

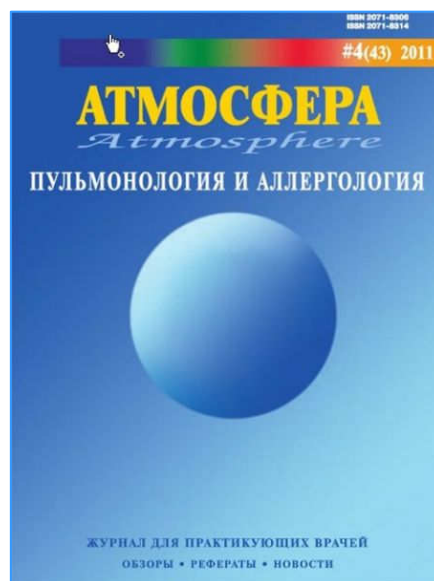


Самарская областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№ 8 (август), 2013



СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	12
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	19

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Михайлова, М. Повысить доступность и качество медпомощи [Текст] / М. Михайлова // Волжская коммуна. – 2013. – 1 авг. (№ 255). – С. 3.

На заседании Госсовета, посвященном развитию здравоохранения, президент РФ Владимир Путин потребовал исключить возможность замещения бесплатной медицинской помощи платной и призвал отказаться от неэффективных методов управления в здравоохранении.

Решению проблем медицины власти уделяют постоянное внимание. В конце прошлого года, реализуя «майские указы» президента, правительство приняло госпрограмму «Развитие здравоохранения», план мероприятий и программу госгарантий оказания бесплатной медпомощи. Положительные оценки людей есть, но лишь 35,4% граждан удовлетворены уровнем медицины. Эффективность работы во многом зависит от региональных властей.

Каждый из регионов принимает свою программу бесплатной медицинской помощи, но финансируются они с большим дефицитом. В прошлом году «дыра» была в 164 млрд. руб. (дефицит у 66 регионов), в этом – в 120 млрд. руб. (у 54 регионов). «Если есть гарантии, но нет средств, значит, нет и никаких гарантий», – рассудил Путин. Работой обязательного медицинского страхования он тоже остался недоволен – зачастую страховщики выступают лишь посредниками, не заинтересованными в повышении качества услуг и не несущими никакой ответственности.

На местах нужно увеличивать объемы неотложных услуг в поликлиниках, развивать систему дневных стационаров, указал Путин. Результат работы здравоохранения нужно измерять числом поправивших свое здоровье людей, считает глава государства.

Владимир Путин призвал Минздрав четко и без двойных толкований разъяснить населению, какие медуслуги платные, а какие – нет. В 70% случаях граждане платят только потому, что ничего не знают о программе госгарантий, заявил он. «Неразбериха ведет к коррупции и поборам, заставляет граждан оплачивать бесплатное, подрывает доверие к власти», – сказал президент. «Нужно исключить саму возможность замещения бесплатной помощи платной», – подчеркнул Путин. Частную платную медицину, конечно, надо тоже развивать, продолжил Путин. Она предоставляет лишь 2,2% медуслуг.

В программе госгарантий, которая впервые формируется на три года (2014-2016), водораздел между платным и бесплатным обязательно будет, пообещала президенту министр здравоохранения Вероника Скворцова. А журналистам позже объяснила: в России бесплатно все, кроме дорогих имплантатов, внеплановых обследований без направления врача (у взрослых диспансеризация бесплатна раз в три года, у детей – раз в год) и оригиналов некоторых лекарств.

Доступность медуслуг – еще одна проблема. В свое время, в «пылу» оптимизации затрат на здравоохранение, было закрыто немало фельдшерских пунктов и районных больниц, и селяне лишились даже первичной медпомощи. Нужно создавать передвижные центры здоровья, развивать санитарную авиацию, задействовать дистанционные формы медпомощи, поставил задачи Путин.

Вероника Скворцова сообщила, что новая федеральная программа развития села позволит увеличить прием пациентов в сельских поликлиниках на 7,5 тыс. человек за смену, планируется ввод в эксплуатацию 850 фельдшерско-акушерских пунктов и офисов врачей общей практики. Также рассказала о планах в 2014-2015 годах провести пилотные проекты по развитию санитарной авиации в четырех регионах с наибольшей труднодоступностью медпомощи – Дальнего Востока, Сибири и Севера России.

Нельзя забывать и про кадры. «Мы привыкли к термину «медицинские услуги», – заметил президент. – Но медицина – не сфера обслуживания. Ее недаром называют «искусством врачевания». Здесь важны такие качества, как милосердие и благородство, и их нужно воспитывать у студентов. Нужен тщательный отбор абитуриентов, учиться должны те, кто считает медицину своим призванием.

Президент предложил правительству проработать вопрос о мерах по закреплению медицинских кадров в регионах. Такой возможностью может стать целевая контрактная

подготовка. Эта норма предусматривает, что когда человек учится на бюджетном месте, то возможны дополнительные меры социальной поддержки, например, – выплата ежемесячной стипендии со стороны будущего работодателя. Если человек подписывает соответствующий договор, то на него могут быть возложены дополнительные обязательства, например, отработка в течение трех или пяти лет на определенном рабочем месте либо возврат социальных выплат, отметил министр образования Дмитрий Ливанов. «В целом в таком варианте, с такой подачей это возможно. Но надо продумать детально», – подвел итог Путин.

Участники заседания, среди них Вероника Скворцова, предложили направить часть акцизных сборов от табачной продукции на финансирование здравоохранения. Президент поручил ведомствам проработать эту тему. «Окрашивать» конкретные налоги под какие-то цели – это определенная экзотика, которая в некоторых странах применяется, но далеко не везде и нечасто», – добавил он. При этом Путин выступил против резкого повышения акцизов на табак и алкоголь. Нужны не столько запретительные меры, а просветительство, спорт, здоровый образ жизни, полагает он.

Скворцова заявила, что только за счет эффективного управления деньгами на медицину в ближайшие три года высвободится почти 300 млрд. руб. Зарплаты врачей, по ее словам, уже сейчас в полтора раза выше средних по экономике. А допустимое время на пациентов (сейчас терапевт может потратить на больного не более 12 мин.) и количество писанины (не все врачи имеют компьютеры) будут пересмотрены.

Управление государственной программой «Развитие здравоохранения» [Текст] // Главный врач. – 2013. – № 7. – С. 3-9.

Управление программой Российской Федерации "Развитие здравоохранения", утвержденной распоряжением Правительства РФ от 24.12.2012 N 2511-р (далее - Программа), требует комплексного подхода, для чего в составе Программы выделена специальная подпрограмма N 11 "Управление развитием отрасли" (далее - Подпрограмма).

На реализацию целей Программы (2013-2020 гг.) запланировано более 6 067 миллиардов рублей. Когда речь идет о триллионах рублей, вопросы контроля и оценки эффективности Программы приобретают особую актуальность. Тем более, что опыт нерационального использования финансовых средств на развитие здравоохранения уже имеется, начиная с непродуманных управленческих решений и кончая элементарной коррупцией и воровством.

Значительное число соисполнителей и максимальная вовлеченность региональных органов исполнительной власти в реализацию Программы говорит о критической важности вопросов межведомственной координации и выстраивания единого механизма управления для успешной реализации Программы. Это означает необходимость явного выделения функции управления и связанных с ней мероприятий в отдельную подпрограмму. При реализации государственной программы РФ "Развитие здравоохранения" целесообразно применение проектного подхода к управлению, формирование специализированных органов управления программой, выделение в отдельные мероприятия действий, направленных на создание и поддержку функционирования инструментов управления в здравоохранении.

В рамках реализации Программы необходимо создание эффективной системы информационно-аналитического обеспечения принятия решений. В условиях глобальной конкуренции (в т.ч. и конкуренции за привлечение и удержание человеческого капитала) необходимо существенно повысить возможности оперативного реагирования на изменение ситуации, максимально сократить сроки получения информации о ходе реализации Программы. Это возможно сделать только при выработке единой централизованной политики информационного обеспечения.

В рамках перехода на одноканальную модель финансирования медицинской помощи в системе ОМС должны быть созданы управленческие механизмы, определяющие развитие федеральных государственных учреждений. Большинство современных научно-исследовательских проектов носит межведомственный и междисциплинарный характер, таким

образом, становится неактуальным деление учреждений по видам деятельности (образовательные, научные и лечебные) и, как следствие, управление видами деятельности. Необходимо рассматривать федеральные государственные учреждения как сосредоточение различных компетенций в рамках единого коллектива профессионалов. Для эффективной реализации научного потенциала каждое из учреждений должно иметь определенные цели, а также возможности для их достижения (инфраструктуру), объединенные в единую стратегию развития. По мере выработки указанных сценарных решений внутренняя структура Государственной программы будет претерпевать определенные изменения.

С учетом принятия Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации до 2025 года, Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года и в целях модернизации сферы здравоохранения, направленной на повышение эффективности и качества оказания медицинских услуг, с учетом перехода на "эффективный контракт", в 2013 году будут разработаны региональные программы развития здравоохранения, а также планы перспективного развития подведомственных Минздраву России, ФМБА, РАМН федеральных учреждений, осуществляющие медицинскую, научную и образовательную деятельность. Отдельной проблемой, согласно Концепции долгосрочного развития, является недостаточная приспособленность системы государственной статистики к целям управления инновационным развитием. Статистические данные, отражающие ключевые параметры инновационного развития, становятся доступными с лагом в несколько лет. Формы государственного статистического наблюдения позволяют оценить качество проводимых мероприятий, что особенно актуально для мероприятий, являющихся новыми для российской системы здравоохранения (например, паллиативная помощь). В связи с этим необходимо изменение аналитичности форм государственного статистического наблюдения, чтобы они могли быть в полной мере соотнесены с проводимыми в рамках реализации Государственной программы мероприятиями, отражали взаимное влияние проводимых мероприятий и порядков оказания медицинской помощи. В той же мере данная проблема относится и к аналитичности бюджетного процесса.

Как следствие, Программа, являясь основным управленческим документом развития здравоохранения в масштабах государства, может и должна быть поэтапно переструктурирована по мере формирования необходимых аналитических признаков в соответствии с утвержденной структурой Программы. Соответственно, предполагается в течение 2013-2014 годов пересмотр объемов и распределения средств, выделяемых на реализацию мероприятий Программы. Имеющиеся в настоящее время финансовые инструменты не позволяют выделять финансирование по отдельным мероприятиям Программы. Реализация мероприятий Государственной программы требует поэтапного повышения аналитичности финансовой структуры ее подпрограмм и возможного перераспределения финансовых потоков между мероприятиями в зависимости от их эффективности и влияния на достижение показателей Государственной программы.

Согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации политика государства, в т.ч. ориентирована на обеспечение эффективности системы государственного управления. Это особенно актуально в условиях усиливающейся глобальной конкуренции, которая также приобретает характер конкуренции не только в сфере бизнеса, но и в сфере систем государственного управления. В этой связи реализация масштабных инвестиционно-направленных государственных программ должна быть в высокой степени сопряжена с применением самых современных стандартов управления при их реализации.

Для реализации Подпрограммы "Управление развитием отрасли" запланированы следующие мероприятия:

1. информационно-аналитическая поддержка реализации Государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения";
2. информатизация здравоохранения, включая развитие телемедицины;
3. реализация функций центральных аппаратов исполнителей Программы.
4. усовершенствование статистического наблюдения в сфере здравоохранения.

Какой быть электронной карте? [Текст] // Медицинская газета. – 2013. – 26 июля (№ 55). – С. 3.

В статье рассказывается о заседании рабочей группы по вопросу создания сервиса «Электронная медицинская карта».

При создании электронной медицинской карты важно учитывать, сколько времени занимают заполнение базовой части электронной карты и ввод медицинской информации, насколько это облегчит работу медицинского работника, – отмечали участники заседания.

– Одна из задач состоит в том, чтобы наладить эффективную и максимально удобную систему заполнения базовой информации электронной карты, – комментирует заместитель директора Департамента информационных технологий и связи Роман Сафронов. – По поручению министра в течение июля-августа специалисты Минздрава России проверяют все регионы, чтобы на месте определить степень готовности учреждений к переходу на электронную медицинскую карту. А также оказывают методическую поддержку специалистам на местах по внедрению электронной медицинской карты в повседневную деятельность. На данный момент проинспектировано около 30 регионов.

«Вариант структуры сведений электронной медицинской карты, который сейчас одобрен, разрабатывался более года с участием главных внештатных специалистов Минздрава России и ведущих медицинских и научно-исследовательских организаций в сфере здравоохранения, – говорит Роман Сафронов. – В ближайшее время должен быть подготовлен проект приказа о порядке перехода на электронную медицинскую карту».

По словам заместителя министра Игоря Каграманяна, внедрению электронной медицинской карты должна предшествовать широкая разъяснительная работа: «В процессе внедрения может потребоваться корректировка, доработка медицинских информационных систем. Но это не застывшее образование, структура электронной медицинской карты будет постоянно совершенствоваться, появятся необходимые службы информации, новые методы диагностики».

Плутницкий, А. Н. Применение универсальной информационной системы в процессе SWOT-анализа при планировании и реализации региональных программ здравоохранения [Текст] / А. Н. Плутницкий // Здравоохранение Российской Федерации. – 2013. – № 3. – С. 26-29.

В статье описано применение универсальной информационной системы (ИС) в процессе SWOT-анализа, которая позволяет осуществлять анализ стратегического окружения медицинских организаций (МедО) ее сильных (С) и слабых (W) сторон, возможностей (О) и угроз (Т). С использованием ИС обеспечивается аналитическое предвидение при разработке стратегии деятельности медицинских организаций по реализации программ здравоохранения; прогнозирование потенциала медицинской организации на основе влияния сильных и слабых сторон МедО в существующих возможностях и угрозах по направлениям и эффективности реализации программ здравоохранения; возможность широкого использования ИС в работе органов управления здравоохранением и медицинских организаций при решении важнейших государственных задач для обеспечения экономической стабильности.

Для решения проблем, связанных со стратегическим планированием и реализацией медицинскими организациями (МедО) Московской области (МО) долгосрочных целевых программ "Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера в Московской области на 2009-2012 гг.", "Модернизация здравоохранения Московской области на 2011- 2012 гг." и ряда других, создана универсальная информационная система (ИС), которая позволяет анализировать и моделировать ход реализации любых программ здравоохранения, а также сохранять необходимые сведения для оценки эффективности их выполнения.

Стратегическое планирование – это процесс определения стратегии и принятия решений по распределению ресурсов в рамках этой стратегии, включая финансовые и кадровые ресурсы. Стратегическое планирование – одна из функций управления, которая обеспечивает основу для

всех управленческих решений, т. е. именно то, что требуется для МедО при планировании и реализации долгосрочных целевых программ здравоохранения.

Важнейшим принципом стратегического управления является изучение окружающей внешней и внутренней среды, обуславливающей и влияющей на работу МедО по реализации программ. В качестве одного из наиболее распространенных методов анализа стратегического окружения системы, используется анализ ее сильных (С) и слабых (С) сторон, ее возможностей (В) и угроз (У) (сокращенно ССВУ-анализ, в английской транскрипции SWOT-анализ).

В качестве экспертов при выполнении SWOT-анализа привлекаются главные специалисты Министерства здравоохранения МО по соответствующему направлению, руководители органов управления здравоохранением и МедО, а также независимые специалисты для обеспечения объективного взгляда со стороны.

Всем экспертам задаются вопросы, которые заранее внесены в программу, отражающую сильные и слабые стороны МедО, а также возможности и угрозы, которые имеются или могут появиться в ходе реализации программ. Анализируется внешняя ситуация, выделяются наиболее существенные для МедО в конкретный период времени факторы, влияющие на реализацию программ. Помимо этого, эксперты сами могут внести соответствующие факторы в программу, которые включаются в SWOT-анализ.

Для экспертов подготовлена памятка для выявления, формирования и балльной оценки факторов внутренней и внешней среды, используемых в SWOT-анализе. При этом разъясняется, каким образом избежать ошибок, чтобы при формулировке факторов не допустить подмены угроз слабыми сторонами, а также возможностей сильными сторонами и наоборот. Тем более не допускается излагать в виде факторов их комбинации или сочетания из исходных факторов сильных, слабых сторон, возможностей и угроз.

Все оставшиеся для анализа факторы включаются в матрицу для SWOT-анализа по степени их важности (весомости). Созданная таким образом матрица представляет структурированное информационное поле в котором руководители любого уровня могут стратегически ориентироваться и принимать решения по ходу реализации программ здравоохранения.

Перечисленные факторы не являются исчерпывающими. В зависимости от специфики МедО и программ могут выявиться и другие факторы, требующие тщательного анализа. В то же время не следует скрупулезно анализировать в любых ситуациях все вышеперечисленные параметры. На данном этапе важно не только объективно оценить параметры, но и выбрать среди их множества ограниченный ряд существенно важных по влиянию на МедО и реализацию программ здравоохранения.

В процессе проведения SWOT-анализа при составлении матриц "качественного" стратегического анализа возможностей и ограничений получены статистически достоверные коэффициенты множественной корреляции и регрессии сильных и слабых сторон, возможностей и угроз по оценке потенциала МедО и их влиянию на возможность реализации Программ. При этом под потенциалом МедО понимается степень участия сильных и слабых сторон МедО в существующих возможностях и угрозах по реализации Программ, выраженная в процентах или долях единицы.

Применение программного комплекса для SWOT-анализа при планировании и реализации региональных программ здравоохранения позволяет осуществлять стратегическое управление деятельностью медицинских организаций. Созданный программный комплекс обеспечивает:

- аналитическое предвидение при разработке стратегии деятельности органов управления здравоохранением и медицинских организаций по реализации программ;
- прогнозирование потенциала медицинской организации на основе влияния сильных и слабых сторон МедО в существующих возможностях и угрозах в соответствии с целями, задачами и эффективностью реализации Программ;
- возможность широкого использования в работе органов управления здравоохранением и медицинских организаций различных уровней для решения важнейших государственных задач и обеспечения экономической стабильности.

ЕМИАС ограничит количество записей к врачу [Текст] // Здравоохранение: развитие, управление, инновации. – 2013. – № 5. – С. 43.

За год работы единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС) в лечебно-профилактических учреждениях Москвы и интенсивного пользования пациентами услугой электронной записи, система, важнейшей составляющей функционала которой является аналитика, выявила серьезную проблему. Обработав достаточное количество статистических данных, ЕМИАС пришла к выводу, что самой распространенной жалобой со стороны пациентов является невозможность записаться к нужному врачу на ближайшее время. При этом оказалось, что одной из причин этой проблемы стали недобросовестные пользователи системы.

До сегодняшнего дня интерфейсы самостоятельной записи к врачу – инфомат, мобильное приложение ЕМИАС, сайт rgu.mos.ru – не ограничивали число возможных записей пациента к одному и тому же специалисту. Это приводило к тому, что некоторые люди записывались на разное время к одному или даже к нескольким врачам одной специальности. Уже после этого они выбирали удобное для посещения врача время и день. Определившись, пациент отправлялся на прием, а неиспользованные им записи пропадали. Они оставались недоступными для других пациентов, что приводило и к недоступности специалистов: из-за «занятых» интервалов в работе врача ЕМИАС предлагала ближайшее время записи минимум через неделю-две. Образовывались очереди, увеличивалось число недовольных пациентов.

Как рассказали SNews представители ЕМИАС, после анализа ситуации, было принято решение изменить порядок и механизм самостоятельной записи – вернуть большинству пациентов закрытые прежде окна свободных интервалов для записи, а значит, обеспечить им возможность получить медицинскую помощь раньше. Поэтому теперь правила изменятся: если у пациента существует активная, то есть неиспользованная и неотмененная запись к специалисту, ЕМИАС проинформирует, что для повторной записи придется либо посетить врача в ранее выбранное время, либо отменить запись, воспользовавшись любым доступным способом, будь то московский сайт госуслуг rgu.mos.ru, инфомат, мобильное приложение или телефон службы записи.

Следует сразу оговориться, что данная мера не коснется записей по направлению от лечащего врача или специалистов, к которым прикреплен пациент с хроническим заболеванием, нуждающийся в регулярном наблюдении.

Новый порядок даст видимый и быстрый результат, считают разработчики ЕМИАС.

Мировой тренд Digital Health приобретает популярность в России [Текст] // Здравоохранение: развитие, управление, инновации. – 2013. – № 5. – С. 44.

В отечественную медицину постепенно внедряются IT-технологии. Не исключено, что скоро история болезни будет в электронной базе данных, а о запланированном визите к врачу и времени приема лекарств напомнит интернет-приложение. Пока эра электронного здравоохранения только наступает, у российских стартаперов есть немало шансов начать свой бизнес в этой сфере и получить инвестиции до \$100 000.

Такие возможности предоставляет, например, бизнес-инкубатор MedXpoint, помогающий создавать проекты, в которых работают совместно предприниматели, врачи и IT-специалисты. Процент долевого участия инкубатора с каждым проектом обсуждается в частном порядке, но, как правило, не выходит за рамки 25-30%. Предполагается инвестирование в мобильные, веб-, IT- и технологические разработки в области медицины и здоровья.

Также для помощи проектам в сфере Digital Health недавно была создана Ассоциация медицинских стартапов.

«Одной из важнейших причин, сдерживающих развитие российских стартапов в медицинской сфере, является отсутствие у них отраслевой экспертизы и связей на локальном и зарубежном рынках, – говорят основатели Ассоциации. – Системное решение этой проблемы поможет стартапам определить прикладное применение своих технологий. Это приведёт к более

эффективной коммерциализации и заключению крупных контрактов с государственными организациями».

Система здравоохранения в России остро нуждается в модернизации инфраструктуры и в увеличении количества высококвалифицированных специалистов. Конечно, это не все проблемы отечественной медицины – пациенты сталкиваются с неэффективностью лечения, коррупцией, страдают от врачебных ошибок. Но Россия может использовать опыт европейских стран и позаимствовать у западной модели здравоохранения некоторые идеи.

Для информатизации здоровья, в первую очередь, необходимо повсеместное введение электронных медицинских карт (ЭМК).

«В России работы по приведению ЭМК к единому формату начнутся в этом году, и до конца 2013 г. техническая возможность их ведения будет обеспечена», – уверяет Роман Ивакин, директор Департамента информационных технологий и связи Минздрава России.

Также приоритетным считается направление телемедицины – при использовании её достижений, например, доктор из Москвы сможет консультировать через компьютерную сеть пациента из Алжира. Но встает вопрос о сохранности персональных данных.

Именно опасения того, что «личная информация попадёт не в те руки», в 2010 году тормозило внедрение e-Health в Латвии. Действительно, если недоброжелатель найдет брешь в системе безопасности, данные, являющиеся личной и врачебной тайной, могут попасть в интернет. То же с электронной выдачей рецептов – любой сбой может привести к тому, что пациенты не смогут приобрести необходимые им лекарства.

Тем временем во многих российских регионах уже работают системы электронной записи к врачу, электронная медицинская документация и другие элементы информатизации здравоохранения.

Есть и примеры интересных российских медицинских стартапов. Например, DonorSearch.ru, получивший в марте \$25 000 от StartFellows. Волонтерский проект дает возможность донорам и людям, нуждающимся в них, быстрее и проще находить друг друга – с помощью социальных сетей.

ClinicIQ – онлайн сервис для управления стоматологической клиникой. Основатели компании уверяют, что врачи, директора клиник и администраторы смогут распоряжаться финансами, выставлять счета и работать с любой информацией, не читая инструкций – настолько прост интерфейс. Ну а модуль с профилями сотрудников напоминает страницу в социальной сети: есть кнопки «Добавить» и «Показать уволенных». В феврале 2013 года ClinicIQ стал резидентом бизнес-инкубатора MedXpoint.

Российский рынок Digital Health развивается, эксперты считают его перспективным. От бизнесменов нужно только больше интересных проектов, идей и энтузиазма.

Коновалов, А. А. Опыт внедрения информационных технологий в рамках региональной программы модернизации здравоохранения: итоги и перспективы [Текст] / А. А. Коновалов // Врач и информационные технологии. – 2013. – № 4. – С. 6-10.

В статье приводится анализ результатов реализации мероприятий раздела «Внедрение современных информационных технологий в здравоохранение» областной Программы модернизации здравоохранения Нижегородской области на 2011-2012 годы. Дана оценка достижения целевых индикаторов программы и динамики базовых показателей информатизации учреждений здравоохранения области, намечены пути закрепления положительной динамики в исполнении масштабных задач информатизации здравоохранения и обеспечения максимальной эффективности от вложений.

В 2012 году в сфере информатизации здравоохранения были поставлены две значительные по масштабу задачи: организация электронной записи на прием к врачу и ведение электронной медицинской карты. В целях решения поставленных задач в Нижегородской области были проведены следующие мероприятия.

В 194 учреждениях организована ведомственная защищенная сеть на основе широкополосных резервированных защищенных каналов связи и локальных вычислительных сетей.

Организован центр обработки данных (ЦОД) Министерства здравоохранения Нижегородской области.

Оснащены компьютерным оборудованием в соответствии с архитектурой «тонкий клиент» 2377 рабочих мест, обучены специалисты, в том числе с использованием системы дистанционного обучения.

Функционирует в режиме опытной эксплуатации единая региональная медицинская информационная система, при этом предусмотрена совместимость с унаследованными информационными системами.

В итоге по результатам за 2012 год рекордно – на 25,8% – вырос показатель обеспеченности автоматизированными рабочими местами учреждений здравоохранения. При этом техническая оснащенность рабочих мест увеличилась более чем в два раза и составила 0,42 на одного медицинского работника.

Практически вдвое (+90%) выросла обеспеченность серверным оборудованием. Фактическое наличие защищенных локально-вычислительных сетей в медицинских учреждениях увеличилось на 78,9% и составило 91% (от общего числа учреждений).

Наряду с ростом показателей технической оснащенности учреждений, необходимо особо отметить, что архитектура созданной информационной системы построена по признанно эффективной и перспективной на данный момент «облачной» технологии и реализует принципы централизованного использования однократно введенных данных, – одно из непереносимых условий для эффективного решения задач по улучшению качества и доступности медицинской помощи при условии охраны персональных данных и широких возможностей интеграции.

Использование централизованной аппаратно-программной базы способствует ведению единой базы данных медицинской помощи. В настоящий момент персональные данные 98% населения области конвертированы в формат электронной медицинской карты и доступны для редактирования во всех 194 учреждениях, оказывающих медицинскую помощь.

Электронная услуга записи на прием к врачу в Нижегородской области функционирует с декабря 2012 года в 125 учреждениях, оказывающих амбулаторную помощь. Услуга доступна через Портал государственных услуг Российской Федерации <http://gosuslugi.ru>, через Региональный портал записи на прием к врачу <http://регистратура52.рф>, и через информационные киоски (инфоматы).

С начала введения в действие электронной регистратуры в области записались на прием свыше 25 тысяч человек, доля записей в электронном виде составила около 6% от общего числа предварительной записи.

В ходе реализации региональной Программы модернизации здравоохранения Нижегородской области на 2011-2012 годы достигнута беспрецедентная динамика количественных показателей оснащенности учреждений здравоохранения.

Проведенные изменения осуществлены в рамках единой государственной политики в сфере информатизации здравоохранения и построены на современной качественно новой аппаратно-программной базе.

Данилова, Л. В. Обзор автоматизации медицинских учреждений г. Оренбурга [Текст] / Л. В. Данилова // Врач и информационные технологии. – 2013. – № 4. – С. 22-30.

В данной статье проанализировано развитие информационных технологий в сфере здравоохранения Оренбургской области на примере областного центра. Описана медицинская информационная система «Антибиотик+».

Согласно официальным данным, предоставленным Министерством здравоохранения Оренбургской области, в среднем на одну организацию на конец 2012 года приходится 138 персональных компьютеров, в 2006 году их было 51 (рост на 267%). Одно компьютеризированное рабочее место теперь приходится на четырех медицинских работников, в 2006 году этот показатель составлял 1 ПК на одиннадцать медицинских работников.

Одной из первоочередных задач автоматизации организационно-методического отдела и управленческого аппарата организации с использованием современных информационных технологий является внедрение внутреннего и внешнего электронного документооборота. Согласно данным, предоставленным ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», в шести учреждениях здравоохранения г. Оренбурга установлено по 1 рабочему месту программы «Электронный документооборот» на базе IBM LotusNotes.

Не менее важной задачей является развитие полноценного управленческого учета, который будет включать в себя оперативную информацию из отделов, занимающихся финансово-хозяйственной, медицинской, организационно-методической, административно-хозяйственной деятельностью. На рассматриваемом этапе информатизации здравоохранения в г. Оренбурге всесторонний полноценный управленческий учет не реализован.

В 2012 году для автоматизации клинических функций в поликлиниках используются две медицинские информационные системы: МИС «Поликлиника» компании «Медотрейд», которая установлена в двух поликлинических учреждениях, и МИС «Антибиотик+», которая установлена в 31 поликлинике г. Оренбурга.

Подсистема «Поликлиника» разработана для выполнения функций: управление потоками пациентов в поликлинике; создание протоколов осмотров с использованием шаблонов; формирование лекарственных назначений при сопровождении справочника стандартов лечения, утвержденного Минздравом РФ, и справочника МКБ10; работа с отчетными и учетными медицинскими формами, необходимыми для работы медицинского персонала, оказывающего первичную медико-санитарную помощь.

Внедрение МИС «Антибиотик+» началось в 2001 г. и до 2007 года она была внедрена во все поликлиники, оказывающие первичную медицинскую помощь населению. Всего было установлено 344 рабочих места. Таким образом с 2007 года клиническая деятельность участковых служб системы здравоохранения города была автоматизирована, начато использование электронных медицинских карт.

Важной особенностью МИС является возможность исследования медицинской карты на присутствие в ее тексте любых словосочетаний.

Например, необходимо выяснить, были ли у пациента когда-либо оперативные вмешательства. Вводя соответствующие слова в строку запроса, пользователь в результате поиска получит все случаи, когда данное слово упоминалось в карте пациента с указанием документа. Эти возможности значительно сокращают время, требуемое для изучения информации при разборе клинического случая.

Программа «Антибиотик+» ускоряет формирование отчетных форм с удобной организацией данных, а автоматическое построение динамических диаграмм для любой информации, имеющей числовое выражение, дает более наглядное ее представление при анализе.

Принципы современного проектирования интерфейса максимально предотвращают совершение ошибок ввода данных при взаимодействии пользователь – МИС. При разработке информационных систем для выполнения клинических функций это наиболее актуально, так как на чаше весов стоит человеческая жизнь. МИС «Антибиотик+» информирует о возможных ошибочных действиях медицинского персонала при назначении лекарственных средств, которые имеют возрастные ограничения и/или противопоказаны конкретному больному, согласно его аллергологическому анамнезу.

В декабре 2009 года была организована диспетчерская служба на базе Государственного автономного учреждения здравоохранения «Детская городская клиническая больница» (ГАУЗ ДГКБ). Для ее автоматизации установлен модуль «Регистратура» программы «Антибиотик+». Данный модуль позволяет контролировать потоки информации и оптимизировать маршруты направлений пациентов при проведении обследования, консультаций и лечения ребенка. Контроль выполнения, своевременности проведения мероприятий по лечению и оздоровлению, контроль выполнения плана диспансерного наблюдения способствуют составлению индивидуального маршрута для каждого пациента. С помощью данного модуля можно формировать планы, графики госпитализации и контролировать нагрузку на персонал

медицинских учреждений путем перераспределения потоков пациентов. При изменении графика приема врачей используются функции автоматического оповещения при помощи sms или e-mail-рассылки уведомлений для записавшихся на прием пациентов. Диспетчерский центр реагирует на запросы, возникающие у пациентов при обращении их за медицинской помощью непосредственно в центр, и запросы, поступающие от специалистов системы здравоохранения. С появлением сервиса «Запись на прием к врачу» через Интернет-портал www.orendocor.ru, интегрированный с соответствующим модулем МИС «Антибиотик+», нагрузка на Диспетчерский центр несколько уменьшилась, но востребованность в данной службе продолжает оставаться высокой.

За последние два года система здравоохранения Оренбургской области значительно продвинулась в направлении внедрения ИТ и полноценного их функционирования. Тем не менее, объем запланированных мероприятий, указанных в дорожных картах по реализации проектов по вводу в эксплуатацию сервисов «Запись на прием к врачу в электронном виде» и «Электронная медицинская карта», концепции создания единой государственной системы в сфере здравоохранения, утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 28.04.2011, и целевой программы «Модернизация здравоохранения Оренбургской области на 2011-2012 годы» по разделу «Внедрение современных информационных систем в здравоохранение» к датам завершения был выполнен приблизительно на 76%, что соответствует идентичной ситуации, складывающейся в подавляющем большинстве регионов РФ.

В рамках данной целевой программы в 92% учреждений от запланированных созданы локально вычислительные сети за 2011-2012 годы, технически оснащены рабочие места медицинского персонала, установлены многофункциональные печатающие устройства, в 42 медицинских организациях появилась возможность совершать обмен медицинскими данными по защищенным каналам технологии VipNet.

До 2020 года планируется автоматизировать 80% рабочих мест врачей и медицинских сестер – это 11 570 АРМ. На начало 2013 года установлены 8699 АРМ (60,15 % от запланированного). На данный момент коэффициент оснащенности составляет приблизительно 138 ПК, приходящихся на 1 МО, или 1 персональный компьютер для работы четырех человек (врачей и медицинских сестер). В 119 (96%) организациях системы здравоохранения Оренбургской области, оказывающих медицинскую помощь, есть свой информационный ресурс в сети Интернет, программно-техническая поддержка осуществляется посредством работы отделов АСУ внутри медицинских организаций, а также при необходимости специализированной фирмой на основании заключенного договора, в том числе с ГБУЗ «МИАЦ» г. Оренбурга.

В настоящее время проводятся мероприятия по созданию ЕГИЗ. Планируется интеграция МИС с региональным сегментом информационной системы.

Далее в статье приведено сравнительное исследование эффективности ведения бумажной и электронной медицинской карты.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Гапонова, Е. Мастерство, помноженное на опыт [Текст] / Е. Гапонова // Медицинская газета. – 2013. – 26 июля (№ 55). – С. 2.

В статье речь идет о том, что врачи окружного кардиологического диспансера «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» в Сургуте успешно выполнили сложную высокотехнологичную операцию по эндопротезированию брюшной аневризмы аорты.

Рентгенохирурги кардиоцентра совместно с московскими коллегами выполнили установку стент-графта 70-летнему пациенту. Мужчина наблюдался с хронической аневризмой аорты в кардиоцентре, и при очередном обследовании у него была выявлена отрицательная динамика – аневризма начала увеличиваться. Врачами было принято решение об оперативном лечении.

Сложность методики заключается в том, что для каждого пациента необходимо подобрать индивидуальные размеры стент-графта (что увеличивает время подготовки к оперативным вмешательствам) и провести его через небольшой разрез в паховой области к месту поражения аорты. Несмотря на сложную методику хирургического лечения аневризмы аорты, опыт рентгенохирургов кардиоцентра позволил успешно выполнить операцию по намеченному плану.

Лалаянц, И. Новые мишени для лечения рака [Текст] / И. Лалаянц // Медицинская газета. – 2013. – 10 июля (№ 50). – С. 13.

В статье представлен материал о новых подходах к лечению рака, которые предлагают ученые.

Сотрудники одного фармацевтического гиганта получили с помощью рентгеноструктурного анализа 3D-картинку большого восьмимерного (октамера) комплекса, образуемого в клетках молекулами фермента метилтрансферазы и белка метилосомы (MEP).

Полученная учёными картина позволила увидеть семиллопастной «пропеллер» MEP, с помощью которого осуществляется связь с метилтрансферазой. Активация её «продлевает» жизнь опухолевых клеток. В свою очередь, мутации в гене MEP, нарушающие связь двух протеинов, оказывают прямо противоположное действие. «Активирующие» мутации MEP часто выявляются при раке простаты и яичников. Опухоли последних чаще всего идут «в связке» с раковой трансформацией эпителиальных клеток млечных протоков груди, к чему ведут изменения в гене BrCa (Breast Cancer). В норме белок, кодируемый геном BrCa, поддерживает репарацию ДНК, разрывы цепей и мутации которой происходят постоянно. Сигнал к включению гена даёт недавно обнаруженные в ДНК переключатели, отвечающие за правильную работу геномных «корректоров», отвечающих, в свою очередь, за правильность считывания генетического кода, а также снятия метильных «тормозов». За поддержание нормального статуса клетки отвечает также и ген Umbrea (umbra - тень, зонт), выключение которого приводит к нарушению деления и гибели клетки. Тем самым белок Umbrea не «разрешает» аномально делящимся клеткам давать потомство, о чём сотрудники Мюнхенского университета сообщили в Science.

Сейчас ни для кого не секрет, что сигнал в клеточный геном запускается с мембраны, в которую встроены различные белковые рецепторы, улавливающие не только вещества, необходимые для нормальной жизнедеятельности клетки, но и вирусы. Природу рецепторов для вируса полиомы выяснили сотрудники Тюбингенского университета и Университета Брауна в США. Интерес к их работе связан с тем, что они изучали рецепторы на поверхности клеток белого вещества мозга (астро- и олигодендроцитов), рост которых даёт основную долю глиом. К тому же эти клетки синтезируют миелин, который необходим для надёжной изоляции быстро проводящих нервных волокон (аксонов). Нарушения миелинизации нервов ведёт к рассеянному склерозу, так что в который раз проявилась связь между опухолевыми и нейроде- генеративными заболеваниями.

Раковые клетки отличаются от нормальных чрезмерной подвижностью, связанной с состоянием подмембранного цитоскелета из белков актина и миозина (они составляют основу наших мышц). На состояние комплекса влияет протеин TGF, или трансформирующий фактор роста (Transforming Growth Factor), действие которого включает ген Sox, являющийся одним из четырёх факторов репрограммирования клеток. Этот процесс связан с деметилированием генома и переводом обычных клеток кожи в индуцированное состояние, близкое по своим характеристикам к состоянию эмбриональных стволовых клеток. Так довольно просто регулируется переход к клеточному делению, а в случаях патологии - переход из эпителиального состояния в мезенхимальное (EMT - Epithelial-Mesenchymal Transition) и к метастазированию. О довольно неожиданной роли Sox сообщили учёные Базельского университета и соседнего с ним Института Ф.Мишера, ещё в середине XIX в. открывшего нуклеин, с чего и началась вся современная биология с её нуклеиновыми кислотами. С швейцарцами согласны авторы статей в

Nature Cell Biology и European Physical J., описавшие новые мишени для действия лекарств будущего.

На сегодня в распоряжении врачей, занимающихся лечением опухолей груди и меланомы, - довольно ограниченный арсенал, к «магическим пулям» которого быстро возникает резистентность. Все сегодня знают о моноклональных антителах Herceptin (трастузумаб), применяемых у женщин с HER-позитивными (Human EGF Receptor) опухолями молочной железы. EGF - это эпидермальный фактор роста, или белок, который необходим для роста и размножения эпителиальных клеток. Сотрудники Алабамского университета в Бирмингеме предложили вернуться к старой практике лечения опухолей изотопами, но модернизировать подход с помощью специфических антител. Известно, что радий-224 даёт радиоактивный свинец РЬ-212, который, в свою очередь, даёт висмут (Bi-212), испускающий альфа-частицы. Антитела позволяют доставить убийственный для раковых клеток изотоп точно по назначению.

Испытания на мышах показали, что радиоактивность концентрируется в брюшной полости вблизи от метастазов опухолей желудка и яичников. Альфа-частицы «тяжёлые», в силу чего быстро поглощаются клетками и не «растекаются» по организму. Исследование токсичности через полгода после введения комплекса показало отсутствие признаков таковой, а также невовлечённость в процесс клеток костного мозга и других тканей. В настоящее время проводятся клинические испытания, в которых в общей сложности примут участие 18 пациенток с Herceptin-резистентными опухолями молочной железы (у 7 из первых 8 был ещё и рак яичников).

Принципиально иной подход предложили в Университете Дьюка в Дареме. До сих пор апологеты генной терапии исходили из того, что введённый в клетки «хороший» ген исправит «плохой» - болезненный (однако всё происходило как раз наоборот). Учёные, проводившие своё исследование на клетках людей, страдающих миодистрофией Дюшенна, вводили в них синтетический TALEN, или фермент нуклеазу, который подобно внимательному корректору исправляет ошибки ДНК. Подобного рода нуклеазы можно вводить и в клетки опухолей. Для многих из них уже известны конкретные мутировавшие гены, исправление которых нормализует клеточный геном, что приведёт к излечению.

Горский, Ю. Пломбы – в Лету [Текст] / Ю. Горский // Медицинская газета. – 2013. – 10 июля (№ 50). – С. 13.

В статье рассказывается о том, что учёные продвинулись в лечении кариеса и надеются, что им удастся восстановить ткани зуба и избежать болезненной процедуры удаления зубного нерва. Ряд испытаний на животных показали, что процедуры, связанные со стволовыми клетками, способствуют восстановлению крайне важной живой ткани зуба – пульпы.

Исследователи от Южной Кореи и Японии до США и Великобритании работали над тем, чтобы стволовые клетки начали регенерировать пульпу. Процесс все ещё находится на ранних этапах разработки, но в случае успеха он может означать сокращение или даже устранение необходимости болезненного удаления зубного нерва.

«Вся концепция регенерации пульпы состоит в том, чтобы попытаться сохранить зуб живым... Это означает, что естественные механизмы защиты зуба будут сохраняться», – говорит специалист по биологии ротовой полости профессор Бирмингемского университета (Великобритания) Тони Смит.

Некоторые учёные сосредоточились на выращивании полностью новых зубов. Большинство пытается вырастить новую здоровую пульпу внутри твёрдой оболочки зубной эмали, либо стимулируя рост стволовых клеток, либо лучше контролируя воспаление, вызываемое инфекцией. Сложности с выращиванием новых зубов составляет генерирование не только нужной ткани, но и правильной её структуры, а также вопрос, как поместить новый зуб или новую пульпу во рту, считает Рена Д'Суза, профессор биомедицины из стоматологического колледжа Бэйлора (Техасский университет, США).

Она и её коллеги работают над регенерацией пульпы при помощи гидрогеля, содержащего малый белок. Желатиноподобная субстанция вводится в зуб и служит основой, на которой растут клетки, кровеносные сосуды и нервы пульпы.

Другой подход состоит в том, чтобы извлечь пульпу из зуба и выделить стволовые клетки, а потом пересадить стволовые клетки с молекулами, стимулирующими их рост, назад в полость зуба.

По оценкам Д'Сузы, клинические испытания на людях метода с гидрогелем начнутся не позднее, чем через 2-3 года, и он станет применяться при лечении зубов через 5 лет.

Прогресс регенерации других типов зубной ткани может также означать, что когда-нибудь придёт конец пломбированию зубов.

Медики предложили уникальную программу экспресс-диагностики [Текст] // Здравоохранение: развитие, управление, инновации. – 2013. – № 5. – С. 55.

В статье представлен материал о СНЕСК-UP-программе комплексного медицинского обследования организма, которая активно применяется за рубежом.

"Она позволяет за несколько часов не только оценить состояние организма, но и выявить факторы риска, которые в будущем могут привести к серьезным заболеваниям, а, значит, заняться своевременным лечением и профилактикой, чтобы не допустить перехода заболевания в хроническую форму", – рассказывает доктор медицинских наук, научный руководитель МЕДСИ, руководитель Центра диагностики и инновационных медицинских технологий Клинико-диагностического центра МЕДСИ на Белорусской, профессор Геннадий Коновалов.

Многие люди, заботящиеся о своем здоровье и ценящие свое время, отправляются на СНЕСК-UP за рубеж. Особой популярностью пользуются программы экспресс-диагностики в Германии, США и Израиле. Однако теперь пройти полное обследование организма по программе СНЕСК-UP можно в Москве. Сегодня отечественная медицина предлагает качественную экспресс-диагностику, соответствующую лучшим мировым аналогам. И в данном случае слово "экспресс" вовсе не означает недостатка внимания к пациенту, ведь программы СНЕСК-UP рассчитаны на то, чтобы экономить время. Спектр отечественных СНЕСК-UP-программ постоянно расширяется. Пациентам до 35 лет предлагается ежегодно проходить базовое исследование и получать представление о состоянии основных систем организма, позволяющее выявить факторы риска, которые могут привести к заболеваниям.

Программы для людей старше 35 лет помогают оценить риск возрастных изменений и наиболее опасных заболеваний. Учитывая широкую распространенность во всем мире кардиологических болезней, разработаны специальные программы СНЕСК-UP "Кардио".

Полную картину состояния здоровья позволяют увидеть комплексные программы, включающие такие методы, как составление генетического и иммунного паспорта. При желании можно пройти СНЕСК-UP "Онко" для ранней диагностики онкологических заболеваний или СНЕСК-UP "Диабет" – для тех, кто имеет наследственную предрасположенность к этому недугу. По словам профессора Коновалова, большой популярностью сегодня пользуется предгравидарный СНЕСК-UP – комплексное обследование пары или одного из будущих родителей перед зачатием ребенка.

Программы экспресс-диагностики были разработаны в сотрудничестве с ведущими диагностическими центрами мира.

Китайские ученые очистили капилляры от тромбов с помощью световых «щипцов» [Текст] // Здравоохранение: развитие, управление, инновации. – 2013. – № 5. – С. 58.

Китайские ученые научились двигать «застрявшие» кровяные клетки внутри капилляров при помощи световых «щипцов», что позволит в будущем очищать забитые сосуды ног или рук от тромбов, не прибегая к операциям.

Световые щипцы, или оптические пинцеты, представляют собой особые инструменты, способные манипулировать микроскопическими кусочками материи, в том числе живыми клетками, при помощи фотонов-частиц света.

Главную роль в таких приборах играют микролазерные излучатели, испускающие особые, «закрученные» импульсы света. Подобные пинцеты нашли широкое применение в некоторых областях физики, химии и микробиологии.

Группа медиков под руководством Вэя Сюньбиня (Wei Xun-Bin) из Научно-технического университета Китая в городе Хэфэй создала особую версию таких «щипцов», способных захватывать отдельные кровяные клетки и их скопления внутри кровеносных сосудов и двигать их в произвольном направлении. Основой такого устройства стал микролазер мощностью в несколько сотен милливатт, работающий в инфракрасном диапазоне.

Этот лазер подключен к модифицированному оптическому микроскопу, который используется для «наводки» щипцов на цель. Их работой управляет особый компьютерный алгоритм, позволяющий лазерному лучу проникать вглубь тканей тела и захватывать отдельные клетки внутри капилляров. Для демонстрации способностей своего детища ученые приобрели нескольких мышей и попытались «поймать» несколько эритроцитов – красных кровяных клеток – внутри сосудов в их ушах.

Эксперимент завершился удачно – Сюньбинь и его коллеги не только смогли создать искусственный «тромб» внутри капилляра, но и уничтожить его. По словам медиков, данный прибор уже сейчас можно использовать для изучения того, как нарушения кровотока влияют на работу сосудов. Тем не менее, такие «щипцы» пока не пригодны для лечения тромбозов из-за крайне невысокой проникающей способности лазерного луча.

«Холодные» ванны для лечения холодом [Текст] // Новые медицинские технологии/ новое медицинское оборудование. – 2013. – № 6. – С. 42.

CRYO CONTROL – французское предприятие, специализирующееся на производстве холодных ванн, предназначенных для быстрого восстановления физической формы спортсменов. Предприятие уже зарекомендовало себя как первооткрыватель и мировой лидер на рынке гидротерапии.

Лечение холодом известно еще с древних времен, принятие холодных ванн было одновременно и роскошью, и идеальным средством для релаксации. С течением времени ученые открыли огромный положительный эффект, оказываемый холодной водой. CRYO CONTROL – это современный вариант охлаждающих ванн, существовавших в древности. Превосходное средство для восстановления физической формы спортсменов, оно идеально подходит для регенерации организма, снятия болевых ощущений, вывода токсинов и способствует релаксации.

Для удовлетворения все возрастающего спроса восстановительных и фитнес-центров CRYO CONTROL разработал первую холодную SPA-процедуру Cryo Control FORM. Эта система восстановления организма, мгновенно ставшая популярной, получила одобрение CERS Carbreton, европейского центра реабилитации.

Компания предлагает также большой выбор переносных бассейнов, специально адаптированных для различных спортивных соревнований и мероприятий. Эти бассейны Cryo Control, температура воды в которых может регулироваться от +7 до +15°C, являются оптимальными для принятия гидропроцедур.

Они сконструированы для 1, 4 или 8 человек, имеют 8 гидроджетов (водных форсунок) каждый и, по желанию, оснащаются аппаратом для хромотерапии (светолечения) с эффектом антидепрессанта. В установку также входит система дезинфекции воды.

Человеческую печень удалось вырастить из стволовых клеток [Текст] // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 8. – С. 79.

Группа японских исследователей под руководством Такебе Таканори (Takebe Takanori) из Университета Йогогамы смогла получить миниатюрную печень из человеческих стволовых клеток. Плюрипотентные клетки превратились в диск диаметром четыре миллиметра, который подтвердил свою работоспособность, будучи пересаженным в организм подопытной мыши с вышедшей из строя собственной печенью, передает Lenta.ru со ссылкой на журнал Nature.

Исследователи использовали индуцированные плюрипотентные клетки, то есть стволовые клетки, полученные путем перепрограммирования зрелых клеток взрослого человека. Далее их удалось превратить как в гепатоциты, так и в клетки сосудов и соединительной ткани; ученые получили трехмерную структуру, гистологический анализ которой показал наличие всех необходимых для печени элементов.

Пересадка выращенных в пробирках миниатюрных дисков диаметром около четырех миллиметров подопытным мышам продемонстрировала работоспособность искусственной печени. Через двое суток после операции кровеносные сосуды животного соединились с сосудами печени, а клетки продолжили деление: орган начал расти дальше. Чтобы убедиться в безопасности и стабильности искусственной печени, исследователи продолжают наблюдать за ее поведением в организме мыши.

Пересадка костного мозга вылечила пациентов от ВИЧ-инфекции [Текст] // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 8. – С. 81.

Двое мужчин с ВИЧ, переживших пересадку костного мозга в Бостоне, избавились от видимых признаков вируса. Они больше не придерживаются стандартного курса лечения (один пациент живет без терапии уже 7 недель, а второй – 15 недель).

Хотя в крови нет следов инфекции, ученые не исключают, что вирус просто затаился и еще проявится. Известно: у обоих пациентов был рак крови. Поэтому пересадка, грозящая в 15-20% случаев смертью, стала возможной.

Клетки из костного мозга подкрепили иммунную систему, затронутую ВИЧ. После пересадки пациентам пришлось принимать антиретровирусные препараты, чтобы новые клетки не заразились. Также есть основания полагать, что новые иммунные клетки уничтожили старые клетки с ВИЧ.

Описанные случаи напоминают историю «Берлинского пациента», у которого в течение пяти лет после пересадки костного мозга не было признаков инфекции. Но тогда мужчине пересадили костный мозг от человека с особой генетической мутацией. Она делает иммунные клетки невосприимчивыми к ВИЧ. В случае бостонских пациентов у доноров мутации не было.

Комплект «телескопическое зрение» готовится к проверке на слабовидящих [Текст] // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 8. – С. 81.

Изобретатели создали контактные линзы, которые в паре со специальными очками дают телескопическое изображение (увеличение в 2,8 раза). В очках имеются поляризационные фильтры, позволяющие переключаться между обычным и телескопическим режимом. Это идеальное решение для людей со значительным снижением качества зрения, в частности, с возрастной макулярной дегенерацией.

Итак, у линз есть центральная область, которая пропускает свет. Телескопический элемент располагается по кругу от центральной области. Также используется система микроскопических зеркал, усиливающих эффект (прежде, чем свет попадает в сетчатку, он четыре раза отражается в пределах, круга).

В обычном режиме увеличенное изображение блокируется поляризационными фильтрами в очках. Меняя фильтры, человек может влиять на качество изображения. За основу брались очки из 3D наборов для телевизоров Samsung. Они создают трехмерный эффект, попеременно блокируя правую или левую линзу.

Самая большая проблема, с которой столкнулись изобретатели, – воздухопроницаемость линз. Если они не будут «дышать», то носить их более 30 минут не получится. Аналогичный вопрос всплывает, когда глаз подвергается воздействию отравляющих газообразных веществ. Ученые нашли решение: линзы пронизаны крошечными каналами, которые дают приток кислорода.

Лалаянц, И. Рак без химии [Текст] / И. Лалаянц // Медицинская газета. – 2013. – 26 июля (№ 55). – С. 13.

Опухоль возникает в результате выхода из-под контроля механизмов клеточного деления. Оно невозможно без образования так называемого веретена деления из многочисленных микротрубочек, основным компонентом которых является белок тубулин (от tubule-трубочка). Известный достаточно широко таксол нарушает полимеризацию тубулина, на чём и основано его противораковое действие, к сожалению, токсичное и для здоровых клеток. В Массачусетском университете (США) показали, что для деления необходимо сложное взаимодействие трёх компонентов – моторного кинезина (от слова «кинетика»), помогающего тубулину, и кинетохора хромосом, к которому присоединяются микротрубочки. Но как они «находят» соответствующие половинки хромосом, которые будут разводить к полюсам? Им в этом помогает белок с красивым названием Aurora, поначалу открытый у дрожжей. Аврора исправляет ошибки прикрепления, тем самым обеспечивая нормальное расхождение половинок хромосом. Свои результаты учёные опубликовали в The Journal of Cell Biology.

Учёные из Кембриджа (Великобритания) обнаружили в раковых клетках ДНК, состоящую из четырёх цепей («квадруплексы» – Quadruple helix), о чём они сообщили в Nature Cell Biology. Они не исключают и того, что в нормальных клетках подобные квадруплексы необходимы для репрограммирования генома, например при включении деления стволовых клеток. По всей видимости, это необходимо и при перестройке нервных цепей. По крайней мере, их усложнение удалось увидеть при переходе круглых червячков *Caenorabditis pacificus* с питания бактериями к хищничеству, проявляющемуся в нападении на родственный вид *C.elegans*. Червячки-нематоды хороши тем, что у них всего-то 380 нервных клеток, связи которых легко проследить, что и сделали сотрудники Тюбингенского университета (Германия), о чём сообщили в Cell.

Но вернёмся к раку, вернее В-клеточной лимфоме, которую предложено лечить без химиотерапии с помощью золотых наночастиц диаметром 5 нм. Известно, что последние хорошо биосовместимы, то есть нетоксичны для организма. Авторы нового проекта исходили из известного факта, что поверхность таких частиц очень напоминает характеристики липопротеина высокой плотности (HDL – High Density Lipoprotein), частицы которого циркулируют в крови и переносят необходимые для клеток жировые вещества. Вторым фактором было то, что у некоторых пациентов с лимфомой наблюдается резкое падение уровня холестерина в крови, что приводит к приостановке опухолевого роста. Оказалось, что наночастицы золота способны слой за слоем «наращивать» на своей поверхности молекулы липопротеина, в результате чего раковая клетка гибнет от голода. В здоровых клетках потребность в жирах и связанных с ними белках значительно ниже, почему на них и не «реагируют» HDL-наночастицы. Теперь, как сообщают учёные Северо-Западного университета (Иллинойс, США) в журнале PNAS, необходимы тесты наночастиц на токсичность, проверка на животных, а затем и клинические испытания.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Васильев, О. В. Школы здоровья для пациентов – одна из мер вторичной и первичной профилактики [Текст] / О. В. Васильев [и др.] // Медицинская сестра. – 2013. – № 4. – С. 8-12.

В статье представлены достоинства школ здоровья для пациентов. Также даны рекомендации по оказанию профилактической помощи населению и коррекции факторов риска, неблагоприятно влияющих на здоровье.

По определению ВОЗ, профилактика заболеваний заключается в реализации мер, не только предупреждающих заболевания (иммунизация, борьба с переносчиками болезней или кампания по борьбе с курением), но и сдерживающих их развитие и уменьшающих их последствия после установления факта заболевания. Исходя из этого, ВОЗ предлагает выделять 3 стратегии в области профилактики заболеваний и укрепления здоровья:

- стратегия массовой профилактики – мероприятия среди населения в целом, направленные на его образование, формирование установки на здоровый образ жизни и создание условий для его реализации; это в первую очередь – государственная политика по охране здоровья населения, а также санитарное просвещение через систему средств массовой информации;

- стратегия высокого риска – выявление лиц с высоким риском развития болезни, факторами риска и их коррекция; эти мероприятия - сугубо медицинские, они предусматривают не только массовые профилактические обследования, но и специальную подготовку медицинского персонала по оздоровлению и индивидуальной профилактике;

- вторичная профилактика – выявление, лечение и реабилитация больных; наиболее перспективно по влиянию на здоровье населения, в первую очередь – на показатели смертности, сочетание перечисленных стратегий, так как от лечебных мероприятий среди лиц с клиническими проявлениями заболеваний (вторичная профилактика) можно ожидать лишь снижения летальности; снижения же смертности среди населения в целом можно добиться только в результате осуществления комплекса лечебно-профилактических мер как среди больных (вторичная профилактика), так и среди лиц с факторами риска (первичная профилактика).

Необходимость совершенствования профилактической помощи населению, коррекции факторов риска, неблагоприятно влияющих на здоровье и связанных с образом жизни, не вызывает сомнений. Профилактическими могут быть не только медицинские вмешательства, но и образовательные технологии. Одна из перспективных интегрированных технологий профилактической и лечебной помощи – обучение пациентов и их родственников в школах здоровья.

В школах здоровья реализуется совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов и население, направленная на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по профилактике заболеваний и повышению качества жизни, сохранению здоровья. Школа здоровья – организационная форма профилактического группового консультирования для пациентов, их родственников и лиц с факторами риска развития того или иного заболевания. Школа здоровья – медицинская профилактическая услуга, которую оказывают пациентам в лечебно-профилактических учреждениях.

Согласно данным ВОЗ, Россия относится к регионам с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Ежегодно в России умирают более 2 млн. человек, из них 1,2 млн. – от ишемической болезни сердца (ИБС). У большей части россиян смерть наступает преждевременно, так как средняя продолжительность жизни мужчин в России - 58 лет, женщин - 72 года.

Основной причиной смерти от ИБС является острый инфаркт миокарда (ОИМ). По данным многочисленных исследований, ОИМ становится первым проявлением ИБС у 50% мужчин и 35% женщин, а у лиц в возрасте до 40-45 лет - в 60-70% случаев, при этом у 80-90% больных ОИМ дебютирует ангинозным приступом.

Необходимость обучения не только самих пациентов, но и их родственников продиктована особенностями больных, перенесших инсульт: ограниченной возможностью самостоятельно передвигаться, нарушениями когнитивных функций. Инсульт вне зависимости от тяжести состояния больного и характера течения заболевания навсегда изменяет жизнь пациента и его родственников. Даже при незначительных последствиях нарушения мозгового кровообращения стресс, переживаемый пациентом в процессе лечения и во время пребывания в стационаре, накладывает отпечаток на его поведение в последующем.

В основе ССЗ преимущественно лежит артериальная гипертензия (АГ). Основные вопросы организации школ здоровья для пациентов с АГ отражены в организационно-методическом письме Минздрава РФ (02.08.02); разработаны методические материалы по структурированному обучению пациентов, дневник пациента и программа обучения медицинских работников организации школ здоровья.

Школа здоровья для пациентов включена в отраслевой классификатор «Сложные и комплексные медицинские услуги» (приказ Минздрава РФ №268 от 16.07.01 «Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации»).

В дипломных работах студентов факультетов высшего сестринского образования разработаны внедренные в практическое здравоохранение в различных регионах РФ школы здоровья для больных с:

- бронхиальной астмой (как для взрослых, так и для детей);
- облитерирующим атеросклерозом; ИБС; АГ;
- постинсультным состоянием; СД;
- недержанием мочи; остеопорозом; мочекаменной болезнью; туберкулезом легких;
- школы для родителей детей, больных фенилкетонурией; целиакией; детским церебральным параличом; муковисцидозом.

Проведенное анонимное анкетирование в разных группах пациентов, показало их основные потребности в медицинских знаниях.

Большая часть пациентов (66%) интересуются профилактикой заболевания. А так как 13% пациентов хотят знать о причинах заболеваний, можно считать, что 79% больных хотели бы предупредить заболевание. Следовательно, мотивация к обучению у пациентов есть и ее необходимо удовлетворить.

Изучалось также мнение о регулируемых факторах риска.

При проведении занятий необходимо делать акцент именно на них. Эти факторы имеют значение практически при всех заболеваниях. Необходимо также учитывать проблемы пациентов при том или другом заболевании.

Проблемы пациента, перенесшего инсульт, касаются его близких, изменяют образ жизни всей семьи. Поэтому очень важно в процессе реабилитации повысить качество жизни пациента, что приведет и к повышению качества жизни и его семьи.

Жукова, А. А некурящих – больше [Текст] / А. Жукова // Медицинская газета. – 2013. – 24 июля (№ 54). – С. 1.

В статье специалисты окружного Центра медицинской профилактики изучили общественное мнение молодых жителей Ханты-Мансийского автономного округа - Югры по проблеме табакокурения.

В анкетировании приняли участие 4 тыс. респондентов в возрасте от 14 до 30 лет. Выяснилось, что некурящей молодежи среди опрошенных в значительной степени больше, чем курящей. В целом позитивная тенденция прослеживается и в том, что менее четверти опрошенных курили ранее, а сейчас бросили и 77% никогда в прошлом не употребляли табак.

Вред здоровью, который наносит курение, осознаёт подавляющее большинство опрошенных (80%). При этом курящая молодежь склонна преуменьшать уровень вредного воздействия курения на здоровье в сравнении с некурящими. Так же оценивают респонденты и вред пассивного курения.

В ходе опроса была выявлена группа риска по формированию табачной зависимости. Это молодые люди в возрасте от 14 до 17 лет, как правило, учащиеся учреждений начального профессионального и среднего профессионального образования с невысоким уровнем материального благосостояния.

– Хотя данные по округу и не являются критическими, необходимо уделить повышенное внимание мерам по снижению числа курящих среди молодёжи Югры, – считает главный врач Центра медицинской профилактики Василий Костин. – Это должно выражаться в более активной пропаганде здорового образа жизни, привлечении молодёжи к общественной деятельности и ограничении доступа подростков к табачным изделиям на территории округа.

Новичкова, Н. И. Здоровый образ жизни - основное направление сохранения здоровья трудоспособного населения [Текст] / Н. И. Новичкова // Санитарный врач. – 2013. – № 7. – С. 11-13.

В данной публикации представлены результаты исследования, целью которого стало изучение особенностей формирования расстройств сна и оценка их негативного влияния на состояние здоровья работников.

Расстройства сна – большая группа заболеваний, среди которых наибольшее медицинское и социальное значение имеют хронические варианты бессонницы. Установление причинно-следственных связей нарушений сна с качеством жизни, соматическим здоровьем, наличием рабочих стрессовых ситуаций, неблагоприятием окружающей среды – является важной теоретической и практической задачей при разработке профилактических, лечебно-оздоровительных мероприятий при лечении расстройств сна у трудоспособного населения.

Исследования проводились в 6 городах (Москва, Реутов, Серпухов Московской области, Воронеж, Великий Новгород, Губкин Белгородской области), имеющих развитую промышленность, формирующую антропогенную нагрузку на окружающую среду.

Изучение особенностей формирования расстройств сна и оценка их негативного влияния на состояние здоровья работников проведены в группах работников аппарата федеральных органов государственного управления, медицинских работников.

Гигиеническая оценка производственной среды работников государственных учреждений свидетельствует о том, что по показателям микроклимата, освещенности, шума условия труда могут быть оценены как допустимые.

Высокая напряженность труда государственных служащих обусловлена, в первую очередь, уровнем интеллектуальных и эмоциональных нагрузок и соответствовала классу 3.3 для сотрудников, занимавших главные и ведущие должности, классу 3.1 для работников, занимавших старшие и младшие должности. Значения интегрального показателя напряженности труда (Лнт) работников госучреждений находились в диапазоне от 1,32 до 1,87.

Проведенный анализ психосоциальных характеристик свидетельствует о том, что от четверти до половины работников аппарата госучреждений испытывают хронический стресс на работе. Изучение структуры всей зарегистрированной заболеваемости контингента работников госучреждений показало, что на первом месте находятся заболевания органов кровообращения (порядка 21%).

Гигиеническая оценка условий труда в группе медицинских работников выявила, что напряженность труда врачей хирургических специальностей и отделений интенсивной терапии соответствовала классу 3.3, врачей терапевтического профиля – классу 3.2. Значения интегрального показателя напряженности труда (Лнт) для хирургов – 1,83, для терапевтов – 1,58.

Исследования показали, что профессиональная деятельность работников обследованных контингентов характеризовалась различными сочетаниями производственных факторов, потенциально способных оказать влияние на формирование расстройств сна (высокой напряженности труда и производственного стресса, ненормированного распорядка рабочего дня, работы в ночную смену, физических и химических факторов и др.).

Изучение распространенности и особенностей клинических проявлений расстройств сна в обследованных группах населения позволило уточнить территориальные, возрастные и профессиональные особенности формирования хронических нарушений сна.

Результаты исследований установили значительную распространенность клинических проявлений расстройств сна и, в первую очередь, многочисленных вариантов бессонницы среди трудоспособного населения различных регионов страны. Наиболее высокие показатели выявлены среди жителей Москвы (у 50,5% женщин, 49% мужчин).

Изучение особенностей формирования расстройств сна в возрастном аспекте позволяет прийти к выводу об увеличении распространенности симптомов нарушений сна (бессонницы) с увеличением возраста в подгруппах школьников и работников молодого возраста.

Аналогичная возрастная зависимость установлена и применительно к распространенности депривации сна (уменьшения продолжительности сна по сравнению с возрастными нормами). Так, если в целом по городам во 2-х классах таких детей около 5-7%, то семиклассников более трети, в 10-х классах их количество приближается к 40% и более.

В отличие от взрослых, у детей и подростков чаще выявлялись снохождение, сноговорение, тревожные сновидения (до 10%).

Анализ распространенности хронической бессонницы по профессиональным группам свидетельствует о том, что с наибольшей частотой нарушения сна выявлялись у работников аппарата государственных учреждений и медицинских работников, напряженность труда которых соответствовала классам 3.2 и 3.3.

Проведенные исследования подтвердили важность профилактики расстройств сна, начиная с детского возраста, в общем комплексе гигиенических, лечебно-оздоровительных мероприятий в направлении сохранения здоровья трудоспособного населения.

Сырцова, М. А. Анализ двигательной активности медицинского персонала по результатам анкетирования [Текст] / М. А. Сырцова, Т. В. Соломай // Санитарный врач. – 2013. – № 7. – С. 14-17.

Целью данной статьи явилась характеристика двигательной активности медицинского персонала по заранее разработанным критериям.

Определение двигательной активности проводилось методом анкетирования. С учетом возраста и категории медицинского персонала (врачи, средний и младший медперсонал) анализировалась двигательная активность как во время профессиональной деятельности, так и вне ее.

Всего в анкетировании приняло участие 109 сотрудников лечебно-профилактических организаций, в том числе 47 (43,2%), имеющих высшее медицинское образование. На долю среднего медицинского персонала среди опрошенных пришлось 37,6% (41 чел.), младшего - 19,2% (21 чел.). Среди опрошенных 93 женщины (85,3%) и 16 мужчин (14,7%).

Анализ представленных анкет показал, что свою профессиональную деятельность как преимущественно сидячую работу охарактеризовали 21,1% (23 чел.) опрошенных. Все они имеют высшее медицинское образование. Большая часть респондентов (59,6%, 65 чел.) оценили физическую нагрузку во время работы как умеренную (работа стоя более 50% рабочего времени, ходьба внутри помещения). В группу лиц с умеренной профессиональной физической нагрузкой вошли как лица со средним медицинским образованием (100% опрошенных лиц со средним медицинским образованием - 41 чел.), так и врачи (51% опрошенных врачей - 24 чел.). Работу, связанную с перемещением тяжестей и иными активными физическими действиями в течение 50% и более рабочего времени, выполняют 19,3% опрошенных (21 чел.). Эта группа представлена младшим медицинским персоналом.

Из 109 опрошенных ежедневно делают зарядку 70 чел. (64,2%), причем продолжительность выполняемых упражнений у разных лиц варьирует от 5 до 60 мин в день. В течение 5-10 мин в день занимаются зарядкой 44% опрошенных (48 чел.). Выполняют упражнения более 10 мин, но менее получаса в день 19,3% (21 чел.), а более 30 мин, но менее 1 ч

- 10,1% (11 чел.). Необходимо отметить, что ежедневную зарядку делают 70,2% врачей (33 из 47), 95,1% среднего (39 из 41) и 33,3% (7 из 21) младшего медицинского персонала.

Посещают спортивные тренировки (продолжительность одной тренировки более 45 мин) 42,2% (46 чел.), в том числе 1-2 раза в неделю - 37,6% опрошенных (41 чел.), 3 и более раз в неделю - 4,6% (5 чел.). Из числа врачей 46,8% (22 чел.) регулярно занимаются спортом, среднего медицинского персонала - 58,5% (24 чел.). Ни один человек из числа младшего медперсонала при опросе не указал на посещение спортивных тренировок.

Помимо профессиональной физической нагрузки, занятий спортом и зарядкой, была проведена оценка продолжительности и кратности иных физических нагрузок во вне рабочее время. Так, продолжительность ходьбы на открытом воздухе у 18,3% опрошенных (20 чел.) составляет менее 30 мин в день, у 22,9% (25 чел.) - 30-60 мин в день, у 21,1% (23 чел.) - более часа, но менее двух часов. Еще 37,7% респондентов (43 чел.) отметили, что пешие прогулки занимают у них более двух часов ежедневно. Продолжительность пешей ходьбы более 30 мин в день отмечена у 80,9% (38 чел.) врачей, 95,1% (39 чел.) среднего и 76,2% (16 чел.) младшего медицинского персонала.

Иные физические нагрузки при работе дома, на даче и т.п. учитывались в том случае, если их продолжительность составляла более 45 мин. На наличие такого рода физических нагрузок указали 88,9% (97 чел.) респондентов, в том числе с кратностью 1-2 раза в неделю - 55,9% (61 чел.), 3 и более раз в неделю - 33% (36 чел.).

Анализ физической нагрузки в зависимости от возраста медицинского персонала выявил ряд отличий в характеристике физических нагрузок вне трудовой деятельности. Так, лица в возрасте 20-29 лет чаще других посещают спортивные тренировки (94,7% опрошенных данной возрастной группы) и ходят пешком (89,5%). Среди медицинских работников 50-59 лет самый низкий удельный вес лиц, уделяющих достаточное время пешей ходьбе (54,2% опрошенных данной возрастной группы) и посещающих спортивные тренировки (16,7%). В то же время, недостаток двигательной активности в данной возрастной группе компенсируется физической нагрузкой во время работы по дому или на даче (100%).

Таким образом, в ходе проведенного анкетирования было выявлено, что характер и интенсивность двигательной активности опрошенного медицинского персонала зависели как от возраста опрашиваемых, так и от уровня образования. Наиболее оптимальный режим двигательной активности был отмечен у среднего медицинского персонала, а также у лиц в возрасте 20-29 лет.

Гуменюк, В. Т. Совершенствование гигиенического воспитания, пропаганды здорового образа жизни [Текст] / В. Т. Гуменюк, Г. К. Фетисова // Санитарный врач. – 2013. – № 7. – С. 18-22.

В статье говорится о том, что филиалом ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области» ведется активная работа по совершенствованию гигиенического воспитания населения и пропаганде здорового образа жизни. Используемые филиалом ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области» в г. Ростове-на-Дону методические подходы к организации работы по гигиеническому воспитанию и обучению населения способствуют повышению санитарной культуры, формированию здорового образа жизни и обеспечению санэпидблагополучия населения.

Одним из важнейших инструментов стабилизации санитарно-эпидемиологического благополучия населения является гигиеническое воспитание и обучение населения, позволяющие человеку усвоить принципы и ценностные ориентиры здорового образа жизни, поведенческие стереотипы, направленные на сохранение здоровья.

Гигиеническая подготовка является достаточно мощным инструментом формирования здорового образа жизни в целом, укрепления фундамента санитарной культуры.

Деятельность специалистов филиала направлена на формирование мотивации для ведения здорового образа жизни, снижение масштабов алкоголизации населения, профилактику табакокурения, привитие навыков здорового питания, профилактику заболеваний.

Особое внимание уделяется реализации программы взаимодействия с гражданским обществом через средства массовой информации в целях наибольшего охвата всех слоев населения санитарным просвещением.

Радиобеседы через флэшку переданы для озвучивания на все объекты массового посещения - рынки, автовокзалы, Центральный рынок, где также ведется их трансляция в ежедневном режиме с тематикой в зависимости от эпидситуации и сезона.

Значительно усилены и традиционные формы работы со СМИ. Количество выступлений в СМИ за 5 лет составило около 1000, с охватом населения не только г. Ростова-на-Дону, но и Ростовской области. Выступлений на телевидении проведено свыше 200.

В ежедневном режиме в филиале работает кинолекторий, где ведется трансляция короткометражных санитарно-просветительных фильмов. Всего собрано 35 фильмов по профилактике различных заболеваний и пропаганды здорового образа жизни с ежегодным охватом около 10 тыс. чел.

На радио «Дон-ТР» в программах «Акцент», «Новый день», «В Ваших интересах», «Здравствуйте доктор» организовано проведение в прямом эфире около 100 выступлений по профилактике заболеваний различной этиологии, вреде табакозависимости, алкоголизма, пропаганде здорового образа жизни, мероприятиях тематических дней.

Большое внимание уделяется подготовке статей для направления в редакции многотиражных газет. Создан редакционный совет по оценке актуальности, краткости и емкости изложения темы в статьях, что позволило повысить интерес работников СМИ и увеличило количество публикаций на безвозмездной основе в особо читаемых газетах.

Количество публикаций составило около 1000, причем 70% статей в СМИ посвящены вопросам здорового образа жизни, искоренению пьянства и алкоголизма, снижению уровня табакокурения, профилактике заболеваний, повышению санитарной культуры населения.

В 2012 г. внедрена новая форма информирования населения - начат ежеквартальный выпуск собственной газеты городского филиала «Вестник здорового образа жизни» тиражом 500 тыс. экз., которая по подборке интересных материалов востребована населением.

Ежегодно инициируется принятие активного участия в тематических днях, в т.ч. Всемирном дне борьбы с туберкулезом, Всемирном дне борьбы со СПИДом, Всемирном дне борьбы с табакокурением, мероприятиях Европейской недели иммунизации, с разработкой и утверждением приказом по филиалу планов мероприятий.

В целях увеличения информирования населения, в том числе интернет-пользователей, в сети Интернет создан сайт городского филиала, в котором накоплено более 600 информационных материалов с систематическим пополнением новыми. Создана рубрика «Пресс-служба», в которой размещены газеты филиала «Вестник здорового образа жизни», материалы лекций и бесед. В рубрике «Уголок здоровья» размещены все памятки и листовки по профилактике заболеваний, вакцино-профилактике, в том числе памятки для детей, радиобеседы, включая озвученные в радиостудии. Городской сайт востребован как сотрудниками филиала, так и населением.

Налажено взаимодействие с отделами по молодежной политике администраций районов, МОУ «Отдел образования», что позволило объединить усилия и разнообразить формы санитарно-просветительной работы с детьми и молодежью. Ежегодно совместно разрабатываются и утверждаются «Комплексные планы по пропаганде здорового образа жизни и профилактике заболеваний среди подрастающего поколения».

С целью изучения гигиенических знаний учащихся и привлечения внимания заинтересованных структур к выявленным проблемам проведено анонимное анкетирование 4,5 тыс. учащихся школ г. Ростова-на-Дону по вопросам «Табак и я», «Что ты знаешь о СПИДе», «Питание школьников».

Для старшеклассников разработаны беседы по профилактике заболеваний, передающихся половым путем, важности соблюдения здорового образа жизни, вреде курения, потребления пива, алкоголя, наркотиков.

В целях популяризации здорового образа жизни для будущих мам налажена работа с женскими консультациями городских больниц, где принимаем активное участие в работе школы молодых матерей, информируя о важности и необходимости профилактики табакокурения, вреде наркомании, алкоголизма, злоупотребления пивом; в детских поликлиниках - по вопросам иммунопрофилактики, основ правильного питания, здорового образа жизни подрастающего поколения.

В целях решения задач мониторинга за состоянием здоровья населения и характером влияния питания на основные показатели заболеваемости проведено анкетирование населения г. Ростова-на-Дону различных возрастных и социальных групп.

Анализ анкетирования показал, что питание населения имеет избыточную калорийность, разбалансировано в количественном и качественном отношении, нарушен режим питания. Полученные данные легли в основу разработки мероприятий по усилению информирования населения об основных принципах здорового питания, мерах личной и общественной профилактики алиментарнозависимых заболеваний.

Особое внимание уделяется методической работе по повышению уровня профессиональных гигиенических знаний декретированных групп населения - работников торговли, общественного питания, предприятий пищевой промышленности, детских и подростковых учреждений, учреждений коммунально-бытового назначения, так как от уровня гигиенических знаний, навыков и умения, работающих на этих объектах, зависит санитарно-эпидемиологическое благополучие, здоровье населения в целом.

Опыт организации работы по гигиеническому воспитанию и обучению населения г. Ростова-на-Дону был дважды заслушан на научно-практических конференциях, организованных «Северо-Западным государственным университетом имени И. И. Мечникова», Санкт-Петербург, и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области» в 2012 г. Работа городского филиала по гигиеническому воспитанию и обучению населения была признана «школой передового опыта».

В целях оценки роли гигиенического воспитания и обучения населения в повышении санитарной грамотности различных групп населения была разработана анкета о роли и значении вакцинации и важности соблюдения здорового образа жизни. Анкетирование проводилось дважды с интервалом 1 год, охвачено 1600 чел.

В течение года был значительно усилен акцент санпросветработы по разделам иммунопрофилактики инфекционных заболеваний и пропаганды здорового образа жизни, формированию в обществе ценности здоровья, мотивации для ведения здорового образа жизни.

Используемые филиалом методические подходы к организации работы по гигиеническому воспитанию и обучению населения способствуют повышению санитарной культуры, формированию здорового образа жизни и обеспечению санэпидблагополучия населения.

Алексеев, П. Здоровый образ жизни от и до [Текст] / П. Алексеев // Медицинская газета. – 2013. – 9 авг. (№ 59). – С. 3.

Впервые в России Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова запускает программу по обучению специалистов здорового образа жизни (ЗОЖ) по направлениям «нутрициолог», «консультант по питанию» и «эксперт по фитнесу». Эта возможность появилась благодаря партнёрству тренингового центра Doctor of Medicine при Первом Меде и проекта Росмолодёжи «Беги за мной».

На презентации программы, которая состоялась в рамках деловой смены Всероссийского молодёжного форума «Селигер-2013», присутствовал помощник Президента РФ Андрей Фурсенко. Зелёный свет на реализацию проекта дали министр образования и науки Дмитрий

Ливанов, заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец и руководитель Федерального агентства по делам молодёжи Сергей Белоконев, которые также стали гостями деловой смены.

Первый Мед как вуз здорового образа жизни становится научно-методической базой для подготовки специалистов ЗОЖ в рамках проекта «Беги за мной». Уже в сентябре к обучению в тренинговом центре Doctor of Medicine Первого Меда приступят 300 будущих специалистов.

Программа подготовки разработана ведущими экспертами университета с учётом современных тенденций фитнеса и спорта, с использованием лучшего опыта российской и зарубежной медицины. Очно-заочное обучение будет проходить на кафедрах Первого МГМУ им. И. М. Сеченова: экологии человека и гигиены окружающей среды, лечебной физкультуры и спортивной медицины, педагогики и медицинской психологии и др. Теоретическая и практическая подготовка включает тренинги, мастер-классы, деловые игры и многое другое. Различные формы обучения направлены не только на освоение базовых знаний, но и на внедрение новых подходов в ЗОЖ, а также получение бизнес-навыков для развития инновационного молодёжного предпринимательства.

После прохождения курса и получения сертификата специалисту ЗОЖ сразу предоставляется работа в фитнес-студиях, где он уже самостоятельно сможет проводить индивидуальные консультации для клиентов.

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 библиотеки»).

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ





Адрес: 443095, г. о. Самара, ул. Ташкентская, д. 159

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 19.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

Воскресенье - выходной день

-  (846) 956-48-10 – заведующий библиотекой
-  (846) 979-87-91 – справочно-библиографический отдел
-  (846) 979-87-90 – отдел обслуживания читателей
-  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 МБУЗ «ЦГБ г.о. Чапаевск»)

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

Представительство областной научной медицинской библиотеки МИАЦ (в здании ГБУЗ «Самарское областное бюро судебно-медицинской экспертизы»)

Адрес: 443082, г. Самара, ул. Тухачевского, д. 51

Режим работы:

Вторник – с 8.30 до 17.00

Сайт: <http://medlan.samara.ru>