

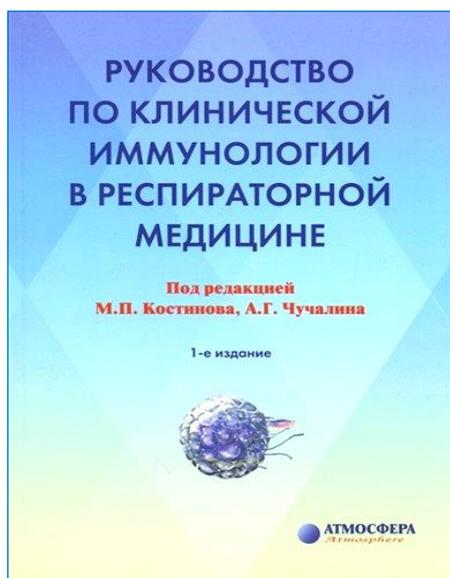


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№12 (декабрь), 2020



СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	13
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	15

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Временные методические рекомендации по COVID-19. Что Минздрав изменил в версии 9 // Здравоохранение. – 2020. – № 12. – С. 12-16.

Лабораторные исследования.

Лабораторное исследование на коронавирус рекомендуют проводить всем с признаками острой респираторной инфекции. Речь идет о мазках носо- и ротоглотки методом иммунохроматографии. В обязательном порядке исследования проводят прибывшим на территорию России с инфекционным заболеванием, контактировавшим с коронавирусными больными, пациентам с внебольничной пневмонией, воспитанникам детских домов, интернатов, пожилым старше 65 лет с симптомами респираторных заболеваний.

Дифференциальная диагностика.

Минздрав подчеркивает важность дифференцирования новой коронавирусной инфекции с гриппом, острыми вирусными инфекциями, туберкулезом. Длительность инкубационного периода COVID-19 может колебаться от двух до четырнадцати дней, однако в среднем составляет пять-семь дней, тогда как длительность инкубационного периода гриппа и ОРВИ, как правило, не превышает трех дней.

При гриппе заболевание начинается резко, при COVID-19 и ОРВИ, как правило, постепенно. Как при COVID-19, так и при гриппе могут присутствовать высокая лихорадка, кашель, слабость. А при ОРВИ высокая лихорадка, слабость встречаются редко. При этом при гриппе и ОРВИ одышка и затрудненное дыхание встречаются реже, чем при COVID-19. Симптомы COVID-19 и туберкулеза могут быть схожи (кашель, повышение температуры, слабость). При туберкулезе симптомы в большинстве случаев развиваются постепенно, но может быть и острое течение заболевания.

Госпитализация.

Госпитализируют пациентов с подозрением или установленным диагнозом COVID-19 в состоянии средней тяжести, в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Можно оказывать медпомощь на дому взрослым со среднетяжелым течением заболевания, если есть условия для этого. Если у больных, находящихся на лечении на дому, больше трех дней держится температура выше 38,5 °С, затрудненное дыхание, одышка и сатурация меньше 93 процентов, их рекомендуют госпитализировать.

В документе отметили, что госпитализировать вне зависимости от тяжести заболевания нужно больных старше 65 лет и тех, кто имеет сопутствующие заболевания: артериальную гипертензию, хроническую сердечную недостаточность, онкозаболевания, гиперкоагуляцию, ДВС-синдром, ОКС, сахарный диабет и др.

Лечение.

В список рекомендованных для лечения COVID-19 включили еще пять препаратов: фавипиравир, ремдесивир, умифеновир, гидроксихлорохин (с азитромицином или без него) и интерферон-альфа. Отметили, что сведения о результатах терапии всеми препаратами не позволяют сделать однозначный вывод об их эффективности и наоборот. Применение лекарств допускается по решению врачебной комиссии, если потенциальная польза для пациента будет превышать риск их применения.

Вакцинация.

Минздрав рекомендовал вакцины «Гам-КОВИД-Вак» в форме раствора и «ЭпиВакКорона» для иммунизации взрослых 18-60 лет для формирования гуморального и клеточного иммунитета против нового коронавируса.

Определили круг лиц, кому рекомендована приоритетная иммунизация против COVID-19. Это все сотрудники медицинских и образовательных организаций, полиции, общественного транспорта, торговли, органов социальной защиты населения и предприятий общественного питания. В перечень включили также сотрудников организаций, контактирующих с большим количеством людей. Еще приоритетной вакцинации подлежат студенты и призывники.

Минздрав рекомендует для оценки напряженности иммунитета после вакцинации проводить определение уровня антител методом иммуноферментного анализа. Вакцинацию

проводят в два этапа. Вакцину «Гам-КОВИД-Вак» вводят с интервалом в три недели, «ЭпиВакКорону» – не менее чем 14-21 день.

Векторную вакцину Центра Гамалеи после размораживания следует использовать в течение 30 минут, иммунобиологический препарат необходимо хранить при температуре не выше минус 18°C. Пептидная вакцина «ЭпиВакКорона» содержит антигены 8-белка вируса, адсорбированные на адьюванте. Вакцину ГНЦ ВБ «Вектор» нельзя замораживать, следует хранить при 2-8°C.

Принципы и схемы терапии.

1. Для лечения COVID-19 могут быть использованы пять препаратов: фавипиравир, ремдесивир, умифеновир, гидроксихлорохин (с азитромицином или без него) и интерферон-альфа.

2. Применение ремдесивира возможно только в стационаре.

3. Ремдесивир следует использовать при сатурации 94% и ниже, когда требуется кислород, проведение ИВЛ или ЭКМО.

4. До подтверждения диагноза в лечении легких форм Минздрав по-прежнему рекомендует препараты для лечения сезонных ОРВИ: интраназальный интерферон-альфа, индукторы интерферона, противовирусные препараты с широким спектром активности.

5. В амбулаторных условиях профилактические дозы низкомолекулярного гепарина или нефракционированный гепарин должны получать пациенты:

- с ограниченной подвижностью,
- ТГВ/ТЭЛА в анамнезе,
- злокачественным новообразованием,
- крупной операцией или травмой в предшествующий месяц,
- тромбофилией,
- старше 70 лет,
- сердечной, дыхательной недостаточностью,
- ожирением,
- системным заболеванием соединительной ткани,
- получающие гормональную заместительную терапию или пероральные контрацептивы.

6. В схемы лечения амбулаторных пациентов могут быть включены прямые пероральные антикоагулянты: апиксабан или ривароксабан.

7. При наличии признаков бактериальной суперинфекции в схему лечения на 5-10 дней включают один из антибиотиков: амоксициллин+клавулановая кислота, амоксициллин, азитромицин, левофлоксацин, моксифлоксацин, кларитромицин.

Бескаравайная, Т. Минздрав вводит отсрочку на получение сертификатов специалиста // Медвестник. – 2020. – 19 дек. – URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-vvodit-otsrochku-na-poluchenie-sertifikatov-specialista.html> (дата обращения: 21.12.2020)

Минздрав планирует ввести мораторий до 1 июня 2021 года на допуск физических лиц к медицинской и фармацевтической деятельности без сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации.

Минздрав намерен объявить мораторий на допуск физических лиц к медицинской и фармацевтической деятельности без сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации. Проект приказа размещен на портале нормативно-правовой информации для публичного обсуждения.

Документом вводится отсрочка на получение свидетельств об аккредитации специалиста до 1 июня 2021 года. Соответствующие изменения предлагается внести в ведомственный приказ № 327н от 14.04.2020 «Об особенностях допуска физических лиц к осуществлению медицинской деятельности и (или) фармацевтической деятельности без сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста и (или) по специальностям, не предусмотренным сертификатом специалиста или свидетельством об аккредитации специалиста».

Срок его действия будет продлен до 1 января 2022 года.

Ранее Минздрав в связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой предложил продлить на год особый порядок проведения аккредитации специалиста. Соответствующие изменения предлагается внести в приказ № 891н от 24.08.2020. В соответствии с ними по решению председателя аккредитационной комиссии региона процедура аккредитации может быть перенесена на более поздний срок, а тестирование может проходить дистанционно.

Изменили закон об ОМС. Клиники теперь будут по-новому направлять на лечение в федеральные центры // Здравоохранение. – 2020. – №12. – URL: <https://e.zdravohrana.ru/857867> (дата обращения: 23.12.2020)

Минздрав разработал проект, по которому клиники будут направлять пациентов в федеральные медцентры. Это необходимо, поскольку с 2021 года их будут финансировать напрямую из бюджета ФФОМС.

Медцентры, подконтрольные федеральным органам власти, будут с 2021 года финансировать напрямую из бюджета ФФОМС. Законопроект об изменениях в 326-ФЗ «Об ОМС» приняла Госдума в трех чтениях.

Клиники будут по-новому направлять пациентов, нуждающихся в специализированной медпомощи по ОМС, в федеральные медцентры. Минздрав уже опубликовал проект порядка направления на портале нормативных актов.

Направление выдавать будет лечащий врач либо «врач-специалист медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи или специализированной медицинской помощи». Выбирает федеральную медорганизацию тоже врач, он же информирует пациента о возможности выбрать место лечения среди клиник, участвующих в реализации базовой программы ОМС.

Чтобы пациент попал на лечение в федеральный центр, надо проверить, что соблюдены условия:

- нетипичное течение заболевания и (или) отсутствие эффекта от проводимого лечения;
- необходимость применения методов лечения, недоступных в региональных клиниках;
- высокий риск хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием коморбидных заболеваний;
- необходимость выполнения повторных хирургических вмешательств в случаях, описанных в предыдущих трех пунктах;
- необходимость дополнительного обследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовки у больных с осложненными формами заболевания и (или) коморбидными заболеваниями для последующего хирургического лечения;
- необходимость повторной госпитализации по рекомендации федеральной медицинской организации;
- иные случаи, когда сроки госпитализации не превышают сроков, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, а сроки ожидания медпомощи в медорганизациях, участвующих в реализации терпрограммы ОМС, превышают установленный лимит.

Эти условия не применяются в случае, если пациент отправляется на лечение в медучреждение, подведомственное ФМБА и единственное государственное на территории.

При наличии показаний для госпитализации врач отправляет в федеральный медцентр данные о пациенте через ЕГИСЗ. Затем врачебная комиссия федеральной организации принимает окончательное решение о госпитализации для оказания специализированной медпомощи.

Пациент вправе на любом этапе обжаловать решения, принятые в ходе его направления в федеральную медицинскую организацию. Но механизм обжалования и ответственные пока не прописаны в проекте.

Порядок организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности // Главный врач. – 2020. – № 12. – С. 8-13.

1. Настоящий Порядок устанавливает правила организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – ведомственный контроль).

2. Ведомственный контроль организуется и осуществляется федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации (далее – органы исполнительной власти) в подведомственных им:

- 1) органах (далее – подведомственные органы);
- 2) организациях, осуществляющих медицинскую и фармацевтическую деятельность (далее – подведомственные организации).

3. В целях организации ведомственного контроля органы исполнительной власти определяют:

1) ответственное за организацию и проведение ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности должностное лицо (руководитель или заместитель руководителя органа исполнительной власти);

2) подразделение, осуществляющее ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности;

3) порядок и сроки хранения материалов проверки.

4. Задачами ведомственного контроля являются:

1) предупреждение, выявление и пресечение нарушений требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;

2) принятие мер по пресечению и (или) устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

3) обеспечение качества медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, подведомственных органам исполнительной власти;

4) определение показателей качества деятельности подведомственных органов и организаций;

5) создание системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг.

5. Ведомственный контроль включает проведение проверок:

1) применения медицинскими организациями положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи либо правил проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, стандартов медицинской помощи;

2) соблюдения медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);

3) соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности;

4) соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья граждан, в том числе доступности для инвалидов объектов инфраструктуры и предоставляемых услуг в указанной сфере;

5) соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

б) соблюдения требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

6. Ведомственный контроль осуществляется уполномоченными должностными лицами органа исполнительной власти (далее – должностные лица) в соответствии с их должностными обязанностями на постоянной основе либо по решению руководителя или заместителя руководителя органа исполнительной власти на основании приказа органа исполнительной власти.

7. Ведомственный контроль осуществляется посредством плановых и внеплановых документарных и (или) выездных проверок, а также сбора и анализа показателей деятельности подведомственного органа и (или) организации, и предоставляемой ими статистической отчетности, в том числе характеризующей качество и безопасность медицинской деятельности.

8. План мероприятий по ведомственному контролю утверждается руководителем (уполномоченным должностным лицом) органа исполнительной власти, не позднее чем за 1 месяц до начала календарного года.

9. Плановые проверки в отношении подведомственного органа или организации осуществляются не чаще чем один раз в год.

10. Внеплановые проверки осуществляются в следующих случаях:

1) поступления в орган исполнительной власти обращений граждан, юридических лиц и индивидуальных предпринимателей с жалобами на нарушения прав и законных интересов подведомственными органами и организациями, в том числе содержащими сведения о причинении вреда жизни и здоровью граждан и (или) угрозе причинения вреда жизни и здоровью граждан;

2) в целях контроля исполнения ранее выданных поручений либо предписаний;

3) в целях проверки представленных подведомственными органами и организациями статистической отчетности или данных мониторинга;

4) наличия поручения Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, либо на основании требования прокурора о проведении внеплановой проверки в рамках надзора за исполнением законов по поступившим в органы прокуратуры материалам и обращениям;

5) несоответствия показателей деятельности подведомственного органа или организации установленным целевым показателям деятельности;

б) невыполнения подведомственным органом или организацией установленных объемов государственного задания по оказанию медицинской помощи.

11. Документарные проверки проводятся путем анализа документов, представленными подведомственными органами и организациями.

12. При проведении проверок срок проведения каждого вида проверки, предусмотренного настоящим Порядком, не должен превышать двадцать рабочих дней.

В исключительных случаях, связанных с необходимостью проведения сложных и (или) длительных исследований, экспертиз, анализов, оценок на основании мотивированных предложений должностных лиц, проводящих проверку, срок проведения проверки может быть продлен руководителем органа исполнительной власти или его заместителем, но не более чем на двадцать рабочих дней.

Срок проведения каждой из проверок, предусмотренных настоящим Порядком, в отношении подведомственного органа или организации, осуществляющего свою деятельность на территориях нескольких субъектов Российской Федерации, устанавливается отдельно по каждому филиалу, представительству, обособленному структурному подразделению, при этом общий срок проведения проверки не должен превышать шестьдесят рабочих дней.

13. При проведении проверок, предусмотренных подпунктом 1 пункта 5 настоящего Порядка, осуществляются следующие мероприятия:

1) рассмотрение документов и материалов, характеризующих организацию работы и оказание медицинской помощи в соответствии с требованиями положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи либо правил проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, стандартов медицинской помощи;

2) рассмотрение и анализ жалоб граждан, связанных с оказанием им медицинской помощи, в том числе содержащих сведения о непредставлении информации о возможности оказания медицинских услуг, наличии лекарственных препаратов и медицинских изделий, включенных в стандарт медицинской помощи;

3) осмотр используемых при осуществлении медицинской деятельности зданий, строений, сооружений, помещений и территорий;

4) оценка соблюдения положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи либо правил проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, в том числе в части:

– требований к организации деятельности организаций (их структурных подразделений, врачей), индивидуальных предпринимателей;

– стандартов оснащения;

– рекомендуемых штатных нормативов;

5) оценка соблюдения стандартов медицинской помощи, в том числе в части:

– выполнения медицинских услуг в зависимости от усредненных показателей частоты предоставления и кратности их применения;

– обоснованности и полноты назначения лекарственных препаратов для медицинского применения, имплантируемых в организм человека медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания.

14. При проведении проверок, предусмотренных подпунктом 2 пункта 5 настоящего Порядка, осуществляются следующие мероприятия:

1) оценка соответствия норматива численности службы охраны труда требованиям трудового законодательства Российской Федерации;

2) оценка уровня подготовки специалистов по охране труда и повышение их квалификации;

3) организация обучения работников безопасным методам и приемам труда;

4) соблюдение предоставления работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, компенсаций, установленных по результатам аттестации рабочих мест по условиям труда;

5) оценка обеспеченности работников средствами индивидуальной защиты, молоком или продуктами, его заменяющими, лечебно-профилактическим питанием;

6) оценка соблюдения требований безопасности медицинских изделий, предусмотренных нормативной документацией производителя;

7) оценка соблюдения требований к утилизации (уничтожению) медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией производителя;

8) оценка соблюдения установленных правил в сфере обращения медицинских изделий;

9) анализ выполнения обязанностей по сообщению сведений, указанных в части 3 статьи 96 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

15. При проведении проверок, предусмотренных подпунктом 3 пункта 5 настоящего Порядка, осуществляются следующие мероприятия:

1) оценка наличия договоров о проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, а также об осуществлении медицинским работником педагогической и (или) научной деятельности;

2) рассмотрение договоров о поставках лекарственных препаратов, медицинских изделий на предмет наличия в них условий о назначении или рекомендации пациентам либо о предложении населению определенных лекарственных препаратов, медицинских изделий;

3) рассмотрение утвержденного администрацией медицинской организации порядка участия представителей организаций, занимающихся разработкой, производством и (или)

реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) (далее соответственно - компания, представитель компании) в собраниях медицинских работников и иных мероприятиях, связанных с повышением их профессионального уровня или предоставлением информации, предусмотренной частью 3 статьи 64 Федерального закона от 12 апреля 2010 г. N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств" и частью 3 статьи 96 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

4) оценка организации работы, направленной на предупреждение нарушений медицинскими работниками и фармацевтическими работниками ограничений, установленных статьей 74 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в том числе по информированию медицинских работников, фармацевтических работников, компаний, представителей компаний и граждан об установленных запретах на совершение определенных действий и ответственности за их совершение;

5) анализ обращений граждан, содержащих сведения о предоставлении недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых при назначении курса лечения лекарственных препаратах, о медицинских изделиях, включая сокрытие сведений о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов, медицинских изделий, либо о наличии в аптечной организации лекарственных препаратов, имеющих одинаковое международное непатентованное наименование, медицинских изделий, включая сокрытие информации о наличии лекарственных препаратов и медицинских изделий, имеющих более низкую цену.

16. При проведении проверок, предусмотренных подпунктом 4 пункта 5 настоящего Порядка, осуществляются следующие мероприятия:

1) рассмотрение документов и материалов, характеризующих деятельность проверяемых, организаций по соблюдению прав граждан в сфере охраны здоровья граждан, в том числе доступности для инвалидов объектов инфраструктуры и предоставляемых услуг в указанной сфере;

2) рассмотрение документов и материалов, характеризующих организацию работы по рассмотрению обращений граждан;

3) оценка соблюдения требований законодательства Российской Федерации к размещению и содержанию информации об осуществляемой деятельности в сфере охраны здоровья граждан.

17. При проведении проверок, предусмотренных подпунктом 5 пункта 5 настоящего Порядка, осуществляются следующие мероприятия:

1) рассмотрение документов и материалов, характеризующих организацию и проведение медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

2) оценка соблюдения:

– порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, в том числе содержащих перечни осмотров врачей-специалистов и медицинских исследований;

– правил внесения записей в медицинскую документацию при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, а также оформления их результатов.

18. При проведении проверок, предусмотренных подпунктом 6 пункта 5 настоящего Порядка, осуществляются следующие мероприятия:

1) рассмотрение документов и материалов, характеризующих организацию внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

2) оценка:

- соблюдения установленного порядка проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- соблюдения порядка оформления результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- обоснованности мер, принимаемых по результатам проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

3) анализ эффективности проводимого внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

19. О проведении плановой проверки подведомственные органы или организации уведомляются путем направления копии приказа о проведении проверки не позднее чем за три рабочих дня до начала ее проведения.

20. О проведении внеплановой выездной проверки, в целях контроля исполнения ранее выданных поручений либо предписаний, подведомственный орган или организация уведомляются любым доступным способом не менее чем за двадцать четыре часа до начала ее проведения.

21. В случае, если в результате деятельности подведомственного органа или организации причинен, или причиняется вред жизни, здоровью граждан, предварительное уведомление указанной организации о начале проведения внеплановой проверки не требуется.

22. К проверкам при осуществлении ведомственного контроля могут привлекаться научные и иные организации, ученые и специалисты (далее - экспертные организации, эксперты), за исключением лиц, состоящих с подведомственным органом или организацией в трудовых или иных договорных отношениях.

23. Проверки проводятся на основании приказа руководителя, заместителя руководителя органа исполнительной власти, в котором указываются:

- 1) наименование органа ведомственного контроля;
- 2) фамилии, имена, отчества, должности должностных лиц, уполномоченных на проведение проверки, а также привлекаемых к проведению проверки экспертов, представителей экспертных организаций;
- 3) сведения о медицинской организации (наименование юридического лица), проверка которой проводится;
- 4) цели, задачи, вид, предмет проверки и срок ее проведения;
- 5) правовые основания проведения проверки;
- 6) сроки проведения и перечень мероприятий по контролю, необходимых для достижения целей и задач проведения проверки;
- 7) перечень нормативных актов, регулирующих проведение мероприятий по контролю;
- 8) перечень документов, представление которых необходимо для достижения целей и задач проведения проверки;
- 9) даты начала и окончания проведения проверки.

24. Выездная проверка начинается с предъявления должностными лицами органа исполнительной власти служебного удостоверения, обязательного ознакомления руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя медицинской организации с приказом руководителя, заместителя руководителя органа исполнительной власти о назначении проверки (при наличии) и с полномочиями проводящих выездную проверку лиц, а также с целями, задачами, основаниями проведения проверки, видами и объемом мероприятий по контролю, составом экспертов, представителями экспертных организаций, привлекаемых к проверке, со сроками и с условиями ее проведения.

25. Должностные лица органов исполнительной власти при проведении ведомственного контроля имеют право:

1) осуществлять получение, сбор и анализ сведений о деятельности подведомственного органа или организации;

2) знакомиться с документами, связанными с целями, задачами и предметом ведомственного контроля, в том числе с медицинскими документами граждан, снимать копии с указанных документов, а также производить в необходимых случаях фото- и видеосъемку при осуществлении осмотра и обследования;

3) доступа в используемые подведомственным органом и организацией при осуществлении деятельности территории, здания, строения, сооружения, помещения, к используемому оборудованию, подобным объектам, транспортным средствам;

4) организовывать проведение необходимых исследований, экспертиз, анализов и оценок, в том числе экспертиз качества медицинской помощи.

26. Должностные лица при проведении ведомственного контроля обязаны:

1) соблюдать законодательство Российской Федерации, права и законные интересы проверяемых подведомственных органов и организаций;

2) проводить проверку во время исполнения служебных обязанностей;

3) предоставлять руководителю, иному должностному лицу или уполномоченному представителю проверяемого органа или организации, присутствующему при проведении проверки, информацию и документы, относящиеся к предмету проверки;

4) знакомить руководителя, иное должностное лицо или уполномоченного представителя проверяемого органа или организации с результатами проверки, в том числе с актом проверки;

5) соблюдать установленные настоящим Порядком сроки проведения проверки.

Доступ к сведениям, составляющим государственную и иную охраняемую законом тайну, осуществляется с соблюдением требований о защите сведений, составляющих государственную тайну, или относимых к охраняемой в соответствии с законодательством Российской Федерации иной информации ограниченного доступа.

27. Руководитель, иное должностное лицо или уполномоченный представитель проверяемого органа или организации при проведении мероприятий по ведомственному контролю имеют право:

1) присутствовать при проведении проверки, давать объяснения по вопросам, относящимся к предмету проверки;

2) получать от органов исполнительной власти, их должностных лиц информацию, которая относится к предмету проверки;

3) знакомиться с результатами ведомственного контроля;

4) обжаловать действия (бездействие) должностных лиц, повлекшие за собой нарушение прав проверяемого органа или организации, при проведении ведомственного контроля.

28. Руководитель, иное должностное лицо или уполномоченный представитель проверяемого органа или организации при проведении мероприятий по ведомственному контролю обязаны:

1) предоставить копии документов и пояснения по запросу органов исполнительной власти при проведении проверки;

2) предоставить должностным лицам, проводящим проверку, возможность ознакомиться с документами, связанными с целями, задачами и предметом ведомственного контроля, а также обеспечить доступ проводящим выездную проверку должностным лицам на территорию, в используемые проверяемым органом или организацией при осуществлении деятельности здания, строения, сооружения, помещения, к используемому оборудованию, подобным объектам, транспортным средствам.

29. По результатам проверок в рамках ведомственного контроля должностными лицами органа исполнительной власти, проводящими проверку, составляется акт проверки.

В акте проверки указываются:

- 1) дата, время и место составления акта проверки;
- 2) наименование органа ведомственного контроля;
- 3) дата и номер приказа руководителя, заместителя руководителя органа исполнительной власти о проведении проверки;
- 4) фамилии, имена, отчества и должности должностных лиц, проводивших проверку;
- 5) сведения о проверяемом органе или организации (наименование, юридический адрес, а также фамилия, имя, отчество и должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя, присутствовавшего при проведении проверки);
- 6) дата, время, продолжительность и место проведения проверки;
- 7) сведения о результатах проверки, в том числе о выявленных нарушениях, об их характере и о лицах, допустивших указанные нарушения;
- 8) сведения об ознакомлении или отказе в ознакомлении с актом проверки руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя проверяемого органа или организации, присутствовавшего при проведении проверки;
- 9) подписи должностных лиц, проводивших проверку.

30. К акту проверки прилагаются протоколы или заключения по результатам проведенных исследований, экспертиз, анализов, оценок, объяснения работников проверяемого органа или организации, на которых возлагается ответственность за выявленные нарушения, предписания об устранении выявленных нарушений и иные связанные с результатами проверки документы или их копии.

31. Акт проверки оформляется непосредственно после ее завершения в двух экземплярах, один из которых с копиями приложений направляется в подведомственный орган или организацию либо вручается руководителю или уполномоченному представителю указанного органа или организации под расписку об ознакомлении, либо об отказе в ознакомлении с актом проверки.

32. В случае если для составления акта проверки необходимо получить заключения по результатам проведенных исследований, экспертиз, анализов, оценок, акт проверки составляется в срок, не превышающий трех рабочих дней после получения органом исполнительной власти соответствующего заключения.

33. При выявлении в ходе проверок нарушений:

1) руководителю, иному должностному лицу или уполномоченному представителю подведомственного органа или организации выдается предписание об устранении выявленных нарушений с указанием сроков их устранения;

2) органом исполнительной власти в рамках компетенции принимаются меры по контролю за устранением выявленных нарушений (в том числе путем проведения внеплановых проверок), их предупреждению, предотвращению возможного причинения вреда жизни, здоровью граждан, а также меры по привлечению лиц, допустивших выявленные нарушения, к ответственности;

3) в случае, если выявленные нарушения относятся к компетенции органа, уполномоченного в соответствии с законодательством Российской Федерации осуществлять государственный контроль в установленной сфере деятельности, орган исполнительной власти направляет информацию о выявленных нарушениях в орган государственного контроля по компетенции;

4) в случае неисполнения предписания в акте указывается лицо, ответственное за неисполнение предписания, и органом исполнительной власти в рамках компетенции принимаются меры по его привлечению к ответственности.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Кондрева, О. Шанс и риск // Российская газета. – 2020. – 4 дек. (№ 274). – С. 7.

Казанские врачи впервые в России провели внутриутробную операцию на сердце плода. Без скальпеля и всего за 15 минут команда докторов Республиканской клинической больницы восстановила кровоток в больном сердце еще не родившегося малыша.

О том, что она может потерять ребенка, 28-летняя жительница Набережных Челнов Алина Поздеева узнала во время обследования по месту жительства. УЗИ показало, что у плода плохо работает левый желудочек сердца. Еще немного – и он может полностью закаменеть. Пациентку срочно отправили на дополнительное обследование в Казань, в Перинатальный центр ДРКБ. Но и там прогноз врачей был неутешительным.

– Это был шок, – рассказывает Алина. – Я была уже на 32-й неделе беременности, чувствовала, как малыш шевелится в животе. И вдруг такое: «Ваш ребенок не доживет до родов!» Как только врачи предложили операцию, мы сразу же согласились.

Это был единственный шанс спасти ребенка. И огромный риск. По словам заведующей отделением ультразвуковых исследований №2 Перинатального центра РКБ Лилианы Терегуловой, во время хирургического вмешательства ребенок мог погибнуть. К тому же до сих пор внутриутробных операций на сердце плода в России не делали. Но в мире они проводятся с 2002 года. За рубежом эта методика отработана. Именно ею и предложила воспользоваться коллегам заместитель главврача по акушерско-гинекологической помощи РКБ Светлана Губайдуллина.

– Была явная перспектива спасти жизнь, – говорит она. – Тем более что условия для проведения сложных операций, которые требуют участия многих специалистов, у нас есть.

Пациентка уже находилась на операционном столе, а доктора все никак не могли приступить к операции. Три часа они выжидали, когда ребенок примет нужное положение в утробе матери. Как только малыш, наконец, показал грудную клетку, анестезиологи, чтобы обеспечить его неподвижность во время манипуляций, ввели необходимый препарат.

И заведующей рентгенохирургических методов диагностики и лечения № 1 РКБ Андрей Терегулов начал свою работу. Под контролем УЗИ он ввел иглу в грудную клетку плода и, используя специальную технологию, которая, кстати, применяется при малоинвазивных операциях на сердце у взрослых, расширил пораженный участок аорты. Это была поистине ювелирная работа, ведь диаметр самого крупного сосуда у ребенка всего 2,5 миллиметра. В результате кровоток из левого желудочка в аорту был восстановлен. Угроза миновала.

– За такими операциями будущее, – говорит Андрей Терегулов. – Плод легче переносит хирургическое вмешательство, чем уже родившийся ребенок. У него совсем другие способности, ведь он в чреве матери, которая обеспечивает его всем необходимым.

По мнению врачей, возможности Республиканской клинической больницы в Татарстане, где каждый год принимают почти восемь тысяч родов, позволяют выполнять до пяти самых сложных внутриутробных операций на сердце в год. Главное, вовремя выявить порок развития плода. Алине Поздеевой помог в этом обычный скрининг, который в регионе регулярно проходят все беременные. Сегодня она счастливая мама двоих детей. Маленький Лёвушка появился на свет в положенный срок и почти с идеальным весом – 3,7 кг.

В Первом МГМУ им. И.М. Сеченова выполнена уникальная операция по удалению раковой опухоли с одновременной заменой фрагментов сердца // Медвестник. – 2020. – 17 дек. – URL: <https://medvestnik.ru/content/news/V-Sechenovskom-universitete-pacientke-udalili-opuhol-i-zamenili-fragmenty-serdca.html> (дата обращения: 17. 12.2020)

Команда анестезиологов, реаниматологов, кардиологов и онкологов во главе с директором Клиники факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Романа

Комарова выполнила уникальную операцию по удалению раковой опухоли с частичной пересадкой сердца. Поврежденные части были заменены на гомографт – фрагменты донорских тканей, а именно клапан от трупа. Об этом сообщила пресс-служба университета.

В Нижегородской области после резкого ухудшения самочувствия была госпитализирована 54-летняя учительница с диагнозом «тромбоэмболия легочной артерии». Во время операции врачи обнаружили опухоль на весь легочный ствол. Назначенная химиотерапия не дала результатов – рак проник в сердце. Пациентка была направлена в Москву.

Донорскую пересадку выполнить было невозможно, поскольку злокачественные новообразования являются абсолютным противопоказанием для трансплантации: пересадка требует пожизненного приема иммуносупрессоров, говорится в сообщении.

«Опухоль прорастала в часть правого желудочка, в обе легочные артерии. И мы применили технологию, которая используется в детской кардиохирургии. Заменяли не сердце, а его часть», – рассказал Роман Комаров.

Уже во время операции был восстановлен кровоток. Спустя полтора месяца после вмешательства пациентка чувствует себя хорошо.

Коротченко, Н. А теперь – горбатый : [ученые ищут средство от туберкулеза в верблюжьем молоке] // Российская газета. – 2020. – 16 дек. (№ 283). – С. А 4.

В Астраханском государственном медуниверситете начались исследования по получению противотуберкулезного средства на основе белка верблюжьего молока. Проект, рассчитанный на два года, получил грант Фонда содействия инновациям в 500 тысяч рублей.

«Исторически известно, что верблюжье молоко полезно при заболеваниях легких, в том числе при туберкулезе, но научных работ на тему – единицы. Мы решили заняться темой более подробно», — рассказал «РГ» заведующий кафедрой химии медуниверситета профессор Александр Николаев, который инициировал исследования совместно со своим студентом, пятикурсником Ринатом Насибулиным.

Ученые будут получать очищенный лактоферрин – обладающий антимикробными и антивирусными свойствами белок, который содержится в молоке, и микробиологическими методами оценивать его противотуберкулезное действие. Затем они будут расщеплять лактоферрин на фрагменты – состоящие из аминокислот пептиды, чтобы выявить, какие именно комбинации обладают наибольшей активностью к туберкулезу.

Профессор сообщил, что большинство существующих противотуберкулезных средств – химического происхождения, и паразитарные микроорганизмы вырабатывают к ним устойчивость, поэтому поиски эффективного лекарства от туберкулеза в мире продолжаются. По мнению астраханских ученых, этим средством как раз могут стать пептидные препараты, так как они способны разрушать клеточную мембрану палочек Коха и тогда устойчивость к лекарствам не вырабатывается.

По словам Александра Николаева, выявлять пептиды планируется разными методами, чтобы подобрать оптимальный, которым можно получить наиболее обогащенные противотуберкулезными свойствами пептиды.

Исследования проводятся в научной лаборатории университета, молоко ученые приобретают на верблюжьих фермах в селе Байбек Красноярского района. Сбор молока происходит на 5-7-й неделе после родов верблюдицы, именно в этот период в ее молоке наблюдается наибольшая концентрация лактоферрина.

Недостатка в сырье нет. В Астраханской области три тысячи верблюдов – это самое крупное в России поголовье.

У Александра Николаева уже есть опыт получения очищенного лактоферрина, но из человеческого молока. На основе этой научной разработки фармфабрика в Новосибирске производит тест-системы для выявления воспалительных заболеваний.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Возрастные и гендерные характеристики поведенческих факторов риска и приверженности здоровому образу жизни у москвичей / С. Е. Евстифеева, А. В. Капустина, Е. Л. Никонов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – № 5. – С. 220-229.

Вопросы, связанные с формированием здорового образа жизни (ЗОЖ), весьма актуальны в современном мире и Российской Федерации (РФ) не является исключением. Однако, несмотря на предпринимаемые меры по снижению заболеваемости и смертности и успехи в этом направлении, в России сохраняется высокая сердечно-сосудистая смертность, особенно среди мужчин трудоспособного возраста.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2016г от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) умерло 17,9 млн. чел. (31 % всех случаев смерти в мире). Причем число умерших от инсульта в 2016 г. по сравнению с 2000 г. увеличилось на ~1 млн, а от ишемической болезни сердца (ИБС) на ~2 млн. Если в 2000 г. сахарный диабет (СД) не входил в десятку ведущих причин смерти, то в 2016 г. СД занял "почетное" 7 место. Более 1 млрд. людей, а это ~15% населения мира, имеют какую-либо форму инвалидности. По данным Росстата (2019 г.), у россиян заболеваемость болезнями системы кровообращения в 2018 г. по сравнению с 2000 г. выросла почти вдвое (33,6 и 17,1 на 1 тыс. чел., соответственно), а смертность от этих заболеваний составила 46,8 % (2018 г). За этот же период отмечается рост распространенности эндокринных заболеваний (13,1 и 8,5 на 1 тыс. чел., соответственно).

Эпидемиологические исследования помогли с высокой степенью достоверности выделить 5 основных поведенческих факторов риска (ФР), влияющих на заболеваемость и смертность – курение, избыточное потребление алкоголя и соли, низкая физическая активность (НФА) и низкое потребление фруктов/овощей. В результате многоцентрового эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ-1 (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах Российской Федерации) (2012-2014 гг.) на основе 5-ти поведенческих ФР был рассчитан интегральный показатель (ИП) приверженности здоровому образу жизни (ИП ЗОЖ). Предполагается, что этот показатель поможет как на индивидуальном, так и на популяционном уровне мониторировать эффективность профилактических мер в регионе. Методика расчёта этого показателя была внедрена в работу Росстата (Приказ № 181 от 29.03.2019 об утверждении методики расчета показателя "Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни (процент)"). В настоящее время мониторинг ЗОЖ проводится во всех регионах РФ.

Целью данного исследования было изучение гендерных особенностей распространенности поведенческих ФР хронических неинфекционных заболеваний и оценить ИП ЗОЖ у москвичей в рамках исследования ЭГИДА-Москва.

Данные по распространенности курения в зависимости от пола и возраста следующие. Частота курения среди мужчин была более чем в 2 раза выше по сравнению с женщинами (28,0 и 11,4 %, соответственно, $p < 0,001$). Распространенность курения среди мужчин и женщин была самой высокой в возрастном периоде 25-54 лет. Причем у женщин старше 64 лет распространенность курения была в ~3 раза ниже по сравнению с лицами в возрасте 55-64 года (3,5 и 10,1 %, соответственно, $p < 0,05$), а среди мужчин >74 лет этот показатель оказался ниже в ~4 раза, по сравнению с предыдущим десятилетием (20,5 и 4,5%, соответственно, $p < 0,001$).

По данным исследования, никогда не курили 54 % мужчин и 79,3 % женщин. Ежедневно курящих мужчин было в 2,5 раза больше, и начинали они курить на 2 года раньше, чем женщины. Получили совет бросить курить 53 % мужчин и женщин. Попытались бросить курить только 25,4 % мужчин и 31,7 % женщин, а смогли – 17 % мужчин и 9,3% женщин. К категории пассивных курильщиков в домашних условиях относится ~15 % мужчин и женщин, а на рабочем месте – 18 % мужчин и 11,9 % женщин.

Мужчины, в среднем, выкуривали 14,2 сигарет. Около 50 % мужчин выкуривает 15-24 сигареты в день, ~1/4 часть — 10-14 и 1/5 часть – 5-9 сигарет в день. Ежедневно ~4% мужчин выкуривает >25 или <5 сигарет. У женщин расклад по количеству ежедневно выкуриваемых сигарет несколько иной: ~40% женщин выкуривает 10-14 сигарет в день, 1/3 из них — 15-24

сигареты и 1/5 часть выкуривает ежедневно 5-9 сигарет. Ежедневно 8,4 % женщин выкуривает <5 сигарет, а >25 сигарет – 1,1 %.

У женщин наибольший прирост НФА отмечался в возрасте >64 лет, и в последующем каждое десятилетие этот показатель увеличивался на 10 %. У мужчин первое статистически значимое увеличение распространенности НФА отмечается в возрасте >44 лет (+12%), затем у лиц >54 лет этот показатель приближается к возрастной когорте 35-44 года и вновь увеличивается ~ вдвое в возрасте >74 лет (65-74 года - 28,9 % и +75 лет - 54,4 %, $p<0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что НФА на работе и при досуге у женщин выше, чем у мужчин, тогда как у мужчин она выше при передвижении, что, вероятно, связано с тем, что мужчины чаще передвигаются на автомобиле.

Распространенность недостаточного потребления фруктов/овощей в среднем (<400 г), среди мужчин была выше, чем среди женщин (66,8 и 58,3 %, соответственно, $p<0,001$). В возрасте >24 лет отмечается более низкая доля недостаточно потребляющих фрукты/овощи, особенно в мужской когорте (~10 %). Среди лиц >64 лет доля недостаточно потребляющих фрукты/овощи вновь увеличивалась и сравнивалась с возрастной когортой 18-24 лет.

Избыточное потребление соли среди мужчин встречалось статистически значимо чаще, чем среди женщин (60,3 и 41,9%, соответственно, $p<0,001$). С возрастом в обеих когортах отмечается снижение потребления соли, которое среди лиц >54 лет достигает статистически значимых значений.

Распространенность избыточного потребления алкоголя, в среднем, среди мужчин была статистически значимо выше, чем среди женщин (6,7 и 4,4 %, соответственно, $p<0,05$). Увеличение потребления алкоголя отмечается среди мужчин старше 24 лет, причем в ~ 2 раза, достигает максимума в возрасте 45-54 года и вновь снижается в 2 раза в возрасте 65+. У женщин картина распространенности избыточного потребления алкоголя иная, чем у мужчин — снижение избыточного потребления у лиц >24 лет с последующим снижением ~ вдвое в возрасте 55-64 года и вновь увеличением в возрасте 65+.

Среднее потребление этанола в неделю у мужчин было в 3 раза выше, по сравнению с женщинами, как среди пьющих, так и среди всех обследуемых.

Средняя распространенность высокой приверженности ЗОЖ у женщин выше, чем среди мужчин (27,7 и 17,1 %, соответственно, $p<0,05$). Распространенность высокой приверженности ЗОЖ у мужчин увеличивается в возрасте 55-64 года, затем она вновь снижается до уровня 1825 лет с последующим снижением. У женщин распространенность высокой приверженности сохраняется с возраста 18 лет до 64 лет с последующим снижением.

Средний показатель неудовлетворительной приверженности ЗОЖ у мужчин статистически значимо выше, чем у женщин (47,1 и 30,7 %, соответственно, $p<0,05$). С возрастом этот показатель у мужчин существенно не изменяется, за исключением возрастного десятилетия 35-44 года, когда этот показатель начинает расти (46,8 %), достигая пика в диапазоне 45-54 года (54,4%) с последующим его снижением в возрасте 55-64 года (45,1 %). У женщин распространенность показателя неудовлетворительной приверженности ЗОЖ в возрастном периоде 18-24 года, затем длительное время существенно не меняется, а в возрасте 65+ отмечается повторный всплеск его нарастания. В возрасте 75-84 года распространенность этого показателя среди мужчин и женщин не различается (45,5 и 45,5%, соответственно), но в последующие годы этот показатель продолжает расти у женщин (мужчины – 46,2 % и женщины – 53,6 %).

Таким образом, увеличение распространенности ЗОЖ среди различных слоев населения является одной из приоритетных задач общественного здоровья, здравоохранения и государства в целом.

По данным исследования ЭГИДА-Москва, 28,0 % мужчин и 11,4 % женщин курят в настоящее время. В России в последние годы также наблюдается снижение распространенности курения, особенно среди мужчин, которое можно связать с принятием ФЗ № 15 по борьбе с курением в 2013 г. В 1993г было зарегистрировано 69,8 и 9,1% курящих мужчин и женщин, соответственно, а спустя 20 лет, по данным исследования ЭССЕ-РФ, курили всего 39,0 мужчин, но 13,6 % женщин ($p<0,0005$). Возможно, более низкая частота курения в Москве объясняется более высоким образовательным уровнем населения, чем в целом по России.

Вторым важнейшим поведенческим ФР является пагубное потребление алкоголя. В московском исследовании среднее потребление этанола в неделю среди пьющих составило 53 г. среди мужчин и 17,3 г. среди женщин, а среди всех обследуемых 33,8 и 9,4 г/нед., соответственно. По данным исследования ЭГИДА-Москва избыточно потребляли алкоголь 6,7 % мужчин и 4,4 % женщин.

Неправильное питание – важнейший показатель, который оказывает влияние на заболеваемость и смертность населения. Низкий уровень потребления фруктов/овощей входит в десятку ведущих ФР высокой глобальной смертности. По оценкам ВОЗ, низкий уровень потребления фруктов/овощей является причиной смерти ~19 % случаев желудочно-кишечного рака, 31 % случаев ИБС и 11 % случаев инсульта в мире. Около 85 % глобального бремени болезней, вызываемых низким уровнем потребления фруктов/овощей, приходится на ССЗ, 15 % – на раковые заболевания. Благодаря достаточному потреблению фруктов/овощей ежегодно сохраняется до 1,7 млн. жизней.

Низкое потребление фруктов/овощей связано с высокими ценами на них и, соответственно, низкой доступностью для населения. Исследование ЭССЕ-РФ (2012-2013 гг.), выявило недостаточное потребление овощей/фруктов в 41,9 % случаев. По данным этого же исследования избыточно (>5 г/сут.) потребляли соль 49,9 % обследованных. По данным московского исследования ~2/3 мужчин и 42% женщин потребляют избыточное количество соли и ~ каждый третий недостаточно употребляет овощи/фрукты.

НФА по вкладу в заболеваемость (СД – 27 %, ИБС – 30 %, рак молочной железы 21 % и т.д.) и смертность (6 %) является 4-м глобальным ФР. Снижение уровней ФА отчасти связано с пассивностью во время досуга и сидячим образом жизни на работе и дома. По данным исследования ЭГИДА-Москва распространенность НФА среди мужчин (27,8 %) и женщин (29,3 %) существенно не различалась, но НФА на работе и во время досуга у женщин была существенно выше по сравнению с мужчинами.

ЗОЖ – комплекс принятых индивидуумом поведенческих установок, стратегий и ценностных норм, на который влияет как социальная среда, так и уровень образованности, в т. ч. медицинской. Приверженность ЗОЖ независимо от возраста имеет многочисленные преимущества для здоровья, поскольку доказано, что она снижает риск ССЗ, частоту ожирения и СД, риск злокачественных новообразований, психических расстройств и когнитивных дисфункций. Рекомендации в области профилактической сердечно-сосудистой медицины содержат важнейшие правила физической подготовки, здорового питания и т.п. В мире существует множество индикаторов, оценивающих ЗОЖ (индекс здорового питания, оценка средиземноморской диеты, индекс ЗОЖ и др.), в которые входят различные показатели, но роль качества питания, ФА и курения в снижении заболеваемости и смертности остается ключевой и становится все более важной. В РФ Шальной С. А. и др. (2018) был разработан ИП ЗОЖ, в который вошли 5 составляющих (фрукты/овощи, физическая нагрузка, курение, алкоголь и соль). По данным ЭССЕ-РФ-2 низкая приверженность ЗОЖ отмечалась у 54,0 % мужчин и у 36,8 % женщин, высокая – у 16,4 % мужчин и 25,4 % женщин. Данные московского исследования несколько отличаются от данных ЭССЕ. По данным ЭГИДА-Москва, неудовлетворительная приверженность ЗОЖ была ниже и у мужчин (47,1 %) и у женщин (30,7 %). Высокая приверженность ЗОЖ существенно не отличалась (мужчины – 17,1 % и женщины – 27,7 %).

Проведенные исследования показывают, что очень немногие соблюдают критерии ЗОЖ. Исследование, опубликованное в 2009 г, показало, что только 3 % взрослых американцев выполняют 4 критерия ЗОЖ (питание, физическая активность, курение, индекс массы тела <30 кг/м²), 13,8 % соответствовали 3-м и 34,2 % – только 2-м критериям.

По данным исследования ЭГИДА-Москва, распространенность курения, избыточного потребления алкоголя и соли среди мужчин была существенно выше по сравнению с женщинами. По распространенности НФА существенных различий между мужчинами и женщинами не обнаружено. НФА на работе и во время досуга у женщин была существенно выше по сравнению с мужчинами, тогда как у последних во время передвижения, что, вероятно, связано с более частым передвижением мужчин на автомобиле. Почти половина московских мужчин (47,1 %) и 1/3 женщин (30,7%) имеют неудовлетворительный ИП ЗОЖ.

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@medlan.samara.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 – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

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>