



# Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

## Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№11 (ноябрь), 2023



САМАРА

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....</b>	<b>3</b>
<b>МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ .....</b>	<b>10</b>
<b>ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....</b>	<b>15</b>

## УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

*Шевченко, Р. Главный актив : цифровая трансформация здравоохранения и медицинского образования // Медицинская газета. – 2023. – 10 нояб. (№ 44). – С. 11.*

Развитие информационных систем, телемедицина и интернет медицинских вещей, искусственный интеллект в медицине – таков далеко не полный перечень тем, которые обсуждались на III Международном саммите «Цифроайтимед». Организатор мероприятия – Сеченовский университет пригласил к участию в ставшем традиционным форуме врачей, исследователей, руководителей медучреждений, разработчиков IT-продуктов для сферы здравоохранения, сотрудников телемедицинских компаний и стартапов, других специалистов.

*Расширение взаимодействия.*

Работа в рамках саммита помогает расширить взаимодействие в профессиональной сфере, обмениваться опытом с другими учёными. Представленные на нём доклады находят практическое применение в различных областях медицины, сказал на открытии ректор Сеченовского университета Пётр Глыбочко. Он напомнил, что цифровизация в вузе активно развивается в рамках Научного центра мирового уровня «Цифровой биодизайн и персонализированное здравоохранение».

Одним из ключевых событий саммита стало подписание стратегических соглашений между Сеченовским университетом и индустриальными партнёрами о разработке совместных продуктов для системы здравоохранения. Так, соглашение с компанией «РТ Доктис» предполагает реализацию совместного пилотного проекта по дистанционному мониторингу больных хронической обструктивной болезнью лёгких с применением медицинских изделий. Его задача – доказать эффективность использования разработанной технологии при наблюдении пациентов с ХОБЛ, чтобы своевременно предотвращать риски развития обострений и осложнений. В дальнейшем стороны планируют совместно разработать системы мониторинга по целому ряду других нозологий.

Соглашение с ООО «АНТ» предусматривает разработку открытых и коммерческих датасетов (механизм хранения информации, который предоставляет быстрый доступ к большим объёмам данных), образовательных продуктов в сфере патоморфологии, а также создание системы поддержки принятия врачебных решений, основанных на искусственном интеллекте в области патоморфологии. Такие IT-решения позволят быстрее обрабатывать данные гистологических исследований и облегчат работу патоморфологам.

Ещё одно соглашение подписано с АО НТЦ «Модуль» – компанией, специализирующейся в области микроэлектронного дизайна и отечественных нейрокомпьютеров. Совместно планируют разработать три программно-аппаратных комплекса для системы здравоохранения.

*Надёжные помощники.*

Цифровизация даёт возможность объединить различных специалистов и создать удобные средства для коммуникации между врачами и пациентами, повысить внимание последних к своему здоровью. Именно с этой целью создаются удобные сервисы, позволяющие врачам дистанционно выявлять опасные для здоровья состояния и вмешиваться, не дожидаясь серьёзного кризиса, отметил заместитель министра здравоохранения РФ Павел Пугачев.

В этом году граждане получили 50 млн цифровых полисов ОМС, этот документ теперь доступен гражданам в мобильном приложении Госуслуг и является полноценной заменой бумажного. На ЕПГУ гражданам доступно 10 видов электронных медицинских документов.

По словам заместителя министра, в здравоохранении субъектов успешно внедряются голосовые помощники. Они заработали уже в 29 субъектах, где принимают и обрабатывают телефонные обращения граждан по вопросам записи на приём к врачу или вызова врача на дом, а также делают автоматический обзвон пациентов для подтверждения записи на приём.

Например, использование голосового робота в Белгородской области при записи на приём к врачу показало следующие результаты: экономия фонда оплаты труда оператора кол-центра – 50%; до 20 тыс. звонков в сутки, из которых половина – запись на приём к врачу или вызов врача на дом; 100% входящих звонков принимает робот, из которых 60% успешно получают услугу без

перевода на оператора. Ни одной жалобы на невозможность дозвониться на горячую линию по вопросам здравоохранения не поступало.

Ещё один проект, который сейчас внедряется в клиническую практику, стартовал в начале этого года, он называется «Персональные медицинские помощники». Его реализует Минздрав России при содействии ГК «Ростех». Идея – охватить граждан РФ, имеющих сахарный диабет и артериальную гипертензию, дистанционным наблюдением с использованием персональных носимых медицинских изделий и централизованных диагностических сервисов, создать и внедрить персональные медицинские устройства, на основе данных которых будут приниматься врачебные решения.

Это наблюдение будет вестись с применением цифровой платформы, которая объединит носимые медицинские устройства и будет принимать поступающую с них информацию (вне зависимости от их производителя), затем обрабатывать её и передавать медицинским организациям. Первичная обработка данных обеспечит взаимодействие пациентов, МИС (ГИС) и устройств ПМП.

Пилотный проект реализуется в шести субъектах РФ: Иркутская, Новосибирская, Тюменская, Самарская области, Республика Татарстан, Ханты-Мансийский автономный округ. Он охватывает 6505 человек с артериальной гипертензией и 1525 – с сахарным диабетом. Все они взяты под дистанционное наблюдение, создан прототип платформы ПМП, зарегистрированы два новых российских медицинских изделия с функцией дистанционной передачи данных. «Эта система несёт ещё и некий «вытягивающий» эффект для производства медицинских изделий, которые могут использовать пациенты», – заметил замминистра.

Авторы проекта рассчитывают, что пациенту это поможет повысить приверженность лечению, обеспечит сопровождение медицинским работником без посещения медорганизации, снизит риски возникновения осложнений. Врачу же позволит своевременно принимать решения, повысит эффективность лечения, поможет проактивно взаимодействовать с пациентом, используя инструменты Системы поддержки принятия врачебных решений (СППВР) и ИИ.

В ходе эксперимента планируется доработать целевые технологические требования к платформе и медико-технические требования к медизделиям, оценить клинико-экономическую эффективность апробируемых технологий и целесообразность внедрения дистанционного наблюдения в практику лечащего врача, затем рассчитывают тиражировать проект на другие регионы, а к 2026 г. – охватить дистанционным наблюдением 50% пациентов с АГ и СД.

Уже не первый год обсуждается вопрос о том, что для развития системы ИИ и медицинских данных необходимо решить такой чувствительный вопрос, как деперсонализация данных. Президент страны поручил Минздраву совместно с Минэкономразвития и Минцифры сформировать открытые структурированные наборы (датасеты) обезличенных медицинских данных пациентов в целях их использования для развития технологий ИИ в здравоохранении. Минцифры летом объявило, что планирует в 2024 г. создать внутри своей информационной системы центр, который будет обезличивать исходные персональные данные для дальнейшего использования, в том числе при обучении моделей ИИ. Вместе с тем, с юридической точки зрения, остаётся не до конца решённым вопрос правообладания, нет понимания прав доступа к данным.

П. Пугачев отметил, что действительно важно иметь целостную клиническую картину, для того чтобы повышать эффективность цифровых изделий. Но из-за нормативного ограничения сейчас даже обезличенные персональные данные остаются персональными и не могут быть переданы третьим лицам без согласия пациентов. И сообщил хорошую новость: «Мы подготовили соответствующие поправки в законодательство, в Минцифры тоже сделали предложения по корректировке законодательства с точки зрения того, чтобы для данных в обезличенном виде не требовалось согласие пациента, при соблюдении определённых условий». Ожидается, что эти изменения в законодательство будут приняты в осеннюю сессию.

*Лидер преобразований.*

Москва среди специалистов считается лидером цифровой трансформации. Здесь не боятся экспериментировать, тратить на это деньги и затем делиться наработками с регионами. Заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Илья Тыров рассказал, что на

сегодняшний день в городе успешно работают три цифровые системы: ЕМИАС, Единый радиологический сервис, Централизованная лабораторная система. Идёт оцифровка медицинской документации, создано уже более 19 млн ЭМК и более 2,5 млрд цифровых медицинских записей.

Цифровой трансформацией охвачено в том числе стационарное звено: клиники оснащены современной техникой, разработано единое программное обеспечение – клиническая информационная система, к ней подключено 56 стационаров, а в 2019 г. было всего 2. Обеспечено хранение всех медицинских и управленческих данных в цифровом виде.

Завершением цифровой трансформации должен стать полный переход на безбумажный формат работы клиник, использование цифровых данных для управления больницами. В распоряжении медицинского персонала, руководителей среднего и высшего звена медицинских организаций появился новый ресурс, отметил И. Тыров: «Эти данные – главный актив цифрового здравоохранения. Часто о нём забывают. Нужно начать им пользоваться. Это так же, как любой актив: если у меня деньги на счету просто лежат и не приносят никаких дивидендов, то они постепенно обесцениваются. С данными точно так же: через 30 лет они, скорее всего, будут никому не нужны. Ими нужно пользоваться сейчас».

Переход к управлению на основе качественных данных – это новый ресурс, и пределы его возможностей неизвестны даже специалистам. Но известно, что он открывает такие возможности управления, как точная диагностика на основе объективных данных, извлечение неочевидной информации благодаря автоматизированной обработке и анализу больших объёмов данных, возможность оперативно реагировать на отклонения благодаря быстрому и удобному доступу к данным.

*На примере отдельно взятой отрасли.*

Пример успешного развития цифровых технологий в конкретной отрасли демонстрирует эндокринология – одна из передовых дисциплин по скорости развития цифровых технологий и их внедрения в клиническую практику. Системы поддержки принятия врачебных решений, основанные на базах знаний, на методах математического моделирования, всё шире входят в практику врачей, рассказала руководитель отдела цифровой трансформации НМИЦ эндокринологии Елена Ковалёва.

Понимая, что создание таких систем было бы невозможно без баз данных, в эндокринологии давно занимаются структуризацией ЭМК. Есть возможности удалённого мониторинга и всевозможные сервисы по мобильному здравоохранению. База знаний содержит не только текстовые документы, но и изображения (гистосканы, изображения глазного дна и др.). «Базы знаний построены чаще всего на клинических рекомендациях, описывающих какую-то типовую ситуацию. Но на практике мы видим, что типовых ситуаций достаточно много. Благодаря таким системам мы можем выявлять пациентов по их факторам риска, для того чтобы им выполняли скрининговые обследования и правильно маршрутизировали до узкого специалиста или уже до того лечения, которое он должен получить», – сказала Е. Ковалёва.

Среди успешных разработок в эндокринологии она назвала СППВР дифференциальной диагностики нормокальциемического варианта первичного и вторичного гиперпаратиреоза, которая помогает планировать тактику ведения пациента с подозрением на опухоль околощитовидной железы. Для первичного звена есть СППВР по первичному гиперпаратиреозу, помогающая уменьшить время до постановки диагноза и улучшить маршрутизацию пациента с этой нозологией. Применяется и способ прогнозирования развития хронической болезни почек у пациентов с сахарным диабетом 1-го и 2-го типа, а также скрининга пациентов с диабетической ретинопатией, улучшающий качество диагностики. Интеллектуальный аппаратно-программный комплекс анализа биоакустических характеристик голосовых складок улучшает качество диагностики этой патологии, в том числе после хирургических вмешательств на органах шеи.

Цифровизация в эндокринологии продолжится и пойдёт по пути создания Единой системы эндокринологической службы под руководством Минздрава, заключила Е. Ковалёва.

**Нанкин, О. О. Особенности применения методов стратегического менеджмента в системе управления государственными медицинскими организациями / О. О. Нанкин // Экономические системы. – 2023. – Т. 16, № 3. – С. 116-124.**

Актуальность темы проведенного исследования определяется тем, что стратегическое управление, несомненно, может и должно быть применено по отношению к государственным медицинским учреждениям для улучшения качества оказания медицинской помощи в каждом отдельно взятом учреждении.

Целью исследования является применение принципов стратегического управления к медицинским организациям с учетом специфики их деятельности.

Для осуществления данной цели поставлены следующие ключевые задачи:

- отражение современных представлений о стратегическом менеджменте;
- выявление основных рычагов эффективного воздействия для успешного развития государственной медицинской организации;
- разработка предложений по повышению эффективности стратегического управления медицинской организацией с учетом специфики ее деятельности.

Стратегический менеджмент представляет собой процесс, определяющий последовательность действий организации по разработке и реализации стратегии ее развития. Стратегия в менеджменте – это детальный и комплексный план, разработанный для осуществления миссии и реализации целей организации. Теоретическое обоснование стратегического управления появилось ещё в 1970-е гг., пройдя множество этапов формирования. Первым этапом в осознании необходимости руководителей видеть будущее развитие организации стало понятие о долгосрочном планировании. Однако при нарастании кризисных явлений результаты деятельности отдельных компаний стали всё чаще расходиться с запланированными. Нарастало действие энтропии посредством внешних и внутренних процессов, влияющих на предприятия, и стало понятно, что долгосрочное планирование несостоятельно в нестабильной экономической среде и при нарастающей конкуренции. На современном этапе развития предлагается осуществление стратегии управления на основе гибких и быстрых решений, когда нельзя предусмотреть многие важные задачи, которые могут возникнуть в будущем.

Поскольку вся система здравоохранения функционирует в динамично изменяющемся и труднопредсказуемом окружении, она нуждается в стратегическом управлении. Рассматривая больницу с позиции организации, которая занимается общественной деятельностью, можно перенять многие полезные аспекты стратегического менеджмента в отношении объектов государственной медицины. Их основная задача – удовлетворение потребности населения в оказании качественной медицинской помощи при достижении максимально эффективного её оказания с наименьшими затратами.

И. Ансофф рассматривает стратегическое управление с позиции двух составляющих: выбора стратегии развития и оперативного управления в процессе реализации стратегии. Для формирования стратегии существует алгоритм анализа деятельности организации на текущий момент: формулировка основной миссии и целей организации; анализ внешней и внутренней среды; выбор наиболее успешной стратегии; реализация стратегии; оценка эффективности с применением оперативной корректировки стратегии в ходе её реализации.

Миссией государственной медицинской организации является стабильное оказание качественной медицинской помощи. Главная цель – оказание качественной и доступной медицинской помощи с наименьшими затратами и с ориентацией на создание комфортных условий в отношении пациента и врача.

На следующем этапе формирования стратегии необходимо провести анализ среды. Основная цель данного анализа – показать руководству положение организации на момент разработки стратегии.

Для понимания рычагов эффективной работы необходимо рассмотреть особенности финансирования медицинской организации в соответствии со ст. 82 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Согласно закону, источниками финансирования могут быть: средства бюджета Российской Федерации; средства обязательного медицинского страхования (ОМС); средства, поступившие

от физических и юридических лиц, в том числе добровольные пожертвования; иные не запрещенные законодательством Российской Федерации источники.

Несмотря на обилие источников финансирования медицинской организации, реализация данных средств имеет ряд ограничений в законодательстве. За счет бюджетных средств можно проводить:

- разработку и реализацию целевых программ;
- обеспечение профессиональной подготовки кадров;
- финансирование научных исследований;
- развитие материально-технической базы учреждения здравоохранения;
- оплату особо дорогостоящих видов лечения;
- финансирование медицинских учреждений при социально значимых заболеваниях;
- оказание медицинской помощи при массовых заболеваниях, в зонах стихийных бедствий и катастроф.

Бюджетное финансирование, как правило, ограничено и выделяется под конкретные задачи федерального и (или) муниципального управления. Зачастую при реализации данных задач возникает необходимость в дополнительном финансировании, поэтому элементы стратегического планирования в распределении бюджета на долгосрочные проекты играют важную роль.

Другой источник, который на сегодняшний день во многих больницах занимает 2/3 всего финансирования, – это средства обязательного медицинского страхования (ОМС). Медицинские организации обязаны использовать эти средства в соответствии с программами ОМС (п. 1 ч. 1, п. 5 ч. 2 ст. 20 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ).

Страховые медицинские организации (СМО) распределяют средства территориальных фондов ОМС (ТФОМС) среди клиник и следят за качеством медицинских услуг. При возникновении нарушений они могут взимать штрафы с медицинских организаций. Распределение средств между подведомственными медицинскими центрами происходит в зависимости от мощности центра (количество коек или прикрепленного населения), профиля учреждения, кадрового обеспечения, результатов деятельности учреждения в прошлом году, осуществления новых методов диагностики и лечения. Поступление бюджетных средств в клинику напрямую зависит от количества пролеченных больных. Нынешняя система финансирования мотивирует лечебные учреждения увеличивать количество пролеченных пациентов и сокращать неэффективное и нерациональное расходование средств.

Важный источник финансирования лечебного учреждения – это платные услуги. Учреждения здравоохранения являются некоммерческими организациями, которые, за исключением казенных и частных учреждений, в соответствии со ст. 24 Федерального закона от 12.01.1996 № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях», могут оказывать платные услуги, если это предусмотрено их учредительными документами, лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых они созданы, и если это соответствует таким целям. Граждане имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи (ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Приносящая доход деятельность практически не имеет ограничений в развитии внутри медицинской организации и имеет потенциал для существенного роста. Возможно введение в структуру организации отдела ОМС или отдела платных услуг, которые будут осуществлять учет расходов по средствам ОМС и приносящей доход деятельности. Важно, чтобы планово-экономический отдел, бухгалтерия, отдел статистики и отдел ОМС работали как единый организм. Для этого необходимо наладить коммуникацию сотрудников и осуществлять контроль их деятельности.

В международной практике принято проводить ситуационный анализ один-два раза в год. Для анализа текущей ситуации медицинской организации можно использовать SWOT-анализ, позволяющий выявить ее сильные и слабые стороны, возможности и угрозы.

Разберем пример краткого SWOT-анализа для государственной медицинской организации.

*S (strengths)* – сильные и конкурентные стороны. Например, оказание медицинской помощи по ОМС является конкурентным преимуществом по сравнению с частными медицинскими организациями. Близость к метро, большая парковка, наличие высокотехнологичных методов диагностики, дополнительных платных услуг может стать преимуществом медицинской организации по сравнению с другими.

*W (weakness)* – слабые стороны. Возможность записи на процедуры спустя долгое время, ожидание в очереди, грубый персонал и даже сломанный лифт могут стать для пациентов фактором отказа пойти в медицинское учреждение.

*O (opportunities)* - возможности. Это рычаги, которые поддаются прямому воздействию. Например, обучение сотрудников и повышение их квалификации, эффективное расходование средств бюджета и ОМС, увеличение доли приносящей доход деятельности, распределение непрофильной нагрузки с врачей на помощников и т. д.

*T (threats)* – угрозы. К ним относятся трудности, внешние факторы, которые не зависят от деятельности медицинской организации. Это политическая ситуация, сокращение финансирования здравоохранения и т. д.

Стратегия развития медицинского учреждения должна быть направлена на эффективную реализацию средств, поступающих в учреждение. Основными статьями расходов в медицинской организации являются заработная плата сотрудников и приобретение лекарственных средств. Для снижения напряженности при разных показателях заработной платы и для четкой системы мотивации сотрудников рекомендуется организовать работу внутри учреждения по разъяснению порядка начисления стимулирующих выплат. При достойной и своевременной оплате труда сотрудников и правильно выстроенной мотивационной работе руководитель получит команду лояльных единомышленников в лице персонала больницы, которые помогут в реализации миссии данной медицинской организации.

Лекарственное обеспечение – одна из наиболее затратных статей расходов, которая сложно подвергается управлению. Одним из средств механизмов эффективного расходования средств на лекарства является привлечение в штат клинического фармаколога. Его задача как врача – помочь клиницисту квалифицированно подобрать схемы лечения, комбинируя лекарственные средства с учетом назначений всех специалистов, принимающих участие в лечении пациента. При этом решается проблема полипрагмазии и реализуется эффективное использование лекарственных средств.

Одним из основных элементов эффективного управления и отлаженной работы всего медицинского учреждения является правильно построенная система обращения документов при осуществлении государственных закупок лекарственных средств и медицинского оборудования. Оптимизация таких закупок и их грамотное оформление помогут руководителю добиться максимально эффективного расходования средств и минимизировать риски санкций со стороны контролирующих органов.

Важное значение в практике деятельности медицинских организаций имеет использование аутсорсинга – делегирование некоторых непрофильных процессов сторонним организациям, например обслуживание медицинской техники. Иметь штат сертифицированных специалистов слишком дорого, и поэтому здесь зачастую применяется метод аутсорсинга. Однако взаимодействие со сторонней организацией – это всегда риск: банкротство контрагента, недобросовестное выполнение обязательств, завышение цены. Есть процессы в лечебном учреждении, в которых внедрение аутсорсинга имеет существенные риски:

– Системообразующие процессы (например, организация питания в стационаре). Минимизация риска возможна, если контрагентом выступает государственное или муниципальное предприятие.

– Процессы, требующие длительного времени и серьезных ресурсных потерь для перехода от одного контрагента к другому либо на восстановление процесса на собственной базе, например централизованное стерилизационное отделение (ЦСО).



Также для рационального расходования средств медицинской организации важно не забывать об экономии электроэнергии и прочих хозяйственно-бытовых аспектах.

Стратегический подход в оптимальном распределении бюджета государственной медицинской организации заключается:

- в эффективном расходовании средств, поступивших из федерального и муниципального бюджета, а также средств ОМС;
- увеличении объема приносящей доход деятельности.

Перечисленные меры позволят повысить доходы медицинского учреждения и за счет этого планомерно улучшать качество оказания медицинской помощи, внедрять новые методы диагностики и лечения, привлекать квалифицированные кадры и т. п. Данный подход позволит не только улучшить финансирование, но и повысить имидж лечебного учреждения, что, несомненно, приблизит медицинскую организацию к достижению поставленных целей.

Таким образом, для повышения деятельности медицинской организации необходимо разработать обновленную стратегию ее развития. Для реализации этой стратегии необходимо использовать основные принципы стратегического менеджмента с учетом специфики деятельности медицинского учреждения:

- создание мотивирующих механизмов реализации стратегии (принцип заинтересованности руководства в положительном результате];
- данные при анализе ситуации и разработки стратегии должны быть объективны (принцип объективности];
- ожидаемый эффект реализации стратегии должен измеряться и фиксироваться на совещаниях руководства (принцип фиксации результатов];
- высшее руководство и исполнители должны непрерывно коммуницировать и работать как единый организм (принцип коммуникации и глобальности];
- высшее руководство медицинской организации при существенном изменении внутренних и внешних условий должно корректировать стратегическую программу, изменять содержание и направленность стратегических действий (принцип непрерывности и гибкости];
- стратегия развития медицинской организации должна учитывать интересы всех подразделений и филиалов (принцип сочетания синергизма и автономности];
- практическое использование в планировании достижений научно-технического прогресса (принцип научной обоснованности].

Возрастающая энтропия внешней среды должна подталкивать медицинские организации к развитию стратегической гибкости, т. е. способности переходить от одной стратегии к другой. Контроль реализации стратегии должен применяться вместе с основами стратегического менеджмента, реагируя на изменения внешней и внутренней среды организации.

На основании изложенного и с учетом современных представлений о методах стратегического управления особенностями применения данных методов в отношении медицинских организаций будут являться:

- эффективное расходование средств, поступивших из федерального и муниципального бюджетов, а также средств ОМС;
- увеличение объема приносящей доход деятельности;
- разработка долгосрочной стратегии развития отдельной медицинской организации с учетом ежегодно поступающих средств и средств, сохраненных благодаря эффективному их расходованию;
- применение основ стратегического менеджмента на каждом этапе реализации стратегии развития медицинской организации.

В современных условиях эффективность стратегического менеджмента все больше зависит от руководителя, его творческого подхода в принятии решений. По сегодняшним представлениям руководитель медицинского учреждения – это врач с душой предпринимателя, который разбирается в вопросах финансирования, ценообразования и эффективного распределения имеющихся средств.

## МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

*Медведев, Ю. ВИЧ в нокауте: [созданные учеными России и США вещество может победить болезнь века] // Российская газета. – 2023. – 1 нояб. (№ 247). – С. 11.*

Вирус нашел для себя очень надежное пристанище – наши нейроны. Они надежно защищены от проникновения «чужаков», в том числе лекарств. Поэтому многие годы оставался непобежденным.

Разработанная учеными молекула, без всякого преувеличения, может стать одним из самых громких прорывов последнего времени в мировой науке. Если говорить совсем просто, то в российской лаборатории создан «киллер» ВИЧ.

Кстати, у этого вируса интересная судьба. Открытый в 80-х годах прошлого века, он сразу поразил своим коварством. Отключая иммунитет и лишая организм оружия для борьбы с ним, вирус грозил выкосить многие миллионы жизней. Его сразу объявили болезнью века, он оказался среди лидеров главных угроз человечеству вместе с климатом и падением большого астероида. Но где этот страшный ВИЧ сегодня? Почему практически исчез из информационного поля?

Неужели победили? Но вот реалии. Сегодня на планете зафиксировано несколько десятков миллионов инфицированных, скажем, в России их около 800 тысяч. И это только официальная статистика. Если бы была проведена массовая проверка, число заболевших оказалось бы минимум вдвое больше. Дело в том, что болезнь вначале протекает без особых симптомов, и человек даже о ней не догадывается. А когда вирус в полной мере проявляет себя, оказывается, что уже поздно.

Но если 20 лет назад это было смертельное заболевание, то сейчас ситуация кардинально изменилась. Созданы различные препараты, принимая которые, человек может прожить достаточно долго. Однако сам вирус так и остался непобежденным.

– Увы, никакие современные препараты не могут его убить, он остается с человеком навсегда, – говорит завлабораторией ФИЦ Биотехнологии РАН Вадим Макаров, – Почему? Дело в том, что вирус иммунодефицита оказался очень изоциренным. Во-первых, он очень маленький, а поэтому у него сложно найти мишени, чтобы его убить. Но главное, он нашел для себя очень надежное пристанище – наши нейроны. Они надежно защищены от проникновения «чужаков», в том числе лекарств. А не пропускает их в нейроны так называемый гематоэнцефалический барьер. Являясь основным бастионом защиты, охраняя наши нейроны от разных внешних воздействий, барьер в данном случае затрудняет лечение болезни.

Сегодня вирус «бомбардируют» целым букетом из нескольких препаратов, уничтожают его почти во всем организме, но он прячется за барьером в нейронах. И из этого логова его ничем не достать. Но стоит ослабить терапию или она по каким причинам становится неэффективной, вирус сразу появляется и болезнь быстро прогрессирует.

Кроме того, все лекарства от вируса сами по себе токсичны, имеют немало серьезных побочных эффектов. Как говорится, одно лечим – другое калечим. А ведь принимать препараты надо постоянно.

Ученые ФИЦ Биотехнологии РАН и Университета Северной Каролины (США) поставили задачу убить вирус в его логове – самих нейронах. «Киллер» должен удовлетворять минимум трем требованиям: проникать через барьер внутрь нейронов, убивать там врага и не вредить самим нейронам. Чтобы в одной молекуле совместить эти три критерия, ученым понадобилось более пяти лет. Кто-то может спросить: почему так долго? Дело том, что требования противоречивы. Стремясь выполнить одно, вы можете выйти за критический порог для других. К примеру, известны лекарства, которые могут проникнуть через барьер, но они очень токсичны для нейрона. А это приводит к различным нейродегенеративным болезням. Фактически в данном случае учеными решалась сложная задача оптимизации требований.

– Это работа шла по стадиям. Мы придумывали вещество, потом его синтезировали и отправляли в США, где проходило тестирование на разных штаммах, – рассказывает Вадим Макаров, – Получив от них результаты, вносили в нашу молекулу те или иные изменения и синтезировали новое соединение, которое опять тестировали американцы.

В поисках «киллера» через конвейер пропустили и отсеяли десятки самых разных вариантов, пока, наконец, не был получен желаемый результат. Оптимум по всем трем критериям. Созданное соединение проникает через барьер в нейроны, не вредит им и убивает вирус. Что и подтвердили испытания на животных. Почему тестирование проводилось в США? Ведь у нас во многих лабораториях любой желающий может пройти проверку на ВИЧ?

«Да, тесты на выявление вируса в организме человека у нас есть, но на проверку различных химических соединений, которые тестируют их активность, безопасность, способность проникать в нейроны, пока в России не созданы, поэтому работали с американцами», – объясняет Макаров.

Итак, стадия фундаментальных исследований завершена, впереди превращение полученных знаний в реальное лекарство, которое избавит человечество от страшной болезни.

\*\*\*

***Мещерский, А. Высокие технологии дарят надежду: [врачи Приволжского окружного медицинского центра ФМБА России смогли вылечить пациента с изначально неоперабельной формой рака] // Медицинская газета. – 2023. – 25 окт. (№ 42). – С. 5.***

Онкологи Приволжского окружного медицинского центра (ПОМЦ) Федерального медико-биологического агентства смогли вылечить, как считалось, неизлечимо больного пациента из Республики Мордовия, страдавшего IV стадией колоректального рака с метастазами в печени. Достичь такого результата удалось благодаря использованию высокотехнологичных методов лечения, начиная с классической хирургии и онкологии и заканчивая интервенционными и лапароскопическими методами.

По месту жительства пациенту была выполнена паллиативная операция по удалению опухоли кишечника, после чего он был направлен в ПОМЦ для решения вопроса о возможности лечения метастатического поражения печени. Обширность образований, множественность „поражения, а также сложность течения самого онкологического заболевания не позволяли решить проблему одномоментно. Поэтому на первом этапе рентген-хирурги ПОМЦ выполнили пациенту редукцию печёночного кровотока (химиоэмболизацию печёночной артерии и эмболизацию правой ветви воротной вены), что позволяет стимулировать регенерацию паренхимы печени и дорастить здоровую часть органа до размера, необходимого для безопасного удаления метастатического поражения.

Далее – впервые в Нижегородской области – пациенту была проведена лапароскопическая правосторонняя портальная геми-гепатэктомия правой доли печени. Операцию проводил хирург отделения абдоминальной онкологии ПОМЦ Николай Бобров. Через небольшие проколы (от 0,5 до 1,5 см) с помощью специального ультразвукового скальпеля и электроинструментов под видеоконтролем было выполнено обширное резекционное вмешательство. Обычно такие операции проводятся открытым доступом (через разрез передней брюшной стенки). Это связано с технической сложностью вмешательств из-за активного кровоснабжения органа, в том числе вследствие предшествующей стимуляции регенерации тканей, образования новых сосудов, увеличения печени в размерах из-за наличия патологических образований и сложной анатомии органа. По сравнению с традиционным подходом лапароскопический малоинвазивный доступ позволяет избежать дополнительной травматизации пациента и тем самым значительно облегчает течение послеоперационного периода. Для извлечения удалённого фрагмента печени используются прежние послеоперационные рубцы, а при их отсутствии – небольшой разрез, который пациент в будущем сможет прятать под нижним бельём. Таким образом удаётся добиться хорошего косметического эффекта. Данная методика также позволяет снизить объём кровопотери во время операции, существенно уменьшить выраженность болевых ощущений в послеоперационном периоде, избежать послеоперационных осложнений.

Впервые осуществлённая таким методом резекция печени прошла успешно и обеспечила не только безопасный послеоперационный период без хирургических и анестезиологических осложнений, но и хороший онкологический прогноз. В течение полугода пациент наблюдался в ПОМЦ ФМБА России, получая при этом по месту жительства адьювантную химиотерапию, которая закрепила эффект операции. Сейчас у пациента отсутствуют признаки онкологического

заболевания (биохимически и инструментально рецидив заболевания не определяется). Не менее важно и то, что пациент теперь может жить без дополнительной лекарственной терапии, и требуется лишь динамическое наблюдение.

Проведённое комплексное лечение с использованием малоинвазивных и гибридных технологий помогло справиться с неблагоприятным онкологическим прогнозом и обеспечить высокое качество жизни пациенту. Данный клинический случай демонстрирует возможности современных высокотехнологичных медицинских методов и дарит надежду тем пациентам, которые большинством клиник всё ещё признаются неоперабельными. Так, на стыке технологий рождаются новые прорывные идеи на благо жизни и здоровья каждого пациента.

\*\*\*

*Писаренко, Д. Лекарство из воздуха : [академик Чучалин – о дыхательной терапии и уникальном российском приборе] // Аргументы и факты. – 2023. – 8-14 нояб. (№45). – С. 14.*

Российские учёные создали технологию, которую уже заказывают другие страны. Поможет она и пострадавшим в зоне СВО.

О лекарстве, которое можно изготовить прямо рядом с кроватью больного, рассказывает завкафедрой госпитальной терапии РНИМУ им. Пирогова, академик Александр Чучалин.

– *Получать лекарство прямо из воздуха – звучит не очень правдоподобно.*

– Поправлю: не совсем из воздуха — из газов. Технологии применения кислорода для лёгочных больных начали разрабатывать ещё после Великой Отечественной. А во время пандемии COVID-19 медики столкнулись с такой проблемой, как тромбы мелких сосудов. Тогда стали применять оксид азота. Он улучшает микроциркуляцию, как бы «продувает» сосуды. Ингаляция помогает больному избежать цитокинового шторма и образования тромбов, снимает постковидный синдром.

Но с оксидом азота проблема: когда он хранится в баллонах, то быстро превращается в токсичный диоксид азота.

– *И как быть?*

– Я предложил подавать газ не из баллона, а из генератора, который вырабатывает его из воздуха с помощью электричества. К нему ещё добавляется водород, который защищает диоксид азота от быстрой деградации.

Наши физики из Сарова воплотили эту идею на практике. Электрогенератор позволяет прямо у постели больного получать чистейшую фракцию оксида азота. Аппарат помогает снимать тревожные состояния, преодолевать усталость, повышать устойчивость к физической нагрузке. Газ эффективен в борьбе с нейровоспалениями. У человека улучшаются лёгочная и сердечная функции, работа центральной нервной системы и желудочно-кишечного тракта.

– *Но от опытных образцов до практического применения часто дистанция огромная.*

– Серийное производство генераторов налажено. Их используют в НИИ скорой помощи им. Склифосовского, других медцентрах и санаториях. Российские генераторы медицинских газов уже заказывают Мексика, Индия, Китай, арабские государства.

– *Что такое вообще медицинские газы?*

– Это газы, связанные со структурой и функциями человеческого организма и присутствующие в нём: кислород, гелий, оксид азота и водород. У каждого своя область применения. Но оксид азота я называю молекулой XXI века. Его применяют в трансплантологии, кардиохирургии, при лечении детей с врождёнными «пороками и лёгочной гипертензией. Есть опыт лечения больных с туберкулёзом и инфекцией синегнойной палочки.

Наши военные медики используют оксид азота при травме грудной клетки, для заживления ран, когда нарушено кровообращение и его надо улучшить. В комбинации с водородом он помогает при посттравматических стрессовых расстройствах. Это актуально для людей, побывавших в зоне военного конфликта, – у них возможны депрессия, тревога, потеря остроты памяти. Дыхательная терапия помогает им восстановиться.

*Ингибиторы протонной помпы и деменция // Медицинская газета. – 1 нояб. (№ 43). –*

**С. 13.**

Потенциальную связь между приёмом ингибиторов протонной помпы (ИПП) и развитием деменции установили исследователи из Копенгагенской университетской больницы и Орхусского университета в Дании. Отчёт с результатами опубликован в журнале *Alzheimer's & Dementia*.

Около 55 млн человек в мире страдают деменцией, ежегодно регистрируется более 10 млн новых случаев, из-за общемировой тенденции старения населения ожидается, что это число значительно увеличится. Заболевание и его последствия давно уже стали серьёзной глобальной проблемой общественного здравоохранения. Первостепенное значение приобретает распознавание потенциальных модифицируемых факторов риска развития деменции.

ИПП применяются для лечения состояний, связанных с повышенной кислотностью желудочного сока, таких как пептическая язва, гастриты, хроническая изжога и рефлюксная болезнь (ГЭРБ). За последние 20 лет во всём мире использование ИПП значительно возросло, особенно среди взрослых в возрасте 40 лет и старше.

ИПП проходят через гематоэнцефалический барьер, и их применение связано с неврологическими побочными реакциями, такими как мигрень, периферические невропатии, нарушения слуха, зрения и памяти. Недавнее исследование показало, что ИПП избирательно ингибируют фермент, ответственный за биосинтез нейромедиатора ацетилхолина, и тем самым могут подавлять нейротрансмиссию в головном мозге.

В Дании общее использование препаратов ИПП увеличилось в шесть раз в период с 2000 по 2021 г. Учёные из Копенгагена оценили связь между кумулятивным эффектом использования ИПП и деменцией в разном возрасте, используя общенациональные данные когорты жителей Дании, состоящей из 1 983 785 человек в возрасте от 60 до 75 лет в период с 2000 по 2018 г. За время наблюдения было зарегистрировано 99 384 случая деменции от различных причин. Критериями исключения были регистрация диагноза деменции (с 1977 г.) или лечение специфическим для деменции препаратом (с 1995) до начала исследования.

Чтобы обеспечить достаточную информацию о предыдущем приёме лекарств, исследователи не включили лиц, иммигрировавших в Данию после 1995 г. (первого года наличия данных о рецептах). Включённые в исследование лица находились под наблюдением с 1 января 2000 г. или с момента их 60-летия, в зависимости от того, что наступит позже, в течение 19 лет до первого проявления деменции, эмиграции, смерти или 31 декабря 2018 г., в зависимости от того, что наступит раньше.

Соотношение показателей заболеваемости деменцией при постоянном применении ИПП по сравнению с никогда не принимавшими эти препараты составило 1,36 в возрасте от 60 до 69 лет, 1,12 в возрасте от 70 до 79, 1,06 в возрасте от 80 до 89 и 1,03 в возрасте старше 90. Более длительная продолжительность лечения приводила к увеличению заболеваемости деменцией. Среди всех случаев деменции 55,4% составляли женщины, а средний возраст на момент постановки диагноза был 79 лет (от 74 до 83) для женщин и 77 лет (от 72 до 82) для мужчин. За время наблюдения было зарегистрировано 99 384 случая деменции по всем причинам.

Таким образом, применение ИПП было связано с увеличением частоты развития деменции независимо от времени начала лечения. Уровень заболеваемости был выше при более раннем начале приёма препаратов. У лиц старше 90 лет на момент постановки диагноза не наблюдалось значимой связи между применением ИПП и деменцией.

\*\*\*

*Сибирцева, Е. Браслет безопасности // Медицинская газета. – 2023. – 10 нояб. (№ 44).*

**– С. 3.**

Новосибирская областная клиническая больница внедряет технологию идентификации пациента с помощью цифрового браслета. Это один из элементов обеспечения безопасности и качества медицинской помощи – той идеологии, которая сегодня активно реализуется в Российской Федерации и многих других странах. Цель – предупредить любые теоретически

возможные инциденты в лечебном учреждении, которые могут произойти, если одного пациента случайно принять за другого.

Первое подразделение больницы, где начала работать система двойной идентификации пациентов – областной перинатальный центр. Как пояснил начальник отдела информационных технологий Новосибирской областной клинической больницы Александр Пронин, сначала в приёмном отделении перинатального центра данные паспорта пациентки заносятся в бумажную историю болезни и электронную медицинскую систему, затем здесь же на принтере распечатывается идентификационный браслет из тончайшего пластика, который надевается на руку пациентки. Цифровые браслеты новорождённых крепятся на кровати и куветы, в которых лежат малыши. На браслет нанесены фамилия, имя, отчество пациента и два штрих-кода. Первый штрих-код – это номер электронной истории болезни пациента, второй – номер его электронной амбулаторной карты. В истории болезни отражается вся информация о лечении, которое пациент проходит в стационаре, а в амбулаторной карте – результаты диагностики.

– Перед проведением консультации врача или любой манипуляции – забор крови, УЗИ или рентген, выдача лекарств, хирургическое вмешательство и пр. – доктор или медсестра спрашивают у пациентки фамилию, имя, отчество, а затем сканируют данные с браслета. Данные должны совпадать. Точно так же по браслету идентифицируется каждый новорождённый перед проведением всех процедур, – говорит А. Пронин.

За год во все отделения областной больницы, включая перинатальный центр, поступает на госпитализацию в экстренном и плановом порядке 70 тыс. человек. Среди них бывают, в том числе однофамильцы и даже полные тёзки, люди с нарушениями слуха и речи, в бессознательном состоянии, без документов, иностранцы, дети без сопровождения родителей. Чётко идентифицировать каждого из пациентов и обеспечить его безопасность позволит цифровой браслет.

Сегодня уже 100% пациентов перинатального центра идентифицируются с помощью браслетов-паспортов. На отработку этой цифровой технологии потребовалось полгода. По расчётам ИТ-специалистов учреждения, внедрение системы тотальной идентификации пациентов главной больницы региона должно завершиться до середины 2024 г.

\*\*\*

*Мещерский, А. Инновационная вакцина // Медицинская газета. – 2023. – 10 нояб. (№ 44). – С. 3.*

Инновационная вакцина против новой коронавирусной инфекции «Конвасэл», разработанная по поручению руководителя ФМБА России Вероники Скворцовой коллективом учёных и технологов Санкт-Петербургского научно-исследовательского института вакцин и сывороток ФМБА России, производится на новой высокопроизводительной технологической платформе.

По данным Министерства здравоохранения РФ и осуществляемого ФМБА России мониторинга применения вакцины «Конвасэл», на конец октября 2023 г. привито 60 322 человека. Заболеваемость COVID-19 среди привитых не превышает 0,13-0,18% (то есть из 540 человек может заболеть один), что подтверждает высокую эффективность в защите от новой коронавирусной инфекции. При этом у вакцинированных не зарегистрировано тяжёлых форм заболевания.

Субъединичная рекомбинантная вакцина против COVID-19 «Конвасэл» является первой в мире зарегистрированной вакциной, основанной на применении компонентов нуклеокапсидного белка вируса SARS-CoV-2, который мало подвержен мутационным изменениям. Это делает вакцину универсальной для различных штаммов коронавируса. При этом нуклеокапсидный белок вируса SARS-CoV-2 обладает самой высокой иммуногенностью в отношении клеточного и гуморального иммунитета, начиная с ранних стадий инфицирования, и отличается высокой консервативностью.

Результаты клинического исследования показали, что вакцинация препаратом «Конвасэл» приводит к 100%-ной выработке высоких титров специфических антител класса иммуноглобулина G к белку N, специфического клеточного иммунитета, формированию специфических

центральных клеток памяти, а также развитию выраженной антителизависимой цитотоксичности. Таким образом, вакцина включает разные механизмы иммунной защиты и препятствует развитию коронавирусной инфекции. В рамках клинических наблюдений доказано, что иммунитет к вирусу SARS-CoV-2 после однократной вакцинации «Конвасэл» сохраняется не менее года, чего не обеспечивает ни одна существующая в мире вакцина.

Созданные специально для производства новой вакцины мощности цеха рекомбинантных препаратов Санкт-Петербургского НИИ вакцин и сывороток позволяют производить до 3 млн доз вакцины в месяц, что может полностью обеспечить потребность системы здравоохранения и вовремя провести вакцинацию пациентов из групп риска.

Федеральным медико-биологическим агентством реализован кластерный подход, который позволил привлечь к совместной работе по созданию «Конвасэл» площадки ведущих научных центров ФМБА России – Санкт-Петербургского НИИ вакцин и сывороток, Центра стратегического планирования и Института иммунологии, что дало возможность создать инновационную вакцину против COVID-19 в кратчайшие сроки.

Напомним, что регистрационное удостоверение вакцины «Конвасэл» получено в марте 2022 г. и уже в июне вакцина включена во временные методические рекомендации Министерства здравоохранения РФ «Порядок проведения вакцинации взрослого населения против COVID-19». В марте 2023 г. Минздрав России утвердил однократную иммунизацию вакциной и расширил показания к её применению для взрослых людей старше 60 лет.

## ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

*Коков, А. В. Здоровый образ жизни как показатель качества жизни человека / А. В. Коков, Н. М. Каримов // Молодежь и наука. – 2023. – № 2. – URL: [https://www.elibrary.ru/download/elibrary\\_53951813\\_10396554.pdf](https://www.elibrary.ru/download/elibrary_53951813_10396554.pdf) (дата обращения: 28.11.2023).*

Здоровый образ жизни, формирование которого является одним из наиболее изучаемых проблем на сегодняшний день, как ключевой показатель качества жизни, стал привлекать сферу социологии для изучения этого процесса. Здоровый образ жизни – это здоровая окружающая среда, четко определенный стиль жизни человека, здоровый образ жизни. В последние годы среди населения наблюдается все большее пренебрежение к собственному здоровью, что привело к росту интереса ко всем сферам здорового образа жизни не только как к ценности, но и как к объекту реального исследования. Обеспечение здоровья населения является одной из основных задач современного общества, и при ее изучении целесообразно использовать комплекс различных направлений. В настоящее время при изучении общественного здоровья участвуют медицина, психология, физиология, социология, валеология, философия и социальная работа.

Прежде всего необходимо рассмотреть генезис слова здоровый образ жизни. Одно из значений слова здоровый образ жизни – это цивилизация, цивилизованность или, проще говоря, человечность. В здоровом теле – здоровый дух, – одна из основных категорий, в которой человек считает внимание к этому явлению высокой ценностью.

Формирование здорового образа жизни включает в себя укрепление здоровья населения, изменение образа жизни, гигиенические знания, борьбу с вредными привычками, борьбу с гиподинамией и неприятными аспектами жизненных ситуаций. Таким образом, под здоровым образом жизни понимается типичный повседневный образ жизни человека. Здоровый образ жизни укрепляет и оздоравливает организм, улучшает его социальные и профессиональные функции.

Здоровый образ жизни – это совокупность процессов или видов деятельности, которые предупреждают и улучшают здоровье человека, формируют соматическое здоровье, психическое и социальное благополучие. Словосочетание "здоровый образ жизни" относится к человеку, является одной из ценностей человека, процессом, формирующим его деятельность и

улучшающим его отношение к своему здоровью, главным посредником в выявлении вредных факторов и борьбе с вредными факторами на основе конкретных программ.

Здоровый образ жизни – это социальное явление, позволяющее человеку организовать свою жизнь и достичь высокого уровня здоровья на основе навыков, обеспечивающих безопасность жизни и здоровья человека. Исходя из вышеизложенного, я считаю, что словосочетанию здоровый образ жизни с социологической точки зрения соответствует следующее определение. Здоровый образ жизни - это интегральное социологическое понятие, описывающее процесс оздоровления конкретного общества (в социальной группе) на основе его потенциала как степени, обеспечивающей здоровье человека, утверждающей ценности здоровья, развивающей социальное благополучие, повышающей качество жизни и функционирующей как социальный институт.

Следует отметить, что здоровый образ жизни формируется как механизм изменения среды обитания человека, его отношения к самому себе и играет роль технологии улучшения здоровья как высшего блага в жизни человека.

Здоровый образ жизни и проблемы со здоровьем долгое время рассматривались как проблема отдельного человека и изучались как признак развития личности. В настоящее время этот процесс рассматривается на уровне основного явления и считается компонентом социальной структуры.

Здоровый образ жизни все больше превращается в глобальный и сложный социокультурный феномен. Поэтому, когда мы говорим о здоровье, здоровом образе жизни и здоровой окружающей среде, нам необходимо говорить не только о «технологиях здоровья, но и о «политике здоровья».

Изучение здорового образа жизни как актуальной проблемы связано со следующими аспектами.

Во-первых, усложнение жизни человека приводит к изменению его биологической природы и обострению социальной жизни человека, вызывая интенсификацию в ритмах его жизни, негативно влияя на здоровье человека и развитие социальных заболеваний.

Во-вторых, негативное влияние на здоровье человека оказывают возросшие риски экономического, техногенного, экологического, психологического, политического и военного характера. Современный социальный прогресс тормозит развитие социальной системы и повышает уровень ее неопределенности. В современном обществе рост социальных рисков наносит реальные потери людям, даже приводит к потере влияния и неспособности традиционных защитных механизмов выполнять свои функции, что негативно сказывается на здоровье общества и отдельного человека.

В-третьих, методы и процессы, используемые при измерении физических характеристик пространства, должны избегать ограничения биомедицинскими моделями в качестве основного критерия при изучении здоровья человека и критериев образа жизни. В частности, исследование охватывает следующие вопросы: здоровье человека, культурный образ жизни, как социальная организация в обществе, индивидуальный выбор, изучение индивидуального поведения (в социальных группах) независимо от социальной структуры и ее отдельного элемента, социальная стратификация, нормы и ценности остаются проблемой.

Первичные исследования здорового образа жизни и здоровья были связаны с медицинскими знаниями, а в древности понятия «здоровье» и «здоровый образ жизни» подменялись конструктивными понятиями, такими как гармония, красота и утонченность.

Здоровый образ жизни возник на основе столкновения социологических подходов и биологических знаний, и как концепция здоровья он широко воспринимался как взаимная гармония внутреннего мира индивида и выделялась как альтернативная модель.

В широком смысле идея здорового образа жизни как концепция социальной политики рассматривается как высшая цель, что здоровье – это высший социальный процесс, за формирование и совершенствование которого ответственно государство, личность, социальная группа и общество. Трансформация социокультурных процессов в обществе привела к утрате нормативного статуса социальных норм. Ранее сложившиеся нормы еще не успели выполнить функцию адаптации, а новые нормы еще не полностью сформированы или усовершенствованы членами общества. Здоровье в современном образе жизни не является личной проблемой



индивида, но выступает в качестве ключевого социального фактора как векторная детерминанта общественного развития. Здоровье населения становится также совокупностью факторов, развивающих основные экономические, политические, социальные, культурно-духовные, бытовые и экологические системы общества. Снижение уровня жизни привело к сокращению продолжительности жизни социально уязвимых слоев населения, росту феномена «социального стресса», усилению чувства паники, формированию чувства опасности. Проблема здоровья связана с развитием социального и человеческого капитала. Это означает, что, когда люди улучшают свое физическое и психическое здоровье, у них формируется оптимальный уровень функционирования организма и функциональный оптимизм. Забота о здоровье ведет к профилактике заболеваний, снижению смертности и интенсивному увеличению человеческого капитала. В то же время здоровье может определять социальный капитал как индикаторный уровень. Сохранение и улучшение здоровья служит основой для формирования человеческого капитала. Было бы неправильно рассматривать здоровье человека и его здоровый образ жизни как простую проблемную дихотомию. Отношение к здоровью и здоровому образу жизни – это очень сложный системный и индивидуальный подход, в социальном взаимодействии человека с окружающей средой происходит угроза жизни и четкая оценка его физического состояния.

Здоровье формируется под влиянием многих факторов: социально-экономических, экологических, образа жизни, возраста, пола и наследственности. Но это может быть стратегический подход к сохранению и улучшению здоровья, основанный на реальном личном выборе человека, его образе жизни, на том, что он выбрал в молодости, чтобы сохранить или улучшить здоровье.

Социальное здоровье, определяемое в личном плане, в основном определяется уровнем комфорта человека в той или иной социальной среде, то есть социальное благополучие вхождением любого человека в социокультурную норму.

Образ жизни является ключевым фактором в определении состояния здоровья и учитывает особенности и специфику воспитания человека или социальной группы в сложной динамической функциональной системе с позиций системного подхода. Образ жизни в целом включает определение качества жизни, уровня жизни, стиля жизни. Здоровье проявляется не только как профилактика заболеваний или как ценность общества, но и определяет состояние полного физического, психологического и социального благополучия человека.

Здоровый образ жизни характеризует реализацию уровня потенциала (индивида, социальной группы) в конкретном обществе в обеспечении здоровья. Уровень социального благополучия рассматривает качество жизни и эффективное здоровье само по себе как функцию социальной организации на ценностном уровне. Защита здоровья как социальной ценности со стороны государства и общества только начинает формироваться.

Современный образ жизни, прежде всего, способствует развитию социальных детерминант здоровья: стресса, дисбаланса социального статуса, повышения уровня неуверенности в завтрашнем дне. Модель здоровья отражает макро и микроизменения в обществе, включая процессы развития, а также реакцию самого человека на ситуацию и образ жизни. При изучении здоровья и здорового образа жизни как социального явления, прежде всего, необходимо отойти от медико-биологической точки зрения. Это связано с тем, что здоровый образ жизни отражает типичный и существующий облик человека, формирует структуру социально-экономических, ценностных и нравственных ориентаций, благодаря которым развиваются социальные функции, физическое, духовное и социальное благополучие человека. Ценности играют ключевую роль в формировании личности, социальная активность влияет на структуру и направленность этого процесса, обеспечивает общее отношение к жизни и самому себе, определяет направленность и содержание позиции личности в обществе.

Некоторые проблемы в обществе стали оказывать серьезное влияние на население. К этим проблемам, в частности, относятся рост цен, безработица, разделение общества на богатых и бедных, популярные культурные ценности, социальные недуги (наркотики, алкоголизм), преступность. Под влиянием этих воздействий молодежь, которая считается наиболее влиятельной и быстро формирующейся частью населения, адаптируется к одной из проблем общества (стремление к богатству, подготовка к карьере, владение частной собственностью, жизнь с мыслью, что удача приходит только от материальных вещей). Иными словами,

девиантные процессы в обществе сопровождаются социализацией молодежи. Сегодня в обществе развивается индивидуальный образ жизни. Это создает основу для развития процесса отчуждения человека в рамках социальной группы (семья, круг друзей, коллектив). Но, как известно, основой общечеловеческих ценностей является здоровье человека, крепкая семья, хорошие и интеллектуально здоровые дети. Теоретико-методологический анализ феномена здорового образа жизни в рамках научных исследований показывает, что поведенческие стереотипы и ценности населения являются основными направлениями в формировании здорового образа жизни и окружающей среды. Исследования классифицируют не только описание понятия здорового образа жизни (здоровье, образ жизни, уровень жизни, качество жизни, внешний вид жизни, социальное благополучие), но и отношение к здоровью как социальному показателю.

Развитие социального капитала личности в обществе связано с тем, что жизненные стратегии молодого поколения ориентированы на здоровый образ жизни. Каждое общество формирует свое будущее на основе стратегических планов уникальным и целесообразным образом в процессе здорового образа жизни подрастающего поколения, совершенствуя их эффективными способами как качественный индикатор продукта. Только молодое поколение является основным человеческим ресурсом, определяющим будущее общества. Если изучить данную проблему глубже, то здоровье приобретает не фундаментальный, а инструментальный характер. То есть здоровье – это фактор, который улучшает и восполняет жизненный ресурс и является необходимым инструментом для других целей.

Изучив здоровый образ жизни, можно рекомендовать следующие выводы: здоровье и здоровый образ жизни взаимодействуют, образуя целостную систему, выполняющую четкие социальные, экологические и культурные функции. Система отношений между ними составляет объективную основу, а образ жизни и здоровье формируются и функционируют как единая структура, приобретают общие специальные и особенные черты. В контексте изучения здорового образа жизни, как формы поведения, ориентированного на социально-ценностный, социально-институциональный и социально-структурный подход, изменяющаяся социальная среда играет важную роль не только в оздоровлении и совершенствовании личности, но и в адаптивности. Формирование здоровой жизнедеятельности человека требует комплексного и системного подхода.

Выбор образа жизни определяют, с одной стороны, социальные, экологические, культурные и другие объективные условия, доминирующие в обществе, а с другой - субъективное состояние жизненных ценностей, выбранных индивидом. Ценностно-ориентированный анализ показал, что для молодых людей важно действовать в соответствии с современными тенденциями и понимать, что общее развитие социально ориентировано. Важно, что вербальные реакции и размышления молодых людей основаны не только на социальном статусе, но и на их саморефлексии, самооценке и самоидентификации, и, в конечном итоге, на их отношении к здоровью в образе жизни и реальном поведении. При этом непосредственные понятия (потребность, мотивация, интерес, ценность) необходимо поднять на несколько уровней и представить при изучении не только как индикаторное, но и как динамическое состояние.

Снижение уровня самооздоровительного поведения молодежи отражается, прежде всего, в разнообразии взаимосвязей между сложившимися поведенческими нормами и здоровьем, и существующим поведением. В структуре жизненных ценностей молодежи здоровье стоит на первом месте, но ценность здоровья – это инструментальная, а не фундаментальная классификация. Ценность здоровья выросла в нормативных процессах, но эта ценность не может быть фактом для сознания и вообще для поведения. Наблюдаются противоречия в сложившихся ценностях и существующих стратегиях поведения как ценности здоровья и явное проявление социально-практических аспектов в молодежной среде. В молодежной среде интерпретация здоровья больше воплощается как физическая зрелость, красота, а не страдание от какого-либо заболевания.

Здоровый образ жизни образует многоуровневую систему и формируется под влиянием объективных и субъективных факторов. Поэтому необходимо реализовывать планы мероприятий по формированию здорового образа жизни на основе дифференцированного подхода среди населения и в рамках общей социальной, групповой и индивидуальной классификаций населения. В результате динамика этого процесса наблюдается в изменениях социальной,

экологической, культурной и другой деятельности. Также рассматривается взаимосвязь между образом жизни и здоровьем на основе динамической системы, а оценку этого процесса целесообразно изучать с помощью социологического анализа и мониторинга.

Относя здоровый образ жизни и социальные показатели здоровья к социальным ценностям, несформированные неадекватные и ошибочные стереотипы оказывают серьезное, даже ударное, влияние на здоровье и качество жизни человека, и эти деструктивные модели поведения наносят ущерб здоровью. Поэтому, разрабатывая специальный комплекс социокультурных концепций и программ для населения по профилактике этих последствий, этот комплекс концепций и программ должен быть направлен на формирование и совершенствование здорового образа жизни. Думаю, что комплекс программ полезен не только для концептуального понимания здорового образа жизни как мультипарадигмы, но и для исследования на методологическом, специально-теоретическом и эмпирическом уровнях, направления и внедрения образовательных технологий по охране здоровья и определения уровня жизни. Исходя из этого, основой может стать система спорта, которая представляет собой процесс социализации жизни человека. Ведь спорт – это один из основных процессов, который не только оздоравливает человека, но и воспитывает его, повышает его уровень жизни.

### 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>