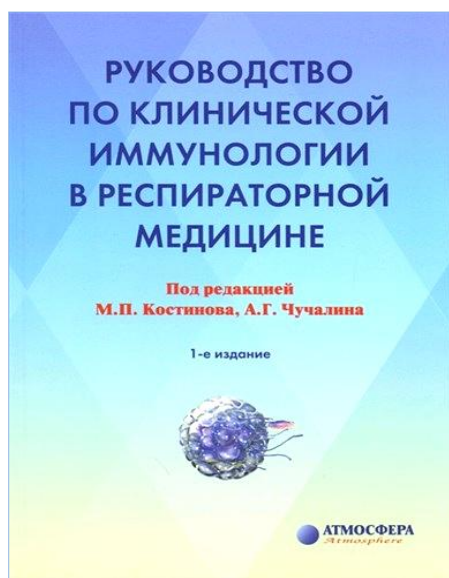




Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№6 (июнь), 2018



СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	10
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	16

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Вероника Скворцова: у нас лечат не хуже, чем в Германии, Израиле и Америке! // Аргументы и факты. – 2018. – 19 июня. – Режим доступа : WWW. URL : http://www.aif.ru/society/healthcare/veronika_skvorcova_u_nas_lechat_ne_huzhe_chem_v_germanii_izraile_i_amerike#

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова в эксклюзивном интервью «АиФ» о том, когда мы победим онкозаболевания.

Главный приоритет нашей медицины, как сообщил на прямой линии президент РФ Владимир Путин – борьба с онкозаболеваниями. О государственной программе борьбы с ними – разговор главного редактора «АиФ» Игоря Черняка с министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой.

Игорь Черняк, «АиФ»: – Вероника Игоревна, главная проблема онкологии – диагностирование. Недавно мы печатали интервью с известным врачом-онкологом, который сам заболел раком, причем выявлена болезнь была на 3 стадии. Что уж говорить о простых пациентах!

Вероника Скворцова: – Я хочу начать с того, что за 5 лет нам удалось достаточно существенно повысить выявляемость рака на ранних 1-2-й стадиях – в среднем, при всех локализациях рака – с 50 до 56%. Кажется, что это не очень много, но за данным приростом – десятки тысяч спасенных людей. При этом при наиболее часто встречаемых онкологических заболеваниях репродуктивной системы женщин нам удалось добиться более значимого повышения ранней выявляемости. Так, при раке шейки и тела матки – до 66-80%. Одновременно, при этих заболеваниях резко снизился показатель «запущенности», то есть выявляемость на 4-й стадии, который составил от 5 до 9%. Но, в то же время, рак таких внутренних органов, как печень и поджелудочная железа, желудок, пищевод и кишечник, которые не визуализируются глазом, а требуют дополнительных исследований, пока у нас выявляются на ранних стадиях существенно реже (до 40% случаев). И «запущенность» очень велика – при раке печени и поджелудочной железы доходит до 58%.

И что делается для повышения ранней выявляемости?

– На протяжении последних лет мы создаём условия для каждого человека, чтобы пройти профилактическое обследование на раннее выявление онкологических заболеваний. С 2013 года возродили диспансеризацию, куда включили систему онко-скрининга. Мы несколько раз пересматривали ее регламенты, опираясь на самый передовой международный опыт. И с 2018 года увеличили частоту диспансеризации у людей в возрасте 50-73 лет, когда риски возникновения онкологических заболеваний особенно высоки: если раньше диспансеризация проводилась раз в 3 года, то теперь — раз в 2 года. Кроме того, любая женщина имеет право раз в год проходить профилактическое гинекологическое обследование, включающее не только осмотр специалистом, но и ультразвуковое, цитологическое, микробиологическое обследования. Во многом по этой причине значительно повысилось раннее выявление самых распространенных у женщин раков репродуктивной сферы. Они сейчас легко выявляются и очень эффективно лечатся.

В 2016 году впервые в нашей стране были нормативно закреплены предельные сроки ожидания разных видов медицинской помощи, включая консультации специалистами и обследования лабораторными и инструментальными методами. Сейчас это – максимум 14 дней. В рамках дальнейшего развития онкологической службы мы планируем создать амбулаторные онкологические службы при всех многопрофильных стационарах и крупных поликлиниках. Тогда во всех регионах страны появятся базовые точки, где можно будет быстро и эффективно подтвердить и уточнить диагноз при подозрении на онкологическое заболевание. Кроме того, мы создаем референс-центры экспертного второго мнения специально для диагностических служб: морфологической (морфология, иммуногистохимия), томографической (компьютерная и магнитно-резонансная томография). Внедрение по всей стране цифровых технологий в медицину и здравоохранение позволяет дистанционно консультировать изображения с приборов и биопсийные срезы.

– Раньше, если у человека был рак и у него были деньги, он всеми силами стремился улететь в Германию, в Израиль, в Америку и т.д. А что сегодня? Может, с некоторыми видами рака можно уже никуда не лететь? У нас лечат не хуже?

– Вы абсолютно правы. У нас прекрасная хирургия, активно развиваются радиология и генетика. В наших ведущих федеральных и региональных центрах лечат так же качественно, как и в других ведущих мировых онкологических клиниках. Но в целом, онкологическая служба пока требует совершенствования. Мы – в активном развитии. Только за последние 5 лет у нас создано более 50 центров позитронно-эмиссионной томографии, а 5 лет назад на всю страну было менее 10 приборов. Существенно изменились возможности высокотехнологичной медицинской помощи при онкологических заболеваниях. Её сейчас оказывают 454 медицинских организации, в том числе 78 федеральных центров. Если в 2011 году высокотехнологичную помощь получили 59,5 тыс. больных онкологическими заболеваниями, то в 2017 году – 179,1 тыс.

Доказательством нашей эффективности может служить резко возросший поток въездного медицинского туризма, в том числе связанного с онкозаболеваниями. Ещё в 2015 году в стране лечилось 20 тыс. иностранных граждан, в 2017 году – уже более 110 тыс. Причем пациенты едут не только из ближнего зарубежья. Резко возрос поток из Юго-Восточной Азии, к нам приезжают из Китая, Вьетнама, Северной Кореи, а также с Ближнего Востока (Бахрейна, Израиля) и из Европы. Причина: высокое качество помощи и при этом низкие цены — в 2-3 раза ниже, чем в зарубежных клиниках. Приезжают и на обследование, и для получения специализированной помощи, включая высокотехнологичную. Наиболее востребованные профили медицинской помощи – это офтальмология, ортопедия (эндопротезирование суставов), стоматология, эндоваскулярная хирургия (плановая коронарография, стентирование и ангиопластика) и онкология.

Это все касается уже выявленных заболеваний. А как сделать так, чтобы онкологию находили на 1-2 стадии, не позже?

– Прежде всего, нужно, чтобы каждый человек не забывал проходить профилактические осмотры и спешил к врачу при появлении недомогания, признаков нездоровья. Нужно следить за здоровьем детей и родителей, своих близких. Все условия, которые создаются российским здравоохранением, сработают лишь при активной заинтересованности людей.

Кроме того, очень важно, чтобы каждый визит к врачу, независимо от повода и причины, рассматривался любым специалистом, начиная с участкового терапевта, с позиции онкологической настороженности. Это важнейшее дело. Год назад мы провели тестирование врачей первичного звена в отношении того, как они подготовлены к раннему распознаванию и профилактике рака. Тогда только 40% смогли пройти этот тест. После чего мы с нашими ведущими экспертами создали специальную электронную образовательную программу с прекрасными иллюстрациями, которая позволяет медикам самостоятельно дистанционно пройти дополнительное образование на настороженность к онкологическим заболеваниям разной локализации.

За прошлый год – сейчас эта программа продолжается – 85% всех участковых терапевтов освоили эту программу с хорошим результатом: 29 с лишним тысяч из 35 тысяч. Наша задача – помочь тем, кто не сумел самостоятельно овладеть материалом, а также подключить к освоению программы врачей общей практики и узких специалистов других профилей: офтальмологов, ЛОР, кардиологов и т.д. Тогда онконастороженность сформируется у каждого медика. Это – один из наиболее значимых блоков нашей государственной онкопрограммы.

Допустим, терапевт проблему выявил, диагноз за 2 положенные недели поставлен. Но кто будет пациента лечить? Ведь сегодня качественную помощь предлагают только федеральные центры, а попасть туда очень непросто...

Диагноз должен быть поставлен в течение двух недель с момента предположения. С помощью экспертных референс-центров диагноз сразу должен устанавливаться полно и достоверно. Дальше нам нужно как можно скорее направить пациента на специализированную помощь. В 2016 году мы регламентировали и сроки госпитализации: не позднее 14 календарных дней с постановки диагноза. Но вопрос, куда направлять. Сейчас, скажем, человека направляют в региональный онкологический диспансер, а там, возможно, нет необходимых для лечения конкретного больного методов. Отправляют его в окружной центр. Затем – в федеральный. Эта

система – порочная, мы теряем время, очень ценное для человека с онкологической патологией. Потому что главный фактор спасения человека при данном диагнозе – это фактор времени.

И в этой связи вторая часть государственной онкопрограммы – это не просто модернизация имеющейся онкологической службы, но очень четкое понимание, каков должен быть минимально достаточный уровень оснащения и кадрового состава для региональных онкологических диспансеров, для окружных (их будет 1-2 на федеральный округ), а также для федеральных центров. Они, кстати, тоже разнятся между собой по наличию уникальных технологий и методов.

В идеале, как только точный диагноз устанавливается, должно формироваться представление о необходимых клинических протоколах, оптимальных для лечения этого конкретного человека, а следовательно – и о месте, где нужно его лечить. Так, если у человека выявлена меланома оболочек глазного яблока, то его бессмысленно направлять в любой диспансер, где нет протонной терапии. Протонная терапия в настоящее время развёрнута в двух центрах. В данном редком случае больной сразу должен быть направлен туда. В декабре этого года дополнительно будет введен в действие специальный федеральный центр ядерной медицины – целый медицинский город с четырьмя протонными установками – в Димитровграде Ульяновской области, что существенно повысит доступность ядерных технологий лечения онкологических заболеваний. Внедрение одноэтапности при оказании помощи и исключение ошибок при выборе центра, где можно реализовать максимально эффективный на сегодняшний день протокол, – это важнейшая часть нашей онкологической программы. Эта задача, безусловно, требует развития инфраструктуры онкологической службы и её кадрового обеспечения.

– Кадровая составляющая, безусловно, важнейшая. Сегодня онкологов в регионах остро не хватает...

– Число онкологов только за последние 3 года возросло в стране на 22%, на 1900 человек. Это – хороший показатель, потому что на протяжении десятилетий онкология была одной из самых дефицитных с точки зрения кадрового наполнения медицинских областей. Сейчас у нас уже более 7,5 тыс. онкологов, из них 3,5 тыс. работают в первичном звене. Нам нужно еще примерно 1,5 тыс. человек для оптимальной работы службы.

Но устранения дефицита мало. Совместно с экспертным сообществом разработаны изменения подходов к образованию онкологов, это тоже очень важное направление. Традиционно онкологи формировались из оперирующих хирургов. Так складывалось потому, что единственным методом лечения рака долгие годы был хирургический. В последние годы ситуация в корне изменилась. Более понятными стали механизмы формирования онкозаболеваний и защиты от неконтролируемого деления клеток человека. Современный специалист-онколог, прежде всего, должен иметь прекрасное фундаментальное биомедицинское образование, позволяющее ему комплексно выстроить индивидуальную программу ведения больного, включая по мере необходимости хирургические, радиологические, химиотерапевтические и другие методы лечения.

А параллельно, поскольку мы переходим на модульный принцип обучения специалистов, у специалистов-хирургов разных направлений будет к ординатуре добавляться дополнительный модуль по онкохирургии. Вот тогда, по сути, координатором онкологической бригады, которая отвечает за лечение каждого конкретного человека, будет подготовленный онколог, а в его распоряжении будут специально подготовленные хирурги, радиологи, медицинские физики, радиохимики, радиобиологи и другие специалисты. Тогда каждый пациент получит лучшее для его состояния лечение.

В настоящее время Минздравом создан специальный координационный совет по онкологии, более 60 ведущих экспертов – онкологов, радиологов, фармакологов, представителей вузовского сообщества, Академии наук и т.д. Эта большая и сильная команда завершает работу над Федеральным проектом по развитию онкологической службы в нашей стране.

А что это за инновационные разработки, позволяющие обойтись без хирургов?

– Мы живем в эру, когда биомедицина стремительно развивается. Три года назад Минздравом внедрен механизм ускоренного инновационного развития. Для его реализации выбрано несколько приоритетных областей, включая онкологию. Мы уже имеем

многообещающие наработки, которые будут внедрены в ближайшие годы. Во-первых, новые диагностические тесты, которые позволяют прогнозировать с высокой вероятностью развитие онкологического заболевания задолго до его клинической манифестации, в том числе по уровню опухолевой ДНК в крови человека. Это – так называемая жидкостная биопсия. Во-вторых, – это, конечно, онковакцины, и профилактические, и терапевтические. А также – разработка ряда других таргетных иммунных препаратов. В этом направлении идет работа специально созданными комплексными научными группами, в которые входят представители ведущих лабораторий нашей страны: из Москвы, Петербурга, сибирских регионов.

– Звучит фантастически и многообещающе. Но как вы сверху сможете проконтролировать правильность терапии больного где-нибудь во Владивостоке?

– Безусловно, мы добьемся наилучших результатов в лечении каждого больного лишь при условии, что вся онкологическая служба станет единой отлаженной системой. Упростить ее создание может внедрение цифровых медицинских технологий. Уже создана специальная онкологическая информационная медицинская программа, прошедшая апробацию в двух регионах. Мы очень хотим, чтобы она стала базовой для всей страны. Сегодня аналогичная программа уже успешно работает в перинатологии: любая беременная женщина в момент постановки на учёт оказывается в региональной информационной системе, отслеживающей сроки и особенности беременности, отвечающей на вопросы, на каком сроке и в учреждении какого уровня необходимо родоразрешать женщину: в обычном роддоме или роддоме второго уровня, или в перинатальном центре. Именно такой системный подход и позволил за короткий период резко снизить в нашей стране младенческую и материнскую смертность и достичь одних из лучших в мире показателей. То же самое нужно применить при онкологических заболеваниях. При первом подозрении на онкологическое заболевание человек должен учитываться специальной информационной системой. Она будет структурирована по региональным сегментам, но будет связана с Единой государственной информационной системой для того, чтобы можно было к любому человеку подключить ведущих экспертов федерального уровня. Конечно, все персональные данные будут тщательно охраняться. Цифровые технологии позволят нам отслеживать правильность и своевременность всех процессов диагностики и лечения каждого больного. Прозрачными и понятными станут все управленческие решения, распределение лекарств и имплантантов, работа медицинской техники и специалистов.

Онкологические заболевания относятся к хроническим заболеваниям, и если выявить заболевание на самых ранних стадиях, то можно полностью его излечить, просто убрав первопричину. И на этом все завершается. Но в большинстве случаев, к сожалению, нам необходимо человека вести достаточно длительно. Как правило, это длительное лечение связано с необходимостью химиотерапии, введением других лекарственных препаратов. Любая медицинская помощь, включая исследования и лекарства, должна предоставляться больным бесплатно.

Ещё один важный блок в программе – обеспечение качественной и доступной паллиативной медицинской помощи в последние периоды жизни людей, которых современная медицина не может вылечить. Это – обезбоживание, избавление от страданий, психологическая помощь. За 3 года полностью видоизменена нормативная база и упрощены требования к выписке, получению сильных обезболивающих, включая наркотические, препаратов, их хранению и транспортировке. Сейчас можно наркотические препараты сразу выписывать на длительный период. Выписывать может лечащий врач, любой специалист. В сельской местности, где нет аптек, лицензированных к выдаче наркотических препаратов, позволили ФАПам лицензироваться. Теперь они и врачебные сельские амбулатории могут выдавать эти препараты тяжелым пациентам.

Онкологические заболевания – одни из самых сложных. Для того, чтобы решить проблему с эффективной помощью таким больным, нужно повысить качество и организационные технологии для всей медицины, междисциплинарно. Поэтому решение проблемы с онкологией выведет всю российскую медицину на принципиально иной качественный уровень.

Вскоре каждый пациент сможет рассчитывать на раннюю диагностику и быстрое излечение?

– Российское здравоохранение сделает все возможное для гармоничного развития онкологической службы в ближайшие 6 лет. Усовершенствованы будут все процессы – от профилактики и ранней диагностики до лечения и реабилитации. Будут активно внедряться инновационные методы ядерной медицины и персонализированной фармакологии, регенеративные и генные технологии.

Однако важно, чтобы каждый человек понимал: если он сам вовремя не придет к врачу, то он потеряет шансы на спасение. Своевременные профилактические осмотры должны стать нормой жизни. С 2017 года в помощь нашим пациентам мы создали специальную службу страховых представителей, которые через СМС-оповещения активно напоминают людям о необходимости пройти диспансеризацию, приглашают к специалистам, сообщают о принципах здорового образа жизни и правилах диспансерного наблюдения. Уже за год этот подход доказал свою эффективность. Мы видим отклик не менее, чем от 60% адресатов. Ясно, что все наши усилия оправдаются только в случае, если человек сам будет мотивирован следить за своим здоровьем и здоровьем своих близких.

Коробенкова, М. Новые профстандарты для медработников. Все изменения – в одной статье // Заместитель главного врача. – 2018. – №6. – С. 14-26.

Медработники получили 13 новых профстандартов. В статье рассказывается, какие должности ввели, что изменили в требованиях к образованию и стажу в сравнении с Единым квалификационным справочником.

Перечень должностей расширили.

В профстандартах появились должности, которых не было в Едином квалификационном справочнике (утв. приказом Минздравсоцразвития от 23.07.2010 № 541н). В частности, «Врач-детский кардиолог», «Врач-аллерголог-иммунолог», «Врач-уролог», «Врач-дерматовенеролог». Требования к таким работникам раньше регулировал только приказ Минздрава от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам...» (далее — приказ Минздрава № 707н).

13 новых профстандартов для медработников:

1. Врач-инфекционист (приказ Минтруда от 14.03.2018 № 135н).
2. Врач-неонатолог (приказ Минтруда от 14.03.2018 № 136н).
3. Врач-эндокринолог (приказ Минтруда от 14.03.2018 № 132н).
4. Врач-детский кардиолог (приказ Минтруда от 14.03.2018 № 139н).
5. Специалист в области клинической лабораторной диагностики (приказ Минтруда от 14.03.2018 № 145н).
6. Врач-аллерголог-иммунолог (приказ Минтруда от 14.03.2018 № 138н).
7. Врач-детский хирург (приказ Минтруда от 14.03.2018 № 134н).
8. Врач-дерматовенеролог (приказ Минтруда от 14.03.2018 № 142н).
9. Врач-уролог (приказ Минтруда от 14.03.2018 № 137н).
10. Врач-сердечно-сосудистый хирург (приказ Минтруда от 14.03.2018 № 143н).
11. Врач-судебно-медицинский эксперт (приказ Минтруда от 14.03.2018 № 144н).
12. Врач-патологоанатом (приказ Минтруда от 14.03.2018 № 131н).
13. Врач скорой медицинской помощи (приказ Минтруда от 14.03.2018 № 133н).

Образование: теперь больше вариантов.

В профстандартах больше вариантов получения образования – с учетом изменений образовательных стандартов. Например, профстандарты «Врач-детский кардиолог», «Врач-аллерголог-иммунолог», «Врач-детский хирург», «Врач-дерматовенеролог».

По профстандарту можно принимать врача-инфекциониста не только с профильной ординатурой или интернатурой, но и прошедшего профпереподготовку. В квалификационном справочнике такого варианта не было. Однако новым его назвать нельзя, так как он предусмотрен в приказе Минздрава № 707н.

Аналогично с профстандартом врача-патологоанатома. Однако требования к этому специалисту из приказа Минздрава № 707н перенесли некорректно: перечень допустимых специальностей значительно расширили, добавили «Анестезиология-реаниматология», «Гастроэнтерология», «Гематология», «Кардиология», «Неврология», «Неонатология», «Нефрология», «Общая врачебная практика», «Педиатрия», «Пульмонология», «Ревматология», «СМП», «Терапия», «Эндоскопия». А вот «Детскую урологию-андрологию» и «Пластическую хирургию» в профстандарт добавить забыли. Подчеркиваю, это противоречит приказу Минздрава № 707н. Таких расхождений в профстандартах много. К этой проблеме я еще вернусь далее в статье.

Скорректировали требования к специалистам клинической лабораторной диагностики. Так, исключили возможность принимать на работу биолога со специальностью «Фармация», но добавили «Физиологию». Изменили требования к образованию химиков-экспертов (специалист или магистр) – из перечня допустимых специальностей убрали «Биохимию», добавили «Биологию».

Прописали требования к врачу-лаборанту, которых не было в справочнике. Согласно общим положениям квалификационного справочника эта должность сохранялась для специалистов с высшим профессиональным (немедицинским) образованием, принятых на должность до 1 октября 1999 года. С тех пор требования не обновляли.

Из перечня специальностей врача клинической лабораторной диагностики исключили «Медицинскую биофизику» и «Медицинскую кибернетику», добавили «Фармацию».

По профстандарту можно принимать на должность врача клинической лабораторной диагностики, и даже заведующего, сотрудника с высшим образованием по специальности «Медицинская биохимия» без дальнейшего образования, если он завершил обучение в 2017 году и позже. Это очередное противоречие ранее установленным требованиям.

Стаж и допуск к работе: корректировки незначительные.

Как и в квалификационном справочнике, в основном опыт работы в должности не требуется. Есть несколько исключений. Так, для заведующего КДЛ требования к стажу снизили до 3 лет. В квалификационном справочнике – 5 лет.

Установили требования к старшему врачу станции (отделения) скорой медицинской помощи, которых не было в квалификационном справочнике. Для старшего врача прописали стаж работы – 3 года.

В профстандартах более подробно описали условия допуска к работе – требования о прохождении обязательных медосмотров и отсутствии ограничений к профессиональной деятельности. Эти требования не новые и для всех профстандартов одинаковые.

Быстро, удобно, экономно. Как новые технологии меняют здравоохранение // Аргументы и факты. – 2018. – 6 июня. – Режим доступа : WWW. URL : http://www.aif.ru/society/healthcare/bystro_udobno_ekonomno_kak_novye_tehnologii_menyayut_zdrav_oohranenie

Найти ближайшую поликлинику, записаться на прием и перенести его, получить справку или льготный рецепт сегодня можно онлайн. ЕМИАС не только сделала медицинскую помощь доступнее и качественнее, но и упростила работу врачей и сэкономила средства.

Больше 670 зданий, 10 миллионов уникальных пациентов, около семи миллионов электронных медкарт – все это ЕМИАС. За семь лет Единая медицинская информационно-аналитическая система изменила столичное здравоохранение. Ее сервисы упростили работу врачей и администраторов, а для пациентов сделали походы в поликлиники комфортнее.

Это и было главной задачей системы: повысить качество и доступность медицинской помощи, в первую очередь – амбулаторной. «Три года назад возможность попасть к врачу-терапевту или педиатру в ближайшие три дня имели только 75 процентов москвичей, сегодня же – 98 процентов», – рассказал министр правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения Алексей Хрипун.

Пациенты оценили перемены: почти 10 миллионов москвичей хотя бы раз записывались к врачу онлайн. По данным email-опросов за прошлый год, 92% москвичей удовлетворены посещением врача и изменениями в столичном здравоохранении. А в прошлом году проект информатизации этой сферы удостоился премии Global mobileGov Awards.

Чтобы записаться к врачу сегодня, не нужно долго стоять в очереди или ждать, пока в регистратуре снимут трубку. Теперь горожане чаще всего планируют визит через интернет и мобильные приложения: в среднем уже более 35% всех записей на прием происходит онлайн. Удобнее стала и запись через инфомат: к участковому врачу, например, можно записаться, нажав всего одну кнопку.

На сегодняшний день более 7 миллионов москвичей имеют электронную медкарту. В ней хранится информация о приеме пациента: основные жалобы и назначения лечащего врача.

А еще это упрощает работу скорой помощи, у сотрудников которой есть планшеты. Выезжая к пациенту, бригада заранее знает, какие болезни есть у пациента и к чему врачам и фельдшерам стоит готовиться. «К концу этого же года мы планируем предоставить врачам стационаров доступ к ЕМИАС, чтобы даже краткая информация о пациенте в стационаре попадала в электронную медицинскую карту. Так мы продвигаемся к единому информационному пространству в отношении каждого пациента и имеем возможность накапливать и хранить все показатели его здоровья», – говорит Алексей Хрипун.

Эта же система позволяет выдавать электронные листки нетрудоспособности и выписывать электронные рецепты, причем в семь раз быстрее, чем от руки. В среднем за неделю доктора выдают больше 300 тысяч таких рецептов, в том числе льготных, а сэкономленное время специалист может посвятить своим пациентам.

Записаться к врачу с помощью инфомата просто и удобно, а если не получится – персонал поликлиники всегда поможет.

Еще один сервис ЕМИАС – управление потоками пациентов. Он располагает пятью каналами записи на прием, возможностью записаться к другому специалисту в режиме «врач – врач», электронным расписанием, планированием приема или диагностического исследования, выстраиванием маршрута. «Для того чтобы делать все это на бумаге, раньше требовалось более трех миллионов часов работы. Сегодня же этот показатель снизился в три раза, и это позволяет сэкономить значительные кадровые ресурсы», – рассказал Алексей Хрипун.

Благодаря ЕМИАС управлять потоками пациентов стало удобнее. Электронное расписание и разные варианты записи к врачам позволяют быстро спланировать прием и диагностические исследования. Раньше, чтобы делать это в бумажном виде, требовалось больше трех миллионов часов работы. Теперь этот показатель снизился втрое.

Наладить работу поликлиник помогает и видеонаблюдение. К концу прошлого года в столичных поликлиниках установили почти четыре тысячи камер. Это «глаза» Ситуационного центра Департамента здравоохранения города Москвы. «Сегодня в Ситуационном центре два сотрудника занимаются только тем, что постоянно изучают видеоизображение в наиболее посещаемых территориях поликлиники: входная группа, коридоры наиболее востребованных специалистов и зоны комфорта, информационные стойки. Если мы видим какую-то проблему, то можем оперативно ее решить», – рассказал Алексей Хрипун.

Еще один удобный сервис ЕМИАС – система мониторинга доступности медицинской помощи. Она позволяет увидеть, сколько человек могут записаться на прием к доктору, насколько в поликлиниках доступны врачи-специалисты, как работает сервис помощи на дому, сколько пациенты ждут приема, а также результаты опросов.

Опросы тоже помогает проводить информационная система. Каждый пациент, приходящий на прием к специалисту, после посещения получает электронное письмо (если он зарегистрирован на портале mos.ru и имеет электронный адрес). «Таких писем за 2017 год было отправлено более четырех миллионов. Примерно 15 процентов людей отвечают, это огромная выборка. Есть несколько вариантов ответов, и в этой выборке 92% москвичей удовлетворены работой поликлиники», – сообщил Алексей Хрипун.

Один из важных инструментов ЕМИАС – система персонифицированного учета оказанных медицинских услуг. Она дает возможность видеть все, что делает поликлиника, для анализа и планирования работы. Раньше, чтобы предоставить фонду ОМС сведения об

оказанных услугах, работали около тысячи операторов. Сейчас в этом необходимости нет, а значит, экономятся значительные средства.

Этому же служит и облачная бухгалтерия. Кроме того, она экономит миллионы часов рабочего времени сотрудников поликлиник. А еще она позволяет видеть и регулировать очень важные показатели: нагрузку на каждого медицинского специалиста и его заработную плату.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Сотрудниками Northwestern University Feinberg School of Medicine создан инновационный в медицине интерфейс между мозгом и мышцами // Агентство инноваций и развития экономических и социальных проектов. – Режим доступа : WWW. URL : <https://www.innoros.ru/news/13/01/sotrudnikami-northwestern-university-feinberg-school-medicine-sozdan-innovatsionnyi-v-med>

Инновация в медицине, созданная в Northwestern University Feinberg School of Medicine (далее – медицинская школа Северо-Западного Университета) позволяет доставлять сигналы напрямую от мозга к мышцам, минуя спинной мозг. Данная разработка позволит помочь людям, у которых парализованы руки (в первую очередь, инновация направлена именно на восстановление деятельности верхних конечностей) из-за травм спины и позвоночника.

Как разъяснил доктор Ли Э. Миллер, являющийся куратором данного исследования, суть инновации в том, что на начальном этапе были записаны сигналы, которые головной мозг передает для того или иного движения руки, кисти или пальцев. Сигналы были записаны путём вживления в мозг более ста крошечных имплантатов, которые и записали сигналы мозга. Эти записи и позволили создать алгоритм, который затем транслировался напрямую в мышцы конечности.

Как показал эксперимент проведённый на обезьяне, данная методика вполне эффективна. Мышцы животного с парализованной рукой (паралич смоделировали путём анестезии обеих конечностей), возбуждённые слабыми электрическими импульсами смоделированными при помощи устройства, разработанного в медицинской школе Северо-Западного Университета успешно, справились с рядом нехитрых манипуляций (таких как перенос мячика со стола в колбу). При этом рука действовала также хорошо, как и не будучи парализованной, а скорость расшифровки и передачи импульсов головного мозга к конечности составила всего 40 миллисекунд.

На сегодняшний день ведутся эксперименты на животных, в частности на обезьянах. Однако, их успешное окончание позволяет всерьёз задуматься над экспериментами над добровольцами, а в последствии и массовом использовании данной инновации в медицине.

Бактериофаг придет на смену антибиотикам. – Режим доступа : [www. URL : http://medbe.ru/news/nauka-i-tekhnologii/bakteriofag-pridet-na-smenu-antibiotikam/](http://medbe.ru/news/nauka-i-tekhnologii/bakteriofag-pridet-na-smenu-antibiotikam/)
© medbe.ru

Американские ученые полагают, что бактериофаги – особые вирусы, заражающие бактерии – уже в недалеком будущем могут стать заменой антибиотиков. Бактериофаг – худший кошмар бактерий. Хотя человек на протяжении десятилетий изобретает все более мощные антибиотики, бактериальные патогены всегда находят контрмеры и становятся резистентными к терапии. Но фаги – это другое.

Антибиотикорезистентность называют одной из самых сложных проблем медицины, наряду с раком, диабетом и атеросклерозом. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) считает, что устойчивость к антибиотикам всерьёз угрожает здоровью и продовольственной безопасности человечества в XXI веке. Но резистентность – не единственный недостаток антибиотиков. Они истребляют полезные бактерии, населяющие кишечник, кожу,

урогенитальный тракт. Дисбактериоз ассоциируется с воспалительными, метаболическими и даже онкологическими заболеваниями, а масштабы бедствия мы только начинаем осознавать. Сотрудники отделения по изучению питания и пищевых продуктов Университета Джорджа Мейсона в Фэрфаксе (США, штат Виргиния) исследуют терапевтический потенциал бактериофагов, подготавливая замену антибиотикам. Результаты их последней работы были представлены на ежегодной научной встрече Американского общества по питанию Nutrition 2018, которая прошла в Бостоне.

Что такое бактериофаги?

В двух словах, это вирусы, паразитирующие на бактериальных клетках. Всюду, где живут бактерии, рядом найдутся бактериофаги. Эти микроскопические создания считаются самыми многочисленными организмами на Земле. Хотя наши врачи хорошо знают такие препараты, как стафилококковый бактериофаг, потенциал вирусов для лечения бактериальных инфекций слабо изучены. Более того, некоторые микробиологи называют такую идею рискованной.

Особенность вирусного оружия – это его специфичность. Если стафилококковый бактериофаг с удовольствием пожирает представителей *Staphylococcus aureus*, то на бифидобактерии или лактобактерии у него совсем нет аппетита. «Использование вирусов, которые заражают только определенные типы бактерий, избавляет от проблемы дисбактериоза и позволяет сохранить полезные штаммы бактерий, необходимые для здоровья», – считает соавтор исследования доктор Тейлор К. Уоллес. В последнем пилотном проекте участвовал 31 доброволец с тяжелым дисбактериозом кишечника. Участников разделили на две группы, первая из которых получала четыре штамма бактериофагов против *Escherichia coli*. Вторая – плацебо. После 4 недель экспериментальной терапии последовал 2-недельный перерыв, а затем группы поменялись местами: участники на плацебо начали 4-недельный курс бактериофага, а активная группа переключилась на прием плацебо.

Лечение инфекций без побочных эффектов.

Результаты оказались обнадеживающими: ученые наблюдали значительное снижение воспалительного маркера интерлейкин-4, а также колонизацию кишечника представителями естественной здоровой микрофлоры. У пациентов с признаками метаболического синдрома наблюдался рост колонизации полезными бифидобактериями *Bifidobacterium spp* и уменьшение количества *Clostridium perfringens*, известного кишечного патогена.

Самое главное: за время лечения не зафиксировано никаких побочных явлений. «Мы впервые показали, что лечение бактериофагом не имеет видимых побочных эффектов, по крайней мере, при кратковременном применении», – говорит Уоллес. Потенциал вирусного оружия выходит далеко за пределы лечения острых кишечных инфекций. Доктор Уоллес и его коллега Тиффани Уэйр работают над препаратами, которые восстанавливают микрофлору при метаболическом синдроме.

Роль бактериофагов в тропической медицине вообще сложно переоценить. Миллионы жителей планеты страдают от холеры, лепры и других бактериальных инфекций, которые можно победить простым, эффективным и безопасным способом.

Интересно, что еще 90 лет назад бактериофаги использовались в качестве антибактериальных агентов врачами СССР и Франции. Но после открытия антибиотиков человечество надолго ослепил свет «волшебной таблетки», и об этом средстве позабыли.

Только сегодня мы начали искать замену «всемогущим» антибиотикам, казавшимся в минувшем веке универсальными, надежными и экономически выгодными.

Стартап вырастил «сердце на чипе», которое может сократить сроки тестирования лекарств до одного года // Инновационные технологии в медицине. – 2018. – № 1. – С. 92-93.

Нью-йоркский стартап Tara Biosystems выращивает в лаборатории клетки сердца, с помощью которых можно отслеживать возможные побочные эффекты перед тестированием

медикаментов на людях. Корреспондент Fast Company Бен Шиллер увидел инновационное «сердце на чипе» своими глазами и поделился своими впечатлениями.

Когда я оказался в лаборатории Tara Biosystems, я заглянул в микроскоп и увидел там пузырь, сделанный из искусственно выращенной ткани сердца. Этот пузырь реагирует на электрические импульсы, совсем как настоящее сердце стучит под воздействием сигналов мозга. «Искусственное сердце» гораздо меньше реального – его длина составляет всего 3 мм.

Стартап Tara появился три года назад во время исследований в Колумбийском университете. Он выращивает ткани из стволовых клеток и питает их в течение 12 недель. Затем ученые исследуют, как ткань реагирует на различные медикаменты, чтобы узнать, какой эффект они могут оказать на настоящее сердце. Системой уже пользуется более десяти фармацевтических групп.

Миниатюрное сердце может проходить проверку на электрические, химические, механические, биологические (экспрессию гена) и структурные изменения, которые производят медикаменты. Всего в холодильнике лаборатории содержится 200 образцов сердечной ткани.

Токсикология – это только начало. Следующим этапом проекта будет проверка тканей большого сердца на воздействие медикаментов. С помощью этой системы можно будет проводить тесты на индивидуальных образцах сердечной ткани и узнавать, как отреагирует сердце конкретного человека на лекарство. При этом срок испытания медикаментов может сократиться с десяти лет до одного года. По словам Ушио, стволовые клетки, искусственные ткани и компьютерные вычисления смогут заменить привычный метод проб и ошибок, которым сейчас пользуются в лабораториях.

Возможно, таким образом получится совсем отказаться от тестирования на животных. Все испытания будут проводиться на виртуальных копиях человеческих органов еще до тестов с участием реальных людей. Причем речь идет не только о клетках сердца, но и о других «Разумеется, это произойдет нескоро, – добавила глава Tara Biosystems Мисти Ушио. – Но в ближайшем будущем наша система может привести к тому, что ученые станут использовать животных для более ценных проектов, где уже есть много данных, полученных другими методами тестирования».

Искусственный интеллект научился предсказывать смерть с точностью 90% // Инновационные технологии в медицине. – 2018. – № 1. – С. 89.

Новая разработка в сфере искусственного интеллекта поможет предсказать, когда человек умрет. Машина делает это с довольно высокой точностью: ее предсказания оправдались в 90% случаев. Программа была разработана исследователями из Стэнфордского университета. Эксперты надеются, что алгоритм, по которому действует эта программа, может пригодиться для лечения многих заболеваний и помощи неизлечимо больным пациентам. Чтобы разработать алгоритм, ученые собрали записи о 160 тыс. пациентов из университетского госпиталя Стэнфорда и детской больницы Люсиль Паккард. Эти данные были проанализированы для получения информации о прошлых диагнозах, предлагаемых процедурах и медицинских мероприятиях.

После тщательного анализа учеными был составлен алгоритм. Модель искусственного интеллекта была применена к 40 тыс. пациентов. Затем алгоритм оценил число пациентов, которые умрут в течение следующих 3-12 месяцев.

Поразительно, что результаты предсказаний оправдались в 90% случаев. Автор исследования, Ананд Авати (Anand Avati) из Лаборатории искусственного интеллекта Стэнфордского университета, объяснил, почему технология оказалась настолько успешной: «Шкала доступных данных позволила нам построить модель прогнозирования смертности от всех причин, а не только от заболеваний или демографических факторов».

Ожидается, что эта модель оценки будет применена во многих больницах. Несмотря на четкое указание на приблизительную дату смерти пациентов, эксперты не считают это приговором. Они настаивают на том, чтобы данные были представлены врачу, и он может

принимать решения о процедурах, основываясь на полученном расчете предполагаемой даты смерти.

Кеннет Юнг (Kenneth Jung), сотрудник Лаборатории искусственного интеллекта, считает, что объединение знаний и опыта врачей с данными анализа, проведенного машиной, может скорректировать лечение и тем самым значительно повысить шансы пациентов на более долгую жизнь.

Генная терапия официально включена в российскую номенклатуру медицинских услуг // Инновационные технологии в медицине. – 2018. – № 1. – С. 89-90.

1 января 2018 года вступил в силу приказ Минздрава РФ «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». В нее включен инновационный метод лечения сосудистых заболеваний с использованием генной терапии.

Речь идет о терапевтическом ангиогенезе – лечебном росте сосудов. Метод основан на введении пациентам плазмидной ДНК с человеческим геном, кодирующим синтез фактора роста эндотелия сосудов и стимулирующим рост сосудов. Новый подход в лечении ишемии успешно применяется в российском практическом здравоохранении с 2012 года, когда на рынок вышло первое средство с таким принципом действия, разработанное в Институте стволовых клеток человека.

В настоящее время оно применяется для лечения ишемии нижних конечностей.

Генная терапия увеличивает в ишемизированных тканях число проходимых капилляров, улучшает кровоснабжение, снижает частоту ампутаций и смертности у пациентов с данным заболеванием.

Институт стволовых клеток человека ведет работу по расширению показаний к применению генной терапии. В частности, для лечения ишемической болезни сердца, синдрома диабетической стопы, а также травматических повреждений периферических нервов.

В мире в области терапевтического ангиогенеза сегодня работает несколько научных групп. Россия несла существенный вклад во внедрение этого метода. Исследования в области генно-инженерной деятельности признаны одними из приоритетных направлений отечественной фундаментальной науки.

В настоящее время, согласно поручению Правительства РФ, Российская академия наук занимается подготовкой прогноза научно-технического развития генно-инженерной деятельности до 2030 года с предложениями по корректировке государственной политики в данной сфере. Если проблема пошла на государственный уровень – это говорит о ее важности и открывает широкие возможности развитию данного направления в нашей стране.

Компании «Сервье» и «Тревентис» объявили о старте стратегического научного сотрудничества по поиску потенциальных терапевтических мишеней при нейродегенеративных заболеваниях. В рамках партнерства будет реализована масштабная программа разработки новых лекарственных средств, воздействующих на два ключевых белка: тау и бета-амилоид (Аβ), – участвующих в развитии болезни Альцгеймера.

Эта научная стратегия направлена на поиск терапевтических решений, замедляющих прогрессирование патологии головного мозга, тем самым минимизируя функциональные нарушения благодаря механизму, который изменяет течение заболевания.

Паркинсонизм и сенесцентные клетки // Инновационные технологии в медицине. – 2018. – № 1. – С. 91-92.

Под старением на клеточном уровне ученые подразумевают утрату клетками способности к делению. Накапливаясь в организме, состарившиеся клетки начинают выделять вредные факторы, что приводит к повреждению тканей и хроническому воспалению.

В новой работе ученые сфокусировали внимание на стареющих астроцитах – клетках нервной системы, которые несут в основном «вспомогательные» функции в нервной ткани и ранее мало изучались в контексте развития болезни Паркинсона.

Тем не менее постмортальные исследования показали, что у больных в тканях накапливается больше состарившихся астроцитов.

В своих экспериментах исследователи изучали спорадическую – не связанную с генетикой и возникающую случайно – модель заболевания у мышей. Старение клеток активировали при помощи параквата – токсичного гербицида, для которого ранее была показана связь с проявлением болезни Паркинсона у фермеров. Эксперименты с клеточными культурами человеческих астроцитов подтвердили, что воздействие гербицида «состаривает» клетки.

Чтобы селективно воздействовать на состаренные клетки, исследователи использовали генетически модифицированных мышей. В их геном встроена последовательность генов, которая «включается» только у стареющих клеток. Если затем их обработать ганцикловиром, это вызовет апоптоз – клеточную смерть.

Эффективность этой системы «очистки» ученые оценивают в 70-80%. Эксперименты на мышцах показали, что после ганцикловира животные, у которых индуцировали болезнь Паркинсона при помощи параквата, проявляли меньше симптомов нейродегенерации.

Главным достоинством своей работы ученые считают тот факт, что им удалось предотвратить развитие заболевания не в генетической, а в спорадической модели болезни Паркинсона, поскольку на нее приходится 95% случаев.

Кроме того, ученые предполагают, что хроническое воспаление, вызванное старением астроцитов, может быть значимым фактором развития других нейродегенеративных заболеваний, таких как болезнь Альцгеймера, лекарство от которых недавно отчаялась искать крупнейшая фармкомпания.

Статья с результатами исследования опубликована в журнале Cell Reports (Chinta et al., Cellular Senescence Is Induced by the Environmental Neurotoxin Paraquat and Contributes to Neuropathology Linked to Parkinson's Disease ([http://www.cell.com/cell-reports/fulltext/S2211-1247\(17\)31929-0](http://www.cell.com/cell-reports/fulltext/S2211-1247(17)31929-0)) – BM).

Накопление состарившихся клеток в организме ученые связывают не только с развитием конкретных заболеваний, но и со старением организма в целом. Ранее другая исследовательская группа продлила жизнь лабораторным мышам на 20%, «очистив» их организм от клеток, утративших потенциал к делению.

Китай, не скованный правилами, вырывается вперед и уже опробует методы редактирования генома // Инновационные технологии в медицине. – 2018. – № 1. – С. 93-95.

Китайский медик Ву Шисю с марта прошлого года пытается лечить рак с помощью нового многообещающего инструмента для редактирования генома.

«Американские ученые принимали участие в разработке этого инструмента, известного под названием Crispr-Cas9 и привлекающего внимание во всем мире после того, как в статье от 2012 года сообщалось, что его можно использовать для "исправления" ДНК».

В Америке врачам не разрешено применять этот инструмент при испытаниях на людях, но в Китае доктор Ву может продвигаться вперед. «Чтобы разрешить ему испытания, надзорный совет его больницы потратил всего несколько часов. Ему не понадобилось разрешение общенациональных регуляторов, он мало о чем обязан отчитываться», – говорится в статье.

«Научная группа доктора Ву в Онкологической больнице Ханчжоу берет кровь у пациентов, страдающих раком пищевода, и отправляет ее по скоростной железной дороге в лабораторию, которая модифицирует клетки, борющиеся с болезнью: а именно, Crispr-Cas9 применяется для удаления гена, который мешает иммунной системе бороться с раком. Затем

медики вливают пациентам измененные кровяные клетки, надеясь, что перепрограммированная ДНК одержит верх над болезнью», – поясняют авторы статьи.

Первые испытания Crispr на людях за пределами Китая намечены, но пока не начались.

Издание уточняет: «Пенсильванский университет потратил почти два года на выполнение требований федеральных и других властей, в том числе на многочисленные проверки безопасности, которые призваны минимизировать риск для пациентов». По сообщению представителя университета, он надеется вскоре получить от федеральных ведомств окончательное разрешение.

Некоторые западные ученые волнуются из-за непредвиденных последствий, которые может возыметь применение совершенно нового инструмента.

Авторы отмечают: «Западные ученые, которых проинтервьюировала наша газета, не предлагали смягчить жесткие требования властей США. Напротив, многие призывают прийти к консенсусу разных стран по этическим аспектам науки, которая вносит фундаментальные изменения в ДНК человека, но пока нам не совсем понятна».

«Почти нет сомнений в том, что Китай первым начал испытывать Crispr на людях.

В базе данных Национальной медицинской библиотеки США зафиксированы 9 клинических испытаний в Китае. The Wall Street Journal обнаружила еще как минимум два случая испытаний в больницах, в том числе одно испытание началось в 2015 году (на год раньше, чем сообщалось прежде). В журнальных статьях нашлись сведения о том, что редактирование генов было сделано не менее чем 86 пациентам в Китае», – говорится в статье.

Издание комментирует: «Чтобы вывести Китай на мировую арену в многочисленных отраслях, Пекин в пятилетнем плане от 2016 года уделил особое место, в числе прочего, редактированию генома. После того как он «призвал к оружию», начались многие испытания Crispr». Карл Джун, руководитель группы, которая исследует Crispr в Пенсильванском университете, говорит, что Китай может опередить США по применению медицинских технологий, первоначально разработанных на Западе. «Мы находимся в опасной точке, когда можно потерять лидирующие позиции в биомедицине», – сказал он. По словам Джуна, налицо «асимметрия в регулировании» между Америкой и Китаем, но научный метод Crispr настолько новаторский, что «трудно найти идеальный баланс между стремительным прогрессом и обеспечением безопасности пациентов».

В Европе испытания тоже пока не начались, говорится далее. В декабре компания Crispr Theapeutics AG объявила, что подала властям ЕС заявку на начало клинических испытаний в Европе. Представитель компании сообщила, что работы планируется начать в текущем году.

Crispr-Cas9 работает как «молекулярные ножницы» для разрезания или ремонта ДНК, пишет газета. Данный метод редактирования геномов проще и дешевле, чем другие.

В то же самое время есть риски, признает издание. «Crispr, возможно, вносит неумышленные необратимые изменения, которые могут проявиться у людей лишь спустя много лет. Новое исследование Стэнфордского университета наводит на мысль, что у многих людей уже есть иммунитет к белкам Cas9 (<http://vechnayamolodost.ru/articles/gennaya-inzheneriya/crispr-dlyagenoterapiipreodolimyie-slozhnosti/>) и некоторые терапии с помощью Crispr могут не сработать либо вызовут опасную иммунную реакцию», – говорится в статье.

Он называет Crispr «обоюдоострым мечом». Некоторые «видят потенциальный вред – мы видим потенциальную пользу», говорит он. По его словам, быстрота – это главное, так как его пациенты находятся на грани смерти. «Если мы не попробуем, то никогда не узнаем, что выйдет», – отмечает китайский врач.

Газета сообщает: «Результаты испытаний, проведенных в Китае, не опубликованы. Он и другие врачи говорят, что состояние некоторых пациентов улучшилось, но не менее 15 из 86 пациентов, о которых известно, умерли. Врачи, которые проводят испытания, утверждают, что причиной смерти были заболевания, которыми эти пациенты уже страдали».

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Баранов, П. А. Общественные организации как пропаганда здорового образа жизни // Аллея науки. – 2018. – Т. 2, № 1 (17). – С. 849-851.

Пропаганда здорового образа жизни представляется нашему взору, как отличная мотивация для развития и совершенствования самых разнообразных сторон деятельности человека, а также для укрепления и сохранения здоровья российской нации. Залогом успешного развития нашего общества является здоровье подрастающего поколения. А кто, как не взрослые, подают своим личным примером самые что ни на есть вредные привычки.

Переоценить немаловажность ведения здорового образа жизни просто невозможно, отнюдь, как и пропаганду данного вида деятельности в современном обществе.

Как отметил Президент Российской Федерации Владимир Владимирович Путин: «Все мы понимаем, что здоровый образ жизни не формируется сам по себе, для занятий спортом, отказа от вредных привычек необходимо, прежде всего, сильная воля самих молодых людей а задачей общества является – организовать максимально благоприятные условия, позволяющие детям проживающим на территории Российской Федерации гармонично развиваться».

Причина в том, что человек употребляет алкоголь, курит или, хуже того, употребляет наркотики во многом из-за неустроенности его собственной жизни, отсутствия возможностей, шансов на их появление в ближайшем будущем. Вместе с этим появляется ряд связанных с этим проблем.

Гражданину, который курит в местах, не предназначенных для этого, весьма проблематично перестроить свое мышление и понимание того, что отнюдь, удовлетворять свою потребность в курении он может только в специально отведенных местах.

Большинство сторонников табакокурения наотрез игнорируют основные положения законодательства, считая, что курение – исключительно личное дело, и никто не имеет право вмешиваться и ограничивать человека в этом, но быть свободным от табачного дыма - право любого некурящего человека. Есть закон, который неукоснительно должен соблюдаться гражданами Российской Федерации.

А заботу о благополучии народа должно осуществлять в первую очередь именно государство. В свою очередь создаются различные общественные объединения и организации, которые находят поддержку со стороны государства.

Таким образом, можно сделать вывод, что большинство граждан нашей страны не осознают тот вред, который они причиняют себе и окружающим из-за дня в день своими пагубными привычками, и вместе с тем всё больше и больше несовершеннолетних детей, обращая внимания на взрослых, ведущих нездоровый образ жизни, которые для них зачастую служат примером, становятся на аналогичный путь, напроць забывая, что здоровье и благополучие нации зависит от здорового образа жизни и в первую очередь от характера обыденной жизни граждан.

Нельзя забывать и о том, что определяющую роль играет личностная заинтересованность граждан Российской Федерации в оздоровлении нации.

Поспособствовать соблюдению закона, защитить некурящих граждан от воздействия табачного дыма, убрать алкоголь и сигареты с глаз детей и молодежи, вот главные задачи, которые должны ставить перед собой общественные объединения.

Обеспокоенные состоянием здоровья граждан молодые ребята на добровольных началах, по собственной инициативе, не получая за это никакого вознаграждения, создают общественные организации, в том числе и федеральные проекты, и наводят порядок на улицах российских городов, помогая своим гражданам отказаться от пагубных привычек и разъясняя им необходимость отказаться наотрез от алкоголя, курения и наркотиков.

По моему мнению, наряду с государственными программами по оздоровлению населения, общественная активность небезразличных граждан является одним из ключевых направлений в сфере профилактики и предупреждения алкоголизма, наркомании и табакокурения.

Данная инициатива активно поддерживается государством, и на примере НКО «Лев Против» мы видим, что организации, пропагандирующие здоровый образ жизни, поддерживаются Президентом Российской Федерации, и им выделяются правительственные гранты, направленные на предотвращение свободного употребления наркотических веществ, таких как табак и спиртосодержащие жидкости.

В недавнем времени и самим Президентом, и Правительством было сказано, что в стране – курс на деалкоголизацию населения, из этого следует, что уровень его потребления должен непременно снижаться.

Бесспорно, вопросы, связанные с деалкоголизацией населения и пропагандой здорового образа жизни, первостепенно важны, и я полагаю, что эта сфера регулирования является для государства основным механизмом для изменения культурного генофонда людей.

В завершение хотелось бы сказать, что в современном обществе каждый должен осознать в первую очередь позитивное отношение к своему физическому и социальному здоровью, как к важнейшей духовно-нравственной и социальной ценности, и подавать пример подрастающему поколению основ здорового образа жизни. Поэтому одной из важнейших задач общественных объединений, деятельность которых направлена на оздоровление нации, является формирование культуры здорового образа жизни, активная пропаганда здорового образа жизни, возрождение национальных традиций в спорте, нравственных и духовных ценностях.

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@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)956-48-10 – заведующий библиотекой
-  (846) 979-87-91 – справочно-библиографический отдел
-  (846) 979-87-90 – отдел обслуживания читателей

✉ sonmb@miac.samregion.ru

✉ sonmb-sbo@miac.samregion.ru

Сайт: <http://miac.samregion.ru>