного Программой.

В части медицинской помощи, оказанной за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов $P\Phi$, отмечено превышение приведенных показателей стоимости единиц объема по всем видам и условиям оказания медицинской помощи по сравнению со средними нормативами, установленными Программе за исключением показателя стоимости 1 койкодня по паллиативной медицинской помощи, который ниже соответствующего среднего норматива.

В части медицинской помощи, оказанной за счет средств ОМС, отмечено превышение приведенных показателей (в рамках базовой программы ОМС стоимости 1 вызова скорой медицинской помощи, 1 посещения с профилактической целью, 1 посещения по неотложной медицинской помощи и койко-дня в стационарных условиях по сравнению с соответствующими средними нормативами, установленными Программой. Вместе с тем приведенные денные показатели стоимости 1 обращения в связи с заболеваниями и пациентодня в дневных стационарах ниже средних нормативов, установленных Программой.

С 2013 г. в Программе впервые установлены средние нормативы объема и стоимости единицы объема паллиативной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях. Фактический объем паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях в 2013 г. составил 0,035 койко-дня на 1 жителя, что более чем в 2 раза ниже среднего норматива, установленного Программой (0,077).

Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях не оказывалась в 29 субъектах $P\Phi$.

В структуре расходов на оказание медицинской помощи за счет средств ОМС в 2013 г. также преобладали расходы на оплату труда с начислениями (69,6%). Прочие расходы составили 13,4%, расходы на медикаменты и перевязочные средства, оплату коммунальных услуг продукты питания, оплату горючесмазочных материалов, мягкий инвентарь и обмундирование.

Степанова, И. Эффекты модернизации [Текст] / И. Степанова // Медицинская газета. — 2014. — 29 авг. (№ 64). — С. 12.

Статья посвящена реализации модернизации здравоохранения. За последние 5 лет в стране увеличился и обновился приборный парк лечебно-профилактических учреждений. Прирост базы лабораторного оборудования (биохимических анализаторов, мочевых фотометров, гематологических счётчиков) составил 33-42%.

Пациентам больше не приходится приезжать в Москву, так как возможности для диагностики стали доступны. Объёмы диагностических исследований растут: в 2010 г. на 10 тыс. населения было проведено 7374 ультразвуковых исследования, 4 года спустя - уже 8742.

В то же время наблюдается либо низкая загрузка оборудования, либо неполное использование возможностей современных технологий. Такие выводы содержатся в отчёте об оснащённости и эффективности работы диагностических служб российских регионов, подготовленном Ассоциацией международных производителей медицинских изделий (IMEDA).

В отчёте IMEDA объединены данные официальной статистики Минздрава России за 5-летний период 2009-2013 гг. Перед экспертами стояла задача — определить, насколько ресурсная обеспеченность российского здравоохранения влияет на качество диагностики и повышение медицинских услуг в целом.

По словам соавтора отчёта, отраслевого эксперта, доктора медицинских наук Михаила Свещинского, последние модернизационные проекты осуществлялись из абсолютно приоритетных соображений — повышение качества и доступности медицинской помощи. Однако по итогам программ модернизации выяснилось, что дорогостоящее оборудование остаётся незагруженным.

Также низкой остаётся производительность труда. В стране сохраняется разрыв между темпами роста приборной базы и возможностями специалистов и менеджеров правильно использовать новые достижения.

Исправлять ситуацию можно, прежде всего за счёт постоянного образования специалистов, проведения профессиональных и независимых аудитов, публикаций в открытых источниках, данных о состоянии здравоохранения и отдельных его служб, всестороннего обсуждения в профессиональных кругах результатов реализованных проектов и целей предстоящих изменений.

Сегодня в стране немало отдельных примеров отличного использования возможностей диагностики. Одно из таких передовых лечебных учреждений России по эффективности использования ресурсов и результатам работы — Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр (ИДЦ). В год здесь проводится более 20 тыс. исследований и манипуляций.

Некоторые показатели работы медицинского учреждения весьма впечатляют. Прежде всего, врачи, которые работают в центре, практически полностью освобождены от «бумажной работы», что позволяет им всецело сконцентрироваться на пациенте. Срок ожидания гистологического заключения в ИДЦ составляет 1 день и менее, в России - в среднем 8 дней. Выявление онкопатологии ЖКТ на 0-й и 1-й стадии составляет 35% (против 7% в среднем по стране).

Всего этого и многого другого удалось добиться благодаря грамотному управлению имеющимися ресурсами и внедрению передовых управленческих решений. Главный врач центра, президент Диагностической медицинской ассоциации России и СНГ, член экспертного совета Минздрава России по управлению качеством Игорь Ушаков считает, что эффективность работы диагностической службы напрямую зависит от эффективности управления.

Подводя итог встречи, исполнительный директор Ассоциации IMEDA Александра Третьякова подчеркнула, что построить качественную работу диагностической службы в стране действительно возможно. Для этого необходимо учитывать уже имеющийся опыт, использовать статистику, делать выводы и принимать системные решения.

Утверждена новая редакция государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [Текст] // Главный врач. — 2014. — № 8. — С. 3-6.

В статье рассматривается новая редакция государственной программы Российской Федерации — «Развитие здравоохранения», утвержденная постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 № 294. Ее реализация включает две стадии: до 2015 года, планируются структурные изменения, во второй — развитие инноваций в сфере здравоохранения. Утвержден размер финансирования — более 26 триллионов рублей, состоящих из федерального бюджета, средств Фонда ОМС и бюджетных средств субъектов РФ.

В программе поставлена цель – обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны

соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

В соответствии с целью Программы поставлены следующие задачи:

- обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи;
- повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации;
- развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины;
 - повышение эффективности службы родовспоможения и детства;
- развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей;
 - обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей;
- обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами;
 - повышение роли Российской Федерации в глобальном здравоохранении;
- повышение эффективности и прозрачности контрольно-надзорных функций в сфере охраны здоровья;
 - медико-биологическое обеспечение охраны здоровья населения.

В соответствии с поставленными задачами в программе выделены 11 отдельных подпрограмм с собственным финансированием:

- 1. профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни, развитие первичной медико-санитарной помощи;
- 2. совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации;
- 3. развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины;
 - 4. охрана здоровья матери и ребенка;
- 5. развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе летям:
 - 6. оказание паллиативной помощи, в том числе детям;
 - 7. кадровое обеспечение системы здравоохранения;
 - 8. развитие международных отношений в сфере охраны здоровья;
 - 9. экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья;
 - 10. медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан;
 - 11. управление развитием отрасли.

Для управления программой выделены соответствующие целевые индикаторы и показатели:

- смертность от всех причин (на 1000 населения);
- младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми);
- смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения);
- смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения);
- смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения);
 - смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения);
- потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год);
 - распространенность потребления табака среди взрослого населения;
- зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения);
 - обеспеченность врачами (на 10 тыс. населения);
 - количество среднего медицинского персонала, приходящегося на 1 врача;

- отношение средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации;
- отношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации;
- отношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации;
- отношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) и младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации;
 - ожидаемая продолжительность жизни при рождении.

Соответственно определены ожидаемые результаты реализации программы:

- снижение смертности от всех причин до 11,4 случая на 1000 населения;
- снижение младенческой смертности до 6,4 случая на 1000 родившихся живыми;
- снижение смертности от болезней системы кровообращения до 622,4 случая на 100 тыс. населения;
- снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий до 10 случаев на 100 тыс. населения;
- снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) до 190 случаев на 100 тыс. населения;
 - снижение смертности от туберкулеза до 11,2 случая на 100 тыс. населения;
- снижение потребления алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) до 10 литров на душу населения в год;
- снижение распространенности потребления табака среди взрослого населения до 26 процентов;
- снижение числа зарегистрированных больных с диагнозом активный туберкулез, установленным впервые в жизни (на 100 тыс. населения) до 61,6 случая на 100 тыс. населения;
 - обеспеченность врачами составит 40,2 человека на 10 тыс. населения;
- количество среднего медицинского персонала, приходящегося на 1 врача, составит 3 человека;
- повышение отношения средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации до 200 процентов;
- повышение отношения средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации до 100 процентов;
- повышение отношения средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации до 100 процентов;
- повышение отношения средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) и младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации до 100 процентов;
 - увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 74,3 года.

Планируется реализация комплекса мер по совершенствованию правовых, организационных и финансовых механизмов обеспечения населения необходимыми качественными, эффективными, безопасными лекарственными препаратами и медицинскими изделиями.

Основными задачами предотвращения распространения инфекционных заболеваний является иммунопрофилактика, информирование и обучение различных групп населения средствам и методам профилактики инфекционных заболеваний, повышению ответственности за свое здоровье.

Основными задачами совершенствования скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации на современном этапе должны быть оказание больным и пострадавшим доврачебной медицинской помощи, направленной на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма, и доставка их в кратчайшие сроки в стационар для оказания квалифицированной специализированной медицинской помощи.

Планируется создание стройной системы обучения кадров с использованием симуляционных центров.

Для снижения смертности детей всех возрастных групп чрезвычайно важна отлаженная система раннего выявления и коррекции нарушений развития ребенка.

С целью создания оптимальных условий для детей, страдающих неизлечимыми, ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями, а также помощи членам семьи в условиях неизлечимой болезни ребенка планируется развитие сети медико-социальных учреждений, специализирующихся на оказании паллиативной помощи детям в Российской Федерации (открытие отделений паллиативной помощи детям в многопрофильных больницах и самостоятельных хосписов). Создание отделений паллиативной помощи позволит снизить нагрузку на стационарные койки, на которых оказывается реанимационно-интенсивная помощь, не менее чем на 15 процентов.

Пирогов, М. В. Особенности планирования медицинской помощи в 2014 году [Текст] / М. В. Пирогов, О. В. Соболевская // Главврач. — 2014. — N_2 8. — С. 3-13.

В статье рассматривается возможность применения планирования клиникостатистических групп заболеваний.

Программой государственных гарантий в сфере медицинских услуг на 1999 г. были определены подушевые нормативы объема медицинской помощи, в т. ч. в условиях круглосуточного стационара. Данный подушевой норматив определялся числом койко-дней на 1000 населения, а для системы ОМС – на 1000 застрахованных граждан.

Как единица планирования объемов медицинской помощи койко-день объединяет такие клинические характеристики, как уровень госпитализации и среднею длительность лечения в стационаре.

Первая характеризует уровень потребности населения в медицинских технологиях, требующих круглосуточного пребывания пациента в стационаре и получения им определенного набора лечебных и диагностических медицинских услуг и проведения медикаментозной терапии. Данные наборы услуг и лекарственных средств, при тех или иных заболеваниях и состояниях пациентов, определяются клинической практикой и постоянно совершенствуются медицинской наукой. Таким образом, уровень госпитализации является, с одной стороны, показателем медицинской статистики (например: на одного жителя в год), а с другой стороны, во многом зависит от характера заболевания и состояния пациента, а также используемых медицинских технологий (медицинских услуг и лекарственных средств).

Отечественное здравоохранение было перед выбором — постепенно вводить в государственную систему здравоохранения новые организационно-экономические отношения (путь нового хозяйственного механизма конца 1980-х), или быстро «перейти» в новое качество, выбрав новую для себя «страховую» организационно-экономическую модель. Для стационара таким элементом стал койко-день, объединивший два статистических показателя, ранее регулирующих государственную систему здравоохранения. Практика

применения в течение 15-ти лет койко-дня как элемента планирования не позволила обеспечить технологическую оптимизацию лечебной сети, хотя существенно сократила число больничных коек во многих регионах нашей страны. За 15 лет использования данных нормативов не было сформулировано единых методических подходов для целей корректировки «средних» нормативов, что не позволяло региону «законно» обосновать свои «лишние» койки.

Анализируя две последние программы государственных гарантий (на 2013 и на 2014 гг.), можно отметить устойчивую тенденцию, направленную на совершенствование нормативов планирования и порядка оплаты медицинской помощи в системе ОМС. Это детализация амбулаторной медицинской помощи, нормирование ее профилактической, неотложной, лечебной и паллиативной составляющих (2013 г.), планирование амбулаторной лечебной помощи в обращениях (случаях лечения), отказ от оплаты стационарной помощи за проведенные койко-дни и переход к оплате законченного случая лечения, в т. ч. с использованием клинико-статистических групп заболеваний (2013 г.), применение КСГ для оплаты в дневных стационарах (2014 г.), обязательное использование подушевого способа оплаты амбулаторной помощи при наличии прикрепленного населения (2014 г.), также другие позитивные новации.

В конце 2012 г., для реализации нормативных новаций в части оплаты стационарной помощи Министерством здравоохранения РФ совместно с Федеральным фондом ОМС были разработаны методические рекомендации по совершенствованию оплаты медицинской помощи с использованием клинико-статистических групп заболеваний. В данных рекомендациях широко использовался международный и отечественный опыт по финансированию стационарной медицинской помощи. А также предлагались практические решения, позволяющие дифференцировать финансирование стационара в зависимости от заболевания пациента и применяемых медицинских технологий. Совершенствование КСГ было продолжено в 2013 г. и нашло свое отражение в дополнениях к вышеназванным рекомендациям. Эти решения имеют вид относительных коэффициентов затратоемкости (КЗ) для предлагаемых КСГ. При этом относительные коэффициенты затратоемкости КСГ объединяют (группируют) консервативные медицинские технологии для различных групп заболеваний, а оперативные технологии для различных хирургических услуг (операций). Там, где для однозначного выбора КСГ необходимо использовать несколько параметров, используются «комбинированные» КСГ.

К использованию для целей оплаты стационарной медицинской помощи предложены 201 клинико-статистическая группа (КСГ) и 36 клинико-профильных групп (КПГ).

При этом под КСГ понимается: «...группа заболеваний, относящихся к одному профилю стационарной медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов)».

Исходя из определения КСГ, основными характеристиками являются ее профиль, перечень диагнозов и усредненный набор услуг диагностики и лечения, позволяющий оценить среднюю ресурсоемкость, т. е. стоимость, структуру затрат и набор используемых ресурсов.

Относительный коэффициент затратоемкости (КЗ) характеризует относительную стоимость между профилями (КПГ), которая использовалась до 2013 года для расчета плановой стоимости территориальных программ по стационарной помощи, и относительную стоимость конкретной КСГ, входящей в КПГ, к стоимости данной КПГ.

При формировании территориальных программ государственных гарантий рекомендуется выделять следующие уровни медицинской помощи:

— «...первый уровень — оказание преимущественно первичной медико-санитарной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи, а также специализированной медицинской помощи и скорой медицинской помощи (в центральных районных больницах, городских, районных, участковых больницах, городских поликлиниках, станциях скорой медицинской помощи);

- *второй уровень* оказание специализированной медицинской помощи (в медицинских организациях, имеющих в своей структуре специализированные межмуниципальные (межрайонные) отделения и (или) центры, а также в диспансерах, многопрофильных больницах);
- *том уровень* оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (в государственных и муниципальных медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях)».

Очевидно, что на разных уровнях медицинской помощи для аналогичных групп заболеваний будут использованы различные «средние» наборы лечебно-диагностических услуг и лекарственных средств.

Все перечисленные факторы, объективно влияющие на усредненные коэффициенты затрат по конкретным КСЗ на федеральном уровне, достаточно сложны, поэтому их влияние предлагается учитывать через набор «вспомогательных» ценовых коэффициентов, предлагаемых методическими рекомендациями по КСГ.

Субъект Федерации может решать задачу определения данных коэффициентов как экспертным (эмпирическим) путем, так и проведя необходимые расчеты на основе имеющихся нормативов стоимости.

Регион может, не дожидаясь окончания процесса совершенствования российской системы КСГ, начинать работу по их расширению и клинико-экономической конкретизации, руководствуясь методическими рекомендациями по способам оплаты (КСГ), а именно:

- 1. Система КСГ должна учитывать развитие территориальных систем планирования, оплаты и мониторинга медицинской помощи. К набору рекомендуемых КСГ, а также при отсутствии рекомендуемых КСГ в КПГ субъект Российской Федерации может самостоятельно устанавливать дополнительные КСГ.
- 2. В субъекте Российской Федерации в составе КСГ могут быть выделены отдельные подгруппы и отдельные заболевания, на которые Министерством здравоохранения Российской Федерации установлены стандарты медицинской помощи, с расшифровкой в разрезе кодов МКБ-10 (для терапевтических подгрупп) или кодов Номенклатуры (для хирургических подгрупп). При этом оплата стационарной медицинской помощи может быть осуществлена по стоимости стандарта медицинской помощи».

Региональная КСГ обязательно обладает двумя характеристиками: диагнозом и оперативностью.

Необходимость расширения (детализации) КСГ в регионе определяется в первую очередь на основе анализа заболеваемости с учетом ресурсного потенциала лечебной сети. Конкретизация региональных КСГ, «наполнение» их «средними» данными по числу и частоте применения медицинских услуг и лекарственных средств (предметов медицинского назначения) позволяет, с одной стороны, рассчитать объективную стоимость КСГ и при необходимости скорректировать относительные коэффициенты затрат, с другой сформулировать требования к медицинским организациям (их лечебно-технологическому паспорту) для корректного формирования плановых заданий и их текущей корректировки. Конкретизация региональных КСГ осуществляется главными специалистами органа управления здравоохранением субъекта РФ в сотрудничестве с фармакологами. А расчет себестоимости КСГ и корректировка коэффициентов стоимости КСГ осуществляется экономистами региона, на основе оценки стоимости необходимых ресурсов и обеспечения баланса финансовых средств территориальной программы государственных гарантий (программы ОМС).

Существенным достоинством предложенного метода формирования региональных КСГ является возможность поэтапного уточнения региональных КСГ, начиная с параметров, описанных в методических рекомендациях по способам оплаты с применением КСГ, и заканчивая любым рациональным уровнем детализации КСГ.

Платонова, Н. И. Организация внутреннего контроля качества медицинской помощи учреждениях здравоохранения [Текст] / Н. И. Платонова // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. — 2014. — N 2014. —

В статье рассматривается механизм внутренного контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения. Целью внутреннего контроля качества медицинской помощи (КМП) является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе стандартов медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, а также требований, предъявляемых к медицинской помощи в медицинской практике, с учетом современного уровня развития медицинской науки и медицинских технологий.

Задачами контроля КМП являются:

- 1. проведение контроля КМП, оказанной конкретным пациентам;
- 2. выявление дефектов медицинской помощи, установление причин их возникновения и степени их влияния на здоровье конкретных пациентов;
 - 3. регистрация результатов проведенного контроля КМП;
 - 4. оценка выводов о КМП, сделанных на нижестоящих уровнях контроля;
- 5. оценка оптимальности использования кадровых и материально-технических ресурсов учреждении здравоохранения;
 - 6. оценка организационных технологий оказания медицинской помощи;
 - 7. изучение удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью;
- 8. анализ данных, полученных при проведении мониторинга показателей КМП в учреждении здравоохранения;
- 9. подготовка предложений для руководителя учреждения здравоохранения, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи.

По итогам проведенного контроля КМП разрабатываются и реализуются следующие мероприятия по управлению КМП:

- 1. принятие руководителем учреждения здравоохранения управленческих решений, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;
- 2. планирование мероприятий, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;
- 3. осуществление контроля за реализацией принятых управленческих решений или выполнением плана мероприятий.

Контроль КМП осуществляется на трех уровнях:

- 1. первый уровень контроля заведующие отделениями (подразделениями) учреждения здравоохранения;
- 2. второй уровень контроля заместители руководителя учреждения здравоохранения;
- 3. третий уровень контроля врачебная комиссия учреждения здравоохранения (BK).
- В необходимых случаях при проведении контроля КМП может проводиться осмотр пациента.
- В учреждении здравоохранения разрабатывается внутреннее положение о контроле КМП, регламентирующее, с учетом структуры, штатного расписания и специфики деятельности учреждения здравоохранения. Во внутреннее положение о контроле КМП входят:
 - 1. уровни контроля КМП, функционирующие в учреждении здравоохранения;
- 2. перечень подразделений (отделений, должностей медицинских работников) учреждения здравоохранения, обязанности по контролю КМП в отношении которых закреплены за конкретными ответственными за проведение контроля;
 - 3. объемы проведения контроля КМП на каждом уровне контроля;

- 4. случаи, подлежащие контролю КМП в обязательном порядке;
- 5. обязанности ответственного за организацию контроля КМП (при его наличии);
- 6. обязанности ответственных за проведение контроля;
- 7. порядок регистрации и анализа результатов контроля КМП;
- 8. порядок использования результатов проведенного контроля КМП в целях совершенствования качества оказания медицинской помощи;
- 9. порядок сбора, анализа и использования показателей для проведения мониторинга КМП, в целях совершенствования качества оказания медицинской помощи;
- 10. порядок и периодичность оценки выводов, сделанных на нижестоящих уровнях контроля.

Контроль КМП проводится по медицинской документации (медицинской карте амбулаторного больного, медицинской карте стационарного больного, карте вызова скорой медицинской помощи, иной медицинской документации, содержащей информацию о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае).

В обязательном порядке контролю КМП подлежат следующие случаи:

- 1) В амбулаторно-поликлинических подразделениях:
- 1. случаи летальных исходов в детском возрасте и лиц трудоспособного возраста;
 - 2. случаи летальных исходов на дому от управляемых причин;
- 3. случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, в т. ч. внутрибольничного инфицирования и нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;
- 4. случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;
- 5. случаи заболеваний со значительно (более 50 % от средних) удлиненными сроками лечения;
 - 6. случаи расхождений диагнозов поликлиники и стационара;
- 7. случаи расхождений диагнозов поликлиники и патологоанатомических диагнозов;
 - 8. случаи первичного выявления запущенных онкологических заболеваний;
- 9. случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;
- 10. случаи, при проверках которых контролирующими органами и организациями были выявлены дефекты медицинской помощи.
 - 2) В стационарных подразделениях:
 - 1. случаи летальных исходов;
- 2. случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, в т. ч. внутрибольничного инфицирования и нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;
- 3. случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение 3 месяцев, если госпитализация не была ранее запланирована;
- 4. случаи заболеваний со значительно (более 50 % от средних) удлиненными сроками лечения;
- 5. случаи расхождений заключительных клинических диагнозов и патологоанатомических диагнозов;
 - 6. случаи расхождений дооперационных и послеоперационных диагнозов;
- 7. случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;
- 8. случаи, при проверках которых контролирующими органами и организациями были выявлены дефекты медицинской помощи.

Случаи, подлежащие контролю КМП в обязательном порядке, отбираются для проверки и проверяются в первую очередь.

Врачебной комиссией учреждения здравоохранения (или подкомиссией врачебной комиссии) рассматриваются:

- 1. сложные и конфликтные случаи, требующие комиссионного рассмотрения и принятия решений по вопросам профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации или санаторно-курортного лечения граждан;
- 2. случаи, сопровождающиеся обращениями (жалобами) пациентов или их законных представителей по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи в учреждении здравоохранения;
- 3. случаи смерти пациентов, в целях выявления причины смерти, а также разработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности учреждения здравоохранения и медицинских работников в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента;
- 4. случаи заболеваемости внутрибольничными инфекциями, в целях разработки и реализации мероприятий по профилактике заболеваемости внутрибольничными инфекциями;
- 5. иные случаи, в соответствии с положением о деятельности врачебной комиссии (или подкомиссии врачебной комиссии) учреждения здравоохранения.

Контроль КМП проводится по методике экспертной оценки конкретного случая оказания медицинской помощи, заключающейся в проведении последовательной оценки каждой составляющей конкретного случая оказания медицинской помощи, с учетом его клинических особенностей:

- 1. сбор жалоб и анамнеза;
- 2. проведение диагностических мероприятий;
- 3. оформление диагноза;
- 4. проведение лечебных мероприятий;
- 5. проведение профилактических мероприятий;
- 6. проведение медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования;
- 7. оформление медицинской документации.

При проведении контроля КМП используются следующие критерии КМП:

- 1. критерий своевременности оказания медицинской помощи отражает своевременность оказанной медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента;
- 2. критерий объемов оказания медицинской помощи отражает соответствие объемов оказанной медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента;
- 3. критерий преемственности оказания медицинской помощи отражает соблюдение преемственности при оказании медицинской помощи подразделениями (отделениями, отдельными медицинскими работниками) учреждения здравоохранения;
- 4. критерий эффективности оказания медицинской помощи отражает достижение целевых результатов оказания медицинской помощи конкретному пациенту.

По результатам проверки каждого случая оказания медицинской помощи ответственные за проведение контроля кратко формулируют в журналах контроля КМП дефекты медицинской помощи, выявленные по каждой составляющей случая оказания медицинской помощи, а также итоговое заключение о КМП по следующим направлениям:

- 1. качественно оказанная медицинская помощь;
- 2. качественно оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся единичными дефектами медицинской помощи, которые не привели и не могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента или его смерти;
 - 3. некачественно оказанная медицинская помощь.

В случаях выявления дефектов медицинской помощи или некачественно оказанной медицинской помощи информация о результатах проведенного контроля КМП доводится до сведения медицинских работников, оказывавших медицинскую помощь в конкретном проверенном случае, при необходимости – под роспись.

Журналы контроля КМП хранятся в учреждении здравоохранения не менее 3 лет.

В случаях, требующих проведения детальной экспертной оценки (например, в случаях летальных исходов, ятрогенных осложнений, жалоб пациентов и других), результаты проведенного контроля КМП могут быть оформлены на отдельном листе, с регистрацией в журнале контроля КМП.

Учет результатов проведенного контроля КМП осуществляется в учреждении здравоохранения в форме отчетов ежемесячно и по итогам прошедшего года на каждом уровне контроля КМП и по учреждения здравоохранения в целом. Отчеты о проведенном контроле КМП должны содержать следующие сведения:

- 1. отчетный период;
- 2. объемы проведенного контроля КМП:
 - количество проверенных случаев;
- количество проверенных случаев, из числа подлежащих контролю в обязательном порядке в % от числа случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке;
- объем проведенного контроля КМП в % от установленных минимальных объемов;
 - 3. результаты проведенного контроля КМП:
 - количество случаев качественно оказанной медицинской помощи;
- количество случаев качественно оказанной медицинской помощи, сопровождавшихся единичными дефектами медицинской помощи;
- количество случаев некачественно оказанной медицинской помощи (в абсолютных цифрах и в % от количества проверенных случаев) общее и в разрезе проверенных отделений (подразделений, должностей и Ф.И.О. медицинских работников);
- количество выявленных дефектов медицинской помощи по их видам (структура дефектов): дефекты сбора жалоб или анамнеза; дефекты диагностических мероприятий; дефекты оформления диагноза; дефекты лечебных мероприятий; дефекты профилактических мероприятий; дефекты медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования; дефекты оформления медицинской документации;
- 4. краткие сведения о мерах, принятых ответственным за проведение контроля по итогам проведенного контроля КМП;
- 5. предложения по итогам проведенного контроля КМП для руководителя учреждения здравоохранения;
 - 6. Ф.И.О., должность, подпись ответственного за проведение контроля;
- 7. наименование проверенного учреждения здравоохранения, печать учреждения здравоохранения, предоставляющей услуги по контролю КМП (в случае предоставления услуг по контролю КМП согласно заключенного договора).

По результатам проведенного контроля КМП в учреждении здравоохранения планируются и реализуются мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших возникновение дефектов медицинской помощи, на повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи.

Контроль за обеспечением организациями здравоохранения внутреннего контроля КМП осуществляется в пределах имеющихся полномочий вышестоящим органом управления здравоохранением и территориальным органом Росздравнадзора.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Акимова, В. Рецепты биополимеров — оригинальные [Текст] / В. Акимова // Медицинская газета. — 2014. — 29 авг. (№ 64). — С. 10.

В Кузбасском кардиоцентре – НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний полным ходом идёт работа по созданию искусственных полимерных сосудов, способных со временем рассасываться, замещаясь собственной тканью пациента.

Разработки проводит отдел экспериментальной и клинической кардиологии НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний. Сотрудники отдела нацелены на борьбу с инфарктом миокарда, который вместе с инсультом чаще других заболеваний приводит к гибели россиян.

Мечта специалистов – иметь в арсенале достаточный запас расходных материалов, которые при пересадке не будут вызывать у пациента отторжения. О потребности в таких

изделиях говорит статистика. На протяжении вот уже ряда лет в Кузбассе ежегодно выполняется порядка 600 операций аортокоронарного шунтирования. А ещё около 700 операций на различных сосудах. Ежегодно оперируют 250-300 детей с врождёнными пороками сердца, используя для коррекции различные «заплатки». Уже сейчас спрос на изделия из биодеградируемых материалов составляет около 1500 штук в год.

Биологические протезы сосудов, много лет изготавливаемые в Кузбасском кардиоцентре из артерий животных, для аортокоронарного шунтирования не подходят: у них слишком большой диаметр, — комментирует заведующий отделом экспериментальной и клинической кардиологии НИИ КПССЗ доктор медицинских наук Алексей Головкин. В мировой практике были попытки изготавливать шунты из синтетики, но успехом они не увенчались: в чужеродном материале быстро образовывались тромбы.

Сегодня акцент делается на изделия из биологических полимеров, способных со временем биодеградировать, то есть распадаться без следа. Но предварительно они должны успеть «прорасти» собственными клетками пациента. То есть полимер должен выступить в роли каркаса. К тому моменту, когда он рассосётся, на его месте должна быть сформирована новая, абсолютно здоровая, а главное – родная ткань пациента, которая не будет вызывать отторжения.

Мировая наука переживает настоящий бум, биодеградируемым полимерам ищут применение в различных областях медицины: в травматологии, урологии, кардиохирургии... НИИ КПССЗ также участвует в исследованиях: они создают сосуды малого диаметра, способного одновременно решать три задачи. Во-первых, выполнять роль свободного шунта. Во-вторых, не тромбироваться. И в-третьих, со временем замещаться собственной тканью пациента.

Биополимер — это продукт жизнедеятельности определённых микроорганизмов. Свойства полимерных изделий зависят от того, в какой пропорции и в каком технологическом режиме смешаны исходные «ингредиенты», то есть от конкретного «рецепта смешивания».

Создание сосудов малого диаметра из биодеградируемого полимера — лишь один проект, реализуемый в НИИ под руководством академика РАН Леонида Семёновича Барбараша. Другой — создание мембраны, способной отделить заднюю поверхность грудины от сердца. При выполнении пациентам повторных операций они в 30% случаев сталкиваются с осложнениями в виде спаек, которые сильно затрудняют доступ к проблемной зоне. И поэтому возникла новая идея создать заместительную мембрану.

Заместительная мембрана должна «прожить» в организме пациента не более 3-4 месяцев, сосуд — не менее года. Обнадёживающие результаты у учёных уже есть. В частности, по сосудам, простоявшим у подопытных животных до 12 месяцев, отмечается явное формирование собственной ткани.

Сегодня специалисты НИИ вживляют подопытным крысам сосуды двух типов. Одни выполнены из «чистого» полимера, который должен заместиться тканью животных в процессе их жизнедеятельности. Другие – предварительно уже заселены их собственными стволовыми клетками в лабораторных условиях.

Клышников, В. Через подмышечную впадину [Текст] / В. Калышников // Медицинская газета. — 2014. — 29 авг. (№ 64). — С. 11.

В Федеральном медицинском исследовательском центре им. В. А. Алмазова открыт счёт первым в России безрубцовым операциям на щитовидной железе. Новаторская технология хирургического вмешательства через подмышечную впадину при помощи роботаманипулятора и модульного ретрактора освоена заведующим сектором эндокринной хирургии профессором Дмитрием Семёновым и заведующим отделением хирургии кандидатом медицинских наук Валерием Данилиным. Они выполнили таким способом резекцию щитовидной железы и паратиреоидэктомию уже четырём пациентам безо всяких для них неприятных эстетических последствий.

При патологических изменениях структуры «щитовидки» специалисты довольно часто предлагают больным хирургический путь лечения. Слишком хорошо известны недостатки традиционного метода: ярко выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде,

немалое число осложнений, вплоть до паралича голосовых связок, и, конечно, неудовлетворительный косметический эффект. С использованием хирургом в операционной робототехнического комплекса, в частности, специально сконструированного ранорасширителя для обеспечения оптимального доступа к железе внутренней секреции, упомянутые страхи остаются позади.

Первым инновационным операциям по поводу аденомы паращитовидной железы, включая токсическую аденому, и одиночных узлов на эндокринном органе, выполненным в С.-Петербурге, предшествовала учёба врачей Алмазовского центра в Италии и Германии, а также приобретение учреждением хирургического модульного ретрактора, разработанного и запатентованного немецкими инженерами. При этом родиной роботизированного малоинвазивного метода хирургического лечения щитовидной железы является Южная Корея. В Европе же он нашёл широкое применение 8 лет назад.

Длительность каждого филигранного вмешательства малоинвазивным доступом на тканях щитовидной железы составляет более 4 часов. Петербургские врачи стараются не торопиться, дабы исключить различные форс-мажоры. Зато пребывание прооперированных больных в стационаре не превышает теперь 3 дней вместо положенных раньше 10.

Ветлугин, И. Интернет-диагностика рака будет развиваться [Текст] / И. Ветлугин // Медицинская газета. — 2014. — 29 авг. (№ 64). — С. 3.

В статье рассматривается формирование системы дистанционной диагностики онкологических заболеваний, которое должно быть принято до 15 сентября 2014 года. Такое поручение дал министерству председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев.

Интернет-сервис по дистанционной диагностике онкозаболеваний Минздраву предстоит поддержать в числе других медицинских интернет-проектов. Соответствующее предложение в правительство страны направил ранее Президент России Владимир Путин после того, как Фонд развития интернет-инициатив представил главе государства несколько новых проектов.

Под системой дистанционной диагностики онкологических заболеваний имеется в виду интернет-сервис Unim Histology, с помощью которого россияне могут из любого региона страны направлять свои анализы в лабораторию Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва Минздрава России. Для этого материал, полученный с помощью биопсии, будет передаваться в московскую клинику с помощью авиадоставки. Это в случае, когда необходимый вид исследования не могут или не успевают сделать в клинике, где лечится пациент, или когда данные клинической картины расходятся с результатами исследования.

Бесплатной эта услуга не будет – сейчас доставка материала на биопсию в центр стоит 3,5 тыс. руб., но руководитель проекта полагает, что в будущем она составит от 500 до 1000 руб.

Стало известно также, что томские учёные получили государственную субсидию в размере 18 млн. руб. на разработку устройства для диагностики онкологических заболеваний на ранней стадии. Средства выделены в рамках Федеральной целевой программы «Исследования и разработки по приоритетным направлениям развития научнотехнологического комплекса России на 2014-2020 гг.».

Созданием тест-системы занимаются сотрудники лаборатории физико-химических методов анализа ТГУ совместно с НИИ онкологии и НИИ фармакологии. Планируется, что новое устройство сможет диагностировать рак по анализу крови. Как ожидается, тест-система позволит выявить рак лёгкого у пациента с вероятностью 75%.

Томские учёные будут работать в рамках проекта по гранту до конца 2016 г. К началу 2015 г. сформируется группа добровольцев для участия в клиническом исследовании. В будущем году предстоит разработать методики пробоподготовки и анализа клинического материала, а в 2016 г. планируется выпустить первый опытный образец диагностического набора, на котором будут проверяться параметры пригодности.

Лалаянц, И. Чипы и нейросети [Текст] / И. Лалаянц // Медицинская газета. — 2014. — 22 авг. (№ 62). — С. 12.

Н. Владимиров и Н. Софрониев из Калифорнийского университета в Беркли (Сан-Франциско) прокартировали мозг у малька рыбки-зебры Danio. В. Кривицкий сообщил о новом сверхчувствительном чипе, обнаруживающем ничтожно малые количества веществ.

Деятельность человека проявляется в активности нейросетей, образуемых с помощью синапсов на отростках нейронов. Оптогенетика показала, что нервные клетки можно активировать и выключать с помощью лазера. Возбуждение идёт по отросткам, подгоняемое ионными токами в мембране. Токи, в свою очередь, подталкивают продвижение молекул нейромедиаторов-трансмитетров по микротрубочкам. В конце отростка электрическая передача прерывается, и в дело вступают рецепторные белки по обе стороны синаптической щели. Вещества наподобие адреналина и его химического «родственника» норэпинефрина (адреналин и эпинефрин переводятся как «надпочечник», в клетках которого они синтезируются) стимулируют клетку по ту сторону синапса, а такие, как ГАМК - гамма-аминомасляная кислота, тормозят нейроны. И. Павлов называл это «охранительным торможением».

Однако образование отростков ограничено во времени, что доказывается его выключением и невозможностью регенерации у жертв спинномозговой травмы. Этот «недостаток» нервные клетки компенсируют динамикой, или пластичностью формирования синапсов, на образование которых требуется всего 20 секунд. Синапс на дентрите похож на «грибок» или шипик, он может укрепляться или исчезать, и нарушение этой динамики ведёт к нейродегенеративным состояниям — таким как болезни Альцгеймера, Гентингтона, Паркинсона и боковой амиотрофический склероз. Учёные давно мечтали проводить молекулярные «операции» на уровне отдельных синапсов.

Протеиновая активность нервных соединений определяется в первую очередь такими белками, как актин и виментин (последний переводится как «способный», «энергичный»), а также микротрубочками, которые постоянно синтезируются и подвергаются распаду. Прерывание целостности отростков распространяется как в сторону мозга, так и на периферию. Сотрудники Цюрихского университета в течение года обследовали с помощью функционального магнитно-резонансного томографа (фМРТ) 13 жертв спинальной травмы и показали в Ј. Neuroscience, что уже через 40 дней после повреждения спинного мозга его диаметр уменьшается на 7%, что свидетельствует о нейродегенерации. «Похудение» проявляет себя в отмирании волокон, идущих в головной мозг, что ведёт к гибели моторных и чувствительных нейронов в коре. Последнее объясняет замедление подвижности пожилых людей, теряющих мышечную массу. Но помимо основного актина, в образовании дендритных синаптических выростов, сопровождающемся перестройкой клеточного цитоскелета, важную роль играют белок тропомодулин (модулирует «трофику» актина). Нарушения в генах актина и тропомодулина ведут к мышечным дистрофиям и миопатиям в результате накопления в мышцах аномальных форм актина.

Недавно описаны опыты с червячком C.elegans, у которого всего 302 нервные клетки, образующие 7 тыс. синапсов, которые более стабильны, чем у млекопитающих (для сравнения, у мыши 75 млн. нейронов, а у человека около 100 млрд. со 100 трлн. связей). Сотрудники Университетского колледжа в Лондоне сумели ввести червячку гены образования синапсов, в результате чего два нейрона восприятия оказались соединёнными друг с другом. В норме одна из клеток возбуждается в присутствии соли, а другая «тормозит», соединённые же они вообще перестали реагировать на изменение концентрации NaCI. Тем самым учёные впервые изменили поведение организма на синаптическом, а не клеточном уровне. В будущем, как полагают авторы, появятся возможности лечить сходным образом черепно-мозговые и спинальные травмы, нейродегенеративные нарушения памяти, а также создавать организмы с повышенным «обонянием» для поиска на полях вредителей с их специфическими маркёрами запахов.

Дело в том, что во второй серии опытов исследователи подобным образом «выключили» у червей реакцию на аромат бензальдегида. Вадим Кривицкий (Krivitsky) вместе с коллегами по Университету в Тель-Авиве создали сверхчувствительный кремниевый чип с сотнями наносенсоров, улавливающих ничтожные количества взрывчатых веществ и их продуктов распада (гексо- и окто- гена и тринитротолуола, гексаметилена, пероксидов и диаминов). Чувствительность чипа достигает одной молекулы на квадриллион молекул воздуха.

Старостин, В. Анализ крови — предсказатель рака? [Текст] / В. Старостин // Медицинская газета. — 2014. — 20 авг. (№ 61). — С. 12.

Исследователи из Университетского колледжа Лондона выявили универсальный биомаркёр, дающий возможность по анализу крови предсказать вероятность развития рака молочной железы даже в отсутствие у женщины мутантной копии онкогена BRCA1.

Мутация в этом гене, связанная с 85%-ным риском развития рака молочной железы, является наследственной и ответственна примерно за 10% случаев. Однако причина развития опухоли в оставшихся 90% случаев, не связанных с генетической предрасположенностью, остаётся пока не ясной.

Авторы исследования попробовали рассмотреть этот феномен с точки зрения эпигенетики, объясняющей изменение активности генов влиянием меняющихся внешних условий. В первую очередь речь идёт о таком важнейшем эпигенетическом механизме, задействованном в регуляции экспрессии генов, как варьирование уровней метилирования ДНК.

Анализируя образцы крови, собранной за несколько лет до диагностирования рака молочной железы у участниц двух масштабных британских исследований здоровья населения, учёные обнаружили, что и у носительниц мутантной копии BRCA1, и у тех, у кого она отсутствует, можно выделить характерную молекулярную «подпись», связанную с уровнем метилирования ДНК в определённых участках генома. Наличие в крови этого биомаркёра, как установили авторы, ассоциировано с высоким риском развития рака молочной железы в ближайшие несколько лет и высокой летальностью.

Исследователи уверены, что выявленный ими универсальный индикатор риска развития злокачественного новообразования в молочной железе подтверждает представление о том, что ключевым звеном в этом процессе являются эпигенетические изменения в иммунных клетках, ведущие к подавлению их способности противостоять раку.

Мобильное здравоохранение: мировой опыт [Текст] / О. П. Честнов [и др.] // Профилактическая медицина. — 2014. — № 4. — С. 3-9.

Статья посвящена описанию возможностей мобильного здравоохранения, его задачам, месту и роли для профилактики и контроля заболеваний. Освещены технические возможности мобильного здравоохранения и перспективы развития.

В настоящее время по данным Всемирной организации здравоохранения зарегистрировано почти 7 млрд. абонентов компаний мобильной связи, а мобильные сети охватывают более 85% населения мира. При этом технические возможности мобильных телефонов постоянно увеличиваются, что делает их хорошей платформой для помощи в осуществлении программ по охране здоровья.

Эта тенденция способствует появлению такого направления, как мобильное здравоохранение (mHealth), заключающееся в предоставлении здоровьесберегающих услуг с использованием технологий мобильной связи. В этом контексте исследователи все чаще стали применять мобильные телефоны в качестве инструмента формирования здорового образа жизни (побуждение к физической активности и здоровому питанию), мониторинга симптомов заболеваний сердечно-сосудистой системы и легких, отправки напоминаний о приеме лекарственных средств и визитах к врачу, поддержки отказывающихся от курения и многих других программ. Исследования в области мобильного здравоохранении проводились в основном американскими исследователями.

Технические возможности телефонов и их близость к человеку позволяют получать информацию о состоянии пациента в реальном времени. При помощи встроенных сенсоров, таких как датчик глобальной системы позиционирования (GPS-приемник), акселератор, доступ к календарю, контактам и другой персональной информации, мобильные приложения могут контролировать, где находится пользователь и что он делает. Эта информация позволяет в режиме реального времени обеспечивать поддержку пациента, гарантируя помощь в тот момент, когда она необходима.

В последние годы камеры вошли в стандартное оснащение большинства телефонов. Постоянная доступность делает их важным инструментом сбора связанной со здоровьем информации в течение дня. В основном камера телефона используется в мобильном здравоохранении для направления врачам дополнительной информации о состоянии человека, например о локализации псориатических поражений, для альтернативного контроля за образом жизни человека, потребляемой пищи. В последнее время разработчики программного обеспечения научились использовать камеру телефона для фиксации частоты пульса.

Все платформы для современных смартфонов – iOS, Android, Symbian, Blackberry, webOS и Windows Phone – предоставляют разработчикам программное обеспечение для создания приложений, таких как органайзеры, которые позволяют пользователям регистрировать и отправлять данные об их питании, физических упражнениях, уровнях глюкозы крови и другой связанной со здоровьем информации. Приложения, обеспечивающие связь телефона с внешними подключаемыми приборами, позволяют применять шагомеры, мониторы артериального давления (АД), глюкометры, ЭКГ-регистраторы и др.

Определенное значение в мобильном здравоохранении имеют игры, направленные на формирование у пользователя навыков здорового образа жизни.

Большинство современных телефонов поддерживают функцию беспроводного подключения через Bluetooth или другие сети. При помощи этой возможности мобильный телефон может быть подключен к современному тонометру, глюкометру, переносному электрокардиографу, шагомеру, спортивным тренажерам и другим приборам. Телефон, подключенный к таким приборам, становится накопителем и передатчиком важной информации о здоровье.

В последние годы многие телефоны также оснащаются акселерометрами и GPS-приемниками, которые позволяют отслеживать некоторые связанные с образом жизни параметры. Например, приложение RunKeeper использует встроенный GPS-приемник для автоматической регистрации дистанции бега или велосипедной поездки пользователя, маршрута движения и измерения затраченных на проделанную работу калорий.

Еще одной важной функцией мобильных телефонов является доступ в интернет. Биометрические показатели пациента (уровень глюкозы крови, АД и др.) могут быть загружены на сервер провайдера медицинской помощи в момент их сбора, позволяя выявлять на ранних стадиях угрожающие здоровью состояния.

Мобильное здравоохранение обеспечивает постоянную связь между врачом и пациентом. На этом треке можно выделить два направления: дистанционное обучение и удаленный мониторинг симптомов заболевания, которые обеспечивают своевременное информирование медработников о состоянии пациента.

По программам дистанционного обучения данные, которые пациент собирает при помощи мобильного телефона, загружаются с телефона, где вся информация становится доступной медработнику. На основе отслеживаемых данных медработник дает пациенту советы по более эффективным методам контроля состояния организма. Методами связи в таких программах служат телефон, СМС или веб-сайт.

Также во многих программах мобильного здравоохранения ответ пациенту на собранные от него данные доставляется через СМС-сообщение. Такие сообщения могут доставлять пациенту высокоспецифичные рекомендации, которые помогают эффективно управлять состоянием здоровья. В качестве примера можно привести программу, описанную С. Кими и Х. Ким по работе с больными СД 2-го типа в сочетании с излишней массой тела. Пациенты используют мобильный телефон для внесения данных об уровне глюкозы крови, дозах инсулина и других принимаемых лекарственных средств. Врач оценивает эти данные раз в неделю и направляет пациентам специфические рекомендации через СМС-сообщения.

Еще одно направление использования СМС-сообщений — их применение для напоминаний о тех действиях, о которых обычно пациент забывает. Например, напоминания о посещении врача: одно сообщение, направленное за 24-48 ч. перед запланированным визитом значительно снижает количество сорванных посещений.

Программы дистанционного обучения позволяют вести пациентов с хроническими заболеваниями, давая последним знания и навыки управления их состоянием здоровья.

Мобильные телефоны служат инструментом для сбора информации через обмен СМС-сообщениями и направления советов и рекомендаций специалистов.

Например, в описываемой Н. Кирни и соавт. программе по контролю интоксикации при химиотерапии, пользователи вносят данные о возникающих у них симптомах и получают в ответ сформированные системой советы. Например, если пациент сообщает о диарее, система направит рекомендацию по усиленному приему жидкости и использованию пероральных препаратов для регидратации или по приему антидиарейных средств в зависимости от состояния больного.

Яркий пример применения алгоритмов автоматического ответа представляют собой мобильные программы помощи в отказе от курения. Так, в описанной С. Хаугом и соавт. программе «СМС-советник», посредством СМС-опроса еженедельно определяется статус курильщика и его готовность к отказу от употребления табака. Система сопоставляет полученную информацию с данными о стаже курения пользователя, мотивах отказа от курения, и на основании этих данных формирует и направляет персонально настраиваемые мотивационные и обучающие СМС-сообщения несколько раз в неделю.

Приложения широко применяются для контроля при хронических заболеваниях. Например, А. Колман и соавт. разработали Java-приложение «Diab-Memory» для помощи больным СД в регистрации уровня глюкозы, приема инсулина и физической активности. Это приложение синхронизируется с веб-сайтом, на котором пациенты могут отслеживать свои данные в виде удобных таблиц, что позволяет им понять, как различные факторы влияют на уровень глюкозы в крови. Другой пример — приложение BALANCE, которое предлагает заносить в него данные о калорийности потребляемой пищи, а также объемах физической активности, позволяя пользователям более точно отслеживать ежедневное употребление и расход калорий.

Разработаны приложения, позволяющие подключаться к нескольким внешним устройствам. Е. Вилллабаба и соавт. описывают программу, объединяющую мобильное приложение и несколько подключаемых приборов, таких как тонометр, аппарат ЭКГ и электронные весы. Этот комплект позволяет пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями собирать информацию о состоянии их здоровья. Данные измерения автоматически загружаются на сервер и постоянно проверяются на предмет выявления признаков декомпенсации. Если такие признаки выявлены, врач немедленно получает соответствующее уведомление на телефон или электронную почту.

В дополнение к автоматической регистрации уровней физической активности многие приложения осуществляют беспроводное подключение к фиксирующим мобильные К приборам, различные физиологические показатели. поддерживающим внешние подключения, относят цифровые глюкометры, тонометры весы, переносные электрокардиографы.

Существуют связанные со здоровьем заставки для экранов мобильного телефона, которые позволяют напоминать о необходимости контроля состояния всякий раз, когда пользователь берет телефон в руки. В качестве примера можно привести мобильное приложение UbiFit, которое на заставке мобильного телефона демонстрирует уровень физической активности за неделю в виде домашнего сада: различные цветы демонстрируют различные виды физической активности — ходьба, кардио-нагрузки, силовые упражнения, растяжку и другие. Пациент получает по цветку за каждые 10 мин. ходьбы или кардионагрузок, которые фиксируются автоматически или могут заноситься пользователем в журнал нагрузок. В случае если пользователь выполняет поставленные на неделю цели по физической нагрузке, на экране появляется большая бабочка.

Внедрение мобильного здравоохранения в системы охраны здоровья как интегрального элемента профилактики, диагностики и лечения даже по предварительным оценкам имеет высокую экономическую эффективность. Развитие этого направления предоставит действенные механизмы эпидемического надзор за распространенностью заболеваемости и решению проблем доступности квалифицированной медицинской помощи, контролю за качеством и эффективностью здоровьесберегающих мероприятий.

Тонких, А. Медицина завтрашнего дня [Текст] / А. Тонких // Комсомольская правда. — 2014. — 3-4 сент. (N_2 99-100-ч). — С. 5.

Статья посвящена строительству Центра позитронно-эмиссионной и компьютерной терапии в г. Самаре.

Благодаря инициативе главы Самарской области Николая Меркушкина уже в 2015 году на Восьмой просеке, рядом с онкологическим диспансером, появится центр, в котором будет применяться уникальная технология диагностики онкологических, неврологических и кардиологических заболеваний. Пациентам будут вводить специальные препараты и помещать их в сверхмощный сканер, что позволит выявлять пораженные клетки на самой ранней стадии.

Центр в Самаре станет образцом для других регионов. Здесь будет все необходимое оборудование для диагностики различных видов опухоли, исследований жизнедеятельности сердца и дифференциальной диагностики неврологических заболеваний.

На территории центра будут установлены два ПЭТ-комплекса, что позволит проводить до 10 тысяч обследований в год. Место для строительства выбрано не случайно - именно для пациентов онкоцентра будут проводить ПЭТ/КТ-процедуры. По словам главврача онкоцентра Андрея Орлова, такое соседство увеличит эффективность терапии и, следовательно, продолжительность жизни пациентов. Он подчеркнул, что услуги ПЭТ-центра будут оказываться и по полису ОМС.

Поздравить самарцев с началом строительства приехал глава региона Николай Меркушкин. Он уверен, что скоро Самара сможет стать крупнейшим медицинским центром России.

В конце июля стартовало строительство нового кардиологического центра — через полтора года у нас будет один из самых современных комплексов в России, рассчитанный на 12 тысяч операций в год. Кроме того, в 2016 году в Самаре заработает областной перинатальный центр на территории больницы имени Калинина. Параллельно будет строиться госпиталь «Мать и дитя» в районе поселка Радиоцентр, рассказал Николай Меркушкин.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Комаров, Ю. М. О новациях в системе охраны здоровья [Текст] / Ю. М. Комаров // Главврач. -2014. - № 8. - C. 60-64.

В результате 2-летней работы группа экспертов из 9 специалистов в рамках Комитета гражданских инициатив А. Л. Кудрина разработала «Основные положения стратегии охраны до 2020 г. и на последующие годы». В стратегии показана динамика в здоровье граждан и проанализированы достоверность и смысловая сущность соответствующих широко применяемых на разных уровнях показателей.

Эта стратегия была презентована в РИА «Новости», доложена на круглом столе в Государственной думе, на Генсовете ФНПР и на ряде других мероприятий и нигде не вызвала возражений. В настоящее время работа над стратегией продолжается в плане уточнения приоритетов с их последующим обсуждением. Главный ее посыл таков: как в условиях дефицита финансовых ресурсов, не привлекая поначалу дополнительные средства, провести реорганизацию так, чтобы значительно улучшить состояние здоровья населения и повысить удовлетворенность пациентов. Остановимся на наиболее значимых результатах работы, которые в Стратегии обоснованы и подробно представлены.

1. Необходимость создания системы охраны здоровья. Как известно, здоровье народа — это важнейший индивидуальный и общественный ресурс, и потому государство и общество должны быть заинтересованы в увеличении числа здоровых граждан и с позиции экономики, и с социальных позиций. В Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в Европе (2012) речь идет не о развитии учреждений и служб здравоохранения, а об улучшении здоровья через повышение благополучия и улучшение условий жизни. Целью системы охраны здоровья является сохранение и улучшение здоровья населения путем сохранения и

развития условий и факторов, способствующих здоровью, и предупреждения негативного влияния факторов и условий на здоровье граждан. Систематическое наращивание финансирования и укрепление материальной базы здравоохранения в любой стране является социально-экономическим тупиковым направлением. Отсюда вытекает необходимость постепенного усиления системы охраны здоровья, вложения средств в создание необходимых условий для ведения мотивированными и подготовленными гражданами здорового образа жизни. Совершенно очевидно, что функции системы охраны здоровья и организации медицинской помощи должны быть разведены.

- 2. Рациональная для пациентов и экономная для государства организация медицинской помощи, начиная с ПМСП и кончая паллиативной медицинской помощью, предполагает следующие действия:
- акцент на совсем иной и правильно организованной ПМСП (низового уровня системы охраны здоровья и здравоохранения), где должно быть сосредоточено 35% всех расходов, 50% всех врачей и где должны начинать и заканчивать свои проблемы в здоровье 75% пациентов;
 - необходимо достроить запланированные центры высоких технологий;
- восстановить муниципальное здравоохранение, к которому относится ПМСП (социальная и медицинская профилактика, общая врачебная практика, родовспоможение в неосложненных случаях, простейшие диагностические обследования, медикаменты широкого назначения и т. д.) и СМП общего типа;
- воссоздать 4-уровневую систему здравоохранения (муниципальный, межрайонный, субъектный, федеральный) и разработать маршруты движения пациентов;
- определить потребности населения в разных видах медицинской помощи (от ПМСП, СМП, санитарной авиации до паллиативной медицинской помощи);
- восстановить здравоохранение на селе, развивать прогрессивные консультативные формы (выездные бригады, дистанционное консультирование и т. д.);
- развивать частную медицину, не зависимую от государства, но функционирующую по единым стандартам и требованиям;
- значительно улучшить лекарственное обеспечение, при этом лекарства по рецептам врача должны быть бесплатными или льготными.
- 3. Значительное повышение доступности медицинской помощи. Медицинская помощь общего типа, оказываемая подготовленными парамедиками, средними медработниками (медсестрами, акушерками, фельдшерами), врачами общей практики и линейными бригадами СМП должна быть максимальным образом приближенной к населению, а все виды специализированной медицинской помощи могут находиться на последующих уровнях здравоохранения в зависимости от транспортной доступности и потребности населения.
 - 4. Переосмысливание проблем медицинских кадров, включая:
 - рекомендательную систему отбора к медицинским специальностям;
- изменения в додипломном образовании с акцентом на развитии клинического мышления;
 - организацию факультетов общих врачебных практик;
 - предложения по распределению выпускников на законных основаниях;
- восстановление лучших форм последипломного образования, обучение управлению и обеспечению качества медицинской помощи;
 - лицензирование врачей как субъектов права, начиная с врачей общей практики;
- научно обоснованную и достойную оплату труда с учетом сложности, напряженности и ответственности труда.

Иначе говоря, и врачей, и средних медицинских работников нужно готовить поновому с учетом современных представлений и возможностей, а также рационального предшествующего опыта.

5. Обеспечение и управление качеством медицинской помощи, основанные на:

- клинической эпидемиологии и доказательной медицине (клинические рекомендации, медицинские стандарты, локальные клинические протоколы, которые должны быть одинаковыми для медицинских учреждений с разной формой собственности);
 - международных стандартах ИСО;
 - аккредитации медицинских учреждений;
 - оценке, экспертизе, аудите и контроле качества;
 - обучении, главным образом, на последипломном уровне и лицензировании.
- 6. Модель организации медицинской помощи. Существующая модель достаточно сложная, требующая постоянного привлечения дополнительных средств. Анализ показывает, что ни по каким позициям система ОМС не подходит к нашей стране. В качестве примера для подражания можно привести модели Великобритании и Испании с договорными отношениями между органами здравоохранения и медицинскими учреждениями, в которых обозначаются объемы, уровень качества и ожидаемые результаты.
- 7. Финансирование здравоохранения. Программа государственных гарантий может быть сохранена при условии постепенного устранения платных медицинских услуг в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, поскольку бесплатные услуги легко перевести в платные.
- 8. Необходимо выделить обоснованные приоритеты на каждый временной промежуток (по группам населения, по территориям, по факторам и условиям здоровья, по видам и уровням медицинской помощи).
- 9. Полноценное развитие профессиональных медицинских организаций партнеров и оппонентов органов управления, которые должны будут осуществлять деятельность по лицензированию и релицензированию деятельности врачей, по внедрению механизмов обеспечения качества медицинской помощи.
- 10. Участие населения в виде гражданского общества в деятельности системы здравоохранения. Это может быть реализовано путем создания наблюдательных и попечительских советов, развития добровольных санитарных дружин, создания школ здоровья и т. д.
- 11. В работе предложена структурно-функциональная схема организации медицинской помощи населению. В основном документе в фокусе внимания находится человек с его желаниями быть здоровым и не болеть, и пациент с его желаниями получить своевременную и качественную медицинскую помощь.

Табак – это не дело! [Текст] // Медицинская газета. – 2014. – 27 авг. (№ 63). – С. 7.

Статья посвящена работе Центра медицинской профилактики Свердловской области, который известен далеко за пределами региона.

Начальник центра Ольга Андриянова рассказала о двух направлениях работы центра - воспитании у молодёжи приверженности к здоровому образу жизни и борьбе с табакокурением.

В регионе к работе по формированию здорового образа жизни активно привлекаются студенты. С ними проводятся тренинги по формированию навыков ответственного поведения за своё здоровье; они привлекаются к участию в массовых акциях. Особенно интересно прошёл областной конкурс «Самый некурящий вуз, самый некурящий колледж», участниками которого стало более 27 тыс. студентов и учащихся из 35 учреждений образования.

Одним из приоритетных направлений является работа по ограничению табакокурения, которая проводится на различных уровнях. На популяционном - поддержкой международной акции «Брось курить и выиграй»; участием в проектах, реализуемых через средства массовой информации; разработкой социальной рекламы и её ротацией на региональных телевизионных каналах и мультимедийных экранах Екатеринбурга.

Кроме того, специалистами Свердловского областного центра медицинской профилактики разработана методика проведения школы для желающих бросить курить.

За время проведения школы с 2005 г. эта образовательная программа для пациентов доказала свою эффективность. Не курят через год после завершения обучения 39,5% её выпускников (при пороговой оценке эффективности работы 30%).

Обучающие семинары «Тактика врача по ведению курящего пациента», «Организация школы для желающих бросить курить» проводится не только для специалистов области, но и в других регионах России.

Образовательная программа в 201С стала финалистом Всероссийского конкурса проектов по здоровому образу «Здоровая Россия» в номинации «Лучший территориальный региональный проект». На сегодняшний день в учреждениях здравоохранения области на бесплатной основе успешно работают 65 школ для желающих бросить курить.

Ярким примером межведомственного взаимодействия является проект «Будущее без табака». Подготовлена группа экспертов (в неё входят представители областных министерств: культуры, общего и профессионального образования, социальной политики, здравоохранения, экономики, физической культуры, спорта и молодёжной политики, агропромышленного комплекса и продовольствия, а также молодёжного правительства Свердловской области, администрации Екатеринбурга, Центра гигиены и эпидемиологии, Главного управления МВД России по Свердловской области и др.).

Ещё один важный проект, координатором которого выступает центр, является «Медицина без табака». Он призван поддержать медицинских работников, желающих бросить курить. Для этого с ними проводит работу специально обученный врач-куратор, также бесплатно предоставляется никотинзаместительный пластырь на 2-недельный курс лечения.

Центры здоровья: достигнутые результаты и перспективы [Текст] / Н. В. Погосова [и др.] // Профилактическая медицина. — 2014. — N_2 4. — С. 16-24.

В статье впервые представлены результаты работы центров здоровья страны за 2009-2012 гг. Результаты обследований в центрах здоровья свидетельствуют о высокой отягощенности факторами риска НИЗ как взрослого, так и детского населения. Доля лиц с факторами риска среди впервые обратившегося в центры здоровья взрослого населения составляла 74,8% в 2010 г., 84,5% – в 2011 г. и 84,9% – в 2012 г. Среди детского населения данные показатели были несколько ниже, однако более половины детей среди впервые обратившихся в центры здоровья имели факторы риска: 55,1% – в 2010 г., 72,4% – в 2011 г. и 71,6% – в 2012 г. Сегодня очевидно, что создание новой профилактической структуры в 2009-2010 гг. было крайне важным шагом в сфере профилактики НИЗ и формирования здорового образа жизни, особенно учитывая тот факт, что в значительном числе субъектов Российской Федерации структура медицинской профилактики, которая должна включать центр(ы) медицинской профилактики и отделения/кабинеты медицинской профилактики, по сути отсутствовала или была представлена не в полной мере.

Доступность медицинских услуг и приоритет профилактических мероприятий в качестве основополагающих принципов здравоохранения были заложены еще на этапе становления отечественной медицины. Однако в последние десятилетия важность профилактики заболеваний, особенно первичной, в системе первичной медико-санитарной помощи хотя и признавалась, но носила больше декларативный характер.

Демографическая ситуация в России характеризовалась высокими показателями смертности, особенно среди населения трудоспособного возраста, и низкими показателями рождаемости. Анализ демографической ситуации свидетельствует, что неблагоприятные показатели во многом обусловлены высокой отягощенностью населения нездоровыми поведенческими привычками и факторами риска неинфекционных заболеваний (НИЗ), такими как курение, чрезмерное потребление алкоголя, низкий уровень физической активности, избыточное потребление насыщенных жиров и недостаточное потребление овощей и фруктов, избыточная масса тела и ожирение, повышенный уровень артериального давления и глюкозы в крови. Существенное значение для здоровья населения страны имеют также психосоциальные факторы риска.

Среди факторов риска НИЗ наибольший вклад в общую смертность в России вносят повышенное артериальное давление (АД), повышенный уровень холестерина в крови и курение. В то же время ведущими причинами общих потерь вследствие нетрудоспособности являются (в порядке убывания) злоупотребление алкоголем, повышенное АД и курение.

Широко известно, что многие россияне придерживаются нездоровых стереотипов поведения, в частности курят и потребляют алкоголь в количествах, представляющих угрозу здоровью. Россия находится на IV месте в мире по распространенности табакокурения среди подростков. Большие риски здоровью населения несет неправильное и несбалансированное питание. В питании россиян выявлены несоответствие между энергетической ценностью рациона и энерготратами, избыточный уровень потребления жиров и недостаточное потребление витаминов, минеральных веществ и биологически активных компонентов пищи. Согласно опросам ВЦИОМ, значительная часть россиян заботятся о своем здоровье скорее пассивно.

Учитывая вышеизложенное в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», была начата федеральная целевая программа «Формирование здорового образа жизни граждан России», направленная на сокращение потребления алкоголя и табака, профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения страны, гражданина. ответственного отношения своему здоровью каждого Приказом Минздравсоцразвития России № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» были созданы принципиально новые подразделения в структуре медицинской профилактики страны - центры здоровья для взрослого населения и центры здоровья для детей.

Функции центров здоровья определены приказом Минздрава России № 597н и включают:

- информирование населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах;
- проведение групповой и индивидуальной пропаганды здорового образа жизни, профилактики возникновения и развития факторов риска различных заболеваний (курение, алкоголь, гиподинамия и др.) и формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих детей и близких;
 - формирование у населения принципов «ответственного родительства»;
- обучение граждан, в том числе детей, гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включающих помощь в отказе от потребления алкоголя и табака;
- обучение граждан эффективным методам профилактики заболеваний с учетом возрастных особенностей;
- динамическое наблюдение за пациентами группы риска развития неинфекционных заболеваний;
- оценка функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей, прогноз стояния здоровья;
- консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха;
- разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, в том числе с учет логических особенностей детского возраста;
- осуществление мониторинга реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни, факторов риска развития заболеваний.
- В 2009-2010 гг. во всех субъектах Российской Федерации были открыты центры здоровья (в общей сложности 502 центра здоровья для взрослых и 193 центра здоровья для детей). Для организации и обеспечения функционирования центров здоровья субъектам предоставлены субсидии из федерального бюджета (на условиях софинансирования).

Правила предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ были определены Правительством Российской Федерации. В целях оптимизации оказания профилактической помощи населению на основе разработки и внедрения научно обоснованных методов формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний в ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздравсоцразвития России в 2011 г. был создан Федеральный (координационно-методический) центр здоровья.

Сегодня очевидно, что создание новой профилактической структуры в 2009-2010 гг. было крайне важным шагом, особенно учитывая тот факт, что в значительном числе субъектов РФ структура медицинской профилактики, которая должна включать центр(ы) медицинской профилактики и отделения/кабинеты медицинской профилактики, по сути отсутствовала или была представлена не в полной мере (т. е. отсутствовали, например, центр медицинской профилактики и отделения медицинской профилактики, а кабинеты медицинской профилактики в части учреждений первичной медико-санитарной помощи работали, а в части учреждений были закрыты). В этих субъектах РФ центры здоровья стали единственными функционирующими структурами системы медицинской профилактики в период 2009-2013 гг.

Наибольшие проблемы, связанные с должным функционированием центров здоровья, были обусловлены отсутствием предварительной подготовки кадров для центров здоровья. В результате в центры здоровья пришли врачи, в части случаев прошедшие циклы последипломного образования по направлению формирования здорового образа жизни.

Методологические подходы работы центров здоровья в общих чертах были определены приказом Минздрава России № 597н. Основной акцент при открытии центров здоровья делали на скрининг населения, на предмет наличия нездоровых поведенческих привычек и факторов риска НИЗ, а также оценку функциональных резервов здоровья.

Результаты 2-летней работы неизменно демонстрировали высокую отягощенность факторами риска НИЗ не только взрослого населения, но и детей, обследованных в центрах здоровья по всей стране.

Поскольку добиться изменения сложившихся годами стереотипов поведения людей при однократном посещении центра здоровья невозможно, в ходе состоявшегося 2-13 февраля 2013 г. видеоселекторного совещания Минздрава России со всеми субъектами страны была подчеркнута важность повторных посещений гражданами центров здоровья с целью коррекции фактов риска. Обозначенные методологические подходы подробно изложены в Методических рекомендациях «Оказание медицинской помощи взрослому населению в центрах здоровья», утвержденные в 2012 г. Минздравсоцразвития России и главными специалистами по профилям оказания помощи в центрах здоровья.

По результатам исследований формируется «Карта здорового образа жизни» человека с персональными рекомендациями по оздоровительной программе с учетом индивидуальных особенностей и состояния здоровья на момент обследования. Вся информация сохраняется в базе данных центра здоровья в электронном виде, что позволяет в дальнейшем оценивать ее динамику у гражданина при его последующих обращениях.

Врач центра здоровья проводит индивидуальную беседу с пациентом, дает рекомендации по оздоровлению образа жизни, включая вопросы питания, физической активности, отказа от вредных поведенческих стереотипов.

Помимо индивидуального, в центрах здоровья проводится групповое профилактическое консультирование — школы здоровья. Среди них — школы по здоровому питанию, по отказу от курения, профилактике артериальной гипертензии, снижению массы тела и другие.

Опыт многих стран свидетельствует, что профилактические меры тем эффективнее и экономически целесообразнее, чем в более раннем возрасте они начаты. Необходимо как можно в более раннем возрасте сформировать парадигму здорового образа жизни. Создание и функционирование центров здоровья для детей — важный шаг по направлению к решению данной залачи.

Ляхович, А. В. Взаимодействие детской поликлиники и общеобразовательной школы по формированию здоровья и профилактике заболеваний детей [Текст] / А. В. Ляхович // Заместитель главного врача. — 2014. — N_2 8. — С. 33-37.

В статье представлена организационно-профилактическая модель концепции взаимодействия детской поликлиники с центром здоровья и общеобразовательной школой. В последние десятилетия в стране наблюдается тенденция снижения уровня здоровья подрастающего поколения. Это определяет необходимость создания и реализации программ, направленных на преодоление факторов риска для здоровья школьников. Сотрудниками НИИ общественного здоровья и управления здравоохранения ГБОУ ВПО Первого МГМУ им. И. М. Сеченова разработан инновационный подход по взаимодействию детской поликлиники с центром здоровья и общеобразовательной школой.

Уровень здоровья школьников за период обучения ухудшается в 4-5 раз, оканчивают школу практически здоровыми не более 2,0-4,0% учащихся. Сохраняется устойчивый рост патологических состояний со сторон костно-мышечной системы у детей и подростков.

В последние два года в стране наблюдался всплеск «аптечной» наркомании среди подростков. Систематическое употребление этого наркотика зафиксировано уже в 73 регионах страны.

Такая ситуация во многом объясняется недостаточным гигиеническим воспитанием и обучением молодежи в системе образовательных учреждений. В этой связи необходимы продуманная профилактическая работа в образовательных учреждениях с привлечением врачей, психологов и социологов, совершенствование деятельности детских поликлиник по данному направлению здравоохранения и взаимодействие медицинского персонала с педагогическими коллективами, реализующими свои функции по охране здоровья учащихся и формированию здорового образа жизни (далее – 30Ж).

Данным требованиям соответствует комплексная программа «Здоровье в общеобразовательной школе», успешно реализованная в ряде школ г. Москвы в течение 2002-2011 гг. Ряд исследований, проведенных в рамках данной программы, требовали регулярных медицинских осмотров детей, которые выполнялись силами научных сотрудников НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ГБОУ ВПО Первого МГМУ им. И. М. Сеченова и врачами прикрепленных поликлиник в рамках диспансеризации детского населения.

Наиболее результативным стало исследование по профилактике на нарушения и заболевания костно-мышечной системы у детей и подростков, которое было подкреплено собственными данными регулярных многоэтапных осмотров учащихся начальной, средней и старшей школы. Комплексный подход с использованием обучающего модуля «Профилактика и коррекция нарушений и заболеваний опорно-двигательного аппарата учащихся в образовательных учреждениях» позволил впервые достоверно снизить распространенность патологических состояний опорно-двигательного аппарата по 7 из 14 показателей и избыточной массы тела.

Приказ Минздравсоцразвития России от 09.08.2009 № 5 «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребление алкоголя и табака» обусловило необходимость выхода на новый масштабный уровень научной деятельности по формированию здоровья детей в условиях взаимодействия школы и детской поликлиники.

В настоящее время в связи с реформированием поликлиник и организацией центров здоровья коллектив лаборатории приступил к выполнению многопланового научного исследования на территории Северо-Восточного административного округа г. Москвы, целью которого является совершенствование методологии формирования здоровья подрастающего поколения в условиях общеобразовательной школы и детской поликлиники с центром здоровья. Экспериментальной базой являются детская городская поликлиника № 125 департамента здравоохранения г. Москвы и общеобразовательная школа № 1370.

Впервые в стране разработана концепция взаимодействия коллектива образовательного учреждения и детской поликлиники с центром здоровья по формированию здоровья детей. Основу концепции составляют подсистемы: образовательно-психологовоспитательная, медико-профилактическая и научная.

Цель концепции – формирование ЗОЖ, сохранение и укрепление здоровья, профилактика и снижение заболеваемости детей и подростков.

Модель представлена блоками, показывающими все возможности организационной, координационной, медико-профилактической, научной деятельности детских поликлиник и образовательных учреждений. В концепции обозначены цель, задачи, пути решения, обеспечение, критерии эффективности и ожидаемые результаты.

Организационно-профилактическая деятельность поликлиники осуществляется в соответствии с договором о научном сотрудничестве с НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ГБОУ ВПО Первого МГМУ им. И. М. Сеченова. Координацию взаимодействия осуществляют руководители учреждений.

Научные направления деятельности центров здоровья поликлиники реализуются при участии ученых Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и включают:

- анкетирование врачей, учителей, родителей с целью изучения их информированности по вопросам ЗОЖ, отношения к собственному здоровью, употреблению психоактивных веществ и потребности в медико-гигиенической информации;
 - анализ результатов тестирования здоровья детей.

В структуре модели для общеобразовательных школ предусмотрено:

- обучение школьников ЗОЖ, с основами медицинских знаний, по авторской программе в рамках предмета «Основы безопасности жизнедеятельности» (учителя школы, по отдельным темам ученые);
- организация циклов занятий для учителей и родителей по совершенствованию знаний по проблемам ЗОЖ и профилактики заболеваний учащихся (ученые и специалисты);
- организация семинаров для учителей по методологии обучения школьников ЗОЖ и профилактике заболеваний (ученые и специалисты).

Предусмотрено обеспечение проекта научными, методическими и научно-популярными материалами:

- программа профилактики функциональных нарушений и заболеваний костномышечной системы у детей;
- учебные пособия (для врачей и учителей): «Здоровый образ жизни альтернатива наркомании», «Профилактика пьянства, наркомании, курения, СПИД», «Профилактика и коррекция нарушений и заболеваний костно-мышечной системы у детей и подростков (методология, организация, технологии)», «Профилактика ВИЧ/СПИД и других инфекций, передающихся половым путем»;
- обучающая компьютерная программа с тестированием знаний для подростков и молодежи по профилактике наркомании; компьютерная программа для врачей школы и поликлиники информационная система «Выявление, коррекция и профилактика нарушений опорно-двигательного аппарата учащихся образовательных учреждений» (свидетельство о государственной регистрации программ для ЭВМ № 2008610135, Федеральная служба по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам);
- брошюра «Это надо знать о ВИЧ/СПИД и других инфекциях, передающихся половым путем».

Ожидаемые результаты организационно-профилактической модели концепции включают: повышение уровня знаний по вопросам ЗОЖ и профилактики заболеваний; формирование в педагогическом коллективе ценностно-смыслового единства по отношению к проблеме обучения здоровья школьников; формирование мотивации медицинского персонала, направленной на улучшение качества диспансеризации детей; тенденция стабилизации и снижения заболеваемости.

Обучение ЗОЖ подрастающего поколения является актуальнейшей проблемой, ее решение позволяет нивелировать факторы риска и содействовать сохранению и укреплению здоровья учащихся.

Таким образом, формирование «глобальной профилактической среды» - в условиях школы, детской поликлиники, семьи, социальной и природной среды как базисный принцип сохранения и укрепления здоровья, напрямую определяет позитивную динамику показателей здоровья подрастающего поколения.

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://medlan.samara.ru — баннер «Заявка в библиотеку»), по электронному адресу sonmb@inbox.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://medlan.samara.ru – раздел «Услуги»).

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

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

Режим работы:

С 1 сентября по 31 мая:

ежедневно, кроме субботы и воскресенья, – с 09.00 до 18.00; суббота – с 09.00 до 16.00; воскресенье – выходной день.

С 1 июня по 31 августа:

ежедневно, кроме субботы и воскресенья, – с 09.00 до 18.00; суббота и воскресенье – выходные дни.

1-й вторник второго месяца каждого квартала – санитарный день.

2 (846) 979-87-91 — справочно-библиографический отдел

2 (846) 979-87-90 – отдел обслуживания читателей

Тел./факс: (846) 372-39-38 — отдел комплектования и библиотечной обработки

Обособленное подразделение областной научной медицинской библиотеки МИАЦ

(в здании ГБУЗ СО «Чапаевская центральная городская больница») **Адрес:** 446100, г.о. Чапаевск, ул. Медицинская, д. За

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00 Суббота, воскресенье - выходные дни

1 (84639) 2-49-26

■ biblchap@yandex.ru

Сайт: http://medlan.samara.ru