

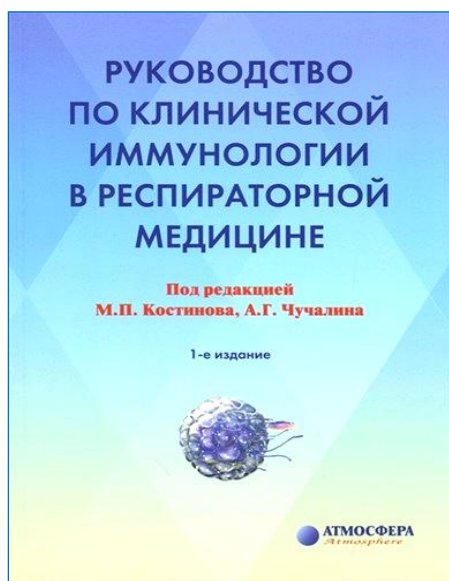


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№ 6 (июнь), 2020



СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	6
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	10

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Новые правила по сертификатам и свидетельствам об аккредитации. Разъяснения Минздрава // Здравоохранение. – 2020. – № 6. – С. 10-13.

Минздрав изменил порядок допуска к меддеятельности. Если у медработника нет сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации, он все равно сможет работать и оказывать медпомощь.

Как будет работать мораторий на получение сертификатов и свидетельств.

По закону право на меддеятельность имеют лица, у которых есть сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации. Однако в условиях пандемии COVID-19 Минздрав установил мораторий на получение сертификатов специалистов, свидетельств об аккредитации. Ведомство позволило продолжить трудиться тем, у кого документ истекает до конца 2020 года. Если срок действия сертификата врача или медсестры заканчивается в этом году, его продлевают еще на 12 месяцев. Такие правила установлены приказом Минздрава от 14.04.2020 № 327н «Об особенностях допуска физических лиц к осуществлению медицинской деятельности...».

Заместитель Министра здравоохранения Татьяна Семенова дала дополнительные разъяснения по поводу того, что означает мораторий на получение сертификатов и свидетельств (письмо Минздрава от 24.04.2020 № 16- 7/И/2-5471). В частности, замминистра пояснила, что до 1 января 2021 года нецелесообразно проводить процедуры аккредитации специалистов и сертификационного экзамена. Не будет подачи заявлений и документов для прохождения указанных процедур, не будут рассматривать документы, которые подали. Это связано с тем, что выдавать свидетельства и сертификаты в 2020 году не будут. Работать можно и без указанных документов (п. 1 приложения к приказу № 327н).

Тот, кто прошел аккредитацию до 25 апреля 2020 года включительно и не получил свидетельство об аккредитации специалиста, документ не получит до 1 января 2021 года. После этой даты свидетельства выдают без повторного прохождения этапов аккредитации специалиста.

Сертификаты специалиста, срок действия которых заканчивается в период с 6 апреля 2020 года включительно, продлят на 12 месяцев с даты окончания срока их действия.

Пример. Срок действия сертификата Артемова С. Е. заканчивается 27 апреля 2020 года. Документ автоматически продлевается до 27 апреля 2021 года включительно. Получать новый сертификат специалиста или делать еще что-то для его продления не нужно.

Что будет с квалификационными категориями.

Если срок действия квалификационных категорий истек с 1 февраля 2020 года до 1 января 2021 года, его автоматически продлевают на 12 месяцев. Аттестацию на получение квалификационных категорий приостановили до 1 января 2021 года (приказ Минздрава от 30.04.2020 № 394 н «Особенности прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории»).

Стимулирующие выплаты по квалификационным категориям медработники смогут получать в прежнем порядке.

Как быть тем, у кого нет сертификата или свидетельства.

Также Минздрав установил особенности допуска физлиц к меддеятельности без сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста и (или) по специальностям, которые не предусмотрены этими документами. Допуск получают те, кто:

- окончил медвуз, прошел обучение в ординатуре и получил документы об образовании (квалификации);

- окончил медучилище (колледж) и получил документы об образовании (квалификации);

- обучается в ординатуре, прошел обучение по краткосрочным дополнительным профессиональным программам (не менее 36 часов), трудоустроен на должность врача-стажера и работает под контролем врача-специалиста;

- выпустился из медучилищ (колледжей) и прошел обучение по краткосрочным дополнительным профессиональным программам (не менее 36 часов), трудоустроен на должность медсестры (фельдшера, акушерки) и работает под контролем старшей медсестры;

– получил медобразование, но не работает по специальности более пяти лет, прошел обучение по краткосрочным дополнительным профессиональным программам (не менее 36 часов), трудоустроен на должность врача-стажера или должность медсестры (фельдшера, акушерки) и работает под контролем врача-специалиста или старшей медсестры.

Особенности привлечения к меддеятельности по специальностям, которые сертификат или свидетельство не предусматривают, закрепили в приказе Минздрава от 02.04.2020 № 264н.

Инициатива Минздрава направлена на восполнение дефицита медперсонала, который сейчас мобилизован на борьбу с коронавирусной инфекцией.

Котова, Н. С 30 апреля обновили временный порядок работы в пандемию COVID-19. Что учесть главврачу // Здравоохранение. – 2020. – № 6. – С. 14-17.

С 30 апреля 2020 г. действует новая редакция временного порядка организации работы клиник в пандемию COVID-19 (приказ Минздрава от 19.03.2020 № 198н, далее – Приказ № 198н).

Главврачам добавили обязанности.

Новые обязанности добавили руководителям органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья и руководителям медицинских организаций, которые оказывают медпомощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара (приложение № 3 к Приказу № 198н). Теперь в случае ухудшения эпидемиологической ситуации нужно привлекать врачей-специалистов по специальностям, не предусмотренным сертификатом специалиста или свидетельством об аккредитации специалиста. Условие – такие медработники должны пройти обучение по краткосрочным дополнительным профессиональным программам (не менее 36 часов) для оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с COVID-19 под контролем профильного заведующего отделением – врача-специалиста (профильного врача-специалиста).

К медпомощи пациентам с COVID-19 в стационарных условиях можно привлекать:

– лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием, а также лиц, которые освоили образовательную программу высшего медицинского или фармацевтического образования в объеме трех курсов и более (по специальности «Сестринское дело» в объеме двух курсов и более). Условие – необходимо пройти обучение по краткосрочным дополнительным профессиональным программам (не менее 36 часов) на должности специалистов со средним медицинским или фармацевтическим образованием под контролем старшей медицинской сестры без сдачи экзамена по допуску к осуществлению мед- или фармдеятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала, предусмотренного приказом Минздрава от 27.06.2016 № 419н;

– лиц, которые обучаются на выпускных курсах по программам среднего медицинского образования. Условие – необходимо пройти обучение по краткосрочным дополнительным профессиональным программам (не менее 36 часов) на должности специалистов со средним медицинским образованием под контролем старшей медсестры;

– врачей-специалистов по специальностям, которые не предусмотрены сертификатом специалиста или свидетельством об аккредитации специалиста, под контролем врача-пульмонолога. Условие – необходимо пройти обучение по краткосрочным дополнительным профессиональным программам не менее 36 часов;

– лиц со средним медобразованием по специальностям, которые не предусмотрены сертификатом специалиста или свидетельством об аккредитации специалиста, под контролем старшей медицинской сестры или специалиста со средним медобразованием, имеющего сертификат специалиста, соответствующий квалификационным требованиям. Условие – обучение по краткосрочным дополнительным профессиональным программам не менее 36 часов.

Скорректировали рекомендации по лицензиям.

Структурные подразделения стационаров для лечения COVID-19 теперь бывают двух видов: для пациентов в тяжелом состоянии и состоянии средней тяжести. Для них установили разные рекомендации по видам деятельности согласно лицензии.

Установили рекомендации по штатному расписанию.

Рекомендации по штатному расписанию и привлечению дополнительных работников установили для отделений, которые оказывают медпомощь пациентам с COVID-19 без необходимости подключения к ИВЛ. Есть рекомендации для отделений анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для оказания медпомощи пациентам с COVID-19, которым нужна неинвазивная и инвазивная ИВЛ. При увеличении числа врачей-специалистов в таких отделениях должен быть один заведующий отделением – врач-специалист и один врач-специалист с сертификатом специалиста или свидетельством об аккредитации по специальности по профилю отделения (п. 4.5 приложения № 10 к Приказу № 198н).

Обновили минимальные требования к оснащению структурных подразделений для лечения COVID-19.

Минимальные требования дополнили новыми позициями (приложение № 10 к Приказу № 198н).

Добавили порядок для медорганизаций, которые работают с донорской кровью.

В документе появилось новое приложение № 11. Оно устанавливает временный порядок организации работы клиник, которые занимаются заготовкой, хранением, транспортировкой и обеспечением безопасности донорской крови и (или) ее компонентов. Это необходимо для профилактики и снижения рисков распространения COVID-19 среди доноров.

Создание в России мобилизационной инфекционной службы становится национальным приоритетом // Медвестник : портал российского врача. – 2020. – 19 июня. – URL:<https://medvestnik.ru/content/news/Sozdanie-v-Rossii-mobilizacionnoi-infekcionnoi-služby-stanovitsya-nacionalnym-prioritetom.html> (дата обращения: 23.06.2020).

Из-за длительного санэпидблагополучия в стране не реформировалась инфекционная служба. Пандемия нового коронавируса заставила Минздрав разработать новые подходы к ее организации.

Минздрав России готовит проект по борьбе с инфекционными заболеваниями, который может стать частью нацпроекта «Здравоохранение» и национальным приоритетом. Об этом сообщил министр здравоохранения России Михаил Мурашко.

«Инфекционная служба должна быть мобилизационной и иметь определенный алгоритм, порядок стандартизированных решений. Она должна быть структурной и системной, настроенной под те заболевания, которые... сегодня являются злободневными... Такой проект мы закладываем в план мероприятий, – сказал Мурашко. – Это сегодня фактически уже ложится в документы».

Министр отметил, что подходы к организации инфекционной службы устарели, причиной тому – долгое относительное благополучие санитарно-эпидемической обстановки в стране.

Мурашко обратил внимание на то, что много молодых студентов принимало участие в оказании медицинской помощи «ковидным» пациентам. Он полагает, что многие поступающие в медицинские вузы в этом году захотят стать инфекционистами, а борьба с инфекционными заболеваниями может стать национальным приоритетом на длительный период.

Реализация нацпроекта «Здравоохранение» в целом идет по графику, но эпидемия коронавируса повлияет на некоторые целевые показатели, сказал также глава Минздрава. Сегодня темп работы уже возвращается, а некоторые направления, например формирование инфраструктуры, не прекращали интенсивного развития. Сложности могут возникнуть с показателями, которые напрямую зависят от количества госпитализаций и посещений медицинских учреждений. Это касается, в частности, объемов профилактических осмотров или высокотехнологичной медицинской помощи.

По словам Мурашко, реализация нацпроекта «Здравоохранение» позволила в 2019 году сократить смертность от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Ожидаемая продолжительность жизни достигла очередного исторического максимума – 73,4 года. По итогам реализации комплекса проектов к 2024 году этот показатель должен составить 78 лет.

Сквирская, Г. П. Основные направления совершенствования деятельности в области общественного здоровья и управления здравоохранением в современных условиях в Российской Федерации / Г. П. Сквирская, А. В. Волнухин. – DOI 10.24411/2312-2935-2020-00051 // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 2. – URL: <https://healthproblem.ru/magazines?text=482> (дата обращения: 25.06.2020).

Проблемы охраны здоровья и управления здравоохранением являются основой социальной политики практически всех стран, вне зависимости от существующих в них систем здравоохранения и состояния здоровья населения. Изучение состояния здоровья населения и роли систем здравоохранения, особенно в современной ситуации, характеризующейся постарением населения, ростом уровня хронических неинфекционных, в том числе коморбидных заболеваний, пандемией новой коронавирусной инфекции и др., свидетельствует о необходимости:

- проведения углубленного сравнительного анализа ситуации;
- комплексного, последовательного и критического изучения международного и отечественного опыта в данном направлении;
- анализа происходящих перемен, включая позитивные и негативные результаты внедрения принимаемых решений и возможные прогнозируемые риски от проводимых вмешательств;
- разработки и научного обоснования необходимых преобразований, их компетентного научно-практического сопровождения;
- оценки эффективности, результативности, необходимости и возможности внесения корректив с учетом происходящих изменений в социальной сфере, экономике и других сферах, определяющих деятельность системы здравоохранения и оказывающих существенное влияние на здоровье населения и региональную специфику страны.

Существующая в Российской Федерации модель здравоохранения во многом наследует принципы советской системы, определенные наркомом здравоохранения Н. А. Семашко. Ее основными постулатами были общедоступность, бесплатность, высокое качество оказания медицинской помощи. Она носила государственный характер организации и финансирования, была основана на централизации, плановой системе организации, приоритетах профилактического направления, охраны материнства и младенчества, территориально-участковом принципе организации медицинской помощи.

Методологические основы организации здравоохранения, заложенные Н. А. Семашко, в настоящее время, пройдя этап трансформации, успешно реализуются в Российской Федерации. Некоторые теоретико-методологические аспекты созданной Н. А. Семашко модели здравоохранения впоследствии использовались в международной практике.

Вместе с тем, последующее развитие и преобразование систем здравоохранения на всем постсоветском пространстве и в странах Восточной Европы с учетом социально-экономического кризиса, начиная с 1991 г. проходило по различным направлениям, от чего в определенной степени зависла эффективность складывающихся систем здравоохранения.

Что касается Российской Федерации, то, сохранив основы системы Н. А. Семашко, в стране была внедрена система обязательного медицинского страхования (ОМС) и осуществляется внедрение некоторых элементов рыночных механизмов. В последние годы сложилось четкое понимание того, что система здравоохранения не может быть полностью рыночной моделью. Она весьма фондоемка и при передаче всех полномочий от государства частным организациям и предпринимателям невозможно адекватное решение ее финансового, ресурсного, кадрового и организационного обеспечения. Переход на частную систему здравоохранения предполагал бы полный слом существующей модели и уход государства от гарантий населению по охране здоровья и медицинского обеспечения, что противоречит Конституции РФ. Поэтому, в Российской Федерации при сохранении государственных основ системы здравоохранения, принимаются адекватные меры по созданию конкурентной среды при оказании медицинских услуг. Для этого осуществляется разработка, внедрение и правовое обеспечение деятельности медицинских организаций различных организационно-правовых форм, частнопрактикующих специалистов, организации платных медицинских услуг, в том числе

и в государственных медицинских организациях, свободного выбора врача и медицинской организации при получении услуг в системе ОМС и др.

Выбор подобного пути развития обеспечил устойчивость системы здравоохранения, возможность четкой и оперативной реализации задач, связанных с различными кризисами как в области финансово-экономического развития, так и в области заболеваемости и сохранения жизни и здоровья населения, в том числе в условиях пандемии новой коронавирусной инфекцией.

Социологические исследования проведены среди 409 респондентов – руководителей медицинских организаций различных субъектов РФ с помощью специально разработанных анкет согласно методике, предложенной В. И. Паниотто. Из ответивших на вопросы 86,6 % респондентов представляли государственный сектор здравоохранения, 12,9 % – частный.

С 2014 по 2018 г. отмечается динамическое снижение организаторов здравоохранения в РФ (руководителей медицинских организаций и их заместителей). Численность данной категории специалистов за указанный временной период снизилась на 16,4%, а среднегодовая динамика составила – 4,5 %. При этом удельный вес лиц, имеющих сертификат по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» незначительно увеличился на 3,1 % при среднегодовой динамике +1,6 % .

Отдельной статистики по численности научных работников в области общественного здоровья и здравоохранения в РФ не ведется. При этом общее число научных работников также снижается. С 2014 по 2017 г. этот показатель снизился на 3,3 %. Среднегодовая динамика была также отрицательной, составив – 1,1 %. Данные по численности научных работников в 2018 г. в официальных отчетных документах отсутствовали. С достаточно высокой долей вероятности эту динамику можно экстраполировать и на численность научных кадров в области общественного здоровья и здравоохранения.

С 2014 по 2018 г. в РФ отмечается устойчивое снижение количества диссертаций, защищаемых ежегодно по медицинским наукам аспирантами и докторантами (без учета соискателей). Так, за 5 лет данный показатель у аспирантов снизился на 88,2 %, при среднегодовой динамике – 37,9 %, а у докторантов – на 75,0 %, при среднегодовой динамике – 26,5%. Суммарное снижение составило 87,8%, а среднегодовая динамика – 37,6%.

Аналогичная динамика была характерна и для количества диссертаций, защищаемых ежегодно по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение». С 2014 г. по 2018 г. количество защищенных кандидатских диссертаций снизилось на 87,8 %, докторских – на 90,6 %, общая отрицательная динамика составила – 88,6 %. В 2017 г. было зафиксировано значительное повышение показателя, что обусловило положительную среднегодовую динамику по итогам 5 лет. Однако в 2018 г. отрицательная динамика возобновилась. Без учета 2017 г. среднегодовая динамика ежегодно защищаемых диссертаций была отрицательной, составив для кандидатских диссертаций – 21,3 %, для докторских – 28,4 %, в целом – 23,5 %.

Результаты социологических исследований среди руководителей здравоохранения свидетельствуют о необходимости проведения научных исследований для осуществления любых преобразований в сфере здравоохранения, что было признано в 51,5±2,5 % случаев. Второй по частоте (30,2±2,3 %) была точка зрения, что подобные исследования следует проводить в большинстве случаев. Мнения, что научные исследования в области здравоохранения нужны только в особых или отдельных случаях встречались с частотами 9,4±1,4 % и 7,9±1,3 %.

Существующие направления научных исследований в области общественного здоровья и здравоохранения были ранжированы по степени практической значимости для руководителей здравоохранения (расположены в порядке убывания значимости):

1. Организация медицинской помощи населению (частота очень высокой оценки значимости руководителями – 69,8±2,3%);
2. Структура заболеваемости (59,7±2,5%);
3. Качество внебольничной и стационарной медицинской помощи (59,2±2,5%);
4. Новые организационные модели и технологии профилактики, оказания медицинской помощи и реабилитации населения (58,3±2,5%);
5. Потребность населения в медицинской помощи (57,8±2,5%);
6. Нормирование труда медицинских работников (55,9±2,5%);

7. АСУ и компьютерные технологии управления лечебно-профилактическими учреждениями, службами и здравоохранением (53,6±2,5%);
8. Планирование в здравоохранении (52,9±2,5%);
9. Экономика в здравоохранении (52,5±2,5%);
10. Менеджмент в здравоохранении (52,1±2,5%);
11. Воздействие социальных, демографических факторов и факторов внешней среды на здоровье населения (51,7±2,5%);
12. Концепции развития здравоохранения (50,4±2,5%);
13. Условия и образ жизни населения, социально-гигиенические проблемы (47,5±2,5%);
14. Маркетинг в здравоохранении (46,3±2,5%);
15. Демографические процессы (45,0±2,5%);
16. Медико-социальные и этические аспекты деятельности медицинских работников (43,9±2,5%);
17. Методы исследования, изучения и оценки состояния здоровья населения и тенденций его изменения (43,3±2,5%);
18. Физическое развитие (39,1±2,5%);
19. Теоретические проблемы охраны здоровья населения и здравоохранения (38,9±2,4%);
20. Теоретические, методические и организационные аспекты медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов (35,1±2,4%);
21. Теоретические, методические и организационные аспекты обязательного и добровольного медицинского страхования населения (35,0±2,4%);
22. Здравоохранение за рубежом, деятельность ВОЗ и других международных медицинских и общественных организаций по охране здоровья населения (29,1±2,3%).

Обобщив полученные данные можно констатировать, что более половины руководителей медицинских организаций имеют наибольшую профессиональную заинтересованность в результатах научных исследований, касающихся вопросов организации и качества медицинской помощи, новых организационных моделей и технологий ее оказания; заболеваемости населения, влияния различных внешних факторов на его здоровье и его фактической потребности в определенных видах медицинской помощи; нормирования труда медицинских работников; информатизации и цифровизации здравоохранения; вопросов управления и экономики в сфере здравоохранения; развития здравоохранения в целом. Каждое из представленных 22 направлений научных исследований было оценено, как имеющее очень высокую значимость не менее, чем в 29% случаев.

Перспективные направления научных исследований в области общественного здоровья и здравоохранения также ранжированы по значимости для руководителей медицинских организаций (расположены в порядке убывания значимости):

1. Совершенствование лекарственного обеспечения (частота очень высокой оценки значимости руководителями – 56,7±2,5%);
2. Изучение причинно-следственных аспектов заболеваемости населения (56,4±2,5%);
3. Совершенствование государственной кадровой политики в сфере здравоохранения (55,7±2,5%);
4. Совершенствование системы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи (52,4±2,5%);
5. Определение приоритетных направления развития здравоохранения (52,0±2,5%);
6. Совершенствование организации профилактики, диагностики, лечения и реабилитации заболеваний (51,0±2,5%);
7. Совершенствование информационного обеспечения медицинских организаций и специалистов здравоохранения (51,0±2,5%);
8. Совершенствование организации и оказания доступных и качественных медицинских услуг населению (50,4±2,5%);
9. Совершенствование ресурсного обеспечения медицинских организаций (49,9±2,5%);

10. Совершенствование государственной социальной политики в сфере здравоохранения (48,7±2,5%);
11. Разработка современных организационных, образовательных и информационных технологий в сфере здравоохранения (48,2±2,5%);
12. Разработка вопросов планирование развития здравоохранения (45,9±2,5%);
13. Изучение условий, образа жизни и качества жизни населения (45,2±2,5%);
14. Совершенствование мониторинга здоровья и заболеваемости населения (45,0±2,5%);
15. Изучение проблем высшего и среднего медицинского образования (44,1±2,5%);
16. Изучение уровней, тенденций, структуры заболеваемости, травматизма, инвалидизации и смертности населения (43,7±2,5%);
17. Совершенствование организации медицинской помощи при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций (43,5±2,5%);
18. Совершенствование организации медицинской помощи различным группам населения (42,8±2,5%);
19. Разработка методологий и методов изучения и укрепления здоровья населения (42,6±2,5%);
20. Изучение организации медицинской помощи населению (42,2±2,5%);
21. Научное обоснование подходов к формированию системы непрерывного повышения качества медицинской помощи (40,2±2,4%);
22. Изучение медико-социальных и этических аспектов деятельности медицинских работников, социально-психологических проблем профессиональной адаптации (38,7±2,4%);
23. Изучение потребности населения в отдельных видах медицинской помощи (38,3±2,4%);
24. Изучение демографических процессов (38,2±2,5%);
25. Совершенствование системы стандартизации в здравоохранении (37,0±2,4%);
26. Разработка рекомендаций по структурно-организационным преобразованиям деятельности медицинских организаций (36,8±2,4%);
27. Разработка прогнозных показателей и критериев оценки в сфере общественного здоровья (36,6±2,4%);
28. Совершенствование методологий и методов исследования и управления системой здравоохранения и медицинскими организациями (35,7±2,4%);
29. Совершенствование медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов (35,5±2,4%);
30. Изучение физического и психического развития различных категорий населения (34,9±2,4%);
31. Совершенствование системы медицинского страхования (34,4±2,4%);
32. Совершенствование системы аккредитации медицинских специалистов (34,2±2,4%);
33. Изучение отечественных и зарубежных тенденций и систем здравоохранения (32,5±2,3%);
34. Совершенствование научной деятельности в сфере общественного здоровья и управления здравоохранением (32,2±2,3%);
35. Совершенствование системы лицензирования медицинских организаций (30,8±2,3%);
36. Разработка медико-технической политики в сфере здравоохранения (29,3±2,3%);
37. Научное обоснование внедрения рыночных отношений в деятельность медицинских организаций (25,9±2,2%).

Таким образом, среди перспективных направлений научных исследований для более, чем половины руководителей медицинских организаций наибольшую практическую значимость имеют направления, связанные с лекарственным обеспечением; анализом причин и последствий заболеваемости населения; управлением человеческими ресурсами в сфере здравоохранения; управлением доступностью и качеством медицинской помощи и организацией ее различных направлений; информационным обеспечением в сфере здравоохранения; развитием системы

здравоохранения в целом. Каждое из представленных 37 направлений научных исследований было оценено, как имеющее очень высокую значимость не менее, чем в 25% случаев.

В ходе исследования проведен сравнительный анализ мнений респондентов, занимающих в медицинских организациях разные руководящие должности: главных врачей, заместителей главных врачей и заведующих отделениями. По его результатам наибольшая значимость научным исследованиям с целью осуществления преобразований в сфере здравоохранения придается главными врачами. Значимые расхождения мнений чаще определились при сравнении оценок главных врачей и заведующих отделениями, чем главных врачей и их заместителей. Мнения заместителей главных врачей и заведующих отделениями были сопоставимыми. Выявленные различия могут быть объяснены, тем, что для главных врачей, как руководителей более высокого уровня, в большей степени, чем для заместителей главных врачей и заведующих отделениями, представляют практический интерес направления научных исследований, связанные с изменением системы здравоохранения на государственном уровне.

Сравнительный анализ ответов респондентов, занимающих руководящие должности в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в разных условиях: в амбулаторных, в стационарных или в амбулаторных и стационарных (интегрированные медицинские организации) показал следующее: независимо от условий оказания медицинской помощи, в большинстве случаев руководители медицинских организаций отмечали необходимость проведения всех преобразований в системе здравоохранения на основании результатов научных исследований.

Оценки руководителей медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в разных условиях, значимости научных исследования для проведения преобразований в сфере здравоохранения являются сопоставимыми.

Результаты проведенных ранее исследований показали, что системы здравоохранения, построенные на принципах государственного планирования, финансирования, управления и ответственности имеют существенные преимущества перед частными или иными моделями. Так, сформированные в рамках государственной системы здравоохранения модели медицинских организаций были в определенной степени унифицированы по подходам к организации и оказанию лечебно-профилактической помощи, хотя включали в себя и специфику регионов с учетом климатогеографических особенностей, расселения населения, уровня и структуры заболеваемости и др.

Следует отметить, что наряду с безусловно положительными достижениями государственной системы здравоохранения, в ее функционировании, особенно в конце XX и в начале XXI в. стали усиливаться и негативные явления, в том числе связанные с усугублением системного социально-экономического кризиса. В число этих проблем вошли, в первую очередь, недостаточное финансирование и слабая ресурсная база медицинских организаций; отсутствие экономических форм управления отраслью, не позволяющее оптимизировать использование имеющихся ресурсов; чрезмерная централизация управления и ограничение прав руководителей органов и учреждений здравоохранения; отсутствие механизма защиты прав пациента. В определенной степени решению этих проблем содействовало внедрение обязательного медицинского страхования.

Существенное значение в рамках организации государственной системы здравоохранения имели проблемы унификации подходов к формированию сети медицинских, научных, образовательных организаций, кадровой политики отрасли и развитию ее научного потенциала. При этом особая роль уделялась не только подготовке клинических специалистов, но и специалистов в области общественного здоровья и управления здравоохранением, в области медико-профилактической, педагогической и научной деятельности. Однако проводимые с учетом кризисной ситуации меры по укрупнению медицинских организаций, сокращению численности медицинских кадров, привели к некоторому дисбалансу в организации медицинской помощи. Негативные тенденции затронули также численность и профессиональную подготовку специалистов в области медико-профилактического дела.

Вместе с тем, общественное здравоохранение определяется как «наука и практика предупреждения болезней, продления жизни и укрепления здоровья посредством организованных действий, предпринимаемых обществом».

Совещание ВОЗ в 1995 г. по новым стратегиям в охране здоровья пришло к заключению, что современное общественное здравоохранение должно отражать организованные усилия общества, направленные на развитие политики охраны и укрепления здоровья, профилактику заболеваний, поддержание социальной справедливости в общем контексте устойчивого развития наряду с традиционными функциями санитарного и гигиенического контроля и надзора.

К компетенции научной специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» относится исследование теоретических проблем охраны здоровья населения и здравоохранения, теорий и концепций развития здравоохранения, условий и образа жизни населения, социально-гигиенических проблем.

В таком контексте ни одна другая научная специальность из ныне существующих не соответствует поставленным целям, не может выполнять обозначенные задачи.

В качестве примера можно привести сложнейшую ситуацию, которая сложилась в Российской Федерации с 1991 г., связанную с негативными тенденциями в состоянии здоровья населения, нерешенными проблемами охраны здоровья.

Проведенный анализ свидетельствует о том, что среди основных направлений прикладных научных и научно-практических исследований в области общественного здоровья и здравоохранения можно выделить следующие:

1. Здоровье населения, динамика, прогнозы, управление здоровьем.
2. Охрана здоровья населения страны как важнейшая социально-политическая проблема.

Формирование ответственного отношения к сохранению и укреплению здоровья со стороны государства, общества, отрасли здравоохранения и граждан.

3. Формирование современной и адекватной системы здравоохранения, обеспечивающей оказание доступных и качественных медицинских услуг населению, соответствующих потребностям, ожиданиям, ресурсным возможностям.

Только наличие унифицированных подходов к развитию и функционированию системы здравоохранения позволяет обеспечить системное управление отраслью и системное решение стоящих перед ней проблем.

Это положение подтверждается эффективностью деятельности системы здравоохранения в период пандемии новой коронавирусной инфекции.

Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости усиления роли государства при разработке научно-обоснованных подходов к формированию современной и адекватной системы здравоохранения, обеспечивающей оказание доступных и качественных медицинских услуг населению, адекватных потребностям, ожиданиям, ресурсным возможностям, разработки и научного обоснования моделей эффективного менеджмента в отрасли, способствующего достижению стратегических, тактических или оперативных целей организации процессов за счет эффективного управления материальными и (или) сервисными, а также сопутствующими им потоками (финансовыми, информационными и т.п.).

Складывающаяся в мире ситуация со здоровьем населения и социально-эпидемиологической ситуацией требуют перехода от управления объектами к управлению процессами. Их системный и комплексный характер должен обеспечиваться изменением содержания управления и структуры управляющих органов с переориентацией от административно-командных к научно обоснованным методам управления. Это предполагает применение исследовательских, технологических и иных инструментов, разработку организационных, информационных, клинических медицинских технологий, формирование, прогнозирование и оценку эффективности математических, организационно-функциональных и иных моделей деятельности органов, учреждений, подразделений, служб и специалистов системы здравоохранения, определение и модуляцию потенциальных рисков реализации принимаемых решений.

Попытки решения различных, даже самых актуальных проблем здравоохранения без должной научной проработки специалистами в области общественного здоровья и здравоохранения, четкого научного обоснования принимаемых решений и механизма их реализации, просчета потенциальных рисков зачастую приводят к неожиданным результатам.

В определенной степени это подтверждается результатами проведенного социологического исследования, посвященного изучению мнений руководителей органов и

организаций здравоохранения о рекомендуемых подходах к управлению отраслью и медицинскими организациями, совершенствованию образовательной, научной и практической деятельностью в данном направлении.

Наиболее оптимальной, эффективной, устойчивой и управляемой системой здравоохранения для Российской Федерации можно признать систему, основанную на преимущественно государственной модели планирования и организации деятельности, однако не исключающую развитие сети негосударственных организаций, работающих в одном правовом поле.

Складывающаяся в мире кризисная ситуация, связанная с социально-экономическими, эпидемиологическими и иными проблемами свидетельствует о необходимости разработки новых научно-обоснованных подходов к формированию современной и адекватной системы здравоохранения, обеспечивающей оказание доступных и качественных медицинских услуг населению, адекватных потребностям, ожиданиям, ресурсным возможностям, перехода от управления объектами к управлению процессами.

Одним из основных направлений, формирование которых позволит достичь поставленных целей, это развитие и совершенствование научной, образовательной и практической деятельности в области общественного здоровья и управления здравоохранением, повышение уровня и востребованности научной продукции. Это позволит разрабатывать и внедрять эффективные подходы к управлению здоровьем и здравоохранением как сложной социально-экономической системой с учетом многоаспектности и ответственности деятельности отрасли, влияния на нее других государственных и общественных систем.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Гельман, З. Лечебная пена // Российская газета. – 2020. – 29 мая (№ 115). – С. 7.

Тяжелое состояние больных коронавирусом чаще всего связано с легочными осложнениями. Такой больной получает разные препараты. В обычном варианте они действуют не точечно, а распространяются по всему организму. Инновационная технология, разработанная в Технологическом институте (Технионе) в Хайфе Яном Островским, уроженцем Симферополя, и Джозуэ Шнитманом, увеличивает шансы на излечение. Особенно в случаях, если состояние пациента осложняется еще и онкологией.

Суть предложенной новой технологии заключается в создании пены из определенных противопневмонийных лекарств. Используемая в медицине пена – это многокомпонентная система, в которой капельки жидкости или пузырьки газа распределены в другом веществе. По физико-химическим характеристикам пена подобна эмульсии. Изучив механику движения воздуха в легких, исследователи создали прибор, использующий наружные магниты для направления поступающих извне частиц веществ в конкретную точку легких. При этом в прибор можно добавлять крупички любых лекарств и даже стволовые клетки.

Лечебная пена, предлагаемая учеными, напоминает сурфактант (англ. surfactant, в переводе – смесь поверхностно-активных веществ), выстилающий находящиеся на границе воздух-жидкость легочные альвеолы. Он препятствует слипанию стенок альвеол при дыхании. Например, искусственный сурфактант, который получают в качестве вытяжки из легких свиней и молодых коров, спасает недоношенных младенцев с острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС). Подобная терапия в комплексном лечении ОРДС при вирусных пневмониях активно используется в России, Республике Беларусь, ряде других стран. Однако в случае коронавируса такая смесь недостаточно результативна, ибо ее эффективность в полной мере проявляется только при введении в небольшие по объему, как у новорожденных, легкие. У взрослых сурфактант, используемый в виде жидкой вытяжки, просто проливается в глубинную область легких и не успевает оказать лечебного действия.

Ян Островский так объяснил суть открытия, сделанного им вместе с Джозуэ Шнитманом: «Наш прибор превращает пролитую лечебную жидкость в пену, которая вследствие вязкой

структуры равномерно распределяется по всему объему легких. Таким образом, резко повышается эффективность препаратов, предназначенных для пациентов с легочными заболеваниями. «Пенолечение», назначенное в сочетании с искусственной вентиляцией легких, усиливает лечебный процесс и может спасти немало жизней. Доклинические исследования, в том числе опыты на крысах, уже проведены и дали обнадеживающие результаты. У исследователей – инженерное образование. Они занимались проблемами биологии, химии и медицины в Технионе и в Швейцарской высшей технической школе. Благодаря этому и разработали пену, которая распространяет по легким стволовые клетки. До сегодняшнего дня подобная процедура осуществляется инъекцией в вену. И только 10 процентов вещества достигает цели. Новая технология использует меньше стволовых клеток. А курс лечения дешевле.

Дмитренко, О. Кровное дело // Российская газета. – 2020. – 29 мая (№ 115). – С. 7.

Ученые Самарского государственного медицинского университета (СамГМУ) и Самарского национального исследовательского университета имени академика С. П. Королева придумали уникальный метод лечения сосудов, рассказали в вузах. Более того, ученые и медики выяснили, как можно сформировать новые сосуды вместо пораженных болезнью.

Пациентов с болезнями сосудов помещают в короткорadiusную центрифугу, в которой создается эффект искусственной гравитации. Пациент фиксируется в лежачем положении так, что ось вращения аппарата располагается в области головы.

Под действием центробежных сил кровь приливает к ногам, насыщая и основной канал сосуда, и его ветви. Регулярное помещение пациента с сосудистыми патологиями в центрифугу может привести не только к расширению сосудов, но и формированию новых здоровых. Медики и ученые провели более 3,5 тысячи успешных экспериментов с людьми от 25 до 90 лет.

К каждому пациенту применяется индивидуальный подход на основе постоянного мониторинга его биометрических данных. По словам завкафедрой хирургических болезней № 1 СамГМУ Игоря Макарова, курс лечения состоит из 10-15 сеансов, длительность процедуры – 7-15 минут. При отсутствии критической ишемии конечностей эффект от лечения можно сравнить с хирургическим вмешательством.

Граф, Н. Поймет с полуслова // Российская газета. – 2020. – 11 июня (№ 126). – С. 9.

Новосибирские ученые разработали первую в мире программу диагностики психических расстройств, а также болезней гортани по голосу пациента.

Созданием виртуального фониатра более десяти лет занималась команда инженеров, психологов и фонопедов. Зависимость голоса от душевного состояния отмечали еще советские ученые. Однако они работали, используя эмпирические наблюдения. Новосибирцы нашли в специально созданной математической модели переменную, которая отвечает за связь голоса с психоэмоциональным состоянием.

Теперь пациент может рассказать о своих жалобах в микрофон, а алгоритм цифровой обработки звукового сигнала подскажет доктору, на что обратить внимание.

– Уникальная система позволяет диагностировать по голосу долговременные и часто маскируемые пациентом психоэмоциональные отклонения, – сообщил «РГ» представитель НГТУНЭТИ Юрий Лобанов. – Это может быть тревога, депрессия, агрессия или аутоагрессия. Их своевременное выявление способно предотвратить ряд осложнений и оказать эффективную и своевременную психологическую или врачебную помощь.

Сегодня медики выявляют функциональные нарушения в голосе пациента исключительно «на слух». Результаты такой диагностики носят субъективный характер и зависят от компетенции конкретного врача. Система позволит проводить такие обследования объективно. Виртуальный фониатр также может диагностировать и функциональные нарушения голоса, которые в дальнейшем могут привести к стойким органическим изменениям в гортани.

Тюменева, Т. Искусственная рука // Российская газета. – 2020. – 11 июня (№ 126). – С. 9.

Медики НМИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г. И. Турнера совместно с учеными Санкт-Петербургского политехнического университета Петра Великого разработали бионический протез кисти. Опытным образцом уже пользуются 18-летняя девушка-инвалид с пороком развития руки на уровне предплечья.

В чем отличие протеза обычного от бионического? Это все равно, что сравнивать телегу с космическим кораблем. С протезом обычным можно совершать лишь захватывающие движения. Протез бионический управляется с помощью центральной нервной системы и мышц, сохраненных на уровне предплечья и плеча. Когда инвалид хочет совершить какое-либо движение, он интуитивно, не задумываясь, напрягает определенные мышцы. Протез «считывает» эти сигналы и выполняет требуемое движение. Причем достаточно быстро – как в реальной жизни.

Каждый «палец» протеза работает индивидуально.

– Важно, что наш протез функционирует так, что каждый его «палец» работает индивидуально. Нужно согнуть третий палец? Только он и сгибается. Мы сейчас работаем над тем, чтобы движения были более естественными. Хотим, чтобы внешняя оболочка протеза выглядела как настоящая кожа – и по цвету, и по структуре, – поясняет Алексей Баиндурашвили, директор НМИЦ им. Г. И. Турнера, главный детский травматолог-ортопед Санкт-Петербурга.

– Нам нужен бионический протез, который бы не уступал по функционалу западным аналогам, но был значительно дешевле их. Мы тогда смогли бы вернуть высокое качество жизни десяткам тысяч детей и взрослых, оставшихся без руки, – и в результате травмы, и с врожденной патологией. С помощью протеза инвалид смог бы выполнять большинство действий, которые доступны людям с двумя руками. Это бы гарантировало многим пациентам возврат к своей прежней профессии, которую те утратили в результате калечащей травмы.

Как уточнил Олег Ковалев, ведущий инженер проекта, плюс петербургской разработки не только в цене: в протезе задействован целый массив электродов, что значительно упрощает сам процесс управления им. В планах – создание подобного протеза на каждый палец. Он уменьшит необходимость в сложнейших микрохирургических операциях по пересадке пальцев. Осталось решить проблему с финансированием. Пока многое делается на энтузиазме ученых, но чтобы запустить изделия на поток, без денежных вливаний не обойтись. Возможно, уже в следующем году на усовершенствованный протез будут подаваться документы на официальную регистрацию.

– И мы надеемся, что биопротезы отечественного производства будут финансироваться государством, по аналогии с протезами обычными. Тогда можно будет говорить о доступности для населения бионического протеза, – резюмирует Баиндурашвили.

Манукиян, Е. Доктор на связи // Российская газета. – 2020. – 16 июня (№ 129). – С. 9.

Эпидемия коронавируса ускорила внедрение технологий телемедицины и изменила отношение граждан к онлайн-консультациям в лучшую сторону, сообщили в АНО «Национальные приоритеты». Благодаря национальному проекту «Здравоохранение» лечить пациентов теперь можно вне зависимости от расстояния.

В Минздраве «РГ» рассказали, что готовится к запуску единая система, с помощью которой удаленно можно будет выявлять на ранних стадиях онкологические заболевания, назначать дистанционно пациентам лечение и контролировать его динамику. Система была разработана в 2019 году под руководством экспертов ведущих национальных медицинских исследовательских центров. А сегодня «телемедицинские технологии уже активно включены в процесс оказания медицинской помощи», отметили в Минздраве.

В Иркутской области пациенты из глубинки могут дистанционно получить консультации опытных специалистов. Полгода назад на базе Иркутской областной клинической больницы открылся Центр телемедицины, в котором сегодня ежедневно проводится около 20 консультаций, особенно спрос на них вырос в период пандемии коронавируса. Врачи выходят на

связь круглосуточно и без выходных. Обращаются за консультациями более опытных специалистов и сами медики, чаще всего по вопросам ведения пациентов неврологического, кардиологического и нефрологического профилей.

В Сахалинской области с помощью технологий телемедицины удалось спасти новорожденного ребенка, который появился на свет в конце прошлого года с крупной опухолью. Врачи обратились за помощью в федеральный центр. После нескольких онлайн-сеансов и изучения документов было принято решение направить ребенка в Москву – в Научный Центр здоровья детей.

«Вопрос решился буквально за несколько дней. Было важно как можно скорее организовать лечение – опухоль угрожала жизни ребенка. Благодаря телемедицине юный пациент был срочно прооперирован. Сейчас это здоровый и активный мальчик», – рассказала главный врач детской областной больницы Лариса Фатеева.

В Дагестане новый онлайн-сервис помогает врачам назначать лечение, что способствует уменьшению врачебных ошибок и осложнений в клинической практике. Искусственный интеллект моментально оценивает совместимость препаратов, предупреждает о противопоказаниях и возрастных ограничениях в каждом конкретном случае, возможной аллергической реакции, предлагает замены лекарственных препаратов среди аналогов.

Возможности телемедицины сегодня граничат с фантастикой. По словам члена правления Российского общества клинической онкологии Ильи Тимофеева, сегодня на расстоянии можно определить гистологический вид опухоли. Как пояснил эксперт, в лаборатории готовится специальный срез, который оцифровывается и в высоком разрешении, на уровне микроскопа, загружается в облачный сервер, чтобы его смогли исследовать специалисты, которые находятся, например, в другом городе.

По словам И. Тимофеева, уже совсем скоро без участия врача можно будет сделать разметку злокачественного образования. Он пояснил, что перед облучением вокруг опухоли намечается контур, в который потом попадает лучевая терапия. В недалеком будущем роботизированная программа с помощью компьютерной томографии сама обозначит контур. Такие разработки уже есть.

Не исключено, что на смену обычным придут роботизированные операции. «Сегодня роботы уже делают их с помощью врача, когда руки умной машины повторяют движение джойстика хирурга. Но уже сегодня роботы оперируют животных с точностью, которая недоступна человеку», – сказал эксперт.

Врач-отоларинголог клиники Nadassah Medical Ярослав Збышко на онлайн-приеме дистанционно измеряет пациентам температуру тела, выслушивает шумы в легких и тоны сердца, осматривает слизистые и кожные покровы, проверяет ЛОР-органы. «Все это уже практикуется. Конечно, удаленно диагноз не ставится, однако врач может определить проблему, разработать диагностическую карту и дать рекомендации по предотвращению развития нежелательных последствий. Если же пациент уже был на приеме у врача и получил рекомендации по лечению, то посредством телемедицинских консультаций можно оценивать динамику течения заболевания и эффективность лечения», – рассказал он.

Хандра // Медицинская газета. – 2020. – 10 июня (№ 23). – С. 13.

Нейробиология раз за разом сообщает об открытиях, о природе которых никто и не догадывался. Многие знают о выходящем из ствола мозга блуждающем нерве, веточки которого иннервируют сердце и органы обеих полостей – грудной и брюшной.

Сейчас уже мало кто помнит о болезни бешеных коров (спонгиозной энцефалопатии, при которой мозг превращается в губку, откуда и название). Поначалу никто не мог понять, каким образом аномальные белки прионы попадают из кишечника в мозг, но потом выяснилось, что «обратным ходом» по вагусу. Не так давно было показано, что продукты кишечной микрофлоры, попадая таким же образом в мозг, вызывают развитие паркинсонизма. Новое открытие связано с ролью иммунной системы в этом развитии. В Рокфеллеровском университете Нью-Йорка выяснили, что стареющие нейроны, синтезирующие дофамин, нехватка которого и

ведёт к болезни Паркинсона, могут вызывать местное воспаление микроглии, представляющей собой мелкие клетки глии. Если открытие подтвердится, то паркинсонизм наряду с рассеянным склерозом может стать ещё одним аутоиммунным состоянием. В то же время иммунологи Хельсинкского и Эдинбургского университетов показали, что иммуностимуляция способствует регенерации дофаминовых нейронов.

В своей новой статье сотрудники Калифорнийского университета описали ген в сенсорных нейронах вагуса в кишечнике, которые контролируют чувство насыщения. Известно, что чувства голода и жажды контролируются гипоталамусом – отделом мозга, лежащим под зрительным бугром таламусом и регулирующим основные инстинкты. Выяснилось, что окончания вагуса с помощью своих механорецепторов «чувствуют» растяжение кишечной стенки вследствие наполнения кишечника пищей. Сигналы передаются затем в гипоталамус, где подавляется синтез нейронов голода. К этому добавляется также и сигналы, поступающие от нервных клеток кишечной стенки с белковым рецептором серотонина. Он синтезируется в стволе мозга из аминокислоты триптофана и защищает нас от депрессии (нехватка серотонина или его рецептора доводит людей до попыток суицида). Статья, написанная в 2016 г. называлась «Сенсорные нейроны детектируют растяжение в пищеварительной системе».

Одним из отклонений являются навязчивые состояния (OCD) с повторяющимся или стереотипным поведением. В Калифорнийском университете «выключили» астроциты, звездообразные клетки той же глии, регулирующие двигательные нейроны подкоркового стриатума или полосатого тела. Выключение клеток астроглии у мышей привело к «исправлению» и психического отклонения в виде OCD. Так, впервые на уровне подкорковых ядер удалось связать нейродегенерацию и психические отклонения. Возвращаясь к рассеянному склерозу, можно указать на открытую в Монреальском университете молекулу ALCAM – Activated Leucocyte Cell Adhesion Molecule – в иммунных В-лимфоцитах, синтезирующих белковые антитела. Молекула способствует адгезии иммунных клеток стенкам мозговых сосудов, и благодаря этому прохождению их в ткань мозга. Блокирование «адгезивного» гена уменьшило число В-лимфоцитов в мозгу мыши и задержку развития модели рассеянного склероза, улучшило координацию движений и зрение, а также когницию животных.

Стрессы и разного рода отклонения могут вести к нарушению суточного ритма, проявляющегося в нехватке сна, которая в свою очередь может усугублять болезнь Альцгеймера. В университете Бостона выявили «всплески» волновой активности, которые крайне необходимы для здорового сна. У крыс с повреждением зоны мозга, регулирующей сон, нарушается характер тета и дельта волн, наблюдающихся во сне и у человека. Наладить сон у стареющих мышей возрастом два года удалось нейробиологам Технологического университета Сингапура, которые осуществили трансплантацию кишечного микробиота от молодых животных. Пересадка микробиома привела к увеличению размера кишечника и нейрогенеза, то есть новообразования нервных клеток благодаря синтезу ростового фактора фибробластов. Это белок кожных фибробластов, из которых получают индуцированные стволовые клетки. Так на молекулярном уровне сходятся многие проблемы нейробиологии и психиатрии.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Соколова, С. В. Особенности реализации приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни» в России / С. В. Соколова, А. А. Филиппов // Муниципальная академия. – 2020. – № 1. – С. 40-47.

В XXI веке одними из самых актуальных проблем жителей каждой страны, в том числе и России, являются проблемы сохранения здоровья и снижения уровня смертности, решение которых непосредственно связано с формированием здорового образа жизни. В работе проведен межстрановой и внутривосточный анализ современного уровня смертности, рассмотрены принципы и факторы поведения, формирующие и препятствующие формированию здорового образа жизни, дана оценка современного уровня ведения здорового образа жизни различными категориями населения страны.

В соответствии с национальным проектом «Демография» 26 июля 2017 г. по итогам заседания президиума Совета при Президенте России по стратегическому развитию и приоритетным проектам был утверждён паспорт приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни» со сроком реализации с 26.07.2017 года по 31.12.2025 года. Главную цель этого проекта можно сформулировать как увеличение доли граждан, приверженных здоровому образу жизни до 50 % к 2020 году и до 60 % к 2025 году.

Таким образом, одной из первостепенных задач, тесно связанных с реализацией важнейшего национального проекта России «Демография», является укрепление здоровья населения страны. В настоящее время существует множество формулировок того, что следует понимать под категорией «здоровье», но самая первая попытка такого рода связана с именем Аристотеля, врача по образованию и крупнейшего древнегреческого философа-энциклопедиста.

В настоящее время физиологи считают, что здоровье – это способность человека к оптимальной социальной активности при максимальной продолжительности жизни. Здоровье неразрывно связано со знанием правил здорового труда и быта, то есть здорового образа жизни, который играет огромную роль для профилактики и лечения многих заболеваний. Поэтому отсутствие здорового образа жизни является одним из факторов увеличения смертности. Смертность же, в свою очередь, влияет на численность и структуру общества, а, следовательно, на его устойчивое развитие.

В 2018 г. в Российской Федерации число умерших составило около 2 млн. человек (1млн. 829 тыс.), что превысило аналогичный показатель 2017 г. (1млн. 826 тыс. чел.) почти на 3 тыс. чел. Причем в разных регионах страны показатели смертности отличаются друг от друга.

В 2018 г. в большинстве федеральных округов (в пяти из восьми) коэффициенты смертности превысили среднероссийский показатель (12,5 умерших на каждую тысячу жителей), и только в Северо-Кавказском, Уральском и Дальневосточном округах ситуация была лучше средней по стране. При этом коэффициент смертности на Северном Кавказе был почти в 2 раза (в 1,77 раз) меньше аналогичного показателя в Приволжском федеральном округе. Большая разница наблюдается также и внутри федеральных округов: от 1,3 раз в Приволжском до 3,8 раз в Северо-Кавказском.

При этом уровень смертности в Псковской области (субъект РФ с самым высоким коэффициентом смертности) превысил аналогичный показатель в Республике Ингушетия (субъект РФ с самым низким коэффициентом смертности) в 5,55 раза.

Современная Россия отличается высоким уровнем смертности. И хотя за последнее десятилетие можно было наблюдать снижение данного показателя, все же он значительно выше, чем в других, прежде всего, развитых странах мира. Все страны Западной Европы, все страны БРИКС и большинство стран СНГ имеют более низкий уровень смертности по сравнению с РФ.

Среди факторов, которые непосредственно влияют на современный уровень смертности, можно выделить главные, а именно:

1. Производство и реализация пищевых продуктов с добавлением большого количества различных химических и пищевых добавок, негативно влияющих на физическое состояние человека.

2. Производство и реализация огромного объема табачной и алкогольной продукции различных ценовых сегментов.

3. Весьма незначительная роль государства в области воздействия на сознание людей с целью формирования у населения основополагающих принципов здорового образа жизни.

Для снижения уровня смертности населения Министерство здравоохранения в течение нескольких лет разрабатывало и предлагало различные стратегические направления, опираясь при этом на рекомендуемые Всемирной организацией здравоохранения принципы поведения, необходимые для формирования здорового образа жизни.

При анализе реального поведения населения можно выявить две группы факторов, которые препятствуют ведению здорового образа жизни: во-первых, биологические, связанные, прежде всего, с повышенным кровяным давлением, диабетом и ожирением, и, во-вторых, поведенческие.

1. Потребление табака. В 2019 г. доля курящих составила более 24 % от общей численности населения, среди мужчин она равнялась 40 %, а среди женщин – 11 %. Среди лиц, потребляющих табак, подавляющее большинство – почти 60 % (95,9 %) используют курительные табачные изделия, а доля электронных средств доставки табака составляет всего 0,3 %. Однако,

учитывая увеличивающееся распространение подобных электронных средств, в первую очередь среди молодежи, одно из направлений сокращения курения должно быть связано с сокращением использования электронных средств доставки никотина.

2. Согласно методике Росстата ежедневное потребление овощей и фруктов должно составлять не менее 400 г., а соли – не более 5 г. Еженедельное употребление алкоголя (чистого спирта) различается для мужчин и женщин в 2 раза – соответственно не более 168 г. для мужчин и 84 г. для женщин.

Если говорить о фактическом ежедневном потреблении не менее 400 г. овощей и фруктов, то, согласно проведенному в 2019 г. «Выборочному наблюдению состояния здоровья населения» которое охватило практически 60 тыс. домохозяйств, только 24 % мужчин и 27 % женщин следуют этой норме, причем сельчане опережают по этому показателю горожан, соответственно на 4,4 % среди мужского населения и на 3,6 % среди женского.

Доля лиц, потребляющих необходимое количество овощей и фруктов, значительно различается и по субъектам Российской Федерации, а также зависит от типа населенных пунктов. В подавляющем большинстве субъектов России потребление овощей и фруктов явно недостаточно: только в трех из 85 регионов доля всех мужчин и женщин, проживающих в городских населенных пунктах, по показателю нормы потребления овощей и фруктов превышает 50 % (для мужчин-селян этот показатель равен пяти). Среди всего женского населения только в четырех, среди горожанок – в пяти, а среди селянок – в семи регионах потребление овощей и фруктов соответствует норме.

Среди трех городов федерального значения лидирует Севастополь, в котором каждый второй мужчина потребляет необходимое количество овощей и фруктов, что даже превышает долю женщин: соответственно 50 % и 43 %. Мужчины Санкт-Петербурга и Москвы – в 3 раза, а женщины в 2 раза отстают от севастопольцев.

3. Один из поведенческих факторов, препятствующих формированию здорового образа жизни, связан с недостаточной физической активностью. Согласно выборочному наблюдению в 2018 г. лишь каждый пятый взрослый россиянин занимается утренней гимнастикой (19,6 % от всего населения страны). При этом доля мужчин меньше средней величины и составила 18 %, в то время как почти 21% (20,8 %) женщин ежедневно делали зарядку. Таким образом, подавляющее большинство населения России – более 80 % – не использует самый доступный способ повышения физической активности, т.е. не занимается утренней гимнастикой.

4. В Российской Федерации каждый пятый мужчина отличается избыточным потреблением соли (21 % в 2019 г.). Доля женского населения, потребляющая более 5 г. соли в сутки, почти в 2 раза меньше и составляет 11 %. Среди городских и сельских жителей ситуация практически аналогичная: соответственно 21 % и 10 % у горожан и 20 % и 11 % у селян.

В большинстве федеральных округов (в пяти у мужчин и шести у женщин) доля лиц, отличающихся избыточным потреблением соли, превышает средние значения по России. Среди городов федерального значения первое место принадлежит Санкт-Петербургу (25 % у мужчин и 14 % у женщин). Второе место занимает Москва: соответственно 21 % и 9,3 %, и замыкает тройку город Севастополь – 19,4 % и 8,7 %.

5. Отказ от вредных привычек, как один из принципов формирования здорового образа жизни, предполагает обязательное ограничение потребления алкоголя. Согласно методике Росстата верхняя планка ежедневного потребления алкоголя в пересчете на чистый спирт должна быть не более 168 г. для мужчин и 84 г. для женщин. В 2019 г. в России этот показатель превысили более 4 % россиян, в том числе 6,8 % среди мужчин и 1,9 % среди женщин.

Исходя из вышеизложенного, можно сформулировать главные условия формирования здорового образа жизни в России:

1. Отказ от курения.
2. Оптимизация потребления овощей и фруктов.
3. Адекватная физическая активность.
4. Оптимизация потребления соли.
5. Оптимизация потребления алкоголя.

Создание вышеназванных условий несомненно будет способствовать реализации к 2025 году целей приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни».

Уважаемые коллеги!

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