

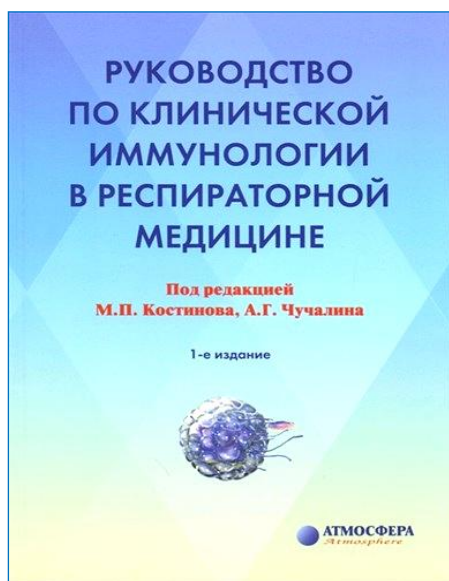


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№1 (январь), 2020



СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	17
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	17

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Грибков, О. Бесплатное здравоохранение : на что может рассчитывать гражданин РФ, ставший пациентом // Медицинская газета. – 2019. – 25 дек. (№ 50). – С. 6.

По словам министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, в нашей стране сегодня одна из самых передовых моделей здравоохранения. У нас 75 тыс. медицинских учреждений, в которых трудится 2,5 млн одних только специалистов. Россия – единственная страна, в которой врачи посещают больных на дому бесплатно. Вызова врача на дом нигде больше нет.

Сегодня российские пациенты не должны долго ждать результатов медицинских исследований, в том числе и дорогостоящих. При подозрении на онкологические заболевания со следующего года – это 7 рабочих дней, включая любой метод, компьютерную и магнитно-резонансную томографию и другие методы обследования.

Как замечает Николай Дронов, председатель исполнительного комитета Межрегионального общественного движения «Движение против рака», член Общественного совета при Минздраве России: «Сегодня уже нет бесполезных споров о том, нужна ли нам страховая медицина? Система ОМС становится драйвером российского здравоохранения».

Институт страхования.

За последние годы в России создан серьёзный институт страхования, который защищает права пациентов в системе ОМС.

Основным принципом реализации ОМС стала гарантия бесплатной медицинской помощи. На 2020 г. уже утверждён бюджет: базовая программа медицинского страхования будет стоить 2,2 трлн руб. Это более чем в 3,5 раза превышает расходы на оказание медицинской помощи в базовой части, если сравнивать с показателями последних 7 лет.

Люди быстро ко всему привыкают. Мы уже забыли, что в части медицинского страхования бездефицитной программа стала только с 2013 г. Это важный момент, потому что наконец у нас появилась возможность включить в базовую программу ОМС всеобщую диспансеризацию.

В этом и в следующем году в России работает Программа всеобщей диспансеризации населения. Для сравнения, в 2014 г. диспансеризацию могли пройти только отдельные категории граждан и дети. Потом в систему ОМС включили услуги ЭКО, гемодиализ, КТ, МРТ, ПЭТ-диагностику.

Сейчас возможности ОМС расширяются. Это уже не квоты, как было в 2014 г. ОМС включает в себя солидный перечень медицинских услуг. В рамках базовой программы оказывается высокотехнологичная медицинская помощь, которая стала доступной для населения благодаря ОМС.

Конечно, увеличение финансирования – это хорошо, но не всё. В стране создана система защиты прав застрахованных пациентов. Это не только территориальные фонды ОМС, но и институт страховых представителей, который работает с 2016 г. Теперь они работают на горячих линиях в круглосуточном режиме. Их сотрудники совместно с медицинскими учреждениями организуют проведение профилактических осмотров, диспансеризацию населения. Такой принципиально новый подход внедряется с прошлого года и уже нашёл отражение в рамках реализации нацпроектов текущего года. Это не только непосредственное сопровождение при организации диспансеризации и индивидуального информирования, но и контроль постановки на диспансерное наблюдение. Он предусматривает усиление ответственности роли страховых компаний.

Структуры ОМС участвуют в организации диспансеризации граждан. Страховщики ведут индивидуальную работу с населением страны и информируют людей о её проведении, контролируют постановку граждан на диспансерное наблюдение.

Социальная функция.

Уже в этом году сотрудниками страховых организаций проинформировано 50 млн человек о необходимости прохождения диспансеризации. При этом отклик на их работу ежегодно возрастает. До 6-7% ежегодно увеличивается число Лиц, проходящих

диспансеризацию. Безусловно, на это работают и медицинские учреждения, и то, как организован процесс.

Индивидуальная работа страховых медицинских организаций с застрахованными лицами приносит результаты в профилактике, которая сегодня стала приоритетным направлением развития здравоохранения. В 2017 г. ею было охвачено 21,2 млн человек, в 2018 г. – 30,8 млн, а в 2019 г. – 52,2 млн.

Именно от страховых компаний многие узнают, как можно записаться на диспансеризацию, как сделать это удалённо, когда и где её проходить, конкретное число приезда мобильной бригады для проведения диспансеризации и профосмотра.

Страховые компании контролируют диспансерное наблюдение. Всё это важная, серьёзная работа, которая позволяет населению сориентироваться и получить необходимую медицинскую помощь.

Сегодня по результатам текущего периода на диспансерное наблюдение поставлено 4,5 млн человек. Теперь необходимо продолжение этой работы со стороны страховых компаний.

Как часто людей приглашают на диспансерное наблюдение, проходит ли её население? Каковы причины, по которым пациент не может его пройти? Это индивидуальная работа не только с населением в целом, но и индивидуальная работа с каждым человеком, исходя из его заболеваний и других потребностей.

Безусловно, приоритетным направлением считается работа с онкологическими пациентами. Всем известно, как серьёзно увеличилось финансирование направления нацпроекта по борьбе с онкологическими заболеваниями. В этом году на лечение злокачественных опухолей направлено 70 млрд руб. Эти деньги должны обеспечить необходимыми препаратами всех таких пациентов. В следующем году государство планирует увеличить эту статью расходов ещё на 50 млрд.

Чтобы было видно, как оказывается помощь, фонд ОМС и страховые медицинские компании не только мониторят её фактическое оказание. С этого года они определяют нормативы объёма и финансовой стоимости лечения, госпитализаций в стационары, обеспечение лекарствами. Это позволяет довести до пациента все средства, выделенные для его лечения, и добиться доступности медицинских технологий, в которых человек нуждается.

Фонд ОМС и страховые компании.

Сегодня система страховых медицинских организаций переживает трансформацию. Количество страховых медицинских организаций резко сократилось со 150 до 35. Остались только самые сильные и ответственные. Развивается система защиты прав пациентов на основе страховых медицинских организаций как части системы ОМС.

До 2024 г. в регионах каждая медицинская страховая организация должна иметь профильный офис по защите прав пациентов. Страховые компании и медицинские организации сегодня тесно взаимодействуют. В ФОМС налажены каналы обратной связи с пациентами: телефоны, которые при необходимости позволяют пациенту обратиться в свою страховую компанию и решить вопросы по организации и получению медицинской помощи.

Здесь тоже важно взаимодействие с медицинскими организациями. Организаторы здравоохранения должны понимать, где и что ещё нужно сделать, чтобы пациент мог получить необходимую медицинскую помощь.

Страховые медицинские организации используют инновационные методы для взаимодействия с пациентами. Страховая медицинская организация «Капитал МС» выводит на рынок новый интернет-сервис для пациентов «Виртуальный помощник».

Этот интернет-сервис не требует использования мобильного приложения, он работает через любой мессенджер. Информирование пациентов важно. До недавнего времени страховщики делали это традиционными способами: через смс, телефонные обзвоны, почтовую рассылку. Но люди 20-45 лет не так часто обращаются в медицинские учреждения и с неохотой откликаются на смс-оповещения, зато много времени проводят в социальных сетях и мессенджерах. Для этой категории граждан компания создала интернет-сервис, который позволит получить доступ ко всей информации об организации медицинской помощи по ОМС.

Уже сегодня компания реализовала через свой интернет-сервис образовательный курс для пациентов «Как лечиться бесплатно». На курс можно записаться через официальный сайт

«Капитал-МС». Пользователям присылают уроки на электронную почту. Курс размещён на популярной виртуальной платформе «Академия лайфхакера», имеющей несколько миллионов пользователей. За месяц его прошли уже более 2,5 тыс. человек.

В скором времени с помощью «Виртуального помощника» можно будет узнать о диспансеризации, о том, какие возможности предоставляет система ОМС, как получить полис ОМС, какие профилактические обследования можно пройти бесплатно для конкретного пола и возраста, и связаться напрямую со страховым представителем компании.

В дальнейшем наглядные возможности интернет-сервиса для застрахованных «Капитал МС» планирует демонстрировать в медицинских учреждениях, в печатных информационных материалах компании, а также в сети Интернет.

В системе ОМС много лет работает Координационный совет по защите прав застрахованных лиц. В нём участвуют Минздрав России специалисты Росздравнадзора страховые компании и другие общественные организации. А в конце этого года в координационный совет вошли представители Всероссийского союза пациентов. В Федеральном фонде ОМС уже отработан алгоритм включения представителей общественных организаций в систему таких координационных советов.

Какие права должны быть у российских пациентов? Какими возможностями они должны обладать? Как нужно работать, чтобы медицинские учреждения и пациенты могли наладить эффективную связь друг с другом? Какие еще задачи необходимо решить, чтобы пациенты в нашей стране всегда могли рассчитывать на получение своевременной медицинской помощи? Такие вопросы предстоит решать вместе в Координационном совете.

Калининская, А. А. Телемедицина в первичном звене здравоохранения / А. А. Калининская, В. М. Леванов, М. В. Кизеев // Новое медицинское оборудование / Новые медицинские технологии : приложение к журналу "ГлавВрач". – 2019. – № 11. – С. 2-6.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) включает заботу о здоровье, в первичном уровне системы охраны здоровья (Primary Health Care). Сталкиваясь с новыми требованиями при ограниченных ресурсах, практически все страны пытаются увеличить охват населения первичной медико-санитарной помощью, и это единственно правильный подход.

На расширенном заседании Государственного совета «О стратегии развития России до 2020 года» 8.02.2008 г. определены задачи в области демографической политики и здравоохранения – Президент РФ В.В. Путин указал на необходимость сокращения уровня смертности в России более чем в 1,5 раза, среднюю продолжительность жизни в России увеличить к 2020 году до 75 лет. «Для этого нам потребуются самые серьезные, системные изменения и в организации медицинской помощи, и в техническом перевооружении медицинских организаций, и в качественном изменении кадрового потенциала здравоохранения...».

Ключевым структурным подразделением, организующим ПМСП, является общая врачебная практика с главной фигурой – врачом общей (семейной) практики. Это врач, организующий и координирующий комплекс усилий, направленных на сохранение и укрепление здоровья прикрепленного населения.

Переход на систему общей врачебной (семейной) практики в России представляет собой решительный поворот к новой модели медицинского обслуживания, включающий использование информационно-коммуникационных технологий (ИКТ).

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (1997) под телемедициной понимается оказание медицинской помощи там, где расстояние является критическим фактором. С развитием ИКТ в других сферах медицины (образовательной, управленческой, экономической, научной) ВОЗ принят более широкий термин «электронное здравоохранение», который практически объединяет все сферы применения ИКТ в здравоохранении.

Необходимо отметить, что уже в первых проектах первичная медико-санитарная помощь жителям села стала объектом исследования возможностей телемедицины. Так, в США в 1989 г.

телемедицина была применена в штате Техас для обеспечения дистанционной медицинской помощью сельских больниц, в 90-е годы аналогичные проекты реализованы в штатах Джорджия, Канзас и др., где были созданы консультативные сети, включавшие до 14 периферийных медицинских пунктов. Подобные работы проводились также в Германии, Норвегии, Японии, в рамках международных проектов – в странах Африки и Южной Америки.

Например, Национальная администрация по авиации и космонавтике (НАСА) США в 70-х годах XX века реализовала проект STARRASH, при выполнении которого через микроволновое телевидение и телефонные линии поддерживалась связь с госпиталями резервации племени Папазо, расположенными в южной Аризоне. Тогда для нужд здравоохранения были впервые разработаны мобильные телемедицинские комплексы (МТМК) на базе тяжёлых автомобилей, снабженных, помимо стандартного диагностического и лечебного оборудования, телемедицинскими системами. Проект охватил около 14 тыс. жителей из 75 населенных пунктов. За два года было осмотрено 3,6 тыс. человек, в 12 % случаев проведены телеконсультации, причём в 3,5 % – по видеосвязи.

Широкое внедрение информационно-коммуникационных технологий в практику работы врачей первичного звена здравоохранения позволяет кардинально повысить качество их работы за счёт непрерывного повышения профессиональной квалификации, своевременного получения квалифицированных советов в виде телеконсультаций.

В СССР в начале 1980-х годов также был создан мобильный телемедицинский комплекс (МТМК) «Автосан-82», предназначенный для скрининга и донозологической диагностики.

Показательно, что одна из первых телеконсультаций российского проекта «Москва - регионы России» была выполнена в 1997 г. в Мордовии из участковой больницы с. Ковылкино. В Архангельской области (проект «Баренц-регионы») в том же году был использован мобильный комплект для проведения телеконсультаций сельских больниц.

Техническое обеспечение телемедицинских систем зависит от уровня развития техники. В этом отношении за последние 20 лет произошли кардинальные изменения, относящиеся к технологиям, габаритно-весовым характеристикам оборудования, его стоимости, что принципиально расширило их возможности именно в первичном звене здравоохранения. В 1980-е годы в России в телемедицинских проектах применялись аналоговые каналы передачи информации и крайне дорогостоящее телевизионное оборудование, в 1990-е годы с развитием Интернета основой телемедицины стали типовые персональные компьютеры и рабочие станции, низкоскоростные соединения, немногочисленные системы видеоконференцсвязи. В 2000-е годы стала доступна портативная компьютерная техника (ноутбуки, планшетные компьютеры, смартфоны), специализированное программное обеспечение, мегабитные каналы связи, цифровое медицинское оборудование.

Можно выделить несколько вариантов оборудования для реализации телемедицинских программ в первичном звене здравоохранения.

Любой телемедицинский программно-аппаратный комплекс (ТПАК) состоит из трех компонентов – медицинского, информационного и телекоммуникационного оборудования с соответствующим программным обеспечением.

Составляющие телемедицинского программно-аппаратного комплекса: компьютерная техника; аппаратура ввода информации; медицинская аппаратура; телекоммуникационное оборудование; программное обеспечение; канал связи.

Минимальный стационарный телемедицинский комплект состоит из мультимедийного персонального компьютера с монитором, подключённого к сети через DSL-модем, принтера, планшетного сканера, цифровой фотокамеры. Этот доступный для любого учреждения комплект позволяет реализовать широкий спектр телемедицинских методов: телеконсультации в отсроченном режиме по электронной почте, поиск ресурсов Интернет, ведение деловой переписки.

Под отсроченной (асинхронной) телеконсультацией понимается передача в электронном виде медицинских данных пациента (текстовых и визуальных) по электронной почте или другим способом. При этом данные о пациенте (текстовые и мультимедийные материалы) подготавливаются в виде электронных файлов различных форматов. Текстовая выписка

создаётся с использованием любого текстового редактора, например, MS Word, с заполнением разделов для направления пациентов на консультацию в удалённые медицинские учреждения.

Требования к содержанию выписки при телеконсультации более высокие, чем при очной консультации, так как в отличие от последней врач-консультант лишён возможности перепроверки и уточнения данных, которые обычно проводятся при самостоятельном опросе и обследовании пациента.

Визуальные приложения могут содержать данные о проведённых исследованиях (ЭКГ, рентгенограмма), лечебных манипуляциях (бронхоскопия), клиническую информацию о пациенте (графики динамики артериального давления, температуры, схемы лекарственной терапии и т.д.). Для их подготовки используются специальные аппаратные средства: сканеры, цифровые фото- и видеокамеры и другие. Современное медицинское оборудование (ультразвуковые сканеры, магнитно-резонансные томографы) оснащается программами, позволяющими непосредственно получать данные в виде графических файлов в едином специализированном формате DICOM. В отдельных случаях диагностическое оборудование представляет данные в виде файлов специализированных форматов (например, запись суточного мониторинга ЭКГ, артериального давления).

Совокупность полученных материалов с соблюдением требований к защите информации пересылается по электронной почте или через специализированный сервер в консультативный центр.

Заключение консультанта также может быть переслано врачу по электронной почте или через специализированный сервер.

Наличие в телемедицинском комплексе средства видеосвязи (в простейшем случае – Web-камеры) позволяет существенно расширить спектр доступных телемедицинских услуг, дополнив их синхронными телеконсультациями (консультациями в режиме реального времени). При этом лечащий врач, на селе это в первую очередь врач общей (семейной) практики, обсуждает клинический случай с врачом-консультантом по видеоконференцсвязи (ВКС). При необходимости на сеансе видеосвязи может присутствовать пациент.

Видеоконференцсвязь позволяет врачу общей (семейной) практики также слушать видеолекции, участвовать в научных видеоконференциях, виртуальных Школах по специальностям, которые проводят ведущие клинические центры.

Телемедицинский комплекс может быть установлен в офисе врача общей (семейной) практики или врачебной амбулатории.

В последние годы появились комплексы, более насыщенные медицинской аппаратурой, которые могут применяться в домашних условиях (при вызове врача к пациенту), что существенно повышает их значимость для врачей первичного звена здравоохранения.

Использование телемедицинских комплексов позволит ВОП/СВ направлять пациентов на углубленное обследование и лечение в медицинскую организацию более высокого уровня, например, в центральную районную больницу (ЦРБ), проводить телеконсультирование пациентов, нуждающихся в неотложных мероприятиях.

При этом ВОП/СВ может либо присутствовать на месте проведения обследования, либо участвовать в процессе дистанционно (в консультативном центре), либо получать данные диагностического обследования и проводить консультации по видеоконференцсвязи.

Подобные комплексы могут существенно укрепить технологическую оснащенность врачей общей (семейной) практики или участковой службы в целом, при этом часть аппаратуры может быть находится в офисе (врачебной амбулатории), а часть – врач берёт с собой при визитах на дом к пациентам. Ещё более значима роль мобильных телемедицинских комплексов при проведении массовых профилактических осмотров жителей отделённых деревень, работников вахтовых посёлков.

Одним из таких мобильных телемедицинских комплексов, предназначенных для ВОП/СВ, является мобильная телемедицинская укладка. Как правило, она состоит из переносных чемоданов, в которых размещены основные компоненты комплекса – ноутбук, модем, портативные медицинские аппараты: электронные электрокардиограф, тонометр, пневмотахометр, отоскоп и др.

Один из таких комплексов проходил испытания на базе фельдшерско-акушерских пунктов в районах Нижегородской области.

В условиях общих врачебных (семейных) практик рассматриваются варианты эксплуатации мобильных телемедицинских комплексов – кабинетов на базе тяжёлых грузовых автомобилей или укладок на базе микроавтобусов с постоянными медико-инженерными бригадами, базирующимися в межрайонных или региональных (областных) центрах.

МТМК выезжают в районы по кустовому принципу, помогая ВОП/СВ провести профилактические осмотры или диспансеризацию населения отдалённых населённых пунктов, и при необходимости провести телеконсультации пациентов.

«Кабинетные» варианты мобильного телемедицинского комплекса нашли успешное применение в практическом здравоохранении в составе медицинских поездов типа «Николай Пирогов», «Матвей Мудров» с целью проведения осмотров и телеконсультаций населения Дальнего Востока, Севера, Сибири в рамках проекта «Телемедицина на Российском железнодорожном транспорте». МТМК с телемедицинскими лабораториями на базе КАМАЗов, оснащённые системой спутниковой связи применяются Национальным телемедицинским агентством в регионах Приволжского и Уральского федеральных округов.

Несколько иными характеристиками обладают комплексы в виде укладок, размещаемые на базе обычных санитарных микроавтобусов типа «Соболь», «Газель». При некоторых ограничениях по набору оборудования, численному составу бригады, они имеют значительно меньшую стоимость, более высокую мобильность и оперативность выезда, что делает их привлекательными для использования в небольших населённых пунктах с численностью населения 30-100 человек.

Профилактические осмотры проводятся как в помещениях медицинских организаций (на фельдшерско-акушерских пунктах в сёлах и деревнях), так и в приспособленных помещениях (в вахтовых посёлках). Состав диагностических исследований включает функциональные и лабораторные методы. Возможно использование в составе МТМК медицинского оборудования, имеющегося в местных медицинских организациях.

Результаты исследования могут поступать непосредственно в базу данных МТМК с использованием формата DICOM либо вводиться с бумажных и плёночных носителей с помощью планшетного сканера со слайд-модулем и цифрового фотоаппарата.

Применение ИКТ позволяет приблизить консультативную медицинскую помощь в первую очередь сельскому населению, своевременно получить необходимую информацию в первичном звене здравоохранения клинического и организационного характера, сокращает нерациональное использование рабочего времени врача на оформление медицинской документации. Использование ИКТ находит внедрение при оказании неотложной помощи и помощи на дому, а также при проведении профилактических осмотров населения в сельских районах.

Управление качеством в медицинских организациях // Ремедиум Приволжье. – 2019. – № 9-10. – С. 8-11.

Обеспечение эффективности и повышение уровня качества и безопасности оказываемой медицинской помощи – это вызов, стоящий не только перед Российской Федерацией, но и перед всеми странами мира. Приоритетность вопросов обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности подтверждается декларациями последних глобальных министерских саммитов по безопасности пациентов (Токио – 2018, Джидда – 2019), где были определены наиболее эффективные пути повышения безопасности пациентов, в частности минимизация потенциально предотвратимого вреда, непрерывное обучение медицинского персонала «культуре безопасности» пациентов, формирование национальных политик и правил по безопасности пациентов, а также «расширение знаний на основе данных доказательной медицины».

По данным Организации экономического сотрудничества и развития происходят в 8-12 % случаев госпитализаций. Примерно при каждом 10-м патологоанатомическом вскрытии фиксируются диагностические ошибки – расхождения с клиническим диагнозом. Экономические потери системы здравоохранения составляют около 15% расходов больниц и являются прямым

следствием неблагоприятных событий, связанных с оказанием медицинской помощи. Каждая страна формирует национальные подходы к внедрению общих критериев качества и безопасности медицинской деятельности, в развитых странах они формируются и развиваются как негосударственными профессиональными сообществами в сфере здравоохранения, так и институтами, агентствами и иными подведомственными государственными учреждениями. В России аналогичную работу ведет ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора. Институт – коллективный член Международного общества по качеству в сфере здравоохранения (ISQua). В настоящее время совместные усилия Минздрава России, Росздравнадзора и подведомственного ему Национального института качества направлены на внедрение и развитие систем менеджмента качества в российских медицинских организациях, использование наилучших международных практик в области создания эффективной инфраструктуры управления качеством на уровне медицинской организации и на государственном уровне.

Построение национальных систем управления качеством в здравоохранении базируется на отраслевых наборах требований, основанных на принципах стандартизации и учитывающих требования международных стандартов, например, Международной организации по стандартизации (ISO) систем менеджмента качества серии ISO 9000, требований отраслевых стандартов Объединенной международной комиссии (JCI, США), а также австралийских национальных стандартов безопасности и качества медицинских услуг (NHSQS) и других.

Однако единой и основной целью комитетов по качеству медицинской помощи различных уровней управления является реализация целей, задач и постоянное совершенствование деятельности лечебно-профилактических учреждений на основе международных стандартов и лучших достижений и традиций отечественной медицины. Российское здравоохранение в создании системы управления качеством медицинских услуг также использует международный опыт.

Классикой в области внедрения менеджмента качества в российском здравоохранении стали труды профессора Ю. М. Комарова (действительный член Всемирного (ISQua) и Европейского (EQuiP) обществ по обеспечению качества медицинской помощи, член Всероссийской организации качества, автор многих статей и книг по качеству медицинской помощи), наглядные рисунки схем которого размещены в этом обзоре.

ВОЗ в 2004 году разработала программу по обеспечению безопасности пациентов и рекомендовала всем странам мира внедрить ее. Создание системы управления качеством медицинской помощи было предусмотрено Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р, а в первой редакции государственной программы «Развитие здравоохранения» было закреплено, что такая система должна начать работать в 95 % медицинских организаций к 2019 году, однако сейчас реформа менеджмента качества и безопасности медицинской помощи в российских медицинских организациях значительно отстает от развитых стран по темпам внедрения современных принципов управления. Деятельность медицинских организаций в области обеспечения качества медицинской помощи не в полной мере регламентирована. Каждая клиника формирует систему внутреннего контроля качества, исходя из собственных представлений, компетенций и уровня приверженности к идеологии качества.

Траектория на карте развития качества.

Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации Росздравнадзора позволили разработать единые подходы и критерии качества в медицине и стали основой утвержденных приказом Минздрава России №381н Требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Пилотный проект по внедрению Предложений Росздравнадзора проводился с 2016 по 2018 год, охватил более 140 медицинских организаций в 29 регионах страны, доказал практическую ценность этого документа. Следует отметить, что большинство российских медучреждений, участвующих в реализации проекта по внедрению предложений Росздравнадзора, нашли ресурсные возможности для создания подобных служб и были официально признаны лучшими клиниками России. Проект по внедрению и методологическому сопровождению предложений продолжает

развиваться, поскольку этот документ предоставляет, прежде всего, методологию, инструмент для выстраивания национальной системы оценки деятельности медицинских организаций. Но решение вступать в проект или нет медицинская организация, безусловно, принимает самостоятельно, причем, мы надеемся, не только от лица главного врача, администрации, но и по-настоящему коллегиально: с участием и учетом мнения врачей, среднего медицинского персонала, технических сотрудников.

В перспективе будет разработана национальная концепция повышения качества и безопасности медицинской деятельности для внедрения системного подхода к решению этих ключевых задач здравоохранения, но 2019 год уже стал новой ступенью на пути к намеченной цели: «2019 год особенный, поскольку в этом году вступают в силу права внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи. Это определенная веха для здравоохранения», – сказал в обращении к участникам предстоящей в декабре XII Всероссийской научно-практической конференции «Медицина и качество» руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Михаила Мурашко.

Требуются инновации.

Вступивший в силу Приказ Минздрава России № 381н не содержит принципиально новых и неясных для профессионального сообщества положений, а систематизирует действующие требования, критически значимые для обеспечения качества медицинской помощи и безопасности пациентов.

Система менеджмента качества (СМК.)

Сегодня руководитель медицинской организации должен понимать, что без создания специализированной службы контроля качества, действующей на основе принципов системы менеджмента качества (СМК) и бережливого производства, невозможно обеспечить эффективное управление клиникой.

В требованиях приказа заложен необходимый минимум для того, чтобы развернуть работу по управлению качеством, а реализация их требует дополнительной методической проработки с высоты успешного отечественного и международного опыта по внедрению СМК. Приказ не может содержать исчерпывающе полный перечень того, что должно быть выполнено, и все механизмы достижения цели. Руководителям и коллективам медицинских организаций придется заняться поиском и освоением путей реализации требований приказа.

Рекомендации.

Ведущие эксперты рекомендуют:

- реализацию требований приказа вести с использованием ISO 9001 в качестве инструмента системного менеджмента качества;
- при формировании системы внутреннего контроля качества медицинской деятельности медицинской организации предусмотреть анализ экономической эффективности (экономической безопасности), который позволит определить объем необходимых для реализации проекта инвестиций (материальных и нематериальных ресурсов), и для расчета объема прибыли от его внедрения. Это в свою очередь важно для обеспечения стабильности финансовой системы, дальнейшего развития и совершенствования качества оказания медицинской помощи и, как следствие, сохранения конкурентоспособности организации;
- необходимо обратить внимание на развитие компетенций в области качества и безопасности и максимальное вовлечение в данные процессы среднего медицинского персонала;
- вести детальную методическую проработку и проведение организационных мероприятий по совершенствованию управления человеческими ресурсами и повышению уровня зрелости процессов в клинике;
- изучить предложения Росздравнадзора, где в виде готовых чек-листов описана вся предстоящая работа по организации управления качеством, это позволит выполнить самооценку и составить план-график реализации мероприятий;
- важно последовательно внедрять процессный подход и, насколько это возможно, делегировать полномочия и ответственность непосредственно владельцам процесса, оставляя за администрацией клиники обязанность по формированию условий для успешной работы;
- необходимо реализовать на все сто принцип лидерства, вовлекать в работу весь коллектив.

Обеспечение ресурсов.

Для реализации СМК в МО и требований Приказа понадобятся специалисты нового формата – менеджеры по качеству и внутренние аудиторы (не финансисты или оптимизаторы), а именно менеджеры по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. У главного врача есть возможность ввести в штатное расписание должность специалиста по управлению качеством уже сегодня. Профстандарт «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья», утвержденный приказом Минтрудсоцзащиты России от 07.11.2017 № 768н, в числе трудовых функций руководителя организационно-методического подразделения, заместителя руководителя медицинской организации и самого руководителя четко формулирует трудовые действия по разработке и внедрению СМК в медицинской организации, менеджменте качества и безопасности медицинской деятельности на уровне процессов и в масштабе всей клиники. Значит, руководитель имеет право ввести должность врача-методиста по менеджменту качества. В зависимости от размера клиники ее служба управления качеством может быть представлена как кабинетом, так и отделом.

Перспективы.

Прогнозы экспертов: в тех клиниках, где руководство серьезно и ответственно подойдет к исполнению данного приказа, обязательно наступят позитивные изменения. Прежде всего, это отразится в повышении приверженности управленцев и рядового состава к идеологии качества, а затем скажется на уровне корпоративной культуры. Далее последует цепная реакция – появится необходимость в обоснованных структурных изменениях, которые позволят сформировать модель клиники с высокой эффективностью; заметно улучшатся и станут более эффективными процессы; станет меньше обоснованных жалоб и претензий пациентов и их родственников; сократятся штрафы и объем финансовых взысканий, наложенных контрольными и надзорными органами; ощутимо снизятся расходы на текущую производственную деятельность; труд врачей станет более планомерным и стандартизированным, а значит, уменьшатся риски ненужных действий, неоправданных процедур и излишней нагрузки.

Интеграция.

В каждой медицинской организации должна быть разработана и принята Программа менеджмента качества и безопасности медицинской деятельности. Сегодня у разных медицинских организаций разная степень погружения в данную тему. По единодушному мнению российских экспертов, на начальных этапах внедрения требований необходимо начать с тотального обучения сотрудников, проведения стажировок с целью изучения лучших практик, а также диагностического внешнего аудита или выполнения самооценки. Без методической помощи построение в медучреждениях системы управления качеством и безопасностью затруднительно – необходимы консультанты, внешние аудиторы. Вероятно, поэтому будет целесообразно применить региональный подход, то есть внедрение требований во всех медицинских организациях субъекта страны под руководством территориального органа управления здравоохранением создать единые территориальные программы (дорожные карты) по реализации. Для решения этой задачи нужно сформировать, к примеру, центры компетенций, межведомственные комиссии, организовать мониторинг по утвержденным показателям с составлением рейтинга. Такая региональная модель уже апробируется в Бурятии, Тюменской области, Красноярском крае и в других субъектах. Центры компетенций на уровне региона, где эксперты дают знания и опыт специалистам медицинских организаций, ответственным за организацию внутреннего контроля качества из медицинских организаций, представляют готовые решения и лучшие образцы практик, которые могут быть масштабированы на другие учреждения с учетом демографических и организационных особенностей региона.

Отдельным вектором инновационных управленческих технологий внедрения СМК является интеграция различных уровней информации. Результат внедрения требований и задач СМК может быть намного эффективнее, если их стандартизировать, автоматизировать, интеллектуализировать, мобилизовать и централизовать для онлайн-аналитики. Аналитику, в свою очередь, надо превратить в «зонтичную» технологию и замкнуть на ней все процессы, «подсвечивающиеся» в требованиях.

Работа по достижению качества и безопасности медицинской деятельности значительно более емкая и разноплановая и выявляет структурные проблемы по обеспечению качества. Причина многих из них лежит не в плоскости конкретных медицинских организаций, и некоторые вопросы могут быть решены только при активном участии региональных органов управления здравоохранением, в ведении которых находятся эти медицинские организации. Поэтому необходимо наличие четкой стратегии достижения качества здравоохранения в каждом субъекте РФ.

Уточнение маршрутов.

Для эффективного продвижения в области улучшения качества и безопасности медицинской деятельности было бы полезно сделать несколько выводов:

– без вовлечения в эту важнейшую работу как можно большего количества клиницистов дело будет продвигаться с трудом;

– больше внимания надо уделять не разработке инструментов контроля, а методам их внедрения;

– нужно сделать что-то простое, но понятное и полезное для всех, например мобильное приложение по контролю рисков тромбоэмболии легочной артерии, хирургических осложнений, то есть то, чем могут заинтересоваться практикующие врачи, а не только администрация;

– следовало бы на первом этапе внедрения приказа разделить требования для ведущих клиник в городах-миллионниках и региональных центрах и требования для клиник, которые расположены в сельской местности;

– необходимо обеспечить единство взаимосвязанных элементов, таких как преемственность, маршрутизация, безопасность, соответствие клиническим рекомендациям и т. п.

Отсутствие такой логической взаимосвязи может привести к возникновению мультидисциплинарных проблем и снижению уровня безопасности.

Здравоохранение Самарской области: ключевые моменты // Ремедиум Приволжье. – 2019. – № 9-10. – С. 14-17.

«2019 год явился стартовым годом реализации национальных проектов. При реализации проектов «Демография» и «Здравоохранение» перед нами стоит глобальная цель – борьба с депопуляцией. Путей достижения цели – несколько: повышение рождаемости, увеличение ожидаемой продолжительности жизни путем снижения смертности детей и людей в трудоспособном возрасте, в первую очередь от управляемых причин смерти, развитие профилактики» – из доклада министра здравоохранения Самарской области Михаила Ратманова об итогах работы ведомства в 2018 году и перспективных направлениях дальнейшего развития.

2018 году только Самарская область, Республики Чувашия и Мордовия добились в ПФО снижения смертности. В Самарской области показатель снизился на 1,7 % (на 882 человека меньше умерло по сравнению с 2017 годом) и составил 13,5 на 1000 населения – абсолютный минимум за современную историю региона. Но есть и резервы. Так, они касаются работы по снижению смертности от сердечнососудистых заболеваний. Поэтому основной акцент при реализации региональной составляющей федерального проекта «Борьба с сердечнососудистыми заболеваниями» сделан именно на приближении специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи к населению отдаленных районов.

В регионе проработан вопрос об открытии новых ЧКВ-центров (центров помощи пациентам с инфарктом миокарда) – в Сызрани и в Тольятти. Для жителей южных районов будут открыты первичные сосудистые отделения на базе сельских ЦРБ.

Достигнута договоренность о начале работы в регионе авиационной эвакуации с 2020 года, что значительно сократит время доставки пациентов в учреждения 3-го уровня.

Направлены мероприятия на снижение смертности от онкологических заболеваний. Так, до 2024 года в губернии будет создана сеть центров амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП), основная задача которых – приближение первичной специализированной помощи

пациентам с подозрением на онкопатологию, сокращение сроков обследования. Всего будет создано 12 центров.

На сегодняшний день младенческая смертность составляет 4,3 промилле.

Перевести на новые стандарты все детские поликлиники и создать комфортные условия для лечения детей - еще одна приоритетная задача отрасли. В 2019 году около 20 детских поликлинических отделений губернии включились в проект «Бережливая поликлиника». Значительно повысить качество оказываемой помощи позволит строительство хирургического корпуса Самарской областной детской клинической больницы им. Н. Н. Ивановой и реконструкция Самарской областной детской инфекционной больницы.

В 2019 году в детские больницы закуплено «тяжелое» оборудование – аппараты МРТ и рентгеновские комплексы, чтобы детей не возили во взрослые поликлиники и стационары. До сих пор такое оборудование, как МРТ, в детских лечебных учреждениях не устанавливалось.

С целью преодоления напряженной кадровой обстановки в отрасли приняты меры по усилению целевой подготовки молодежи, привлечению специалистов из других регионов, заключению с ними индивидуальных контрактов, созданию им необходимых жилищных и бытовых условий.

Говоря о снижении смертности, нельзя не сказать о профилактическом направлении. Проектом «Укрепление общественного здоровья» (нацпроект «Демография») предусматривается разработка новой модели организации и функционирования центров здоровья, разработка и внедрение корпоративных программ укрепления здоровья на рабочем месте, разработка муниципальных программ общественного здоровья, проведение массовой информационно-коммуникативной кампании по пропаганде ЗОЖ.

Областной центр медицинской профилактики становится региональным центром общественного здоровья с территориальными (межмуниципальными) подразделениями.

Борьба с онкозаболеваниями.

10 сентября 2019 года в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере состоялось заседание коллегии министерства здравоохранения Самарской области на тему: «Снижение смертности от онкологических заболеваний как основной критерий оценки реализации региональной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями».

Повестка дня коллегии включала в себя обсуждение вопросов доступности, качества и объемов медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями, создания центров амбулаторной онкологической помощи в условиях поликлиник, методов профилактики и раннего выявления рака.

Второй по значимости угрозой жизни после болезней системы кровообращения являются онкологические заболевания. Перед отраслью региональной медицины он поставил серьезную задачу: в ближайшие годы создать в регионе единую систему раннего выявления и лечения рака.

Эта работа ведется в губернии не первый год. В регионе действует один из лучших в стране онкологических диспансеров, создана трехуровневая организация онкологической помощи, отмечен высокий уровень выявляемости злокачественных новообразований, ведутся молекулярно-генетические исследования при назначении противоопухолевой лекарственной терапии, мониторинг показателей, организована система реабилитации, паллиативная помощь. Однако процесс старения населения приводит к росту заболеваемости, на должном уровне раннюю диагностику онкозаболеваний ведут далеко не все медучреждения в области. Влияет на ситуацию и нехватка врачебных кадров и медицинского оборудования, а также низкий уровень грамотности населения в вопросах профилактики и диспансеризации.

Только комплексный, системный подход к решению назревших проблем способен привести к эффективным результатам. В связи с этим основными мероприятиями проекта, направленными на снижение смертности от новообразований, будут, прежде всего, финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами лечения, организация сети центров амбулаторной онкологической помощи, переоснащение сети региональных медицинских организаций, оказывающих помощь больным онкологическими заболеваниями, совершенствование кадрового обеспечения онкологической службы.

Директор Территориального фонда ОМС Самарской области Владислав Романов озвучил свои предложения по развитию системы оказания медицинской помощи онкологическим больным. В частности, чтобы избежать запущенных случаев рака, он предложил медицинским организациям при возникновении подозрений на злокачественные новообразования незамедлительно информировать по каналам VipNet поликлинику, к которой прикреплен пациент, и онкологический диспансер, а медицинским организациям первичного звена при подозрении на злокачественное новообразование направлять сведения в страховые медицинские организации для информирования граждан о необходимости прохождения второго этапа диспансеризации или обращения к врачу-специалисту.

Главный врач Самарского областного клинического онкологического диспансера Андрей Орлов обратил внимание на важность развития сети центров амбулаторной онкологической помощи, которые будут вести онкопоиск, диспансерное наблюдение, химиотерапевтическое лечение в условиях дневного стационара и мониторинг лечения.

Примером эффективной работы по снижению смертности населения от онкологических заболеваний стал Сергиевский район. Методы своевременной профилактики и раннего выявления рака позволяют жителям района жить дольше, активнее. Снижению смертности от запущенных случаев рака способствуют рост количества скринингов и онкоосмотров, выявляющих болезнь на ранних стадиях.

Уникальная лаборатория.

Лаборатория цитологии и молекулярной генетики опухолей в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере функционирует с декабря 2007 года. В ней представлено высокотехнологичное оборудование для диагностики рака. Подобных лабораторий в России совсем немного: кроме Самары, есть также в Москве, Казани и Уфе.

Сегодня клиническая практика располагает достаточно широким спектром методов лабораторной диагностики, позволяющим не только диагностировать заболевания, но и проводить мониторинг терапии, осуществлять контроль лечения. Персонафицированную медицину можно определить как стратегию, профилактику и лечение заболеваний на основе результатов молекулярно-генетических исследований. В лаборатории постоянно развиваются и совершенствуются молекулярно-диагностические технологии. Уже сейчас клиническая лабораторная диагностика располагает широким спектром методов, которые позволяют повысить качество оказания медицинской помощи пациентам диспансера. Только за 2018 год в лаборатории цитологии и молекулярной генетики было проведено более 40 000 исследований.

Лаборатория Самарского онкологического диспансера является первой в России, где молекулярно-генетические тестирования для определения оптимальной тактики лечения конкретного пациента введены в систему обязательного медицинского страхования Самарской области. Основной целью введения передовых дорогостоящих технологий в систему ОМС является увеличение доступности высокотехнологичной медицинской помощи онкобольным.

В лаборатории цитологии и молекулярной генетики опухолей также оптимизирован и внедрен в практику способ выделения ДНК из опухолевых клеток особо точными, в том числе и лазерными методами.

Телемедицина в поликлиническом звене.

Впервые в Самарской области в практику работы поликлинического звена внедрены телемедицинские консультации. Так, с целью повышения доступности медицинской помощи в Сызрани организовано проведение консультаций с врачами из Самары посредством защищенной телемедицинской сети.

Сызранские врачи регулярно (три раза в неделю) обращаются за помощью и консультацией к своим коллегам из Самары, чтобы разобраться в наиболее сложных случаях заболевания пациента, подтвердить диагноз, посоветоваться по поводу диагностики и лечения. На консультацию опытных эндокринологов, нефрологов, хирургов, пульмонологов и других специалистов приходят и пациенты, чтобы ответить на вопросы врачей и самим задать вопросы специалистам, а затем получить медицинское заключение.

За период реализации проекта врачи поликлиники № 15 проконсультировали 48 пациентов из Сызрани. В пилотном проекте участвуют и другие самарские поликлиники.

Дистанционные консультации на основе современных технологий – один из способов обеспечить доступность и своевременность получения медицинской помощи для пациентов.

Основная задача телемедицины – обеспечить оказание медицинской помощи с использованием информационных технологий всему населению Самарской области, не только находящемуся в экстренной ситуации и проходящему стационарное лечение, но и в амбулаторном режиме, приблизить квалифицированную медицинскую помощь к пациентам. Это один из способов преодолеть последствия нехватки кадров и обеспечить доступность и своевременность получения медицинской помощи для пациентов.

В Самарской области также реализуется проект по дистанционной передаче электрокардиограмм (ЭКГ) от районных больниц и бригад службы скорой медицинской помощи в Самарский областной клинический кардиологический диспансер. Областные специалисты совместно с врачами из районов оперативно и качественно диагностируют сердечные недуги и своевременно определяют маршрутизацию пациентов для оказания необходимой помощи жителям региона.

В проекте участвуют 35 медицинских организаций сельских территорий, а также Сызрани, Новокуйбышевска, Жигулевска, Чапаевска, Октябрьска, Отрадного.

В областном кардиодиспансере установлено специализированное программное обеспечение – кардиосервер, который обладает элементами искусственного интеллекта и помогает врачам осуществить интерпретацию ЭКГ и поставить развернутый диагноз. Организован круглосуточный прием, расшифровка и формирование заключений ЭКГ, поступивших от медицинских организаций по защищенным каналам связи.

Регистрация ЭКГ осуществляется в приемном отделении, офисе врача общей практики (врачебной амбулатории), ФАПе, отделении функциональной диагностики, бригаде скорой медицинской помощи на выезде.

Самое главное, что кардиограмма, которую выдает аппарат, уже идет с расшифровкой. С помощью этой расшифровки специалисты могут принять самостоятельное решение, куда госпитализировать пациента.

В настоящее время в регионе в рамках проекта функционирует восемь электрокардиографов, передающих ЭКГ в кардиодиспансер, ими оснащены и бригады Самарской областной станции скорой медицинской помощи. Аппарат мобильный, снять кардиограмму врачи могут и в санитарной машине, и на дому, и в иных условиях, когда пациентам необходима помощь.

Преимущества системы дистанционной передачи ЭКГ состоит и в том, что врач кардиодиспансера не привязан к рабочему месту, он может оперативно посмотреть переданное ЭКГ на планшете или смартфоне.

Развернутая информационная система ведет электронный архив ЭКГ пациентов медицинских учреждений региона, предоставляет доступ врачам-специалистам (врач функциональной диагностики, кардиолог, терапевт) к архиву ЭКГ со своих рабочих компьютеров, позволяет проводить телемедицинские консультации поликлиник в кардиодиспансере.

Новые технологии в офтальмологии.

Почти на 20 % (с 19 000 до 24 000 человек) выросло количество вылеченных пациентов офтальмологами Самарской областной клинической офтальмологической больницы им. Т. И. Брошевского за последние три года. На четверть увеличилось число пациентов из других стран и регионов – с 1116 до 1400 человек. И все это благодаря освоению новых технологий – как организационных, так и хирургических. «Мобильное отделение» объезжает районы Самарской области и лечит сельчан буквально рядом с домом, а отделение «микрохирургии одного дня» позволяет сократить время лечения и реабилитации пациентов в условиях стационара. Все эти технологии впервые разработаны и применены в Самарской области, и стали предметом изучения и внедрения данных разработок в других регионах.

Еще одним примером инновационных технологий в Самарской областной клинической офтальмологической больнице имени Т. И. Брошевского является областной офтальмо-эндокринологический центр. Своевременно выполненная лазерная коагуляция сетчатки

пациентам с сахарным диабетом позволила за 5 лет в 5,6 раза снизить количество запущенных случаев и осложнений диабетической ретинопатии (с 549 до 98 в год).

Обновление парка СМП.

3 сентября 2019 года Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев подписал распоряжение, согласно которому Самарская область до конца 2019 года получит 38 автомобилей скорой медицинской помощи российского производства.

32 машины из них – класса «В» и 6 – класса «С» – реанимобили. В машинах есть все необходимое оборудование для оказания скорой медицинской помощи, в том числе для сложных – тяжелых пациентов.

Поставка новых автомобилей для скорой помощи позволит улучшить показатели реализации Национального проекта «Здравоохранение», инициированного Президентом РФ Владимиром Путиным, направленного, прежде всего, на сбережение населения, сохранение жизни и здоровья людей.

Служба скорой медицинской помощи – передний край здравоохранения. От работы этой службы зависит, успеют ли врачи оказать необходимую помощь страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями в «золотой час», спасут ли пострадавших в ДТП, довезут ли вовремя тяжелобольного ребенка. И очень важно, чтобы бригада скорой передвигалась на новом автомобиле, оснащенный всем необходимым для оказания эффективной первой помощи.

Оздоровительная физическая активность.

19 ноября 2019 года в «Самарской областной универсальной научной библиотеке» состоялась открытая научно-практическая конференция «Социально-медицинские услуги по развитию физической активности несостязательного характера. Межсекторное взаимодействие в сфере общественного здоровья Национального проекта «Демография».

Конференция проводилась в рамках реализации Национального проекта «Демография» по направлению «Сохранение общественного здоровья».

Специалисты обсудили традиционные и инновационные виды массовой физической активности несостязательного характера, проблемные вопросы мотивации детей и взрослых к физической активности, научные способы оценки эффективности влияния на здоровье различных видов физической активности, а также проблемы подготовки компетентных специалистов в области физической активности и формирование единого видения пути развития массовой физической активности несостязательного характера.

Профилактика неинфекционных заболеваний признана приоритетным направлением здравоохранения. Здоровый образ жизни является краеугольным камнем профилактики, а отказ от курения, правильное питание и физическая активность – те три кита, которые создают его основу. Подъем престижа здорового образа жизни в глазах населения поможет с минимальными затратами существенно снизить распространенность многих хронических заболеваний, являющихся основными причинами смертности.

В приоритете министерства здравоохранения Самарской области находится не соревновательная, а именно оздоровительная физическая активность, целью которой является профилактика факторов риска.

Многие социально ориентированные некоммерческие организации Самарской области развивают физическую активность несостязательного характера.

Ряд организаций при этом получили гранты Президента РФ на эту деятельность и успешно реализовали свои проекты при организационно-методической поддержке министерства здравоохранения.

Эти проекты отличаются тем, что физическая активность участников проекта сопровождалась обследованиями в «Центре здоровья» и консультациями специалистов Самарского областного центра медицинской профилактики.

Именно такую форму взаимодействия регион и ожидает от представителей некоммерческих организаций сферы общественного здоровья: развивать физическую активность в соответствии с рекомендациями врачей и специалистов профилактической медицины, с регулярным медицинским контролем основных параметров здоровья.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Катарос, И. Игла Коцея Бессмертного // Медицинская газета. – 2019. – 25 дек. (№50). – С. 14.

Врачи городской клинической больницы Вены (Австрия) провели операцию, которая долгое время считалась невозможной. Они успешно пересадили живому человеку «мёртвое» сердце.

Орган был имплантирован в тело 61-летнего пациента. До недавнего момента считалось, что из-за нарушения циркуляции крови сердце, которое уже перестало биться, нельзя запустить вновь, но австрийские хирурги доказали обратное.

Они использовали метод Donation after Circulatory Death, который обычно применяют при трансплантации лёгких, печени и почек, и с помощью устройства по уходу за органами The Organ Care Systems заставили орган ожить. Операция длилась всего 9 часов. Сейчас пациент австрийской больницы чувствует себя хорошо. Достигнутый результат в будущем может значительно сократить время ожидания органов умирающими.

Врачи готовились к ней почти 4 года. За основу бралась первая успешная пересадка сердца таким же способом, которая была проведена в 2014 г. в Сиднее. Как правило, пересадка сердца происходит от доноров, у которых наступила смерть мозга, но само сердце по-прежнему бьётся. Трансплантация в этом случае является деликатной и невероятно сложной процедурой, требующей того, чтобы орган ни на секунду не прекращал функционировать, даже во время обязательной четырёхчасовой заморозки. Теперь же хирурги научились пересаживать «мёртвые» сердца.

В рамках своего эксперимента врачи из Больницы Сент-Винсент в Сиднее (Австралия) использовали новую методику под названием «сердце в коробке» (heart in a box): переставший биться орган помещают в специальную машину, где его возвращают к работе. Там он согревается, восстанавливает эластичность тканей, а специальная питательная жидкость помогает свести к минимуму повреждение сердечной мышцы. Подобные методики по предварительному питанию и согреванию органов перед трансплантацией были также применены для улучшения качества донорских лёгких и печени. В Австралии врачи использовали для пересадки сердце, которое не билось почти 20 минут. Но затем «оживлённый» хирургами орган был успешно пересажен пациентке.

Со времени проведения первой операции австралийские хирурги осуществили ещё две успешные пересадки «мёртвого» сердца. Профессор Питер Макдональд, глава отделения сердечной трансплантологии в Больнице Сент-Винсент, который руководил клиническими испытаниями технологии, заявил, что новая методика позволит спасти на 30% больше жизней, чем прежде, за счёт увеличения количества доступных органов.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Короленко, А. В. Стресс как фактор риска здоровья населения и распространения вредных привычек // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. – 2019. – № 1 (12). – С. 3-26.

Быстрые ритмы жизни, высокая информационная нагрузка в результате глобализации и урбанизации подвергают современного человека значительным психоэмоциональным нагрузкам, служат факторами развития стрессовых состояний, что, в свою очередь, грозит срывом резервных возможностей органов и систем с дальнейшим формированием патологий здоровья.

Стресс является одним из ключевых факторов риска развития ряда серьезных заболеваний, в их числе неврологические нарушения, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, пограничные психические расстройства. Кроме того, как доказывают исследования, регулярные стрессы снижают функцию иммунной системы человека, что способствует возникновению онкологических заболеваний. Объясняется это увеличением выработки кортикостероидов, в результате которого снижается клеточный иммунитет.

Влияние стрессовых ситуаций на здоровье может осуществляться не только напрямую, через систему психосоматических реакций организма, но и косвенно, через изменение поведения индивида, выражающееся в применении им таких деструктивных для здоровья антистрессовых мер, как курение и употребление алкоголя. Именно поэтому принципиально важным представляется изучение воздействия стресса не только на состояние здоровья населения, но и на распространение вредных привычек.

Цель данной статьи заключалась в анализе влияния стрессовых ситуаций на состояние здоровья и распространение вредных привычек среди населения. При этом следует уточнить, что в рамках данной работы стресс рассматривался лишь с точки зрения отрицательного воздействия на состояние и самочувствие человека (как дистресс) без выделения его видов (физиологического, эмоционального, психологического, профессионального, учебного стресса и т.д.). Это обусловлено спецификой используемой информационной базы, а именно данных социологического опроса населения: в субъективной интерпретации респондентов стресс, прежде всего, носит негативный характер и воспринимается ими в общем виде (вне зависимости от его природы). Изучение влияния на здоровье населения стресса разных типов (по характеру, происхождению) представляет большой научный интерес и может выступить в качестве одной из задач на последующих этапах исследования.

Использование социологических методов в изучении факторов риска здоровья и образа жизни населения обладает большим преимуществом по сравнению с иными методами, поскольку позволяет анализировать субъективные мнения и оценки населения, выявлять установки и конкретные поведенческие практики респондентов. Именно поэтому основным инструментом сбора информации в данном исследовании выступил социологический опрос населения.

Исследовательская гипотеза заключалась в том, что люди, часто испытывающие стрессовые ситуации, в большей степени склонны к вредным привычкам, хуже оценивают состояние здоровья по сравнению с теми, кто редко подвергается стрессам или вовсе с ними не сталкивается.

Информационной базой послужили данные социологического мониторинга физического здоровья населения Вологодской области, проводимого ФГБУН ВолНЦ РАН, а именно его этапов 2016 и 2018 гг. Опрос осуществлялся в форме раздаточного анкетирования на территории крупных городов Вологды и Череповца, а также 8 муниципальных районов. Объем выборки составил 1500 респондентов в возрасте 18 лет и старше. Выборка многоступенчатая, квотная. Ошибка выборки не превышала 3%.

Анкеты содержали вопросы о частоте стрессовых ситуаций, испытанных респондентом за последний год, а также о предпринимаемых способах их преодоления. Для оценки влияния стресса на здоровье использовались данные о самооценке респондентами состояния здоровья, в том числе о наличии хронических заболеваний, частоте и тяжести заболеваемости. Анализ воздействия стрессовых ситуаций на распространение среди опрошенного населения самодеструктивных практик осуществлялся по вопросам о наличии (или отсутствии) вредных привычек (курения, употребления алкоголя), об их частоте, а также о причинах приверженности вредным привычкам.

Стоит подчеркнуть, что в данном исследовании стресс не подразделялся на отдельные виды (физический, психический, социальный, профессиональный и прочие), поскольку главной задачей было выявление взаимосвязи частоты проявления стрессовых ситуаций (вне зависимости от их характера) с параметрами самооценки здоровья и образа жизни населения.

Подверженность населения стрессу и способы его преодоления. Анализ распределения ответов населения региона на вопрос о том, насколько часто в течение года они испытывали стрессовые ситуации, в 2018 г. показал, что 29% респондентов переживали стресс несколько раз в год, 21% – несколько раз в месяц, 11% – несколько раз в неделю и лишь 5% – ежедневно, тогда как 22% не испытывали его вовсе. По сравнению с 2016 г. заметно сократилась доля тех, кто подвергался воздействию стресса несколько раз в год и вырос удельный вес тех, кто испытывал его лишь однажды или вовсе не подвергался стрессу.

Не испытывали стрессов в течение последнего года преимущественно сельские жители (44%), мужчины (27%) и молодежь (24%). Среди респондентов из крупных городов области (21% в Вологде, 22% в Череповце), женщин (18%) и молодых людей в возрасте до 30 лет (19%) оказалось больше всего тех, кто ежедневно или несколько раз в неделю сталкивался со стрессами.

Самыми распространёнными способами преодоления стресса среди респондентов стали прогулки на свежем воздухе (33%), занятия любимым делом (31%). Кроме того, достаточно широкое распространение получили деструктивные для здоровья практики борьбы со стрессовыми ситуациями такие, как «заедание» вкусной едой (26%), курение (17%) и употребление алкоголя (13%). Таким образом, в общей сложности к вредным для здоровья антистрессовым мерам прибегает почти половина опрошенных жителей, испытывавших стресс в течение года (46%).

По сравнению с 2016 г. в 2018 г. возросла доля тех, кто с целью преодоления стрессовых состояний прибегает к полезным занятиям – хобби (с 22 до 31%), спорту и физкультуре (с 8 до 10%). Вместе с тем наблюдается увеличение доли респондентов, в случае стресса склонных к употреблению алкоголя (с 9 до 13%), его «заеданию» вкусной пищей (с 22 до 26%).

Примечательно, что среди лиц, часто испытывавших стрессовые ситуации, по сравнению с респондентами, практически не сталкивавшимися с ними, в большей степени распространены такие антистрессовые меры, как употребление в пищу чего-нибудь вкусного (32% против 11%), курение (22% против 7%) и употребление спиртного (15% против 7%).

Влияние стресса на самооценку состояния здоровья. Как показали результаты социологического опроса 2018 г. люди, практически не подвергавшиеся стрессу, чаще дают собственному здоровью положительные оценки (94%), тогда как респонденты, часто испытывавшие его, напротив, в большей степени склонны оценивать свое здоровье как плохое и очень плохое (12%).

Кроме того, регулярно или периодически подвергавшиеся стрессам респонденты чаще заявляли о наличии у себя хронических заболеваний (34%). В то время как среди тех, кто практически не сталкивался со стрессовыми ситуациями, доля таких людей оказалась ниже (26%).

Источник: мониторинг физического здоровья населения Вологодской области, 2018 г.

Согласно данным опроса, наличие частых стрессов в большей степени по сравнению с их редкой встречаемостью или полным отсутствием способствует развитию таких недугов, как частые головные боли (18% против 9%), хроническая тревога или депрессия (8% против 2%).

Среди людей, регулярно испытывавших стрессовые ситуации, по сравнению с респондентами, практически им не подвергавшихся, оказалось больше всего тех, кто на протяжении года ежемесячно испытывал как легкие недомогания (35% против 16%) и те, что снижают работоспособность, но не требуют выхода на больничный (18% против 4%), так и болезни, приводящие к частичной (9% против 2%) или полной потере работоспособности (7% против 2%; табл. 3). Напротив, среди практически не подвергавшихся стрессу респондентов чаще по сравнению с противоположной группой встречались те, кто никогда не испытывал недомогания, снижающие работоспособность (32% против 22%), болезни, приводящие к потере трудоспособности, но не лишаящие возможности заниматься домашними делами (59% против 42%), недуги, приводящие к полной потере трудоспособности и способности к самообслуживанию (86% против 70%).

Однако при сопоставлении частоты стрессовых ситуаций с частотой употребления отдельных алкогольных напитков была обнаружена закономерность: среди респондентов, регулярно испытывавших стресс, по сравнению с теми, кто редко его ощущал или вовсе не испытывал, оказалось значительно больше тех, кто ежедневно употребляет пиво (12% против 4%) и крепкие спиртные напитки (5% против 1%), ежедневно или в выходные дни употребляет некрепленые (15% против 6%) или крепленые вина (11% против 5%; табл. 5). В то же время среди людей, лишь периодически подвергавшихся стрессовым ситуациям или вовсе им не подвергавшихся, в большей степени распространен отказ от употребления большинства из вышеперечисленных видов алкогольных напитков, за исключением крепкого спиртного.

Люди, редко ощущавшие стресс или вовсе его не испытывавшие, в качестве причины употребления алкоголя в основном выбирают либо возможность расслабиться (43%), либо традицию отмечать праздники со спиртным (38%). Тогда как респонденты, наиболее подверженные стрессовым ситуациям, значительно чаще по сравнению с другими объясняют это причинами, которые косвенно или напрямую связанными с желанием преодолеть стресс, а именно, необходимостью расслабиться (55%), отвлечься от проблем (52%) и повысить себе настроение (37%).

Оценка влияния частоты стресса на то, сколько сигарет в день выкуривает респондент, не выявила подобных закономерностей. Напротив, люди, часто испытывавшие стресс, заметно реже признавались в том, что выкуривают пачку сигарет и больше в день, тогда как среди лиц, практически не подвергавшихся стрессу, оказалось больше тех, кто выкуривает либо пачку сигарет в день, либо больше (табл. 7). Возможно, это объясняется превалированием в курении факторов иной природы, например, выработанной привычки.

Склонность к курению более половины респондентов объясняют выработанной привычкой (табл. 8). Однако среди курильщиков, которые часто подвергались стрессовым воздействиям, оказалось существенно больше тех, кто при этом руководствуется антистрессовыми мотивами, в частности стремлением успокоиться и снять стресс (44%), набраться сил для работы (23%).

Таким образом, проведенный анализ частично позволил подтвердить исследовательскую гипотезу. В частности, выявлена закономерность между частотой стрессовых ситуаций и самооценкой здоровья: респонденты, редко подвергавшиеся стрессу или вовсе его не испытывавшие, чаще дают собственному здоровью положительные оценки, тогда как среди людей, регулярно испытывавших стрессовые ситуации, напротив, оказалась наибольшей доля негативных оценок здоровья. Кроме того, люди, наиболее подверженные стрессу, по сравнению с теми, кто практически не сталкивался со стрессовыми ситуациями, в течение года чаще болели как легкими недомоганиями, так и тяжелыми недугами.

Несмотря на то, что анализ данных опроса не выявил прямой взаимосвязи между частотой подверженности стрессу и распространением вредных привычек, при сопоставлении частоты переживаемых стрессовых ситуаций с частотой употребления спиртного было установлено: среди респондентов, постоянно испытывавших стресс, по сравнению с теми, кто редко его ощущал или вовсе не испытывал, оказалось значительно больше ежедневно употребляющих пиво и крепкие спиртные напитки, ежедневно или по выходным дням употребляющих некрепленые или крепленые вина. В то же время среди людей, лишь периодически подвергавшихся стрессовым ситуациям или вовсе их не испытывавших, в большей степени распространен отказ от употребления большинства из вышеперечисленных видов алкогольных напитков, за исключением крепкого спиртного. Аналогичной закономерности с частотой курения выявлено не было, что связано с превалированием у курильщиков других мотивов, например, выработанной привычки.

Таким образом, стресс является значимым фактором риска здоровья населения, оказывая существенное влияние на развитие сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний, злокачественных новообразований, психических расстройств.

Полученные результаты исследования позволили сформулировать основные направления профилактики стрессовых ситуаций:

1. Поскольку данные опроса продемонстрировали, что 16% респондентов не знакомы со способами преодоления стресса, то принципиальным вопросом становится повышение информированности населения о наиболее эффективных антистрессовых мерах, в частности обучение грамотному преодолению стрессовых ситуаций. Одним из инструментов реализации данного направления может стать функционирование Школ борьбы со стрессом для взрослого населения по аналогии со Школами правильного питания, профилактики сахарного диабета, повышенного артериального давления и т.д. Вместе с тем информировать о способах преодоления стресса и управления психологическим состоянием важно начиная со школьной скамьи (штатными школьными психологами) и в учреждениях профессионального образования (специалистами психологических служб или медицинских кабинетов), так как дети и молодые люди в этом возрасте зачастую подвергаются учебному стрессу, в частности экзаменационному.

2. Для профилактики профессиональных стрессов представляется актуальным осуществление работодателями мониторинга психологического климата в коллективе и психологического самочувствия работников, а также систематическое проведение специалистами-психологами мероприятий, предупреждающих и минимизирующих влияние стрессовых ситуаций (в формате индивидуальных консультаций, групповых тренингов, семинаров). При этом работа психолога в организации может осуществляться как на постоянной основе в случае наличия штатного специалиста, так и на договорных условиях. Оптимальным вариантом также может стать медицинское или психологическое сопровождение мониторинга, например, работником кабинета здоровья или психологом организации.

3. Как показывают данные социологического мониторинга физического здоровья ФГБУН ВолНЦ РАН, одним из важнейших мотивов занятия населения физкультурой и спортом является желание получить психологическую разрядку и снять стресс. В 2018 г. его выбирал каждый четвертый респондент, занимающийся физкультурой и спортом. Следовательно, повышение физической активности населения с большой долей вероятности будет способствовать и профилактике стресса.

Горбачев, Д. О. Характеристика фактического питания и пищевого поведения у лиц с обычным и избыточным пищевым статусом // Наука молодых. – 2019. – Т. 7, № 14. – С. 541-540. – URL: http://naukamolod.rzgm.ru/uploads/art/art450_8f8ebc.pdf (дата обращения: 21.01.2020).

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) более 75 % населения земного шара страдают заболеваниями, возникновение и развитие которых связано с нарушением принципов рационального питания, условия и образ жизни являются одними из важнейших факторов, оказывающих влияние на здоровье человека. При избыточном потреблении рационов с высокой энергетической ценностью, жиров, добавленного сахара в совокупности с низкой физической активностью в современных условиях привели к высокой распространенности ожирения среди населения. Особое влияние на формирование избыточного пищевого статуса оказывает пищевое поведение, в связи с чем, среди лиц, страдающих ожирением, широко применяются различные психодиагностические методики, позволяющие выявить предпосылки нарушений пищевого поведения и своевременно проводить коррекцию с использованием психологических приемов.

Полученная в ходе изучения пищевого статуса информация о фактическом питании, состоянии здоровья человека, его морфологических параметрах и показателях метаболизма, позволяет не только разрабатывать программы по коррекции пищевого поведения человека с патологическими нарушениями, но выявить на раннем этапе проблемы нутритивного характера для последующей разработки профилактических мероприятий.

Целью исследования является изучение фактического питания, социально-психологический анализ пищевого поведения у лиц с различными типами пищевого статуса.

Объектом исследования явилось трудоспособное население Самарской области в количестве 118 человек. Предмет исследования – питание, образ жизни трудоспособного населения. Для оценки степени ожирения, избыточной и недостаточной массы тела использовался индекс Кетле-П и индекс отношения окружности талии к окружности бедер. По значению ИМТ были сформированы 2 группы: № 1 (32 женщины и 25 мужчин) с индексом массы тела (ИМТ) <24,9; №2 (39 женщин и 22 мужчины) с ИМТ>30. Средний возраст обследуемых составил 35,8±1,6 года. Все обследованные лица по уровню физической активности относились к лицам с очень низкой физической активностью (коэффициент физической активности – 1,4). Для проведения социально-психологического анализа пищевого поведения использовались: тест диагностики акцентуаций характера, голландский опросник пищевого поведения - БЕБО, методика направленного ретроспективного анализа на тему «Мои отношения с едой». Оценка фактического питания осуществлялась методом 24-часового воспроизведения рациона с применением программного комплекса «Нутри-проф» (версия 2.4., свидетельство о

государственной регистрации №2018616124 ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России).

Оценка фактического питания лиц с различными типами пищевого статуса показала, что рационы мужчин и женщин с избыточной массой тела и ожирением достоверно отличались от таковых с нормальной массой тела по содержанию жира (у мужчин $p=0,008$, у женщин $p=0,012$), насыщенных жирных кислот (у мужчин $p=0,014$, у женщин $p=0,023$), мужчины и женщины с ожирением достоверно больше потребляли холестерина в сравнении с лицами, имеющими нормальную массу тела (у мужчин $p=0,033$, у женщин $p=0,018$), у женщин с избыточной массой тела достоверно выше оказалось потребление моно- и дисахаров ($p=0,015$), добавленного сахара ($p=0,008$), среди мужчин аналогичная тенденция прослеживалась по добавленному сахару ($p=0,024$). Индекс массы тела показал положительную корреляцию с энергетической ценностью рациона ($r=0,429$, при $p<0,01$), уровнем потребления жира ($r=0,538$, при $p<0,01$), НЖК ($r=0,46$, при $p<0,01$), холестерина ($r=0,541$, при $p<0,01$), добавленного сахара ($r=0,625$, при $p<0,01$), общих углеводов ($r=0,356$, при $p<0,05$), отрицательную корреляцию с потреблением белка ($r=-0,229$, при $p<0,01$).

При использовании метода по выявлению социально-психологических предпосылок набора избыточного веса путем опроса, позволяющего оценить семейные пищевые традиции с детского возраста и до настоящего времени, а также определения взаимосвязи характера питания с психологическим состоянием обследуемых, были получены следующие результаты. Среди 31 % опрошенных группы № 1 и 22 % опрошенных группы № 2 причина потребления пищи заключалась в получении необходимой энергии для жизнедеятельности организма, 54 % опрошенных группы № 1 и 56 % опрошенных группы № 2 отмечали, что любят вкусно поесть, 14 % обследованных в группе № 1 и 24 % опрошенных с ожирением в группе № 2 считали, что еда доставляет им удовольствие, достоверных различий по данному показателю нами выявлено не было. Достоверные различия между группами были выявлены при изучении характера отношения родителей к детям во время их расстройств. Так, число лиц, на которых родители не обращали внимания в момент расстройства среди опрошенных группы № 2 составило 26 %, в группе № 1 – 8 % ($\chi^2=2,48$, при $p<0,01$). В семьях опрошенных группы № 2 20 % отмечали, что достаточно часто питались полуфабрикатами, в группе № 1 – 11 %, готовили много вкусной и высококалорийной еды в группе № 1 по ответам 84 % респондентов, в группе № 2 только лишь 38% отметили данный факт ($\chi^2=4,96$, при $p<0,05$). Среди 10 % опрошенных группы № 2 и 60 % опрошенных группы № 1 любили организовывать праздничные застолья ($\chi^2=5,64$, при $p<0,01$). 32 % опрошенных группы № 1 и 54 % опрошенных группы № 2 имеют свои «фирменные» блюда и рецепты, которые передаются из поколения в поколение ($\chi^2=2,24$, при $p<0,05$). Указанные различия свидетельствуют о том, среди лиц с ожирением менее выражен «культ еды», в отличие от лиц с нормальной массой тела, в чьих семьях любят готовить и любят поесть, при этом этого не стесняются. Достоверно значимые различия выявлены по количеству обследованных с ожирением, предпочитающих молочно-растительную пищу – 46% против 27 % в группе № 1 ($\chi^2=2,11$, при $p<0,05$), и любящих есть все без исключения, в группе № 1 таковых было 50 %, в группе № 2 – 30 % ($\chi^2=2,1$, при $p<0,05$). Достоверное различие было отмечено по варианту ответа потребления пищи в момент, когда возникает желание, среди опрошенных группы № 1 это делали 23 %, в группе № 2 – 44 % ($\chi^2=1,97$, при $p<0,01$), то есть прием пищи у большего числа лиц с ожирением осуществлялся по мере появления чувства голода, а не в соответствии с режимом. 38 % опрошенных с ожирением и 24 % с нормальной массой тела испытывают трудности при соблюдении диеты, либо иных алиментарных ограничений, 26 % опрошенных группы № 2 и 11 % опрошенных в группе № 1 часто нарушают диету, достоверных отличий при этом не выявлено. Для большей части опрошенных группы № 1 – 32 % важно принимать пищу за красиво оформленным столом, в том числе с красивой посудой, в группе № 2 данный показатель составил 15 % ($\chi^2=1,68$, при $p<0,05$). Более половины опрошенных 1-й и 2-й групп принимали пищу совместно с просмотром телевизора. Значимых различий между группами в отношении взаимосвязи приема пищи и эмоциональным состоянием не выявлено, 23 % опрошенных в группе № 1 и 43% в группе № 2 отмечают снижение аппетита при наличии стрессовых состояний, у 21% опрошенных 1-й группы и 37 % опрошенных 2-й группы отмечают обратную картину, у остальных аппетит не зависит от эмоционального состояния. Достоверные

отличия приходится на показатель, характеризующий необходимость потребления десерта после основного приема пищи среди 27 % опрошенных лиц, страдающих ожирением и 7% лиц с нормальной массой тела ($\phi^*=3,7$, при $p<0,01$). Большинство опрошенных (79 %) с ожирением хотели бы изменить свое отношение к еде, у лиц с нормальными значениями массы тела этот показатель составил 22% ($\phi^*=3,69$, при $p<0,01$), также большинство лиц с ожирением осведомлены о последствиях нарушения пищевого поведения и пищевого статуса вследствие того, что получают достаточное количество информации от медицинских работников, либо самостоятельно – при обращении к открытым источникам медицинской информации ($\phi^*=2,05$, при $p<0,05$).

Таким образом, лица с ожирением воспитывались в семьях с эмоциональной отстраненностью, где не уделялось столь пристального внимания к вкусной и разнообразной пище, в данной группе предпочитали потребление молочно-растительной пищи, при этом прием пищи зачастую осуществлялся по желанию, а не по сформированному режиму. Обследованные с ожирением с трудом ограничивали себя в еде, что выражается необходимостью потребления десерта даже при насыщении в основной прием пищи. Тем не менее, большинство лиц, страдающих ожирением, проинформированы о последствиях со стороны здоровья и понимали о необходимости изменения отношения к еде. Данные, полученные нами в ходе опроса, по некоторым позициям не сопоставлялись с данными литературы, скорее всего, данное обстоятельство связано с тем, что лица с ожирением искажали реальную картину своих пищевых пристрастий, начиная с детского возраста, пытаясь тем самым, приукрасить картину нарушений своего пищевого поведения, уйти от принятия проблемы, либо имело место нарушение самоанализа.

Наиболее выраженным типом акцентуации характера в группе обследованных с ожирением признана застревающая акцентуация, характеризующаяся длительными задержками сильных эмоциональных переживаний, «застреванием» определенных чувств, связанных с чувством гордости, собственного достоинства. Таких людей очень легко обидеть, задеть, при этом они надолго запоминают обидчика, и даже пытаются ему отомстить, они недоверчивы и подозрительны. На 2-м месте по выраженности находилась циклотимная акцентуация характера, лица с указанным типом в разных фазах ведут себя по-разному, могут быть возбудимы, активны и жизнерадостны (гипертимные), либо, наоборот, подавлены, молчаливы, мнительны (дистимные). В группе № 1 преобладали гипертимный, экзальтированный и циклотимный типы акцентуации. При этом в группе № 2 достоверно отличалась выраженность застревающего и эмотивного типа акцентуации характера, в отличие от группы № 1 ($p<0,05$). Полученный результат свидетельствует о том, что обследованным с ожирением свойственны повышенная чувствительность, длительные эмоциональные переживания, внутренняя обидчивость, злопамятность, что может определенным образом оказывать влияние на пищевое поведение.

Изучение типов пищевого поведения у лиц с ожирением и нормальной массой тела показало, что в группе № 1 и № 2 эмоциогенный тип поведения превышал норму. Данный тип пищевого поведения характеризуется гиперфагической реакцией при наличии стрессовых, отрицательных эмоциональных переживаний, в результате которой происходит усиленное потребление пищи, так называемое «заедание» стресса. Значимых различий между группами по данному показателю пищевого поведения нами выявлено не было.

Показатель экстернального типа пищевого поведения среди лиц с ожирением незначительно превышал норму и оказался достоверно выше, чем у опрошенных в группе №1. В данном случае, лица с нормальной массой тела могут легко контролировать себя при виде и запахе еды, в том числе контролировать количество потребляемой пищи, для них это не является определяющим в пищевой мотивации. Напротив, для людей с ожирением это делать затруднительно, они равнодушны к красиво оформленной, вкусно пахнущей, деликатесной пище и, если в их доме появляется привлекательная еда, она будет съедена за очень короткое время.

Показатель ограничительного типа пищевого поведения среди лиц с нормальной массой тела оказался выше нормы, чем у опрошенных лиц с ожирением, при этом различия признаны статистически достоверными. Полученный результат свидетельствует о том, что лицам с нормальными показателями массы тела легче контролировать свое пищевое поведение, в том числе

ограничивать частоту приемов пищи, объем потребляемой порции, в отличие от лиц с ожирением. Периоды ограничительного пищевого поведения у лиц с ожирением довольно часто сменяются «срывами», перееданием, после чего у них возникают эмоциональные переживания, «чувство вины», даже депрессивные состояния, которые провоцируют гиперфагическую реакцию и приводят к увеличению массы тела.

Таким образом, опираясь на данные оценки пищевого поведения, можно сделать вывод о том, лицам с ожирением свойственно эмоционально-зависимое пищевое поведение, особенно, связанное с отрицательными переживаниями, когда им сложно контролировать как объемы, так и частоту приемов пищи в стрессовых ситуациях.

Результаты проведенного ретроспективного анализа на тему: «Мои отношения с едой» показали, что достоверные отличия между лицами с ожирением и нормальной массой тела имели по ряду показателей. Так, наличие пищевых ограничений в семьях, где воспитывались лица с ожирением, встречалось чаще, чем в семьях лиц с нормальной массой тела ($p=0,013$). Эмоциональные переживания по поводу расстройств пищевого поведения чаще встречались среди лиц с ожирением ($p=0,032$).

Проведенный социально-психологический анализ пищевого поведения лиц с ожирением показал, что для данной категории свойственно осуществление приемов пищи по желанию, отсутствие волевых ограничений, переедание, наличие трудностей самоанализа, понимание необходимости изменения своего пищевого поведения, при этом очень часто они скрывают сведения о состоянии здоровья, пытаясь произвести положительное впечатление на окружающих об отсутствии каких-либо медико-психологических проблем. Лицам с ожирением свойственно эмоционально-зависимое пищевое поведение, при наличии стрессовой ситуации им сложно контролировать свое пищевое поведение. Возникающие после диетических ограничений «срывы» провоцируют эмоциональные переживания, усугубляющиеся гиперфагической реакцией. Характерологический портрет человека с ожирением указывает на повышенную чувствительность, длительные эмоциональные переживания, внутреннюю обидчивость и злопамятность. При изучении семейного анамнеза определено, что в семьях, в которых воспитывались лица с ожирением, чаще наблюдалась эмоциональная отстраненность родителей, пищевые ограничения в данных семьях встречались гораздо чаще, чем в семьях, где воспитывались лица с нормальной массой тела. Результаты проведенного комплексного анализа физического развития, социально-психологического анализа пищевого поведения подтвердили наличие взаимосвязи между указанными показателями и результатами оценки фактического питания у лиц с различными типами пищевого статуса.

Выявленные особенности пищевого поведения у лиц с ожирением позволяют своевременно проводить профилактику ожирения, в том числе «внутрисемейную», особенно там, где распространены неблагоприятные отношения, а также использовать психологические методы коррекции пищевого поведения, коррекцию рационов у лиц с ожирением и избыточной массы тела на основе характерологических индивидуальных особенностей личности.

Уважаемые коллеги!

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

Обращаем Ваше внимание, что в соответствии с «Прейскурантом цен на платные услуги, выполняемые работы» услуга по копированию статей оказывается на платной основе (сайт МИАЦ <http://miac.samregion.ru> – раздел «Услуги»).

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

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

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

Воскресенье – выходной день



(846) 979-87-90 – заведующий библиотекой



(846) 979-87-90 – обслуживание читателей



(846) 979-87-91 – справочно-библиографическое обслуживание

Сайт: <http://miac.samregion.ru>