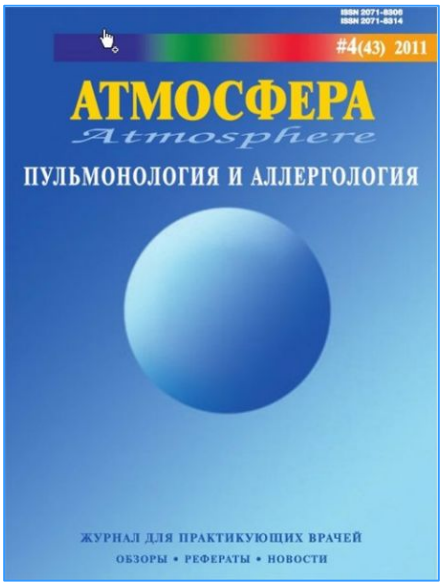
Областная научная медицинская библиотека
МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№10 (октябрь), 2014



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....3

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ …….....12

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....18

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации [Текст] // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. – 2014. – № 9. – С. 3.

Постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 № 294 утверждена новая редакция государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Документ определяет цели, задачи, основные направления развития здравоохранения и мероприятия, механизмы их реализации и финансовое обеспечение.

В Государственной программе сформулированы основные приоритеты развития отрасли, в рамках которых Министерство планирует работать в среднесрочной перспективе. Программа отражает основные подходы к решению таких основополагающих для отрасли вопросов, как совершенствование инфраструктуры здравоохранения, формирование единой профилактической среды, повышение качества оказываемой медицинской помощи повышение уровня подготовки медицинских кадров и заработной платы в отрасли.

Государственная программа разработана Минздравом России в сотрудничестве с научной и медицинской общественностью и прошла общественное обсуждение, в том числе на площадке Открытого правительства.

Основой для формирования мероприятий, направленных на борьбу с такими серьезными социально значимыми заболеваниями, как болезни системы кровообращения, туберкулез, злокачественные новообразования, послужили результаты проведенного анализа реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» и программ модернизации, обобщение положительного опыта, накопленного за время реализации этих крупномасштабных проектов.

Реализация мероприятий Госпрограммы предусмотрена в два этапа: первый этап - с 2013 по 2015 год, второй этап – с 2016 по 2020 год.

Государственная программа включает подпрограммы: «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»; «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичной медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, медицинской эвакуации»; «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики и лечения»; «Охрана здоровья матери и ребенка – всего 11 подпрограмм.

Непосредственными результатами реализации государственной программы будет являться:

– снижение смертности от всех причин (на 1000 населения) до 11,4 в 2020 году;

– снижение материнской смертности (случаев на 100 тыс. родившихся живыми) до 15,5 в 2020 году;

– снижение младенческой смертности (случаев на 1000 родившихся живыми) снизится с 7,8 в 2016 году до 6,4 в 2020 году;

– снижение смертности от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения) до 622,4 в 2020 году;

– снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения) до 10 в 2020 году;

– снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения) до 190 в 2020 году;

– снижение смертности от туберкулеза (на 100 тыс. населения) до 11,2 в 2020 году;

– снижение потребления алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (литров на душу населения в год) до 10 в 2020 году;

– снижение распространенности потребления табака среди взрослого населения (процент) до 25 в 2020 году;

– снижение распространенности потребления табака среди детей и подростков (процент) до 15 в 2020 году;

– снижение заболеваемости туберкулезом (на 100 тыс. населения) снизится с 51,9 в 2016 году до 35 в 2020 году;

– увеличение обеспеченности врачами (на 10 тыс. населения) до 44,8 в 2020 году;

– достижение соотношения врачей и среднего медицинского персонала до 1:3 в 2020 году;

– увеличение средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги от средней заработной платы в соответствующем регионе вырастет до 200% к 2018 году;

– увеличение средней заработной платы среднего медицинского персонала от средней заработной платы в соответствующем регионе до 100% к 2018 году;

– увеличение средней заработной платы младшего медицинского персонала от средней заработной платы в соответствующем регионе вырастет до 100% к 2018 году;

– увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 74,3 лет в 2020 году.

***

Плутницкий, А. Н. Управление внутренним контролем качества медицинской помощи на основе созданной в МОНИКИ информационной системы мониторинга открытости работы в соответствии с международными принципами менеджмента качества ИСО [Текст] / А. Н. Плутницкий, А, Н. Гуров, С. А. Орлов // Главврач. – 2014. – № 8. – С. 29-34.

В статье рассматривается разработанная методология оценки внутреннего контроля качества медицинской помощи в соответствии с международными принципами менеджмента качества в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М. Ф. Владимирского (МОНИКИ), размещенная на интернет-сайте (www.monikiweb.ru) ИСО.

Система управления качеством медицинской помощи основывается на принципах планирования, организации, мотивации и контроля за качеством оказания медицинской помощи. При этом под качеством медицинской помощи понимается совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного медицинскими стандартами результата.

Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является обеспечение прав пациентов на получение необходимого объема и надлежащего качества медицинской помощи в медицинских организациях в соответствии с установленными порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

МОНИКИ выполняет функции многопрофильного клинического центра Московской области, институт ежегодно в 30 клиниках оказывает стационарную помощь около 25 тыс. пациентов из Подмосковья с наиболее сложными видами заболеваний. Осуществляет более 16 тыс. операций с использованием самых современных хирургических технологий, которые не могут быть выполнены в медицинских организациях Московской области, в том числе: операции на сердце и крупных сосудах, на почках и головном мозге, реконструктивные ортопедические вмешательства, микрохирургические операции на органе зрения, гортани, челюстно-лицевой области, сложные эндоскопические операции на органах грудной и полости и др. В консультативном отделе института ежегодно регистрируется более 240 тыс. посещений.

В клиниках МОНИКИ при оказании специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи применяются федеральные стандарты медицинской помощи, а в отдельных случаях для заболеваний, по которым пока нет федеральных стандартов схемы лечения (протоколы), которые утверждены приказами Министерства здравоохранения Московской области.

Оказание медицинской помощи в соответствие с федеральными медицинскими стандартами приводит к изменению объемов финансирования, особенно увеличиваются расходы на медикаменты (на 30-50 %), что позволяет улучшить обеспечение клиник МОНИКИ необходимыми лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и в целом способствует:

– повышению качества оказываемой медицинской помощи посредством внедрения и более широкого применения современных диагностических и лечебных технологий;

– своевременности диагностики и профилактике осложнений заболеваний;

– повышению экономической доступности оказания медицинской помощи;

– повышению результативности лечения, что в конечном итоге приводит к снижению показателей летальности, смертности, инвалидности и значительному улучшению удовлетворенности пациентов результатами лечения.

Качество лечения пациентов в МОНИКИ, получающих помощь по федеральным стандартам в стационаре, оценивается на основе изучения истории болезни и заполнения специальных «карт качества лечения». Результаты анализа данных этих карт сравниваются с соответствующими порядками и стандартами и обрабатываются с использованием различных компьютерных программ.

В качестве показателей качества и безопасности медицинской деятельности для отделений МОНИКИ используются:

– соблюдение требований порядков и стандартов медицинской помощи;
– отсутствие обоснованных жалоб;
– необоснованная госпитализация;
– необоснованные отказы в госпитализации;
– досуточная летальность;
– количество зарегистрированных случаев внутрибольничной инфекции;
– хирургическая активность;
– летальность в стационаре.

Система оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинской помощи как составная часть системы оценки качества работы МОНИКИ, включает показатели эффективности работы по всем отделениям, которые оформлены приказом «О критериях оценки деятельности медицинского персонала и реализации принципа оплаты труда, ориентированного на результат» и являются основой эффективного контракта с сотрудниками МОНИКИ. Результаты оценки ежемесячно рассматриваются на врачебной комиссии и представляются для последующего утверждения директору МОНИКИ.

В институте для контроля оптимальных производственных показателей осуществляется работа по социальному мониторингу общественного мнения. Круглосуточно работает телефон «Горячая линия». Регулярно проводятся встречи руководства института с пациентами. На интернет-сайте МОНИКИ (www.monikiweb.ru) опубликована анкета для изучения мнения пациентов.

Основным при оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, является оценка степени достижения запланированного результата (выздоровление, улучшение, нормализация клинико-лабораторных показателей, стабилизация процесса, достижения ремиссии заболевания и др.).

Наряду с этим, значение имеет также оценка удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью, которая проводится в связи с изучением качества их жизни, связанного со здоровьем. Под качеством жизни (КЖ), связанным со здоровьем, понимается интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального состояния пациента, основанная на его субъективном восприятии.

При создании информационной системы для внутреннего контроля качества медицинской помощи на основе созданной системы оценки открытости в работе и удовлетворенности пациентов проведенным лечением, в соответствии с международными принципами менеджмента качества ИСО в МОНИКИ исходили из того, что:

– программные комплексы для оценки объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи широко отработаны и применяются специалистами территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС), медицинских

организаций (МедО) и страховых медицинских организаций (СМО) в ходе ведомственного и вневедомственного контроля качества;

– качество жизни, связанное со здоровьем, оценивается по характеристикам, связанным и не связанным с заболеванием, что позволяет дифференцированно определять влияние болезни и проводимого лечения по стандартам на состояние больного;

– постоянный мониторинг состояния больного и качества его жизни, связанного со здоровьем, позволяет выявлять те или иные изменения и в случае необходимости проводить коррекцию лечения;

– оценка качества жизни, связанного со здоровьем, сделанная самим больным, - важный показатель его общего состояния. Данные о качестве жизни, наряду с традиционным врачебным заключением, позволяют составить более полную картину болезни и прогноз ее течения.

Все опросники для изучения качества жизни, связанного со здоровьем, заполнялись пациентами лично до начала лечения и после лечения по группам на основе принципов рандомизированного контролируемого исследования и обрабатывались на основе созданного для этого прикладного статистического программного комплекса.

Для установления взаимосвязи выявленных в процессе проведения внутреннего контроля качества медицинской помощи, нарушений выполнения стандартов, показателей качества, связанного со здоровьем жизни и удовлетворенности пациентов, использовались методы математической статистики. Статистическая достоверность оценивалась по критерию t - Стьюдента.

Отрабатываемая в МОНИКИ методология оценки внутреннего контроля качества медицинской помощи не требует много времени и является надежным и эффективным инструментом в оценке качества и доступности медицинской помощи.

***

Резников, В. Добиться синергии [Текст] / В. Резников // Медицинская газета. – 2014. – 1 окт. (№ 73). – С. 11.

Соглашение о создании кластера подписано в рамках прошедшего в регионе VIII Самарского межрегионального экономического форума. Кластер включил в себя более 30 участников, в числе которых вузы, IT-компании, малые и крупные предприятия региона, ядром кластера определён Самарский государственный медицинский университет.

Вузы сегодня всё активнее создают инфраструктуру вокруг себя для продвижения своих разработок, создают новые коммуникации с реальным сектором экономики. В мировой экономике также происходит формирование постоянно расширяющихся и усложняющихся кластеров. Всесторонний анализ происходящих процессов и приоритетов кластерной политики Российской Федерации был дан на прошедшем в регионе форуме. В рамках межрегионального экономического форума прошла также сессия «Формирование и развитие территориальных кластеров в области медицинских и фармацевтических технологий». В ходе сессии ректор СамГМУ академик РАН Геннадий Котельников особо подчеркнул, что взаимосвязи среди участников кластера установлены уже давно.

В СамГМУ реализуется кластерный подход по различным направлениям научно-технического развития. По информации директора Института инновационного развития Александра Колсанова, эти направления включают в себя разработку медицинского оборудования и медицинских приборов, изделий медицинского назначения, дентальных имплантатов, фармацевтических препаратов, разработку материалов из биологических тканей. Совместно с IT-компаниями и медицинскими зарубежными центрами развиваются прорывные направления в области аддитивных и виртуальных технологий, новых материалов для медицины, ведутся работы в области микро- и гибкой электроники. Всего на разных этапах коммерциализации находится 45 проектов.

В практическом здравоохранении Самарской области работает 550 кандидатов и докторов наук. В регионе есть производства, которые могут создавать уникальные продукты. На базе университета создан центр прорывных исследований. Развивается сотрудничество с ведущими

мировыми медицинскими центрами. Чтобы все эти элементы согласованно работали, необходимо создать современную систему интеграции и координации. Поэтому в создании и развитии кластера заинтересовано не только медицинское сообщество, но и промышленные и малые инновационные предприятия, IT- компании, руководители региона.

Созданный кластер медицинских и фармацевтических технологий даст возможность на более высоком уровне вести диалог с региональными и федеральными структурами, выходить на них с более масштабными инициативами. СамГМУ начинает более интенсивную работу по объединению компаний – участников кластера, формированию технологических цепочек и связей с конкретными продуктами на выходе. Наша цель – занять определённую нишу российского рынка и выходить со своими разработками на мировой уровень.

Сегодня около 50% рабочих мест создают именно кластерные экономики. Большинство кластерных инициатив действуют в контексте сильных региональных властей, ориентированных на инновации. Экономисты-практики уже давно рассматривают кластерную концепцию как новый перспективный стратегический подход. Кластеры имеют возможность успешно конкурировать во всех регионах и странах, так как могут находиться где угодно. Местные же предприятия, как правило, не конкурируют в различных регионах или проигрывают в конкурентной борьбе, так как сильно привязаны к месту своего нахождения. Поэтому многие страны опираются в своём развитии на механизмы кластерной политики. Сегодня максимальное количество кластеров образуется в области информационных и биотехнологий.

***

Гриднев, О. В. Основные направления реализации программы модернизации здравоохранения в Москве [Текст] / О. В. Гриднев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 4. – С. 27-30.

В публикации рассмотрены основные направления развития здравоохранения Москвы, реализации программы модернизации, формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи населению.

С 1 января 2011 г. в России началась реализация региональных программ модернизации здравоохранения, которые представляют собой комплекс социально-экономических, организационных и других мероприятий, согласованных по ресурсам, исполнителям и срокам реализации, направленных на модернизацию структуры медицинских учреждений, улучшение их оснащенности, расширение охвата населения современными специализированными, в том числе высокотехнологичными, методами диагностики и лечения, внедрение порядков и федеральных стандартов оказания медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях с целью повышения доступности и качества оказания медицинских услуг.

Среди основных преобразований системы общественного здравоохранения, определяемых программами модернизации, предусмотрены мероприятия по приоритетному развитию первичного звена здравоохранения и совершенствованию его лечебно-профилактической деятельности. Так, постановлением Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. № 60 определено, что в рамках реализуемых в 2011-2012 гг. региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации мероприятия по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами (специалистами с высшим медицинским образованием), осуществляются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации по следующим направлениям:

– обеспечение укомплектованности медицинских организаций врачами-специалистами и специалистами со средним медицинским образованием, оказывающими амбулаторную медицинскую помощь;

– предоставление амбулаторной медицинской помощи, в том числе врачами-специалистами, в соответствии со стандартами ее оказания, включая обеспечение лекарственными препаратами и расходными материалами, необходимыми для проведения диагностических и лечебных мероприятий;

– введение ориентированной на результаты деятельности системы оплаты труда врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь.

Построение современной многоуровневой системы здравоохранения в настоящее время стало стратегическим направлением реформирования отрасли. Как отметила министр здравоохранения РФ В. И. Скворцова, суть программы модернизации заключается не только в ремонте и закупке нового оборудования, хотя и это важно, но «главная цель – чтобы в течение двух лет каждый регион смог выстроить трехуровневую систему здравоохранения, фактически заново разработав стратегию движения больных в зависимости от профиля, остроты и тяжести заболевания. Правильное территориальное размещение лечебно-профилактических учреждений разного уровня, их обновление и оснащение, а также выстраивание правильных связей между ними – это и есть важнейшая задача модернизации».

Сохранение и укрепление здоровья населения являются одним из основных направлений социальной политики Правительства Москвы. В здравоохранении города сложилась ситуация, требующая реформирования организации предоставляемой населению медицинской помощи с целью повышения ее доступности и качества, эффективности использования ресурсов (материальных, финансовых, кадровых, информационных).

Государственная программа реализуется в три этапа: начальный (01.01.2011 г. – 31.12.2012 г.), основной (01.01.2013 г. – 31.12.2015 г.), завершающий (01.01.2016 г. – 31.12.2016 г.).

Целью Государственной программы Москвы является улучшение здоровья населения города за счет повышения качества и доступности оказания медицинской помощи.

Для достижения цели определены следующие стратегические задачи:

– приведение мощности и структуры сети учреждений системы здравоохранения в соответствие с потребностями населения в медицинской помощи;
– совершенствование технологий оказания медицинской помощи;
– переход к более эффективной организации медицинской помощи;
– создание единого информационного пространства в системе здравоохранения Москвы;
– проведение эффективной кадровой политики.

Определены следующие подпрограммы: «Формирование эффективной системы организации медицинской помощи», «Специализированная медицинская помощь», «Материнство и детство», «Здоровье старшего поколения», «Медицинское обеспечение инвалидов», «Здоровый образ жизни», «Развитие кадрового потенциала», «Создание условий и предпосылок для привлечения внебюджетных источников финансирования здравоохранения, развитие государственно-частного партнерства».

Для оценки результатов реализации Государственной программы Москвы предлагается использовать в качестве определяющих индикаторы, которые являются основными для системы здравоохранения:

– смертность населения;
– удовлетворенность населения медицинской помощью;
– ожидаемая средняя продолжительность жизни;
– рождаемость, естественный прирост населения (для оценки медико-демографического благополучия субъекта Российской Федерации);
– смертность населения трудоспособного возраста.

В рамках реализации мероприятий для выполнения задачи оптимизации многоуровневой системы оказания медицинской помощи формируется трехуровневая система амбулаторной медицинской помощи, выделены больницы интенсивной медицинской помощи и для реабилитационного лечения, расширены функции и усилена ответственность на окружном уровне на основе интеграции управления медицинскими службами.

Трехуровневая система амбулаторной медицинской помощи имеет следующую структуру.

Первый уровень – амбулаторно-поликлинические учреждения, оказывающие первичную доврачебную медико-санитарную помощь, первичную врачебную медико-санитарную помощь и некоторые наиболее востребованные виды первичной специализированной медико-санитарной помощи. Структура и штатная численность формируются с учетом потребности прикрепленного населения в первичной доврачебной и врачебной помощи и некоторых видах первичной специализированной помощи.

Второй уровень – амбулаторно-поликлинические учреждения (или структурные подразделения), оказывающие в основном первичную специализированную медико-санитарную помощь. Для данных учреждений (подразделений) используется выражение «амбулаторные центры». Они оснащены оборудованием экспертного класса, имеют в составе дневные стационары, амбулаторно-хирургические центры и другие специализированные подразделения. Штат данных учреждений (подразделений) представлен врачами-консультантами, узкими специалистами. За каждым амбулаторным центром функционально закреплено несколько учреждений (подразделений) первого уровня с учетом транспортной и территориальной доступности.

Третий уровень – консультативно-диагностические отделения в городских стационарах. Их основные функции – оказание консультативной помощи, принятие согласованных решений по направлению пациентов на стационарную специализированную помощь, обеспечение медицинских услуг и диагностических исследований, отсутствующих в амбулаторных центрах.

Оптимальное распределение медицинских ресурсов и медицинских кадров в соответствии с вышеописанной моделью позволит на первом уровне (городские поликлиники) значительно активизировать профилактическую работу (профилактические осмотры, диспансеризация определенных контингентов населения), активизировать работу центров здоровья как подразделений амбулаторно-поликлинических учреждений, укрепить участковую терапевтическую службу.

В среднесрочном периоде наиболее актуальными целевыми направлениями являются:

– реализация мер государственной политики, направленных на снижение смертности населения (прежде всего от основных причин смерти):

- профилактика, своевременное выявление и коррекция факторов риска неинфекционных заболеваний;
- диагностика и лечение на ранних стадиях заболеваний, доля которых в структуре смертности и инвалидизации населения наиболее велика;
- снижение материнской и младенческой смертности;
- повышение уровня рождаемости.

Реализация Государственной программы внесет вклад в достижение ряда целевых макроэкономических индикаторов, предусмотренных Концепцией долгосрочного социально-экономического развития, а также Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.

***

Опыт внедрения медицинской информационной системы в многопрофильном амбулаторно-поликлиническом учреждении [Текст] / М. С. Елоев [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2014. – № 9. – С. 4-13.

Основным направлением развития информационных технологий в деятельности военно-медицинских учреждений на данном этапе является разработка и апробация комплексных решений автоматизации их деятельности. В связи с этим заслуживает внимания опыт внедрения интегрированной медицинской информационной системы промышленного класса в 9-м лечебно-диагностическом центре Минобороны России. Решение о внедрении промышленной медицинской информационной системы за счет внебюджетных средств учреждения было принято в 2008 г. В итоге проведения конкурса, в качестве основы для создания медицинской информационной системы управления лечебно-диагностическим центром была принята типовая

медицинская информационная система «Интерин PROMIS». В статье рассмотрены основные задачи, этапы, сложности, которые сопровождали процесс внедрения системы. Одним из важных вопросов было создание единой базы прикрепленных контингентов.

В военной медицине процесс информатизации имеет свои особенности: так, в госпиталях, особенно крупных, этому вопросу уделяется больше внимание, в то время как амбулаторно-поликлиническое звено охвачено в гораздо меньшей степени. По данным, используемое в поликлиниках центральных военно-медицинских учреждениях программное обеспечение, как правило, позволяет производить лишь учет обращений за медицинской помощью и автоматизированное распределение пациентов к специалистам, ведущим амбулаторный прием (поддерживает выдачу талонов).

В настоящее время лечебно-диагностический центр (далее – ЛДЦ) представляет собой многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания первичной медико-санитарной амбулаторно-поликлинической медицинской помощи военнослужащим, офицерам запаса и в отставке, а также членам их семей в Московском регионе.

С 2009 г. в рамках государственного контракта были начаты работы по созданию информационной системы управления ЛДЦ.

Перед информационной системой были поставлены следующие основные задачи:

– организация общего информационного пространства для всех подразделений ЛДЦ;
– создание единой базы данных медицинских карт прикрепленного контингента;
– построение интеграционных связей между подразделениями;
– формирование электронной медицинской карты пациента для работы с медицинской информацией в электронном виде;
– оперативное предоставление объективной управленческой и финансовой информации.

Основные этапы, согласно которым выполняется создание системы управления ЛДЦ, включали:

– разработку технического задания на ИСУ, создание единой базы данных прикрепленного контингента, автоматизацию деятельности регистратур и отделений учета услуг, кассы платных услуг, отделений лабораторной и инструментальной диагностики, отделения медицинского снабжения и аптеки;
– адаптацию и внедрение специального программного обеспечения (СПО) отделений терапевтического и хирургического профилей в главном корпусе центра, столов выдачи листов нетрудоспособности, отделения госпитализации, отдела кадров; реализацию публикации расписаний на электронных табло и информационных терминалах; распространение СПО в кабинетах прикрепления, регистратурах, отделениях учета услуг всех поликлиник центра;
– проведение работ по адаптации и внедрению СПО лечебных отделений: физиотерапевтического, госпитального, отделения ГБО, ЛФК, хирургического и дневного стационаров, стоматологической поликлиники, а также распространение ранее внедренного СПО на все поликлиники ЛДЦ;
– объединение всех информационных потоков (кадровых, финансовых, медицинских и др.) в единую систему, обеспечивающую многоуровневое централизованное управление учреждением в режиме реального времени с возможностью взаимодействия с внешними информационными системами, в т. ч. органов управления.

Близлежащие учреждения были объединены в локальную вычислительную сеть высокоскоростным оптоволоконным кабелем.

В процессе внедрения одним из важных вопросов было создание единой базы прикрепленных контингентов. До начала работ по созданию ИСУ в ЛДЦ велось несколько независимых баз прикрепленного контингента в электронном виде:

– две базы основного контингента (в главном корпусе и поликлинике);
– две базы прикрепленных по ОМС (там же);

– три базы прикрепленных по ДМС (дополнительно в детской поликлинике).

В других структурных подразделениях базы контингента велись на бумажных носителях.

В контексте развития информационной системы проводилась разработка безбумажного электронного документооборота. Для унификации этого процесса была разработана единая форма амбулаторного статистического талона, в котором отражается вся необходимая учетная информация. Таким образом, обработка заполненных талонов производится оператором в два этапа:

– идентификация талона в системе по его номеру с использованием штрих-кодридера;
– донесение характеристик приема, диагноза и оказанных услуг, отмеченных врачом.

Талонная система – это временное мероприятие, и по мере подключения к работе всех подразделений она должна себя изжить, т. к. ИСУ сама собирает все эти сведения в автоматическом режиме.

Был организован вывод расписания работы врачей на большом электронном табло, размещенном в холле регистратуры. Информация для наполнения табло поступает непосредственно из системы и динамически меняется в зависимости от вносимых в регистратурах изменений. Система предоставляет функционал, позволяющий управлять цветовым фоном, скоростью смены панелей и т. п.

В итоге в ЛДЦ выполнен следующий объем работ по созданию информационной системы управления.

1. Сформирована единая база прикрепленных контингентов – вся информация о пациенте заносится один раз, и ее используют все службы и подразделения.
2. Организована работа в системе всех регистратур ЛДЦ (основного контингента, договорного контингента, диагностических подразделений).
3. Расписание работы врачей, формируемое в регистратурах, автоматически выводится на электронное табло.
4. Сформирована электронная медицинская карта пациента, содержащая все необходимые сведения о проведенных осмотрах специалистов и выполненных обследованиях.
5. Автоматизированы рабочие места врачей-специалистов, ведущих амбулаторный прием, и врачей диагностических подразделений (функциональная и нейрофункциональная диагностика, УЗД, эндоскопия, рентген, КТ, МРТ) главного корпуса.
6. Автоматизирована деятельность лабораторного отделения. Произведена интеграция ЛИС с информационной системой управления ЛДЦ.
7. Автоматизирована деятельность отдела медицинского снабжения и аптеки: в т. ч. реализована возможность получения персонифицированной информации об отпущенных медикаментах, их количестве и стоимости, назначившем враче и пациенте.
8. Автоматизирована деятельность отделения госпитализации.
9. Аналитическая подсистема позволяет на основе первичных учетных данных получать всю необходимую статистическую информацию по работе учреждения по утвержденным отчетным формам (1/МЕД, 2/МЕД, 3/МЕД) и формировать таблицы для внутренней аналитической работы.
10. Подсистема учета услуг позволяет учитывать оказанные пациентам услуги раздельно по категориям (военнослужащие, ОМС, ДМС) с формированием соответствующего документооборота, в т. ч. сведений, реестров и счетов в страховые организации.
11. Автоматизирована деятельность нештатной военно-врачебной комиссии. Создан электронный документооборот с возможностью формирования заключительных документов - свидетельства о болезни, справок и протоколов заседаний ВВК.

Система автоматизации может внедряться полностью или в объеме отдельных модулей, что позволит снизить необходимость в дорогостоящем оборудовании на местах и сделает возможным ее применение в различных направлениях деятельности военной медицины.

Коберник, О. Тернистый путь информатизации [Текст] / О. Коберник // Медицинский вестник. – 2014. – 22 сент. (№ 26). – С. 6-7.

За прошедшие два года в рамках информатизации региональных ЛПУ правительство Новосибирской области проделало большую работу: закупило оборудование, объединило медицинские организации в одну сеть, установило соответствующее программное обеспечение.

Государственный Новосибирский областной госпиталь ветеранов войн стал одним из пилотных учреждений. До старта программы информатизации госпиталь пять лет работал в собственной информационной системе.

Территориальная программа включала в себя приобретение программного продукта с определенными технологическими качествами и самое главное – развитие инфраструктуры. Предполагалось сформировать единую информационную среду для здравоохранения, значительно уменьшив число различных информационных программ, тем самым сняв нагрузку с персонала лечебных учреждений.

Предложенная разработчиком для ЕГИСЗ НСО программа предполагает работу трех модулей. В «Паспорт медицинской организации» сведены все данные о структуре лечебных учреждений и оказываемой ими медпомощи. Второй модуль – «Финансово-хозяйственная деятельность» – должен упростить работу учреждений в экономическом пространстве. Третий - «Медицинская информационная система» (МИС) – призван обеспечить оптимизацию трудовых затрат. Ввод первичной информации о пациенте должен производиться единожды, и в последующем только дополняться. Сведения о пациенте будут накапливаться в системе и использоваться многократно – как внутри учреждения, так и в общем профессиональном доступе (необходимые данные: группа крови, вес, антропологические сведения, перенесенные заболевания), что будет востребованным в случаях, когда пациент находится в тяжелом состоянии или без сознания. Электронная карта пациента упростит жизнь не только врачам, но и населению. Сдав любой анализ, пациент может увидеть результат в электронной карте, зайдя на сайт «Госуслуги» под личной учетной записью.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Добрюха, А. Открытие лауреатов Нобелевки поможет создать протез мозга [Текст] / А. Добрюха // Комсомольская правда. – 2014. – 14 окт. (№ 116). – С. 17.

В Стокгольме объявили имена лауреатов Нобелевской премии по физиологии и медицине (см. сайт kp.ru). Победителями стали нейробиологи - ученые, исследующие устройство и работу головного мозга. Это супружеская пара из Норвегии Эдвард и Мэй-Бритт Мозеры, а также американец Джон О'Киф.

Эдвард Мозер руководит Институтом нейрофизиологии и Центром биологии памяти при Норвежском университете науки и технологии, его супруга занимается исследованиями там же. Проводя эксперименты с крысами, в 2005 году ученые выяснили, каким образом наш мозг воспринимает и запоминает ориентацию тела в пространстве. Оказалось, что за это отвечают особые клетки – grid-нейроны (клетки-решетки). А Джон О'Киф еще в 1971 году открыл в гиппокампе (это отдел мозга, обеспечивающий пространственную память) так называемые «клетки места».

Наш мозг состоит более чем из 100 миллиардов нейронов и пока еще изучен очень мало. Задача ученых – расшифровать как можно больше нейронов, понять, за какие функции отвечают те или иные виды клеток головного мозга. Выяснив это, с одной стороны, можно будет создавать более эффективные лекарства и методы лечения многих болезней. С другой же стороны, по сути, каждое новое открытие такого рода приближает нас к созданию «протезов» головного мозга, то есть искусственных участков, которые позволят восстанавливать человека после тяжелейших травм. А в дальнейшем – за счет этого серьезно продлить людям жизнь.

В частности, потеря пространственной ориентации наблюдается при болезни Альцгеймера, Паркинсона, рассеянном склерозе и многих других нейродегенеративных

заболеваниях. Результаты исследований нынешних нобелевских лауреатов открывают путь к разработке революционных средств лечения таких болезней.

Открытие нынешних нобелевских лауреатов – один из первых примеров в истории человечества, когда исследователям удалось на сложном мозге млекопитающих (мышином) показать, как этот «природный компьютер» работает с определенной информацией из окружающей среды, отражает некоторые параметры внешнего мира.

Весь мир мы воспринимаем так, как он отображается нашим мозгом: цвета, запахи, ориентация в пространстве. Если понимать, как мозг распознает сигналы из окружающей среды, то мы можем поддерживать этот важнейший орган в здоровом состоянии, противостоять нарушениям, которые происходят с возрастом и из-за болезней.

А еще расшифровка работы мозга может помочь кардинально улучшить, например, способы обучения, запоминания тех или иных навыков. Если известно, как мозг воспринимает, кодирует информацию, то можно строить обучение так, чтобы мозг был более активным, и результаты – гораздо более эффективными.

С другой стороны, по активности определенных нейронов можно узнавать, чем мозг занимается в тот или иной момент. Так, нынешние лауреаты Нобелевской премии выяснили, что открытые ими нейроны отвечают за путь мыши в пространстве: о какой области пути мышь думает и где она находится. Так же, как сейчас по смартфону с помощью GPS-навигатора мы определяем, где находимся, теоретически можно узнать это и по нейронам: в зависимости от того, какие их виды в мозге активированы.

Если человек находится в коме, спит или без сознания, то появляется возможность считывать и расшифровывать информацию из его мозга. Также в дальнейшем это поможет понимать, как человек принимает решения, на чем основаны его те или иные поступки, почему возникают те или иные эмоции.

***

Волшебная пуля [Текст] / Д. Володарский // Медицинская газета. – 2014. – 3 окт. (№74). – С. 10.

Впервые за последнее время статья российских авторов была опубликована в одном из самых престижных, авторитетных и цитируемых научных журналов «Nature Nanotechnology». Публикация посвящена актуальнейшей медицинской теме последнего времени.

Речь идёт о доставке лекарства непосредственно в поражённые органы или ткань. Авторы уверены, что данный метод – грядущая революция в мире медицины. С их слов, такой медикамент не причиняет вреда здоровым клеткам, что позволяет снизить дозы и побочные эффекты лекарства в несколько раз. Безусловно, всё это наиболее актуально и перспективно в онкологии, ведь химиотерапия «бьёт» одинаково и без разбора по всем тканям – как больным, так, к сожалению, и здоровым. Исследователи уже окрестили новый препарат не иначе как «волшебной пулей».

Данная идея была впервые высказана основоположником химиотерапии Паулем Эрлихом. Как известно, главная задача врача состоит в доставке препарата непосредственно к опухоли с целью её полного уничтожения.

Авторы исследования предложили выход из сложившейся ситуации: нужно предоставить наночастице дополнительную информацию об опухоли или других очагах заболеваний, чтобы снизить вероятность промаха. И такая информация, в человеческом организме имеется – это сигналы, сообщающие о непорядке в том или ином органе или ткани. Такие сигналы тревоги используются в иммунной системе организма, обозначая «зону бедствия». Учёные придумали, как обучить наночастицы, несущие лекарства, распознавать и анализировать тревожные сигналы. Это позволит по наводке таких сигналов доставлять лекарство точно в цель, не расходуя его по пути. Наночастица – это своего рода робот, способный принимать те или иные решения самостоятельно.

Нашими учёными проведены испытания «наноробота» на клеточных культурах, в ближайшей перспективе – эксперименты на животных. Данный метод уже запатентован в стране.

Раудина, М. Современные технологии помогают отчаявшимся парам стать родителями [Текст] / М. Раудина // Волжская коммуна. – 2014. – 2 окт. (№ 260). – С. 4.

Самарские врачи достигли поразительных результатов в области искусственного оплодотворения. В Европе с первого раза беременеют 37-38% женщин, прошедших процедуру ЭКО.

Областной Центр планирования семьи и репродукции – крупнейшая государственная клиника региона, в которой бесплодным парам с помощью ЭКО помогают стать родителями. За шесть лет через центр прошли около четырех тысяч супружеских пар. Сейчас коллектив учреждения с нетерпением ожидает появления на свет полуторатысячного малыша.

Появлению ребенка на свет предшествуют многочисленные обследования родителей и филигранная работа высококлассных специалистов. По словам Ирины Моисеевой, сначала с помощью специального стимулирования врачи берут у женщины не одну, а сразу несколько яйцеклеток и их оплодотворяют. После этого эмбрионы помещают в специальный инкубатор, где они созревают от двух до пяти суток. Финальная процедура – перенос одного или двух эмбрионов в матку.

За одну процедуру ЭКО подсаживают не более двух эмбрионов. Решение о точном количестве принимается на основании медицинских показаний и желания будущих родителей.

Интересно, что современные технологии позволяют не только зачать ребенка в пробирке, но и полностью исследовать его генетику. Эту дорогостоящую процедуру специалисты центра могут сделать как по медицинским показаниям, так и по желанию родителей.

***

Борта, Ю. Сам себе клон [Текст] / Ю. Борта // Аргументы и факты. – 2014. – 1-7 окт. (№ 40). – С. 13.

Российские учёные из института общей генетики им. Вавилова впервые в России получили донорскую кровь – из кожи, а ещё раньше – вырастили из неё зачаток глаза человека. Подобные работы проводились и в США, Англии, Японии.

Стволовые клетки уже обросли нереальным количеством легенд – от сенсаций, что они могут исцелить всё, до страшилок о развитии рака.

Существуют универсальные стволовые клетки, которые могут превращаться в абсолютно любую клетку организма. Во взрослом организме их нет. Их можно выделить из невостребованных для искусственного оплодотворения (ЭКО) эмбрионов и растить в пробирке. По статистике, они подойдут всего одному из десятка тысяч человек. В 2012 г. японцу Ш. Яманака вручили Нобелевскую премию. У любого человека можно взять кусочек кожи – меньше квадратного миллиметра, волос или кровь, выделить клетки, внедрить в них набор определённых генов и получить ту самую универсальную стволовую клетку, а её превратить во что захотим. Персонально для каждого можно сделать идеально совместимые с ним нейроны, кровь, кость, хрящ – все что угодно. Японцы создали таким образом один из типов клеток сетчатки глаза. Сейчас в Японии начинается первая стадия клинических испытаний. Многие работают над получением клеток, вырабатывающих инсулин. Как только это произойдет, вероятно, все больные диабетом смогут навсегда излечиться. Японцы вырастили зачаток зуба. Голландцы – мини-кишку. Но ещё не скоро выращенное в пробирке сердце будет пересажено человеку.

Нерешённых вопросов много. Например, как доставить клетки, выращенные в лаборатории, в нужный орган, чтобы они прижились, образовали связи с соседними, проросли сосудами. Это удалось пока только с отдельными типами клеток. Технологии генетической инженерии дошли до того, что в любых больных клетках можно исправить генетическую поломку, вызвавшую болезнь. Осталось научиться пересаживать выращенные в лаборатории клетки обратно человеку.

***

Клышников, В. На галоп есть теперь и в Забайкалье «хомут» [Текст] / В. Клышников // Медицинская газета. – 2014. – 24 сент. (№ 71). – С. 6.

Бригада специалистов урологического отделения под руководством Алексея Передника в составе заведующего курсом урологии Читинской государственной медицинской академии

кандидата медицинских наук Александра Кошмелёва, старшего ординатора Григория Вильского и ординатора Ширипа Малханова провела у хирургического стола 4 часа, удаляя предстательную железу, поражённую злокачественной опухолью, у 62-летнего жителя Оловянинского района. При этом интраоперационная кровопотеря не превысила 200 мл.

Заболеваемость раком простаты лидирует среди причин мужской смертности от злокачественных новообразований. Во всём мире стандартом хирургического лечения принято считать радикальную простатэктомию. Новосибирск – самый близкий к Чите город, где такую операцию поставили на высокотехнологичные рельсы, осуществляя вмешательство, правда, пока штучное, лапароскопическим методом.

После того, как больной обратился в больницу ввиду повышенного уровня простатселективного антигена в крови, ему незамедлительно назначили трансректальную биопсию предстательной железы, в ходе которой в одном из 12 биоптатов и был выявлен рост РПЖ. С дополнительным исследованием малого таза на МРТ исчезли последние белые пятна из клинической картины заболевания. Именно тогда выяснилось, что патологический процесс носит локализованный характер, поражение тазовых лимфоузлов отсутствует, следовательно, пациенту на сто процентов показано оперативное лечение в объёме радикального удаления предстательной железы.

По прошествии 4 недель, как только у больного зажили биопсийные раны со стороны прямой кишки, врачи назначили день и час операции высокой степени сложности. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. На 7-е сутки мужчину освободили от уретрального катетера.

Урологи краевой клинической больницы подсчитали, что в течение года они в состоянии «осиливать» до дюжины пациентов с локализованными формами рака простаты. Впрочем, за внедрением лапароскопической простатэктомии продолжение их новаторству следует. Уже в ближайшее время читинские «спецы» подумывают освоить лапароскопическую цистэктомию - даление всего органокомплекса, включая мочевой пузырь, предстательную железу и семенные пузырьки.

***

Кузив, Т. Дорога к новой медицине [Текст] / Т. Кузив // Медицинская газета. – 2014. – 26 сент. (№ 72). – С. 11.

Отечественные специалисты создают материалы и медицинские изделия нового поколения для замещения и регенерации костной ткани человека. Эти современные медицинские материалы помогут врачам исправлять у своих больных практически любой костный дефект.

Нельзя не отметить тот факт, что за создание биосовместимых керамических и композиционных материалов для новых медицинских технологий по восстановлению костных тканей Президент РФ Владимир Путин вручил 38-летнему доктору технических наук Владимиру Комлеву премию в области науки и инноваций для молодых учёных за 2011 г. Разработанные им материалы с большим спектром характеристик предназначены для использования в самых разных областях медицины. Имеются в виду замещение и пластика костных дефектов, регенеративная медицина, биосовместимые покрытия на металлические имплантаты и пр.

Эксперты говорят о необходимости разработки новых синтетических материалов, близких по своему составу и свойствам к костной ткани. В настоящее время лечение больных с повреждениями костей скелета является для медиков весьма сложной задачей. И хотя разные операции - реконструктивные, костнопластические - включают использование биосовместимых материалов, в большинстве случаев они не достигают желаемого, полностью удовлетворяющего врача и пациента результата. Поэтому неудивительно, что учёные стремятся к созданию более эффективных, с медицинской точки зрения, материалов.

Отечественные специалисты посчитали, что наиболее перспективным представляется использование кальцийфосфатной керамики, либо композиционных материалов на её основе.

Максимальное приближение состава имплантата к составу костной ткани создаст её адекватную реконструкцию.

Одним из интереснейших исследований учреждения можно считать разработку остеопластического материала из синтетических прекурсоров биологического апатита костной ткани под руководством В. Комлева. Авторский коллектив, в состав которого вошли учёные ведущих учреждений РФ, предоставил на обозрение мирового научного сообщества результаты многолетнего труда, начиная от идеи создания материалов до их успешного применения в клинической практике.

***

Володарский, Д. В погоне за новой печенью [Текст] / Д. Володарский // Медицинская газета. – 2014. – № 72 (26 сент.). – С. 10.

Эксперты Федерального научного центра трансплантологии и искусственных органов им. В. И. Шумакова впервые в истории нашей страны создали на основе клеточных технологий биоискусственную печень. Орган уже прошёл успешные доклинические испытания. Об этом сообщил, выступая накануне на проходящем в новосибирском Академгородке 1-м Всероссийском симпозиуме «Новейшие клеточные технологии в медицине», заведующий отделом экспериментальной трансплантологии и искусственных органов центра Мурат Шагидулин.

Данная методика разработана коллективом НИИ трансплантологии под руководством академика РАН Сергея Готье. Так, биоинженерный орган был «выращен» на основе бесклеточного матрикса – биокаркаса печени, из которой по специальной технологии удалены все ткани, а оставлены лишь белковые структуры сосудов и других компонентов органа. Матрикс был заселён собственными культивированными клетками костного мозга и печени.

В свою очередь, доклинические испытания искусственного органа проводились на животной модели острой или хронической печёночной недостаточности. Через год после трансплантации клеточного субстрата, ни одно подопытное животное не умерло, в то время как в контрольной группе смертность составила 50%. При этом через неделю после пересадки биохимические показатели функции печени у животных пришли в норму.

По данным учёных центра трансплантологии, печёночная недостаточность, в основе которой в большинстве случаев лежат цирроз печени и вирусный гепатит, занимает седьмое место среди причин инвалидности, а собственно цирроз печени – четвёртое место среди причин смерти людей старше 40 лет.

Исследования в области создания таких сложных биоинженерных органов, как печень, почки, лёгкие и сердце, в последние годы ведутся в ведущих научных лабораториях США и Японии, но дальше стадии изучения на животной модели пока никто не продвинулся.

***

Чугуров, Н. Надежда на восстановление [Текст] / Н. Чугуров // Медицинская газета. – 2014. – 3 сент. (№ 65). – С. 11.

В Приморском крае ведутся исследования по восстановлению нарушенных функций спинного мозга. Согласно данным исследования появилась возможность восстанавливать нейронные связи между спинным и головным мозгом. Это означает, что многие парализованные люди смогут снова встать на ноги. Уникальное открытие группы американских учёных Кембриджского университета под руководством Роберта Ланзы позволяет отрастить нейронные клетки из спинного мозга.

Опыты, проведённые на крысах, показали отличные результаты. Парализованным грызунам ввели в спинной мозг стволовые клетки, взятые из кожи пожилого мужчины. Прошло 3 месяца, и нейронные связи в спинном мозгу парализованных животных были полностью восстановлены, то есть в спинном мозгу появились новые нейронные связи и крысы снова смогли двигаться. Понадобилось всего 2 недели, чтобы полностью восстановить все нейронные связи в их повреждённом спинном мозгу.

Это открытие сейчас называют настоящим прорывом в области клеточной медицины. Между тем в Школе биомедицины Медицинского центра Дальневосточного федерального университета также активно ведутся исследования по восстановлению нарушенных функций спинного мозга. Ученые проводят серьёзные исследования по восстановлению двигательной активности человека с помощью имплантатов. Наиболее продуктивно работают над способами борьбы со злокачественными опухолями, используя стволовые клетки.

***

Папырин, А. Хирургам можно аплодировать! [Текст] / А. Папырин // Медицинская газета. – 2014. – 22 сент. (№ 26). – С. 1.

53-летний житель Краснодарского края получил множественные травмы. Однако врачами краевой клинической больницы № 1 им. С. В. Очаповского была применена иная тактика лечения. Без протяжённого разреза, без повреждения мышц, пользуясь лишь рентгеноконтролем, они точно имплантировали винты в тонкие ножки деформированных позвонков, не задев при этом спинной мозг, и ввели сложно изогнутый стержень для соединения винтов между собой.

Хирурги действовали в два этапа. Сначала у пострадавшего через разрез грудной клетки были удалены все разрушенные позвонки, а на их место установлены надёжные титановые протезы. Таким образом, отделы позвоночного столба заняли своё физиологическое положение. Следующий шаг – протяжённая задняя фиксация позвоночника от 3-го грудного до 3-го поясничного позвонков: практически через всю спину.

Таким образом, кубанские нейрохирурги вошли в историю отечественной медицины как специалисты, осуществившие быструю и успешную многоуровневую малоинвазивную фиксацию позвоночника. Применённая методика получила множество восторженных отзывов, заслужила, так сказать, аплодисменты ведущих мировых специалистов в области хирургии позвоночника.

***

Квасов, Д. Технологии будущего на страже здоровья самарцев [Текст] / Д. Квасов // Волжская коммуна. – 2014. – 1 окт. (№ 258). – С. 5.

В Самаре прошел круглый стол, посвященный развитию в регионе инновационной отрасли экономики – IT-медицины. Представители Самарского государственного медицинского университета, областного правительства и IT-компаний обменялись мнениями о том, как сделать Самару лидером мирового рынка высоких технологий в медицине.

В качестве перспективной разработки на круглом столе был обозначен проект «Нейрокомпьютерный интерфейс», который ведет в партнерстве с медуниверситетом компания IT Universe. Проект предполагает развитие целой научной парадигмы выстраивания диалога между головным мозгом человека и компьютером. В плане практического применения, по словам Константина Преснякова, речь может идти, например, о восстановлении управляемости конечностей в случае повреждений нервной системы.

Говоря о перспективах развития IT-медицины в Самарской области, участники круглого стола отметили серию поездок по предприятиям «Ростехнологий» с целью налаживания производственных связей, создание в регионе центра по развитию технологий на базе гибкой электроники, а также подписанное 12 сентября соглашение о создании территориального инновационного кластера медицинских и фармацевтических технологий.

***

Луговая, Д. Медицина будущего [Текст] / Д. Луговая // Аргументы и факты. – 2014. – 10-16 сент. (№ 37). – С. 18.

Вскоре в Самарской области онкологические заболевания можно будет диагностировать на самой ранней стадии. В 2015 году откроют центр позитронно-эмиссионной и компьютерной терапии (ПЭТ-центр), оснащённый уникальным оборудованием. Предполагается, что ежегодно в нём будут обследовать до 10 тысяч человек.

По инициативе главы региона Николая Меркушкина соглашение с «Роснано» о создании подобного центра в Самаре областные власти подписали в феврале. А в августе, когда в регион с

рабочим визитом прибыл председатель правления госкомпании Анатолий Чубайс, намерения о строительстве ПЭТ-центра подтвердились. Официальный старт его строительству дали 2 сентября.

Центр построят неподалёку от Самарского областного клинического онкологического диспансера. Там будут диагностировать онкологические, неврологические и кардиологические заболевания ещё на ранней стадии развития. Пациентам будут вводить специальные препараты, после чего они будут перемещаться в сверхмощный сканер. Эта процедура позволит выявить у человека пораженные клетки еще в период их зарождения. Центр оснастят двумя ПЭТ-комплексами, мощность которых позволит обследовать до 10 тыс. человек ежегодно. Установят технику и в Тольяттинской городской больнице.

До 2018 года в России откроют несколько подобных ПЭТ-центров. При этом, по словам представителей госкомпании, самарский центр станет образцовым. Здесь будет все необходимое оборудование для диагностики различных видов опухолей и неврологических заболеваний.

***

Открыт первый в России центр «Анемия-стоп» [Текст] // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 9. – С. 49

На базе ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова» начал работать центр «Анемия-Стоп». Благодаря внедрению передовых западных технологий, специалисты Центра могут в кратчайшие сроки диагностировать анемию и оказать пациентам своевременную профессиональную помощь.

Железодефицитная анемия (ЖДА) является глобальной проблемой системы здравоохранения различных стран. По данным экспертов ВОЗ, около 40% населения земного шара страдают анемией, при этом у женщин это заболевание выявляется в 3 раза чаще, чем у мужчин. В странах Западной Европы и США проблема железодефицитной анемии частично решается благодаря реализации программы ВОЗ «Гемоглобиновое оздоровление населения». В России эта инициатива не реализуется, и анемия остается серьезной медико-социальной проблемой для большого количества людей.

Открытие центра «Анемия-Стоп» на базе ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова» является большим шагом на пути решения проблемы диагностики и лечения железодефицитной анемии. В центре работают высококвалифицированные врачи гематологи-трансфузиологи, а лаборатория Центра оснащена передовым современным оборудованием. В случае постановки диагноза «железодефицитная анемия» у пациента есть возможность получить профессиональную консультацию, а также пройти эффективную терапию современными внутривенными препаратами железа. Оказание помощи предусмотрено как в амбулаторных условиях, так и в стационаре дневного пребывания, что позволяет не только сократить сроки пребывания пациентов в стационаре, но и значительно уменьшить стоимость лечения.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Тухбиева, Э. А. Вопросы профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни [Текст] / Э. А. Тухбиева // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2014. – № 3. – С. 90-98.

Здоровье и трудоспособность населения входят в число факторов, определяющих национальную безопасность. С ними связаны возможности развития и образования, профессиональный и интеллектуальный потенциал общества, состояние армии. Поэтому предотвращение ухудшения здоровья граждан и стремление к его улучшению являются общенациональной задачей.

Негативные последствия разбалансированности экономики, социальной сферы, экологические проблемы, ухудшение условий труда приводят к увеличению потерь здоровья

населения. На территории Республики Татарстан (РТ) полностью отражается ситуация, связанная с кризисными явлениями в экономике страны. Это резкое повышение уровня социально значимых болезней, всплеск психических расстройств, алкоголизма, наркомании, убийств и самоубийств, травм и отравлений, а также рост заболеваемости и др.

Здоровье и трудоспособность населения входят в число факторов, определяющих национальную безопасность. С ними связаны возможности развития и образования, профессиональный и интеллектуальный потенциал общества, состояние армии. Поэтому предотвращение ухудшения здоровья граждан и стремление к его улучшению являются общенациональной задачей.

На современном этапе развития нашего общества в российской науке все большее внимание формированию ЗОЖ молодежи.

В связи с этим стали открываться центры здоровья (ЦЗ). Создание ЦЗ – это абсолютная инновация не только в нашей стране, но и в мире. Инициатива направлена на реализацию программ по внедрению ЗОЖ, поскольку профилактика заболеваний менее затратна, чем их лечение. Основная цель создания ЦЗ – повышение компетентности населения в вопросах сохранения и укрепления здоровья, формирование культуры здоровья, повышение престижности здоровья, повышение качества жизни, в том числе формирование мотивационных установок к отказу от употребления табака, алкоголя и иных факторов риска развития НИЗ, ведение ЗОЖ.

Именно поэтому в отечественных ЦЗ упор делается именно на профилактику – выявление факторов риска, которые приводят к развитию болезней. Первые ЦЗ открылись в 2009 г. Сейчас 193 центра для детей и 502 - для взрослых успешно работают во всех регионах России. В РТ 21 ЦЗ.

Работа ЦЗ организована на базе существующих поликлиник, поликлинических отделений больниц и центров медицинской профилактики.

Основными направлениями деятельности ЦЗ РТ являются:

1. Организация и проведение мероприятий в области гигиенического обучения и воспитания населения. Проведение республиканских и городских акций по профилактике НИЗ, ЗОЖ, проведение лекториев и кинолекториев для различных групп населения. Издание методической, наглядной литературы для населения по вопросам профилактики заболеваний, создание видеофильмов и видеороликов. Организация массовых профилактических и оздоровительных мероприятий совместно с лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ); кино- и видеодемонстраций, пресс-конференций и «круглых столов», тематических вечеров и выставок, конкурсов и викторин.
2. Организация и проведение обучения медицинских работников в области профилактики заболеваний, охраны и укрепления здоровья; гигиенического воспитания населения. Информационное обеспечение ЛПУ и населения по вопросам профилактики заболеваний, сохранения и укрепления здоровья населения; организация, контроль и анализ деятельности отделений, кабинетов медицинской профилактики и кабинетов здорового ребенка (по разделу профилактики НИЗ, гигиенического обучения, воспитания и оздоровления) ЛПУ. Оказание методической помощи в организации в первичном звене здравоохранения «школ пациентов».
3. Участие в международных и национальных проектах по вопросам профилактики заболеваний и укрепления здоровья. Внедрение профилактических программ по приоритетным направлениям здравоохранения.
4. Организация, проведение социологических опросов населения для определения уровня информированности в отношении ЗОЖ, информированности различных социальных категорий в отношении профилактики НИЗ.
5. Организация семинаров для специалистов работников системы образования, работников культуры по актуальным вопросам тематических декадников года, международных и всемирных дней, профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний.

6. Издание информационно-методической и информационно-пропагандистской литературы по актуальным вопросам профилактики заболеваний на русском и татарском языках для различных категорий населения и медицинской общественности.

7. Организация широкой пропаганды ЗОЖ в средствах массовой информации, в том числе создание медицинских программ РЦМП на канале ГТРК «Здоровье. Медицинская программа», «Саламат булыгыз» и ТНВ «Будем здоровы», «Табиб сузе», медицинской программе «О.Р.З.» (Обыкновенные рецепты здоровья) на телеканале «Эфир».

8. Посещение ЦЗ несколько напоминает профилактический осмотр, но диагностика проводится исключительно при помощи экспресс-методов.

Осмотр в ЦЗ состоит из нескольких этапов:

1. Оформление анкетных данных посетителя в регистратуре.

2. Обследование на диагностическом экспресс-оборудовании в кабинете тестирования. Установленные в центрах специальные комплексы самого передового оборудования с компьютерным программным обеспечением позволяют учитывать и оценивать целый ряд факторов: рост, массу тела, пол, образование пациента, уровень холестерина и глюкозы, содержание никотина в крови, состояние сердца, дыхательной системы с использованием компьютеризированного спирометра и сосудов конечностей, степень ожирения, уровень артериального давления.

3. Консультация врача по результатам обследования.

Основные исследования, проводимые в ЦЗ:

1. Скрининг-оценка уровня здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, в том числе измерение роста, массы тела, вычисление индекса массы тела; проводится с помощью аппаратно-программного комплекса «Экспресс-здоровье».

2. Экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей при помощи компьютеризированной системы скрининга сердца «Кардиовизор».

3. Ангиологический скрининг периферических сосудов с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчета плечелодыжечного индекса при помощи допплерографии.

4. Анализ содержания общего холестерина и глюкозы в крови с использованием экспресс-анализатора CardioChek.

5. Комплексная детальная оценка функций дыхательной системы при помощи компьютеризированной спирометрии.

При необходимости выявления дополнительных факторов риска проводят дополнительные исследования, в их числе:

– биоимпедансометрия (определение процентного соотношения воды, мышечной и жировой ткани в организме);

– анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина на аппарате микро- СО или смокелайзере;

– пульсоксиметрия (экспресс-оценка насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом, частоты пульса и регулярности ритма).

Все обследование занимает примерно 40 мин.

По результатам исследований формируется «Карта здорового образа жизни» человека с персональными рекомендациями по оздоровительной программе с учетом его индивидуальных особенностей и состояния здоровья на момент обследования. Вся информация сохраняется в базе данных, что позволяет в дальнейшем оценивать динамику состояния здоровья гражданина при его последующих посещениях ЦЗ. После обследования проводится консультация врача.

На групповом уровне формирование ЗОЖ главным образом осуществляется посредством «школы здоровья» и отделения восстановительного лечения на базе РЦМП.

«Школа здоровья» – организационная форма группового консультирования, гигиенического обучения и воспитания, являющаяся комплексной медицинской профилактической услугой. Это совокупность средств и методов индивидуального и группового

воздействия, направленных на повышение уровня знаний и практических навыков пациентов по рациональному лечению заболеваний, профилактике осложнений и повышению качества жизни.

«Астма-школа». Цель – образование больных, улучшение взаимопонимания между врачом и больным и его близкими для создания партнерских отношений в преодолении недуга, улучшение качества жизни больного.

««Школа отцов». Цель – гигиеническое обучение и воспитание отцов для обеспечения благоприятного течения родов и ухода за новорожденным.

«Школа будущих матерей», «Школа беременных» и др.

***

Антонова, Г. В Подмосковье работает мобильный центр здоровья [Текст] / Галина Антонова // Медицинская газета. – 2014. – № 71 (24 сент.). – С. 2.

В апреле текущего года в Мытищинском районе Московской области начал работать первый в регионе мобильный центр здоровья для взрослых.

Передвижной медицинский кабинет оснащён всем необходимым для проведения комплексного обследования пациентов. Это компьютерная система скрининга сердца; допплер-анализатор для ангиологического скрининга с автоматической системой измерения систолического артериального давления и расчёта лодыжечно-плечевого индекса; спирометр для детальной оценки функций дыхательной системы; портативный биохимический экспресс-анализатор для количественного определения уровня глюкозы, холестерина, триглицеридов и лактата в крови; пульсоксиметр для измерения уровня кислорода в крови и частоты пульса; анализатор для определения токсических веществ в организме; передвижная бормашина и т.д. В составе выездной бригады центра здоровья – терапевт, стоматолог-гигиенист и медицинская сестра.

За первые несколько месяцев работы специалисты центра уже совершили выезды в деревни Витенёво, Пестово, Сорокино, Марфино, Новосельцево, Федоскино, Поведники и некоторые другие населённые пункты Мытищинского района, удалённые от административного центра. С апреля по июль были обследованы более 200 человек.

График работы мобильного медицинского кабинета составляется на полугодие, и жителей населённых пунктов заранее оповещают о приезде специалистов в офисах врачей общей практики и фельдшерско-акушерских пунктах.

Центры здоровья для взрослых и детей создаются по всей России с целью формирования у граждан здорового образа жизни. В таких центрах на основе результатов обследования врач определяет факторы риска развития заболеваний и составляет индивидуальный план питания, физической активности, рассказывает о способах борьбы с вредными привычками.

Финансирование центров осуществляется за счёт средств ОМС.

В Московской области сейчас работают 27 центров здоровья для взрослых и 8 – для детей. С 2010 г. по июль 2014 г. в них впервые обратились для комплексного обследования 342 тыс. человек (281 тыс. человек – в центры здоровья для взрослых, 61 тыс. человек – в центры здоровья для детей). За указанный период территориальным фондом ОМС Московской области на финансирование центров здоровья направлено свыше 300 млн. руб.

***

Инновационные технологии в профилактической деятельности центров здоровья для детей [Текст] / В. Ю. Альбицкий [и др.] // Российский педиатрический журнал. – 2014. – № 4. – С. 43-48.

В статье представлены данные, определяющие роль центров здоровья в системе оказания профилактической помощи детскому населению. Профилактика является приоритетным направлением отечественной медицины, которое получило реальное воплощение в системе охраны здоровья матери и ребенка. Большая роль в этой работе придавалась учреждениям здравоохранения.

Однако эпидемиологические исследования последних лет показали, что в Российской Федерации растет заболеваемость детей в возрасте до 14 лет болезнями, обусловленными поведенческими факторами риска.

Важнейшими вопросами профилактической педиатрии являются отсутствие национальной стратегии формирования ЗОЖ подросткового поколения; необходимость смены парадигмы профилактической деятельности с предупреждениями болезни на формирование ЗОЖ, сохранение и укрепление здоровья ребенка.

Для решения указанных задач в регионах Российской Федерации согласно приказу Минздравсоцразвития от 19 августа 2009 г. № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» начали работать центры здоровья (ЦЗ), созданные на базе региональных и муниципальных учреждений здравоохранения. Среди инноваций этой программы является открытие и финансирование за счет средств системы ОМС 204 ЦЗ для детей в 83 субъектах РФ. Центры здоровья ориентированы на новую систему взаимодействия «врач - здоровый человек».

Роль ЦЗ в системе оказания профилактической помощи детскому населению изучалась по данным официальной статистики форма № 68 «Сведения о деятельности центра здоровья» в РФ за период 2010- 2012 гг. Оценка организации работы ЦЗ для детей проведена с помощью SWOT-анализа. Проводились социологические исследования детей, прошедших обследование в ЦЗ и их родителей.

Использование интернет-ресурсов в пропаганде ЗОЖ среди подростков молодежи и молодых родителей были применены на платформах социальной сети «ВКонтакте» и информационном портале «Так-здорово.ру». С этой целью проводились on-line опросы и on-line конференции, дана экспертная оценка сообществ социальной сети по специально разработанным критериям (с расчетом коэффициентов конкордации и вариации). В качестве экспертов по оценке деятельности данных Интернет-ресурсов выступали руководители подразделений системы здравоохранения, деятели науки и работники PR-службы. Каждое сообщество оценивалось по 10 критериям с ранжированием от 0 до 5 баллов.

Платформой для проведения on-line опросов в «ВКонтакте» стала группа справочно-информационного центра для родителей (Москва) «Столица детства» (http://vk.com/stolicadetstva_com). Объем аудитории сообщества составлял 37,5 тыс. человек (70,1 % женщин), имеющих одного-двух детей (67,7%). Это жители мегаполисов страны: Москвы (37,7%), Санкт-Петербурга (6%), Новосибирска (4,6%).

При разработке проекта «виртуальной поликлиники» использовались проекты «Школы здоровья в Европе и России» и «Создание и продвижение медицинского информационного портала zdrav.tomsk.ru».

Анкетирование детей (197 человек), прошедших обследование в ЦЗ, и их родителей проводилось на базе детской поликлиники № 125 г. Москвы. Программа исследования предусматривала получение информации о ребенке при посещении ЦЗ, после его визита и об оценке родителями деятельности ЦЗ.

Детские ЦЗ работают уже в течение трех лет. Выявлена положительная динамика посещений ЦЗ, что свидетельствует о растущей эффективности первичного звена детского здравоохранения и развития здоровьесохраняющей стратегии поведения семей с детьми. Ежегодно специалистами ЦЗ примерно у 60% детей выявляются генетические, поведенческие и метаболические факторы риска развития хронических заболеваний, в связи с чем возникает необходимость в динамическом наблюдении у врачей поликлиники, проведении повторных обследований в ЦЗ и посещении школ здоровья.

В настоящее время активно совершенствуется организация работы ЦЗ для детей. Так, используется выездная форма работы (мобильный ЦЗ или автобус со стационарным оборудованием). На заседании главы муниципалитета или округа проводится оповещение директоров школ о предстоящем посещении (обычно в начале учебного года) школ

специалистами ЦЗ. После осмотра в течение недели врачом ЦЗ осуществляется «закрытие» карт ЦЗ и карт ЗОЖ. Далее карты распределяются по классам и передаются директору школы (на диске или по электронной почте). Впоследствии карты передают родителям при прикреплении ее к «электронному дневнику» или раздают на собраниях в распечатанном виде.

Продвижение принципов ЗОЖ в социальной сети Интернет позволяет не только разместить необходимую информацию, но и получить обратную связь с населением, и в дальнейшем провести анализ и оценить эффективность проделанной работы.

Согласно балльной оценке экспертов, определены группы-лидеры, пропагандирующие ЗОЖ в социальной сети. Среди групп ЗОЖ это сообщества под названием «Фитнес, диеты и здоровый образ жизни» (109 560 подписчиков), «Я не пью и не курю» (1 249 561 подписчиков) и группа информационного портала Минздрава России «TakZdorovo.ru» (35 288 подписчиков). Среди сообществ, принадлежавших ЦЗ, лидируют: ЦЗ-Улан-Удэ, ЦЗ-г. Реутов, ЦЗ-Чувашия.

По мнению родителей, кроме них, за здоровье детей ответственны в равной степени государство, врачи и учителя. В то же время родители считали, что ребенок не получает в достаточной мере информацию о том, как сохранить здоровье от учителей и врачей. Наблюдаются отсутствие согласованности действий профилактической направленности в обучении ребенка ЗОЖ между родителями и учителями, между родителями и врачами-педиатрами.

Учитывая данные проведенных исследований, на базе ЦЗ для детей г. Краснотурьинска был создан «On-line (виртуальный) центр здоровья» для дистанционной профилактической работы с отдаленными территориями. Виртуальный ЦЗ – это новое образование, инновация, которая в силу своей открытости и доступности должна способствовать укреплению и сохранению здоровья учащихся путем донесения до детей и семей, в которых они проживают, информации по ЗОЖ. Предоставляется возможность получить полноценный доступ к информации и индивидуальное консультирование с сохранением права на неразглашение медицинской информации. Дети могут самостоятельно развивать темы ЗОЖ при помощи инструментов социальной сети.

После проведенного опроса, установлено, что девочки с большей частотой собирались изменить свой образ жизни: в отношении длительности сна – в 3 раза, занятий спортом – в 3,8 раза, избавления от вредных привычек – в 2,4 раза и ограничения вредных продуктов питания - в 1,6 раза. В то же время девочки менее охотно хотели заниматься спортом, чем мальчики – в 3,8 раза и проводить время на свежем воздухе – в 2 раза.

Среди мер по сохранению здоровья детей на первое место родители ставили регулярное консультирование с врачом (18,6%). На втором месте находится обеспечение правильного питания ребенка (15,9%). Третью ранговую позицию занимало «ведение здорового образа жизни» (13,2%), приверженность к которому не зависела от состояния здоровья детей.

Таким образом, в современных условиях необходимо создать концепцию ЦЗ, чтобы четко обозначить, что они будут делать в плане профилактической работы с детьми.

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://medlan.samara.ru – баннер «Заявка в библиотеку»), по электронному адресу sonmb@inbox.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://medlan.samara.ru – раздел «Услуги»).

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ
Адрес: 443095, г. о. Самара, ул. Ташкентская, д. 159

Режим работы:

С 1 сентября по 31 мая:
ежедневно, кроме субботы и воскресенья, – с 09.00 до 18.00;
суббота – с 09.00 до 16.00; воскресенье – выходной день.

С 1 июня по 31 августа:
ежедневно, кроме субботы и воскресенья, – с 09.00 до 18.00;
суббота и воскресенье – выходные дни.

1-й вторник второго месяца каждого квартала – санитарный день.

☎ (846) 979-87-91 – справочно-библиографический отдел
☎ (846) 979-87-90 – отдел обслуживания читателей
☎ тел./факс: (846) 372-39-38 – отдел комплектования и библиотечной обработки
✉ **miac@medlan.samara.ru** ✉ **sonmb@inbox.ru**

Обособленное подразделение областной научной медицинской библиотеки МИАЦ
(в здании ГБУЗ СО «Чапаевская центральная городская больница»)

Адрес: 446100, г.о. Чапаевск, ул. Медицинская, д. 3а

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00
Суббота, воскресенье - выходные дни

☎ (84639) 2-49-26
✉ **biblchap@yandex.ru**

Сайт: http://medlan.samara.ru