

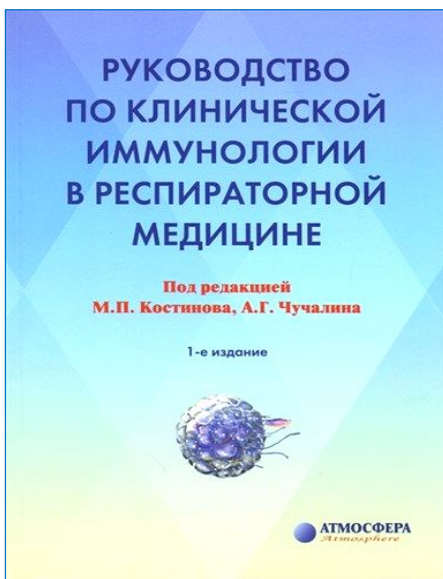


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№ 3 (март), 2020



СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	6
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	15

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Панов, А. Минздрав обновил порядки медпомощи. Обзор от юриста // Здравоохранение. – 2020. – № 3. – С. 18-21.

Минздрав изменил порядки оказания первичной медпомощи, назначения лекарственных препаратов, в том числе наркотических и психотропных.

Что поменяли в порядке оказания первичной медпомощи.

Минздрав внес поправки в Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослым (утв. приказом Минздравсоцразвития № 543н). Изменили структуру подразделений поликлиники. Стали неактуальными кабинеты доверия, кризисных состояний и медико-психологической разгрузки, медицинской помощи при отказе от курения.

Клинико-диагностическая и микробиологическая лаборатории должны быть, если нет возможности выполнить исследования в других медорганизациях.

На смену флюорографическому кабинету и отделению лучевой диагностики пришло отделение рентгенодиагностики. Оно включает в себя рентгеновские кабинеты флюорографии, маммографии, кабинеты компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

В поликлиниках теперь должны быть отделения (кабинеты) ультразвуковой, эндоскопической диагностики, а также прививочный кабинет.

Формирование отделений (кабинетов) первичной специализированной медико-санитарной помощи и диагностических отделений привязали к численности прикрепленного населения. Чем больше прикрепленного населения, тем шире возможности оказания медицинской помощи по узким видам и диагностике.

Оснащение отделений, кабинетов теперь определяют не только порядки оказания медпомощи, но и правила проведения лабораторных инструментальных и иных видов диагностических исследований, а также стандарта оснащения, закрепленного в обновленном приказе.

Поликлиники на отдаленных территориях или ориентированные на сельских жителей получили право купить транспортное средство, чтобы перевозить пациентов.

Документ: приказ Минздрава от 03.12.2019 № 984н.

Что скорректировали в порядке назначения лекарств и форм рецептурных бланков.

Количество назначенных лекарственных препаратов, которые включены в перечень ПКУ для отдельных категорий пациентов, теперь можно увеличить в 2 раза. Но только если сделать это позволяют клинические рекомендации. Речь о пациентах, которым нужно длительное лечение, которым оказывают первичную медико-санитарную и паллиативную помощь.

Для лечения хронических заболеваний лекарства с оформлением рецептов теперь назначают на курс лечения до 180 дней. Ранее срок составлял 90 дней. Эти изменения касаются особых групп пациентов – пенсионеров, инвалидов I группы, детей-инвалидов, а также граждан, которые страдают хроническими заболеваниями с длительным курсовым лечением.

При назначении препаратов с анаболической активностью при курсе лечения дольше 30 дней нужно выполнить дополнительные контрольные действия. Медработники должны будут добавить специальные надписи и заверить их своей подписью. Для рецептов на бумаге понадобится оттиск печати, а для электронных – отметка и усиленная квалифицированная электронная подпись.

В приложении 2 «Рекомендованные к использованию сокращения при оформлении рецептов» добавили столбец «Номер по порядку».

Есть изменения в форме рецептурного бланка № 148- 1/у-04 (л). В ней появилось место для штрихкода, если рецептурный бланк делают с использованием компьютерных технологий.

Документ: приказ Минздрава от 11.12.2019 № 1022н.

Что изменили в правилах оформления рецептов на наркотические лекарства.

Минздрав изменил правила оформления рецептурных бланков по форме № 107/у-НП, порядок их регистрации, учета и хранения. Коррективы связаны с тем, что теперь клиники должны оказывать паллиативную медпомощь на дому.

Теперь рецепты на наркотические (психотропные) лекарства паллиативным больным, которые выдают для оформления на дому, можно подтверждать фото- или видеоматериалами уже после оформления. К журналу регистрации и учета рецептурных бланков эти материалы тоже нужно приобщить. В этом же журнале дополнительно указывают сведения о рецептурных бланках, которые оформили на дому.

Когда медицинский работник с правом назначать наркотические (психотропные) лекарственные препараты получает рецептурные бланки, должен их хранить под замком в сейфах, металлических шкафах или металлических ящиках.

Документ: приказ Минздрава от 11.12.2019 № 1021н.

Что нового в порядке оказания медпомощи по профилю «гериатрия».

Внесли поправки в Порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» (утв. приказом Минздрава от 29.01.2016 № 38н). Уточнили возраст пожилых пациентов (60-74 года), старческий (75 лет и старше).

Высокотехнологичную медпомощь Минздрав исключил из Порядка оказания медпомощи по профилю «гериатрия».

Теперь деятельность врача-гериатра будет включать в себя первоначальную консультацию и лишь при наличии медицинских показаний – комплексную гериатрическую оценку пациента с формированием планов лечения, реабилитации, социальной и психологической адаптации.

В субъектах с численностью населения пожилого и старческого возраста менее 135 тысяч человек функции гериатрического центра будет выполнять гериатрическое отделение (кабинет).

Документ: приказ Минздрава от 20.12.2019 № 1067н.

Иванов, И. Коронавирус вскрыл проблемы клиник с эпидбезопасностью. Глава института качества Росздравнадзора показал, как их решить // Здравоохранение. – 2020. – № 3. – С. 30-41.

Из-за вспышки коронавируса Минздрав и Росздравнадзор проверяют, как в клиниках организован контроль эпидбезопасности. Глава института качества Росздравнадзора поделился результатами проверок. Назвал главные проблемы и предложил меры, чтобы их решить.

В разделе «Рекомендации практика» Оксана Чикина, руководитель отдела качества и безопасности медицинской деятельности ГАУЗ «КДМЦ» (Набережные Челны) показывает, как выстроена работа по эпидбезопасности на примере своей клиники.

Проблема 1. Сложно объективно оценить уровень эпидбезопасности в клинике.

Даже те медорганизации, которые внедряют практические рекомендации Росздравнадзора, чаще всего завышают результаты самооценки по эпидбезопасности.

Мы это видим, когда нас приглашают оценить работу по ВКК в качестве внешних аудиторов. Сотрудникам медорганизации, которые проводят внутренний аудит, не всегда просто разобраться, по каким показателям проверять эпидбезопасность. В результате клиника не может адекватно оценить свою работу по этому направлению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – ВКК).

Как решить. Оцените работу по эпидбезопасности по направлениям, которые предложил Минздрав в приказе от 07.06.2019 № 381н <о ВКК> (под п. 18 п. 17). Всего их десять. Среди них – профилактика ИСМП, в том числе внутрибольничных, обеспечение эпидемиологической безопасности среды, соблюдение технологий проведения инвазивных вмешательств.

Воспользуйтесь методикой из раздела «Эпидемиологическая безопасность» практических рекомендаций Росздравнадзора по внутреннему контролю. Так сможете обеспечить высокий уровень эпидбезопасности в клинике.

Рекомендации.

Чтобы оценить соответствие требованиям ведомства, используйте чек-листы из раздела 2.3 «Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)» практических предложений Росздравнадзора.

Вот как налажен контроль эпидбезопасности у нас в клинике. Эпидемиологический отдел контролирует, как сотрудники исполняют внешние и внутренние локальные документы по профилактике ИСМП. Ежегодно составляем план внутренних аудитов на год по соблюдению требований эпидемиологической безопасности.

Следим за тем, чтобы профилактикой ИСМП занимался каждый медработник. Регулярно по плану проводим занятия с врачебным и сестринским персоналом по соблюдению принципов эпидбезопасности. Дважды в год оцениваем знания сотрудников.

Проблема 2. Нет программы эпидбезопасности.

При оценке эпидбезопасности в медорганизации внешние эксперты первым делом посмотрят программу эпидбезопасности. Обычно по запросу сотрудники показывают программу и план-график производственного контроля, план санитарно-эпидемических мероприятий медорганизации. Это важные документы, но они не должны подменять программу эпидбезопасности.

Как решить. Поручить ответственным сотрудникам разработать программу эпидбезопасности. Это стратегический документ, он должен показывать, как медорганизация планирует выполнить требования к эпидбезопасности. При разработке программы используйте Национальную концепцию профилактики инфекций, связанных с оказанием медпомощи.

Рекомендации. Установить сроки исполнения, ответственных, особенности финансирования и нормативные документы. Прописать, какие первичные противоэпидемические мероприятия проводить, если в клинике выявили инфекционного больного. Перечислить организационно-методические мероприятия для профилактики ИСМП.

Проблема 3. Нет врача-эпидемиолога и комиссии по эпидбезопасности.

При внешней оценке мы видим, что в штате медорганизаций не всегда есть врач-эпидемиолог. Даже если есть, не хватает ставок для его помощников, клиники используют совместителей. Из-за нехватки кадров не создают специальную комиссию. Требования к эпидбезопасности приходится выполнять непрофильным специалистам, прежде всего сестринской службе. Но обеспечить эпидбезопасность в клинике могут только сотрудники, которые учились по специальности «эпидемиология», умеют проводить эпидемиологическую диагностику, расследовать случаи инфекций, оценивать риски.

Как решить. Найдите возможность взять в штат врача-эпидемиолога. Используйте для этого программы привлечения молодых специалистов, приглашенных экспертов, целевую подготовку кадров в вузе, включая целевую ординатуру. Когда возьмете в штат специалиста, организуйте комиссию по эпидбезопасности, издайте приказ и положение. Минимальный состав комиссии – врач-эпидемиолог, помощник эпидемиолога и ответственный.

Рекомендации. В состав комиссии по эпидбезопасности включите всех сотрудников, которые обеспечивают и контролируют работу по этому направлению. Это заместитель главврача по эпидемиологической или лечебной работе, врач-эпидемиолог, его помощники, главная медсестра, заведующие лабораторией, аптекой, хирургическим, реанимационным отделениями. Также врач-инфекционист, патологоанатом.

В положении о комиссии прописать ее задачи: разрабатывать программы и планы эпиднадзора за ИСМП, согласовывать санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия с руководством, обеспечивать взаимодействие служб при профилактике ИСМП, взаимодействовать с органами государственного санэпиднадзора.

Проблема 4. Нет карт эпиднадзора, журнала учета, перечня стандартных определений.

Медорганизации не ведут карты эпиднадзора, журналы учета, не составляют перечень стандартных определений случаев ИСМП. Это объяснимо: эпидбезопасностью занимаются по остаточному принципу.

Как решить. В ходе внутреннего контроля проверьте, как организован документооборот по эпидбезопасности. Удостоверьтесь, что сотрудники не забывают вносить в карты эпиднадзора сведения о заболевших пациентах, возбудителях инфекций и факторах, которые вызвали ИСМП. Проверьте журналы учета. Поручите разработать документ «Стандартные определения случаев ИСМП для целей эпиднадзора». Он поможет сотрудникам разобраться, какие случаи инфекции относить к внутрибольничным. Обучите персонал и проверьте

работников разных подразделений, они должны знать основные стандартные определения случаев.

Рекомендации. Перечень стандартных определений случаев ИСМП – один из ключевых документов. Каждый содержит набор критериев, которые позволяют определить, есть ли у пациента инфекция, связанная с лечебно-диагностическим процессом. Используйте формы карт эпиднаблюдения из Федеральных клинических рекомендаций «Эпидемиологическое наблюдение за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи». На каждый случай ИСМП заполняйте экстренное извещение по форме 058/у и направляйте в органы санэпиднадзора. Информацию вносите в журнал учета инфекционной заболеваемости по форме 060/у.

Проблема 5. К СОПам по эпидбезопасности персонал относится формально.

Сотрудники, которые разрабатывают СОПы, берут типовые документы, которые не отражают реальный порядок работы клиники. Получается, СОПы только для галочки, а на практике их никто не использует.

Как решить. В разработке СОПа должен участвовать персонал, который выполняет манипуляцию. Готовый документ надо привести в соответствие с клиническими рекомендациями и нормативными документами. Потом проверить на жизнеспособность и удостовериться, что персонал его применяет.

Рекомендации. Количество и виды СОПов зависят от характера медуслуг и объемов медпомощи в учреждении. Есть СОПы по катетеризации периферических и центральных сосудов, уходу за сосудистым катетером, интубации и экстубации пациента, подготовке стерильных операционных столов гигиенической обработке рук. Есть СОПы по регистрации ИСМП.

В клинике СОПы по эпидемиологии готовят рабочие группы, которые утвердил приказом главврач. Состав – врач-эпидемиолог, главная акушерка, главная медсестра, врач-хирург, старшая медсестра операционного блока.

Контроль за соблюдением СОПов и алгоритмов проводят на нескольких уровнях. Первый – завотделением, старшая медсестра. Второй – заместитель главного врача, главная медсестра. Третий – врач-эпидемиолог, комиссия по инфекционной безопасности (профилактике ИСМП), аудиторы. Я рекомендую фиксировать, в чем сложности у персонала с применением СОПов, и поручать рабочей группе скорректировать документы с учетом практики.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Жукова, А. По передовой технологии. Сургутские кардиохирурги впервые провели операцию под названием «клапан в клапан» // Медицинская газета. – 2020. – 19 февраля (№7). – С. 1.

Уникальность методики заключается в том, что новый протез устанавливается прямо на каркас старого. Прошла операция в Центре диагностики и сердечнососудистой хирургии окружного кардиологического диспансера.

62-летнему пациенту установили в сердце каркас протеза через бедренную артерию, а дальше он принимает форму корня аорты.

«При температуре +5 градусов он собирается и становится мягким, податливым, принимает форму до 6 мм в виде трубочки, при температуре тела 36°C раскрывается и максимально фиксируется в проекции фиброзного кольца аортального клапана и восходящей аорты», – рассказал кардиохирург Центра диагностики и сердечно-сосудистой хирургии Андрей Молчанов.

В надёжные руки врачей кардиоцентра пациент поступил с сердечной недостаточностью. Как оказалось, в 2014 г. мужчине уже был поставлен биологический протез, который сейчас потребовал замены. Из-за состояния пациента и его возраста открытое вмешательство на сердце он бы не перенёс, поэтому было решено прибегнуть к операции TAVI в модификации «клапан в клапан».

«Старый клапан остаётся внутри корня аорты, то есть в той переходной зоне, когда сердце переходит в основной ствол – аорту. Створки будут прижаты к аорте за счёт нового протеза, то есть протез в протез, при транскатеторном протезировании створки никуда не убираются», – объяснил А. Молчанов.

Такая техника имплантации клапана сургутскими врачами выполнена впервые. За ходом операции всё время следил приглашённый врач из Санкт-Петербурга.

«Дело в том, что эта операция имеет риски, так как установка клапана идёт на работающем сердце, поэтому здесь нужны определённые навыки операторов, слаженная команда», – отметила главный врач центра Ирина Урванцева.

К слову, операции TAVI в кардиоцентре проводятся с 2012 г. За весь период их было выполнено всего чуть более 30. Ближайшая цель окружного кардиодиспансера – увеличить количество таких операций.

«Мы уже подготовили методические рекомендации, проводим видеолекции, семинары, обучаем врачей тому, на что они должны быть настроены, какие необходимо проводить обследования для лиц пожилого возраста, а с учётом того, что у нас сейчас поставлен целевой показатель 80+, то количество этих пациентов будет увеличиваться», – добавила И. Урванцева.

Медведев, Ю. Перехитрить бактерию // Российская газета. – 2020. – 26 февраля (№40). – С. 15.

Работа по поиску новых антибиотиков лауреата премии правительства Москвы для молодых ученых может стать прорывом в фармацевтике. Вести с «фармафронта» сегодня звучат как сюжет научно-фантастического фильма. Обычный порез на пальце может стать смертельно опасным. Даже самые простые операции – удаление аппендикса, гланд или замена сустава – могут заставить человека из последних сил бороться за свою жизнь. И эти «ужастики» рисуют не фантасты, а Всемирная организация здравоохранения. Она бьет в набат: эра антибиотиков, которые почти 100 лет спасали человека, заканчивается. Мы думали, что нашли средство победить бактерии раз и навсегда. И вдруг как гром среди ясного неба: все напасти могут вернуться на круги своя.

Как такое возможно? Увы, наука недооценила, что бактерии обладают удивительным механизмом выживания. За 3,5 миллиона лет существования они научились приспосабливаться к самым разным «напастьям».

Нашли они ответ и против атак антибиотиков, породив самые разные супербактерии, против которых бессильны все нынешние антибиотики. По данным ВОЗ, уже сейчас супербактерии являются причиной ухода из жизни ежегодно 700 тысяч человек, в середине века эта цифра достигнет 10 миллионов человек. Ущерб мировой экономике составит 100 триллионов долларов.

«Наш мир вступает в эпоху, когда антибиотики теряют эффективность, и обычные инфекции и небольшие травмы, которые можно было излечивать в течение многих десятилетий, сейчас начинают снова убивать», – говорит помощник генерального директора ВОЗ по безопасности здравоохранения Кейджи Фукуда. Что произошло? Почему еще недавно всесильная фармакология вдруг опускает руки.

– При всем кажущемся обилии антибиотиков, а их несколько десятков тысяч, на самом деле все они «помещаются» всего в 4-5 классов лекарств, – сказал корреспонденту «РГ» научный руководитель ГосНИИГенетики член-корреспондент РАН Владимир Дебабов. – Во главе каждого – родоначальник, скажем, знаменитый пенициллин, а все остальное – множество модификаций. Как только бактерия вырабатывает устойчивость к какому-то лекарству, ученые создают его новый вариант, прикрепив к «основному стволу» какую-то молекулу. Так идет борьба щита и меча. Когда бактерия учится расщеплять одну модификацию, ученые придумывают новую. Увы, этот процесс не бесконечен. Каждое последующее лекарство менее эффективно, чем предыдущее. А супербактерии «раскусывают» все семейство лекарств, начиная с родоначальника.

Выход вроде бы очевиден – надо создавать новые классы антибиотиков. Но где искать? На проторенных дорогах практически все выбрано, значит, нужно рисковать, искать новые «золотые жилы». Но это путь в неизвестность, а значит, огромные деньги и деньги.

Опыт показывает, создание принципиально нового лекарства это примерно 10 лет работы и несколько миллиардов долларов.

Поэтому прорывом можно назвать исследование доктора химических наук из МГУ Ильи Остермана. Он разработал метод, который позволяет быстро и дешево выявлять новые классы антибиотиков. Кстати за это исследование он награжден премией правительства Москвы для молодых ученых.

– В принципе существуют сотни тысяч синтетических и десятки тысяч кандидатов на то, чтобы стать антибиотиками, но как из этого гигантского моря выбрать те самые, которые будут реально работать, – говорит Остерман. – Такие тесты в мире уже существуют, они проверяют, какие из кандидатов способны стать киллерами бактерий. Если да, то насколько эффективными. Но мало что дает. Принципиально важно понять механизм убийства. Только в этом случае можно браться за работу, превращать кандидата в реальный антибиотик. Его намного проще разрабатывать, усиливать его действие, оставлять бактерии минимум шансов, чтобы выработать устойчивость к лекарству.

Для тестирования кандидатов учеными был создан биосенсор. Это штамм кишечной палочки. В ее геном внедрены гены флуоресцентных белков, которые могут заставить палочку давать свечение. Именно оно и «рассказывает» о том, каким способом киллер убивает бактерию. Есть два основных способа: блокировать у кишечной палочки наработку белка или остановить синтез ДНК.

Тест выглядит предельно просто. На биосенсор капают веществом, которое является кандидатом в антибиотики. Если появляется красное свечение, то работает первый способ убийства, если оранжевое – второй.

Таким образом, в России создан уникальный метод анализа биохимической и биологической активности клеток со скоростью 30 тысяч клеток в секунду. Через такой брицотборник ученые уже пропустили сотни тысяч различных молекул.

Станут отобранные вещества антибиотиками, которые можно купить в аптеке? Покажут дальнейшие исследования. Созданная технология быстрого скрининга запатентована, она может применяться не только в лабораторных исследованиях, но и фармацевтической промышленности.

Проблемки надежды // Медицинская газета. – 2020. – 26 февраля (№8). – С. 13.

Нынешний ажиотаж, связанный с химерными антигенными рецепторами (CAR), резко повышающими агрессивность разных лимфоцитов в отношении изменённых клеток, начинался более трети века назад весьма скромно. Поначалу речь шла об использовании LAC, или лимфокин-активированных клетках, но их действие оказалось слишком грубым и с большими побочными эффектами.

На смену им пришли TIL то есть опухоли-инфильтрирующие лимфоциты, которые были более управляемы, но только у мышей, поэтому на долгие десятилетия главной стала химиотерапия, обогатившая фармацевтических гигантов. И, тем не менее, в тиши лабораторий энтузиасты бились над способами «укрощения» и в то же время повышения таргетированности воздействия генетически модифицированных клеток белой крови. С помощью генной инженерии их снабдили «четырёхэтажными» мол-конструкциями, взаимодействие которых с поверхностными маркерами аномальных клеток подстёгивает реакцию цитотоксических лимфоцитов и натуральных киллеров (CTL и NK соответственно). Успех работы по созданию дорогостоящей иммунотерапии был подтверждён одобрением её применения в клинической практике лечения двух форм заболевания белой крови.

Параллельно шло бурное развитие искусственного интеллекта, который с помощью нейросетей «научился» ставить диагнозы. Один из журналов написал, что «рак не пройдёт», хотя это совсем не так. Тем не менее, искусственный интеллект и нейросети позволили увеличить разрешение микроскопов и использовать наложение изображений, получаемых с помощью

разных микроскопов. Это, в частности, позволило увидеть перестройку ДНК в ядре клеток, развивающихся из стволовых. Это очень важно в свете получения тех же натуральных киллеров (NK – Natural Killers) из индуцированных стволовых клеток. Сотрудники Калифорнийского университета в Сан-Диего (США) «снабдили» полученные NK-химерными рецепторами, добавив к ним антитела против клеточного маркера. Помимо этого, киллеры реагировали на трансформированные клетки мышей и с помощью собственного белка-рецептора. Клеточное взаимодействие приводит к фосфорилированию лимфоцитарных ферментов, что уже через 21 день приводило к почти полному исчезновению опухоли у мышей. Преимуществом использования БК авторы считают то, что киллеры не столь «привередливы» в отношении специфичности своего действия.

Иммунные клетки действуют на свои мишени, вызывая включение двух систем запрограммированной смерти (апоптоза). С одной стороны, некроз может вызываться действием ферментов киназ, которые переносят энергоёмкие фосфатные группы. Внутриклеточная атака энзимов может вызываться каспазами (некоторые из которых используются при ген-редактировании для «вырезания» участков ДНК). Они представляют собой ферменты, расщепляющие белки между аминокислотами цистеином и аспарагиновой (CYS-ASP + ase), и были открыты при изучении воспаления. Данный вид процесса назван пироптоз, по ходу которого разрушение клеток сопровождается стимуляцией мечниковских макрофагов, сопровождающейся выбросом цитокинов, или белков клеточной кинетики. У 25-50 % людей, получавших CAR-иммунотерапию, развивается побочный эффект в виде CRS (Cytokine Release Syndrome). Учёные из университета Пекина, а также Хэнаньского и Уханьского университетов в опытах на мышах показали, что CRS можно нейтрализовать, что обещает более успешное применение CAR-терапии.

Проблема, однако, в том, что даже использование иммунных клеток зачастую даёт лишь временный эффект. Решение причин этого видится благодаря результатам, полученным микроскопистами Цюрихского университета (Швейцария). Впервые в истории использования микроскопа они сумели «покрасить» препараты с помощью 35 моноклональных антител, что позволило увидеть сразу распределение в клетках и на их поверхности самых разных протеиновых маркеров и выделить клеточные кластеры. Швейцарские учёные идентифицировали почти миллион клеток (855 668) в 381 образце (289 опухолевых и 87 здоровых плюс пять печёночных в качестве контроля). На фоне большой гетерогенности образцов были выделены уникальные «фенотипы», которые характерны лишь для отдельных людей (это лишнее свидетельство необходимости персонализированного подхода к лечению). Диагноз и прогноз формулировались на основе процентного содержания клеток с теми или иными маркерами. Свой подход авторы назвали мультиплексор.

В препаратах разными цветами «обозначены» белковые рецепторы гормонов и маркеры разных тканей, протеины, подстёгивающие деление клеток и отражающие их гипоксию, апоптоз и клеточную адгезию (кадгерин), наличие виментина. Его волокна определяют клеточный скелет, как, кстати, цитокератин, актомиозин и фибронектин. Последний подавляет активность интегрин, название которого говорит о его участии в интеграции клеток. Фибронектин подвергается атаке белка золотистого стрептококка, что способствует проникновению микроба в раны и развитию воспаления. Интегрин образует молекулярные комплексы диаметром 110 нанометров, выявляемые при образовании тромбов, фиброзе и воспалении. Эти и другие протеины крайне важны для удержания в норме клеток на волокнистом матриксе, а после изменения - для миграции и инвазивного роста. Всё это смогли увидеть в Цюрихе с помощью их многоцветного мультиплекса.

Рушанская, С. Хорошие новости для трансплантологов // Медицинская газета. – 2020. – 26 февраля (№8). – С. 14.

Учёные из Цюрихского университета (Швейцария) создали установку, которая может поддерживать жизнедеятельность печени и других крупных органов на протяжении целой недели.

«Успех этой уникальной системы открывает дорогу для множества новых векторов развития трансплантологии. Теперь мы сможем восстанавливать повреждённую печень, удалять из неё жир или даже выращивать новые органы из её фрагментов», – рассказал один из авторов работы профессор Пьер-Ален Клавьен.

Главная проблема современной трансплантологии состоит в том, что почти все органы, в том числе сердце, печень и почки, вне тела человека живут очень недолго. В среднем их можно хранить лишь 12-18 часов, после чего их пересадка может стать опасной для пациента. Поэтому больше половины органов, изначально пригодных для пересадки, врачи просто выбрасывают.

Сейчас учёные пытаются решить эту проблему несколькими путями. В частности, они создают новые технологии заморозки органов, а также разрабатывают различные методики выращивания полноценных человеческих тканей внутри тела свиней. Кроме того, генетики сейчас активно работают над средствами, которые делают органы животных «невидимыми» для иммунной системы человека. Это позволит заменять ими повреждённые части тела при отсутствии подходящих человеческих трансплантатов.

Профессор Клавьен и его коллеги подошли к этой проблеме с другой стороны: они не стали искать пути замедления метаболизма клеток трансплантата или его замены на нечто совершенно иное, а попытались повторить условия, в которых он работает внутри организма человека или другого млекопитающего.

Учёные уже не раз пытались сделать нечто подобное раньше, однако эти опыты обычно заканчивались неудачно. Как правило, печень и другие органы сохраняли жизнеспособность на протяжении лишь половины суток после подключения к искусственной системе жизнеобеспечения. Швейцарские исследователи детально проследили за процессом гибели печени и выяснили, как ликвидировать большинство из этих проблем.

В частности, медики и инженеры создали системы, которые автоматически управляют уровнем инсулина и сахара в искусственной крови, удаляют из неё все отходы жизнедеятельности, а также поддерживают в сосудах печени корректный уровень давления при помощи препаратов, сужающих и расширяющих сосуды. Благодаря этому «искусственное тело» может в полностью автоматическом режиме поддерживать работу органа.

Работу этой системы учёные проверили на нескольких образцах печени свиней, часть из которых была имплантирована после долгого хранения в тело других животных. Этот эксперимент показал, что «искусственное тело» могло поддерживать органы в полностью живом состоянии на протяжении недели.

Добившись этого успеха, учёные провели несколько экспериментов с образцами человеческой печени, от которых отказались хирурги-трансплантологи из-за их низкого качества. Оказалось, что система Клавьена и его коллег не только смогла поддержать их жизнедеятельность, но и значительно улучшила состояние органов, уменьшив уровень воспалений и число мёртвых клеток внутри них, если печень ещё сохраняла жизнеспособность.

Это открывает дорогу не только для длительного хранения органов, но и для использования подобных установок в проведении сложных восстановительных работ и лечении болезней, которые раньше считались фактически неизлечимыми.

Шепелева, А. Вылечит импульс. Ученые разрабатывают магнитный скальпель // Российская газета. – 2020. – 6 марта (№49). – С. 11.

На базе одной из лабораторий Института экспериментальной медицины и биотехнологий (ИЭМБ) Самарского медуниверситета разрабатывается безоперационный способ разрушения онкологических опухолей с помощью импульсов магнитного поля.

До сих пор установки, которые используют метод магнитно-импульсной обработки металлов и которые изготавливают в университете, применялись только в промышленности. Но инженеры и медики начали изучать воздействие импульсного магнитного поля высокой напряженности на живые клетки. Ученые уже научились посылать импульсы точно – на строго заданную глубину. Они также определили необходимые для терапии частоты и уровни мощности поля.

Так, в процессе исследований выяснилось, что большинство клеток начинают погибать при разряде в три килоджоуля. Также отмечено, что магнитный сигнал действует на клетки считанные доли секунды. Следующим этапом станут эксперименты над раковыми опухолями.

– Сначала мы должны доказать на здоровых клетках безопасность такого воздействия на организм, а затем переходить к испытаниям магнитного скальпеля в онкологии – говорит профессор Лариса Волова.

Краснопольская, И. Сам себе доктор. Впервые больному ребенку пересадили его же почку // Российская газета. – 2020. – 6 марта (№49). – С. 11.

В истории мировой трансплантологии пересадка почки впереди всех. Именно с трансплантации этого органа, по сути, и началось новое направление в медицине. Может, по той простой причине, что почек две. И если отказала одна, и ее приходится удалить, то человек вполне может жить с оставшейся. И еще: у донора можно взять одну почку для пересадки другому человеку, у которого отказали обе. Однако впервые донором больного ребенка стал... он сам". То есть сам реципиент. Об уникальной операции рассказывает тот, кто ее проводил, – Дмитрий Ахаладзе, руководитель группы торакоабдоминальной хирургии Центре детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Димы Рогачева.

– И. Краснопольская: Дмитрий, знала, что вы в основном занимаетесь трансплантацией печени, причем детям. Но эта операция сделана впервые в России?

– Д. Ахаладзе: Да, двухлетнему малышу, страдающему тяжелейшим онкологическим заболеванием – нейробластомой надпочечника.

– И. Краснопольская: Вы – ученик постоянного автора и эксперта «РГ», академика Сергея Готье. Поэтому не боитесь проведения не просто сложных, а уникальных операций? Или, может вам просто неведом страх? Спокойно идете на риск.

– Д. Ахаладзе: Не боюсь, потому что ученик Готье? Этим горжусь! А боюсь я только гнева Бога. И страх уходит, когда понимаешь, что это единственный путь спасения жизни. Представьте на минуту: двухлетний малыш, живущий далеко от Москвы, страдает таким сложным заболеванием. И его родители каждый день видят, как из малыша уходит сама жизнь.

Ребенок проходил в нашем центре положенную химиотерапию. И вполне возможно было удалить злокачественную опухоль вместе с почкой. С одной почкой действительно можно жить. Но подчеркну: человеку всего два года. Впереди должна быть большая и полноценная жизнь. Конечно, лучше, если почек две. И мы с бригадой хирургов и анестезиологов, посоветовавшись, решили: уберем опухоль, а почку оставим. Хотя было очевидно: оставить ее на прежнем месте, где она была, невозможно. Надо было найти ей иную «жилплощадь». Расскажу трансплантационный анекдот. – Когда органам раздавали «квартиры», то надпочечникам достались «две коммуналки» в забрюшинном пространстве. Так вот, надпочечник, пораженный опухолью, мы удалили, а площадь осталась. Вот туда-то мы и поместили вылеченную во время операции почку.

– И. Краснопольская: Сколько времени ушло на такую смену?

– Д. Ахаладзе: Операция началась в половине пятого вечера, а закончили мы ее после полуночи.

– И. Краснопольская: Как к столь длительному процессу отнеслась сама пересаженная почка?

– Д. Ахаладзе: Думаю, с благодарностью. Она не просто сразу на операционном столе заработала, а, извините за подробность, окатила нас мочой. Для хирургов это была большая радость.

– И. Краснопольская: Об этой операции я узнала фактически сразу, как вы ее провели. Но у меня есть известное правило: о самых необычных, самых уникальных не сообщать мгновенно. Любая операция – все-таки всегда некая езда в неизвестное. И я жду, когда будет отдаленный результат. В вашем случае исключения, как вы понимаете, не было. Как сегодня самочувствие – могу теперь назвать имя пациента, маленького Егора?

– Д. Ахаладзе: Он продолжает лечение в нашем центре. Поводов для тревоги нет. Обе почки – и та, которая на своем месте, и та, которая живет в «коммуналке», работает нормально.

– И. Краснопольская: Прогноз?

– Д. Ахаладзе: Самый тяжелый для нас вопрос. Поскольку нейробластома среди всех злокачественных заболеваний не просто самая загадочная, но и самая тяжелая, плохо прогнозируемая. К великому сожалению, эти опухоли, как правило, поражают детей. Нередко делают их тяжелыми инвалидами. Но вы же знаете, что педиатры, тем более специалисты, занимающиеся детской онкологией, просто обязаны быть оптимистами. Прошло больше месяца после операции. Но не только я, но и члены нашей команды каждый день интересуются, что с нашим Егором. Пока он нас радует. И очень хочется верить, что он сумеет перенести предстоящее ему непростое лечение. Все условия для этого в Центре Рогачева есть.

– И. Краснопольская: Подобные операции можно, нужно тиражировать?

– Д. Ахаладзе: Тиражировать нужно адекватную помощь.

Юхтанов, А. Держите спину. Новый метод лечения болезней позвоночника // Российская газета. – 2020. – 6 марта (№49). – С. 11.

К сожалению, старость не прибавляет человеку подвижности. Более того, из-за проблем в позвоночнике и суставах возрастает риск оступиться, упасть. Добавляются боли в ногах и т.д. Врач-вертеброневролог Марсель Хайретдинов придумал, как помочь пожилым пациентам: разработал специальное ортопедическое снаряжение – «вертикализатор».

Выглядит это так. К вертикальному стержню, который возвышается позади спины и придает фигурам несколько «космический» вид, подтягиваются плечи, а в районе копчика на тот же стержень подвешивается груз. Доктор сам подбирает вес, все строго индивидуально. Те больные, кто уже опробовал устройство на себе, утверждают: прогулки по коридору стационара с грузом в 2,5 килограмма заметно улучшают и самочувствие, и настроение.

– Сегодня второй сеанс. Я стал легче поднимать ноги. И осанку держу, как в армии! – делится впечатлениями пациент Ульяновского госпиталя ветеранов 85-летний Николай Семенов. – Раньше постоянно качало из стороны в сторону.

– Я передвигалась с двумя клюшками. После второго раза отложила их в сторону, – довольна и его супруга-ровесница Александра Семенова.

При необходимости стоять и двигаться с учетом противовеса люди напрягают нужные группы мышц. Происходит тренинг тех, которые отвечают за балансировку тела. Сам изобретатель Марсель Хайретдинов намерен реализовать свое ноу-хау через нацпроект «Демография». Положительное заключение «Роспатента» получено.

Меркулов, А. Вирус под колпаком. Новый метод генной терапии разработан российскими учеными // Российская газета. – 2020. – 11 марта (№50). – С. 12.

Ученые многие годы упорно бились над задачей, как для устранения какого-то дефекта в одном из генов ввести в организм «здоровый» генетический материал. Решение оказалось неожиданным и оригинальным: транспортером работают вирусы, которые обладают естественными механизмами внедрения новой информации в другой организм. Так родилась генная терапия.

– Несмотря на множество очевидных достоинств, у нее есть серьезные минусы, – сказал корреспонденту «РГ» профессор Казанского государственного медицинского университета Рустем Исламов. – Например, при такой терапии клетки могут превращаться в злокачественные. Вирус разлетается по всему организму, и никто не знает, в какие клетки он попадет. Все это является тормозом для широкого распространения «прямой» генной терапии.

Казанские ученые задумались, а что если уйти от терапии, когда здоровый ген доставляется в организм непосредственно вирусом? Попробовать ввести в эту пару посредника, а конкретно лейкоцит. Что это дает? Достигнуто самое главное: у вируса нет прямого контакта с иммунной системой, а значит, нет и иммунного ответа. Новый метод лечения теперь выглядит

так. В специально подобранный вирус с помощью генной инженерии встраивается терапевтический ген, который будет бороться с конкретной болезнью. На следующем этапе нагруженный геном вирус проникает в лейкоциты, взятые из крови самого пациента. И уже в них терапевтический ген включается и начинает нарабатывать молекулы того лекарства, которое и должно победить заболевание.

– Скажем, чтобы защититься от гриппа, можно лейкоциты загрузить генами, которые отвечают за выработку интерферона, и ввести в кровь пациента, – говорит Рустем Исламов. – Так формируется защита от вирусной инфекции. Или у человека произошел инсульт, или он страдает какими-то другими нейродегенеративными заболеваниями. Одна из главных причин – резко падает количество белков, которые сдерживают гибель нейронов. Так вот, введя с помощью нашей технологии терапевтический ген, который способствует выработке этих белков, можно справиться с последствиями инсульта.

Предложенный казанскими учеными метод позволит бороться с дегенеративными, ишемическими, инфекционными и другими заболеваниями. Работа поддержана Российским научным фондом.

Колесникова, К. Жми на ген. Ученые нашли новую причину старения // Российская газета бактерию // Российская газета. – 2020. – 13 марта (№54). – С. 11.

Ученые МГУ имени М. В. Ломоносова открыли новую причину биологического старения. Коллектив специалистов под руководством академика Владимира Скулачева обнаружил ее в митохондриях, а проще говоря, в «электростанциях» живых клеток.

Вместе с полезной энергией митохондрии вырабатывают и очень ядовитые вещества – активные формы кислорода. И чем старше человек, тем больше становится их критическая масса: они повреждают белки, вносят мутации в ДНК. Но что служит «спусковым крючком» для этих массовых и разрушительных процессов в организме? До недавнего времени исследователям приходилось лишь гадать.

– Часть ученых связывали это с чисто случайными повреждениями. Но согласно нашей гипотезе, такое скоординированное увеличение продукции активных форм кислорода при старении должно быть каким-то образом запрограммировано в организме, – говорит заведующий лабораторией молекулярных механизмов старения МГУ Михаил Высоких.

И ученым наконец-то удалось эту гипотезу подтвердить. В митохондриях они нашли специальный механизм, препятствующий производству активных форм кислорода. До определенного возраста эта программа «антистарения» в клетках прекрасно работает. Но потом просто «выключается», и организм начинает стремительно слабеть. Например, у обычных мышей этот защитный механизм «вырубается» уже на втором году жизни. А у знаменитого на весь мир долгожителя – голого землекопа – продолжает работать и защищать митохондрии от активных форм кислорода долгие годы.

В каком возрасте «защита от старения отключается в клетках у человека? Можно ли продлить ее работу и «заморозить» весь процесс? Это исследователям еще предстоит выяснить.

Цыганкова, С. Точно в цель. Создается прибор для неинвазивного лечения рака // Российская газета. – 2020. – 13 марта (№54). – С. 11.

Петербургские ученые разработали уникальный прибор для неинвазивного лечения рака – рентгеновский излучатель, который точно действует на зараженные клетки. Это совместная работа специалистов из Санкт-Петербургского государственного электротехнического университета, НИИ робототехники, Клинической больницы № 122 им. Л.Г. Соколова. Прибор впервые продемонстрировали главе Федерального медико-биологического агентства России Веронике Скворцовой.

Его уникальность в том, что прибор можно использовать сразу же во время операции. Через небольшой разрез на теле пациента хирург сможет совместить удаление злокачественной опухоли и лучевую терапию окружающих тканей. Ученые уверены: таким образом не будет

упущено время после операции, в течение которого потенциальные опухолевые клетки могли бы закрепиться на здоровых тканях.

– Приборы для проведения такого облучения пока в мире не созданы. А причина – в отсутствии соответствующих рентгеновских трубок. Уникальной технологией их создания владеют только физики Санкт-Петербурга, – рассказал главный торакальный хирург Санкт-Петербурга, руководитель Центра торакальной хирургии Клинической больницы № 122 Вадим Пищик.

Разработчик проекта – заведующий кафедрой электронных приборов и устройств электротехнического университета Николай Потрахов – добавил, что прибор сейчас проходит испытания и сертификацию. По оценкам, не менее 200 отечественных медицинских учреждений нуждаются в подобном оборудовании.

Мелихова, Е. Корзинка вместо скальпеля. Камень удалили без единого разреза // Российская газета. – 2020. – 13 марта (№54). – С. 11.

В больнице скорой медицинской помощи Ростова-на-Дону спасли жизнь 84-летнего пенсионера. В силу возраста и сопутствующих заболеваний существовал огромный риск проведения полостной операции пожилому пациенту. Но благодаря современным технологиям от полусантиметрового камня в желчном протоке его избавили без единого разреза.

– Такая комбинация малоинвазивных методик применяется у нас недавно, но уже отлично себя зарекомендовала, – говорит заместитель главного врача по хирургии БСМП Вадим Бондаренко. – Ее преимущества: отсутствие общего наркоза, маленький срок восстановления.

Пациент Петр Климченко ребенком пережил войну, оккупацию. Повзрослев, связал свою жизнь с МВД. Сейчас на заслуженном отдыхе.

– Когда я почувствовал себя плохо, обратил внимание – пожелтели сперва белки глаз, потом кожа. Ужасно болел живот, – рассказывает он.

Пожилой человек оказался в больнице в критическом состоянии: камень перекрыл желчный проток, из-за чего желчь не отходит и отравляет организм. Если бы не современные методы, пришлось бы оперировать по старинке. Но чем бы это окончилось?..

На первом этапе под контролем аппарата УЗИ через живот пациенту сделали прокол и дренаж вывели из желчного пузыря наружу – для оттока желчи. Состояние больного улучшилось. Однако было необходимо избавиться от камня, который встал пробкой в желчевыводящих путях. В норме диаметр желчного протока не превышает десяти миллиметров. Но рентген показал: диаметр камня намного больше!

– Доуденоскопом через пищевод, миновав желудок, мы достигли двенадцатиперстной кишки. Подойдя к месту, где в нее впадает общий желчный проток, при помощи эндоскопической корзинки (специальной насадки) удалось крепко захватить камень... – рассказывает доктор Бондаренко.

Во время операции все движения доуденоскопа по организму пациента видны на мониторе через встроенную миниатюрную камеру. Все манипуляции требуют четкости и тонкости. Как только было сделано все необходимое, желчь сразу беспрепятственно направилась в свое русло. Как отметил заведующий отделением хирургии Михаил Турбин, особенно актуальны подобные вмешательства для пациентов в солидном возрасте. Они позволяют выполнить поставленную задачу быстро и с наименьшими осложнениями.

– Во время операции я был в сознании, слышал и видел все, что происходило в операционной, – говорит Петр Александрович. – Скажи мне кто об этом раньше, подумал бы: фантастика!

На следующий после операции день он уже мог вставать с кровати и ходить по палате. А еще через день ушел домой. Пациенты за такие операции не платят. Они проводятся в рамках ОМС.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года // Медицинская статистика и оргметодработ в учреждениях здравоохранения. – 2020. – № 3. – С. 56-60.

В целях реализации положений "Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года" приказом Минздрава России от 15.01.2020 N 8 утверждена "Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года". Документ определяет цели, задачи и принципы государственной политики Российской Федерации в области общественного здоровья, направленные на обеспечение национальных интересов и реализацию стратегических национальных приоритетов в сфере формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний у населения Российской Федерации на долгосрочную перспективу.

I. Общие положения.

Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года (далее – Стратегия) определяет цели, задачи и принципы государственной политики Российской Федерации в области общественного здоровья, направленные на обеспечение национальных интересов и реализацию стратегических национальных приоритетов в сфере формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний у населения Российской Федерации на долгосрочную перспективу.

Согласно Прогнозу долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2030 года акцент государственной демографической политики на формирование здорового образа жизни, на меры по снижению масштабов злоупотребления алкогольной и табачной продукцией, на профилактику алкоголизма, табакокурения и наркомании позволит улучшить показатели смертности.

Правовую основу Стратегии составляют Конституция Российской Федерации, Федеральный закон от 28 июня 2014 г. N 172-ФЗ "О стратегическом планировании в Российской Федерации", Стратегия национальной безопасности Российской Федерации, утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 31 декабря 2015 г. N 683, Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. N 1662-р, Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года, утвержденные распоряжением Правительства Российской Федерации от 25 октября 2010 г. N 1873-р, План мероприятий на 2016 - 2020 годы по реализации первого этапа Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 ноября 2016 г. N 2539-р, а также иные нормативные правовые акты и документы, в том числе документы Всемирной организации здравоохранения.

II. Современное состояние проблемы формирования здорового образа жизни, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний в Российской Федерации.

Неинфекционные заболевания являются ведущей причиной временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности населения как в мире, так и в Российской Федерации. К неинфекционным заболеваниям относятся сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, хронические болезни органов дыхания и сахарный диабет. В 2018 году вклад в общую смертность болезней системы кровообращения составил 46,8 %, новообразований – 16,3 %, болезней органов пищеварения – 5,2 % болезней органов дыхания – 3,3 %.

Высокий уровень смертности от неинфекционных заболеваний приводит к большим экономическим потерям, обусловленным как прямыми затратами на оказание медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, так и экономическим потерям вследствие сокращения трудовых ресурсов из-за преждевременной смертности, инвалидности и временной нетрудоспособности. По оценкам Национального медицинского исследовательского центра

профилактической медицины, совокупный экономический ущерб от неинфекционных заболеваний в России составляет около 3,6 трлн. рублей, что эквивалентно 4,2 % ВВП, причем большая его часть была обусловлена трудопотерями и сокращением численности населения из-за преждевременной смертности.

Основой профилактики и контроля неинфекционных заболеваний является здоровый образ жизни. Здоровый образ жизни – это образ жизни человека, направленный на предупреждение возникновения и развития неинфекционных заболеваний и характеризующийся исключением или сокращением действия поведенческих факторов риска, к числу которых относятся употребление табака, вредное потребление алкоголя, нерациональное питание, отсутствие физической активности, а также неадаптивное преодоление стрессов. По данным Глобального опроса взрослых о потреблении табака, проведенного совместно Федеральной службой государственной статистики и Всемирной организацией здравоохранения (далее – ВОЗ), с 2009 по 2016 гг. в России распространенность курения снизилась с 39,4% до 30,9%, в том числе среди мужчин – с 60,7 % до 50,9 %, а среди женщин – с 21,7 % до 14,3 %.

Согласно Глобальному обследованию потребления табака среди молодежи, проведенному ВОЗ в 2015 г., выявлено резкое снижение распространенности потребления табака среди подростков 13-15 лет почти в 2 раза по сравнению с 2004 годом, почти в 3 раза снизилось курение сигарет. Кроме того, значительно снизился уровень пассивного курения (воздействия вторичного табачного дыма) в домах и общественных местах. В домах этот показатель снизился с 34,7 % в 2009 г. до 23,1 % в 2016 г.

Вместе с тем распространенность курения в России все еще остается критически высокой. Курение является фактором риска, вносящим наибольший вклад в преждевременную смертность и инвалидность от целого ряда злокачественных новообразований, сердечно-сосудистых заболеваний, а также болезней органов дыхания.

По данным ВОЗ, среди людей в возрасте 20 - 39 лет примерно 13,5 % всех случаев смерти связаны с алкоголем. Научные исследования, проведенные в Российской Федерации, показывают, что для нашей страны вклад алкоголя в смертность трудоспособного населения, особенно мужчин, может быть существенно выше. По данным Минздрава России, в 2018 году заболеваемость населения алкоголизмом и алкогольными психозами в Российской Федерации составила 1 376 344 человек. Потребление алкоголя является также причиной сердечно-сосудистых, отдельных форм онкологических заболеваний и заболеваний органов пищеварения.

Основной причиной развития ожирения и артериальной гипертонии является нерациональное питание, прежде всего, высокий уровень потребления сахара, насыщенных жирных кислот и соли. По данным Росстата, в 2017 г. более половины россиян (55 %) имели избыточную массу тела, а 20,5 % населения страдали ожирением. Особое опасение вызывает увеличение числа детей и подростков с ожирением: так, в целом по России этот показатель увеличился на 5,3 % за 2017 год. Среди несовершеннолетних с избыточной массой тела или ожирением артериальная гипертония выявляется значительно чаще, чем среди детей с нормальной массой тела. Основными принципами рационального питания являются: ежедневное потребление фруктов и овощей (не менее 400 грамм в день), сокращение свободных сахаров (до менее 10 % от общей потребляемой энергии, что эквивалентно 50 г. в день), потребление жиров в количестве менее 30 % от общей потребляемой энергии, потребление соли менее 5 г. в день.

Недостаточная физическая активность является важным фактором риска неинфекционных заболеваний. По данным Минспорта России, по состоянию на 1 января 2018 г. регулярно занимались физической культурой и спортом лишь 36,8 % россиян.

В последние годы наблюдается тенденция к повышению уровня информированности граждан о факторах риска развития неинфекционных заболеваний, а данные социологических опросов показывают повышение интереса граждан к ведению здорового образа жизни и сохранению здоровья.

Важным является также своевременное выявление заболеваний, что создает условия для их эффективного лечения. С 2013 года в России были возобновлены массовые профилактические медицинские осмотры и диспансеризация населения. В 2018 году профилактические осмотры и диспансеризацию прошли 61,9 млн. граждан, в том числе 26,7 млн. детей. Диспансеризация позволила увеличить долю раннего выявления злокачественных новообразований и составила

56,4% на первой и второй стадиях, что привело к снижению одногодичной летальности до 22,2 % и повышению пятилетней выживаемости до 54,4 %.

Во всем мире наблюдается рост тревожных и депрессивных состояний, риск возникновения которых напрямую связан с социально-психологическими факторами. Широкое распространение среди населения приобретают психосоматические заболевания, в развитии и течении которых существенная роль также принадлежит психологическим факторам, недостаточной стрессоустойчивости, длительному психоэмоциональному напряжению. Развитие этих нарушений не только существенно снижает качество жизни, но и приводит к длительной нетрудоспособности, присоединению сопутствующих заболеваний, в том числе и зависимости от алкоголя и других психоактивных веществ. По этой причине предотвращение психических и поведенческих расстройств является важным направлением в профилактике неинфекционных заболеваний среди населения Российской Федерации.

Учитывая изложенное, сокращение бремени неинфекционных заболеваний возможно посредством последовательной государственной политики в области общественного здоровья. Системные меры на данном направлении могут обеспечить существенное снижение смертности от неинфекционных заболеваний и увеличение продолжительности жизни граждан Российской Федерации в долгосрочной перспективе.

III. Основные цели, принципы и задачи Стратегии.

Целью Стратегии является снижение заболеваемости и предотвратимой смертности от неинфекционных заболеваний, увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни за счет увеличения доли лиц, ведущих здоровый образ жизни.

Стратегия базируется на следующих принципах:

- системный подход при формировании мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, профилактику и контроль неинфекционных заболеваний, в том числе с применением информационных технологий;
- научная обоснованность мер, направленных на формирование здорового образа жизни, профилактику и контроль неинфекционных заболеваний;
- непрерывность и последовательность в разработке и реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, профилактику и контроль неинфекционных заболеваний, недопустимость снижения уровня защиты здоровья граждан;
- взаимодействие органов государственной власти с общественными организациями и бизнес-сообществом в целях реализации мероприятий Стратегии;
- обеспечение межведомственного взаимодействия при реализации Стратегии на федеральном, региональном и муниципальном уровнях;
- учет общепризнанных принципов и норм международного права, включая право Евразийского экономического союза.

Основными задачами Стратегии являются:

- формирование здорового образа жизни населения и профилактика неинфекционных заболеваний;
- контроль неинфекционных заболеваний.

IV. Основные направления решения задач Стратегии.

Формирование здорового образа жизни населения и профилактика неинфекционных заболеваний осуществляется путем:

- формирования органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления среды, способствующей ведению здорового образа жизни, посредством разработки и реализации региональных и муниципальных программ общественного здоровья;
- выявления и тиражирования лучших муниципальных и региональных программ общественного здоровья;
- повышения ответственности работодателей за здоровье работников через систему экономических и иных стимулов, разработки и принятия корпоративных программ по укреплению здоровья;

- совершенствования деятельности медицинских организаций и их структурных подразделений, осуществляющих профилактику неинфекционных заболеваний, включая внедрение новой модели центров общественного здоровья;
 - разработки и реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у детей и молодежи;
 - повышения эффективности преподавания основ здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний в рамках школьной программы;
 - создания условий, обеспечивающих возможность вести здоровый образ жизни, систематически заниматься физической культурой и спортом;
 - повышения уровня профессиональной подготовки специалистов по вопросам формирования здорового образа жизни, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний (общественного здоровья);
 - проведения коммуникационных кампаний, направленных на повышение ответственности граждан за свое здоровье, осознание ценности человеческой жизни и здоровья, формирование культуры здоровья в различных возрастных и социальных группах;
 - разработки и реализации программ информирования беременных и рожениц по вопросам укрепления здоровья матери и ребенка, включая важность грудного вскармливания;
 - разработки нормативных правовых мер, направленных на повышение защищенности граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака, а также сокращения бремени заболеваний и социальных последствий, связанных с потреблением алкоголя;
 - снижения избыточного потребления гражданами соли, сахара, насыщенных жиров;
 - увеличения потребления овощей и фруктов, пищевых волокон, рыбы и морепродуктов;
 - ликвидации микронутриентной недостаточности, прежде всего, дефицита йода;
 - разработки программ популяризации рационального питания;
 - разработки мер по стимулированию предпринимательства и государственно-частного партнерства в области формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний;
 - разработки и реализации мер по укреплению психического здоровья, включая профилактику жестокого обращения и суицидов;
 - разработки и реализации комплекса мер по профилактике суицида среди несовершеннолетних;
 - совершенствования системы организации питания детей в образовательных организациях;
 - разработки и реализации мероприятий по профилактике хронических неинфекционных заболеваний у людей старшего возраста, включающих повышение физической активности данной категории граждан, сокращения потребления ими алкоголя и табака;
 - увеличения охвата населения мероприятиями по укреплению здоровья с участием общественных организаций, в том числе профессиональных союзов и объединений работодателей;
 - проведения прикладных и фундаментальных научных исследований в области общественного здоровья.
- Контроль неинфекционных заболеваний осуществляется путем:
- повышения охвата населения профилактическими осмотрами и диспансеризацией;
 - повышения охвата профилактическим консультированием с целью ранней и наиболее полной коррекции выявленных поведенческих и биологических факторов риска;
 - расширения практики выявления факторов риска и их коррекции, а также пропаганды здорового образа жизни медицинскими работниками;
 - улучшения выявляемое и профилактики депрессивных, тревожных и постстрессовых расстройств;
 - совершенствования диспансерного наблюдения, в том числе дистанционного диспансерного наблюдения с применением информационных технологий за пациентами с неинфекционными заболеваниями, включая психические расстройства;
 - повышения доступности психологической и психотерапевтической помощи;

- повышения доступности медицинской помощи при никотиновой зависимости и алкоголизме;
- разработки и внедрения программ, направленных на повышение числа лиц, контролируемых артериальное давление в целях профилактики осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе посредством медицинских изделий с функцией дистанционной передачи данных;
- совершенствования системы организации лечебного и профилактического питания для детей с хроническими заболеваниями;
- повышения информированности граждан о возраст-ассоциированных заболеваниях и информирование общества по вопросам качества жизни граждан его поколения;
- ранней диагностики возраст-ассоциированных неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития.

V. Перспективы формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний.

Перспективы формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний зависят от следующих факторов:

- состояние социально-экономического развития;
- обеспеченность условиями для ведения гражданами здорового образа жизни, а также уровнем мотивированности населения в отношении здорового образа жизни;
- принятие дополнительных мер, направленных на снижение распространенности и негативного воздействия поведенческих факторов риска развития неинфекционных заболеваний, включая новые вызовы и угрозы в сфере общественного здоровья.

В зависимости от степени реализации этих факторов выделяются два сценария развития в долгосрочной перспективе – консервативный и целевой.

Консервативный сценарий характеризуется стагнирующим уровнем потребления алкогольной и табачной продукции, связанным с этим потенциально возможным повышением уровней заболеваемости и смертности от неинфекционных заболеваний.

Целевой сценарий характеризуется усилением системы общественного здоровья с постепенным устойчивым сокращением уровня потребления алкогольной и табачной продукции, а также связанных с ними случаев временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности населения от неинфекционных заболеваний.

VI. Механизм реализации Стратегии.

В целях реализации Стратегии Правительством Российской Федерации утверждается план ее реализации.

Реализация задач Стратегии осуществляется на основе многостороннего взаимодействия между органами государственной власти, общественными организациями, включая профессиональные союзы, объединения работодателей, организациями науки и образования.

Общая координация работ по реализации Стратегии осуществляется Межведомственным советом по общественному здоровью при Министерстве здравоохранения Российской Федерации, в состав которого войдут представители федеральных и региональных органов государственной власти, общественных организаций, представителей профессиональных союзов, объединений работодателей, профессиональных некоммерческих организаций, создаваемых медицинскими работниками и фармацевтическими работниками, организаций науки и образования, а также некоммерческих организаций в сфере агропромышленного комплекса.

VII. Итоги реализации Стратегии.

Реализация Стратегии согласно целевому сценарию предполагает достижение следующих результатов:

- увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни;
- сокращение распространенности потребления табака взрослым населением до 26 %, детским населением – до 10 %;
- сокращение подушевого потребления алкоголя в Российской Федерации до 9 литров;
- увеличение доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом, до 55,5 %;

- увеличение обращаемости в медицинские организации по вопросам здорового образа жизни до 3 260 тыс. человек;
- сокращение темпов прироста первичной заболеваемости ожирением до 5 %;
- сокращение смертности в трудоспособном возрасте до 340 случаев на 100 тыс. населения;
- увеличение доли больных артериальной гипертонией, контролирующей артериальное давление, до 37 %;
- увеличение доли посещений детьми медицинских организаций с профилактическими целями до 51,5 %.

Карасева, Л. А. Мониторинг здоровья городского населения: [на примере г. о. Самара] // Медсестра. – 2020. – № 2. – С. 66-70.

Мониторинг здоровья населения определяется как система организационно-технических и профилактических мероприятий, обеспечивающих наблюдение за состоянием здоровья населения, его оценку и прогнозирование, а также мероприятий, направленных на выявление, предупреждение и устранение влияния вредных факторов среды обитания (факторов риска) на здоровье населения. Данный метод является преимущественным средством оценки сдвигов в здоровье населения, состояния медицинской помощи и формирования на этой основе данных о заболеваемости, что необходимо для эффективной работы лечебно-профилактического учреждения.

За последние годы произошли большие перемены в нашем обществе, которые, с одной стороны, создали неблагоприятную ситуацию в здравоохранении (постоянное недофинансирование), а с другой стороны, подтвердили старую проблему – низкую медицинскую активность населения, отсутствие заботы о собственном здоровье. Произошло смещение акцентов в содержании пропаганды здорового образа жизни с чисто медицинской профилактики к вопросам о существе и формах явлений здоровья, о биологических, психологических и социальных факторах, способствующих здоровью, четких показателях здоровья.

Достижение высокого уровня состояния здоровья населения, совершенствование форм и методов охраны здоровья, интенсивное развитие здравоохранения, контроль за деятельностью учреждений здравоохранения и управление ими невозможны без широкого и постоянного анализа статистической информации, развития и совершенствования методов изучения здоровья населения.

Мониторинг широко применяется для анализа и прогнозирования в различных областях человеческой деятельности (медицина, экология, политика, образование, социально-трудовая сфера и др.). Основными задачами медицинского мониторинга, на наш взгляд, являются наблюдение за здоровьем населения, факторами воздействия на здоровье, оценка физического, психологического состояния человека, оценка прогнозируемого состояния здоровья и планирование мероприятий, направленных на изменение состояния здоровья.

В настоящее время используется система мониторинга здоровья населения и профилактики наиболее распространенных заболеваний и вредных привычек. Разрабатывается мониторинг наследственной врожденной патологии. Понятие мониторинга близко к таким распространенным общенаучным и психологическим понятиям, как обратная связь, контроль, социально-психологическое сопровождение.

Необходимо подчеркнуть, что понимание ценности здоровья у человека приходит иногда слишком поздно, когда болезнь уже наступила. Это характерно как для отдельного индивидуума, так и для общества в целом. Современное кризисное состояние общества, высокий ритм жизни, информационные и эмоциональные перегрузки, экологические нарушения приводят к значительному росту сердечно-сосудистых, онкологических, язвенных, психических и прочих заболеваний.

Отличие мониторинга от учета заболеваемости, психологической диагностики выражается в том, что он осуществляется систематически и планомерно. При этом предполагается не просто фиксация изменений, а использование результатов мониторинга для постоянного

совершенствования процессов, будь то профилактика или лечение. Главным моментом в медицинском мониторинге является диагностика заболеваний и корректирование процесса оздоровления.

Данные исследования, проведенного по определенным возрастным группам, свидетельствуют, что низкий уровень здоровья имеет 78 % населения, средний уровень здоровья характерен для 21 % населения, а высокий уровень здоровья имеет лишь 1 % респондентов. Необходимо отметить снижение уровня соматического здоровья с возрастом и выход средней оценки уровня здоровья за пределы безопасной зоны уже во второй декаде жизни. Результаты исследования позволяют сделать предположение, что влияние факторов здорового образа жизни становится значимым уже с 20-летнего возраста. Обращает внимание показатель среднего значения уровня здоровья лиц старше 50 лет, который по сравнению с населением трудоспособного возраста имеет тенденцию к повышению, что можно объяснить мобилизацией адаптационных возможностей организма к экзогенным и эндогенным факторам риска после выхода на пенсию и реструктуризацией времени для коррекции уровня жизни и здоровьесберегающих подходов.

С точки зрения субъективной оценки, горожан можно подразделить на следующие группы по уровню здоровья: 64 % считают себя здоровыми, 36 % – больными. Однако лишь 11 % опрошенных горожан считают свое здоровье «очень хорошим». С каждой возрастной группой постепенно снижается уровень здоровья, достигая своего минимума в группе старше 70 лет. Среди профессиональных групп «очень хорошим» здоровьем могут «похвастаться» лишь частные предприниматели (27 %); военнослужащие и работники правоохранительных органов (20 %).

Разительно отличаются по уровню здоровья респонденты, занимающиеся регулярно физкультурой и спортом (30 % – «очень хорошее» здоровье, 53 % – «скорее хорошее») и закаливанием (45 % – «очень хорошее здоровье», 35 % – «скорее хорошее»).

Уровень здоровья населения выявляется также через ряд признаков, связанных с наличием хронических и простудных заболеваний, объемом времени, проведенным на амбулаторном или стационарном лечении. Примерно 2/3 населения имеют различные хронические заболевания (по субъективной оценке респондентов). Данный показатель так же, как и общее состояние здоровья, прежде всего, связан с возрастом. В самой молодой группе (14-17 лет) – наилучший показатель, в самой пожилой группе – наихудший. Но среди 14-17-летних 4 % опрошенных имеют более трех хронических заболеваний, 29 % – 1-3 заболевания. Среди хронических заболеваний наиболее распространенными являются: заболевания сердечно-сосудистой системы (17 %), заболевания пищеварительной системы (12 %), заболевания органов дыхания (10 %), заболевания уха, горла, носа (7 %), заболевания мочеполовой системы (7 %). Только 10 % опрошенных не болеют простудными заболеваниями. Интересна здесь зависимость от возраста: чем старше человек, тем реже он болеет простудными заболеваниями. Среди 60-69-летних не болеют простудными заболеваниями 13 % граждан, а среди 14-17-летних – только 5 %.

Уровень здоровья, несомненно, зависит от целого ряда факторов, где выделяют и группы обобщенных факторов, таких как наследственность – около 20 %, экология – примерно 20 %, медицина – почти 10 % и образ жизни – около 50 %. Наше исследование в основном подтвердило данную зависимость. Отношение населения к факторам здоровья выяснилось с помощью следующего вопроса: «Какие причины влияют на ваше состояние здоровья в большей степени?» Ответы на вопрос распределились следующим образом: постоянные нервные нагрузки, стрессы встречаются у 15 % граждан, плохие экологические условия отметили 13 % респондентов, не всегда вовремя обращаюсь к врачу 11 % опрошенных, не следят за своим здоровьем 10 % граждан, нерационально питаются также 10 %, считают дорогими лекарства 9 %, не занимаются спортом и физкультурой – 7 %, плохая наследственность у 6 % опрошенных, ведут неправильный образ жизни – 5 %, отмечают низкий уровень медицинской помощи – 5 %, низкий уровень знаний о себе, своем организме, возможных заболеваниях имеют 4 % и не занимаются закаливанием – 5 % респондентов.

Если обобщить похожие факторы, в частности связанные с образом жизни и культурой здоровья, то мы увидим, что большинство опрошенных (51 %) связывают свои проблемы со здоровьем с собой, своим отношением к здоровью, то есть с образом жизни. С медициной

связывают свое состояние здоровья лишь 14 % опрошенных (9 % – «дорогие лекарства»; 5 % – «низкий уровень медицинской помощи»).

В исследовании ставилась задача проанализировать факторы здоровья, связанные с образом жизни и культурой отношения к здоровью. Только около 1/3 респондентов следят за своим здоровьем 16 % – постоянно, 29 % – часто, 33 % – иногда, а 28 % – практически не занимаются своим здоровьем (19 % – «очень редко», 9 % – «никогда»). Такое отношение к своему здоровью характерно для всех возрастных групп. Исключение составляет самая старшая возрастная группа (70 лет и старше), где 48 % граждан более или менее следят за своим здоровьем.

Если обратить внимание на образование населения, то в большей степени уделяют внимание своему здоровью респонденты с высшим образованием (45 %); среди профессиональных групп частные предприниматели (59 %); специалисты с высшим образованием (44 %); военнослужащие и работники правоохранительных органов (40 %), домохозяйки (38 %).

На вопрос «всегда ли добросовестно выполняете предписания врача?» лишь 46 % опрошенных ответили утвердительно и только 28 % опрошенных «почти всегда» обращаются при заболевании за медицинской помощью.

На состояние здоровья в значительной степени влияет психоэмоциональное состояние, морально-психологический климат в семье, в трудовом коллективе, умение снимать психологические стрессы. Только 11 % респондентов, по данным нашего исследования, никогда не испытывают психологического напряжения; 19 % – очень редко, а остальные 70 % – в той или иной степени подвержены психоэмоциональному напряжению. Наибольшая психоэмоциональная напряженность характерна для людей в возрасте от 40 до 70 лет, от 41 года до 50 лет – 39 % испытывают психоэмоциональное напряжение «постоянно», от 51 года до 60 лет – 37 %, от 61 года до 70 лет – 35 %. Высока доля испытывающих психологическое напряжение регулярно среди «руководителей предприятий, организаций» (42 %) и «руководителей отделов, подразделений» (54 %).

Факторами, определяющими психоэмоциональное напряжение, являются отношения, складывающиеся в семье и на работе. Сравнение морально-психологического климата в семье и на работе показывает, что респонденты несколько выше оценивают отношения, сложившиеся у них на работе с коллегами и даже с руководством, чем отношения у себя дома. Лишь 4 % опрошенных оценивают отношения с коллегами как недоброжелательные, 6 % – с руководством; 15 % – в семье. Наиболее низко оценивают морально-психологический климат в семье пожилые люди от 70 лет и старше – 18 % и от 40 лет до 50-17 %.

Как плохие оценивают свои социально-бытовые условия в основном пожилые люди в возрасте 60-69 лет (23,2 %). Характерно, что ни один респондент из группы «руководители предприятий, организаций» не отметил варианты «скорее плохие» или «очень плохие».

У 77,2 % опрошенных горожан имеются коммунально-бытовые удобства «полностью», у 13,6 % – «частично», у 8,9 % – удобств нет. И здесь также наиболее уязвимыми стали пенсионеры, пожилые люди старше 60 лет.

Таким образом, проведенный социологический анализ уровня и факторов здоровья городского населения показал следующее.

Среди населения города от 14 лет и старше около трети опрошенных считают свое здоровье плохим (35,3 %). Только 11,5 % оценивают свое здоровье как «очень хорошее». Уровень здоровья находится в прямой зависимости от возраста. Наихудшее состояние здоровья характерно для старших возрастных групп.

Примерно 2/3 населения (59,3 %) имеют различные хронические заболевания. Только 9,6 % опрошенных не болеют простудными заболеваниями. Около трети населения (33,4 %) болеют в течение года, в среднем 1-3 месяца.

Наиболее важными для здоровья являются факторы, связанные с образом и уровнем жизни (55,6 %). В связи с этим понятна потребность горожан в квалифицированных советах по здоровому образу жизни (76,5 %) и созданию информационно-оздоровительного центра (74,5 %).

Люди пожилого и старческого возраста отмечали необходимость коррекции отрицательных факторов окружающей среды, влияющих на здоровье населения данной возрастной группы и семьи в целом.

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>