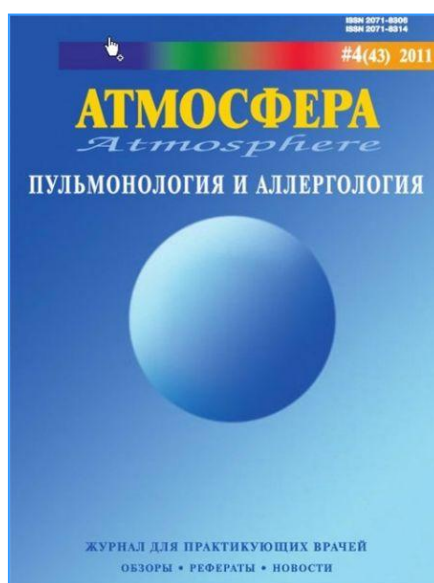
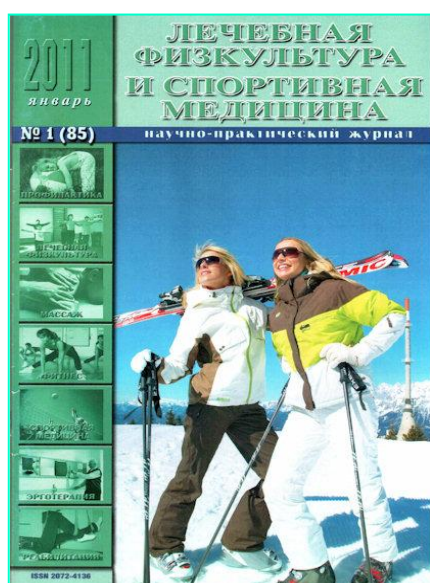




Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№11 (ноябрь), 2014



СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	16
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	20

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Волгина, И. Альберт Навасардян: инновациям нужны инвестиции [Текст]: [интервью] // Медицинский вестник. – 2014. – 31 окт. (№ 30). – С. 4.

В настоящее время в Самарской области на изучении, структурировании и сопровождении находятся около 30 проектов государственно-частного партнерства с планируемым объемом финансирования порядка 4 млрд. рублей. Статья посвящена развитию ГЧП в здравоохранении Самарской области

Государственно-частное партнерство – это способ привлечения инвестиций в реализацию важнейших приоритетных инфраструктурных проектов. Если говорить о системе здравоохранения, то речь идет о социально значимых объектах. В течение нескольких лет в нашей стране обсуждается проект федерального закона «О государственно-частном партнерстве». Разработчики предлагают разделить понятия «государственно-частное партнерство» и «государственно-частное взаимодействие». В Самарской области все проекты ГЧП делятся на две группы. Первая объединяет проекты, связанные с реализацией потенциала частных инвесторов при создании медорганизаций частной формы собственности. Вторая – вложение частных инвестиций в государственный сектор экономики, например, в строительство и оснащение государственных клиник.

По инициативе правительства Самарской области начата реализация шести проектов ГЧП с общим объемом финансирования 7 миллиардов рублей. Один из первых – проект по строительству и оснащению современного кардиохирургического центра. Центр будет располагаться на территории Самарского областного клинического кардиологического диспансера, вложения частного инвестора – ООО «Современные медицинские технологии» – составят 3 миллиарда рублей. Этап проектирования завершен, начинается строительство. Ежегодно здесь будет проводиться до 11,5 тысячи кардиохирургических операций. Первых пациентов планируется принять уже в 2016 году.

Центр будет обеспечен ежегодным заказом на оказание медицинской помощи в рамках ОМС. Замечу, что специальные тарифы под данный проект вводиться не будут. Позиция областного правительства: все проекты должны работать в рамках действующей Территориальной программы госгарантий.

Кроме того, запущено несколько проектов по строительству диализных центров. Например, на территории Самарской областной клинической больницы, СОКБ им. М. И. Калинина на средства частных инвесторов будет построен новый корпус здания нефрологии и диализа. В структуру центра войдут амбулаторное отделение, стационарный блок, диализное отделение, на базе которого будет осуществляться перитонеальный диализ и гемодиализ. Объем планируемых инвестиций составит примерно 350 миллионов рублей.

Это пример реализации проекта в рамках концессионного соглашения в соответствии с Федеральным законом от 21.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях». Инвестор построит помещения, оснастит их, обеспечит весь технологический процесс расходными материалами и медикаментами, а затем совместно с больницей – СОКБ им. И. М. Калинина – будет оказывать услуги и получать часть денег из тарифа от этой услуги в рамках системы ОМС.

В Самарской области будет создан мощный запас диализных мест на много лет вперед. В регионе запущены еще два проекта по созданию центров диализа – в Самаре и Сызрани. Инвестором выступает ООО «Фрезениус Медикл Кеа холдинг». Общий объем инвестиций - до 600 миллионов рублей. В данном случае это уже пример создания медицинских организаций частной формы собственности. Кроме того, в Минздраве РФ прорабатывается вопрос о возможности строительства крупного диализного центра на территории клиник СамГМУ. Планируется, что данный проект будет осуществляться в формате концессионного соглашения.

В числе других важных проектов региона, которые будут реализованы на территории областного центра, – создание и эксплуатация многофункционального госпиталя. Уже заключен инвестиционный меморандум с корпорацией «Мать и дитя», объем инвестиций в проект

составит около 3 миллиардов рублей. Планируется строительство центра позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии. Кроме того, в процессе структурирования находятся еще 17 проектов ГЧП.

Приоритетными направлениями в области государственно-частного партнерства в будущем: создание современных диагностических центров на базе действующих ЛПУ, организация лечебного питания, создание современных стерилизационных отделений, прачечных, модернизация стоматологических поликлиник, создание дневных стационаров и детских поликлинических отделений. Важным направлением является реализация областной Программы развития производственной трансфузиологии и биотехнологий на 2014-2018 годы, в рамках которой рассматривается реализация восьми проектов по реконструкции действующих станций переливания крови, созданию центров заготовки плазмы и завода по производству иммунобиологических препаратов.

Каждый проект индивидуален, однако большинство из них являются долгосрочными. Например, концессионное соглашение по созданию Центра нефрологии и диализа подписано на 15 лет, в течение первых 7-8 лет инвестор сможет вернуть вложенные средства и лишь затем получит прибыль.

В Самарской области имеется свой собственный опыт по разработке законодательной базы ГЧП. В 2010 году правительством Самарской области принят закон № 72-ГД от 02.07.2010 «Об участии Самарской области в государственно-частных партнерствах». Здесь четко прописаны цели, задачи, методология создания проектов ГЧП. Кроме того, принято постановление областного правительства, которое определяет порядок структурирования и сопровождения таких проектов. Важной задачей является разработка и внедрение организационно-экономической модели ГЧП под каждый реализуемый проект, которую можно будет использовать в качестве типового шаблона. Конечным результатом работы по реализации проектов ГЧП должно стать повышение качества и доступности оказания медицинской помощи.

Минздрав России увеличит взносы на медстрахование [Текст] // Здравоохранение. – 2014. – № 10. – С. 4.

Минздрав России собирается отменить порог отсечения зарплат, сверх которого не взимаются взносы на обязательное медицинское страхование. По итогам 2013 г. дефицит фонда ОМС составил 42 млрд. руб. В министерстве подсчитали: если взимать страховые взносы со всех без исключения зарплат, система ОМС дополнительно получит около 200 млрд. Это должно закрыть потребности фонда в 2016 и 2017 гг.

С 1 января 2016 г. взносы в размере 5,1% от фонда оплаты труда предполагается снимать со всех зарплат вне зависимости от их размера. Отмена порога позволит привлечь в систему ОМС дополнительные ресурсы, которые помогут реализовать новый механизм финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи и повышение зарплаты медработников, а также обеспечат сбалансированность и исключат возможные риски дефицита бюджета фонда.

Как отметил директор Центра социальной экономики Д. В. Мелик-Гусейнов, страховой взнос сегодня не покрывает всех видов медицинской помощи, которая оказывается гражданам, а им гарантировано очень много услуг – от лечения гриппа и ЭКО до трансплантологии. Поэтому дополнительные деньги Минздраву нужны, чтобы начать выполнять взятые на себя обязательства.

Минздрав России подготовил законопроект о добровольческой деятельности в медицинских организациях [Текст] // Здравоохранение. – 2014. – № 10. – С. 8.

Минздрав подготовил законопроект, регулирующий порядок добровольческой деятельности в медицинских организациях. В Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предполагается внести новую

статью 79.2, касающуюся добровольческой деятельности. В ней говорится, что к такой работе допускаются члены социально ориентированных некоммерческих организаций. Между НКО и медицинской организацией должен быть заключен гражданско-правовой договор с перечнем выполняемых работ. Кроме того, в ст. 71 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» предлагается внести положение о том, что вышеуказанным добровольцам должно отдаваться предпочтение при приеме в медицинские вузы на обучение по программам бакалавриата и специалитета. Для зачисления доброволец должен проработать не менее года, получить рекомендацию от главы НКО и успешно сдать вступительные экзамены.

В пояснительной записке к законопроекту уточняется, что добровольцы смогут выполнять работы, не связанные с лечением: транспортировка пациентов, уход за ними, уборка помещений, организация развлекательных мероприятий, психологическая поддержка пациентов и их родственников.

В. И. Скворцова предложила регионам увеличить долю оклада в структуре зарплат до 60% [Текст] // Здравоохранение. – 2014. – № 10. – С. 5.

Одним из ключевых направлений в кадровой политике Минздрава России является исполнение требований Указа Президента РФ, в соответствии с которым к 2018 г. средняя зарплата врачей должна не менее чем в два раза превышать среднюю по экономике, для средних медработников – соответствовать средней по экономике для региона. Проведенные Министерством проверки по жалобам граждан показали, что в региональных медицинских организациях заработные платы у медицинских работников со сходным уровнем квалификации, стажем и должностью могут существенным образом различаться. У некоторых врачей такие различия достигают 9 раз.

Причина – низкая доля оклада, которая составляет до 30%, и высокая доля стимулирующих выплат – более 50%, реальные размеры которых зачастую зависят не от качества и эффективности работника, а от желания руководителя.

Изучив и апробировав в пилотных регионах лучшие методики подходов к формированию систем оплаты труда, обсудив полученные результаты и подытожив позитивный опыт пилотных проектов Минздрав России разработал рекомендации субъектам Российской Федерации по внедрению новых подходов к формированию заработной платы медицинских работников. «Ключевое предложение – увеличить долю оклада в структуре заработной платы до 55-60%», – отметила Министр здравоохранения РФ В. И. Скворцова.

Российская система здравоохранения впервые попала в рейтинг Bloomberg [Текст] // Справочник фельдшера и акушерки. – 2014. – № 11. – С. 7.

Россия впервые вошла в рейтинг систем здравоохранения агентства Bloomberg – страна заняла в нем последнее, 51-е место. Как отметил пресс-секретарь министра здравоохранения РФ О. Салагай, этот рейтинг делает заметным перемены в финансовом обеспечении медицины и позволяет увидеть, что происходило с экономической составляющей здравоохранения в других странах.

Ежегодно специалисты Bloomberg оценивают эффективность систем здравоохранения стран с населением от 5 млн человек и ВВП на душу населения свыше 5 тыс. долл. В первую очередь учитываются такие показатели, как доля затрат на здравоохранение от объема ВВП, сумма госрасходов на лечение одного жителя и ожидаемая продолжительность жизни.

На первом месте в этом году оказался Сингапур – ожидаемая продолжительность жизни там достигает 82 года, а доля соответствующих расходов в структуре ВВП составляет 4,5%, или в пересчете на одного человека – 2,4 тыс. долл. В первую пятерку рейтинга также попали Гонконг (ожидаемая продолжительность жизни – 84 года, доля расходов на здравоохранение – 5,3%, затраты на одного человека – 1,9 тыс. долл.), Италия (83 года, доля расходов – 9%, затраты на

человека – 3 тыс. долл.), Япония (83 года, доля расходов – 10%, затраты на человека – 4,7 тыс. долл.) и Южная Корея (81 год, доля расходов – 7%, затраты на человека – 1,7 тыс. долл.).

Как отметил О. Салагай, в России расходы на здравоохранение на душу населения были увеличены на 84 долл. (прирост 10,5%), тогда как во многих европейских странах, наоборот, было снижено финансирование сферы здравоохранения: на 217 долл. в Дании, на 235 долл. в Австрии, на 312 долл. в Германии, на 267 долл. в Швейцарии, на 850 долл. в Норвегии.

В России ожидаемая продолжительность жизни составила 71 год, доля расходов в структуре ВВП – 6,3%, расходы на одного человека – 887 долл. Отметим, что Белоруссия также впервые вошла в рейтинг и сразу же заняла 42-е место, опередив на две позиции США.

Астафурова, Е. Больничные листы россиян станут электронными, а инвалиды смогут поправить здоровье на новых курортах [Текст] / Е. Астафурова // Комсомольская правда. – 2014. – 31 окт. (№ 124). – С. 12.

Фонд социального страхования РФ приступил к реформе, которая сделает систему современной. Во Владивостоке, прошел семинар-совещание, на котором представители 26 региональных отделений Фонда соцстраха России обменивались мнениями, каким образом ведомство может стать ближе к гражданам. Одно из направлений – прямые выплаты застрахованным людям.

При новой системе выплат права людей будут надежно защищены системой соцстраха, даже если у работодателя арестованы счета, а само предприятие находится в процессе ликвидации или банкротства. Все, что причитается работнику, он получит напрямую из отделений ФСС на свой расчетный счет или через отделение федеральной почтовой связи. Уникальный опыт в этом направлении уже накоплен в Нижегородском региональном отделении, в Новосибирской Иркутской, Ленинградской и др. областях.

Еще один проект ФСС – электронный больничный лист. В поддержку проекта высказался председатель правительства Дмитрий Медведев. «Новые технологии дают экономию ресурсов и времени, врач сможет оформлять больничные листы в электронном виде и направлять их сразу в Фонд социального страхования», – отметил премьер-министр.

Новацию планируется внедрять в повседневную жизнь в 2018-2019 годах. Во-первых, это в интересах граждан: все формальности, связанные с отсутствием на работе по причине нездоровья, будут решаться намного быстрее. Вторая сторона вопроса: сократятся государственные расходы, а для мошенничеств с бюллетенями будут созданы серьезные препятствия. Фонд получит возможность более жесткого контроля за экспертизой временной нетрудоспособности.

Ежегодно ФСС в рамках страхования по временной нетрудоспособности и в связи с материнством оплачивает более 30 миллионов листов нетрудоспособности. С каждым годом размер пособий все более увеличивается, одновременно с этим растет соблазн у нечестных людей воспользоваться липовым больничным для «оплачиваемого отпуска».

Каждый лист, выданный медучреждением, будет возвращаться в ФСС и проверяться врачами-экспертами.

Забота о людях с ограниченными возможностями также возложена на Фонд социального страхования России. Сейчас готовится большой проект санаторно-курортного лечения для льготных категорий граждан, в том числе инвалидов, рассказали эксперты на семинаре-совещании во Владивостоке. Приобретение путевок в санатории происходит открыто, на электронных аукционах. И экономия, достигнутая в ходе торгов, также отправляется на дополнительное финансирование санаторно-курортного лечения, – пояснила Ольга Суворова, управляющий Приморским региональным отделением ФСС. Существует электронная очередь. Любой человек, зайдя на сайт регионального отделения и набрав свой индивидуальный СНИЛС, может увидеть свою позицию в листе ожидания. Один раз в два с половиной года приморские льготники получают путевки. Оплачивается и проезд, причем в основном авиационным транспортом.

Мыльникова, И. С. Человеческие ресурсы управления качеством медицинской помощи: главный врач и его заместители [Текст] / И. С. Мыльникова // Главный врач. – 2014. - № 10. – С. 33-35.

Настоящее «управление качеством» начинается в тот момент, когда руководитель организации говорит себе: «Я понимаю важность качества в нашей работе, я считаю это главным своим делом, признаю, что несу личную ответственность за качество и готов лично возглавить работу по его улучшению».

Атмосфера в учреждении – весьма инертная субстанция. Она может годами, десятками лет оставаться неизменной, несмотря на попытки перемен, и тянуть назад, не давая переломить ситуацию к лучшему. Но, вдруг изменившись, она начнет работать на перемены, ускоряя процесс и как бы подталкивая вперед тех, кто эти перемены начал.

Изменить общую атмосферу к лучшему может только волевой лидер. Если у лидера нет воли к переменам, позитивные изменения невозможны. И нет никакой надежды повысить качество медицинской помощи в тех ЛПУ, которыми руководят усталые и вялые главные врачи, мало интересующиеся своим делом.

Рассмотрим варианты трудовой мотивации главного врача.

Последнее время все чаще главного врача заботит сохранение своего рабочего места, а это значит, что приоритет отдается выстраиванию отношений с работодателем и нередко предполагает наличие коррупционной составляющей.

Бесперспективны также главные врачи, опустившие руки и доживающие до пенсии.

Большинство руководителей считают своей главной задачей укрепление финансовой и материально-технической базы. Как правило, они с головой погружаются в финансово-хозяйственные вопросы, а организацию собственно лечебного процесса передают своим заместителям, к примеру, «начмедам». Далее успех дела зависит от профессионализма и лидерских качеств этих заместителей.

Если они недостаточны, а главный врач дистанцировался от лечебного процесса, результат может оказаться неожиданно плохим.

Кстати, примерно такую ситуацию мы наблюдаем в нашей отрасли с приходом в руководство Минздрава экономистов и управленцев. Они по-новому вписывают здравоохранение в хозяйственный комплекс страны, перестраивают макроотношения отрасли с другими отраслями, изменяют масштабы и механизмы финансирования и т.п. Это достойное и нужное дело, без которого невозможно добиться долгосрочных позитивных изменений. Однако текущая работа по управлению отраслью оказалась в руках людей, не обладающих сильными лидерскими качествами и высоким профессионализмом. В результате наше здравоохранение несет потери там, где их могло бы и не быть.

Одна из проблем такого распределения функций, когда главный врач целиком погружается в экономику, которая негативно отражается на качестве медицинской помощи, – подчинение внутренней отчетности ЛПУ задачам обеспечения функционирующего хозяйственного механизма. К примеру, в этом случае главного врача больше волнуют не показатели, связанные с качеством медицинской помощи, а критерии для распределения заработной платы. А это, как показывает опыт, далеко не всегда одно и то же. Результатом анализа полученных данных здесь будет не выявление проблем, связанных с качеством медицинской помощи, и путей их разрешения, а ведомость на распределение премиального фонда.

Безусловно, мы не должны отрицать значение материального стимулирования для улучшения качества медицинской помощи. Но в медицине нередки случаи, когда результат не зависит от действий персонала, конкретного работника. Он рад бы, да не может ничего сделать. И вот тут в ход могут пойти искажение информации, приписки, сокрытие данных. Так интересы работников могут исказить систему материального стимулирования.

Если главный врач, болея за качество медицинской помощи, занимается не только финансовыми делами, но совершенствованием лечебного процесса, результат во многом зависит от того, как он это делает, какие инструменты использует для достижения цели.

До сих пор работают главные врачи старой школы, которые считают, что весь фокус – в исполнительской дисциплине персонала. Такой главный врач организует различные контрольные процедуры, от контроля времени прихода на работу и административных обходов до экспертных проверок с заполнением сотен экспертных карт, их обчетом и т.п. Результат всех этих контрольных процедур – премии и санкции (выговор, депремирование и т.п.). В данном случае главный врач исходит из того, что врач (медицинский работник) может полностью контролировать качество медицинской помощи и достаточно подтолкнуть его к добросовестной работе с помощью санкций или стимулов, как дело с качеством пойдет на лад. Эта установка полностью противоречит сегодняшним представлениям о деятельности в области качества и доказала на практике свою малую эффективность. Хотя нельзя категорически отрицать позитивную роль деятельности по наведению общего порядка и по борьбе с грубыми нарушениями дисциплины (например, борьбе с пьянством на рабочих местах).

Новое поколение главных врачей – современные менеджеры. Они сосредотачиваются на макропроблемах существования ЛПУ. Однако все эти проблемы они решают с позиции управления качеством медицинской помощи.

Минздрав много сил положил на совершенствование лекарственного обеспечения россиян. Вышли законы, постановления, приказы, призванные повысить качество работы аптек. Но никто не задал себе вопроса – а как с введением в жизнь этих документов изменится качество лекарственного обеспечения в далеких деревнях и селах? Понадобилось несколько лет, чтобы понять, что их жители были лишены доступа к лекарственному обеспечению в месте проживания.

Приведем еще один пример из жизни одной из московских больниц. Благое пожелание главного врача – улучшить качество помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями – закончилось провалом. С целью улучшения качества помощи было решено ввести в стандарт обследования больных, поступавших в стационар с кровотечением, гастроскопию. Для обеспечения этого стандарта с большим трудом было организовано круглосуточное функционирование эндоскопической службы.

Подняли истории болезни. Долго думали. И, наконец, поняли – раньше, когда не было эндоскопии, хирург ориентировался на общую клиническую ситуацию и брал больного на операцию, если не мог исключить продолжающегося кровотечения или опасался, что кровотечение возобновится. Теперь он получал точное заключение о том, что «в настоящее время кровотечение остановлено» (без уточнения риска возобновления кровотечения) и спокойно шел спать. Количество операций вроде бы уменьшилось. Но зато тяжесть тех, кто попадал на операционный стол, была больше.

В чем была ошибка? Заполняя пустые ставки службы, которую обязали работать круглосуточно, брали всех подряд, не позаботившись об их профессиональной подготовке. Понадобилось еще полгода, чтобы новые врачи эндоскопии научились определять риск возможного кровотечения. А также проводить эндоскопические манипуляции по их лечению и профилактике. И после этого показатели летальности уверенно поползли вниз и достигли почти мирового уровня.

Как видно, главный врач поспешил, административно «пережал», не добился активного творческого сотрудничества профессионалов и провалил дело. Второй этап оказался успешным, потому что за дело взялись врачи, которые почувствовали, что их активное участие поможет делу.

Вывод из этих историй следующий: управляя ЛПУ, главный врач должен всегда помнить, что почти каждое его решение может отразиться на качестве оказываемой медицинской помощи. И, помня это, привлекать к анализу последствий своих решений с точки зрения качества профессионалов – своих заместителей по клиническим направлениям, а также заведующих отделениями, других клинических работников.

Шеян, И. Интеграция решений – скорая помощь медицине [Текст] / И. Шеян // Ремедиум Приволжье. – 2014. – № 8. – С. 5-7.

Трудно назвать другую отрасль, где ценность единства информационной среды была бы выше, чем в медицине. Ведь от эффективности процессов зависит не только экономический результат, но и здоровье пациентов. ИТ-ландшафт крупной современной клиники может быть чрезвычайно богат: аптечные и медицинские, лабораторные и радиологические системы, CRM и СЭД, бухгалтерские программы и телемедицинские комплексы, электронные медицинские архивы и системы поддержки принятия врачебных решений. Плюс сложнейшее медицинское оборудование, выдающее цифровой контент: от аппарата УЗИ до позитронно-эмиссионного томографа. Ограниченные возможности обмена информацией между отдельными компонентами столь сложной инфраструктуры не дают ни существенно улучшить управление лечебным учреждением, ни заметно повысить качество оказания медицинской помощи. Поэтому наиболее актуальные решения для здравоохранения на ближайшую перспективу – интеграционные. Внедрение технологий штрихкодирования и интеграция с лабораторной системой позволяют в автоматизированном режиме передавать результаты анализов биоматериала в историю болезни и в дальнейшем отслеживать динамику их изменения. Современная аппаратура функциональной диагностики также предоставляет возможности передачи информации и добавления результатов мониторинга к истории болезни. Набор международных стандартов, определяющих правила обмена информацией в медицине, известен разработчикам медицинских информационных систем (МИС) и производителям медицинского оборудования. Однако интеграция медицинской информации по-прежнему является сложнейшей проблемой информатизации здравоохранения.

Медицинская информация представляет собой сложную совокупность данных – текстовых, цифровых, графических. Чтобы успешно синхронизировать эти данные, нужно не просто передавать их по протоколам, но и преобразовывать из вида, принятого в одной системе, в вид, принятый в другой, и обратно.

Вторая сложность состоит в многообразии бизнес-процессов в клиниках и разных уровнях детализации медицинской информации. Например, у офтальмологов есть свое расширение справочника МКБ-10, подробно описывающее нюансы патологий зрения, но в обычной поликлинике такая информация избыточна, поэтому ИТ-системы не приспособлены для ее хранения. В скорпомощных стационарах и военных госпиталях на одну операцию могут быть назначены две бригады (допустим, одна занимается ожогами, вторая вынимает пулю). Однако в МИС обычных больниц не закладывают возможность назначения второй бригады. В наркологических клиниках есть групповые процедуры на несколько пациентов, но в базовом функционале большинства отечественных МИС такой опции нет.

Острота проблемы интеграции сохраняется, так как до сих пор не решены полностью базовые вопросы: чем обмениваться, как кодировать и каким требованиям по передаваемой информации должны удовлетворять МИС лечебных учреждений, протоколы обмена.

Большинство существующих в России и за рубежом МИС исторически выросли из управленческих систем (документооборота, учета материальных средств), перед разработчиками которых не ставили задач интегрировать информацию, поступающую с медицинской аппаратуры. Как рассказал Владимир Казинов, гендиректор DiViSy Group, сейчас такие задачи ставятся, например, страховыми организациями для протоколирования всех медицинских манипуляций с пациентом. Но пока нет общей концепции в постановке таких задач, а потому не выработана стратегия, по которой медицинские клинические протоколы были бы дополнены документированием всех медицинских манипуляций, дистанционным доступом и регламентами их хранения в ЭМК/МИС для последующего анализа.

С развитием ЕГИСЗ стала актуальной еще одна интеграционная задача – обеспечение совместной работы медицинского оборудования и МИС, размещенной в облаке.

Интеграция медицинской информации в масштабах страны не может быть произведена быстро, и ни одна страна мира в полном объеме эту задачу еще не решила. Однако, при наличии необходимых ресурсов, их целевом использовании и учете уже имеющегося опыта «критическая масса» в решении этой проблемы в России может быть достигнута за пять-семь лет.

Медицину оценят по-новому [Текст] // Волжская коммуна. – 2014. – 30 окт. (№ 288). – С. 4.

На заседании экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике, который прошел в Самаре, обсудили перспективы внедрения методики оценки медицинских технологий, принятой за рубежом.

Эта тема уже неоднократно поднималась и в Совете Федерации, и в Государственной думе. Причина проста – ресурсов для оплаты всех медицинских услуг не хватает, и нужно определять приоритеты, обеспечивать оптимальные варианты лечения. Дело уже сдвинулось с мертвой точки. Внесены поправки в закон об обращении лекарственных препаратов. Если они будут приняты, по словам председателя экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике Виталия Омеляновского, появится нормативная база для системы оценки медицинских технологий в части выбора лекарств – до пациента будут доходить только те, которые наиболее клинически эффективны и экономически обоснованы.

На заседание пригласили канадских коллег, которые давно и успешно применяют подобную систему. Их выбрали не случайно – в Канаде так же, как и у нас, многие полномочия в сфере здравоохранения отданы на региональный уровень, и ученые из провинции Онтарио смогли рассказать о том, как осуществляется оценка медицинских технологий и в масштабах страны, и в конкретных субъектах.

По словам министра здравоохранения Самарской области Геннадия Гридасова, Самарский регион всегда открыт для нововведений, которые позволят повысить качество медицинской помощи. Система здравоохранения постоянно совершенствуется: переход на одноканальное финансирование, выполнение социальных указов президента, постепенное повышение зарплаты медицинского персонала к средней по экономике. Перед министерством здравоохранения Самарской области стоит много вопросов: насколько актуален участковый принцип оказания медпомощи, какой должна быть модель экстренной помощи. На взгляд министра, необходимо возродить незаслуженно забытую систему патроната, которая позволяла очень хорошо прогнозировать состояние больного. Все это требует более тщательного контроля эффективности работы.

Щеглов, К. В повестке встречи – здоровье народа [Текст] / К. Щеглов // Медицинская газета. – 2014. – 24 окт. (№ 80). – С. 1,3.

В статье рассказывается о деятельности Минздрава России, итогах работы за истекший период 2014 г., а также обсуждения формирования бюджета сферы здравоохранения на 2015-2016 гг. о котором говорила В. Скворцова с Президентом В. Путиным.

По словам В. Скворцовой в стране полностью сбалансирован бюджет на 2015 г. и практически полностью на 2016 г. Увеличивается финансирование Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи более чем на 306 млрд. руб., таким образом, есть все ресурсы для того, чтобы выполнить задачи, поставленные в Государственной программе развития здравоохранения, и выполнить поручения, связанные с увеличением объема высокотехнологичной медицинской помощи. На сегодняшний день увеличилось число граждан, получающих помощь, по сравнению с прошлым годом, на 32 тыс.

Параллельно существуют ресурсы для того, чтобы выполнить указы по повышению заработной платы медицинских работников. Уже по результатам первого полугодия текущего года средняя зарплата врачей возросла до 45 тыс. руб., это примерно 143% от средней по экономике, по среднему медицинскому персоналу – 26 тыс. руб., это примерно 83% от средней по экономике.

Существенно уменьшилась вариативность заработных плат у специалистов одного профиля, занимающих схожую должность.

Проблемы на сегодняшний день сохраняются и связаны, прежде всего, с необходимостью совершенствования вертикали управления отраслью. За последние 3 месяца в каждом федеральном округе провели встречи с региональными министрами и вице-губернаторами по социальным вопросам для того, чтобы предпринять вместе шаги к настраиванию вертикали

управления. Сейчас в каждое юридическое лицо (медицинскую организацию) внедряется специально подготовленный человек с финансово-экономическим образованием, который проходит подготовку по единой программе, сдает экзамен и защищает диплом по управлению конкретной медицинской организацией, для того, чтобы уйти от самостийности на местах.

Главу государства интересовал ключевой вопрос, как демография. В министерстве здравоохранения подвели итоги вместе с Росстатом по результатам 8 месяцев. В стране родилось на 14 тыс. новорождённых больше, чем в прошлом году за аналогичный период, умерло на 11 тыс. человек меньше, чем в прошлом году, и достигли прироста населения 19 тыс. человек, тогда как в прошлом году за 8 месяцев убыль на 6,6 тыс.

Особенно радует то, что уже сейчас увеличилась продолжительность жизни практически на год (0,8 года) и составила по результатам 8 месяцев 71,6, а была 70,8. Женщины перешли границу 77 лет, у них продолжительность жизни составила 77,2, у мужчин она ниже - 65,6.

Вместе с Росстатом министерство здравоохранения РФ провели декомпенсационный анализ, для того чтобы проанализировать, какие факторы в большей степени влияют на продолжительность жизни населения. У мужчин на первое место вышли внешние причины, связанные, прежде всего, с употреблением алкоголя. У женщин первое место разделили внешние причины и сосудистые поражения мозга – инсульты.

В стране существенно снизилась младенческая смертность, на 8,5% по сравнению с прошлым годом, и она достигла своего исторического минимума – 7,5 промилле. Так же есть и хорошие результаты – снижение по всем основным причинам смерти: по сосудистой патологии смертность снизилась на 12%, при дорожно-транспортных происшествиях – на 10%, на 20% – при туберкулёзе. Только при онкологических заболеваниях – на 1%.

Цифровизация медицинских организаций [Текст] // Ремедиум Приволжье. – 2014. – № 8. – С. 7-9.

В статье рассматривается Единая государственная информационная система здравоохранения. В рамках создания Единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ) сделан первый шаг к всеобщей цифровизации отрасли: заложены основы инфраструктуры для развертывания информационных систем, множество медицинских организаций получили защищенные сети и доступ к высокоскоростному Интернету, обзавелись автоматизированными рабочими местами для сотрудников.

Главные ИТ-задачи, которыми сегодня озабочены во всех государственных и муниципальных медучреждениях, – внедрение электронных медкарт (ЭМК) и интеграция информационных систем МО с региональными и федеральными подсистемами и сервисами ЕГИСЗ: электронной регистратурой, интегрированной электронной медкартой (ИЭМК), АХД регистром медработников, паспортов учреждений, а также программами – «набивалками» для многочисленных «мониторингов». Сложнее всего дело обстоит с внедрением ЭМК, остается еще очень много нерешенных правовых и организационно-методических вопросов. Сегодня использование информационных систем не снижает, а, наоборот, резко повышает и без того значительную нагрузку на медперсонал, без какой-либо материальной компенсации. Потому что медикам параллельно приходится вести требуемый законом бумажный документооборот. Чтобы руководители медицинских организаций были заинтересованы в использовании ИТ и имели возможность применять их с необходимым уровнем легитимности, Минздраву России следует уравнять отраслевым нормативным документом электронную и бумажную медицинскую документацию в возможности практического использования, обязательно зарегистрировав это в Минюсте.

Участвуя в построении и развитии ЕГИСЗ, фактически являющейся федеративной системой, медицинские организации, МИАЦ и ТФОМС неизбежно применяют разные подходы, учитывающие различия в задачах, уровне оснащенности, обеспеченности квалифицированными кадрами и финансовыми ресурсами, а также местные условия и особенности. Так, в Москве

сначала запустили электронную запись на прием к врачу, внедрили электронное расписание во всех поликлиниках, практически исключив возможность записи вручную. Затем настал черед аналитики: определили точное количество объектов, врачей и приемов по всему городу, составили рейтинг доступности поликлиник и специалистов. Система стала незаменимым ежедневным инструментом пациентов, медиков, руководства отрасли и города, а проектная группа продолжила ее дорабатывать.

Требуется координация и кооперация в области ИТ между двумя главными госзаказчиками – Минздравом и ФОМС – как на федеральном уровне, так и во многих регионах. Каждое ведомство самостоятельно «осваивает бюджет», отдельно строит свои «единые» ресурсы, интеграция которых ограничивается проверкой страховой принадлежности пациента по Единому регистру застрахованных ФОМС. Помимо координации всех работ и мероприятий по внедрению ИТ, требуется централизовать на федеральном уровне разработку стандартов и нормативно-методических документов, а также восстановить естественную логику проектирования и создания систем. Обеспечение взаимодействия между различными ведомствами и множеством подрядчиков в масштабных проектах – тоже задача не из простых и требует продуманного распределения ролей. Более того, решение проблем регионального уровня упирается в ограниченный объем финансовых ресурсов, выделенных на эксплуатацию уже запущенных информационных систем и их развитие.

На федеральном уровне на информатизацию здравоохранения могут потратить в 2014 г. сэкономленные в прошлом году 3,7 млрд. руб.; регионы сформировали бюджеты на эти цели, исходя из собственных возможностей и приоритетов, а расходы на ИТ в медицинских организациях предполагается включать в тариф ОМС. Эксперты отмечают, что эффективность использования выделенных средств зачастую ощутимо снижается из-за необходимости «переделок» на этапе внедрения ИТ вследствие изначально непроработанного техзадания и отсутствия стандартов, обеспечивающих интероперабельность систем. Серьезной ошибкой многих руководителей является стремление быстрее «запустить процесс», «освоить бюджет» и отчитаться, невзирая на неполноту функциональных требований, нечеткие формулировки в ТЗ и связанные с этим серьезные риски при реализации проекта. КПД вложений можно повысить, правильно определяя приоритеты разработки и внедрения тех или иных подсистем по принципу, сформулированному академиком В. М. Глушковым: выделение ресурсов для развития и совершенствования того, что уже хорошо работает и удовлетворяет потребностям пользователей, должно осуществляться во вторую очередь.

Сапрыгина, С. А. Качество медицинской помощи в будущем будут определять персонализированные технологии [Текст] / С. А. Сапрыгина // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2014. – № 10. – С. 46-51.

В настоящее время наиболее перспективным и быстроразвивающимся направлением медицины и фармакологии является персонализированная медицина. Открытия последних лет в области генетики, молекулярной биологии, биоинформатики и ряда других медико-биологических наук позволили по-новому взглянуть на механизмы взаимодействия между клетками, белками и генами человека. Люди различаются по своей молекулярно-генетической структуре, определяющей биохимические и иммунные процессы в организме, и соответственно лечить их надо с учетом их индивидуальных особенностей.

Персонализированная медицина – это оказание комплексной медицинской помощи (профилактики, диагностики, лечения и реабилитации), осуществляемое в соответствии с характеристиками конкретного пациента. Этот термин учитывает не только используемые уже в течение долгого времени клинические признаки, например, возраст, пол, телосложение, социально-психологические факторы и другие, но, в первую очередь, генно-молекулярные характеристики организма пациента. Последние включают данные геномных и постгеномных исследований, в том числе протеомики и метаболомики, выполненные при помощи современных

высокотехнологичных методов молекулярной биологии и медицины. Одной из целей персонализированной медицины является разделение популяции здоровых и больных людей на отдельных индивидуумов и небольшие группы, отличающихся по вероятности возникновения заболевания и по способности реагировать на те, или иные виды терапии, т.е. точнее выбирать пациентов и подгруппы пациентов с более высокой вероятностью ответа на лечение. Такая классификация позволит рационально и прицельно применять терапевтические средства с максимальной пользой и минимумом неблагоприятных эффектов для отдельного человека.

Цель персонализированной медицины состоит в том, чтобы найти подходящее лекарство для конкретного больного и разработать схему лечения больного в соответствии с его генотипом. В более широком смысле персонализированная медицина представляет собой интегральную медицину, которая включает разработку персонализированных средств лечения на основе геномики, тестирование на предрасположенность к болезням, профилактику, объединение диагностики с лечением и мониторинг лечения.

Будущее персонализированной медицины зависит от развития нанотехнологий и их экономической эффективности. Нанотехнологии уже увеличили нашу способность выявлять первые признаки заболеваний, диагностировать генетические предрасположенности к определенным заболеваниям. В результате диагностика станет очень точной и появится возможность выявлять заболевания, которые еще только могут возникнуть.

Появятся сверхчувствительные диагностические нанотехнологии, которые выведут диагностику на новый уровень. Дело в том, что первые признаки заболевания проявляются в наномасштабах. Человеческое тело содержит около 100 триллионов живых клеток. Для того, чтобы взаимодействовать друг с другом, клетки обмениваются информацией. Информацию передают крошечные молекулы (фрагменты ДНК или белки), размеры которых всего несколько нанометров. Цепочки химических реакций запускаются благодаря этим молекулярным «посредникам».

Если клетка больна, она посылает различные сигналы. Биологи называют их биомаркерами. Это молекулярные признаки заболевания, индикаторы, которые может использовать диагностическое оборудование на основе нанотехнологий.

Существуют уникальные генетические белковые маркеры почти для каждого заболевания. За последнее десятилетие ученые научились идентифицировать эти маркеры. Сейчас разрабатываются тесты, которые позволяют быстро и достоверно определять биомаркеры, на их основе ставить диагноз, определять стадию заболевания, назначать индивидуальное лечение. Так, например, новые методы диагностики на основе революционных достижений геномики позволят выявлять предрасположенность к заболеваниям и определять вероятность рисков, проводить раннюю диагностику и профилактику заболевания, подбирать в соответствии с результатами фармакогеномного теста таргетные (избирательные) лекарственные средства и мониторировать ход лечения. С помощью новых методов (посредством выявления протеинов и молекул ДНК, которые синтезируются в клетках пораженных тканей) станет возможно определять риск возникновения и развития таких тяжелых заболеваний, как рак, атеросклероз и многих других социально значимых болезней.

Значительную роль в диагностике болезней (*in vivo* и *in vitro*) сыграют медицинские нанотехнологии, развитие которых связано с совершенствованием методов молекулярной медицины. Уже сегодня на их основе разрабатывается множество диагностических тестов, включая биочипы. Биочип – микромножество либо матрица с нанесенными молекулами белков, нуклеиновых кислот, биомакромолекул или биоструктур для одновременного проведения большого числа анализов в одном образце; или электронное устройство, содержащее биологические молекулы. Биологические микрочипы широко используются в *in vitro* диагностике. В основе механизма действия биочипов лежит молекулярное распознавание анализируемых молекул молекулами- биополимерами, нанесенными на чип. Это распознавание построено либо на взаимодействии рецепторов с лигандами (например, антител с антигенами), либо на гибридизации комплементарных цепей ДНК. В частности, разработаны биочипы,

распознающие короткие олигонуклеотидные последовательности и позволяющие детектировать единичные мутации в генах. Наноразмерная длина олигонуклеотидов, нанесенных на микрочип, является одним из ключевых факторов, определяющих их высокую эффективность и специфичность. На поверхности ДНК-чипа иммобилизованы олигонуклеотиды. При добавлении анализируемого образца комплементарная таргетная ДНК в образце формирует дуплекс с олигонуклеотидом на чипе. В результате генерируется сигнал, свидетельствующий о наличии в пробе соответствующего объекта (инфекции, онкомаркера и т.п.).

Важнейшую роль персонализированная медицина играет при разработке и применении лекарственных средств. Ученые установили, что при назначении стандартной дозы лекарственного средства у части больных их концентрация в крови становится слишком высокой – развиваются побочные явления, у других концентрация остается слишком низкой и лечение оказывается неэффективным. Разные люди реагируют на лекарственные средства по-разному. Соответственно лечить их надо по-разному. Ответ человеческого организма на лекарственное воздействие зависит от многих факторов. Это генетические особенности организма, а также пол, возраст, тяжесть основного заболевания, наличие сопутствующих заболеваний, особенно функционирования печени и почек, участвующих в метаболизме и выведении лекарственных средств, прием других лекарственных средств, особенности питания, прием алкоголя и т.д. Другими совами, действие лекарств зависит от особенностей метаболизма и нарушений выведения ЛС из организма, которые в свою очередь во многом определяются наследственными факторами. Все это свидетельствует о необходимости индивидуального (персонализированного) назначения медикаментов каждому пациенту.

Таким образом, безопасность и эффективность лекарственных средств в процессе лечения больных во многом зависят от биологических особенностей каждого человека.

Универсальные методы и средства лечения должны стать скорее исключением, а не правилом. Так как реакция пациентов с одной и той же болезнью на одно и то же лекарство различается в зависимости от генотипа больного и других факторов, то возможны значительные колебания в эффективности и безопасности препарата, применяемого для лечения определенного заболевания.

Современная база персонального подхода основывается на молекулярно-биологической диагностике и определении биомаркеров, ассоциированных с развитием и течением болезней. Полученные данные формируют генетический паспорт человека. Наличие такого паспорта создает оптимальные условия для определения риска возникновения заболевания (предсказательная или предиктивная медицина), персональной профилактики (превентивная или профилактическая медицина), а также доклинического диагноза. Значение предсказательной и профилактической медицины особенно велико при наследственных, онкологических, инфекционных, заболеваниях, при выборе лекарственной терапии и изучении безопасности и побочных действий лекарств (клиническая фармакогенетика).

На сегодня персональная медицина ввиду ограниченных возможностей и высокой стоимости диагностических технологий представляется достаточно дорогой. Однако возможности растут, а стоимость технологий по мере их совершенствования и востребованности быстро снижается. В ближайшем будущем персональная медицина за счет своей общей эффективности и рационального подбора лекарств должна стать дешевле нынешней.

Лавров, И. С. О некоторых методологических проблемах комплексной оценки общественного здоровья и эффективности системы здравоохранения [Текст] / И. С. Лавров // Главный врач. – 2014. - № 10. – С. 36-37.

Основной целью медицинских организаций является сохранение здоровья людей, снижение смертности, заболеваемости и инвалидизации населения при оптимальном использовании финансовых, материальных и кадровых ресурсов. Проблема состоит в том, что здравоохранение является крайне сложной системой с множеством взаимосвязанных

разнородных показателей и критериев оценки, причем иногда разнонаправленного действия. Кроме того, при оценке медицинской помощи крайне важен субъективный фактор, включающий ценностные установки и особенности восприятия людьми окружающего мира. Показатели здоровья населения и деятельности здравоохранения представляют сложнейшую динамическую систему, построение модели которой дело будущего.

Улучшение одних показателей нередко приводит к ухудшению других. Особенно это касается обобщенных показателей. Например, сокращение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний может привести к увеличению заболеваемости и смертности от онкологических или иных заболеваний, связанных с возрастом человека.

Проведение диспансеризации и улучшение диагностики ведет к формальному увеличению уровня заболеваемости. Хотя и существуют методологические подходы к решению указанных проблем (расчеты по возрастным показателям заболеваемости и смертности однородных групп населения, выборочные исследования, экспертные оценки, различные методы статистического анализа и т.д.), наличие слишком большого количества показателей деятельности здравоохранения затрудняет ее оценку и практическое использование в процессе управления. В то же время расчет интегрированных показателей дает слишком огрубленную оценку.

Таким образом, разработка математической модели системы показателей общественного здоровья и деятельности здравоохранения дело будущего. Без четкого определения приоритетных целей, показателей их достижения, а также параметров эффективности использования затрачиваемых на это финансовых, материальных и кадровых ресурсов эффективное управление становится невозможным. Под эффективностью понимается степень достижения поставленных задач с учетом затрат на их выполнение, т.е. эффективность – это производная функция от достигнутых результатов и затрат на их достижение. Для выбора приоритетов и практического решения задач повышения эффективности можно использовать различные виды медико-экономического анализа, методы клинической эпидемиологии и математического моделирования. Методики их применения в здравоохранении разработаны достаточно полно. Однако для их практического использования необходимы базы первичных данных на основе релевантных показателей. А здесь мы сталкиваемся с комплексом организационно-методических проблем, которые в настоящее время не решены и вряд ли будут решены в ближайшем будущем.

Во-первых, это несовершенство действующей отраслевой системы статистических показателей. Основным ее недостатком является чрезмерное укрупнение. Недостаточно эффективно используются показатели качества и доступности медицинской помощи, рационального использования финансов, кадров, медицинского оборудования, показатели, связанные с качеством жизни и т.д.

Во-вторых, критерии оценки здравоохранительной деятельности не включают показатели общих затрат, связанных с болезнью человека. Между тем, при анализе экономической эффективности необходимо учитывать все расходы больного, его семьи, работодателя и общества в целом, а не только прямые расходы учреждения здравоохранения на оказание медицинской помощи. В связи с «распыленностью» подобной информации и трудностями ее получения собрать такие данные крайне сложно.

И, наконец, в-третьих, это нерешенные методологические и организационные проблемы оценки общественного здоровья, здоровья отдельных социальных групп и индивидуумов. Сюда также можно отнести наличие трудно формализуемого субъективного фактора в здравоохранении, вероятностный характер клинической информации, сложность систем здравоохранения и формирования общественного здоровья. Требуется своего уточнения возможность применения интегрированных (комплексных) показателей для оценки деятельности в сфере охраны здоровья населения, т.к. общественное здоровье и вся система здравоохранения относятся к так называемым неупорядоченным многокритериальным множествам, в связи с чем их комплексная оценка затруднена по определению.

В основе формирования показателей деятельности здравоохранения должно быть научно обоснованное установление приоритетов при самом широком использовании медико-экономического анализа. Необходима технология на основе анализа статистических данных, использования математических методов и системного анализа, процессного подхода, изучения соответствующего отечественного и зарубежного опыта. При правильном определении приоритетов и разработке адекватной системы показателей деятельности здравоохранения даже весьма скромные расходы могут привести к хорошим результатам.

Можно сформулировать методологические принципы формирования показателей эффективности медицинской помощи:

– Использование системного подхода. Необходим учет всех прямых и косвенных затрат (потерь) и всех результатов, связанных со здравоохранительной деятельностью (медицинских, социально-экономических, морально-этических).

– Использование процессного подхода. Необходимо рассматривать процессный подход как своеобразную технологию моделирования. При этом можно использовать промежуточные или косвенные показатели и индикаторы.

– Использование ситуационного подхода. Критерии оценки и показатели эффективности меняются в зависимости от потребностей общества и государства.

– Информационное обеспечение. Требуется формирование и использование соответствующих БД, в т.ч. не входящих в систему здравоохранения. Это необходимо для формирования и расчета интегрированных показателей.

– Экономичность использования показателей. Показатели должны в максимальной степени основываться на уже существующих системах сбора информации. Целесообразно использование выборочных исследований и экспертных оценок.

Единство микро- и макроанализа. Показатели не должны быть слишком укрупненными, но и излишне детализированными, что затрудняет их восприятие. Для чрезмерно укрупненных показателей целесообразно использование метода расслоения.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Колокольцева, Н. В больницах вводится профессиональный клининг [Текст] / Н. Колокольцева // Волжская коммуна. – 2014. – № 12 нояб. (№ 296). – С. 9.

Под понятием «клининг» скрывается очень многое. В медицинских учреждениях уборку доверяют единицам, так как от ее качества зависит очень многое, вплоть до человеческих жизней.

В западных странах проводят уборки в больницах по особым системам, позволяющим снизить риск возникновения внутрибольничной инфекции, а также уменьшить затраты на организацию клининга. Профессионально заниматься вопросами уборки помещений могут позволить себе пока только учреждения, в которых решены ключевые проблемы с обеспечением современным оборудованием и кадрами основного направления своей деятельности - лечебного.

Например, в Самарской области европейские нормы профессиональной уборки обеспечивают Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарский областной клинический онкологический диспансер (ГБУЗ СОКОД) и перинатальный центр Тольяттинской городской больницы № 5.

Одной из самых инновационных в области медицинского профессионального клининга является система Health guard. Работа по системе Health guard помимо снижения до минимума риска возникновения внутрибольничной инфекции позволяет снизить потребление электроэнергии и воды, уменьшить финансовые затраты на приобретение дезинфицирующих и расходных средств, а также значительно облегчить физический труд санитарок.

Это осуществляется благодаря использованию отдельных mop-насадок на специальные швабры с держателем. Как следствие, бактерии не переносятся из одной палаты в другую. Причем применяются исключительно синтетические мопы, которые не гниют и не пахнут, как это происходит с тряпками из хлопчатобумажных тканей. А в связи с тем, что они

предварительно увлажняются, отпадает необходимость полоскать их, как тряпки, несколько раз в одной и той же, постепенно становящейся грязной воде. Увлажняются насадки, как и салфетки, с использованием дезинфицирующих средств в электронно-механических дозирующих устройствах. Это исключает человеческий фактор, который обязательно присутствует при приготовлении растворов вручную и «на глаз».

Выдерживает синтетика до 700 стирок в профессиональных машинах при температуре 60°C. И вместо 20 ведер воды при обычной уборке применяется всего 6 литров при работе по системе Health guard. Все это приводит к общей существенной экономии денежных средств.

Ветлугин, И. Будущее рождается сегодня [Текст] / И. Ветлугин // Медицинская газета. – 2014. – 29 окт. (№ 81). – С. 4.

По итогам заседания президиума Совета при Президенте РФ по модернизации экономики и инновационному развитию председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев поручил проработать вопрос о направлениях использования в сфере здравоохранения аддитивных технологий.

Сделать это предстоит Министерству здравоохранения РФ совместно с Минпромторгом России, ФАНО, РАН и другими заинтересованными федеральными органами исполнительной власти и организациями. Согласованные предложения по данному вопросу с расчётами и обоснованиями необходимо представить в Правительство РФ до 15 марта 2015 г. За месяц до этого, к 11 февраля, Минпромторг должен сформулировать предложения по организации на территории страны производства новых материалов, используемых для изготовления изделий с помощью аддитивных технологий.

Аддитивные технологии – современные методики послойного синтеза, печать на 3D-принтерах разнообразных изделий и конструкций, которые могут быть использованы в различных сферах, в том числе в медицине.

Это – одно из наиболее востребованных и развивающихся направлений – позволяет в короткие сроки (один производственный этап) буквально «вырастить» сложную конструкцию, что на порядок ускоряет НИОКР и решение задач подготовки производства.

Возникла трёхмерная печать в 80-е годы XX века. Пионерами в объединении усилий медицины и 3D-печати стали производители медицинских устройств. Весной 2001 г. компания In'Tech приобрела у 3D Systems свою первую систему быстрого прототипирования Viper SLA, позволяющую «печатать» индивидуальные слуховые аппараты и ушные раковины.

Это стало настоящим прорывом в использовании 3D-печати в медицине. Уже в 2002 г. данные компьютерной и магнитно-резонансной томографий были использованы для печати анатомических моделей сиамских близнецов Мохаммеда и Ахмеда Ибрагимовых. Разделение их проходило в Далласе (США) в 2003 г., и после 35-часовой операции было успешно завершено во многом благодаря чёткой и ясной 3D-модели. Последняя была использована в качестве ключевого макета для разделения сложного хитросплетения кровеносных сосудов, проходящих от мозга одного близнеца к мозгу другого. Сейчас близнецы живут в Египте, их родители сообщают, что мальчики здоровы и весьма развиты.

К сожалению, в российской медицине 3D-печать пока не развивается так активно, как хотелось бы. Наиболее быстро подхватывает общемировые тенденции российская стоматология. Уже сегодня в ряде крупных городов страны представлена возможность делать 3D-сканирование ротовой полости и печатать 3D-шаблоны для подготовки к установке зубных имплантатов.

Осуществляются и первые попытки погружения в тему биопринтинга. Важной вехой в распространении технологий 3D-печати в медицине стало создание на базе «Сколково» лаборатории 3D-биопринтинга органов invitro. Один из соавторов и научный руководитель проекта – признанный пионер и изобретатель технологии печати органов и биофабрикации Владимир Миронов, разработал и запатентовал в США технологию трёхмерной печати органов. На базе лаборатории «Сколково» планируется запустить полноценный 3D-биопринтер, созданный на основе модификаций машин, уже функционирующих в Штатах.

В 2012 г. во Владивостоке на базе Дальневосточного федерального университета был организован проект «3D Мед», предназначенный для вывода на рынок услуг в области травматологии для создания масштабных моделей частей скелета и органов. В апреле того же

года участники проекта объявили, что успешно напечатали модель таза человека, получившего серьезные травмы.

Аддитивные технологии, или технологии послойного синтеза, сегодня – одно из наиболее динамично развивающихся направлений «цифрового» производства.

Серебряков, В. Каким будет инновационное развитие? [Текст] / В. Серебряков // Медицинская газета. – 2014. – 24 окт. (№ 80). – С. 3.

В Минздраве России разработана программа научно-инновационных исследований, в её составе 14 платформ по основным направлениям здравоохранения, – заявил на «круглом столе» в рамках московского международного форума «Открытые инновации» заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Краевой. При министерстве также сформирован учёный совет, в который входят ведущие научные и медицинские специалисты.

В рамках инновационного развития министерство формирует крупные научно-образовательные центры, обладающие мощным фондом и научным потенциалом, а также ресурсами к его применению. Такие центры имеют возможность для проведения современных научных исследований, ориентированных на текущие потребности здравоохранения, отметил С. Краевой.

Одной из инновационных программ, разрабатываемых Минздравом России, является программа «Активное долголетие». Директор Департамента инновационного развития и научного проектирования Минздрава России Андрей Васильев провёл секцию «Искусство быть молодым – прорывные технологии долголетия», участники которой рассказали о новых технологиях, помогающих продлить активность человека в пожилом возрасте, предотвратить заболевания и увеличить продолжительность жизни.

Кроме того, для решения этих задач Минздрав России занимается нормотворческой деятельностью по созданию условий для внедрения передовых достижений науки в практическое здравоохранение. Андрей Васильев особо отметил значимость законопроекта «О биомедицинских клеточных технологиях», который придаст новый импульс развитию отечественных разработок и ускорит их доступность для российских пациентов. Данная работа направлена на то, чтобы российские ведущие научные и научно-практические центры имели конкретные возможности для разработки и внедрения новых методов лечения.

Советник министра Игорь Ланской акцентировал внимание на важности оперативной и доступной диагностики для раннего выявления и предотвращения заболеваний. Минздрав России проводит широкомасштабную диспансеризацию населения, которая уже доказала свою эффективность, особенно при выявлении сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний – основных причин смертности как среди россиян, так и среди населения других стран мира.

Эксперты отметили необходимость повышения ответственности самого пациента. Позднее обращение пациента к врачу влечёт к развитию серьёзных заболеваний, лечение которых впоследствии приводит к потере качества жизни пациента, рискам в лечении, а также к увеличению его стоимости.

Бровкина, М. Доктор-мобил [Текст] / М. Бровкина // Российская газета. – 2014. – 14 нояб. (№ 260). – С. 9.

Необычный метод лечения храпа предложили молодые ученые астраханского бизнес-инкубатора. Теперь проконтролировать состояние любого человека во сне может его мобильный телефон. Уникальное программное приложение обнаружит нарушения дыхания, проведёт диагностику, выявит заболевания и даже даст полезные рекомендации. В планах ученых превратить телефон в диагностический прибор, которому под силу и более трудные задачи, например, анализ работы сердца.

Медики утверждают, что во сне храпят около 10 процентов людей после тридцати лет, и состояние это не так уж безопасно. Храп может свидетельствовать о многочисленных

заболеваниях, например, об артериальной гипертонии, нарушениях сердечного ритма, надвигающемся инсульте или об инфаркте миокарда, – рассказывает руководитель проекта Sleepbedy Михаил Эрман. Зачастую храп приводит к внезапной остановке дыхания – апноэ. За ночь человек может испытывать до 500 кратковременных остановок, что приводит к недостатку кислорода. Длится апноэ обычно секунды, но иногда остановка дыхания может составлять до 2-3 минут, а в тяжелых случаях и больше. В организме происходят серьезные болезнетворные изменения: нарушается структура сна, появляется дневная сонливость, постоянная усталость, ухудшаются память и интеллект.

В мире около шести процентов людей имеют все признаки апноэ, причем большая часть даже не догадывается о том, что им пора к доктору. И болезнь прогрессирует: медицинская статистика свидетельствует, что после 50 лет этот процент значительно выше. Впрочем, насторожиться стоит только в том случае, если частота звуковых колебаний превысит определенный порог. Бывает ведь и абсолютно безопасное похрапывание, которое не представляет никакой опасности для спящего. Разве что мешает окружающим. Но как человеку самостоятельно определить, стоит ему волноваться из-за храпа или нет? Можно, конечно, пойти к сомнологам и, опутавшись проводами, попытаться заснуть в лаборатории.

К сожалению, многие даже к стоматологу идут только тогда, когда зубная боль заставляет искать пятый угол, – говорит Михаил Эрман. Поэтому мы решили предложить более простой и доступный вариант, чем поход к сомнологу. Теперь можно установить на обычный мобильный телефон программу, которая не только записывает дыхание в течение ночи, но и анализирует его. Проснувшись утром, вы смотрите результаты диагностики: храпели или нет, были ли остановки дыхания. Телефон подскажет, что нужно делать: повернуться ночью на другой бок и ни о чем не беспокоиться, задуматься о лишнем весе или все же обратиться к врачу.

Есть и практические результаты. Сейчас разработка используется в одном из подмосковных клинических санаториев, где изучают медицинские аспекты сна. Тесты прошли уже полсотни человек. Врачи определили, каким должно быть идеальное дыхание во сне, и сравнивают с этим эталоном полученные результаты реальных пациентов. На этой основе подбирают индивидуальный курс лечения.

Нивкин, Б. Найдена замена антибиотикам [Текст] / Б. Нивкин // Медицинская газета. – 2014. – № 85. – С. 13

Голландские учёные сообщают, что им, возможно, удалось найти альтернативу антибиотикам. Новое лекарство может быть использовано для защиты от бактерий, устойчивых к данным препаратам.

Результаты первого тестового испытания дают основания полагать, что фермент способен побороть смертельно опасные инфекции, которые вызывает бактерия метициллин-резистентный стафилококк. Более того, учёные утверждают, что шансы повышения резистентности бактерии к новому препарату весьма малы.

Открытие было сделано голландской компанией биотехнологий Microeos, которая представила результаты своего исследования на научном саммите в Лондоне.

Метициллин-резистентный стафилококк вызывает сложно излечимые и угрожающие жизни заболевания, такие как сепсис и пневмония. Бактерия резистентна к антибиотикам и представляет особую опасность в больницах и домах для престарелых.

Значение открытия особенно впечатляет в контрасте всё чаще звучащих заявлений экспертов о том, что устойчивые к антибиотикам бактерии представляют собой одну из главных опасностей для здоровья современного человека.

Новое лекарство основано на ферментах эндолизинах, которые присутствуют в вирусах и убивают бактерии. В рамках одного из исследований оно уничтожило метициллин-резистентный стафилококк у 5 из 6 человек, страдавших кожными заболеваниями.

Компания Microeos теперь намерена провести полномасштабное клиническое исследование препарата.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Шульгина, Т. Здоровое сердце, здоровый мозг [Текст] / Т. Шульгина // Медицинская газета. – 2014. – 22 окт. (№ 79). – С. 7.

В Курском государственном медицинском университете поддержали нынешнее стремление государства развивать профилактическое направление медицины, основанной на мотивации населения к ведению здорового образа жизни.

Так появился социальный проект «Здоровое сердце, здоровый мозг» в г. Курске. Главная идея проекта состоит в реализации профилактических мероприятий, направленных на повышение осведомлённости жителей Курска о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний и степени влияния этих факторов на актуальное состояние здоровья.

В настоящее время проектная мастерская КГМУ по реализации программы первичного скрининга и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний «Здоровое сердце, здоровый мозг» активно действует и объединяет в решении вопросов сохранения здоровья и профилактики болезней. О масштабах и перспективах новой инициативы говорит уже тот факт, что проектную мастерскую возглавляет ректор КГМУ, депутат Курской областной Думы, профессор Виктор Лазаренко.

В рамках проекта осуществляется целый комплекс мероприятий по пропаганде медицинских знаний и здорового образа жизни среди лиц с возможными факторами риска, родителей обучающихся и учителей в поддержание установки на здоровый образ жизни у школьников.

С опорой на уже накопленный опыт проводятся специальные скрининговые мероприятия и обследования среди населения Курской области для выявления факторов риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистой патологии и оценки эффективности их коррекции в амбулаторных условиях. Базовые исследуемые параметры: оценка возраста (старше 45 лет), отягощённости анамнеза, массы тела, уровня физической активности, АД, гликемия. Запланировано также массовое скрининговое обследование работоспособного населения в Курске (например, в вузах или школах).

Как известно, любой проект оценивается по результатам. Подведя промежуточные итоги лета 2014 г.: более 50 студентов, интернов, преподавателей клинических кафедр, врачей, прервав летний отдых, на волонтерских основаниях в июне – августе приняли участие в социальном проекте КГМУ «Здоровое сердце, здоровый мозг»; каждый выезд проходил в партнёрстве с Комитетом здравоохранения Курской области и медицинскими работниками лечебных организаций районов, фельдшерско-акушерских пунктов; порядка 500 пациентов, живущих в отдалённых районах области, стали участниками программы первичного скрининга и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, разработанной и реализованной учёными, сотрудниками и обучающимися КГМУ.

Данный проект востребован, важен с точки зрения повышения здоровья и качества жизни жителей региона, поддержан администрацией и лично губернатором Курской области Александром Михайловым.

Найденова, Н. Е. Оказание медицинской помощи по отказу от курения в условиях центра здоровья [Текст] / Н. Е. Найденова, Е. Е. Дмитриева, Н. Н. Зубарева // Заместитель главного врача. – 2014. – № 10. – С. 23-31.

В статье рассматривается опыт центра здоровья Томской областной клинической больницы по оказанию консультативной помощи в отказе от табакокурения. Изучена эффективность работы школы здоровья для желающих бросить курить. Выявлено, что значительной части слушателей (75,0-76,0%) удалось достичь желаемых результатов и изменить свое курительное поведение, отказались от курения 15,8-37,9% пациентов.

Табакокурение представляет серьезную опасность для здоровья населения, поскольку провоцирует развитие хронических неинфекционных заболеваний и является причиной преждевременной смертности. Вместе с тем табакокурение является одной из главных предотвратимых причин смертности и инвалидности населения в мире.

Результаты глобального исследования Всемирной организации здравоохранения (2009) свидетельствуют о том, что Россия занимает лидирующие позиции по распространению курения среди населения: курят 43,9 млн. взрослых граждан, что составляет почти 40,0% населения страны (60,2% мужчин и 21,7% женщин).

В настоящее время в Российской Федерации ратифицирована Рамочная конвенция по борьбе против табака, утверждены Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010-2015 годы и Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

В связи с этим организация доступной и эффективной медицинской помощи в отказе от курения является одним из перспективных направлений профилактики неинфекционных заболеваний.

Выявление, профилактика и лечение табакокурения являются частью программы профилактики хронических неинфекционных заболеваний, включающей формирование здорового образа жизни у населения, раннюю диагностику, коррекцию факторов риска и ранних признаков неинфекционных заболеваний.

Мероприятия по формированию здорового образа жизни, выявлению и коррекции факторов риска на индивидуальном и групповом уровнях осуществляются в основном в рамках первичной медико-санитарной помощи, и в первую очередь в центрах здоровья.

Одним из направлений деятельности центров здоровья, в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака», является профилактика табакокурения, повышение мотивации посетителей к отказу от курения, помощь в отказе от потребления табака.

Центры здоровья созданы и функционируют в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». Комплексное обследование в центрах здоровья проводится в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 26.09.2011 № 1074н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 г. № 597н».

При обращении в центр здоровья ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница» (далее – ОГАУЗ «ТОКБ») курящим лицам проводится базовое обследование, включающее спирометрию и измерение содержания угарного газа в выдыхаемом воздухе на анализаторе Micro CO. Проводится оценка степени никотиновой зависимости (тест Фагерстрема) и уровня мотивации к отказу от курения. Выявляются факторы риска хронических неинфекционных заболеваний, связанных с курением, и оценивается суммарный сердечно-сосудистый риск.

С учетом статуса курения предоставляется дифференцированная помощь по отказу от курения: индивидуальное поведенческое консультирование, направление в школу здоровья, на повторный прием в центр здоровья для динамического наблюдения, при необходимости (высокая степень никотиновой зависимости) – направление для лечения табачной зависимости в наркологический диспансер.

С 2013 г. при индивидуальном консультировании используется автоматизированная консультационная система «Лечение курящего человека» (разработчик – ФГБУ «НИИ Пульмонологии» ФМБА России), позволяющая осуществлять диагностику и планирование лечения пациента от никотиновой зависимости. В консультационной системе автоматически определяются степень никотиновой зависимости (тест Фагерстрема), уровень мотивации к отказу от курения, тип курительного поведения (по анкете Д. Хорна), производится расчет индекса курящего человека.

Все желающие отказаться от курения, прошедшие комплексное обследование в центре здоровья ОГАУЗ «ТОКБ», посещают групповые занятия по обучению и подготовке к отказу от табакокурения в школе здоровья для желающих бросить курить. Занятия в школе здоровья проводит врач-терапевт, прошедший специальную подготовку (тематическое усовершенствование) по программам «Вопросы организации и методологии ведения школ здоровья» и «Медицинская помощь по отказу от потребления табака и лечение курящего человека».

У всех обучаемых в школе здоровья рассчитывается индекс курящего человека, определяется тип курительного поведения по анкете Д. Хорна, проводится измерение содержания угарного газа в выдыхаемом воздухе и уровня карбоксигемоглобина на анализаторе Micro CO.

В процессе обучения в школе здоровья для каждого пациента разрабатывается индивидуальный план тактики отказа от курения в зависимости от статуса курения, с указанием даты отказа от курения, направлением на повторный прием в центр здоровья для динамического наблюдения или направлением для лечения в наркологический диспансер.

Результаты исследования показали, что деятельность школы здоровья для желающих бросить курить, организованной на базе центра здоровья ОГАУЗ «ТОКБ», является доступной формой получения лечебно-профилактической помощи для лиц, желающих отказаться от курения.

Занятия в школе здоровья в сочетании с индивидуальным консультированием пациентов на приеме врача центра здоровья способствуют повышению мотивации к отказу от курения и полному отказу от употребления табака.

Практика показывает, что при оказании в центре здоровья медицинской помощи по отказу от курения необходимо применять комплексный подход – с организацией индивидуального консультирования и групповых занятий в школе здоровья для обучения и подготовки к отказу от табакокурения.

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>