

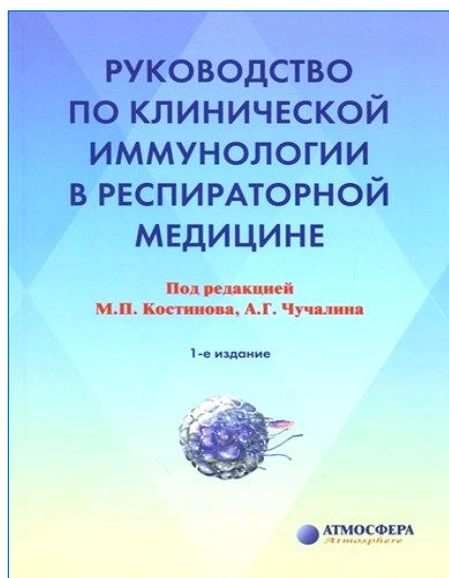


# Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

## Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№10 (октябрь), 2021



САМАРА

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....</b>	<b>3</b>
<b>МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ .....</b>	<b>18</b>
<b>ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....</b>	<b>24</b>

## УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

*Григ, Р. Социально ответственное дело : [пациенториентированность должна быть взаимной] // Медицинская газета. – 2021. – 13 окт. (№40). – С. 6.*

Содействовать доступности инноваций для пациентов – это цель, с которой создавался форум пациенториентированных инноваций. В сентябре этого года он прошёл во второй раз. Участники говорили о том, что в системе здравоохранения идёт резкое ускорение инновационных процессов, и пандемия стала драйвером качественных изменений. Причём само понятие «пациенториентированные инновации» толкуется гораздо шире, чем просто новые лекарственные препараты и медицинские технологии. Как сказал на открытии сопредседатель Всероссийского союза пациентов Юрий Жулёв, это новые подходы в здравоохранении, в том числе в коммуникациях пациента и врача.

*Борьба продолжается.*

Министр здравоохранения Михаил Мурашко в своём обращении к участникам форума сказал, что «вопрос коммуникации и отклика от пациентов является ключевым»: «Именно общественный договор – доверие между медициной и всем населением РФ – является на сегодняшний день самой главной задачей». Он отметил, что министерство готово переходить к персонализированной медицине, и уже частично использует её элементы, но пациенториентированность должна быть взаимной, в том числе необходима приверженность к лечению. Это относится как к туберкулёзу, так и другим инфекционным и неинфекционным заболеваниям. «Именно двусторонняя коммуникация, при которой пациент вовлечён в процесс сохранения своего здоровья, соблюдает рекомендации врача, позволяет в полной мере использовать огромный объём медицинских технологий и не доводить до состояний, когда уже требуется высокотехнологичная медицинская помощь», – сказал министр.

М. Мурашко сообщил также, что из-за коронавируса приходится менять объёмы медицинской помощи, приоритеты и направления финансовых потоков. За семь месяцев на лечение COVID-19 в стационарах по системе ОМС уже потратили 300 млрд руб. А в целом консолидированные расходы на борьбу с коронавирусом в России, по предварительным оценкам, составят в 2021 г. примерно 1 трлн руб.

*Трудности погружения.*

Успешность внедрения инноваций и их доступность во многом зависят от развития законодательной базы. Но в нормативной базе пока даже не закреплены понятия «инновационные лекарственные препараты», «инновационные медицинские технологии», отметил член Комитета по социальной политике Совета Федерации Владимир Круглый.

Он также поднял вопрос доступности инновационного лечения орфанных заболеваний для людей, которым исполнилось 18 лет. Сенатор отметил, что фонд «Круг добра», созданный государством для поддержки детей с тяжёлыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими заболеваниями, финансирует лекарственные препараты только детям. «А что будет после? Эта проблема очень остро стоит, она требует как можно более быстрого решения», – указал он.

К сожалению, по-прежнему большой вопрос – погружение инновационных препаратов в систему здравоохранения, заметил Юрий Жулёв. По его словам, программа высокотратных нозологий в этом году столкнулась с серьёзными сложностями: «В связи с дороговизной инновационных препаратов мы видим юридические, организационные, финансовые проблемы, с которыми она сталкивается. Ведётся большая работа по совершенствованию постановления Правительства РФ № 871, которое как раз регулирует механизм формирования перечней, и мы активно продвигаем идею «дорожной карты» в соответствующей рабочей группе», – сказал эксперт.

Директор Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России Елена Астапенко сообщила, что идёт приём заявок регионов для закупок в рамках программы «14 ВЗН». И отметила, что за время работы программа показала себя с лучшей стороны: «Положительный эффект налицо – повышается доступность современной терапии, увеличивается продолжительность и качество жизни

пациентов». Она рассказала также, что будут трансформированы подходы к оценке лекарственных препаратов при включении в перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и высокочатратных нозологий, основными критериями станут эффективность лекарственной терапии и клиническое применение препаратов. Особое внимание уделяется долгосрочным контрактам, которые рассматриваются, как механизм пациенториентированности. «Мы видим приверженность лечению. Пациенту на 2-3-летний срок можно не беспокоиться о риске прекращения лекарственной терапии», – сказала Е. Астапенко. Долгосрочные контракты хороши ещё тем, что позволяют уменьшать финансовые затраты, экономить средства, а это даёт возможность обеспечить лекарствами большее количество пациентов.

*База испытаний не для нас.*

Производители дорогих орфанных лекарств в принципе не заинтересованы выходить в РФ и предпочитают оставаться в юрисдикции своих стран, считает заместитель руководителя Федеральной антимонопольной службы РФ Тимофей Нижегородцев. Они не хотят не только включаться в перечни, но и встраиваться в периметр странового регулирования – такая тенденция прослеживается вполне чётко. «Забываясь о доступности инновационных лекарственных препаратов, в частности орфанных, мы открыли наши границы незарегистрированным лекарственным препаратам. По сути дела, это препараты, по которым мы не имеем нормативную документацию, не можем собирать статистику по побочным нежелательным эффектам.

Всё это находится за пределами страны, данные не обобщаются, не подвергаются критическому анализу регуляторными органами», – отметил он.

По его мнению, это происходит из-за издержек, и с учётом узости контингента производители предпочитают получать доступ к этому самому контингенту через медицинских работников, профессиональные и пациентские сообщества: «У них нет никаких мотивов, чтобы попадать в ситуацию дополнительного контроля за эффективностью, безопасностью, качеством их лекарственных препаратов. Проще организовать выездной семинар, где рассказать о преимуществах этого лекарственного препарата. И дальше они донесут всю необходимую информацию, и пациенты через суды получают этот лекарственный препарат».

Приход дорогостоящих технологий ставит российское здравоохранение в положение выбора, высказал своё мнение и генеральный директор Центра экспертизы и контроля качества медицинской помощи Виталий Омеляновский. К сожалению, ситуация неизбежно будет только усугубляться с точки зрения прихода препаратов и технологий с низкой доказанностью и высокой ценой, убеждён он.

Прорывным решением считается создание фонда «Круг добра», однако В. Омеляновский высказал опасение, что «через фонд может пойти большое количество препаратов, которые не зарегистрированы в стране, и есть риск, что через этот механизм попытаются превратить Россию в базу проведения клинических исследований». Эксперт призвал принять меры против этого: «Мы должны научиться быстро реагировать на приход таких инноваций, проводить экспертизу, быстро менять регуляторику».

*И образование тоже.*

Пациенты считают, что существующая система образования студентов в медицине является опасной и для самой системы здравоохранения, и для пациента. «Нам кажется, что Минздрав России должен взять на себя полностью все вопросы, связанные с обучением врачей», – сказал сопредседатель Всероссийского союза пациентов Ян Власов.

По его мнению, на сегодняшний день Минобр не способен сформировать такой образовательный протокол, который бы соответствовал профессиональной логике, применению этих знаний в жизни. «Выходящие из стен университетов специалисты на сегодняшний день совершенно не готовы к работе с пациентом. И ещё меньше готовы к работе с инновациями», – высказался эксперт.

*Сохранить документы несложно.*

Раньше пациенты, переходя от врача к врачу, из клиники в клинику, носили с собой диски и выписки о результатах обследований. Вскоре появится возможность хранить свои медицинские документы на портале госуслуг в личном кабинете и предоставлять врачам к ним доступ. Об этом рассказал директор Департамента цифрового развития и информационных тех-

нологий Минздрава России Вадим Ваньков. При этом доступ к своим документам сможет открывать только сам пациент. К тому же всегда можно будет отследить, какой специалист и из какого лечебного учреждения их посмотрел. Система будет вести учёт посещений и хранить их историю.

Вопросы реформирования отечественного здравоохранения не сходят с актуальной повестки дня и первоочередной задачей государства, по примеру развитых стран, должно являться построение единой системы здравоохранения (независимо от формы собственности медицинской организации), которая будет определяться наличием производителей медицинских услуг и покупателей – органов исполнительной власти РФ, действующих в интересах граждан РФ. Расширение сферы взаимодействия государства и медицинского бизнеса названо в качестве основного приоритета развития рынка медицинских услуг в Российской Федерации.

Кризисная ситуация в экономике и санкции иностранных государств в отношении нашей страны негативно влияют на состояние социальной сферы в целом и здравоохранения в частности. Принимаемые государством меры по поддержке государственной системы российского здравоохранения не дают должных результатов в связи с недостойностью финансирования, неблагоприятной демографической ситуацией, низкой эффективностью использования ресурсной базы и другими неблагоприятными медико-экономическими факторами. Реформа здравоохранения, основанная на принципах доказательной медицины, цифрового здравоохранения, высоких медицинских технологий направлена, в первую очередь, на повышение качества медицинских услуг, доступности высококвалифицированной медицинской помощи для всех слоев населения.

На сегодняшний день, к большому сожалению, государственный сектор здравоохранения не в состоянии в полной мере удовлетворить потребности общества в квалифицированной медицинской помощи по ряду причин, о которых и так говорят очень много. На практике под видом «оптимизации» сокращается госпитальный коечный фонд, укрупняется поликлиническая сеть, сокращаются врачебные кадры специалистов. Итогом всего являются очереди в поликлиниках, запись к врачам-специалистам до 2-3 недель, многодневные очереди на диагностические процедуры – ЭКГ, УЗИ, КТ, МРТ. Ничего подобного в частном медицинском секторе быть не может в принципе. Доступность, качество и своевременность медицинской помощи – основные постулаты ежедневной деятельности частного медицинского учреждения. Без четкого соблюдения этих основополагающих принципов частная клиника просто «прогорит».

Таким образом, в период нарастания кризисных явлений в экономике и социальной сфере, частная медицина может оказать существенную помощь государственной службе здоровья, стать той «палочкой-выручалочкой» для отечественной системы охраны здоровья, которая на сегодняшний день в своем большинстве представлена государственным сектором.

Одним из наиболее действенных механизмов взаимодействия государства и частного бизнеса, принятых во всем мире, является система государственно-частного партнёрства (ГЧП), представляющая собой «совокупность форм долгосрочного взаимодействия государства и бизнеса для решения общественно значимых проблем, на взаимовыгодных условиях».

По нашему мнению, система «государственно-частного партнерства» – это закрепленный контрактом институциональный и организационный альянс между государственным и негосударственным секторами в целях обеспечения производства медицинских услуг, которые традиционно обеспечиваются госсектором. Безусловно, государственно-частное партнёрство подразумевает сотрудничество федеральных органов власти и/или органов власти субъекта РФ и частного партнера в целях реализации приоритетных задач развития здравоохранения посредством распределения выгод, затрат и рисков, осуществляемое на принципах долгосрочности, добровольности, управляемости, юридической обоснованности.

Анализ мировой медицинской практики показывает, что в сфере приоритетных экономических направлений взаимодействия государства и бизнеса в рамках ГЧП, рейтинг системы здравоохранения занимает лишь 18%, существенно уступая таким экономическим сферам, как промышленность – 30%, энергетика – 35%, сфера ЖКХ – 55%, транспортная инфраструктура. Такое распределение особенно характерно для развивающихся стран, включая Россию.

Лидерами в сфере государственно-частного партнерства в здравоохранении являются Великобритания, Канада, Франция, Германия, США. В Великобритании доля проектов, финансируемых на этих принципах, составляет 22%, а всего расходы на здравоохранение составляют 13% ВВП.

В Канаде государственно-частное партнерство участвует в реконструкции медицинских учреждений на всех уровнях, а в Австралии оно активно используется при строительстве больниц. В Индии в рамках государственно-частного партнерства осуществляется мониторинг болезней, фармацевтические закупки и поставки, ведение беременностей с высокой степенью риска, профилактика и лечение ВИЧ. В США треть расходов на здравоохранение направляется в частный сектор, а во Франции в строительство клинического центра «Сюд Франсильен» частный медицинский бизнес вложил более 315 млн. евро.

Недаром на одном из выступлений на Коллегии Минздрава Президент РФ В. В. Путин призвал «самым внимательным образом изучить лучший отечественный и зарубежный опыт государственно-частного партнерства в социальной сфере».

Для выполнения этого призыва есть все предпосылки: в 2015 году был принят Федеральный закон № 224-ФЗ от 13.07.2015 г. «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», который определяет основы правового регулирования отношений, возникающих в связи с подготовкой проекта государственно-частного партнерства.

Оценивая государственную и частную систему здравоохранения, можно провести следующие параллели и сделать соответствующие выводы.

На сегодняшний день можно разделить ГЧП в российском здравоохранении на следующие организационные формы:

- совместная инвестиционная деятельность;
- реконструкция существующих медицинских учреждений с последующей передачей в оперативное управление инвестору на определенный срок;
- создание новых частных медицинских центров и клиник при патронаже и финансовой помощи государства;
- реорганизация действующих государственных медицинских учреждений в акционерные общества с государственным капиталом;
- создание государственно-частного медицинского предприятия/организации с участием частного инвестора;
- привлечение частного капитала для развития инфраструктуры отрасли.

Ряд отечественных авторов предлагают рассматривать форму взаимодействия государства и бизнеса в формате ГЧП для решения следующих задач:

- привлечение в существующие медицинские учреждения дополнительных материальных ресурсов в виде медицинской техники и аппаратуры;
- передача временно свободных мощностей ЛПУ частному юридическому лицу или ИП;
- организация системы платных медицинских услуг в бюджетном учреждении здравоохранения с привлечением частного инвестора;
- предоставление аренды площадей государственного ЛПУ частной медицинской клинике или медцентру.

Вместе с тем, к основным механизмам ГЧП можно отнести также следующие формы взаимодействия: концессия, лизинг, франшиза, аутсорсинг, аффстаффинг, участие частного инвестора в программах государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

Предложим для рассмотрения формы ГЧП в здравоохранении.

*1. Реализация контрактных форм в здравоохранении, в зависимости от того, кто является плательщиком за оказанные медицинские услуги.*

В данном случае речь может идти о концессионном соглашении, представляющем собой форму отношений между государством и частным партнером, особенность которой заключается в том, что государство (или муниципальное образование) в рамках партнерских отношений, оставаясь полноправным собственником медицинской организации, передает частному партнеру выполнение в течение определенного срока оговариваемые в соглашении функции и наделяет его с этой целью соответствующими полномочиями, необходимыми для обеспечения нормального функционирования объекта концессии. За пользование государственной или муниципальной собственностью концессионер вносит плату на условиях, оговоренных в концессионном соглашении. За услуги, предоставляемые концессионером, платит пользователь.

Следует отметить, что в число преимущественных аспектов концессии следует отнести следующие моменты:

- концессионер несет ответственность за реализацию этапов каждого проекта;
- концессионер является прямым инвестором и привлекает как свои собственные финансовые средства, так и средства инвесторов и кредиторов, что в конечном итоге существенно снижает нагрузку на госбюджет;
- распределение ответственности в юридическом плане осуществляется между концессионером и концедентом;
- заключение концессий осуществляется в ускоренном режиме благодаря инициативе частного медицинского бизнеса, а не государства.

Другим вариантом данной формы ГЧП может служить так называемая «Частная финансовая инициатива», при которой контракты по государственным услугам и работам, финансируемые частным сектором, охватывают те же элементы, оплачиваются не потребителями, а государством.

2. *Медицинский аутсорсинг – передача полномочий от государственного учреждения к частному в рамках реализации отдельных медико-диагностических услуг и программ. Например:*

- организация приема «узкими» врачами-специалистами частной клиники прикрепленного контингента госучреждения;
- диагностическая поддержка (без очереди) высокотехнологическими видами, такими, как КТ, МРТ, ЗОУЗИ, доплерография, сцинтиграфия и т.д.;
- сложная лабораторная диагностика;
- проведение периодических профилактических осмотров;
- массовая вакцинация и т.д.

3. *Аренда имущества - предоставление частной медорганизации возможности арендовать неиспользуемое госучреждением медицинское имущество, лизинг медоборудования с возможным выкупом.*

4. *Льготы по аренде муниципальных помещений, в которых располагаются частные медицинские центры и клиники.*

5. *Оплата услуг, предоставляемых частным медицинским учреждением пациентам, застрахованным в системе ОМС. собственно средствами Фонда обязательного медицинского страхования.*

6. *Создание совместных медицинских учреждений с долевым участием частного и государственного капитала, их совместная эксплуатация.*

В ряде случаев возможен вариант, когда частный медицинский бизнес инвестирует в государственную медицинскую клинику в размере 100%, а затем получает это учреждение в доверительное управление сроком на 49 лет или получает вложенные средства с учетом процентов.

7. *Предоставление возможности частному медицинскому бизнесу полной или частичной приватизации объектов государственной медицинской собственности.*

8. *Аренда медицинского персонала (медицинский аутстаффинг) – предоставление возможности частному медучреждению «сдавать в аренду» госучреждению своих высококлассных специалистов на время проведения различных организационно-профилакти-*

ческих мероприятий (например - во время эпидемии или при проведении массовых профосмотров и т.д.).

9. Создание сети «медицинских офисов» – системы частных лечебно-профилактических учреждений, действующих по принципу «семейного врача» и являющихся своего рода диспетчерами, т.е. контролирующими и направляющими потоки пациентов в другие медицинские учреждения.

Финансовое взаимодействие между государством и частным медицинским бизнесом может быть реализовано в следующих формах:

- привлечение частного капитала для решения социально-значимых задач с возмещением части вложенных денег на основе отсроченных и частичных платежей (характерно для контрактной формы государственно-частного партнерства);
- предоставление грантов частному медицинскому бизнесу для реализации собственных социально-значимых проектов в здравоохранении;
- добровольные взносы бизнеса в виде благотворительных взносов в государственные медицинские организации (как социальная ответственность бизнеса);
- прямое инвестирование государства в частную медицинскую организацию с получением доли в уставном капитале.

Кроме того, следует отметить еще одну важную составляющую взаимодействия медицинского бизнеса и государства в рамках системы обязательного медицинского страхования. Подключение частных медицинских учреждений к реализации территориальных программ ОМС явилось бы значительным подспорьем для государственных служб здравоохранения в вопросах оказания качественной и доступной квалифицированной медицинской помощи. Такая практика уже применяется примерно с 2012 года, когда частным ЛПУ разрешили входить в систему ОМС в процессе поэтапной ее реформации. Интеграция частного бизнеса в ОМС является одним из факторов успешности формата ГЧП.

По заявлению Министерства здравоохранения РФ, «... на снижение государственных расходов по поддержанию основных фондов здравоохранения влияет формирование открытой конкурентной среды на основе единых требований к качеству и доступности медицинской помощи в рамках участия в программе государственных гарантий медицинских организаций разной формы собственности. Для дальнейшего активного развития государственно-частного партнерства целесообразно рассмотрение вопроса о включении инвестиционного компонента в тариф ОМС, что сделает это участие более привлекательным и экономически обоснованным».

Государственно-частное партнёрство является, по сути, уникальным инструментом в решении задач социально-экономического порядка, способствующим системному повышению качества медицинского обслуживания, доступности для граждан высокотехнологичных методов диагностики и лечения. Совместные бизнес-проекты государства и частной медицины приведут к изменению ресурсно-материальной базы здравоохранения в сторону улучшения ее оснащённости самыми современными приборами и оборудованием, а также изменят кадровый ландшафт российской службы здоровья. По данным мирового опыта, затраты на общественные проекты в условиях ГЧП как правило на 10-15 ниже, чем финансирование только из одного государственного бюджетного источника. ГЧП всегда взаимовыгодно, как для частной организации, так и для государственной структуры.

Коммерческая организации в данном случае получает выход на рынок и доход, который гарантирован государством, а государство, в свою очередь экономит бюджетные средства и получает доступ к интеллектуальным ресурсам и новым технологиям, в которые частный бизнес активно инвестирует.

Одним из недостатков системы ГЧП является тот факт, что государство не распоряжается объектами совместной собственности полностью, при этом при смене экономических векторов развития государства частные компании также попадают в зону риска. Одним из значимых факторов риска для частной компании является потеря репутации по тем или иным причинам. По литературным данным, именно боязнь репутационных рисков препятствует широким инвестиционным вливаниям в систему ГЧП.



Однако, кризисные явления в здравоохранении, особенно в условиях пандемии коронавирусной инфекции COVID-19, замедлились и приняли характер экспоненциального роста: так, перепрофилированы десятки клиник с объемом коечного фонда более 12 тысяч коек, МО РФ ввело в строй 16 новых госпиталей для больных COVID-19.

Следует отметить, что на меры противодействия коронавирусной инфекции в РФ выделено средств в размере 4-5% от ВВП, при этом в западных странах такой же показатель равен 7-9% от ВВП. По данным расчетной палаты, прирост ВВП в России составит в 2021 году 2,2%, в 2022 году – 2,2%, в 2023 году – 2,7%, в 2023 году – 2,5%.

Меры спасения экономики, принятые в России в связи с пандемией, составили в 2020 году 406,6 млрд. рублей или 2,7% ВВП.

В период пандемии отмечался рост незапланированных расходов, для выполнения проектных работ требовались дополнительные средства и инвестиции, увеличивались сроки согласования между субъектами экономических отношений, особенно в сфере государственных закупок. Следует отметить, что до пандемии система ГЧП использовалась в качестве надежного способа для привлечения государством частного капитала для создания или реконструкции крупных капиталоемких объектов. В этой связи, государственно-частное партнёрство являлось тем инструментом, который реально помогал государству выйти из сложившейся экономической ситуации, вызванной пандемией с наименьшими потерями.

Несмотря на сложную экономическую обстановку, согласно данным Минэкономразвития РФ, в 2020 г. в РФ зарегистрировано свыше 3 тысяч различных проектов в сфере ГЧП на общую сумму более 1,7 трлн. рублей. Самыми распространенными схемами ГЧП были концессии, офсетные контракты, контракты жизненного цикла, аренда объекта с инвестиционными обязательствами, соглашения в рамках корпоративного партнерства и контракты со специальным инвестиционным режимом.

Таким образом, государственно-частное партнерство в нашей стране занимает примерно 1,6% ВВП, при этом доля ГЧП в экономике страны имеет устойчивую тенденцию к росту. Хотя, по данным ряда авторов, успокаиваться в этом плане пока рано, поскольку в других странах этот показатель значительно выше: так, в Канаде он составляет 8,1% ВВП, в Англии – 6,5% ВВП.

Кстати в Москве, несмотря на пандемию, утвержден план инвестиционной стратегии до 2025 года, в самый сложный год пандемии – 2020, в рамках государственно-частного партнерства было заключено 250 контрактов на сумму, превышающую один триллион рублей!

Однако пандемия, безусловно, внесла свои коррективы в экономические отношения и рынок государственно-частного партнерства. Отмечалась «инвестиционная пауза» на рынке, падал потребительский спрос, отмечался рост цен на импортные товары из-за нестабильного курса валют, повышались капитальные затраты на объектах ГЧП. По данным Национального центра ГЧП, в сфере здравоохранения и санаторно-курортных услуг пострадали 28 проектов, при этом снижение выручки отмечалось в пределах от 10 до 90%.

Но отчаиваться не стоит. По нашему мнению, именно пандемия послужила мощным катализатором для развития современных технологий, особенно в области цифровой медицины. Так, искусственный интеллект обеспечивает качественную диагностику рентгеновских снимков. Компания Promobot разработала систему опроса пациентов с блоком первичной диагностики, а фирма «К-Скай» создала технологического робота, анализирующего электронные медицинские карты.

Важным компонентом развития цифровых медицинских технологий является телемедицина. В условиях карантина именно телемедицинские сервисы позволяют обеспечить постоянный контакт пациента с лечащим врачом. Так, например, телемедицинский сервис Doc+, слившийся в 2020 году с компанией «Доктор рядом», позволяет оказывать различные услуги – от телемедицинских консультаций до вызова врача на дом и покупки лекарств в аптечной сети.

В пандемический период одним из методов противодействия распространению коронавирусной инфекции является социальное дистанцирование. В этой связи, в рамках государственно-частного партнерства, ряд высокотехнологичных компаний России приступил к реализации проектов, связанных с облегчением бремени социального дистанцирования. Государственная корпорация «Ростех» и холдинг «Швабе», входящий в нее, приступили к выпуску специальных тепловизоров с функциями распознавания лиц, а холдинг

«Росэлектроника», также входящий в корпорацию «Ростех», внедрил в 8 регионах РФ специальный сервис для телемедицинских консультаций, обеспечивающий до 400 удаленных врачебных консультаций в день.

Подобные форматы невозможны без использования механизмов ГЧП. На сегодняшний день, инструментарий государственно-частного партнерства в медицине и здравоохранении необходим как никогда. Совмещение частного инвестиционного капитала с бюджетным финансированием сможет придать новый импульс медицинским инфраструктурным проектам, заложить долговременную основу для развития высокотехнологичной медицины, открыть доступ частным клиникам к ресурсам государственного здравоохранения. Мы считаем, что в условиях санкционного давления и кризисных явлений в экономике использование механизмов ГЧП становится актуальным и прибыльным. Недаром проектом долгосрочной программы стратегии развития здравоохранения до 2030 года предусмотрен комплекс мер, направленных на привлечение внебюджетных источников для финансирования здравоохранения, а частный бизнес, при сохранении социальных обязательств государства перед гражданами, получит новые источники самоокупаемости и прибыли.

\*\*\*

*Муслимов, М. И. Теоретические подходы к обеспечению эффективного взаимодействия государственных и негосударственных медицинских учреждений в формате государственно-частного партнерства // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 8. – С. 12-20.*

Вопросы реформирования отечественного здравоохранения не сходят с актуальной повестки дня и первоочередной задачей государства, по примеру развитых стран, должно являться построение единой системы здравоохранения (независимо от формы собственности медицинской организации), которая будет определяться наличием производителей медицинских услуг и покупателей – органов исполнительной власти РФ, действующих в интересах граждан РФ. Расширение сферы взаимодействия государства и медицинского бизнеса названо в качестве основного приоритета развития рынка медицинских услуг в Российской Федерации.

Кризисная ситуация в экономике и санкции иностранных государств в отношении нашей страны негативно влияют на состояние социальной сферы в целом и здравоохранения в частности. Принимаемые государством меры по поддержке государственной системы российского здравоохранения не дают должных результатов в связи с недостойностью финансирования, неблагоприятной демографической ситуацией, низкой эффективностью использования ресурсной базы и другими неблагоприятными медико-экономическими факторами. Реформа здравоохранения, основанная на принципах доказательной медицины, цифрового здравоохранения, высоких медицинских технологий направлена, в первую очередь, на повышение качества медицинских услуг, доступности высококвалифицированной медицинской помощи для всех слоев населения.

На сегодняшний день, к большому сожалению, государственный сектор здравоохранения не в состоянии в полной мере удовлетворить потребности общества в квалифицированной медицинской помощи по ряду причин, о которых и так говорят очень много. На практике под видом «оптимизации» сокращается госпитальный коечный фонд, укрупняется поликлиническая сеть, сокращаются врачебные кадры специалистов. Итогом всего являются очереди в поликлиниках, запись к врачам-специалистам до 2-3 недель, многодневные очереди на диагностические процедуры – ЭКГ, УЗИ, КТ, МРТ. Ничего подобного в частном медицинском секторе быть не может в принципе. Доступность, качество и своевременность медицинской помощи – основные постулаты ежедневной деятельности частного медицинского учреждения. Без четкого соблюдения этих основополагающих принципов частная клиника просто «прогорит».

Таким образом, в период нарастания кризисных явлений в экономике и социальной сфере, частная медицина может оказать существенную помощь государственной службе здоровья, стать той «палочкой-выручалочкой» для отечественной системы охраны здоровья, которая на сегодняшний день в своем большинстве представлена государственным сектором.

Одним из наиболее действенных механизмов взаимодействия государства и частного бизнеса, принятых во всем мире, является система государственно-частного партнёрства (ГЧП), представляющая собой «совокупность форм долгосрочного взаимодействия государства и бизнеса для решения общественно значимых проблем, на взаимовыгодных условиях».

По нашему мнению, система «государственно-частного партнерства» – это закреплённый контрактом институциональный и организационный альянс между государственным и негосударственным секторами в целях обеспечения производства медицинских услуг, которые традиционно обеспечиваются госсектором. Безусловно, государственно-частное партнёрство подразумевает сотрудничество федеральных органов власти и/или органов власти субъекта РФ и частного партнера в целях реализации приоритетных задач развития здравоохранения посредством распределения выгод, затрат и рисков, осуществляемое на принципах долгосрочности, добровольности, управляемости, юридической обоснованности.

Анализ мировой медицинской практики показывает, что в сфере приоритетных экономических направлений взаимодействия государства и бизнеса в рамках ГЧП, рейтинг системы здравоохранение занимает лишь 18%, существенно уступая таким экономическим сферам, как промышленность – 30%, энергетика – 35%, сфера ЖКХ – 55%, транспортная инфраструктура. Такое распределение особенно характерно для развивающихся стран, включая Россию.

Лидерами в сфере государственно-частного партнерства в здравоохранении являются Великобритания, Канада, Франция, Германия, США. В Великобритании доля проектов, финансируемых на этих принципах, составляет 22%, а всего расходы на здравоохранение составляют 13% ВВП.

В Канаде государственно-частное партнерство участвует в реконструкции медицинских учреждений на всех уровнях, а в Австралии оно активно используется при строительстве больниц. В Индии в рамках государственно-частного партнерства осуществляется мониторинг болезней, фармацевтические закупки и поставки, ведение беременностей с высокой степенью риска, профилактика и лечение ВИЧ. В США треть расходов на здравоохранение направляется в частный сектор, а во Франции в строительство клинического центра «Сюд Франсильен» частный медицинский бизнес вложил более 315 млн. евро.

Недаром на одном из выступлений на Коллегии Минздрава Президент РФ В. В. Путин призвал «самым внимательным образом изучить лучший отечественный и зарубежный опыт государственно-частного партнерства в социальной сфере».

Для выполнения этого призыва есть все предпосылки: в 2015 году был принят Федеральный закон № 224-ФЗ от 13.07.2015 г. «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», который определяет основы правового регулирования отношений, возникающих в связи с подготовкой проекта государственно-частного партнерства.

Оценивая государственную и частную систему здравоохранения, можно провести следующие параллели и сделать соответствующие выводы.

На сегодняшний день можно разделить ГЧП в российском здравоохранении на следующие организационные формы:

- совместная инвестиционная деятельность;
- реконструкция существующих медицинских учреждений с последующей передачей в оперативное управление инвестору на определенный срок;
- создание новых частных медицинских центров и клиник при патронаже и финансовой помощи государства;
- реорганизация действующих государственных медицинских учреждений в акционерные общества с государственным капиталом;
- создание государственно-частного медицинского предприятия/организации с участием частного инвестора;
- привлечение частного капитала для развития инфраструктуры отрасли.

Ряд отечественных авторов предлагают рассматривать форму взаимодействия государства и бизнеса в формате ГЧП для решения следующих задач:

- привлечение в существующие медицинские учреждения дополнительных материальных ресурсов в виде медицинской техники и аппаратуры;
- передача временно свободных мощностей ЛПУ частному юридическому лицу или ИП;
- организация системы платных медицинских услуг в бюджетном учреждении здравоохранения с привлечением частного инвестора;
- предоставление аренды площадей государственного ЛПУ частной медицинской клинике или медцентру.

Вместе с тем, к основным механизмам ГЧП можно отнести также следующие формы взаимодействия: концессия, лизинг, франшиза, аутсорсинг, аффстаффинг, участие частного инвестора в программах государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

Предложим для рассмотрения формы ГЧП в здравоохранении.

*1. Реализация контрактных форм в здравоохранении, в зависимости от того, кто является плательщиком за оказанные медицинские услуги.*

В данном случае речь может идти о концессионном соглашении, представляющем собой форму отношений между государством и частным партнером, особенность которой заключается в том, что государство (или муниципальное образование) в рамках партнерских отношений, оставаясь полноправным собственником медицинской организации, передает частному партнеру выполнение в течение определенного срока оговариваемые в соглашении функции и наделяет его с этой целью соответствующими полномочиями, необходимыми для обеспечения нормального функционирования объекта концессии. За пользование государственной или муниципальной собственностью концессионер вносит плату на условиях, оговоренных в концессионном соглашении. За услуги, предоставляемые концессионером, платит пользователь.

Следует отметить, что в число преимущественных аспектов концессии следует отнести следующие моменты:

- концессионер несет ответственность за реализацию этапов каждого проекта;
- концессионер является прямым инвестором и привлекает как свои собственные финансовые средства, так и средства инвесторов и кредиторов, что в конечном итоге существенно снижает нагрузку на госбюджет;
- распределение ответственности в юридическом плане осуществляется между концессионером и концедентом;
- заключение концессий осуществляется в ускоренном режиме благодаря инициативе частного медицинского бизнеса, а не государства.

Другим вариантом данной формы ГЧП может служить так называемая «Частная финансовая инициатива», при которой контракты по государственным услугам и работам, финансируемые частным сектором, охватывают те же элементы, оплачиваются не потребителями, а государством.

*2. Медицинский аутсорсинг – передача полномочий от государственного учреждения к частному в рамках реализации отдельных медико-диагностических услуг и программ. Например:*

- организация приема «узкими» врачами-специалистами частной клиники прикрепленного контингента госучреждения;
- диагностическая поддержка (без очереди) высокотехнологическими видами, такими, как КТ, МРТ, ЗДУЗИ, доплерография, сцинтиграфия и т.д.;
- сложная лабораторная диагностика;
- проведение периодических профилактических осмотров;
- массовая вакцинация и т.д.

*3. Аренда имущества – предоставление частной медорганизации возможности арендовать неиспользуемое госучреждением медицинское имущество, лизинг медоборудования с возможным выкупом.*

*4. Льготы по аренде муниципальных помещений, в которых располагаются частные медицинские центры и клиники.*

5. *Оплата услуг, предоставляемых частным медицинским учреждением пациентам, застрахованным в системе ОМС, собственно средствами Фонда обязательного медицинского страхования.*

6. *Создание совместных медицинских учреждений с долевым участием частного и государственного капитала, их совместная эксплуатация.*

В ряде случаев возможен вариант, когда частный медицинский бизнес инвестирует в государственную медицинскую клинику в размере 100%, а затем получает это учреждение в доверительное управление сроком на 49 лет или получает вложенные средства с учетом процентов.

7. *Предоставление возможности частному медицинскому бизнесу полной или частичной приватизации объектов государственной медицинской собственности.*

8. *Аренда медицинского персонала (медицинский аутстаффинг)* – предоставление возможности частному медучреждению «сдавать в аренду» госучреждению своих высококлассных специалистов на время проведения различных организационно-профилактических мероприятий (например – во время эпидемии или при проведении массовых профосмотров и т.д.).

9. *Создание сети «медицинских офисов»* – системы частных лечебно-профилактических учреждений, действующих по принципу «семейного врача» и являющихся своего рода диспетчерами, т.е. контролирующими и направляющими потоки пациентов в другие медицинские учреждения.

Финансовое взаимодействие между государством и частным медицинским бизнесом может быть реализовано в следующих формах:

- привлечение частного капитала для решения социально-значимых задач с возмещением части вложенных денег на основе отсроченных и частичных платежей (характерно для контрактной формы государственно-частного партнерства);
- предоставление грантов частному медицинскому бизнесу для реализации собственных социально-значимых проектов в здравоохранении;
- добровольные взносы бизнеса в виде благотворительных взносов в государственные медицинские организации (как социальная ответственность бизнеса);
- прямое инвестирование государства в частную медицинскую организацию с получением доли в уставном капитале.

Кроме того, следует отметить еще одну важную составляющую взаимодействия медицинского бизнеса и государства в рамках системы обязательного медицинского страхования. Подключение частных медицинских учреждений к реализации территориальных программ ОМС явилось бы значительным подспорьем для государственных служб здравоохранения в вопросах оказания качественной и доступной квалифицированной медицинской помощи. Такая практика уже применяется примерно с 2012 года, когда частным ЛПУ разрешили входить в систему ОМС в процессе поэтапной ее реформации. Интеграция частного бизнеса в ОМС является одним из факторов успешности формата ГЧП.

По заявлению Министерства здравоохранения РФ, «... на снижение государственных расходов по поддержанию основных фондов здравоохранения влияет формирование открытой конкурентной среды на основе единых требований к качеству и доступности медицинской помощи в рамках участия в программе государственных гарантий медицинских организаций разной формы собственности. Для дальнейшего активного развития государственно-частного партнерства целесообразно рассмотрение вопроса о включении инвестиционного компонента в тариф ОМС, что сделает это участие более привлекательным и экономически обоснованным».

Государственно-частное партнёрство является, по сути, уникальным инструментом в решении задач социально-экономического порядка, способствующим системному повышению качества медицинского обслуживания, доступности для граждан высокотехнологичных методов диагностики и лечения. Совместные бизнес-проекты государства и частной медицины приведут к изменению ресурсно-материальной базы здравоохранения в сторону улучшения ее оснащённости самыми современными приборами и оборудованием, а также изменят кадровый ландшафт российской службы здоровья. По данным мирового опыта, затраты на общественные проекты в

условиях ГЧП как правило на 10-15 ниже, чем финансирование только из одного государственного бюджетного источника. ГЧП всегда взаимовыгодно, как для частной организации, так и для государственной структуры.

Коммерческая организации в данном случае получает выход на рынок и доход, который гарантирован государством, а государство, в свою очередь экономит бюджетные средства и получает доступ к интеллектуальным ресурсам и новым технологиям, в которые частный бизнес активно инвестирует.

Одним из недостатков системы ГЧП является тот факт, что государство не распоряжается объектами совместной собственности полностью, при этом при смене экономических векторов развития государства частные компании также попадают в зону риска. Одним из значимых факторов риска для частной компании является потеря репутации по тем или иным причинам. По литературным данным, именно боязнь репутационных рисков препятствует широким инвестиционным вливаниям в систему ГЧП.

Однако, кризисные явления в здравоохранении, особенно в условиях пандемии коронавирусной инфекции COVID-19, замедлились и приняли характер экспоненциального роста: так, перепрофилированы десятки клиник с объемом коечного фонда более 12 тысяч коек, МО РФ ввело в строй 16 новых госпиталей для больных COVID-19.

Следует отметить, что на меры противодействия коронавирусной инфекции в РФ выделено средств в размере 4-5% от ВВП, при этом в западных странах такой же показатель равен 7-9% от ВВП. По данным расчетной палаты, прирост ВВП в России составит в 2021 году 2,2%, в 2022 году – 2,2%, в 2023 году – 2,7%, в 2023 году – 2,5%.

Меры спасения экономики, принятые в России в связи с пандемией, составили в 2020 году 406,6 млрд. рублей или 2,7% ВВП).

В период пандемии отмечался рост незапланированных расходов, для выполнения проектных работ требовались дополнительные средства и инвестиции, увеличивались сроки согласования между субъектами экономических отношений, особенно в сфере государственных закупок. Следует отметить, что до пандемии система ГЧП использовалась в качестве надежного способа для привлечения государством частного капитала для создания или реконструкции крупных капиталоемких объектов. В этой связи, государственно-частное партнёрство являлось тем инструментом, который реально помогал государству выйти из сложившейся экономической ситуации, вызванной пандемией с наименьшими потерями.

Несмотря на сложную экономическую обстановку, согласно данным Минэкономразвития РФ, в 2020 г. в РФ зарегистрировано свыше 3 тысяч различных проектов в сфере ГЧП на общую сумму более 1,7 трлн. рублей. Самыми распространенными схемами ГЧП были концессии, офсетные контракты, контракты жизненного цикла, аренда объекта с инвестиционными обязательствами, соглашения в рамках корпоративного партнерства и контракты со специальным инвестиционным режимом.

Таким образом, государственно-частное партнерство в нашей стране занимает примерно 1,6% ВВП, при этом доля ГЧП в экономике страны имеет устойчивую тенденцию к росту. Хотя, по данным ряда авторов, успокаиваться в этом плане пока рано, поскольку в других странах этот показатель значительно выше: так, в Канаде он составляет 8,1% ВВП, в Англии – 6,5% ВВП.

Кстати в Москве, несмотря на пандемию, утвержден план инвестиционной стратегии до 2025 года, в самый сложный год пандемии – 2020, в рамках государственно-частного партнерства было заключено 250 контрактов на сумму, превышающую один триллион рублей!

Однако пандемия, безусловно, внесла свои коррективы в экономические отношения и рынок государственно-частного партнерства. Отмечалась «инвестиционная пауза» на рынке, падал потребительский спрос, отмечался рост цен на импортные товары из-за нестабильного курса валют, повышались капитальные затраты на объектах ГЧП. По данным Национального центра ГЧП, в сфере здравоохранения и санаторно-курортных услуг пострадали 28 проектов, при этом снижение выручки отмечалось в пределах от 10 до 90%.

Но отчаиваться не стоит. По нашему мнению, именно пандемия послужила мощным катализатором для развития современных технологий, особенно в области цифровой медицины. Так, искусственный интеллект обеспечивает качественную диагностику рентгеновских снимков. Компания Promobot разработала систему опроса пациентов с блоком первичной диагностики, а

фирма «К-Скай» создала технологического робота, анализирующего электронные медицинские карты.

Важным компонентом развития цифровых медицинских технологий является телемедицина. В условиях карантина именно телемедицинские сервисы позволяют обеспечить постоянный контакт пациента с лечащим врачом. Так, например, телемедицинский сервис Doc+, слившийся в 2020 году с компанией «Доктор рядом», позволяет оказывать различные услуги – от телемедицинских консультаций до вызова врача на дом и покупки лекарств в аптечной сети.

В пандемический период одним из методов противодействия распространению коронавирусной инфекции является социальное дистанцирование. В этой связи, в рамках государственно-частного партнерства, ряд высокотехнологичных компаний

России приступил к реализации проектов, связанных с облегчением бремени социального дистанцирования. Государственная корпорация «Ростех» и холдинг «Швабе», входящий в нее, приступили к выпуску специальных тепловизоров с функциями распознавания лиц, а холдинг «Росэлектроника», также входящий в корпорацию «Ростех», внедрил в 8 регионах РФ специальный сервис для телемедицинских консультаций, обеспечивающий до 400 удаленных врачебных консультаций в день.

Подобные форматы невозможны без использования механизмов ГЧП. На сегодняшний день, инструментарий государственно-частного партнерства в медицине и здравоохранении необходим как никогда. Совмещение частного инвестиционного капитала с бюджетным финансированием сможет придать новый импульс медицинским инфраструктурным проектам, заложить долговременную основу для развития высокотехнологичной медицины, открыть доступ частным клиникам к ресурсам государственного здравоохранения. Мы считаем, что в условиях санкционного давления и кризисных явлений в экономике использование механизмов ГЧП становится актуальным и прибыльным. Недаром проектом долгосрочной программы стратегии развития здравоохранения до 2030 года предусмотрен комплекс мер, направленных на привлечение внебюджетных источников для финансирования здравоохранения, а частный бизнес, при сохранении социальных обязательств государства перед гражданами, получит новые источники самоокупаемости и прибыли.

\*\*\*

***Иванова, С. Минздрав изменил рекомендации по диагностике, лечению и профилактике COVID-19. Гид по поправкам для врачей // Заместитель главного врача. – 2021. – № 11. – С. 66-78.***

Предлагаем гид по поправкам для врачей по изменениям в версии 12 Методрекомендаций по COVID-19. Юрист сравнила новую версию с прежней и выделила только те правила, которые скорректировали. В приложениях — особенности диагностики и правила лекарственной терапии жизнеугрожающих микозов, которые теперь нужно отслеживать, и памятка для врачей по рациональной кислородотерапии.

*Изменили подход к подтверждению ковида.*

Из раздела «Подтвержденный случай COVID-19 исключили пункт о положительном результате на антитела класса IgA, IgM или IgC у пациентов с клинически подтвержденной инфекцией. Теперь надо применять только один критерий – положительный результат определения РНК SARS-CoV-2 методом амплификации нуклеиновых кислот или антигена SARS-CoV-2 методом иммунохроматографии вне зависимости от клинических проявлений.

*Детализировали признаки заболевания.*

Клинические проявления ковид-инфекции вынесли в отдельный раздел – «Клинические особенности». Раньше клинические проявления фрагментами были включены в другие разделы. Признаки заболевания детализировали:

1. Инкубационный период от 2 до 14 суток, в среднем 5-7 суток.
2. Наличие клинических симптомов ОРВИ:
  - повышение температуры тела – более чем в 90 процентов случаев;

- кашель сухой или с небольшим количеством мокроты – в 80 процентах случаев;
- одышка - в 30 процентах случаев, наиболее тяжелая к 6-8-му дню;
- утомляемость - в 40 процентах случаев;
- ощущение заложенности в грудной клетке – свыше 20 процентов случаев.

3. Возможны боль в горле, насморк, снижение обоняния и вкуса, признаки конъюнктивита.

4. Первыми симптомами также могут быть миалгия (11 процентов), спутанность сознания (9 процентов), головные боли (8 процентов), кровохарканье (2-3 процента), диарея (3 процента), тошнота, рвота, сердцебиение, в том числе без повышения температуры.

Определили клинические варианты и проявления COVID-19:

- ОРВИ – поражение только верхних отделов дыхательных путей;
- пневмония без дыхательной недостаточности;
- острый респираторный дистресс-синдром – пневмония с острой дыхательной недостаточностью;
- сепсис, септический (инфекционно-токсический) шок;
- ДВС-синдром, тромбозы и тромбозболии.

Гипоксемия (SpO<sub>2</sub> менее 88 процентов) развивается более чем у 30 процентов пациентов.

*Скорректировали диагностику.*

Обновили разделы по лабораторной и лучевой диагностике ковида.

*Лабораторная диагностика.* Первое новшество – теперь не нужно обследовать на РНК SARS-CoV-2 пациентов без признаков инфекции, которые за 14 дней до обращения за медпомощью:

- вернулись из зарубежной поездки;
- близко контактировали с гражданами, которые были на карантине и потом заболели;
- близко контактировали с пациентами, у которых лабораторно подтвердили диагноз Ковда.

Раньше эти сведения в эпидемиологическом анамнезе служили показаниями для обследования.

Второе новшество – при биохимическом анализе крови надо определять уровень Тропинина, чтобы выявлять повреждения миокарда.

Третье новшество – в Рекомендации включили диагностику инвазивного аспергиллеза и инвазивного кандидоза.

Доведите до врачей, какие пациенты попадают в группу риска, на какие клинические признаки ориентироваться при выявлении микозов и какие исследования назначать. Аспергиллез и кандидоз – основные жизнеугрожающие микозы у больных ковидом, которых лечат в ОРИТ.

*Лучевая диагностика.* Определили, что компьютерную томографию стоит назначать в двух новых случаях. Первый – если есть клинические и инструментальные признаки дыхательной недостаточности. Второй – чтобы провести дифференциальную диагностику с другим заболеванием.

*Уточнили тактику и предложили новые лекарственные схемы/*

*Симптоматическое лечение.* Жаропонижающим препаратом первого выбора для беременных определили парацетамол – по 500-1000 мг до четырех раз в день, не более 4 г в сутки.

*Патогенетическое лечение.* Беременным разрешили назначать генно-инженерные биологические препараты (ГИБП), если потенциальная польза превышает риск. Раньше это считали нежелательным.

Уточнили критерии и сроки назначения ГИБП: учли особенности течения заболевания при заражении дельта-штаммом SARS-CoV-2 – раннее развитие гипериммунной реакции и



массивного поражения легких. Амбулаторную терапию рекомендовали начинать на ранних этапах. Алгоритмы прописали в виде альтернативных схем, которые включают ГИБП или ГКС.

Добавили новую комбинацию для случая, если монотерапия антагонистами рецептора ИЛ-6 или блокатором ИЛ-6 оказалась неэффективной:

*Шаг 1.* Назначить антагонист рецептора ИЛ-6 – тоцилизумаб, сарилумаб или левилимаб.

*Шаг 2.* При неэффективности терапии через 12-24 часа дополнительно применить блокатор ИЛ-6 – олокизумаб в рекомендуемых дозах.

Уточнили особенности назначения антикоагулянтов – расписали схемы взаимодействия.

Для амбулаторных пациентов с легким течением заболевания добавили схему лечения препаратом будесонид в качестве дополнительной терапии. Будесонид в форме порошка для ингаляций в дозе 800 мкг назначают два раза в сутки до выздоровления, но не более 14 суток. Терапия будесонидом снижает частоту обращения за неотложной помощью, риск госпитализации и ускоряет выздоровление.

У стационарных пациентов с факторами риска и легким течением исключили из схемы умифеновир. Для среднетяжелых пациентов с факторами риска тяжелого течения добавили схему с назначением препаратов:

– ингибитора янус-киназ 1,2 – тофацитиниба или барицитиниба;

– или ингибитора интерлейкина 17А – нетакимаба;

– или антагониста рецептора ИЛ-6 – левилимаба, подкожно либо внутривенно;

– или блокатора ИЛ-6 – олокизумаба, подкожно/внутривенно.

Лечение назначают пациентам, которые соответствуют двум критериям:

1. Имеются патологические изменения в легких, которые соответствуют КТ1-2, или пневмония среднетяжелой степени, по данным рентгенологии, – неоднородные затемнения округлой формы и различной протяженности, вовлечение паренхимы легкого < 50 процентов.

2. Есть два и более признака:

– SpO<sub>2</sub> – 97 и выше, без признаков одышки;

– 3N < уровень СРБ < 6N;

– температура тела 37,5-37,9 °С в течение трех-пяти дней;

– число лейкоцитов – 3,5-4,0 × 10<sup>9</sup> /л;

– абсолютное число лимфоцитов – 1,5-2,0 × 10<sup>9</sup> /л.

*Этиотропная терапия.* Переработали схему для среднетяжелых и тяжелых пациентов. В первые семь дней болезни или положительной РНК SARS-CoV-2 рекомендовали (сочетать терапию антагонистами рецепторов ИЛ-6 или блокатором ИЛ-1b с препаратами этиотропного лечения – ремдесивиром или иммуноглобулином человека против COVID-19 и антикоагулянтами.

Иммуноглобулины разрешили применять у пациентов младше 18 и старше 60 лет, а также при аутоиммунных заболеваниях.

*Определили порядок антимикотической терапии.*

В новом разделе «Антимикотическая терапия» прописали, как лечить инвазивные аспергиллез и кандидоз у пациентов с ковидом. Противогрибковую терапию проводят в течение 4-6 недель.

*Конкретизировали требования о рациональном использовании кислорода.*

В разделе о терапии неотложных состояний прописали, как рационально использовать медицинский кислород при респираторной поддержке. Больше всего кислород расходуется для ингаляции пациентов на самостоятельном дыхании.

*Разрешили вакцинацию беременных*

В раздел по специфической профилактике внесли показания к вакцинопрофилактике у беременных. Применять Гам-КОВИД-Вак следует, когда ожидаемая польза для матери

превышает потенциальный риск для плода. Стоит вакцинировать пациенток, которые входят в группу риска тяжелого течения инфекции: с ожирением, хроническими заболеваниями легких, сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями, хронической болезнью почек, заболеваниями печени.

Вакцинацию начинают с 22-х недель беременности. Регистр СЭС, содержащий большую часть данных о вакцинированных во время беременности, насчитывает более 114 тыс. женщин. Нет данных, что вакцинация негативно влияет на течение беременности и перинатальные исходы.

Применять Гам-КОВИД-Вак у кормящих противопоказано. Клинических данных по применению вакцины при грудном вскармливании нет, поэтому исключить риск для младенцев нельзя.

## МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

*Краснопольская, И. На разрыв сердца : [уникальную операцию провели в клинике Сеченовского университета] // Российская газета. – 2021. – 1 окт. (№ 225). – С. 7.*

К сердцу можно подойти через небольшие проколы в грудной клетке. Фантастика? «Нормально!» – на современном сленге комментирует ситуацию профессор Роман Комаров, за спиной которого стою в операционной Сеченовского университета. От ее начала до конца не выдерживаю – все-таки почти четыре часа. Потому комментарий уже после окончания операции. Давно, в пятидесятых годах прошлого века, отважные хирурги начали оперировать само сердце. Эти операции тогда сравнивали с полетом человека в космос. Довелось писать о великих отечественных сердечных первопроходцах: Александре Бакулеве, Александре Вишневым, Евгении Мешалкине. Помню узбекскую девочку Карлыгаш, которую Евгений Николаевич бережно перенес из ледяной ванны на операционный стол. Прооперировал. Спас.

Причем здесь ванна? Да еще ледяная? Да при том, что в те времена, прежде чем скальпелем разрезать грудину и подойти к самому сердцу, пациента помещали в такую купель, чтобы не только охладить сердце, но и остановить его. Такие были методики. Их отмечали высокими премиями. Еще бы! Первопроходцы! Хотя о тиражировании подобных вмешательств речи не было. Это было штучное исцеление. Это было началом сердечной хирургии, о котором ныне даже не все кардиохирурги знают. И это им не в укор. Такова жизнь, такова наука, такова медицина.

Но сердце есть сердце. И чтобы оно работало без сбоев, теперь придумано и используется столько современных технологий... Правда, они, как и в былые времена, удел самых продвинутых клиник, в которых есть без преувеличения асы кардиохирургии. Вот и те операции, о которых заметка, проводятся – во всяком случае пока – не везде. Кроме столичной университетской клиники хирургии имени Николая Бурденко эти новые методики используются в хирургическом центре имени Евгения Мешалкина в Новосибирске, Астраханском центре сердечной хирургии...

Конечно, никаких погружений в ледяную ванну. Для многих операций не требуется останавливать сердце. Не всегда необходимо подключение к аппарату искусственного кровообращения. А вот теперь даже – и об этом рассказ – не надо разрезать грудину.

– На операционном столе, – рассказывает Роман Комаров, – был пятидесятилетний пациент, страдающий патологией митрального клапана. Его одышку слышали окружающие. Медикаменты не помогали. Мы ему провели пластику клапана, не вскрывая грудину. Это важно. Важно потому, что прооперированный может уже через два дня вернуться к обычной жизни. Разрезов на теле нет. Не надо томительно ждать их заживления.

– Так все просто? Взял, прокол, исправил клапан и отпустил пациента домой?

– Именно так! Но только совсем не просто. Ведь для этого нужно ввести в грудную клетку видеокамеру. С ее помощью рассмотреть клапан, понять причины проблемы, и потом устранить их. Чтобы все это сделать, нужны глубокие знания традиционной хирургии. Надо досконально знать анатомию грудной клетки. Каждый прокол специальным инструментом –

троакаром – должен быть тщательно продуман. Расчет на миллиметры. Чуть в сторону – и... операция становится невозможной.

– Такая операция адресована только клапанам сердца?

– Нет. С помощью проколов можно лечить ишемическую болезнь сердца, мерцательную аритмию. При ишемии специальными инструментами выделяются внутригрудные сосуды, и в нужном месте они сшиваются. С мерцательной аритмией ситуация несколько иная. В грудную клетку через те же проколы вводятся специальные щипцы. С их помощью проводится прижигание участков левого предсердия, ответственных за нарушение ритма. Аритмия уходит сразу – прямо на операционном столе. Пациент здоров! И – самое интересное! – все это можно делать с помощью робота Da Vinci.

– Почему же мне не показали операцию с роботом?

– Добро пожаловать в соседнюю операционную.

– Так, может, Da Vinci заменит живого хирурга и будет оперировать во всех клиниках без усталости?

– Никогда и нигде такого не будет! Робот – инструмент в руках хирурга. Без головы руки не работают. Не работают сейчас и не будут работать впредь, даже при наличии искусственного интеллекта.

– Спустился на землю. Сколько стоят проводимые вами операции? Кому они сейчас доступны? Есть ли у них будущее или это и впредь достояние избранных клиник и избранных специалистов?

– Операции проводятся по квотам Минздрава. Доступны пока немногим. По той причине, что не везде есть современное оборудование. А главное – нет кадров для их проведения. Тут мало сказать, что их нужно готовить. Нужны, если угодно, энтузиасты новых путей спасения сердца. Пока же их явно мало. О причинах – не тема нашей встречи. Врачи просто обязаны в силу своей профессии быть оптимистами. Потому... через пару недель приглашу вас на роботическую операцию.

А я могу обидеться на своего собеседника и от приглашения отказаться. Почему? Роман не сказал, что, оказывается, накануне нашей беседы он одномоментно удалил эхинококк из сердца и легочной артерии без применения аппарата искусственного кровообращения двадцатилетнему жителю Афганистана. Судя по специальной литературе, подобных операций ранее нигде не было. Политика политикой, а жизнь жизнью. И пациенту Романа нет дела до взаимоотношений стран. Болезни границ не ведают. А пациенты ищут лучшие места исцеления и лучших специалистов.

\*\*\*

***Павловская, Т. Милана будет рисовать: [девочке вырастили] три новых пальца // Российская газета. – 2021. – 1 окт. (№ 225). – С. 7.***

Уже восемь месяцев медики сражаются за сохранение пальцев правой кисти юной жительницы Геленджика Миланы Алиевой. Ее случай специалисты называют уникальным: хирурги буквально «вырастили» три новых пальца на правой руке 11-летней девочки. ЧП произошло в ноябре прошлого года в неисправном лифте.

— Дочка зашла в него с собакой на поводке, — рассказывает ее мама Наталья, — Двери захлопнулись, животное осталось на площадке. Не сработала ни кнопка «стоп», ни датчик движения: кабина поехала, несмотря на помеху. Поводком ребенку сорвало три пальца правой кисти по основную фалангу.

Пострадавшую доставили в травматологическое отделение городской больницы, где ее уже ждал заведующий отделением Владислав Никичев.

— Ее ладонка превратилась в кровавое месиво, — вспоминает Владислав. — На оторванных пальцах остались только костные структуры, а мягкие ткани, сухожилия и сосуды были сорваны. По всем медицинским правилам для формирования культи нужно было укоротить оставшиеся косточки, иначе не получилось бы зашить раны. Но мы решили попытаться максимально сохранить ее пальчики.

Медики решили рискнуть. Поставив на место оставшиеся костные структуры, применили методику их консервирования — соединили спицами скелетированные пальцы, после чего погрузили их в подкожно-жировую клетчатку передней брюшной стенки.

— Раньше подобный способ нами применялся лишь однажды, но при этом не было ампутации пальцев, — поясняет доктор. — У Миланы же очень сложный случай. В течение двух месяцев мы вместе с ребенком и родителями боролись с раневым процессом, применяли разные методики вакуумных повязок. Постоянно консультировались с коллегами из Краснодарской клинической краевой больницы имени Очаповского, куда впоследствии была переведена пациентка.

— Мы продолжили лечение, а через два месяца приступили к операциям, — поясняет заведующий отделением ККБ Сергей Богданов. — Постепенно моделировали, восстанавливали утраченные пальчики. Удалось сохранить их длину и «хватательные» функции. Она этой рукой теперь не только пишет, но и рисует.

В середине лета Милана вернулась в Геленджик. Ученице четвертого класса пришлось осваивать всю школьную программу в больничной палате, что не помешало окончить учебный год на «хорошо» и «отлично». «Она у нас большая умница, — говорит мама. — До травмы изучала два языка, занималась в художественной школе, карате. И сейчас не намерена отказываться ни от одного из своих увлечений».

\*\*\*

*Потапова, Ю. Нейросеть не промахнется // Здравоохранение : приложение к «Российской газете». – 2021. – 1 окт. (№ 225). – С. А4.*

Устанавливать искусственные клапаны сердца со стопроцентной точностью кардиохирургам поможет нейросеть. Кемеровские и томские ученые, получив грант Российского научного фонда, разработали особый алгоритм, который позволяет уменьшить вероятность погрешностей при этих сложнейших операциях.

Хирургическое вмешательство – зачастую единственный вариант лечения смертельно опасных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Таких, например, как стеноз, то есть сужение, аорты, и кровь не поступает туда в нужном количестве. Искусственный клапан аорты, если установить его правильно, поможет решить проблему. Такие операции сегодня делают под местной анестезией, без разреза грудной клетки, применения искусственного кровообращения и искусственной вентиляции легких. Через небольшой прокол в бедренной артерии имплантат с помощью катетера доставляется по сосудистому руслу в нужное место.

Чтобы не промахнуться, хирурги отслеживают картину, которую «рисуют» на экране ангиографа контрастные вещества. Но последние все же применяются по минимуму – из-за их токсичности. А значит, контролировать процесс установки клапана в полной мере довольно сложно. Новый же алгоритм работает на протяжении всей операции в режиме реального времени. Сверхточная нейросеть способна распознавать определенные объекты на медицинских изображениях. Для ее обучения использовались видеозаписи огромного количества операций. Видео разделили на тысячи снимков и отметили на них точки-ориентиры. И нейросеть, запомнив эти точки, выстраивала стратегию оптимального размещения аортального клапана. Оказалось, что искусственный интеллект, оперативно анализируя изображения с ангиографа, действует с точностью, превышающей 95 процентов.

– Ежегодно мы проводим около 46 процедур транскатетерной имплантации, в первую очередь тяжелым пациентам, которым противопоказаны вмешательства на открытом сердце, – рассказывает заведующий лабораторией рентгенэндоваскулярной и реконструктивной хирургии сердца и сосудов Научно-исследовательского института комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний (Кемерово) Роман Тарасов. – И учитывая то, что у лежащего на операционном столе человека сердце бьется, что он дышит, анатомические ориентиры в ходе операции постоянно меняются. Если не отслеживать эти изменения, есть риск либо смещения клапана, либо перфорации сердца. И тогда уже потребуется экстренное вмешательство. Новая программа, которая сейчас находится в стадии разработки, сводит все эти риски к нулю, потому

что дает нам более реальную и объемную картину. Я думаю, применение таких систем в ближайшем будущем позволит совершенствовать диагностику сердечно-сосудистых заболеваний, выбирать оптимальную тактику лечения в каждом конкретном случае, а также оперативно обучать молодые кадры, потребность в которых очень велика.

Ученые уже работают над тем, чтобы сделать предложенный ими алгоритм максимально универсальным. Нейросеть позволит создать виртуального робота – помощника кардиохирургов, а в перспективе будут разработаны полностью роботизированные системы, предназначенные для установки имплантатов в аорту.

\*\*\*

**Андреев, Ф. Платина в крови : [наночастицы позволяют ускорить диагностику] // Здравоохранение : приложение к «Российской газете». – 2021. – 1 окт. (№ 225). – С. А4.**

Ученые Балтийского федерального университета им. Иммануила Канта разработали новый способ диагностики сердечно-сосудистых заболеваний, основанный на анализе крови. Результаты исследования калининградских ученых опубликованы в международном научном журнале PLOS One.

Сердечно-сосудистые заболевания – главная причина смертей во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, каждый год от них умирают около 17,9 миллиона человек.

По словам ученых университета, к развитию острых патологий кровеносной системы часто приводят нарушения в активности тромбоцитов – клеток крови, отвечающих за ее свертываемость. Метод, предложенный учеными, основан на отслеживании активности тромбоцитов.

«Мы обнаружили возможность энергетического переноса с наночастиц платины на мембраны тромбоцитов, и полагаем, что этим процессом можно управлять, – прокомментировал работу старший научный сотрудник НОЦ «Фундаментальная и прикладная фотоника» БФУ им. Канта Андрей Зюбин, – Сейчас исследование имеет фундаментальный характер, поэтому говорить о практических перспективах преждевременно, но потенциал открытия для медицины очень большой».

Ученые создали наночастицы размером 40 нанометров, которые состоят из ионов платины и производятся через выбивание лазером из платиновой пластинки. Перенос энергии с них на клетки крови способствует более четкому выявлению рассеяния или усиления света на тромбоцитах.

Мониторинг можно проводить с помощью спектрального анализа с применением лазера, выявляя малейшие изменения в структуре клеток крови. Преимуществом метода является уменьшение времени для анализа – в перспективе его можно будет проводить с высокой скоростью.

Научный коллектив продолжает разработку новых подходов к диагностике сердечно-сосудистых заболеваний.

\*\*\*

**Буш, Е. Технология 3D-печати при хирургии мышечно-скелетной опухоли // Медицинская газета. – 2021. – URL: <http://www.mgzt.ru/content/tekhnologiya-3d-pechati-pri-khirurgii-myshechno-skeletnoi-opukholi> (дата обращения: 29.10.2021)**

Значение реконструктивно-восстановительных технологий в лечении онкологических заболеваний невозможно переоценить. Запущенный рак нередко требует выполнения оргауноносящих и калечащих операций, но современная онкология ставит перед собой цель не только убрать само новообразование, но также по возможности восстановить анатомию и функцию повреждённых болезнью органов и тканей.

Национальный онкологический центр Республики Корея занимает лидирующие позиции в мире по лечению опухолей опорно-двигательного аппарата с последующей реконструкцией

кости. Об опыте южнокорейских специалистов по использованию технологии 3D-печати в хирургии опухолей костей рассказал на Международном онкологическом форуме «Белые ночи – 2021» врач-ортопед Кан Хён Ги, руководитель Центра редких онкологических заболеваний Национального онкологического центра Республики Корея.

*Основа четвёртой промышленной революции.*

Национальный онкологический центр в Корее занимается лечением как первичных опухолей костей, так и более сложных – метастатических. А чем сложнее патологический процесс, тем большего арсенала подходов и способов требует он от хирургов. Иногда это кажется парадоксальным: пациентам с распространённым метастатическим раком кости проводятся минимально инвазивные хирургические вмешательства. Но именно так работают в Национальном онкологическом центре Кореи.

Доктор Кан упомянул о том, что в клинике используются уникальные полые перфорированные винты и гвозди для минимально инвазивной хирургии при метастатическом раке кости. Кроме того, здесь применяют операционную навигационную систему и выполняют операции под контролем МРТ, что повышает точность действий хирурга и уменьшает травматичность вмешательства. Но более подробно руководитель Центра редких онкологических заболеваний остановился на реконструкции костей при помощи 3D-печати, которую он назвал «одной из основ четвёртой промышленной революции».

Первый случай использования 3D-печати в этой клинике произошёл в 2016 г. Сюда поступил на лечение пациент 23 лет, у которого была диагностирована опухоль пяточной кости - Calcaneus. Поскольку пяточная кость принимает на себя наибольшее вертикальное давление массы тела и является главной опорной частью скелета, полностью удалить и реконструировать эту область очень сложно. Тогда Кан Хён Ги впервые решил использовать 3D-принтер и распечатать металлический титановый имплантат для замещения пяточной кости после её резекции. Чтобы профилировать подвывих и нестабильность протеза, его поверхности придали сетчатую структуру. Это позволило свободно прикрепить к имплантату мягкие ткани и обеспечить адгезию. После успешной операции по поводу подтаранного остеоартрита были нанесены три отверстия под винты в направлении таранной и кубовидной костей, чтобы зафиксировать протез пяточной кости раз и навсегда, без последующего удаления крепежа.

- Сейчас, спустя пять лет после операции, мужчина хорошо ходит. Подвывиха, нестабильности и раневых проблем нет. Остеоартроз не выявлен. В социальном плане молодой человек, переживший рак кости, полностью компенсирован, он работает, - привёл пример из практики Кан Хён Ги.

В том же 2016 г. Корейское федеральное агентство по контролю качества продуктов и лекарств (KFDA) лицензировало 3D- печать имплантатов из титановых сплавов для ортопедии.

*Расширяя границы возможного.*

Постепенно практика применения титановых имплантатов, напечатанных на 3D-принтере для конкретного пациента по индивидуальной «выкройке», распространилась на лечение опухолей костей разных участков скелета. Общаясь с коллегами на форуме «Белые ночи», руководитель Центра редких онкологических заболеваний Национального онкологического центра Республики Корея привёл целый ряд интересных клинических примеров.

Пациентка 26 лет. Диагноз – хондросаркома правой подвздошной кости. При реконструкции резецированной части может возникнуть проблема, если размер имплантата гребня подвздошной кости будет превышать размер оригинала: возникнет рана, и начнётся воспалительный процесс. Чтобы избежать этого, хирурги Национального онкологического центра заведомо уменьшили размер гребня крыла подвздошной кости, задав принтеру нужные параметры будущего протеза.

Пациент 56 лет. У него тоже хондросаркома, но на этот раз лобковой кости. В центре ему выполнили реконструкцию лобковой кости, напечатав имплантат нужной формы и размера на 3D-принтере. Восстановительная операция позволила избежать грыжи и смещения полового члена, обеспечила возможность сохранить обычную сексуальную активность и продолжить занятия спортом. Уже через полгода после операции мужчина забыл о перенесённой болезни и начал кататься на горном велосипеде.

Пациентка 50 лет. В другой клинике ей был установлен тазобедренный искусственный сустав с использованием укрепляющего кольца вертлужной впадины. Но кончик кольца Бурх-Шнайдера выступал из кости, что вызвало раздражение седалищного нерва и формирование абсцесса. Специалисты Национального онкологического центра удалили «лишнее», изготовили с помощью 3D-печати чашку вертлужной впадины и успешно имплантировали её. Функциональность сустава полностью восстановлена.

*Протезирование костей таза – высший пилотаж.*

Протезы костей таза, по словам Кан Хён Ги, являются едва ли не самой высоковостребованной «продукцией» 3D-печати. Почему? Потому что опухоли и травмы в этой области скелета в значительном проценте случаев приводят к инвалидизации человека, и реконструкция с помощью титановых имплантатов способна решить эту проблему.

Вообще реконструктивно-восстановительные операции костей таза относятся к хирургии высокой степени сложности. Тем полезнее для ортопедов и травматологов получить от более опытных коллег информацию, которая позволит им самим избежать многих ошибок и последующих осложнений у пациента.

Яркий пример смелости и профессионализма хирургов центра редких онкологических заболеваний и лично доктора Кана - лечение 53-летней женщины с первичной костной опухолью в проксимальной части левого бедра, затронута была часть костей таза. Изначально специалисты рекомендовали пациентке ампутацию ноги, однако затем изменили стратегию. Дело в том, что эта женщина ранее уже имела онкологический диагноз и перенесла двустороннюю мастэктомию по поводу рака молочной железы. Лишиться теперь ещё и одной ноги было бы для неё непереносимой моральной травмой. Учитывая это, онкоортопеды пошли навстречу пациентке и выбрали технологически сложный путь лечения. Самая большая проблема была в том, чтобы после резекции фрагментов скелета, поражённых опухолью, требовалось прочно и стабильно зафиксировать подвздошную кость. С помощью технологии 3D-печати была изготовлена конструкция перевёрнутой V-образной формы с межмостовыми перемычками, сопряжёнными с чашкой для эндопротеза тазобедренного сустава. Вес конструкции - 570 граммов. Операционная навигационная система позволила хирургам абсолютно точно зафиксировать протез на месте, таким образом таз был полностью реконструирован. Вместе с этим выполнено эндопротезирование тазобедренного сустава. И нога, и двигательная активность женщины сохранены.

Следующий пример: пациентка 48 лет с диагнозом «остеосаркома левого таза». Поскольку пациентка высказала желание сохранить тазобедренный сустав, хирурги разработали сложный план. Они выполнили резекцию только подвздошной части таза, провели интраоперационную процедуру криохирургии и абляции, а затем зафиксировали 3D-имплантат подвздошной кости. Участок между вертлужной впадиной и имплантатом заполнили костным цементом, который позволит в будущем при остеоартрозе легче прикрепить искусственную чашку.

*Реконструкция костей конечностей.*

Далее Кан Хён Ги привёл несколько примеров весьма непростых, но успешных реконструктивно-восстановительных операций на верхних и нижних конечностях.

Пациент 15 лет с саркомой Юинга на правой лопатке. Ему выполнена тотальная скапулэктомиа, а затем проведена реконструкция лопатки и плеча с помощью специально изготовленных 3D-имплантатов для артропластики.

Пациент 20 лет поступил в Национальный онкологический центр по поводу остеосаркомы. Хирургам предстояло резецировать фрагмент кости прямо над локтем, в этой ситуации было сложно использовать для реконструкции обычный протез: не удавалось его зафиксировать. Тогда они распечатали на 3D-принтере плечевую кость и для фиксации использовали стержень. Результат реконструкции руки при запущенном опухолевом процессе оказался высоким, и всё благодаря технологии 3D-печати.

Пациентка 54 лет со злокачественной опухолью дистального отдела правой бедренной кости также нуждалась в оперативном лечении. Сначала онкоортопеды выполнили сегментарную резекцию области, поражённой раком. А поскольку этот участок скелета испытывает высокие

нагрузки, хирурги во время реконструкции ноги объединили бедренную кость, напечатанную на 3D-принтере, и ретроградный IM-гвоздь, чтобы надёжно зафиксировать их вместе.

Пациентка 36 лет поступила в клинику с целым набором диагнозов: доброкачественная опухоль костной ткани, фиброзная дисплазия, варусная деформация, ретроверсия шейки бедра и, вдобавок, укорочение ноги. Хирурги не только удалили опухоль, но также полностью исправили деформацию ног, используя технологии 3D-печати: в средней части ног они использовали открытую клиновидную распорку и клиновидную пластину в латеральной части, а сами имплантаты напечатали на принтере.

Пациентка 14 лет. У девушки диагностирована остеосаркома проксимального отдела левой большеберцовой кости. Сохранить сустав оказалось невозможно, но при этом хирурги решили сохранить дистальный отдел бедра и провели гемиаартропластику. По словам доктора Кана, это редкий случай, когда хирурги соединили 3D-имплантат с традиционно используемым искусственным суставом.

*Открыты для общения.*

В завершение доктор Кан подчеркнул, что в онкологии и ортопедии есть множество показаний для выполнения реконструктивных операций с использованием 3D-имплантатов из титанового сплава. И чем большее число клиник будет владеть такими технологиями, тем большему числу онкологических больных и пациентов травматологического профиля можно будет помочь.

– Мы лечим не только опухолевые заболевания костей. Хочу в качестве примера рассказать о пациентке 39 лет, которая поступила в наш центр с множественными переломами, полученными в результате автомобильной аварии. В других клиниках ей выполнили пять операций на костях таза, пытаясь реконструировать его, но результат оставался неудовлетворительным, женщина могла передвигаться только на инвалидной коляске. Наши специалисты использовали в качестве костного протеза 3D-имплантат, и теперь женщина может самостоятельно ходить, более того, она вернулась к работе, – отмечает эксперт.

В издательстве Springer Nature вышла доктора книга Кан Хён Ги «Клинический атлас реконструкции кости при помощи 3D-печати». В ней собраны несколько примеров из клинической практики специалиста. По мнению автора, знакомство с этой книгой поможет ортопедам и травматологам преодолеть многие проблемы в реконструктивно-восстановительной онкохирургии и научиться чему-то новому.

– Однако самым эффективным способом обучения всегда была и остаётся совместная работа ученика и мэтра у операционного стола. Национальный онкологический центр Республики Корея имеет международную стипендиальную программу. Мы приглашаем на обучение врачей со всего мира и готовы делиться своим уникальным опытом с коллегами, – подчёркивает руководитель Центра редких онкологических заболеваний Кан Хён Ги.

## ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

***Вигдорчик, Я. И. О мотивировании к здоровому образу жизни // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 8. – С. 54-60.***

Одной из ключевых концепций профилактики заболеваний и контроля преждевременной смертности на сегодняшний день является концепция здорового образа жизни (далее – ЗОЖ). Это актуальное направление с большой историей, его название «Диететика» – наука о здоровом образе жизни было дано Гиппократом более тысячи лет назад. Само понятие «здоровый образ жизни» не является новым, одно из ранних известных упоминаний о нем было сделано Гиппократом в сочинении «О здоровом образе жизни», написанным еще в V веке до н.э. Уже тогда автором были отмечены основные черты здорового образа жизни: лонгитюдность оздоравливающего действия, умеренность во всех аспектах, а также была описана необходимость определенной персонализации принципов ЗОЖ для людей, обладающих теми или иными особенностями. Определяющими отдельные отличия в образе ЗОЖ для разных



людей сам Гиппократ считал конституцию и возраст человека. Несмотря на акцент Гиппократа на физическом здоровье, согласно общепринятому современному определению здоровья Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), ЗОЖ должен обеспечивать максимально достижимый уровень не только физического, но и духовного, и социального благополучия.

Само понятие ЗОЖ весьма обширно и охватывает множество аспектов жизни человека, бесспорно, что это такой образ жизни, который соответствует определенным критериям и приводит к максимально возможному отдалению возникновения ряда заболеваний, а также наиболее длительному сохранению различных видов активности, в том числе и социальной. Соответственно, для того, чтобы осознанно вести ЗОЖ и мотивировать к этому граждан, необходимо иметь четкие и подробные критерии эталонного образца поведения, признанного здоровым. Ведь одним из основных принципов успешного управления является постановка четких целей и задач. Такая цель, как повышение количества граждан, ведущих ЗОЖ, труднодостижима при отсутствии четких критериев самого ЗОЖ, ведь возникает объективная сложность в оценке образа жизни людей.

*Цель исследования:* сформулировать основные принципы определения критериев ЗОЖ, в том числе и для использования в системе мотивирования и стимулирования граждан к здоровьесохраняющему поведению.

*Методы.*

В ходе работы были применены следующие методы научного познания: анализ, в том числе методы сравнительного анализа, синтез, применяя которые были сформулированы основные принципы определения критериев ЗОЖ, логический, монографического описания, контент-анализа.

*Результаты.*

1. Несомненно, критерии должны базироваться на достоверных данных, полученных в ходе научных исследований. В эпоху доказательной медицины необходимо ответить на ряд вопросов, касающихся ЗОЖ, путем анализа имеющейся и получения новой информации.

2. Требуется достичь единства подходов при формировании перечня критериев, которое позволит четко очертить границы ЗОЖ для того, чтобы и профессионалы в сфере профилактики, и граждане, чья профессиональная деятельность не связана с этой областью, могли понять какой образ жизни является здоровым, а какой нет; какое поведение приносит пользу здоровью, а какое наносит вред. Это необходимо в том числе и для исключения противоречащей информации. Например, употребление кофе по одним данным вредно, а по другим полезно. В этом вопросе определено нужна четкость и однозначность. При определении единых критериев главная роль должна принадлежать представителям профессиональных врачебных сообществ, только люди с большим профессиональным опытом смогут из противоречащих друг другу данных выбрать наиболее достоверные.

Персонализация критериев чрезвычайно важна и является ключевой позицией. Население неоднородно – у людей разные возможности, а также могут быть определенные особенности, которые приводят к невозможности следовать некоторым критериям, например, проходить в течение дня несколько тысяч шагов, если они вынуждены перемещаться на инвалидной коляске. Поэтому следует не только определять пешие прогулки как часть критерия должная физическая активность, но и подбирать посильный и доступный для человека вид физической активности, приносящий пользу здоровью. Для человека же, страдающего неким заболеванием, частью ЗОЖ будет осуществление адекватной медицинской активности, в том числе следование верно составленному плану лечения и своевременное прохождение требуемых осмотров. Также следует остановиться на том, что, хотя критерии могут быть международными, следует учитывать и национальную специфику, а возможно и региональный, и городской, и районный контекст. Необходимость составления национального перечня критериев ЗОЖ вызвана еще и тем, что при его отсутствии труднодостижимым становится значимое повышение количества людей, следующих модели здоровьесохраняющего поведения. Ведь даже при использовании механизмов мотивирования и стимулирования и мотивирующий, и мотивируемый должны иметь общее представление о самом ЗОЖ для того, чтобы соблюсти один из принципов управления – информированность. Нельзя упускать из виду и тендерный, и возрастной факторы. Поэтому

разумным видится такой персонализированный перечень критериев ЗОЖ, в котором есть как общая (национальная), так и переменная (индивидуальная) части. Это позволит подойти к первичной профилактике не только научно обоснованно, но и современно, в соответствии с концепцией персонализированной медицины, открывая дорогу к персонализированной профилактике.

Иногда можно встретить упоминание персонифицированной медицины, что не вполне корректно, так как в отличие от персонификации именно персонализация – адаптация конкретных критериев или технологий под индивидуальные особенности человека, является вектором развития современной медицины.

При составлении списков критериев ЗОЖ существуют 2 принципиально отличающихся друг от друга подхода:

1. Традиционный. В рамках этого подхода формируется единый перечень критериев для всего населения без учета возрастной, половой принадлежности и других особенностей. Преимуществами этого подхода являются простота, относительная дешевизна. К недостаткам следует отнести чересчур обобщенный подход, не учитывающий ряд ключевых особенностей индивидов, что может затруднить коррекцию существующего образа жизни в направлении повышения его соответствия эталону.

2 Персонализированный. Проводится создание множества перечней критериев ЗОЖ, учитывая особенности конкретного человека. При том, что этот подход обладает рядом преимуществ перед традиционным, стоит обратить внимание и на его недостатки. Существуют сложности при выделении и свода в перечни индивидуальных персонализированных форм поведения, позволяющих сохранить или повысить уровень здоровья человека. Это сказывается и на росте затратности методов, основанных на этом подходе, по сравнению с традиционным. Также возрастает роль конкретного специалиста по профилактике, что повышает риск субъективности.

Возможным выходом из этой ситуации представляется иной подход: создание индивидуального перечня критериев ЗОЖ путем формирования маловарибельной части (ядра) на основе традиционного подхода, а высоковарибельной части уже с применением персонализированного подхода. Таким образом можно добиться оптимизации расходов на создание индивидуальных эталонов ЗОЖ, не утрачивая учет ряда факторов, влияющих и на состояние здоровья, и на возможную коррекцию поведения в направлении повышения соответствия разработанным критериям.

IV. Умеренность, на которую указал еще Гиппократ, крайне важна. И сегодня его слова не утратили своей актуальности. Так, например, полный отказ от соли может привести к дефициту натрия, что чревато негативными последствиями, а чрезмерная физическая активность к заболеваниям опорно-двигательного аппарата и травмам. Об этом следует не забывать и при возможности напоминать населению

Несмотря на то, что сегодня уделяется большое внимание вопросу ЗОЖ, при контент-анализе Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» было найдено 16 упоминаний ЗОЖ, в самом законе нет расшифровки понятия ЗОЖ. В стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года есть определение этого понятия, но вот критерии изложены далеко не полностью. И хотя в этом документе уделено внимание психическому компоненту здоровья, не раскрыт социальный компонент, и все еще остается потребность в документальном закреплении перечня критериев ЗОЖ.

Согласно определениям понятия, данному ВОЗ и представленному в Федеральном законе, здоровье представлено 3 компонентами: физическим, душевным (психическим), т.е. способностью сохранять устойчивое равновесие под воздействием стрессов различной природы, и социальным, связанным с социальным макро- и микроклиматом.

Проведен анализ сводов критериев ЗОЖ, представленных в различных источниках, среди которых приказ РОССТАТ, информационный буклет ВОЗ и специальный опросник Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP-II). Были рассмотрены вопросы, касающиеся широты самих критериев, а также охват критериями различных компонентов здоровья.

При анализе доступных перечней критериев ЗОЖ выяснено, что не все перечни охватывают все 3 указанных компонента. А ведь ЗОЖ должен приводить к сохранению и

укреплению здоровья в целом, включая все компоненты, а не только отдельные сферы. В противном случае, такой образ жизни в полной мере здоровым назвать нельзя.

В методике РОССТАТ, являющейся основой для получения данных о доле граждан, следующих здоровьесохраняющей модели поведения, данных, которые являются необходимыми для принятия управленческих решений в сфере охраны здоровья граждан на стратегическом уровне, представлено 5 критериев, связанных с физическим компонентом здоровья. Данная методика основана на инструменте ВОЗ STEPS, которая тоже уделяет внимание физическому компоненту здоровья. Но ведь изменения в психической и социальной сфере могут привести и к злоупотреблению алкоголем, и к началу курения. И хотя попытка рассмотрения ЗОЖ как совокупности критериев довольно условна, необходимость более широкой оценки, охватывающей все 3 компонента здоровья, несомненна.

В представленном ВОЗ информационном буклете также основное внимание уделено физическому компоненту здоровья, что может быть обусловлено возрастом источника.

Особый интерес представляет инструмент HPLP-II, в котором представлены 52 вопроса, позволяющие оценить 6 критериев ЗОЖ и все 3 компонента здоровья, согласно определению ВОЗ. Само понятие ЗОЖ раскрывается здесь более полно и глубоко. Сильные стороны этого подхода определенно стоит использовать при оценке количества граждан, которые ведут ЗОЖ в нашей стране, для того, чтобы получать более четкую картину и на ее основе принимать взвешенные решения.

Четкие критерии ЗОЖ, помимо использования специалистами, могут применяться для просвещения населения в этих вопросах. По данным исследования работники педагогической сферы в основном осведомлены о факторах, негативно влияющих на здоровье, но плохо знакомы с факторами, влияющими на здоровье положительно. А ведь именно они, наряду с родителями или ближайшими родственниками, принимают непосредственное участие в обучении детей основам гигиенической грамотности. Информированность населения – это база для его оздоровления. Для повышения информированности уместно применять и РР-технологии.

Также определенно возникла необходимость в расширении критериев ЗОЖ. Даже в указанном ВОЗ перечне нет информации о соблюдении режима труда и отдыха, а ведь по данным новейшего исследования переработки могут оказаться губительными для человека, зрительного режима при работе с экранами и повседневном использовании смартфонов. На сегодняшний день многие перечни критериев ЗОЖ ограничены в основном знаниями XX века. Это следует учитывать при разработке критериев ЗОЖ в XXI веке. Возможным видится закрепление принципов ЗОЖ документально, оставляя возможность для изменений, которые, несомненно, будут вноситься при получении новых данных. Стоит определить, какой список критериев ЗОЖ является наиболее полным или же создать новый, включающий различные аспекты поведения, считающиеся эталоном. Именно такой список достоин стать основой межведомственной системы управления деятельностью в сфере охраны здоровья граждан, в которой каждое ведомство сможет уделить внимание определенным критериям, связанным с его непосредственными обязанностями.

Встает вопрос и об иерархии самих критериев. Что вносит больший вклад – физическая активность, отказ от курения, ограничение или полный отказ от алкогольных напитков? Для придания списку критериев ранжированности определенно требуется дополнительная оценка.

Человек находится под влиянием массы факторов – это условия его жизни, они находятся в сложных взаимоотношениях с его поведением – это образ его жизни. В здоровотворческой работе нужно уделять внимание и условиям, и образу жизни людей, так как они влияют друг друга, и для общего оздоровления важно в должной мере заниматься обеими этими сторонами.

Существует несколько позиций касательно употребления алкогольных напитков. ВОЗ определяет норму алкоголя в единицах, а фактором риска считает употребление алкогольных напитков свыше нормы, продиктованной национальным контекстом. Вот только установление такой нормы является нелегкой задачей, особенно в нашей стране, где вопрос злоупотребления алкоголем стоит весьма остро, несмотря на определенные успехи в этом направлении. Здесь требуется принимать меры и не только ограничительного характера, но и использовать более тонкие инструменты управления: мотивирование и стимулирование. Хотя есть мнение о необходимости полного отказа от алкогольной продукции, имея перед глазами примеры других

стран и рекомендации ВОЗ, можно понять, что следует контролировать употребление и не допускать злоупотребления, так как полный запрет может привести к появлению незаконных путей сбыта такого рода продукции и общему падению ее качества при отсутствии контроля, что еще сильнее ударит по общественному здоровью.

Определенной трудностью на пути повышения количества граждан, ведущих ЗОЖ, является отсутствие четкой границы между поведением, не оказывающим значительного влияния на состояние здоровья, поведением, укрепляющим здоровье, и поведением, наносящим вред здоровью. Только проведя разграничение этих видов поведения путем создания списка четких критериев, можно начать информирование и просвещение населения как этап мотивирования их к ведению ЗОЖ.

Составление перечня критериев и сбор информации касательно этой сферы с ее последующим анализом позволят узнать не только реальное количество граждан, ведущих ЗОЖ, но и выявить причины несоблюдения тех или иных критериев на конкретных территориях в конкретных условиях. Все это станет основой для принятия взвешенных управленческих решений для повышения количества граждан, следующих модели ЗОЖ, и достижения изложенных в стратегии целевых показателей. Мотивировать и стимулировать граждан к здоровьесохраняющему поведению можно и нужно, но делать это организованно и результативно можно только при существовании документально закрепленного эталона поведения, сформированного путем грамотного сочетания существующих подходов, ведь четкость и ясность задач важны не только для управляемого, но и для управляющего.

\*\*\*

*Павлова, С. Г. Организация деятельности центров здоровья на базе медицинских организаций // Медсестра. – 2021. – № 10. – С. 49-58.*

В 2009 г. в России стартовали две масштабные программы в сфере охраны здоровья населения, направленные на совершенствование организации медицинской помощи и профилактической работы с пациентами и формирование здорового образа жизни. Программа по формированию у населения здорового образа жизни является важнейшим направлением приоритетного национального проекта «Здоровье». Формирование здорового образа жизни у граждан начиная с детского возраста обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни. В рамках данной программы создаются центры здоровья. Согласно «Информационно-коммуникационной стратегии по формированию здорового образа жизни, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020 года», подготовленной Министерством Здравоохранения Российской Федерации, количество должно не менее 850 центров здоровья. Центры здоровья должны объединять кабинеты для обследования, профилактики курения и алкоголизма, а также школы здоровья.

Формирование здорового образа жизни – это комплекс мероприятий, направленных на сохранение здоровья, пропаганду здорового образа жизни, мотивирование граждан к личной ответственности за своё здоровье и здоровье своих детей, разработка индивидуальных подходов по формированию здорового образа жизни, в том числе у детей, борьба с факторами риска развития заболеваний, просвещение и информирование населения о вреде употребления табака и злоупотребления алкоголем, предотвращение социально- значимых заболеваний, снижение сердечно-сосудистых заболеваний, и как следствие, увеличение продолжительности активной жизни.

Федеральная служба государственной статистики (Росстат) при участии Минздравсоцразвития России, Росспорта, Института социальных исследований провела выборочное обследование на тему «Влияние поведенческих факторов на состояние здоровья населения». Результаты исследования основаны на материалах опроса 2204 человек в возрасте 15 лет и более, проведенного в июне-июле 2008 г. в 24 субъектах Российской Федерации. Цель обследования состояла в изучении мнений респондентов о состоянии их здоровья, отношении их

к здоровью как ценности, качестве медицинских услуг, репродуктивных ориентациях, занятиях физической культурой, спортом и туризмом, культуре питания, распространенности вредных привычек. Результаты исследования дополнили текущую статистику здравоохранения и уровня жизни, позволили выявить отношение представителей различных социально-демографических групп к собственному здоровью и способам его поддержания, оценить распространенность поведенческих факторов (привычек и стиля жизни), способствующих укреплению физического, репродуктивного и психического здоровья или, напротив, наносящих ему урон. Данные проведенного исследования показали, что для подавляющего большинства людей, в возрасте 15 лет и более, хорошее здоровье является одной из наиболее актуальных базовых ценностей. На предложение определить по пятибалльной шкале ценность здоровья в ряду других жизненных ценностей 85,0 % опрошенных дали ответы, в которых выражено максимальное ранговое значение ценности крепкого здоровья. В сознании подавляющего большинства людей всех возрастных групп здоровье как ценность вместе с ценностью семьи занимали 1-2-е место среди других важнейших социальных ценностей материального благополучия, работы, образования. Большинство опрошенных (84,2 %) вполне осознавали, что состояние их здоровья зависит, прежде всего, от них самих. Лишь в группе пенсионного возраста этот показатель уменьшился до 69,3 %, что объясняется как высоким уровнем заболеваемости в этой группе, так и, видимо, влиянием прежних стереотипов сознания об ответственности системы здравоохранения за здоровье населения. Вместе с тем основная масса обследованных на практике относилась к собственному здоровью весьма небрежно. Многие люди не приучены были к стилю жизни и поведению, которые обеспечивают предупреждение заболеваний, были подвержены влиянию отрицательных социальных норм и традиций. Как свидетельствует совокупность полученных данных о распространенности положительных и отрицательных поведенческих факторов, влияющих на здоровье, доля тех, кто в повседневной жизни действительно бережет свое здоровье, не превышает 25 % обследованных. Признавая на декларативном уровне важность здоровья, полезность занятий физической культурой, пагубность курения, употребления алкоголя и других вредных привычек, большинство людей в реальной жизни пренебрегали возможностями сохранения здоровья и рисками его потери.

Отрицательное проявление субъективных (личностных) качеств обследованных, в их отношении к собственному здоровью, выразилось в следующих фактах:

- 64,1 % опрошенных отметили, что не соблюдают режим питания;
- 76,4 % респондентов не занимались утренней гимнастикой;
- 33,7 % респондентов регулярно курили, из них – 48 % выкуривали от 11 до 20 и более сигарет в день;
- 84,7 % респондентов употребляли алкогольные напитки, в том числе каждый четвертый употреблял водку, коньяк и другие крепкие напитки регулярно.

При проведении исследования учитывалось, что самооценки здоровья лишь отчасти могут выражать его реальное состояние, ибо они носят субъективный характер, зависят от социального самочувствия людей, от конкретной жизненной ситуации и не всегда основываются на результатах медицинских обследований. Об этом говорит то, что 40,5 % от общего количества респондентов и 38 % от количества страдающих хроническими заболеваниями, не проходили профилактический осмотр в течение последних двух лет. Большинство опрошенных (59,2 %), оценивали состояние собственного здоровья, не опираясь на врачебные заключения, а по настроению.

На основании проводимых социальных исследований и статистических данных о демографической ситуации в Российской Федерации было принято решение о создании Центров здоровья, которые бы позволили научить население, как правильно себя вести, чтобы сохранить здоровье на долгие годы и находиться в работоспособном состоянии, радоваться самому и радовать окружающих.

В настоящее время в Российской Федерации функционируют более 700 Центров здоровья для взрослых и детей в 83 субъектах Федерации, в которых можно пройти бесплатную диагностику, проконсультироваться у врача и посетить школу здоровья (пациента). С каждым годом число Центров здоровья планируется увеличивать, что позволит разгрузить уже существующие Центры и сделать доступ населения к обследованию более простым. Кроме

Центров здоровья в настоящее время работают Центры медицинской профилактики. В будущем планируется, что Центры здоровья будут работать в каждом, даже небольшом, региональном образовании.

Центры здоровья создаются как структурные подразделения на функциональной основе в государственных учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации и учреждениях здравоохранения муниципальных образований, включая учреждения здравоохранения для детей. Один Центр здоровья должен обслуживать 200 тысяч человек. Требуемая пропускная способность Центров здоровья 60-70 человек в день. Работа центров здоровья осуществляется по двухсменному графику в часы работы медицинской организации. Обследование пациента проводится не реже одного раза в год. Пройти обследование в Центре здоровья может любой пациент, у которого есть полис обязательного медицинского страхования и паспорт.

Деятельность Центров здоровья осуществляется по трем направлениям: профилактическая работа с населением, методическая работа в учреждении и координационная работа на территории.

Профилактическая работа с населением является главной задачей Центра здоровья и реализуется посредством проведения круглогодичного скрининга населения по обращаемости для выявления лиц с избыточным риском опасных заболеваний. Осуществляется мониторинг за эффективностью профилактики у лиц, выполняющих оздоровительные мероприятия. Создается база данных по результатам обследований. Ведется санитарное просвещение и гигиеническое воспитание – лекции, беседы. После занятий каждому пациенту выдаются памятки, брошюры, буклеты. Центры здоровья оснащаются информационными стендами, на которых размещены плакаты.

Рассмотрим работу Центра здоровья, функционирующего на базе поликлиники Центральной клинической больницы города Чебоксары. Центр здоровья в городе начал работать в числе первых в России – 1 декабря 2009 года. Центр здоровья оснащен современным диагностическим оборудованием и аппаратно-программным комплексом, приобретенным в целях реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан РФ. Основными задачами Центра здоровья являются:

- организация и проведение комплекса мероприятий, направленных на сохранение здоровья и пропаганду здорового образа жизни (ЗОЖ);
  - мотивирование граждан к личной ответственности за свое здоровье и здоровье своих детей;
  - разработка индивидуальных подходов по формированию ЗОЖ;
  - борьба с факторами риска развития заболеваний;
  - просвещение и информирование населения о вреде употребления табака и злоупотребления алкоголем;
  - предотвращение социально значимых заболеваний, в том числе среди детского населения;
  - увеличение продолжительности активной жизни населения.
- Основные функции Центра здоровья:
- информирование населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах;
  - групповая и индивидуальная пропаганда здорового образа жизни;
  - профилактика возникновения и развития факторов риска различных заболеваний;
  - формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих детей и близких;
  - обучение граждан гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включая помощь в отказе от потребления алкоголя и табака;
  - обучение граждан эффективным методам профилактики заболеваний с учетом возрастных особенностей.

Важной задачей при организации Центра здоровья было проектирование эффективного размещения кабинетов. В условиях поликлиники проведение осмотров и диагностическое обследование должны осуществляться в одном месте. Для этих целей был выделен отдельный блок и сделана перегруппировка кабинетов с приоритетом компактного размещения в рамках структуры Центра здоровья. В результате Центр здоровья был организован как единое структурное подразделение со службой диагностического обследования, забора крови и врачебного осмотра, что позволило улучшить качество обслуживания пациентов, организовать единую точную систему прохождения осмотров.

Также важной задачей был вопрос о формировании потока пациентов. Предварительно организованная и проведенная серьезная информационная работа по теле- и радиовыступлениям, размещению информации в периодической печати способствовала тому, что открытие Центра здоровья вызвало значительный интерес у населения. Основной поток пациентов составили лица пожилого возраста, что потребовало изменить работу по привлечению населения других возрастных групп и сделать акцент на информирование лиц молодого и среднего возраста, мотивировать врачей первичного звена на активное направление данного контингента населения, а также организовать выездную работу специалистов Центра. С целью привлечения внимания населения к ЗОЖ периодически были организованы выезды специалистов Центра в места проведения культурно-массовых и спортивных мероприятий. За 2010-2011 гг. было организовано шесть выездов, в ходе которых проводились обследования с использованием газоанализатора, спирометра, кардиовизора, распространялась печатная продукция по вопросам профилактики заболеваний, выдавались информационные листки. В качестве методической литературы использовалась информация с сайта [www.takzdorovo.ru](http://www.takzdorovo.ru), а также материалы из официальных источников по профилактической медицине (Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздравсоцразвития России и др.). Центром распространено более 40 тысяч экземпляров печатной продукции по вопросам рационального питания, двигательной активности, курения и злоупотребления алкоголем и других. Все вышеназванные мероприятия позволили увеличить процент прохождения обследования лиц молодого и среднего возраста и способствовали популяризации работы Центра здоровья среди населения.

Был также решен вопрос взаимодействия Центра здоровья со специалистами первичного звена поликлиники по обеспечению преемственности в ведении обследованных и разработке совместных профилактических программ, направленных на мотивирование пациентов к здоровому образу жизни. Для решения данной задачи в структуре Центра сформировали ресурсный центр оздоровительных технологий, в котором проходят занятия школ больных с различными хроническими заболеваниями – школы больных с сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, школа преодоления табачной зависимости, здорового питания и коррекции массы тела, активного долголетия, школа ЗОЖ.

#### *Организация обслуживания населения в центре здоровья.*

На каждого пациента, обратившегося в Центр здоровья, заполняется талон амбулаторного пациента (учетная форма № 025-12/у) найти и включить в приложение, заводится карта центра здоровья (учетная форма № 025-ЦЗ/у), проводится комплексное обследование в кабинете инструментальных и лабораторных исследований, результаты которого вносятся в карту центра здоровья, после чего пациент направляется к врачу.

По результатам случая первичного обращения в Центр здоровья на каждого пациента заполняется Карта здорового образа жизни (учетная форма № 002-ЦЗ/у), с указанием результатов всех проведенных обследований и рекомендаций по ведению здорового образа жизни. По желанию пациента Карта здорового образа жизни может быть выдана ему на руки.

В Центре здоровья проводится профилактический скрининг состояния здоровья граждан и выявление факторов риска в целях предупреждения хронических неинфекционных заболеваний. Алгоритм обследования в Центре включает:

– измерение роста, веса, артериального давления с помощью ростомера, весов, динамометра, тонометра, входящих в аппаратно-программный комплекс, скрининг-оценки

уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма;

- с комплектом оборудования для измерения параметров физического развития;
- определение содержания углекислого газа в выдыхаемом воздухе и карбоксигемоглобина с помощью смокелайзера и анализатора окиси углерода в выдыхаемом воздухе;
- экспресс-анализ общего холестерина и глюкозы в крови;
- экспресс-оценку насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом (сатурация), частоты пульса и регулярности ритма с помощью пульсоксиметра;
- оценку функционального состояния сердца с помощью системы скрининга сердца компьютеризированного (экспресс- оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей);
- оценку функции внешнего дыхания
- с помощью компьютеризированного спирометра;
- определение композиции состава тела (процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани) с помощью биоимпедансметра;
- оценку риска наличия обструктивных заболеваний артерий нижних конечностей, сочетанных патологий сердца и магистральных артерий головы с помощью системы ангиологического скрининга с автоматическим измерением систолического артериального давления;
- профилактический осмотр врачом- стоматологом, который проводит осмотр ротовой полости, зубов и знакомит с правилами гигиены полости рта;
- проверка остроты зрения, рефрактометрия, тонометрия, исследование бинокулярного зрения, определение вида и степени аметропии, а также наличия астигматизма, в специально оборудованном офтальмологическом кабинете.

Для выявления различных поведенческих факторов риска развития заболевания в работе используются специальные тесты.

Специально для работающего населения по воскресеньям периодически проводятся Дни открытых дверей. Запись пациентов на обследование производится по телефонам справочно-консультативного отделения Центра здоровья и посредством электронной регистратуры. При работе в смену не менее двух врачей-терапевтов и четырех медицинских сестер пропускная способность отделения в будни составляет 60-70 человек, в субботу — 30-35 человек. Анализ работы показал, что, несмотря на предварительную запись, наибольшим спросом у населения пользуются часы работы с 8.00 до 11.00 и с 17.00 до 20.00.

По результатам комплексного обследования врач делает заключение о состоянии здоровья и составляет индивидуальный план по ведению здорового образа жизни, включая рекомендации по питанию, двигательной активности, отказу от вредных привычек и др.

Лицам, признанным в ходе обследования здоровыми, рекомендуется проходить полное комплексное обследование в Центре здоровья раз год. В случае выявления каких-либо функциональных отклонений рекомендуется динамическое наблюдение в Центре здоровья через 2-6 месяцев или углубленное обследование у врачей-специалистов по месту жительства (пребывания). Постановка или уточнение диагноза не является целью деятельности Центра здоровья. Специалисты Центра здоровья призваны выявлять факторы риска неинфекционных заболеваний (при их наличии) и подробно объяснять пациенту, к каким последствиям они могут привести, мотивировать его к личной ответственности за свое здоровье, пропагандировать здоровый образ жизни и, что не менее важно, осуществлять коррекцию факторов риска (курения, нерационального питания, низкой физической активности, избыточной массы тела, ожирения), оказывать помощь при отказе от вредных привычек.

#### *Показатели работы центра здоровья.*

Анализ работы Центра здоровья показал, что в среднем 70,0 % посетителей составляют лица трудоспособного возраста, из них доля женщин – 62,0 %, мужчин – 38,0 %. 70 % пациентов,



прошедших обследование в Центре здоровья это трудоспособное население города Чебоксары. Средний возраст пациентов –  $46,9 \pm 0,4$  года.

В результате комплексного обследования в Центре здоровья факторы риска хронических неинфекционных заболеваний выявляются у 76,0-80,0 % пациентов. Наиболее часто выявляются нарушения состава тела (избыточный вес, ожирение, дефицит веса), признаки нарушения функционального состояния сердца, перенапряжение механизмов адаптации, нарушения жирового и углеводного обмена.

Таким образом, Центр здоровья – это структура, которая на деле занимается формированием здорового образа жизни у населения. Взяв на себя решение важнейшей задачи профилактики заболеваний, коррекции факторов риска и сохранения физического потенциала, центры здоровья стали тем звеном, которое совместно с другими медицинскими учреждениями помогает людям быть здоровыми. Организация Центров здоровья в регионах России явилась новой и дополнительной возможностью для населения получить информацию о здоровом образе жизни, узнать собственные факторы риска развития заболеваний. В Центрах здоровья созданы условия для преодоления табачной зависимости и злоупотребления алкоголем, получения рекомендаций по здоровому питанию и коррекции массы тела, предупреждения заболеваний ротовой полости, глаз и др., выявления их на ранних этапах развития. Опыт работы Центра здоровья Центральной городской больницы города Чебоксары с полным основанием можно считать положительным.

### Уважаемые коллеги!

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

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

### Наши контакты:

#### Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

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

#### Режим работы:

Понедельник – четверг: с 9.00 до 18.00

Пятница: с 9.00 до 17.00

Суббота – воскресенье – выходной день

☎ (846) 979-87-90 – заведующий библиотекой

☎ (846) 979-87-90 – обслуживание читателей

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

**Сайт:** <http://miac.samregion.ru>