

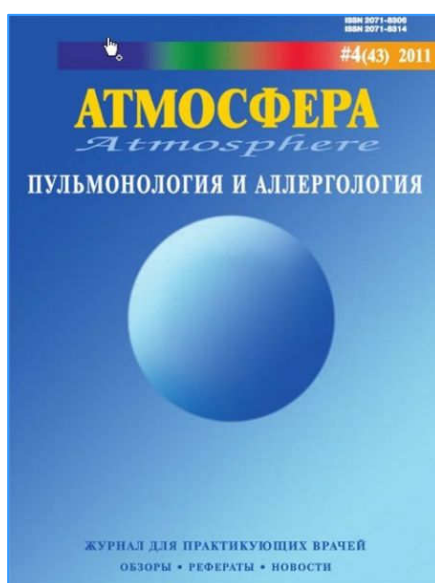


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№ 7 (июль), 2014



СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	11
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	16

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Щеглов, К. По одному каналу [Текст] / К. Щеглов // Медицинская газета. – 2014. – 2 июля (№ 47). – С. 4.

В статье рассказывается, что с 1 января 2015 г. денежные средства в ЛПУ придут через фонд обязательного медицинского страхования. Переход отечественной медицины на одноканальное финансирование будет осуществлён уже не только в пилотных регионах, а по стране в целом. За бюджетом останутся лишь закупка дорогостоящего оборудования и капитальный ремонт медучреждений. Задачей Минздрава России в этой ситуации является создание баланса в оказании медицинской помощи между федеральными и региональными учреждениями.

Представитель Минздрава отметил важность политики снижения неэффективных затрат ЛПУ, эффективных трудовых контрактов, тщательной работы с персоналом. В итоге, полагает он, это будет способствовать повышению конкурентоспособности федеральных медицинских учреждений и позволит им эффективно воспользоваться средствами ФОМС.

Вместе с тем А. Фаррахов констатировал, что в связи с переходом к системе одноканального финансирования уже появился ряд проблем, которые «поставили федеральные медицинские учреждения в очень непростую ситуацию». Тем не менее, убеждён он, «важно понимать, что объём финансирования системы здравоохранения не только не уменьшился, но и возрос в абсолютном значении – денег стало больше».

По мнению А. Баранова, академика, руководителя Научного центра здоровья – финансирование по новой схеме завело эти лучшие медицинские учреждения в тупик». Финансирование сократилось на 30%, выпадающие ресурсы составили от 300 до 600 млн. руб. На треть сократились и квоты на ВМП.

А. Баранов пояснил, что сложные пациенты, уже оперированные по многу раз, требуют иных, более дорогих форм лечения. «Нам обещали скорректировать количество квот за счёт ОМС, но «выпало» 1500 квот, а восстановлено 290, из которых приехали лечиться 11 детей, – сообщил он. – Получить квоту на лечение стало невозможно. Вплоть до того, что в регионе требуют печать местного министерства и говорят о негласном запрете ехать лечиться в федеральный центр».

Правительство РФ уже приняло решение о формировании трансферов с возмещающими выплатами, сообщила председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко. По её словам, ресурсы будут изысканы «из страхового запаса», для чего ресурсы ФОМС увеличены на 54%.

А тарифы на «простых» и «сложных» пациентов окажутся равными, заявила руководитель фонда. Высокотехнологичную медицинскую помощь получают в этом году 206 тыс. пациентов. В то же время А. Фаррахов не исключил, что в предстоящие годы для того, чтобы внедрять в здравоохранение инновации, придётся вернуться к вопросу внедрения и такого источника финансирования, как соплатежи.

Целью перехода на одноканальное финансирование является, как утверждают в Минздраве России, максимальная консолидация финансовых средств в одном источнике – системе ОМС – для повышения эффективности деятельности учреждений здравоохранения и, в конечном итоге, повышения качества и доступности медицинской помощи населению. Деньги пойдут за пациентом, уверяют в министерстве, и каждое лечебное учреждение будет заинтересовано в нём, а значит, будет улучшаться качество оказания медпомощи и условия пребывания больного в лечебном учреждении.

Михайлова, М. Для неработающих полис ОМС может стать платным [Текст] / М. Михайлова // Волжская коммуна. – 2014. – 16 июля (№ 181). – С. 4.

Минфин России предлагает оставить полис ОМС бесплатным для детей, пенсионеров, инвалидов и тех безработных, которые зарегистрированы на бирже. Все остальные

неработающие, а это главным образом частники в «сером» секторе экономики, должны будут полис купить.

В основных направлениях бюджетной политики на 2015-2017 годы Минфин привел первоначальную стоимость доплаты за такой полис: 18% от тарифа, который платят в фонды ОМС за неработающее население местные бюджеты. В 2015 г. сумма составит 18 865 рублей, значит, неработающим надо будет доплатить около 3,4 тыс. У экспертов вызывает сомнение величина соплатежа. Эксперты предполагают, что нынешняя инициатива может рассматриваться как дисциплинарная, чтобы люди выводили бизнес из тени.

По расчетам аналитиков, официально работают у нас 41,5 млн. человек, в теневом секторе трудятся до 30 млн. россиян и еще около 14 млн. могли бы трудиться, но по разным причинам не работают.

Минфин считает несправедливым принцип, при котором официально работающие россияне, по сути, оплачивают лечение тех, кто не работает или работает в теневом секторе и не считает нужным возлагать на себя какие-либо социальные обязательства.

Глава комитета Госдумы по охране здоровья Сергей Калашников считает, что новая инициатива – попытка Минфина решить проблемы дефицитного бюджета. «Нельзя подменять социальные гарантии (а бесплатная медицина – одна из таких гарантий) на неспособность Минфина собрать налоги и добиться легальной занятости. Для этого надо искать другие средства», – считает депутат.

Мы живем в социальном государстве. Это означает, что общество решает проблемы сообща. Но надо ли поощрять социальное иждивенчество? Мнения разделились. «Введение оплаты полиса ОМС нарушит конституционные права россиян и вызовет рост социальной напряженности, – считает директор Фонда независимого мониторинга медуслуг и охраны здоровья человека «Здоровье» Эдуард Гаврилов.

– Право на бесплатную помощь закреплено в Конституции, а введение оплаты не только его нарушит, но и превратит часть наших граждан в людей «второго сорта».

В свою очередь директор Института экономики здравоохранения ВШЭ Лариса Попович говорит, что инициатива – «шаг в нужном направлении». «Система ОМС, как любая страховая система, должна основываться на четком понимании – кто, сколько и за что платит. За работников платит работодатель. За неработающее население – местные бюджеты. Но часть людей выпадает из этой схемы. Почему индивидуальные предприниматели, не отдающие часть своих доходов в общую копилку, должны пользоваться общегосударственными благами?» – говорит Попович. В то же время, по ее мнению, названный Минфином краткий перечень социальных групп, за которыми сохранится бесплатная страховка, далеко не полон и требует уточнения.

Минздрав запустит электронный кабинет пациента [Текст] // Ремедиум Приволжья. – 2014. – № 4. – С. 3.

Глава Минздрава Вероника Скворцова на расширенном заседании коллегии ведомства сообщила, что уже с 30 апреля начали свою работу личные «электронные кабинеты» пациентов, с помощью которых жители России смогут получить информацию о своем диагнозе и результатах обследований, оказанных медуслугах, в том числе с четким обозначением бесплатных и платных медицинских услуг, а также записаться к врачу или вызвать неотложную помощь. Вероника Скворцова также напомнила, что рабочее место врача со всеми необходимыми информационными ресурсами, нормативными базами, системами помощи в принятии решений уже создано и апробировано. В будущем сервис «Личный кабинет врача» позволит существенно сократить бумажный документооборот и перераспределить рабочее время врача с высвобождением времени для непосредственного контакта с пациентом.

В настоящее время доступ к «Личному кабинету (врача)» получили 27 тыс. медицинских работников.

Качество и управление рисками в медицинских учреждениях [Текст] // Ремедиум Приволжья. – 2014. – № 5. – С. 7-8.

Статья посвящена проходившей 17 апреля 2014 года II Международной конференции «Качество и управление рисками в медицинских учреждениях» в Республике Татарстан по опыту ведущих зарубежных клиник и российского законодательства в сфере управления качеством в здравоохранении. В мероприятии приняли участие более 200 администраторов здравоохранения Российской Федерации и стран СНГ.

В ходе конференции были обсуждены такие темы, как инновационный менеджмент в здравоохранении; качество и управление рисками в медицинских учреждениях Израиля, Германии, Финляндии, Сербии и США; внедрение системы менеджмента качества в российские клиники и другие. Участники конференции говорили о безопасности пациента, управлении персоналом лечебно-профилактического учреждения, роли руководителя лечебным учреждением в организации системы управления качеством и рисками в здравоохранении.

Конференцию открыли премьер-министр РТ И. Ш. Халиков и министр здравоохранения РТ А. Ю. Вафин.

Министр в своем выступлении отметил возможность перспективного развития медучреждений республики с помощью опыта, сформированного на базе зарубежных больниц – основываясь на опыте стран, схожих по структуре финансирования и права, по культуре населения и по общему состоянию здравоохранения.

Неотъемлемой составляющей качества оказания медицинской помощи является транспортная доступность. На сегодняшний день эта трехуровневая система максимально реализована в Республике Татарстан. Третьего уровня учреждения есть не только в столице республики, но и в городах Набережные Челны, Альметьевск. С помощью трехуровневой системы контролируется каждый пострадавший, чтобы он был доставлен в медучреждение более высокого уровня. Но важны и управленческие технологии, для того, чтобы максимально реализовать потенциал клиники и повысить качество оказания медицинской помощи.

В качестве экспертов конференции выступили ведущие специалисты России, Германии, Израиля, Сербии, США, Финляндии. Почетными лекторами конференции стали ведущие специалисты мира в области систем качества: вице-президент организации TUV Certification (Германия), г-н Г. Коль; генеральный директор ООО «АВА-ПЕТЕР» Глеб Михайлик; директор ФГБУ «Новосибирский НИИТО» Минздрава России проф. М. И. Садовой; руководитель Органа по сертификации систем менеджмента качества Фонда высоких медицинских технологий И. Ю. Бедорева; исполнительный директор ООО «НМЦ-Томография» М. В. Ястребов.

Проведение уже не в первый раз международной конференции в Татарстане говорит о том, что в республике активно внедряются принципы и подходы зарубежных стран по вопросам качества. С 2007 года медицинские организации Республики Татарстан участвуют в конкурсах на соискание ежегодной премии Правительства Республики Татарстан по качеству. В рамках этой премии группа экспертов проводит всесторонний аудит системы менеджмента качества с оценкой эффективности на основании стандартов ISO 9001. Всего с 2007 года в ежегодной премии Правительства Республики Татарстан по качеству приняли участие 27 организаций здравоохранения РТ. В 2014 году направлены заявки от 9 учреждений здравоохранения.

Накануне конференции один из ведущих экспертов в области менеджмента качества, вице-президент организации TUV Certification г-н Г. Коль посетил Межрегиональный клинично-диагностический центр. Он дал высокую оценку организации работы в центре: «Я очень впечатлен уровнем профессионализма сотрудников и дружелюбием персонала, – отметил г-н Коль. – Если будучи в Казани я буду нуждаться в медицинской помощи, то ни секунды не сомневаясь приеду именно сюда».

Новые возможности профессионального использования федеральных информационных сервисов [Текст] / Н. Г. Преферанский [и др.] // Здравоохранение. – 2014. – № 6. – С. 32-41.

Статья посвящена Единой государственной информационной системе. Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (далее – ЕГИСЗ) –

национальная информационная система, создаваемая для обеспечения эффективной информационной поддержки организаций системы здравоохранения, а также граждан. Разработка системы проводится в соответствии с концепцией создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 28.04.2011 № 3642 и рядом методических рекомендаций к отдельным составляющим системы. Одним из приоритетных направлений концепции является развитие социально и профессионально ориентированных информационных сервисов. Для достижения этой цели были разработаны следующие федеральные информационные сервисы:

- база нормативно-справочной информации;
- интегрированная электронная медицинская карта;
- система электронной записи к врачу;
- система управления административно-хозяйственной деятельностью учреждения;
- паспорт медицинских организаций, регистры медработников.

В статье раскрываются отдельные аспекты реализации процессов автоматизированного поиска результатов взаимодействия лекарственных средств (ЛС) посредством Централизованного сервиса информирования о взаимодействии лекарственных средств (ЦС ВЛС, или Система).

- функции и процессы, автоматизируемые Системой;
- архитектура Системы: описание физического ЦС ВЛС и логического строения ЦС ВЛС;
- информационное обеспечение Системы в соответствии с определением ГОСТ 34.003-901: рассмотрена база знаний ЦС ВЛС, состоящая из базы данных (справочников и классификаторов) и базы правил (сведения о взаимодействиях ЛС);

- веб-служба, предоставляемая Системой: описание веб-службы поиска и предоставления сведений о взаимодействии лекарственных средств содержит сведения о назначении, методе и функциях веб-службы, о структуре ее запросов и ответов;

- пользовательский интерфейс.

- ЦС ВЛС предназначена для автоматизации следующих основных функций:

- ведение базы знаний предметной области «Взаимодействие ЛС» в рамках ЦС ВЛС (ведение информационного обеспечения Системы);

- поиск взаимодействий ЛС. Функция поиска взаимодействий ЛС является ключевой и наиболее сложной функцией ЦС ВЛС. Она рассмотрена более подробно;

- объяснение результатов информационного поиска;

- согласование нормативно-справочной информации (НСИ) ЦС ВЛС и медицинских информационных систем (МИС) медицинских организаций (МО) в части торговых наименований лекарственных средств, действующих веществ и продуктов питания;

- информационный обмен между ЦС ВЛС и МИС при передаче сведений о взаимодействии ЛС;

- авторизация через Единую систему идентификации, аутентификации и авторизации ЕГИСЗ (далее – ЕСИАиА);

- добавление пациентов медицинскими работниками (с возможностью добавления под псевдонимами).

Ведение базы знаний предметной области Системы реализовано в форме ручного и автоматизированного внесения необходимых данных в справочники и классификаторы ЦС ВЛС с их последующим хранением в Системе. Автоматизированное наполнение справочников может осуществляться путем их синхронизации с Реестром нормативно-справочной информации в сфере здравоохранения (Реестр НСИ) или с Государственным реестром лекарственных средств (ГРЛС), реализованной на основании технологий веб-служб и протокола SOAP через Подсистему интеграции прикладных систем ЕГИСЗ.

Приоритетная задача базы знаний Системы – служить основой для поиска результатов взаимодействий ЛС и обеспечить объяснительную составляющую функционирования экспертной системы.

Архитектура ЦС ВЛС.

Физическая реализация ЦС ВЛС. С точки зрения физической структуры ЦС ВЛС построена на базе трехуровневой клиент-серверной архитектуры, включающей веб-клиент (веб-браузер), сервер приложений и сервер базы данных.

Логическое строение ЦС ВЛС. Логическая структура информационных систем описывает компоненты системы, выделяемые в соответствии с логической однотипностью выполняемых ими функций.

В рамках ЦС ВЛС выделено 4 группы логически родственных функций. В соответствии с ними Система подразделяется на следующие подсистемы:

- подсистема управления базой знаний. В рамках данной подсистемы реализована функция ведения базы знаний;
- подсистема поиска взаимодействий ЛС. В рамках данной подсистемы реализованы следующие функции:
 - поиск взаимодействий ЛС;
 - объяснение результатов информационного поиска;
- подсистема интеграции. В рамках данной подсистемы реализованы следующие функции:
 - согласование НСИ ЦС ВЛС и МИС МО в части торговых наименований лекарственных средств, действующих веществ и продуктов питания;
 - информационный обмен между ЦС ВЛС и МИС при передаче сведений о взаимодействии ЛС;
- подсистема авторизации и управления личным кабинетом. В рамках данной подсистемы реализованы следующие функции:
 - авторизация через ЕСИАиА;
 - добавление пациентов медицинскими работниками.

Информационное обеспечение ЦС ВЛС.

Представлено базой знаний предметной области «Взаимодействие ЛС». В соответствии с семантикой массивов информации, хранящейся в базе знаний, логическая структура последней включает в себя базу данных и базу правил.

База данных предназначена для ведения следующих основных массивов данных:

- аптечные товары, БАДы, их торговые наименования и действующие вещества;
- продукты питания;
- источников информации о взаимодействии ЛС.

База правил предназначена для ведения следующих основных массивов данных:

- механизмы взаимодействий ЛС – массив содержит сведения о механизмах воздействия данных взаимодействующих ЛС на организм пациента;
- эффекты (результаты) взаимодействий ЛС – массив содержит сведения об изменении тех или иных свойств или эффектов ЛС в результате взаимодействия;
- условия комбинирования;
- экспертные оценки – массив содержит сведения о желательности, нежелательности или индифферентности данного взаимодействия для тех или иных заболеваний;
- рекомендации по корректировке – массив содержит сведения о желательных корректировках при указанных взаимодействиях.

Веб-служба, предоставляемая ЦС ВЛС.

Веб-служба передачи сведений о взаимодействиях ЛС реализована на основании протокола SOAP. Взаимодействие с данной веб-службой осуществляется через Подсистему интеграции прикладных систем ЕСГИЗ.

В ходе запроса о взаимодействии ЛС в ЦС ВЛС передаются следующие основные данные:

- сведения о назначаемом препарате;
- условие комбинирования;
- дни приема, а также общее количество дней лечения пациента.

В качестве ответа из ЦС ВЛС передаются следующие сведения:

- перечень найденных взаимодействий;
- компоненты найденных взаимодействий;
- условие комбинирования;
- эффект взаимодействия;
- механизм взаимодействия;
- список библиографических описаний результата, ссылки на первоисточники.

Марков, Д. С. Инновационный менеджмент в ходе непрерывного медицинского образования врачей – организаторов здравоохранения Московской области [Текст] / Д. С. Марков, А. Н. Гуров // ГлавВрач. – 2014. – № 6. – С. 43-49.

Приказом министра здравоохранения Российской Федерации от 11 ноября 2013 г. № 837 и протоколом заседания Координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России (далее – Координационный совет) от 12 декабря 2013 г. № 5 ГБУЗ «Московский областной научно-исследовательский клинический институт (МОНКИ) им. М. Ф. Владимирского» определен в качестве пилотного для отработки модели основных принципов непрерывного медицинского образования (далее – НМО) по организации здравоохранения и общественному здоровью.

МОНКИ – единственный в стране многопрофильный научно-исследовательский клинический институт с коечным фондом 1105 коек, в котором имеется свой факультет усовершенствования врачей (ФУВ) с 30 кафедрами и курсами, среди которых есть кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья (ОЗиОЗ). На ФУВ МОНКИ ежегодно обучаются и повышают свою квалификацию до 5000 врачей.

Комплектование кафедры ОЗиОЗ слушателями осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 03.08.2012 № 66 н «Об утверждении порядка и сроков совершенствования медицинскими и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях». Обучение на кафедре ОЗиОЗ осуществляется в группах профессиональной переподготовки, сертификационного и тематического усовершенствования по типовым программам, которые согласуются с теми, которые используются на соответствующих кафедрах для аналогичных групп в РМАПО, ПМГМУ им. И. М. Сеченова и других медицинских вузах РФ. За последние 10 лет обучение на кафедре ОЗиОЗ ФУВ МОНКИ прошли более 2000 врачей – организаторов здравоохранения.

Под инновационным менеджментом в здравоохранении понимается внедрение современных научных принципов управления здравоохранением по целенаправленному преобразованию организационных структур здравоохранения на основе экономического, правового, психологического, информационно-аналитического механизма деятельности сотрудников и органов управления здравоохранением, направленного на повышение эффективности использования ресурсов медицинских организаций и наибольшего удовлетворения потребности населения в качественной медицинской помощи.

Под инновационными технологиями в обучении менеджменту организаторов здравоохранения в системе НМО понимаются внедрение новых форм, способов и умений в сфере обучения, образования и науки, которые пока еще не получили массового, т. е. серийного распространения.

В процессе обучения в качестве инновационных технологий на кафедре ОЗиОЗ используются: дистанционное обучение по отдельным разделам программ за счет внедрения телемедицины и электронных учебных материалов по основным модулям учебных программ, информационных программных комплексов, используемых на практических занятиях по темам ролевых (деловых) игр, и применение симуляторов для организаторов здравоохранения, обучающихся на кафедре.

Дистанционное обучение для отдельных групп слушателей использовалось и раньше как дополнение к традиционным формам обучения для разбора деловых игр, консультации слушателей по темам и проведения семинарских занятий. В МОНКИ на базе медицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ) имеется свой телемедицинский центр, который позволяет связаться с 12 медицинскими округами Московской области (МО), объединяющими все муниципальные образования МО, где имеются соответствующие телемедицинские кабинеты.

Под модулем в процессе обучения понимается набор подлежащих освоению умений, знаний и навыков, нацеленных на подготовку и переподготовку организаторов здравоохранения, обладающих (или не обладающих) определенным уровнем профессионального опыта и составленных в форме специализированных деловых игр. Необходимым элементом модульного обучения на кафедре является рейтинговая система оценки знаний, предполагающая балльную оценку успеваемости обучающихся по результатам изучения каждого модуля.

Основными модулями учебной программы «Инновационный менеджмент в здравоохранении» являются:

- стратегическое планирование и прогнозирование, технологии принятия управленческих решений (бизнес-планирование, SWOT-анализ) – экономические отношения в системе здравоохранения;
- правовое и законодательное обеспечение потребностей населения в сфере охраны здоровья и работы медицинских организаций;
- психология и этика менеджмента, управление мотивацией и стимулирование персонала;
- организация медицинской помощи населению – взрослым и детям.

В качестве информационных систем используются: региональный сегмент единой государственной информационной системы здравоохранения; комплексная информационно-аналитическая система управления медицинской организацией, которая включает сегменты (поликлиника, больница, документооборот МО, клиническая лаборатория, диетическое питание, управление организацией закупок и материально-техническим обеспечением), программа модернизации здравоохранения, анализ деятельности МО и формирование отчетности, обеспечение информационной безопасности и др.; нормативно-справочная информационная система управления здравоохранением субъекта и муниципального образования на основе современных геоинформационных систем.

Наряду с приобретаемыми программными продуктами специалистами кафедры самостоятельно разработано 9 информационных систем по актуальным вопросам организации медицинской деятельности, на которые получены свидетельства в Патентном ведомстве Российской Федерации и два диплома в рамках конкурса, проводимого Минздравом России, как лучшая информационная система 2011 и 2012 гг.

Минздрав предлагает дополнить ФЗ-323 статьей «Инновационная медицинская помощь» [Текст] // Здравоохранение: развитие, управление, инновации. – 2014. – № 6. – С. 8.

Минздрав России вынес на общественное обсуждение проект ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Законопроектом предлагается внесение изменений в ФЗ-323 в целях обеспечения финансирования федеральных медучреждений, находящихся в ведении федеральных органов исполнительной власти и государственных академий наук, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь.

В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденной постановлением Правительства РФ от 18 октября 2013 года № 932, с 1 января 2015 года финансовое обеспечение оказания ВМП в медорганизациях, в том числе подведомственных федеральным органам исполнительной власти и государственным академиям наук, осуществляется за счет средств ОМС.

В пояснительной записке к проекту закона сказано, что медицинская помощь в федеральных государственных учреждениях системы Минздрава России осуществляется с применением эксклюзивных медицинских технологий – это так называемый четвертый, федеральный, уровень оказания медицинской помощи, говорится в пояснительной записке к проекту закона. Такой вид медицинской помощи основан на новейших достижениях медицинской науки и смежных отраслей науки и техники и, помимо собственно медицинской помощи, включает в себя разработку новых сложных и (или) уникальных методов диагностики, лечения и реабилитации, в том числе с использованием технологий персонализированной

медицины, проведение их клинических исследований и экспертизы, а также трансляцию разработанных методов диагностики, лечения и реабилитации в практическое здравоохранение.

Статус федеральных клинических исследовательских учреждений предполагает возможность решения ими взаимоувязанных задач: проведение клинических трансляционных исследований в интересах инновационного развития здравоохранения, подготовку научно-педагогических и врачебных кадров высшей квалификации, реализацию уникальных видов медицинской помощи и внедрение их в практику здравоохранения.

Однако Ф3-323 не предусматривает такие виды деятельности федеральных медицинских и научно-клинических учреждений, как разработка и применение новых сложных или уникальных методов профилактики, диагностики, лечения заболеваний и реабилитации пациентов, трансляция их в практическое здравоохранение.

Разработчики документа предлагают дополнить Ф3-323 новой статьей «Инновационная медицинская помощь».

По мнению авторов законопроекта, введение такой статьи позволит упорядочить систему разработки, последующего применения в рамках трансляционных исследований и медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, а также внедрения новых методов профилактики, диагностики, лечения заболеваний и реабилитации пациентов.

Новая редакция госпрограммы развития здравоохранения [Текст] // Ремедиум Приволжья. – 2014. – № 4. – С. 3.

В статье рассказывается о том, что премьер-министр РФ Дмитрий Медведев утвердил государственную программу развития здравоохранения, которая определяет развитие здравоохранения в России до 2020 года и реализуется в два этапа: первый этап (2013-2015 гг.) – структурные преобразования; второй этап (2016-2020 гг.) – развитие инновационного потенциала в здравоохранении.

На реализацию программы планируется выделить из бюджетов всех уровней 26 620,8 млрд. рублей, в том числе из федеральных средств 2451,2 млрд. рублей, бюджетов регионов – 11 079,4 млрд. рублей, средств фонда ОМС – 13 090,2 млрд. рублей. Однако финансирование госпрограммы будет уточняться при составлении проектов бюджетов на соответствующий год и плановый период.

Согласно представленному документу, к 2020 году общая смертность должна снизиться до 11,4 случая на 1 тыс. населения, младенческая смертность при этом должна составлять не более 6,4 случая на 1 тыс. родившихся живыми. Что касается смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, то Минздрав планирует сократить этот показатель до 10 случаев на 100 тыс. человек. Смертность от новообразований (в том числе злокачественных) к 2020 году не должна превышать 190 случаев, а от туберкулеза – 11,2 (заболеваемость туберкулезом должна упасть до 35 случаев на 100 тыс. населения).

Еще одним критерием эффективности реализации государственной программы является снижение потребления алкогольной продукции до 10 литров абсолютного алкоголя на душу населения и распространенности потребления табака среди взрослого населения до 25%, среди детей и подростков – до 15%.

По результатам реализации госпрограммы, рассчитывают чиновники, средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении увеличится до 74,3%. Сейчас, по данным Минздрава, россияне живут в среднем 70,8 года.

К 2018 году планируется увеличение зарплаты медицинских работников с высшим образованием до 200% от средней заработной платы в соответствующем регионе. Зарплата среднего и младшего медицинского (фармацевтического) персонала вырастет до 100%.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Лет до ста расти... зубам [Текст] // Медицинская газета. – 2014. – 27 июня (№ 46). – С. 14.

Британские исследователи утверждают, что разработанная ими технология позволит человеческому зубу самостоятельно восстанавливаться, благодаря чему можно будет навсегда забыть звук бормашины.

Исследователи из Университета Кингс-колледж в Лондоне полагают, что зубную эмаль можно восстанавливать путём введения в неё минералов под воздействием слабого электрического тока. Таким образом, учёные надеются избавить человечество от необходимости использования бормашины, уколов с анальгетиками и пломб.

Ожидается, что первые результаты новой технологии будут получены в течение 3 лет. Такие минералы, как кальций и фосфаты, проникают в зубную эмаль и выводятся из неё естественным образом.

Метод, предлагаемый исследовательской группой Кингс-колледжа, включает в себя два этапа. Сначала готовится «минеральный коктейль», который затем с помощью слабого заряда электричества вводится глубоко в зуб. По словам исследователей, «электрически ускоренная и улучшенная реминерализация» может укрепить зуб и уменьшить кариес.

Исследователи из того же лондонского Кингс-колледжа взяли клетки десны взрослых пациентов и ввели их в зародышевую соединительную ткань мышей. Полученная комбинация клеток была впоследствии пересажена лабораторным грызунам, благополучно прижившись в их челюстях. В результате у мыши вырос «гибридный» мышино-человеческий зуб.

В другой работе учёные использовали эмбриональные стволовые клетки для создания так называемых биоимплантов и доказали, что их можно создать, но это дорого и непрактично в клинических условиях.

Эпителиальные клетки десны человека, выращенные в лабораторных условиях, были введены в мезенхимные клетки (зародышевую соединительную ткань) мышей, которые, в свою очередь, способствовали росту эпителиальных клеток и превращения их в полноценные зубы. Полученная комбинация клеток была пересажена мышам, у которых выросли зубы с жизнеспособным корнем.

Ранее уже было доказано, что составляющие клеточной ткани, пересаженные в челюсть человека, могут развиваться и превращаться в полноценные зубы. Следующим шагом учёные называют поиск лёгкого и доступного способа получения зародышевых соединительных тканей человека и выращивание их в достаточном количестве для последующего использования в клинических условиях.

Он надеется на то, что в один прекрасный день эта технология придёт на замену нынешним зубным имплантатам, которые, понятно, не могут восстановить естественную структуру корня зуба, а трение в процессе еды и другие движения челюсти могут приводить к стиранию кости вокруг имплантата. Новая технология может стать реальностью через 10-15 лет.

Блиев, Ю. 3D-камера на носу [Текст] / Ю. Блиев // Медицинская газета. – 2014. – 20 июня (№ 44). – С. 14.

Учёные Оксфордского университета заявили Би-би-си, что им удалось совершить прорыв в науке с помощью изобретения «умных очков» для людей с особенно слабым зрением. Линзы очков позволяют увидеть увеличенное изображение находящихся рядом людей и предметов и дают человеку возможность острее ощущать окружающий мир.

Королевский национальный институт слепых назвал такое изобретение чрезвычайно важным. В Британии 2 млн. человек страдают от глазных болезней, которые сильно затрудняют их повседневную жизнь. В помощь им оксфордские специалисты разработали очки, оборудованные специальной 3D-камерой.

Обработанные на компьютере изображения сразу проектируются на линзы очков, и человек может чётко видеть окружающие предметы. По словам руководителя проекта доктора Стивена Хикса, очки уже готовы к использованию в бытовых условиях.

Пока устройство довольно объёмно, очки подключаются проводом к ноутбуку, который человек носит в рюкзаке. Однако учёные уверены, что со временем оно примет размер нормальных очков, которые можно будет купить по цене обычного мобильного телефона.

В ближайшее время будет выпущена партия из 100 таких устройств, предназначенных для повседневного использования слепыми и слабовидящими людьми. Если продажи будут успешными, в течение 2 лет будут подготовлены новые партии очков.

А вот оптикам США удалось разработать контактные линзы, которые в паре с обычными очками могут создавать телескопический эффект. Эта комбинация способна обеспечить увеличение в 2,8 раза. Поляризующие фильтры в очках позволяют переключаться между нормальным и телескопическими режимами.

Эта система была разработана с целью помощи людям, страдающим возрастным ослаблением зрения или макулодистрофией. Новые контактные линзы имеют центральную область, которая свободно пропускает свет и используется для нормального видения.

В настоящее время пациенты, страдающие макулодистрофией, должны либо носить массивные очки с телескопическими линзами, либо делать сложную и дорогостоящую операцию по пересадке в глаза телескопических линз.

Телескопический элемент расположен в кольце вокруг этой центральной области. Крошечные алюминиевые зеркала с нанесённой на их поверхность рефракционной насечкой выполняют роль увеличительного стекла, отражая свет четыре раза внутри кольца, прежде чем направить его на сетчатку.

Исследователи во главе с Джозефом Фордом из Университета Сан-Диего в США и Эриком Тремблеем адаптировали очки, производимые компанией Samsung для своих стереотелевизоров. При обычном использовании такие очки создают трёхмерный эффект изображения путём попеременной фильтрации левой или правой линзы. Прототип контактных линз, разработанный группой исследователей, имеет диаметр 8 мм, толщину 1 мм в центре и 1,17 мм в районе увеличительного кольца.

Ягодина, М. ЭКГ по телефону [Текст] / М. Ягодина // Медицинская газета. – 2014. – 11 июня (№ 42). – С. 4.

Электрокардиограммы 300 тыс. жителей Челябинска и 40 тыс. жителей области теперь хранятся в ЭКГ-банке. Он также охватывает 90% пациентов областного центра, находящихся на диспансерном учёте у кардиолога.

Социально значимый проект «ЭКГ по телефону» успешно функционирует в 43 отдалённых районах Южного Урала. За 2 года работы более 120 тыс. жителей региона прошли электрокардиографическое исследование.

Единый консультативно-диагностический центр функциональной диагностики (или call-центр) открыт на базе ОКБ № 3 в Челябинске. В круглосуточном режиме кардиологи больницы принимают информацию от фельдшеров и врачей медучреждений области: в сутки может поступать до 450 ЭКГ, при этом одновременно – до 5 электрокардиограмм.

Благодаря этому у врачей появилась возможность динамического наблюдения за пациентами, проживающих в отдалённых населённых пунктах, в том числе перенёвших операции на сердце. В результате человек получает своевременную медицинскую помощь.

Актуальность и преимущества передачи ЭКГ при помощи портативных аппаратов и телефонной связи очевидны. За весь период работы центра функциональной диагностики врачами было рекомендовано более 5,5 тыс. госпитализаций, выявлено почти 2,5 тыс. острых инфарктов миокарда и острой ишемии миокарда, зарегистрировано более 2,5 тыс. нарушений ритма, требующих оказания экстренной медицинской помощи. Система телефонной компьютерной электрокардиографии способствует повышению качества специализированной экстренной и плановой кардиологической помощи сельскому и городскому населению.

В южноуральских поликлиниках реализована возможность распечатки ЭКГ через удалённые терминалы, работающие в режиме on-line с центральным сервером. Это позволило приблизить первичную специализированную кардиологическую помощь к пациенту и отказаться

от вызова бригад скорой помощи для снятия ЭКГ на дому, также снизить количество необоснованных госпитализаций в стационары.

Участковым врачам поликлиник и амбулаторий, фельдшерам фельдшерско-акушерских пунктов, бригадам скорой медицинской помощи, приёмным покоям в центральных районных больницах было выдано более 1700 электрокардиографических передатчиков, порядка 100 из которых оснащены передачей электрокардиограммы по GPRS. В области около 2,5 тыс. медицинских сотрудников прошли обучение по работе с системой передачи ЭКГ, – говорит руководитель Единого консультативно-диагностического центра функциональной диагностики ОКБ № 3 Владимир Мыльников. Сейчас появилась возможность в режиме on-line не только получать описание электрокардиограммы, но и проводить консилиум с несколькими врачами.

Хроническим больным Москвы начнут рассылать СМС с напоминанием о принятии лекарства [Текст] // Здравоохранение: развитие, управление, инновации. – 2014. – № 6. – С. 51.

В поликлиниках Москвы будет установлена компьютерная программа, которая свяжет врачей и пациентов отдельным каналом связи, пишут «Известия». При этом имеются в виду те пациенты, которым требуется постоянное врачебное наблюдение.

Елена Новикова, пресс-секретарь департамента информационных технологий, говорит, что это хронические больные, не успевающие вовремя сдавать анализы, проходить обследования и принимать лекарственные препараты. Единая медицинская информационно-аналитическая система Москвы даст возможность врачам составлять списки таких больных. Затем всем им будут рассылаться СМС-сообщения с напоминанием о процедуре или принятии лекарства. Кроме СМСок предусмотрена отправка электронного письма или звонка на мобильный телефон.

Врач начнет устанавливать со своими пациентами персональные взаимоотношения. Он сможет приглашать пациента на очередное обследование, устроив ему, к примеру, сеанс видеоконференции. Это поможет увеличить уровень доверия к врачам со стороны пациентов.

Володарский, Д. Новые горизонты IT-инноваций [Текст] / Д. Володарский // Медицинская газета. – 2014. – 25 июня (№ 45). – С. 12.

В Москве состоялся первый всероссийский форум «Приоритеты 2014: информатизация образования и здравоохранения в России».

IT-технологии в области медицины обладают рядом преимуществ: возможность трансляции уникальных методов диагностики и операций в ходе телелекций, интерактивность телеобучения и возможность организации учебного процесса, что называется, «на месте», то есть без отрыва от основного места работы, а также комбинирования лекций и клинических дискуссий.

Использование телемедицинских технологий в дистанционном образовании – колоссальное преимущество. С их помощью можно добиться существенной экономии бюджета медучреждений и организовать чтение лекций для нескольких регионов сразу, отметил на открытии мероприятия заведующий кафедрой телемедицины Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова Валерий Столяр.

Основной целью форума послужила организация открытого диалога между разработчиками IT- и телеком- решений и профессиональным отраслевым сообществом, а также создание банка идей для практического применения образовательными и медицинскими учреждениями.

Информатизация здравоохранения – одна из составляющих успеха этой отрасли во всём мире, – уверена Татьяна Зарубина, заведующая кафедрой медицинской кибернетики и информатики Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова. В своём докладе она сделала обзор мировых стандартов и стратегий в области «электронного здравоохранения». По оценке Т. Зарубиной, все направления системы здравоохранения нуждаются в переходе на новый информационно-технологический уровень. –

Сочетание распределённых баз данных на основе привязки всей информации к конкретной персоне по фамилии и идентификатору в течении жизни с возможностью дистанционных интерактивных консультаций с пациентами определённо развяжет руки как врачам, так и пациентам, – добавила она.

В докладах выступавших особо были отмечены особенности дистанционного обучения в системе непрерывного образования.

В ближайшее десятилетие модель организации вузов будет вынуждена существенно измениться под давлением внешних обстоятельств, обусловленных прежде всего сдвигом технологической парадигмы и освоением новых возможностей глобальными лидерами образовательного рынка. При этом переходным этапом станет период с 2017 по 2025 г., когда глобальные правила получают распространение и в России, – уверена Наталья Тихомирова, ректор Московского государственного университета экономики, статистики и информатики.

Участники конференции активно обменялись опытом эффективного применения информационных технологий в образовательных учреждениях, подробно рассмотрели практические аспекты применения инновационных технологий в здравоохранении.

Абашкина, Е. Лекарство от СПИДа? [Текст] / Е. Абашкина // Аргументы и факты. — 2014. – № 27 (2-8 июля). – С. 20.

В семи городах России пройдут исследования новой вакцины против ВИЧ-инфекции. Участником проекта стал и тольяттинский СПИД-центр.

По словам тольяттинских медиков, «ДНК-4» стала первой вакциной, разработанной российскими учёными, которая достигла второй фазы клинических исследований. Первая фаза выясняет, насколько препарат безопасен для здоровья человека, вторая проверяет его терапевтический эффект. Сможет ли вакцина остановить развитие вируса, исследователи узнают с помощью 60 добровольцев, среди которых окажутся и пациенты Тольяттинского центра по профилактике и борьбе со СПИД.

Разработчики предполагают, что новая вакцина позволит подавить размножение вирусов иммунодефицита человека (ВИЧ). Тогда человек, даже заражённый ВИЧ-инфекцией, сможет вести полноценную жизнь. Специалисты поясняют, что инфекция развивается, если количество вирусов в организме превышает определённый уровень. Вирусная нагрузка вырастает, иммунитет разрушается, и человек заболевает.

По словам руководителя городского центра по профилактике и борьбе со СПИД Оксаны Черновой, «вакцина должна простимулировать выработку клеточного иммунитета, который сможет распознавать клетки, заражённые вирусом, и препятствовать его размножению. Вакцина будет эффективна.

Нужно ли для достижения эффекта принимать вакцину постоянно или будет достаточно однократного применения, покажут исследования. Пока же врачи рассчитывают, что новый препарат позволит не только больным ВИЧ-инфекцией/СПИДом жить полноценной жизнью, но будет служить профилактикой и для здоровых людей.

Уже сегодня существуют лекарства, которые при постоянном приёме позволяют больным ВИЧ-инфекцией жить так же долго, как и здоровые люди. Единственный, но весомый нюанс их применения – побочные эффекты, которые даёт практически любой препарат. Современная схема лечения ВИЧ-инфицированных включает по меньшей мере три препарата, каждый из которых подбирается индивидуально. Конечно, как и любой препарат, они дают побочные эффекты. В этом случае больному подбирают другой препарат.

Беркут, Б. Роботы-хирурги завоёвывают пространство [Текст] / Б. Беркут // Медицинская газета. – 2014. – 27 июня (№ 46). – С. 11.

В статье рассказывается о том, что в Москве прошёл круглый стол по теме «Роботы-хирурги – перспектива российской медицины».

С помощью робота хирургу удаётся оперировать в микроскопических масштабах. Так, например, при операциях на предстательной железе с помощью этих установок гарантия сохранения эректильной функции повышается на 85% в сравнении с открытыми операциями. Колоссальный социальный эффект налицо.

Нужно отметить, что роботхирургия представляет собой инновационное направление современной медицины. Эти системы чаще всего применяют в урологии. 95% вмешательств, производимых в США на предстательной железе, – роботические. Кроме того, эти установки широко используются в гинекологии, проктологии, оториноларингологии и общей хирургии. Нам нельзя отставать от Запада по этим показателям, – уверен доцент кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологического университета Александр Говоров.

В ходе мероприятия были показаны видеоматериалы, демонстрирующие операцию в исполнении робота по удалению предстательной железы в связи со злокачественным новообразованием.

Робототехника – огромный прорыв в медицине. Нужно приложить немало усилий для внедрения этой технологии в нашей стране.

Лишук, О. Оценка медицинских технологий в национальном здравоохранении – мнение ВОЗ [Текст] / О. Лишук // Ремедиум Приволжья. – 2014. – № 4. – С. 7-8.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает оценку медицинских технологий (ОМТ) как важный инструмент для поддержания базовых функций системы здравоохранения и обеспечения ее эффективности.

По мнению экспертов ВОЗ, ОМТ является одной из трех сопряженных функций, обеспечивающих должное внедрение и применение медицинских технологий. Двумя другими являются регулирование (РМТ) и менеджмент (ММТ).

РМТ представляет собой набор законодательных и юридических действий, необходимых для лицензированного применения любой медтехнологии, в то время как ОМТ в целом решает более сложные задачи.

ММТ определяет, каким образом конкретная технология используется в определенном медицинском учреждении, какие результаты это приносит и как это использование меняется со временем. Ранее специалисты по ОМТ и ММТ практически не взаимодействовали друг с другом. Однако резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения по медицинским технологиям от 2007 г. призывает страны-участницы «разработать при необходимости национальные стратегии и планы по созданию систем оценки, планирования, закупок и управления в отношении технологий здравоохранения, и в частности устройств медицинского назначения, в сотрудничестве с персоналом, занимающимся вопросами оценки технологий здравоохранения и биомедицинской техники».

Согласно позиции ВОЗ, поддержка тесного взаимодействия между ОМТ и ММТ является одним из ключевых факторов успешного развития национальных законодательств и правил в области медицинских технологий.

РМТ, ОМТ и ММТ представляют собой систему четких действий, направленных на обеспечение наилучшего использования технологии и, как следствие, на достижение наивысшего уровня медицинской помощи и общественного здоровья. Они должны быть взаимосвязаны, но при этом разграничены, поскольку масштабы охвата и конкретные цели, определяющие временные затраты, комплекс работ и необходимые ресурсы у них абсолютно различны.

Так, если на государственном уровне ОМТ и РМТ связаны слишком тесно, ОМТ будет использоваться очень поверхностно, что станет препятствием для принятия официальных решений, основанных на должном уровне доказательности. Кроме того, чрезмерно жесткое РМТ может оградить инновационные технологии от поддержки ОМТ.

Поскольку ОМТ нацелена на процессы принятия политических решений, она требует максимальной интеграции с руководством систем здравоохранения. Разработкой стратегий укрепления этих систем в составе глобального сообщества здравоохранения занимается Канадское общество международного здоровья (CSIH). Созданная им модель укрепления систем здравоохранения подчеркивает важность принятия решений на доказательной основе как на

уровне политики и планирования, так и на уровне отдельных управлений и учреждений здравоохранения.

Результаты внедрения ОМТ:

- ОМТ переносит глобальную медицинскую информацию в контекст различных элементов конкретной системы здравоохранения, таких как набор ресурсов и условия функционирования;
- ОМТ поддерживает прозрачность процесса принятия решений, что подразумевает участие в нем всех заинтересованных сторон, в т. ч. населения;
- ОМТ, основанная на равенстве и реальных потребностях, обеспечивает принятие решений, отвечающих принципам равного доступа к медицинским услугам и подотчетности в целом.

Принятие решений зависит от типа конкретной системы здравоохранения. К примеру, если она устроена по региональному принципу, как в России, то результаты ОМТ могут и должны быть использованы не только на национальном, но и на местном уровне. Поэтому для максимизации положительного влияния ОМТ на общественное здоровье при ее проведении необходимо учитывать специфику национальной системы здравоохранения.

Организации, занимающиеся ОМТ, появляются в ответ на потребность в формальной организации структурирования и анализа данных по различным аспектам медицинских технологий. Как правило, они создаются на национальном уровне с четкой целью, для реализации которой их обеспечивают финансированием и другими ресурсами. Основные работы по ОМТ в экономически развитых странах, так или иначе, связаны с организациями, большинство из которых являются членами некоммерческой Международной сети агентств по ОМТ (ИНАНТА). Все ее члены также являются некоммерческими структурами и связаны с местными правительствами. Тем не менее, существуют и коммерческие организации по ОМТ.

В последние годы появились новые модели институтов ОМТ. Они создаются на базе локальных организаций – отдельных учреждений и управлений здравоохранения, а также медицинских вузов. Как правило, результаты работы таких организаций отвечают локальным потребностям и применяются на соответствующем уровне.

Процессы ОМТ и внедрения инноваций тесно взаимосвязаны. ОМТ зародилась в ответ на технологический прорыв в виде разработки компьютерной томографии в ранние 1970-е гг. и с тех пор все сильнее влияет на жизненный цикл медицинских технологий в здравоохранении.

Цель ОМТ – способствовать внедрению в здравоохранение новых экономически эффективных технологий, предотвращая принятие сомнительных и замедляя внедрение многообещающих, но неоднозначных.

Применение результатов ОМТ на государственном уровне приводит к более прозрачному распределению страховых и иных бюджетных затрат, что не только оптимизирует здравоохранение, но и обеспечивает равный доступ жителей к медицинской помощи. При этом ОМТ должна способствовать принятию решений, касающихся не только признания технологии, но и способа ее внедрения.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Андреев, Д. В здоровом теле – здоровый дух [Текст] / Д. Андреев // Самарские известия. – 2014. – 21 июня (№ 87). – С. 3.

19 июня в областном парламенте состоялся круглый стол на тему «Физическая культура и спорт как фактор воспитания молодежи Самарской области», организованный фракцией «ЕДИНАЯ РОССИЯ» в Самарской губернской Думе. В нем приняли участие представители муниципальных районов и городских округов губернии, профильных региональных министерств и ведомств, образовательных учреждений, физкультурно-спортивных, общественных организаций.

Открыл заседание первый заместитель председателя Самарской губернской Думы Валерий Троян. Он подчеркнул, что органы власти Самарской области ведут в регионе большую работу по развитию спорта, физической культуры и здорового образа жизни. Самарская

губернская Дума во взаимодействии с правительством области разработала региональную законодательную базу в данной сфере, реализуется стратегия развития физической культуры и спорта до 2020 года. В настоящее время областной парламент работает над проектом областного закона «О физической культуре и спорте в Самарской области». Ежегодно проходят спортивные соревнования на призы областных властей.

Одна из «больных» тем – содержание и эксплуатация спортивных площадок. Построены они за счет средств областной казны, а расходы по их содержанию и эксплуатации возложены на местные бюджеты. Звучали предложения снизить налоговое бремя, размер арендной платы за спортивные объекты, которые находятся на балансе муниципалитетов. Это предложение поддержали депутаты областного законодательного собрания.

С небольшим отчетом перед собравшимися выступила заместитель министра спорта Самарской области Лидия Рогожинская. Она рассказала о программах развития физической культуры и спорта в Самарском регионе и ответила на многочисленные вопросы участников круглого стола. Был также затронут вопрос пропаганды здорового образа жизни в СМИ.

О том, какая работа проводится в студенческой среде, в деталях рассказала заведующая кафедрой физического воспитания и спорта Самарского государственного университета путей сообщения Ирина Васельцова. Она коснулась всех особенностей организации занятий физической культурой и спортом в современных условиях.

В числе рекомендаций участников круглого стола в адрес областного правительства – продолжить работу, направленную на строительство спортсооружений, а также осуществлять постоянный мониторинг за их содержанием и использованием. Особое внимание было уделено вопросам повышения оплаты труда работников муниципальных и госучреждений в сфере физической культуры и спорта. Отмечалась также необходимость образования в каждом районе и городе отдельного подразделения, курирующего вопросы развития физкультуры и спорта.

В течение всего заседания представители муниципальных образований имели возможность задать любые вопросы относительно развития физической культуры и спортивной инфраструктуры в городах и районах губернии. Все предложения, мнения, высказанные за круглым столом, будут обобщены и рассмотрены на заседании фракции «ЕДИНАЯ РОССИЯ» в Самарской губернской Думе. Это поможет найти оптимальное правовое решение для озвученных на круглом столе проблем.

Щеглов, К. Стратегия в интересах здоровья детей [Текст] / К. Щеглов // Медицинская газета. – 2014. – 18 июня (№ 43). – С. 4.

По результатам диспансеризации 14-летних подростков, которая проводилась в нашей стране 3 года назад, абсолютно здоровыми было признано чуть больше 16% детей, различные функциональные нарушения имели 54,3 %, заболевания, связанные с инвалидностью, – более 5%. «Все эти показатели – явное свидетельство неблагополучия в сфере здоровья подростков», – заявил, приведя такие цифры на заседании координационного совета при Президенте РФ по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей 2017 г., Владимир Путин.

Тем не менее глава государства отметил, что за последние годы был принят ряд мер, в результате чего увеличились объёмы высокотехнологичной медицинской помощи: в 2012 г. – в 1,3 раза, в прошлом году – в 1,5 раза по сравнению с 2011 г. Для профилактики нарушений репродуктивного и психологического здоровья подростков усилены соответствующие медицинские службы. Почти в 2 раза увеличилось количество кабинетов медико-социальной помощи. Как результат – снизился процент детей с психическими и эмоциональными расстройствами. Число подростковых суицидов уменьшилось за последние 5 лет вдвое.

По итогам же диспансеризации прошлого года среди детей 15-17 лет число абсолютно здоровых подростков увеличилось на 6%, имеющих хронические заболевания – снизилось на 5%, вновь обратился к цифрам глава государства. «Тенденции позитивные есть, безусловно, это так, заметил он, – но кардинальных перемен пока не наблюдается ведь более чем у 70% подростков есть те или иные болезни, в том числе хронические заболевания».

В. Путин подчеркнул, что многое ещё предстоит сделать в сфере диспансерного, реабилитационного, санаторно-курортного лечения подростков, организации летнего отдыха, а

также для профилактики заболеваний. Сохранение и укрепление здоровья детей – забота не только органов здравоохранения, заявил Президент РФ. «Эти вопросы требуют комплексного, межведомственного подхода и решения, причём на всех уровнях: федеральном, региональном, муниципальном, и, конечно же, востребовано участие общественных организаций, социально ориентированных структур гражданского общества», – считает он. По его мнению, все субъекты Федерации должны иметь собственные программы укрепления здоровья подростков.

Сославшись на экспертов, В. Путин заметил, что 50% всех болезней – это результат образа жизни и поведения людей. «И нам надо перестать воспринимать подростков только как нуждающихся в помощи и опеке взрослых. С юности нужно воспитывать самостоятельность и ответственность за состояние собственного здоровья», – полагает глава государства.

Несмотря на принимаемые государством усилия по охране здоровья детей подросткового возраста, уровень их заболеваемости увеличивается, за 10 лет – на 30%, отметил учёный. Он подчеркнул, что распространённость хронических болезней подростков в процессе обучения увеличивается более чем на 50%.

А. Баранов обратил внимание участников заседания, что в ходе специального исследования заболеваемости установлено: истинная заболеваемость подростков в 2 раза выше данных официальной статистики. Причины – две: низкая медицинская активность подростков и неудовлетворительная выявляемость болезней в первичном звене здравоохранения.

Ухудшение состояния здоровья подростков влияет и на такой значимый показатель, как уровень годности юношей к военной службе. Так, в 2013 г. при первоначальной постановке на воинский учёт освидетельствовано 630 тыс. юношей, заболевания выявлены у 59% освидетельствованных, около 30% признаны негодными к службе в армии.

Коренного преобразования, по мнению академика, требует школьная медицина. В наибольшей степени здоровьесберегающим требованиям отвечают условия обучения и воспитания детей в школах, содействующих укреплению здоровья, то есть в «школах здоровья». Таких в России пока около 20%.

За последние 15 лет численность подростков в России уменьшилась на 8,5 млн. человек, и число детей подросткового возраста – от 10 до 17 лет – составляет 10,7 млн. «В этой ситуации сохранение жизни и здоровья подростков приобретает для государства стратегическое значение», – заявил директор НИЦЗД. Он остановился на проблемах смертности подростков, которая у нас почти в 3 раза выше, чем в европейских странах, репродуктивного здоровья.

По мнению учёного, необходимо внедрить мультидисциплинарный подход в лечение этого контингента детей с участием врачей-педиатров, детских урологов-андрологов, гинекологов, эндокринологов, генетиков и психологов. Между тем потребность в урологах-андрологах, например, удовлетворяется не более чем на 20%, а детские гинекологи в структуре врачебных специальностей вообще отсутствуют.

Академик высказал целый ряд предложений: о программе строительства многопрофильных реабилитационных центров; о программе строительства многопрофильных реабилитационных центров инвалидов подросткового возраста, которых в стране около 300 тыс.; разработке и принятии закона об охране здоровья детей и подростков, подготовке и утверждении государственной программы на 2015–2020 гг. «Охрана здоровья подростков России» и др.

Предложения учёного, в том числе о принятии закона об охране здоровья ребёнка, В. Путин попросил прокомментировать министра здравоохранения РФ Веронику Скворцову. По его мнению, «отдельный закон не требуется, поскольку всё основное, соответственно, есть в этом законе».

Кроме того, подчеркнула В. Скворцова, специфика детства отражена в различных концепциях, в огромном количестве подзаконных актов, постановлений Правительства РФ и приказов разных ведомств. «Поэтому мы считаем, что нет необходимости в отдельном законодательном акте», – заключила министр.

Отметив, что во всём мире заболеваемость в подростковом возрасте в 1,6 раза выше, чем у взрослых, включая самые старшие возрастные группы, министр рассказала о работе по охране и укреплению здоровья детей и подростков и её результатах.

Возрождена их диспансеризация, в утверждённую в 2012 г. государственную программу по развитию здравоохранения, в 5 подпрограмм внесены специальные блоки по улучшению

состояния здоровья детей и подростков. В конце 2012 г. Минздравом России был разработан порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в образовательной системе, и в 2013 г. он в полной мере был внедрён. Разработана методическая база, позволяющая не освобождать детей от занятий физкультурой по состоянию здоровья, а внедрять разные программы физического воспитания в зависимости от состояния здоровья.

Благодаря ограничивающим и профилактическим мерам по курению подростков с 2011 г. на 4% уменьшилось среди них число курящих – до 23%. После включения в 2013 г. ограничительных мер по продаже алкогольных напитков, включая пиво, уменьшилось количество подростков, употребляющих алкоголь, на 8% с 2011 г. – с 25 до 17%. В том числе подростков, страдающих алкоголизмом, – более чем в 2 раза, с 8,5 до 3,8 на 100 тыс. населения. Общее число абортёв у девочек до 14 лет сократилось с 2011 г. на 17%, а в группе 15 и 17 лет – почти на треть, более чем на 28%. За последние годы отмечена устойчивая тенденция к снижению заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения с 2011 г. – на 4%, на 11% снизилась за 2013 г. смертность от суицидов среди подростков.

Тем не менее остаётся очень серьёзной проблемой рискованное поведение подростков; 2013 г. показал увеличение наркомании на 6,5% и на 10,4% – токсикомании. Если заболеваемость подростков социальными болезнями с 2011 г. уменьшилась (туберкулёзом – на 6%, инфекциями, передающимися половым путём, более чем на 18%), то официально зарегистрировано повышение на 4,7% заболеваемости ВИЧ-инфекцией.

Главный психиатр-нарколог Минздрава России, директор Московского научно-практического центра наркологии Евгений Брюн отчитался о работе по завершению в соответствии с поручением главы государства к 1 января 2016 г. модернизации наркологической службы страны.

На проблемах онкологических заболеваний у подростков, которые продолжают оставаться второй по частоте причиной смерти после травм и несчастных случаев, и доступности высокотехнологичной медицинской помощи остановилась заместитель директора, главный врач Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва Галина Новичкова.

Вопросам совершенствования семейного законодательства посвятила своё выступление председатель Комитета Госдумы РФ по вопросам семьи, женщин и детей Елена Мизулина. Она сообщила, что в сформированную по этому направлению концепцию включено 52 блока законодательных предложений. Они позволят внести комплекс изменений в Семейный кодекс РФ, а также ещё в 16 федеральных законов, включая Основы об охране здоровья граждан.

Евланова, В. Благами нужно уметь пользоваться. Компьютерные технологии – серьёзный риск для здоровья [Текст] / В. Евланова // Медицинская газета. – 2014. – 4 июня (№ 40). – С. 1, 4.

В статье рассказывается о проходившем в Санкт-Петербурге IV Всероссийском конгрессе по школьной и университетской медицине по теме «Охрана здоровья и безопасность жизнедеятельности детей и подростков. Актуальные проблемы, тактика и стратегия действий». Конгресс проходил на базе одного из крупнейших образовательных учреждений, выпускающего специалистов профилактического направления, – Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова.

Современные дети, как отметила начальник отдела организации медицинской помощи матерям и детям Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга профессор Светлана Рычкова, практически не гуляют на свежем воздухе, часами просиживают за компьютером и телевизором, неправильно питаются, недосыпают. По словам проректора медико-профилактического факультета, заведующего кафедрой профилактической медицины СЗГМУ профессора Александра Мельцера, уровень патологической поражённости велик даже в дошкольном возрасте. Функциональные изменения, имеющиеся у дошколят, в старших классах возрастают более чем в два раза. Значимой причиной ухудшения состояния здоровья школьников, по мнению А. Мельцера, является недостаточная адекватность современной системы обучения.

А профессор Леонид Чичерин из Национального НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко выразился ещё более красноречиво: «Школа уродует детей». К её окончанию 70%

выпускников имеют хронические заболевания. В предыдущем законе «Об образовании» (ст. 51) значилось: «Учебная нагрузка, режим занятий определяются уставом образовательного учреждения на основе рекомендаций, согласованных с органами здравоохранения». Из нового закона слова, касающиеся согласования с органами здравоохранения, исчезли. Это позволяет школе действовать по своему усмотрению, зачастую в погоне за знаниями забывая о состоянии ребёнка и его возможностях.

Сегодня образовательная деятельность потенциально опасна для здоровья детей, считает директор НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей, председатель Всероссийского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья, член-корреспондент РАН Владислав Кучма. Однако острый дефицит медицинских кадров в образовательных учреждениях ограничивает доступ обучающихся к профилактической помощи. Материально-техническая база отделений не соответствует современным требованиям профилактической медицины.

Круг обсуждаемых на конгрессе вопросов был достаточно широк: особенности формирования здоровья детей в современных условиях, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия образовательных учреждений, обучение школьников здоровому образу жизни, основам безопасности жизнедеятельности и оказанию первой медицинской помощи, охрана психического и репродуктивного здоровья, проблемы питания, двигательной активности детей, гигиенической экспертизы предметов детского обихода, профессиональной ориентации и др. Гигиенисты, педагогические работники не только из России, но и из Белоруссии, Финляндии, других стран демонстрировали результаты исследований, делились практическим опытом. По мнению участников на нём впервые широко и остро были поставлены проблемы гигиенической безопасности цифровой среды для детей и подростков, использования информационно-коммуникационных технологий в образовательном процессе. В России на сегодняшний день более 10 млн. детей в возрасте до 14 лет активно пользуется Интернетом. Рынок сотовой связи развивается столь же стремительно: более 90% детей имеют собственные мобильные телефоны, а среди подростков цифра превышает 98% (для сравнения: в Германии только 35% детей 6-10 лет имеют мобильные телефоны, а у нас – 83%).

Современный школьник хорошо технически оснащён и при этом практически безоружен перед влиянием этих средств на его здоровье.

Как отметил Владислав Кучма, сегодня дети даже дошкольного возраста проводят продолжительное время за компьютером. Обязательное освоение информационных технологий предусмотрено с первых дней обучения ребёнка. Более того, новые образовательные стандарты предполагают самое широкое их использование. Обсуждается переход на электронные учебники. Система образования ставит перед собой задачу модернизации обучения, ориентируясь на удовлетворение потребностей поколения Z, для которого, по выражению В. Кучмы, современные компьютерные технологии – такая же банальная вещь, как в недавнем прошлом для нас была шариковая ручка. Внедрение информационно-компьютерных технологий (ИКТ) в систему общего образования позволяет индивидуализировать обучение, способствует повышению мотивации, познавательной активности.

Компьютерные средства обучения, обладая явными преимуществами перед традиционными, несут немалые риски для здоровья. Есть данные, что их использование приводит к развитию и накоплению как общего утомления, так и переутомления отдельных систем организма обучающихся (зрительного анализатора, костно-мышечной системы). У современных школьников отмечается рост функциональных отклонений и заболеваний костно-мышечной, сердечно-сосудистой систем, нейропсихической сферы. Увеличивается число ребят с высокой степенью невротизации. Дети, часами просиживающие в Интернете, составляют группу риска по развитию у них новой компьютерной аддикции – интернет-зависимости, которая чрезвычайно устойчива к психотерапевтическим воздействиям. Большое количество юных пользователей компьютеров, у которых время занятий за экраном превышает 4 часа, определяют группу риска по развитию информационной зависимости. Установлено, что в крупных городах ею страдает 10% школьников-подростков.

Между тем компьютерная занятость учащихся более 2 часов в сутки неуклонно возрастает. Уже в первом классе 44% ребятшек погружаются в Интернет, а среди старшеклассников – почти 90%.

Это меняет образ жизни детей. В ночное время за монитором работает каждый десятый 9-классник, оставляя на сон менее 6 часов в сутки. Компьютер вытесняет традиционную, в том

числе и коллективную игру со сверстниками, столь необходимую для психического развития и личностного становления ребёнка.

Использование современных информационно-коммуникационных технологий приводит к возрастанию гипокинезии, что в сочетании с нерациональным и нездоровым питанием является мощным фактором увеличения массы тела. На сегодняшний день до 20% подростков имеют избыточный вес.

Интегрирование в учебный процесс различных интернет-ресурсов повлекло за собой необходимость использования в школьных помещениях системы Wi-Fi. Она к электромагнитным полям, характерным для компьютеров, добавила СВЧ-излучение. Участники конгресса с беспокойством отмечали: электромагнитные поля радиочастотного диапазона являются новым, постоянно действующим физическим фактором внутришкольной среды. Однако при его гигиенической оценке используются нормативы, установленные для взрослых, без учёта морфофункциональных особенностей растущего организма.

Во многих городах страны проводятся эксперименты по переходу на электронные учебники. Между тем есть принципиальная разница между шрифтом на бумаге и на экране ридера. По мнению гигиенистов, электронные учебники – визуально-агрессивная среда для детей, нуждающаяся в регламентации и выработке рекомендаций по использованию.

По данным исследований, 88% этих устройств имеют нарушения допустимых параметров яркости страниц, шрифтового оформления информации. Они не учитывают астенопические последствия зрительного восприятия детей и способствуют выраженному развитию и кумуляции зрительного и общего утомления, причём у учащихся младших классов почти в 100% случаев. Распространённая среди населения точка зрения, что ридеры – это электронная бумага, которая практически не отличается от обычной, не верна. Исследования показали, что они далеко небезобидны.

Помимо ридеров, в арсенал технических средств, используемых в обучении, входят ноутбуки, планшеты и многое другое. Как сказала доктор медицинских наук Марина Степанова, в школах может не быть тёплых туалетов, но компьютеры есть. Сегодня практически обязательным техническим средством стала и интерактивная доска – новый визуальный образовательный ресурс, позволяющий повысить учебную активность детей и сделать уроки более привлекательными.

Исследования, выполненные в НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД, позволили сформулировать гигиенические требования к электронным устройствам. Они прописаны в соответствующем техническом регламенте. Но техника постоянно развивается, модернизируется. Темп обновления электронных средств, используемых в учебном процессе, настолько стремителен, что это требует постоянного мониторинга, оценки их влияния и обоснования безопасности использования.

Важным инструментом в профилактике негативных последствий должна быть регламентация применения компьютерной техники в учебном процессе. Следует не запретить, но высказать рекомендации относительно продолжительности занятий с использованием ИКТ в зависимости от возраста, состояния здоровья, содержания занятий.

По мнению участников конгресса, необходимо создание в рамках Отделения медицинских наук РАН экспертного совета по медицинским проблемам безопасности цифровой среды для детей и подростков. Допускать к использованию в образовательных организациях новые информационно-компьютерные технологии можно только при наличии заключения об их безвредности и обоснованных рекомендациях по применению. И конечно, необходимо совершенствовать Госсанэпиднадзор за ИКТ.

Нужно повышать компетентность педагогов в сфере безопасности ИКТ и, конечно, пропагандировать среди детей и их родителей культуру безопасного использования информационно-компьютерных технологий.

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>