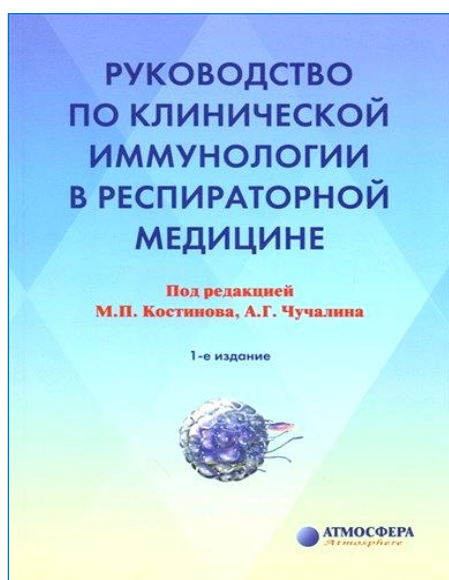




Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№10 (октябрь), 2018



СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	22

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Ветлугин, И. Дума определила приоритеты. Основные направления законодательного обеспечения развития здравоохранения в стране // Медицинская газета. – 2018. – 3 октября (№ 39). – С. 4.

В портфеле Комитета Госдумы РФ по охране здоровья на осеннюю парламентскую сессию – 46 законопроектов, важнейшие из которых напрямую связаны со стратегическими целями и задачами, поставленными в Майском указе Президента России о национальных целях и стратегических задачах развития страны. О важнейших из этих проектов рассказал председатель профильного комитета доктор медицинских наук Дмитрий Морозов.

Финансирование думают увеличить.

Основное внимание депутатов – вопросам финансового обеспечения бюджета здравоохранения, включая Национальный проект «Здравоохранение». Ожидается, что расходы на медицину в федеральной части бюджета на 2019-2021 гг. серьёзно возрастут. «Эти параметры на сегодня не открыты, но мы знаем, что сумма, которая идёт на трёхлетку, беспрецедентно высока – свыше 1,3 трлн. руб. Это огромная сумма! Мы обсудим ещё до внесения бюджета в Госдуму все его основные параметры, и депутаты, которые представляют до полутора десятка субъектов РФ, смогут задать свои частные вопросы, вопросы регионального здравоохранения», – сказал Д. Морозов. При этом он заметил, что законодатели видят положительную динамику и не имеют серьёзных замечаний к бюджету, как это было в 2016 г.

Среди наиболее важных направлений, на которые будут направлены в ближайшие три года бюджетные средства, Д. Морозов назвал развитие онкологической помощи: создание 18 референсных центров, строительство новых клиник, организация онкологических амбулаторных подразделений, подготовка кадров. «Кроме того, нам надо закрепить полученные результаты по сердечно-сосудистым заболеваниям. Пока нет серьёзных результатов по инсультам и их профилактике. Планируется расширение сети сосудистых центров», – сообщил он. Кроме того, намечены меры борьбы с инфекционными заболеваниями, в частности – расширен национальный календарь прививок. Будут реализовываться программы по развитию материально-технической базы детского здравоохранения, цифровой медицине. Отдельное финансирование предусмотрено для национальных исследовательских центров. Планируется увеличить экспорт медицинских услуг.

Убрать «камни преткновения».

Глава комитета сообщил, что закон о клинических рекомендациях «будет принят в осеннюю сессию, а перед его принятием проведут совещания с Национальной медицинской палатой». Напомню, в первом чтении Госдума приняла этот правительственный законопроект, предусматривающий повышение качества медпомощи путём унификации определяющих алгоритм действий врача протоколов лечения и клинических рекомендаций, на весенней Парламентской сессии.

В последней редакции этого законопроекта, которой располагают депутаты, предусмотрено, что готовить клинические рекомендации будут профессиональные ассоциации. Заказ наиболее приоритетных из них будет исходить из научного совета Минздрава России, который будет также утверждать эти рекомендации.

«Возник вопрос – а как их соединить с имеющимися порядками оказания медицинской помощи, стандартами, которые носят медико-экономический характер? В законопроекте последнего прочтения клинические рекомендации важнее. Но это очень сложная ломка для всех медицинских организаций. В первой редакции были и протоколы лечения, которые, как предполагалось, все медицинские организации могли делать каждый сам по себе. Но это девальвирует клинические рекомендации. Мы от этого ушли», – рассказал Д. Морозов.

Депутат обратил внимание, что в законопроекте прописано несколько видов контроля, в том числе ведомственный и со стороны профессиональных ассоциаций. «По моему ощущению, контролирующих организаций достаточно», – признался он.

«Камнем преткновения» остаётся и вопрос ответственности врачей. «Мы сразу выступили против той ответственности, что врача надо отправлять на переаккредитацию, – заметил глава

комитета. – Это слишком коррупционно. Ответственность – это чрезвычайно сложно, потому что в законопроекте прописано участие разных профессиональных ассоциаций в отслеживании выполнения клинических рекомендаций. У нас согласие между профессиональными ассоциациями не отработано. Вопрос ответственности врачей отойдёт на второй план. В этой редакции его не будет».

В то же время он выразил уверенность, что «приверженность доктора к выполнению клинических рекомендаций будет составлять 99 %». «Мы не можем завести наказание в прокрустово ложе. А будем это обсуждать. Есть разные мнения, мы ещё не пришли к единому мнению», – сказал депутат.

Одним из главных направлений работы Госдумы на осенней сессии станет развитие детского здравоохранения. «Мы просили Минздрав выделить в подпроект детское здравоохранение, и это свершилось. Теперь мы сможем видеть финансовые потоки именно на детство», – сказал Д. Морозов, отметив, что 48 % детских больниц в стране требуют капитального ремонта и реконструкции, а детских областных больниц – этих ключевых центров работы и методологической помощи – нет в 12 субъектах РФ. Серьёзной подготовки требует и планируемое строительство новых детских больниц.

В приоритетах Госдумы остаётся и медицинская помощь в образовательных учреждениях, дошкольных и школьных учреждениях. Напомнив, что школьной медициной, например, палата занимается уже два года, с декабря 2016 г., председатель комитета выразил надежду, что в эту осеннюю сессию удастся преодолеть межведомственные разногласия и согласовать ключевые позиции. Это вопросы ответственности органов исполнительной власти за создание условий по сохранению здоровья детей в образовательных организациях, возможность педагогам оказывать первую помощь ребёнку, обязанность родителей предоставлять полную информацию о здоровье ребёнка и др.

Д. Морозов сообщил, что на базе возглавляемого им комитета создаётся Белая книга орфанных заболеваний, которая будет ежегодно переиздаваться и «станет живым источником информации – от финансовой до пациентской». Этим занимается специально созданный экспертный совет, который собрал в своём составе представителей пациентских объединений, врачебных профессиональных организаций, главных специалистов Минздрава, Минфина. «Мы искали середину между субсидированием регионов РФ и передачей этой проблемы на федеральный уровень. И вышли на то, что необходима книга, которая станет местом сосредоточения всей информации по всем нозологиям», – пояснил депутат. По его словам, общий нозологический ряд составляет в настоящее время 400 орфанных заболеваний, с учётом работы генетиков их становится всё больше.

Заботясь о медиках.

Что касается совершенствования пенсионного законодательства, то глава профильного думского комитета сообщил ранее, что его депутатами внесены поправки, касающиеся диспансеризации людей предпенсионного возраста. «Я надеюсь, этот законопроект будет принят, и она составит два дня ежегодно», – сказал он. В Госдуму поступило также множество обращений, в том числе от Профсоюза медицинских работников РФ в поддержку сохранения института досрочной пенсии для сотрудников, имеющих стаж работы 25 лет на селе и 30 лет в городе.

Комитет планирует обсудить с Минздравом России и вопросы составления списков медицинских профессий, связанных с вредными и тяжёлыми условиями труда. «Это рентгенологи, те, кто работает с ВИЧ-инфицированными больными, с психиатрическим профилем. Есть некие проблемы составления этих списков, поскольку, например, специалисты, работающие в сфере паллиативной медицины, занимаются здоровьем пациентов онкологического профиля, психиатрического, но не имеют тех преференций, которые есть у их коллег», – пояснил парламентарий. Он добавил, что обсуждался и вопрос «возможности внесения срока клинической ординатуры, которая в ближайшее время будет увеличена по ряду специальностей до 5 лет, в трудовой стаж, чтобы в дальнейшем человек получал достойную пенсию».

Задел есть, надо двигаться дальше.

В ходе весенней парламентской сессии Комитет Госдумы РФ по охране здоровья рассмотрел 56 законопроектов. Основные направления их были «красной нитью» связаны с

обеспечением законодательной платформы для реализации поручений Президента России в сфере здравоохранения.

Среди важнейших проектов – касающиеся персонифицированного учёта в системе обязательного медицинского страхования, предупреждения туберкулёза в стране, совершенствования правового регулирования обращения биомедицинских клеточных продуктов, лечения орфанных заболеваний, лекарственного обеспечения, так называемый законопроект о контрсанкциях и др.

Финансовое обеспечение здравоохранения, совершенствование единых подходов к профилактике, диагностике, лечению и реабилитации, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи каждому пациенту, остаются приоритетами и в осеннюю сессию парламента.

«Самый бесценный дар – это здоровье!» – заявил, говоря о бюджете на первом пленарном заседании Госдумы, заместитель её председателя, руководитель фракции «Единая Россия» Сергей Неверов, отметив, что здесь «за каждой цифрой стоят жизни конкретных людей». Здравоохранению, считают он и его коллеги по палате, принадлежит важнейшая роль в достижении таких поставленных главой государства целей, как обеспечение устойчивого естественного роста численности населения страны и повышение ожидаемой продолжительности жизни россиян до 78 лет.

В то же время член думского комитета по охране здоровья академик РАН Николай Герасименко внёс в сентябре в нижнюю палату парламента законопроект об ответственности граждан за своё здоровье. Цель – убедить россиян задумываться над проблемой собственного здоровья, чего «довольно часто не происходит». «Не случайно мы занимаем третье место в мире по смертности от пьянства, – говорит учёный. – Многим кажется, что можно вообще не думать о своём здоровье, пить, курить, есть что угодно, а если они заболеют, врач даст им несколько таблеток, и через неделю всё пройдёт. К сожалению, такого не бывает».

По мнению парламентария, стимулировать граждан к ведению здорового образа жизни могут и должны работодатели.

Не согласиться с этим нельзя.

Никитин А. В. О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. – 2018. – № 8. – С. 3-11.

Постановлением Правительства РФ от 05.05.2018 N555 утверждено "Положение о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения".

Положение о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (далее – единая система) определяет:

- задачи единой информационной системы;
- структуру и порядок ведения единой системы;
- порядок и сроки представления информации в единую систему;
- участников информационного взаимодействия;
- порядок доступа к информации, содержащейся в единой системе;
- требования к программно-техническим средствам единой системы;
- порядок обмена информацией с использованием единой системы;
- порядок защиты информации, содержащейся в единой системе.

Положение охватывает все направления и основные составляющие функционирования единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения. На его основе Минздрав России должен в 4-месячный срок (со дня утверждения Положения) разработать и утвердить соответствующие отраслевые нормативно-правовые акты.

В документе четко обозначен общий тренд развития информатизации отрасли – централизация информационных систем и соответственно баз данных в сфере здравоохранения. В связи с этим возникает проблема защиты информации, в том числе персональных данных

медицинских работников и пациентов. Например, на медицинских работников будет собираться следующая информация:

1) фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета;

2) сведения об образовании медицинского работника (данные о дипломах, свидетельствах, сертификатах специалиста или аккредитации специалиста);

3) сведения о трудоустройстве медицинского работника – медицинская организация, структурное подразделение медицинской организации, должность, тип занятия должности, ставка, дата начала трудоустройства, дата окончания трудоустройства, основание окончания;

4) сведения о членстве в медицинских профессиональных некоммерческих организациях.

Как видно, перечень собираемых данных достаточно обширный.

В качестве отдельной задачи единой системы защита информации в документе отсутствует, но в Положении имеется раздел, посвященный этому вопросу.

Планируется, что единая система будет охватывать все направления деятельности российского здравоохранения, начиная от сбора данных о медицинских работниках и заканчивая закупками лекарств и формированием статистической отчетности.

Сбор, обработка и использование такого массива информации должны способствовать повышению эффективности управления здравоохранением, достоверности и полноты медицинской статистической информации, доступности и качества медицинской помощи населению. Насколько эффективно будет работать такая информационная система, зависит от качества исполнения, на чем постоянно "спотыкаются" исполнители при реализации широкомасштабных проектов в области здравоохранения.

Задачи и функции единой системы.

Задачами единой системы являются:

– информационное обеспечение государственного регулирования в сфере здравоохранения;

– информационная поддержка деятельности медицинских организаций, включая поддержку осуществления медицинской деятельности;

– информационное взаимодействие поставщиков информации в единую систему и пользователей информации, содержащейся в единой системе;

– информирование населения по вопросам ведения здорового образа жизни, профилактики заболеваний, получения медицинской помощи, передачи сведений о выданных рецептах на лекарственные препараты из медицинских информационных систем медицинских организаций в информационные системы фармацевтических организаций;

– обеспечение доступа граждан к услугам в сфере здравоохранения в электронной форме, а также взаимодействия информационных систем в сфере здравоохранения.

Выполнение указанных задач осуществляется посредством следующих функций единой системы:

– поддержка принятия управленческих решений и управления ресурсами системы здравоохранения;

– создание условий для реализации мер по развитию системы здравоохранения, поддержка реализации мер по профилактике заболеваний, санитарно-эпидемиологическому благополучию населения, оказанию медицинской помощи и организации медицинской деятельности;

– поддержка организации обеспечения граждан лекарственными препаратами;

– ведение федеральных регистров (больных с определенными заболеваниями, граждан, подвергшихся воздействию радиации и т.д.);

– централизация ведения подсистем единой системы, а также федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, федеральных баз данных и федеральных регистров в сфере здравоохранения;

– обработка и хранение обезличенных сведений о лицах, которым оказывается медицинская помощь, а также о лицах, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования;

- обработка и хранение сведений о лицах, которые участвуют в осуществлении медицинской деятельности, включая ведение федерального регистра медицинских работников;
- ведение на основании сведений сводного реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности реестра медицинских организаций в соответствии с требованиями, установленными Минздравом России, включая их оснащение медицинским оборудованием;
- ведение нормативно-справочной информации в сфере здравоохранения в порядке и по перечню, которые определяются Минздравом России;
- предоставление гражданам услуг в сфере здравоохранения в электронной форме посредством использования федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" (далее – единый портал государственных услуг), иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг;
- обеспечение оказания медицинской помощи в медицинских организациях, включая выдачу направлений на проведение диагностических исследований и медицинского обследования (консультации);
- проведение консультаций и консилиумов с применением телемедицинских технологий, а также проведение дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента;
- осуществление мониторинга и контроля закупок лекарственных препаратов для обеспечения государственных и муниципальных нужд;
- организация статистического наблюдения в сфере здравоохранения и формирование сводной аналитической информации по вопросам осуществления медицинской деятельности и оказания медицинской помощи;
- представление сведений, содержащихся в единой системе, пользователям;
- организация информационного взаимодействия участников единой системы.

Структура и порядок ведения единой системы.

Единая система включает в себя следующие подсистемы:

- федеральный регистр медицинских работников;
- федеральный реестр медицинских организаций;
- федеральная электронная регистратура;
- федеральная интегрированная электронная медицинская карта;
- федеральный реестр электронных медицинских документов;
- подсистема ведения специализированных регистров пациентов по отдельным нозологиям и категориям граждан, мониторинга организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи и санаторно-курортного лечения;
- информационно-аналитическая подсистема мониторинга и контроля в сфере закупок лекарственных препаратов для обеспечения государственных и муниципальных нужд;
- подсистема автоматизированного сбора информации о показателях системы здравоохранения из различных источников и представления отчетности;
- федеральный реестр нормативно-справочной информации в сфере здравоохранения;
- подсистема обезличивания персональных данных;
- геоинформационная подсистема;
- защищенная сеть передачи данных;
- интеграционные подсистемы.

Состав информации, размещаемой в единой системе, представлен в приложении N 1 к Положению.

Состав информации, предоставляемой пользователям единой системы, представлен в приложении N 2 к Положению.

Федеральный регистр медицинских работников.

Представляет собой подсистему единой системы и предназначен для учета сведений о кадровом обеспечении медицинских организаций и трудоустройстве медицинских работников в медицинские организации. Федеральный регистр медицинских работников обеспечивает сбор, накопление, хранение, обработку и передачу сведений о лицах, которые участвуют в

осуществлении медицинской деятельности. Такие данные подлежат размещению в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" посредством федерального регистра медицинских работников.

Федеральный реестр медицинских организаций.

Представляет собой подсистему единой системы и предназначен для учета сведений о медицинских организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, об их структурных подразделениях с указанием профилей их медицинской деятельности, местонахождения, а также сведений об их оснащении и использовании медицинских изделий.

Федеральный реестр медицинских организаций обеспечивает сбор, накопление, хранение, обработку и передачу сведений о медицинских организациях, в которых оказывается медицинская помощь, в том числе о зданиях, строениях, сооружениях, структурных подразделениях таких медицинских организаций, об отделениях, о коечном фонде, об оснащении, о штатном расписании, а также об организациях, осуществляющих образовательную деятельность по реализации основных и дополнительных профессиональных образовательных программ медицинского образования и фармацевтического образования. Указанные данные, за исключением информации об их финансово-хозяйственной деятельности, подлежат размещению в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" посредством федерального реестра медицинских организаций.

Федеральная электронная регистратура.

Представляет собой подсистему единой системы, предназначенную для мониторинга и управления потоками пациентов в режиме реального времени посредством информационного обмена с государственными информационными системами в сфере здравоохранения субъектов РФ, медицинскими информационными системами медицинских организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

Федеральная электронная регистратура обеспечивает:

- запись на прием к врачу в медицинскую организацию;
- запись на профилактические медицинские осмотры;
- ведение расписаний приема пациентов в медицинской организации;
- планирование и проведение консультаций и консилиумов с применением телемедицинских технологий;
- регистрацию приема заявок (запись) на вызов врача на дом в медицинской организации;
- представление отчетных и иных данных, необходимых для управления ресурсами медицинских организаций;
- доступ граждан к услугам в сфере здравоохранения посредством единого портала государственных услуг.

Федеральная интегрированная электронная медицинская карта.

Представляет собой подсистему единой системы, предназначенную для сбора, систематизации и обработки структурированных обезличенных сведений о лицах, которым оказывается медицинская помощь, а также о лицах, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования, посредством информационного обмена с государственными информационными системами в сфере здравоохранения субъектов РФ, медицинскими информационными системами медицинских организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

Федеральная интегрированная электронная медицинская карта обеспечивает:

- получение, проверку, обработку и хранение структурированных обезличенных сведений о лицах, которым оказывается медицинская помощь, а также о лицах, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования;
- формирование баз данных обезличенной информации по отдельным нозологиям и профилям оказания медицинской помощи, позволяющих систематизировать информацию для изучения течения и исхода заболеваний, клинической и экономической эффективности методов профилактики, а также для диагностики, лечения и реабилитации при отдельных заболеваниях, состояниях в соответствии с МКБ-10 и номенклатурой медицинских услуг.

Федеральный реестр электронных медицинских документов.

Представляет собой подсистему единой системы, содержащую сведения о медицинской документации в форме электронных документов, по составу которых невозможно определить состояние здоровья гражданина, и сведения о медицинской организации, в которой такая медицинская документация создана и хранится.

Федеральный реестр электронных медицинских документов обеспечивает:

- получение, проверку, регистрацию и хранение сведений о медицинской документации в форме электронных документов, которая создается и хранится медицинскими организациями;
- преемственность и повышение качества оказания медицинской помощи за счет предоставления медицинским работникам с согласия пациента или его законного представителя доступа к медицинской документации в форме электронных документов вне зависимости от места и времени ее оказания;
- предоставление пациенту доступа к медицинской документации в форме электронных документов, в том числе с использованием единого портала государственных услуг;
- представление медицинской документации в форме электронных документов в государственные информационные системы, ведение которых осуществляется уполномоченными органами исполнительной власти РФ, государственными внебюджетными фондами и организациями.

Подсистема ведения специализированных регистров пациентов по отдельным нозологиям и категориям граждан, мониторинга организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи и санаторно-курортного лечения.

Представляет собой подсистему единой системы, содержащую совокупность информационных систем и баз данных позволяющих систематизировать по единым правилам информацию для учета лиц, которым необходимо оказание медицинской помощи, а также позволяющих организовать оказание медицинской помощи таким лицам на основе указанной систематизированной информации.

Специализированные регистры пациентов по отдельным нозологиям и категориям граждан обеспечивают:

- ведение следующих федеральных регистров лиц, страдающих отдельными заболеваниями или группами заболеваний:
 - федеральный регистр лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека;
 - федеральный регистр лиц, больных туберкулезом;
 - федеральный регистр лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности;
 - федеральный регистр лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей;
 - национальный радиационно-эпидемиологический регистр;
- сбор и представление сведений об организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- сбор и представление сведений о санаторно-курортном лечении в санаторно-курортных учреждениях, находящихся в ведении уполномоченного федерального органа исполнительной власти.

Информационно-аналитическая подсистема мониторинга и контроля в сфере закупок лекарственных препаратов для обеспечения государственных и муниципальных нужд.

Представляет собой информационную систему, которая позволяет осуществлять информационную поддержку контрольных процедур в сфере закупок лекарственных препаратов.

Информационно-аналитическая подсистема мониторинга и контроля в сфере закупок лекарственных препаратов для обеспечения государственных и муниципальных нужд обеспечивает:

- информационное взаимодействие с единой информационной системой в сфере закупок, в том числе для получения информации, формируемой в процессе планирования и осуществления закупок лекарственных препаратов, результатов исполнения контрактов на

поставку лекарственных препаратов, представление сведений о референтных ценах на лекарственные препараты для медицинского применения, а также взаимодействие с федеральной государственной информационной системой мониторинга движения лекарственных препаратов для медицинского применения от производителя до конечного потребителя и информационной системой Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения;

- формирование единого структурированного справочника-каталога лекарственных препаратов для медицинского применения на основании сведений государственного реестра лекарственных средств для медицинского применения, государственного реестра предельных отпускных цен производителей на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в том числе в целях формирования каталога товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд;

- расчет и анализ референтных цен на лекарственные препараты для медицинского применения;

- мониторинг и анализ цен на лекарственные препараты, установленных государственными контрактами на их закупку.

Подсистема автоматизированного сбора информации о показателях системы здравоохранения из различных источников и формирования отчетности.

Представляет собой подсистему единой системы, предназначенную для оптимизации и упрощения процедур сбора статистической и иной отчетной информации о показателях в сфере здравоохранения от подведомственных Минздраву России организаций, федеральных органов исполнительной власти в соответствии с их полномочиями, органов управления здравоохранением субъектов РФ, медицинских организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также для сокращения временных затрат на подготовку сводной отчетности по данным, собираемым и обрабатываемым в подсистемах единой системы.

Подсистема автоматизированного сбора информации о показателях системы здравоохранения из различных источников и представления отчетности обеспечивает:

- автоматический сбор данных из подсистем единой системы и иных государственных информационных систем, сбор данных из которых допускается законодательством РФ, и технические характеристики которых позволяют осуществлять получение данных в автоматическом режиме;

- возможность ручного ввода данных в отчетные формы;

- автоматизированное формирование и представление сводной статистической и аналитической отчетности на основании собранных и введенных данных;

- автоматизированное ведение статистического наблюдения в сфере здравоохранения по отдельным формам статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения на основании данных подсистем единой системы.

Федеральный реестр нормативно-справочной информации в сфере здравоохранения.

Представляет собой подсистему единой системы, предназначенную для автоматизированного формирования, актуализации и использования участниками информационного взаимодействия классификаторов, справочников и иной нормативно-справочной информации в сфере здравоохранения, перечень, порядок ведения и использования которой определяется Минздравом России.

Федеральный реестр нормативно-справочной информации в сфере здравоохранения обеспечивает:

- стандартизацию и унификацию нормативно-справочной информации в сфере здравоохранения;

- размещение и актуализацию в федеральной государственной информационной системе "Единая система нормативной справочной информации" нормативно-справочной информации, используемой в межведомственном электронном взаимодействии с единой системой;

- доступ информационных систем, подключенных к единой системе, непосредственно к объектам нормативно-справочной информации, содержащимся в Федеральном реестре нормативно-справочной информации в сфере здравоохранения;

- обеспечение функционирования, совместимости и способности к взаимодействию информационных систем.

Подсистема обезличивания персональных данных.

Представляет собой специализированную подсистему единой системы, предназначенную для выполнения процесса обезличивания сведений о лицах, которым оказывается медицинская помощь, а также о лицах, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования.

Геоинформационная подсистема.

Представляет собой подсистему единой системы, предназначенную для консолидации и графического отображения информации о ресурсах здравоохранения, в том числе о населенных пунктах и медицинских организациях, их структурных подразделениях, участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и населенных пунктах, на территории которых они размещены.

Геоинформационная подсистема обеспечивает:

- автоматический сбор из подсистем единой системы и отображение на геоинформационной карте сведений о ресурсах здравоохранения;
- проведение анализа доступности медицинской помощи с учетом территориального размещения подразделений медицинских организаций, видов и профилей оказываемой ими медицинской помощи;
- проведение анализа оснащенности медицинских организаций;
- отображение на геоинформационной карте информации о динамике ввода в эксплуатацию стационарных объектов здравоохранения.

Защищенная сеть передачи данных.

Представляет собой защищенную информационно-телекоммуникационную сеть, создание, эксплуатацию, организацию функционирования и координацию работ по подключению к которой обеспечивает Минздрав России с целью обеспечения надежной, безопасной и достоверной передачи необходимой информации между подсистемами единой системы и иными информационными системами.

Интеграционные подсистемы.

Представляют собой подсистемы, реализующие функции управления базами данных, формирования единого хранилища данных, обеспечения защиты информации, информационно-технологического взаимодействия подсистем единой системы между собой, с иными информационными системами, а также выполняют функции общесистемных технологических сервисов.

Интеграционные подсистемы обеспечивают:

- ведение баз данных, включая хранилища данных, единой системы;
- ведение на основании сведений из регистра информационных систем единой системы идентификации и аутентификации реестра информационных систем, взаимодействующих с подсистемами единой системы, подключенных к защищенной сети передачи данных;
- информационное взаимодействие подсистем единой системы;
- защиту информации в соответствии с требованиями нормативных правовых актов РФ в области информационной безопасности и защиты информации;
- разграничение прав доступа пользователей единой системы;
- информационное взаимодействие единой системы с иными информационными системами.

Участники информационного взаимодействия.

Участниками информационного взаимодействия с использованием единой системы являются:

- оператор единой системы;
- поставщики информации в единую систему;
- пользователи информации, содержащейся в единой системе.

Оператором единой системы является Минздрав России, который обеспечивает:

- функционирование единой системы, включая работоспособность программных и технических средств единой системы;
- эксплуатацию и развитие единой системы, в том числе в части сопровождения технического и программного обеспечения единой системы;

– прием, хранение и предоставление данных единой системы, а также проверку представляемых в единую систему сведений в соответствии с требованиями, устанавливаемыми Минздравом России;

– целостность и доступность данных единой системы для участников информационного взаимодействия;

– защиту информации, создаваемой и обрабатываемой в рамках функционирования единой системы, в соответствии с требованиями, установленными законодательством РФ;

– разграничение прав доступа участников информационного взаимодействия;

– подключение и (или) предоставление доступа к единой системе информационных систем с использованием единой системы идентификации и аутентификации в случаях, установленных Федеральным законом;

– обязательность учета и регистрации всех действий и идентификации всех участников, связанных с обработкой персональных данных при взаимодействии информационных систем с единой системой;

– технологическое и иное взаимодействие единой системы с информационными системами;

– методическую поддержку по вопросам технического использования и информационного наполнения единой системы.

Поставщиками информации в единую систему являются:

– Минздрав России;

– Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения;

– Министерство образования и науки РФ, Федеральная налоговая служба, Федеральная служба государственной регистрации, кадастра и картографии и Федеральное казначейство;

– федеральные органы исполнительной власти в части медицинских организаций и медицинских работников медицинских организаций, им подведомственных;

– Федеральный фонд ОМС и территориальные фонды ОМС;

– Пенсионный фонд РФ (в части подтверждения достоверности сведений о страховом номере индивидуального лицевого счета в системе обязательного пенсионного страхования пациента или медицинского работника с использованием единой системы межведомственного электронного взаимодействия);

– Фонд социального страхования РФ;

– уполномоченные органы исполнительной власти субъекта РФ;

– органы местного самоуправления, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья;

– медицинские организации государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;

– фармацевтические организации;

– организации, являющиеся операторами иных информационных систем.

Поставщики сведений в единую систему обеспечивают:

– представление сведений в единую систему в порядке, установленном Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (утв. Постановлением Правительства РФ от 05.05.2018);

– актуальность и достоверность сведений, представляемых в единую систему;

– работоспособность собственных программно-аппаратных средств, используемых при работе с единой системой;

– представление оператору единой системы предложений по развитию единой системы.

Пользователями информации, содержащейся в единой системе, являются:

– Минздрав России;

– Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения;

– Федеральное медико-биологическое агентство;

– федеральные органы исполнительной власти в части медицинских организаций и медицинских работников медицинских организаций, им подведомственных, органы записи актов гражданского состояния (в части медицинских свидетельств о рождении, медицинских свидетельств о смерти), Федеральное казначейство и Федеральная антимонопольная служба;

- Федеральный фонд ОМС и территориальные фонды ОМС;
- Пенсионный фонд РФ;
- Фонд социального страхования РФ;
- уполномоченные исполнительные органы государственной власти субъектов РФ;
- органы местного самоуправления, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья;
- медицинские организации государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;
- фармацевтические организации;
- организации, являющиеся операторами иных информационных систем;
- граждане.

Пользователи информации, содержащейся в единой системе, получают информацию из единой системы в соответствии с настоящим Положением, в том числе посредством единой системы межведомственного электронного взаимодействия.

Представление в единую систему сведений, содержащих информацию, относящуюся прямо или косвенно к определенному или определяемому физическому лицу, осуществляется с согласия такого лица и с учетом требований законодательства РФ в области персональных данных.

Порядок доступа к информации, содержащейся в единой системе.

Доступ к информации, содержащейся в единой системе, предоставляется пользователям с использованием единой системы идентификации и аутентификации. Доступ получают только зарегистрированные пользователи.

Требования к программно-техническим средствам единой системы.

Программно-технические средства единой системы должны отвечать следующим требованиям:

- располагаться на территории РФ;
- обеспечивать размещение информации на государственном языке РФ;
- иметь действующие сертификаты в отношении входящих в их состав средств защиты информации, включающих программно- аппаратные средства, средства антивирусной и криптографической защиты информации и средства защиты информации от несанкционированного доступа, уничтожения, модификации и блокирования доступа к ней, а также от иных неправомерных действий в отношении такой информации;
- обеспечивать автоматизированное ведение электронных журналов учета операций, осуществляемых в единой системе, с фиксацией размещения, изменения и удаления информации, точного времени совершения таких операций, содержания изменений и информации об участниках единой системы, осуществивших указанные действия;
- обеспечивать доступ пользователей к единой системе, а также бесперебойное ведение баз данных и защиту содержащейся в единой системе информации от несанкционированного доступа;
- обеспечивать возможность информационного взаимодействия единой системы с информационными системами, в том числе посредством использования элементов инфраструктуры, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме;
- обеспечивать осуществление идентификации и аутентификации пользователей единой системы с использованием единой системы идентификации и аутентификации;
- обеспечивать возможность получения информации из единой системы в виде файлов и электронных сообщений;
- обеспечивать сохранность всех версий создаваемых документов и истории их изменений.

Защита информации, содержащейся в единой системе.

Информация, содержащаяся в единой системе, подлежит защите в соответствии с законодательством РФ об информации, информационных технологиях и о защите информации, а также в соответствии с законодательством РФ о персональных данных.

Защита информации обеспечивается посредством применения организационных и технических мер защиты информации, а также осуществления контроля за эксплуатацией единой системы.

Для обеспечения защиты информации в ходе создания, эксплуатации и развития единой системы осуществляются:

- формирование требований к защите информации, содержащейся в единой системе;
- реализация функции защиты информации в составе интеграционных подсистем единой системы;
- применение сертифицированных средств защиты информации, а также аттестация единой системы на соответствие требованиям к защите информации;
- защита информации при ее передаче по информационно-телекоммуникационным сетям;
- обеспечение защиты информации в ходе эксплуатации единой системы.

В целях защиты информации, содержащейся в единой системе, оператор единой системы обеспечивает:

- предотвращение несанкционированного доступа к информации, содержащейся в единой системе, и (или) передачи такой информации лицам, не имеющим права на доступ к этой информации;
- незамедлительное обнаружение фактов несанкционированного доступа к информации, содержащейся в единой системе;
- недопущение несанкционированного воздействия, нарушающего функционирование входящих в состав единой системы технических и программных средств обработки информации;
- возможность незамедлительного выявления фактов модификации, уничтожения или блокирования информации, содержащейся в единой системе, вследствие несанкционированного доступа и восстановления такой информации;
- обеспечение осуществления непрерывного контроля за уровнем защищенности информации, содержащейся в единой системе.

Положение о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения носит общий характер и содержит соответственно общие положения о ее структуре, порядках и требованиях к ее функционированию. В ближайшее время Минздрав России должен разработать и утвердить конкретизирующие нормативно-правовые документы, о которых мы оперативно проинформируем наших читателей.

Коренков, Г. П. Квалификационные характеристики, профессиональные стандарты и должностные инструкции работников медицинских организаций // Главный врач. – 2018. – № 9. – С. 5-8.

В статье на основе действующих нормативно-правовых актов рассматриваются особенности применения квалификационных характеристик и профессиональных стандартов в медицинских организациях, в том числе при разработке должностных инструкций.

Возникает вопрос, какими документами следует руководствоваться при разработке должностных инструкций работников медицинских организаций – Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих (раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения") или профессиональными стандартами, содержащими характеристики квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности, в том числе для выполнения определенной трудовой функции, и какой приказ "главнее"? Когда должен применяться профессиональный стандарт, а когда его применение не обязательно? Если квалификационный справочник и профессиональный стандарт по аналогичным должностям содержат различные требования к квалификации, то какими документами должен пользоваться работодатель? Ответим сразу. Оба эти документа не исключают, а добавляют друг друга. В квалификационных характеристиках представлены общие требования, а профессиональный стандарт содержит квалификационные требования с разбивкой по трудовым функциям работника. В связи с этим профессиональные стандарты достаточно большие по размеру, имеют

сложную структуру и требуют гораздо больше времени на работу с ними (по сравнению с квалификационными характеристиками должностей работников в сфере здравоохранения).

Со своей должностной инструкцией работник впервые знакомится при приеме на работу (и расписывается, что ознакомлен). Понятно, что если должностная инструкция будет содержать очень большой объем информации, то первое ознакомление с ней будет носить поверхностный формальный характер. Поэтому нет смысла переделывать действующие должностные инструкции на соответствие профессиональным стандартам. При необходимости отдельные части должностной инструкции можно всегда детализировать в зависимости от вида трудовых функций. Главный совет – должностная инструкция должна быть максимально лаконичной, понятной и удобной для восприятия работником.

Квалификационные характеристики.

Действующие квалификационные характеристики должностей руководителей и специалистов в сфере здравоохранения содержатся в одноименном разделе Единого квалификационного справочника руководителей, специалистов и служащих (далее – ЕКС), утвержденного приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 N 541н.

ЕКС – документ действующий, и содержит квалификационные характеристики должностей руководителей, специалистов (в том числе с немедицинским и средним образованием), младшего медицинского и фармацевтического персонала.

Квалификационные характеристики призваны способствовать правильному подбору и расстановке кадров, повышению их деловой квалификации, разделению труда между руководителями, специалистами, а также обеспечению единства подходов при определении должностных обязанностей этих категорий работников и предъявляемых к ним квалификационных требований

Квалификационные характеристики могут применяться в качестве отдельных нормативных документов или служить основой для разработки должностных инструкций, содержащих конкретный перечень должностных обязанностей работников с учетом особенностей деятельности организации, а также их прав и ответственности. При необходимости должностные обязанности, включенные в квалификационную характеристику определенной должности, могут быть распределены между несколькими исполнителями.

Квалификационная характеристика каждой должности содержит три раздела: "Должностные обязанности", "Должен знать" и "Требования к квалификации".

В разделе "Должностные обязанности" установлен перечень основных функций, которые могут быть поручены работнику, занимающему данную должность, с учетом технологической однородности и взаимосвязанности работ, полученного профессионального образования.

В разделе "Должен знать" содержатся основные требования, предъявляемые к работнику в отношении специальных знаний, а также знаний законодательных и иных нормативных правовых актов, положений, инструкций и других документов, методов и средств, которые работник должен уметь применять при выполнении должностных обязанностей.

В разделе "Требования к квалификации" определены уровни требуемого профессионального образования работника, необходимого для выполнения возложенных на него должностных обязанностей, а также требуемый стаж работы.

Лица, не имеющие соответствующего дополнительного профессионального образования или стажа работы, установленных квалификационными требованиями, но обладающие достаточным практическим опытом и выполняющие качественно и в полном объеме возложенные на них должностные обязанности, по рекомендации аттестационной комиссии медицинской организации, в порядке исключения, могут быть назначены на соответствующие должности так же как и лица, имеющие специальную подготовку и необходимый стаж работы.

Профессиональные стандарты.

Профессиональный стандарт – это характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности, в том числе выполнения определенной трудовой функции (статья 195.1 ТК РФ).

В настоящее время утверждены и зарегистрированы Минюстом России следующие профессиональные стандарты в области здравоохранения (в алфавитном порядке):

- врач - аллерголог-иммунолог (утв. приказом Минтруда России от 14.03.2018 N 138н);
- врач - детский кардиолог (утв. приказом Минтруда России от 14.03.2018 N 139н);
- врач - детский хирург (утв. приказом Минтруда России от 14.03.2018 N 134н);
- врач - сердечно-сосудистый хирург (утв. приказом Минтруда России от 14.03.2018 N 143н);
- врач - судебно-медицинский эксперт (утв. приказом Минтруда России от 14.03.2018 N 144н);
- врач скорой медицинской помощи (утв. приказом Минтруда России от 14.03.2018 N 133н);
- врач-биофизик (утв. приказом Минтруда России от 04.08.2017 N 611н);
- врач-биохимик (утв. приказом Минтруда России от 04.08.2017 N 613н);
- врач-дерматовенеролог (утв. приказом Минтруда России от 14.03.2018 N 142н);
- врач-инфекционист (утв. приказом Минтруда России от 14.03.2018 N 135н);
- врач-кардиолог (утв. приказом Минтруда России от 14.03.2018 N 140н);
- врач-кибернетик (утв. приказом Минтруда России от 04.08.2017 N 610н);
- врач-лечебник (врач-терапевт участковый) (утв. приказом Минтруда России от 21.03.2017 N 293н);
- врач-нейрохирург (утв. приказом Минтруда России от 14.03.2018 N 141н);
- врач-неонатолог (утв. приказом Минтруда России от 14.03.2018 N 136н);
- врач-оториноларинголог (утв. приказом Минтруда России от 04.08.2017 N 612н);
- врач-офтальмолог (утв. приказом Минтруда России от 05.06.2017 N 470н);
- врач-патологоанатом (утв. приказом Минтруда России от 14.03.2018 N 131н);
- врач-педиатр участковый (утв. приказом Минтруда России от 27.03.2017 N 306н);
- врач-стоматолог (утв. приказом Минтруда России от 10.05.2016 N 227н);
- врач-уролог (утв. приказом Минтруда России от 14.03.2018 N 137н);
- врач-эндокринолог (утв. приказом Минтруда России от 14.03.2018 N 132н);
- младший медицинский персонал (утв. приказом Минтруда России от 12.01.2016 N 2н);
- провизор (утв. приказом Минтруда России от 09.03.2016 K91н);
- провизор-аналитик (утв. приказом Минтруда России от 22.05.2017 N 427н);
- специалист в области клинической лабораторной диагностики (утв. приказом Минтруда России от 14.03.2018 N 145н);
- специалист в области медико-профилактического дела (утв. приказом Минтруда России от 25.06.2015 N3994);
- специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья (утв. приказом Минтруда России от 07.11.2017 N 768н);
- специалист в области слухопротезирования (сурдоакустик) (утв. приказом Минтруда России от 10.05.2016 N 226н);
- специалист в области управления фармацевтической деятельностью (утв. приказом Минтруда России от 22.05.2017 N 428н);
- специалист по валидации (квалификации) фармацевтического производства (утв. приказом Минтруда России от 22.05.2017 N 434н);
- специалист по изготовлению медицинской оптики (утв. приказом Минтруда России от 03.11.2016 N 607н);
- специалист по промышленной фармации в области исследований лекарственных средств (утв. приказом Минтруда России от 22.05.2017 N 432н);
- специалист по промышленной фармации в области контроля качества лекарственных средств (утв. приказом Минтруда России от 22.05.2017 N 431н);
- специалист по промышленной фармации в области обеспечения качества лекарственных средств (утв. приказом Минтруда России от 22.05.2017 N 429н);
- специалист по промышленной фармации в области производства лекарственных средств (утв. приказом Минтруда России от 22.05.2017 N 430н).

Профессиональные стандарты разрабатываются и применяются в соответствии со статьями 195.2 и 195.3 Трудового кодекса РФ и постановлением Правительства РФ от 27.06.2016 N 584. В указанном постановлении рассмотрены особенности применения профессиональных стандартов в части требований, обязательных для применения государственными или муниципальными учреждениями (а это большинство медицинских организаций).

В дополнение к этим документам были подготовлены:

- информация Минтруда России от 10.02.2016 "О применении профессиональных стандартов в сфере труда";
- письмо Минтруда России от 04.04.2016 N 14-0/10/В-2253 "Ответы на типовые вопросы по применению профессиональных стандартов".

В соответствии с этими документами работодатели обязаны применять профессиональные стандарты в части требования к квалификации, необходимой работнику для выполнения определенной трудовой функции, если такие требования установлены Трудовым кодексом, федеральными законами или иными нормативно- правовыми актами РФ. В частности, когда выполнение работы предполагает компенсации, льготы либо ограничения, установленные ТК РФ или иным законодательным актом.

В случае, когда применять профстандарты необязательно, их можно использовать в качестве ориентира. Они помогают понять, какие знания, умения, профессиональные навыки и опыт необходимы для выполнения определенного вида работы. Также профессиональные стандарты могут использоваться при разработке должностных инструкций.

Профессиональные стандарты носят комплексный характер и раскрывают необходимые для выполнения работником трудовых функций знания и умения. По вопросам, возникающим на практике в связи с внедрением профессиональных стандартов, следует отметить, что ответственность и полномочия по принятию кадровых решений являются полномочиями работодателей, а профессиональный стандарт лишь задает планку современных требований и ориентиров для выстраивания кадровой политики.

В перспективе планируется замена ЕКС профессиональными стандартами, а также отдельными отраслевыми требованиями к квалификации работников, утверждаемыми законодательными и иными нормативно-правовыми актами. Но такая замена, по мнению Минтруда России, будет происходить в течение достаточно длительного периода.

Если квалификационный справочник и профессиональный стандарт по аналогичным должностям содержат различные требования к квалификации, то работодатель самостоятельно определяет, какой нормативный правовой акт он будет использовать, за исключением случаев, предусмотренных федеральными законами и иными нормативными правовыми актами РФ.

ТК РФ устанавливает обязательность применения требований, содержащихся в профессиональных стандартах, в том числе при приеме работников на работу, в следующих случаях:

- согласно части второй статьи 57 ТК РФ наименование должностей, профессий, специальностей и квалификационные требования к ним должны соответствовать наименованиям и требованиям, указанным в квалификационных справочниках или профессиональных стандартах, если в соответствии с ТК РФ или иными федеральными законами с выполнением работ по этим должностям, профессиям, специальностям связано предоставление компенсаций и льгот либо наличие ограничений;

- согласно статье 195.3 ТК РФ требования к квалификации работников, содержащиеся в профессиональных стандартах, обязательны для работодателя в случаях, если они установлены ТК РФ, другими федеральными законами, иными нормативными правовыми актами РФ.

В других случаях эти требования носят рекомендательный характер.

Могут ли обязанности работников, требования к образованию и стажу измениться автоматически в связи с принятием профессионального стандарта? Может ли быть расторгнут трудовой договор с работником, если его уровень образования или стаж работы не соответствует указанным в профессиональном стандарте? Уволить его (если он отказывается проходить обучение)?

Обязанности работников изменяться автоматически в связи с принятием профессионального стандарта не могут.

Объективной основой изменения обязанностей, связанных с выполнением какой-либо работы, является изменение организационных или технологических условий труда (изменения в технике и технологии производства, структурная реорганизация производства, другие причины), и даже в этих случаях согласно статье 74 ТК РФ изменение трудовой функции работника по инициативе работодателя не допускается. Оно может осуществляться в соответствии со статьями 72, 72.1 ТК РФ на основе соглашения между работником и работодателем об изменении определенных сторонами условий трудового договора.

По вопросам соответствия работников требованиям к образованию и стажу, содержащимся в профессиональных стандартах, обращаем внимание, что данные требования являются обязательными в случаях, когда с выполнением соответствующей работы связано наличие льгот, гарантий и ограничений, либо если соответствующие требования уже установлены ТК РФ, другими федеральными законами, иными нормативными правовыми актами РФ.

Вступление в силу профессиональных стандартов не является основанием для увольнения работников. Допуск работника к выполнению трудовой функции является полномочием работодателя.

Работодатель также вправе проводить аттестацию работников. Повторим, что при применении ЕКС и профессиональных стандартов лица, не имеющие специальной подготовки или стажа работы, установленных в разделе "Требования к квалификации", но обладающие достаточным практическим опытом и выполняющие качественно и в полном объеме возложенные на них должностные обязанности, по рекомендации аттестационной комиссии назначаются на соответствующие должности так же, как и лица, имеющие специальную подготовку и стаж работы.

Таким образом, уволить сотрудника только на том основании, что он не соответствует требованиям профстандарта, нельзя. В законодательстве четко регламентирован перечень оснований для увольнения, и несоответствие профессиональному стандарту в нем не предусмотрено. Если работник не соответствует требованиям обязательного профстандарта, то работодателю необходимо организовать мероприятия, чтобы довести его квалификацию, знания и умения до уровня, заявленного в стандарте. Например, направить на обучение. Однако несоответствие требованиям профстандарта может стать косвенным поводом для увольнения сотрудника. Работодатель начнет подробную процедуру аттестации, по итогам которой у него появится законное основание расторгнуть трудовой договор (п. 3 ч. 1 ст. 81 ТК РФ).

Повторим, что применение профессиональных стандартов обязательно в двух случаях, прописанных в Трудовом кодексе РФ:

1) если за выполнение работ по этим должностям предоставляют компенсации и льготы, либо установлены ограничения (ч. 2 ст. 57 ТК РФ);

2) требования к квалификации установлены в Трудовом кодексе РФ и других федеральных законах, иных нормативных актах Российской Федерации (ст. 195.3 ТК РФ).

В остальных случаях требования профстандартов носят рекомендательный характер.

Из анализа действующих в настоящее время нормативно-правовых документов в области применения профессиональных стандартов и разъяснений Минтруда России можно сделать однозначный вывод – профессиональные стандарты носят рекомендательный характер, за исключением случаев, когда выполняются работы, предполагающие компенсации, льготы либо ограничения, установленные ТК РФ или иными нормативно-правовыми актами РФ. О любых изменениях в этой сфере мы оперативно проинформируем наших читателей.

Пивень, Д. В. Должностные обязанности врача и контроль качества и безопасности медицинской деятельности: что необходимо учесть в медицинской организации оперирования // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 8. – С. 6-12.

Одним из вопросов, актуальность которого была, есть и, без сомнений, останется весьма высокой в ближайшей и отдаленной перспективе, является вопрос о должностных обязанностях врача, а именно: «Каким сегодня должно быть содержание должностных обязанностей врача в

контексте многочисленных требований, предъявляемых как к медицинской организации в целом, так и к конкретному врачу в частности?». Подчеркнём, что особую значимость данный вопрос приобрёл в связи с введением Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (далее – Росздравнадзор) с начала 2018 г. проверочных листов (списков контрольных вопросов по обязательным требованиям), используемых при проведении плановых проверок, включая лицензионный контроль, при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Перед тем как обратиться к новому содержанию должностных обязанностей врача, рассмотрим что и как говорится об обязанностях врача в Федеральном законе от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Основы).

В части 2 статьи 73 Основ сказано, что «медицинские работники обязаны:

- оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями;
- соблюдать врачебную тайну;
- совершенствовать профессиональные знания и навыки путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях в порядке и в сроки, установленные уполномоченным Федеральным органом исполнительной власти;
- назначать лекарственные препараты в порядке, установленном уполномоченным Федеральным органом исполнительной власти;
- сообщать уполномоченному должностному лицу медицинской организации информацию, предусмотренную частью 3 статьи 64 Федерального закона от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» и частью 3 статьи 96 настоящего Федерального закона».

Из представленной цитаты видно, что, с одной стороны, перечень обязанностей медицинских работников в Основы не детализирован и содержит минимально необходимую конкретику. При этом с другой стороны, пункт 1 части 2 содержит указания на то, что «медицинские работники обязаны оказывать медицинскую помощь в соответствии ... с должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями». То есть Основы прямо говорят о том, что всё то, что должен делать врач при оказании медицинской помощи, необходимо чётко регламентировать должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями. Именно эта работа и должна быть реализована в каждой медицинской организации. Обратим внимание на две следующих принципиально важных особенности, которые будут подробно рассмотрены ниже.

Особенность первая.

Основы указывают на то, что в каждой медицинской организации должны быть разработаны и утверждены должностные инструкции врачей.

Особенность вторая.

Основы указывают на то, что медицинские работники обязаны оказывать медицинскую помощь в соответствии с должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями. То есть в данном случае должностные инструкции, служебные и должностные обязанности – это не тождественные понятия, и их необходимо различать.

Необходимо отметить, что выполнение врачом его должностных обязанностей, предусмотренных должностной инструкцией, безусловно, должно быть непосредственно сопряжено с тем, что прописано в его трудовом договоре. Однако это совсем не означает, что должностные обязанности врача, изложенные в трудовом договоре, должны просто дублироваться в должностной инструкции. Точно также абсолютно неверным следует считать и нередко звучащий тезис о том, что должностные обязанности врача необходимо максимально подробно изложить только в его трудовом договоре, и тогда якобы нет необходимости разрабатывать и утверждать для него должностную инструкцию.

Обосновывающие аргументы здесь следующие.

Первое.

Как уже было отмечено выше, главный отраслевой медицинский закон прямо указывает на то, что медицинский работник обязан оказывать медицинскую помощь в соответствии с

должностной инструкцией, то есть именно должностная инструкция должна быть разработана и утверждена в медицинской организации для каждого врача.

Второе.

Как бы подробно ни были изложены должностные обязанности врача в его трудовом договоре, последний, трудно отнести к документам, который при необходимости можно оперативно и легко скорректировать, изменить, дополнить и т.д. Ведь, как известно, любые изменения трудового договора это весьма непростая процедура, к соблюдению которой трудовым законодательством предъявляются достаточно жёсткие требования. В то же время характерной чертой современного нормативно-правового регулирования деятельности врача можно назвать очень часто возникающую необходимость в оперативной корректировке и уточнении его должностных обязанностей в связи с частыми изменениями в законодательстве по здравоохранению. В этой связи наличие должностной инструкции врача в медицинской организации является не только законодательно обусловленной необходимостью, но и настоятельной жизненной потребностью. Кроме того, здесь уместно напомнить и об известном письме Роструда от 31.10.2007 № 4412-6 «О порядке внесения изменений в должностные инструкции работников», которое в том числе гласит следующее:

«Поскольку порядок составления инструкции нормативными правовыми актами не урегулирован, работодатель самостоятельно решает, как ее оформить и вносить в нее изменения.

Должностная инструкция может являться приложением к трудовому договору, а также утверждаться как самостоятельный документ.

Внесение изменений в должностную инструкцию может быть связано с изменением обязательных условий трудового договора. В этом случае должны быть соблюдены требования о заблаговременном письменном уведомлении об этом работника. И только после того, как работник согласился на продолжение трудовых отношений, вносятся изменения в должностную инструкцию.

Если инструкция является приложением к трудовому договору, целесообразно вносить одновременно изменения в трудовой договор и должностную инструкцию путем подготовки дополнительного соглашения.

Если должностная инструкция была утверждена как отдельный документ, и при этом внесение в нее изменений не влечет за собой необходимость изменения обязательных условий трудового договора, удобнее всего утвердить должностную инструкцию в новой редакции, письменно ознакомив с ней работника».

Третье.

Обратите внимание, что трудовой договор и должностные инструкции отнюдь не единственные документы медицинской организации, содержащие должностные обязанности врача. Нигде в законодательстве нет каких-либо указаний на то, что должностные обязанности врача фиксируются исключительно в трудовом договоре и в должностной инструкции. Напомним, что статья 57 Трудового кодекса Российской Федерации от 30.12.2001 № 1 97-ФЗ в том числе гласит: «По соглашению сторон в трудовой договор могут также включаться права и обязанности работника и работодателя, установленные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, локальными нормативными актами, а также права и обязанности работника и работодателя, вытекающие из условий коллективного договора, соглашений. *Невключение в трудовой договор каких-либо из указанных прав и (или) обязанностей работника и работодателя не может рассматриваться как отказ от реализации этих прав или исполнения этих обязанностей*». В этой связи ничто не ограничивает руководителя медицинской организации в возможности определять те или иные должностные обязанности врача не только в трудовом договоре или в должностной инструкции, но и в любых иных локальных нормативных актах, регламентирующих обязанности врача, связанные с оказанием медицинской помощи.

Четвёртое.

В пункте 1 части 2 статьи 73 Основ сказано, что медицинские работники обязаны оказывать медицинскую помощь не только в соответствии с должностными инструкциями и должностными обязанностями, но ещё и в соответствии со служебными обязанностями. При

этом следует отметить, что в законодательстве РФ отсутствуют определения таких понятий как *должностные обязанности* и *служебные обязанности*. В то же время надо учесть, что, если Основы хоть и не определяют, но при этом различают эти понятия, то ставить между ними знак равенства тоже не следует. Что касается должностных обязанностей, то выше мы уже указали, где и как они могут и должны быть прописаны. Это и трудовой договор, и должностные инструкции, и иные локальные нормативные акты. Соответственно возникает вопрос: «Кем, где и как могут быть прописаны в медицинской организации служебные обязанности врача?». Ответ здесь будет таким же, как и в случае с должностными обязанностями. Служебные обязанности могут быть прописаны и в трудовом договоре, и в должностных инструкциях, и в иных локальных нормативных актах. Учитывая, что какие-либо отличия должностных обязанностей от служебных обязанностей в российском законодательстве не указаны, то и вопрос о выделении служебных обязанностей врача в каждом случае решается индивидуально. То есть при необходимости в трудовом договоре служебные обязанности врача прописываются по соглашению сторон, ну а в случае с должностными инструкциями и иными локальными нормативными актами решение о выделении и включении в них служебных обязанностей врача принимает руководитель медицинской организации. Необходимыми для этого полномочиями руководителя медицинской организации наделила статья 8 Трудового кодекса Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ, в которой сказано: «Работодатели, за исключением работодателей – физических лиц, не являющихся индивидуальными предпринимателями, принимают локальные нормативные акты, содержащие нормы трудового права, в пределах своей компетенции в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективными договорами, соглашениями».

Теперь перейдём к ответу на вопрос о том, что должно быть учтено в должностных обязанностях врача в связи с применением Росздравнадзором проверочных листов (списков контрольных вопросов).

Напомним, что используемые Росздравнадзором и его территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности проверочные листы (списки контрольных вопросов) утверждены приказом Росздравнадзора от 20 декабря 2017 г. № 10450. В соответствии с указанными проверочными листами осуществляется контроль за соблюдением обязательных требований, соблюдение которых оценивается при проведении мероприятий по контролю в рамках отдельного вида государственного контроля (надзора). В свою очередь Перечень правовых актов и их отдельных частей (положений), содержащих обязательные требования, соблюдение которых оценивается при проведении мероприятий по контролю в рамках отдельного вида государственного контроля (надзора), утверждён приказом Росздравнадзора от 27 апреля 2017 г. № 4043 (далее – Перечень правовых актов). По сути два названных выше приказа являются принципиально важными рабочими документами не только для Росздравнадзора и его территориальных органов, но и для каждой медицинской организации, руководство которой обязано в них хорошо ориентироваться. Именно названные приказы содержат большой блок конкретных требований к качеству и безопасности медицинской деятельности, выполнение которых зависит от конкретного врача. В наших многочисленных предыдущих публикациях мы подробно рассматривали самые разные аспекты контроля качества и безопасности медицинской деятельности и при этом практически всегда отмечали те или иные требования, соблюдение которых должно обеспечиваться непосредственно врачами.

Следовательно, должностные обязанности врача, прежде всего, должны соответствовать тем требованиям, выполнение которых контролируется сегодня надзорными органами в медицинской организации при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Именно данный тезис и должен быть основополагающим принципом при разработке должностной инструкции врача! Исходя из названного принципа, с учётом действующих проверочных листов (списков контрольных вопросов) Росздравнадзора и Перечня правовых актов можно перечислить ряд обязанностей врача, которые в обязательном порядке должны быть включены в должностные инструкции абсолютного большинства врачей независимо от специальности и занимаемой должности.

Врач обязан:

– оказывать медицинскую помощь в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи по отдельным её видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний), стандартами медицинской помощи, а также клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;

– соблюдать при оказании медицинской помощи критерии оценки качества медицинской помощи, утверждённые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

– сообщать уполномоченному должностному лицу медицинской организации информацию, необходимую для мониторинга безопасности лекарственных препаратов, а также информацию, необходимую для мониторинга безопасности медицинских изделий;

– соблюдать ограничения, налагаемые на медицинских работников при осуществлении ими профессиональной деятельности.

Очевидно, что предложенный к обязательному включению в должностную инструкцию врача перечень его обязанностей не является ни исчерпывающим, ни тем более детализированным. Соответственно, при желании или при необходимости его можно и дополнить, и детализировать. Но даже отражение в должностной инструкции врача названных обязанностей в таком виде однозначно является необходимым в каждой медицинской организации. И причина для этого предельно проста, так как выполнение врачом каждой указанной обязанности является предметом тщательной проверки при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Следует отметить некоторые особенности в формулировке должностных обязанностей для врачей диагностических служб, а именно для врачей-эндоскопистов, врачей-рентгенологов, врачей клинической лабораторной диагностики, врачей функциональной диагностики и т.д. Дело в том, что специалисты диагностических служб в первую очередь в своей работе руководствуются (должны руководствоваться) не столько порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи или клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, сколько правилами проведения профильных исследований, утверждёнными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Проблема же здесь заключается в том, что пока ещё не все правила проведения тех или иных исследований утверждены в установленном законом порядке. Тем не менее указанных правил становится всё больше и больше. Их и обязаны соблюдать специалисты диагностических служб. Что касается остальных названных выше обязанностей врача, то специалисты диагностических служб точно так же, как и все остальные врачи обязаны их неукоснительно соблюдать.

В заключение отметим, что разработку и утверждение должностных инструкций врача, содержащих требования, выполнение которых контролируется при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, следует отнести к обязательному компоненту работы медицинской организации в части обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Малухина, Н. Бескровно, малотравматично, без шунтирования. Нейрохирурги осваивают новые методы оперирования // Медицинская газета. – 2018. – 17 октября (№ 41). – С. 12.

Южноуральские врачи освоили новую методику. Благодаря малокровной технологии пациенты с гидроцефалией получили возможность избежать шунтирования, которое до сих пор считалось единственным способом лечения в таких случаях.

Светило мировой медицины – заведующий кафедрой нейрохирургии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И. П. Павлова, руководитель отделения нейрохирургии в Национальном медицинском исследовательском центре им. В. А.

Алмазова (Санкт-Петербург), доктор медицинских наук, профессор Владислав Черebilло – познакомил южноуральских коллег с современным способом решения этой проблемы: эндоскопической вентрикулостомией. Суть метода заключается в создании с помощью нейроэндоскопа отверстия в желудочке мозга для оттока жидкости во внечерепные цистерны. В результате ликвор беспрепятственно вытекает, и человек вылечен, причём без шунтозависимости.

Нейроэндоскоп представляет собой сложную оптическую систему линз Хопкинса, канала освещения, видеоканала, а также каналов для ввода и отвода жидкости, встроенных в трубку диаметром всего 6 мм.

«Операцию выполняют через небольшое отверстие в черепе, – рассказал В. Черebilло. – Изображение с камеры эндоскопа передаётся на экран, и врач видит, куда нужно ввести инструмент, чтобы восстановить отток жидкости. Метод малотравматичный и надёжный. В отличие от шунтирования, которое длится около часа, операция занимает всего 10-20 минут».

До сих пор, чтобы обеспечить отток жидкости, нейрохирургами применялось только традиционное в таких случаях вентрикулостомическое шунтирование, при котором в желудочек вставляют тоненькую трубочку, которую через клапан проводят в брюшную полость. Значительным минусом шунтирования является так называемая шунтозависимость, которая появляется у больного. Дело в том, что у 7-10 % пациентов шунт забивается и перестаёт функционировать. Результатом может стать нарастание гидроцефалии и быстрое нарушение состояния. В таком случае требуется замена шунта в экстренном порядке.

В мастер-классе приняли участие нейрохирурги и неврологи со всего Южного Урала. Те, кто не смог приехать лично, послушали лекции и посмотрели ход операции в режиме онлайн – они транслировались с помощью телемедицины для всех ЛПУ.

«Мы очень благодарны правительству области и лично губернатору Борису Дубровскому, а также администрации Челябинской областной клинической больницы за оснащение наших операционных, – сказал заведующий отделением нейрохирургии Челябинской ОКБ, главный специалист нейрохирург Минздрава Челябинской области Сергей Пашнин. – Современная аппаратура позволяет осваивать методики, которые ещё вчера казались фантастикой, а телемедицина делает мастер-классы мировых светил доступными рядовым нейрохирургам для повышения их мастерства».

По словам С. Пашнина, в подобных операциях нуждаются ежегодно около сотни жителей Южного Урала. Большинство таких пациентов – люди трудоспособного возраста, которые уже через сутки после такого вмешательства могут быть выписаны домой и в короткие сроки вернуться к полноценной жизни.

Рушанская, С. Светящиеся раковые клетки // Медицинская газета. – 2018. – 17 октября (№ 41). – С. 13.

Группа учёных из Тель-Авивского университета (Израиль) разработала метод, который поможет удалять опухоли с максимальной точностью.

Они разработали датчик, который заставляет раковые клетки светиться. Это позволяет хирургам обнаружить их и удалить опухоль полностью и с большой точностью без повреждения здоровых тканей. Датчик представляет собой не прибор, а вещество, вводимое в организм до операции.

Исследование провели докторанты Рахель Блау, Яна Эпштейн и Евгений Писаревский под руководством профессора Ронит Сачи-Фаинаро из Тель-Авивского университета.

По словам профессора, новое исследование основывалось на предыдущих работах, которые выявили отличительную особенность раковых клеток – повышенное содержание ферментов из группы катепсинов. Эти ферменты, содержащиеся в малых количествах в здоровых клетках, распознают и расщепляют определённые последовательности аминокислот. Именно по ним можно распознать раковые клетки при помощи разработанного датчика.

Высококочувствительный датчик вызывает свечение раковых клеток. Это позволяет выявить их и отличить от здоровых. Тем самым датчик подсказывает хирургу границы опухоли прямо во время операции, причём намного точнее, чем существующие на сегодня средства визуализации.

На первом этапе исследования было доказано, что раковые клетки из удалённых хирургами опухолей содержат большее количество катепсинов, чем здоровые. Затем были использованы лабораторные мыши, у которых вызвали рак молочной железы и меланому, дающие метастазы в мозг и лёгкие.

Мышей разделили на 2 группы: первой удаляли опухоли при обычном освещении без датчика, а второй – с его применением.

В результате в первой группе у мышей часто возникали метастазы и рецидивы рака, и только 40 % животных этой группы прожили после операции 120 дней.

Применение датчика увеличило процент 120-дневной выживаемости вдвое, до 80 %. То есть без датчика 60% мышей быстро умерли от болезни, а при его использовании – только 20 %.

Было также проведено сравнение нового датчика с двумя другими, уже испытанными в клинических условиях в операционных. Было доказано, что его чувствительность и избирательность выше, чем у старых, и он быстрее срабатывает. То есть, нет надобности помещать больного в больницу на день раньше, чтобы введённый датчик начал действовать, достаточно ввести вещество в организм за 4 часа до операции.

Исследователи зарегистрировали ряд патентов и ведут переговоры с фармацевтическими компаниями о расширении испытаний с последующим производством и продажей нового средства. Они полагают, что их разработка существенно улучшит результаты хирургического лечения опухолей и шансы больных на выздоровление.

Захарова, Л. По новой европейской методике. Интервенционная онкология активно внедряется в нашей стране // *Медицинская газета*. – 2018. – 10 октября (№ 40). – С. 11.

На базе Челябинского областного клинического центра онкологии и ядерной медицины (ЧОКЦО и ЯМ) прошли мастер-классы по проведению биопсии в слепых зонах УЗИ для онкологов разных специализаций.

Новая методика, которую только-только осваивают и в Европе, позволяет совместить полученную по данным КТ, МРТ или ПЭТ картинку с ультразвуковым изображением и взять материал новообразования на исследование.

Это важно, когда подозрительный объект (опухоль) находится в труднодоступном для ультразвука месте, например на стыке двух разных сред в органах брюшной полости (печень, поджелудочная железа) и забрюшинном пространстве, простате, молочных железах, а также в опасном соседстве с крупными сосудами, когда при недостаточной видимости их легко повредить биопсийной иглой.

Ещё недавно в таких случаях онкохирургам пришлось бы выполнять полную открытую диагностическую операцию, поскольку без взятия биоматериала и точного гистологического исследования приступить к лечению онкологического заболевания невозможно.

«В мировой онкологии крайне активно развивается относительно новое направление – интервенционная онкология. Оно служит основным средством снижения операционной травмы пациента, особенно в тех случаях, когда бывает чрезвычайно трудно подвести биопсийную иглу либо аблятор непосредственно к опухоли, – говорит главный специалист по лучевой диагностике и инструментальным методам исследований Уральского федерального округа, главный специалист по лучевой диагностике Минздрава Челябинской области, заведующая отделением лучевой и рентгенодиагностики ЧОКЦО и ЯМ, кандидат медицинских наук Галина Братникова. – Полностью интегрированные средства объединения текущего ультразвукового изображения с изображениями КТ, МРТ и ПЭТ позволяют повысить надёжность диагностики и оптимизировать работу врачей, использовать мультимодальный подход в различных клинических сценариях.

Благодаря новому устройству отслеживания иглы и расширенному набору коаксиальных инструментов эта технология обеспечивает совместимость с широким спектром принадлежностей для биопсии и абляции, предназначенных для проведения процедур самой разной сложности».

«Это не революция, а очередной виток эволюционного развития нашего онкоцентра и онкологической службы Южного Урала в целом, – подчёркивает главный врач ЧОКЦО и ЯМ, главный

онколог Минздрава Челябинской области, академик РАН Андрей Важенин. – Напомню, на оснащение нашей новой онкополиклиники было выделено более 300 млн. бюджетных денег, закуплено около 70 единиц оборудования, и эта техника не простаивает - она осваивается и работает в ежедневном режиме».

Ларин, И. Ликвидные диагностикумы // Медицинская газета. – 2018. – 3 октября (№ 39). – С. 13.

Людмила Данилова, сотрудница Университета Джонса Хопкинса (США), описала с коллегами первый «жидкий» – liquid-диагностикум для обнаружения ДНК опухолевых клеток в крови. Свой тест они назвали CancerSEEK, что в переводе означает «поиск рака», при разработке которого они использовали кровь 1005 пациентов с диагностированными неметастатическими опухолями и 850 здоровых. Тест показал чувствительность 70 %, дав столько положительных результатов в случаях 8 опухолевых процессов, и специфичность от 69 до 98 % для 5 типов опухолей (локализация опухолей оказалась верной в 83 % случаев). В случае здоровых тест дал всего лишь 7 положительных результатов у 812 человек. Редактор журнала высказал надежду, что в скором времени надёжность первого жидкостного теста может быть доведена до 100 %.

Порадовали специалисты Австралии, где в одном из университетов Перта, что к западу от Сиднея, давно работает ветеран Мел Зиман, которая ещё в конце мая 2016 г. описала принцип создания «кровяного» теста на меланому. Она опубликовала в журнале с характерным названием Oncotarget первый тест, при создании которого исследовалась сыворотка крови от 245 здоровых людей и с диагностированной меланомой. Основная идея заключалась в поисках аутоантител к опухолевым клеткам (их антигенам), появляющихся в крови людей с опухолями. Для выявления антител была опробована панель с 1627 функциональными протеинами, при помощи которой была выделена опухолевая «сигнатура» в виде 10 антител к клеткам первичных меланом. Чувствительность теста составляет на сегодняшний день 79%, а специфичность 84 %.

Сообщение пришло практически одновременно с публикацией в журнале Американской академии дерматологии, в которой говорилось о большей частоте рака кожи у военнослужащих по сравнению с «гражданскими».

Вполне возможно, что одним из протеинов, использованных Зиман в её панели, был винкулин, обеспечивающий целостность межклеточных контактов, в которых участвуют белки с характерными именами интегрин и актин.

Винбластин подавляет синтез тубулина, а винкристин – деление и развитие иммунных клеток, являясь иммуносупрессором. Оба препарата активно используются в исследованиях и как лекарства.

В Калифорнийском университете в Сан-Диего (США) выяснили, что большие дозы винкулина, «удерживающие» клетки сердечной мышцы вместе, оказывают на неё самое благоприятное действие. ДНК, кодирующая синтез винкулина с его 1066 аминокислотами, локализована в длинном плече 10-й хромосомы (10p22). У ген-модифицированных дрозофил, в мышечных клетках которых активность гена винкулина была на 50 % выше, нежели обычно, сердце в пожилом – «продвинутом» – возрасте было значительно более сохранным за счёт большего окисления глюкозы, что отразилось также в увеличении продолжительности жизни мух на треть. Вполне возможно, что со временем будут созданы препараты, «подстёгивающие» активность гена винкулина у людей, что будет поддерживать их сердца в активном состоянии.

Краснопольская, И. Сняли тормоз // Российская газета. – 2018. – 2 октября (№ 219). – С. 6.

Лауреатами в области физиологии и медицины Нобелевский комитет назвал Джеймса Эллисона, профессора Техасского университета, и профессора Киотского университета Таску Хондзё. По мнению экспертов самой престижной научной премии, открытия двух лауреатов – важная веха в борьбе против рака.

Как известно, одна из самых главных проблем в онкологии состоит в том, что злокачественные опухоли в большинстве случаев не распознаются иммунной системой. По сути,

они беспрепятственно атакуют здоровые клетки. В одном из элементов этого сложнейшего механизма разобрался более 20 лет назад Таску Хондзё. Он обнаружил на поверхности Т-лимфоцитов (одних из основных клеток иммунной системы) молекулу белка РБ-1, которую раковые клетки «ухитряются» блокировать, становясь «невидимыми» для иммунитета. Разобравшись в этой уловке, учеными были разработаны средства, которые не позволяют раковым клеткам «выключать» белок. Так, у организма появилась возможность распознавать и уничтожать злокачественные опухоли.

Джеймс Эллисон изучал другой белок CTLA-4. Оказалось, что он, по сути, является «тормозом» иммунной системы. И при «отключении» этого белка клетки нашей иммунной системы начинают атаковать опухоли. В итоге исследования Эллисон и Хондзё открыли принципиально новые методы борьбы с онкологическими болезнями.

Надо отметить, что многолетний оракул Нобелевских премий компания Clarivate Analytics в очередной раз предложила всем желающим сыграть в научную лотерею, угадать будущих лауреатов. Принцип довольно простой. Эксперты оценивают, кто внес наибольший вклад в науку, то есть оказался самым цитируемым в своей научной области. В итоге претендентами на премию по физиологии и медицине этого года были объявлены трое ученых. Американец Наполеоне Феррара за открытие процесса формирования новых кровеносных сосудов, японец Минору Канехиса за вклад в биоинформатику и американец Соломон Снайдер за выявление рецепторов мозга, связанных с опиатами. Но эксперты авторитетной фирмы прокололись, поставив не на тех фаворитов. Во всяком случае, у Нобелевского комитета фавориты оказались другие.

Лауреаты разделят призовой фонд в девять миллионов шведских крон (около 1,01 миллиона долларов). Премию ученым вручит король Карл XVI Густав на церемонии, которая традиционно пройдет в Стокгольме 10 декабря – в годовщину смерти Альфреда Нобеля. Напомним, что в прошлом году лауреатами премии по физиологии и медицине стали Джеффри Холл, Майкл Росбаш и Майкл Янг за открытие молекулярных механизмов, которые контролируют циркадные ритмы. Что касается россиян, то лауреатами в области физиологии и медицины были два наших знаменитых ученых. Иван Павлов награжден в 1904 году за работу по физиологии пищеварения, а в 1908 году Илья Мечников за труды по иммунитету.

Дубровский, Д. Новому способу лечения – да?! // Медицинская газета. – 2018. – 26 сентября (№ 38). – С. 13.

Хорошая новость для больных: тысячи женщин в Израиле смогут избавиться от рака молочной железы без тяжёлого лечения, сопровождающегося тошнотой, рвотой, слабостью и потерей волос.

Новое исследование показало, что, если болезнь выявляется на ранней стадии с помощью разработанного в Израиле онкотеста, в большинстве случаев после удаления опухоли надобности в химиотерапии нет. Результаты исследования были озвучены на конференции Ассоциации онкологов США.

В ходе исследования были обследованы более 10 тыс. больных раком молочной железы, у которых опухоль не дала метастазов в регионарные лимфоузлы или другие органы.

Онкотест, разработанный в Израиле, показал, что у участниц исследования отсутствовала мутация HER2, указывающая на высокий риск быстрого рецидива опухоли. Кроме того, опухоль у этих больных поддавалась лечению гормонами.

Во время исследования больные прошли генетическое обследование, которое выявляет случаи низкого риска рецидивирования болезни в течение 10 лет. Обследованию подвергается сама опухоль после её удаления. В ходе этого анализа проверяется 21 ген, указывающий на степень агрессивности опухоли.

Исследование показало, что 70 % больных женщин с низким риском рецидива не нужна химиотерапия. При более высокой степени риска необходимо лечение гормонами и химиотерапия.

По словам доктора Лэрри Нортон из Мемориального онкологического центра им. Слоуна-Кеттеринга (США), речь идёт о значительном научном прорыве. По его мнению, только в США с помощью израильского анализа удастся освободить от химиотерапии 100 тыс. женщин.

По оценкам израильских специалистов, из 4 тыс. больных раком молочной железы, которым ежегодно ставится диагноз, тысяча относится к группам малого и среднего риска, и они смогут обойтись без химиотерапии.

Заведующая онкогинекологическим отделением больницы «Ихипов» профессор Тамар Сафра тоже подтверждает, что врачи давно заметили: больным с низким и средним риском рецидива химиотерапия не приносит пользы. Новое исследование, по её словам, подтвердило это научно.

Папырина, Г. И жизнь возвращается. В Обнинске с помощью новых технологий побеждают рак // Медицинская газета. – 2018. – 26 сентября (№ 38). – С. 12.

Обнинск – город в Калужской области – называют наукоградом России. Он знаменит своим физико-энергетическим институтом, где была построена первая в мире атомная станция, здесь находятся несколько очень значимых НИИ. Сегодня речь пойдёт об одной из лучших радиологических клиник, где лечат онкологических больных. О новых возможностях в борьбе с этим грозным заболеванием – беседа с академиком РАЕН профессором Михаилом Капланом.

25 лет Михаил Александрович возглавляет отдел фотодинамической диагностики и терапии Медицинского радиологического научного центра им. А. Ф. Цыба – филиала Национального медицинского исследовательского центра радиологии Минздрава России, где были проведены экспериментально-клинические работы по изучению эффективности новых отечественных фотосенсибилизаторов для фотодинамической терапии злокачественных новообразований. Под непосредственным научным руководством профессора М. Каплана была разработана методика лечения – электрохимический лизис злокачественных опухолей. Михаил Александрович – автор 344 научных работ, в том числе 5 монографий по вопросам лазерной медицины, куда входит флуоресцентная диагностика и фотодинамическая терапия.

– *Михаил Александрович, по статистике, с использованием новых технологий, связанных с фотодинамической терапией, в стационаре и амбулаторно успешно пролечено более 4 тыс. онкологических больных. Ваш коллектив можно поздравить с успехом?*

– Спасибо. Это действительно достижение наших специалистов. Фотодинамическая терапия (ФДТ) по-настоящему применяется в мире последние 10 лет, и эффект от неё с каждым годом всё ошутимее.

По своей сути это лечение светом, о котором было известно с давних времён. Наши далёкие предшественники обратили внимание на вещества, повышающие чувствительность клеток к солнечным лучам. Ещё две тысячи лет назад в Индии использовали в лечебных целях листья растения псоралеи – ими обкладывали поражённые опухолями места на теле больного. Сок целебного растения впитывался в кожу и ткани, способствуя лучшему «усвоению» солнечного облучения. Это приводило в ряде случаев к излечению поверхностного рака. На таком принципе основано и действие фотодинамической терапии. Только современное сверхчувствительное к свету вещество (например, фотосенсибилизатор фотолон или фотодитазин) может «срабатывать» и внутри человеческого организма. Он вводится в вену и через кровь доходит до злокачественных клеток, которые быстро растут и поглощают его. Фотосенсибилизатор накапливается в основном в таких клетках и выводится оттуда гораздо медленнее, чем из окружающей здоровой ткани. При облучении лазером в злокачественных новообразованиях образуется синглетный кислород – свободный радикал, который вызывает их поражение и гибель.

– *Как это происходит?*

– При использовании светочувствительного препарата и лазерного облучения гибель раковой опухоли может начинаться с блокировки питающих её сосудов. Без притока крови она лишается питания и кислорода. Другое возможное поражающее действие – повреждение мембран раковых клеток и структур митохондрий (энергетические станции клеток).

В настоящее время новый способ эффективен, прежде всего, при лечении поверхностно расположенных опухолей, в частности, кожи и слизистых, а также лёгких, желудочно-кишечного тракта, мочевого пузыря. Ещё одно существенное преимущество этого метода – значительное сокращение времени пребывания в стационаре. Так, на лучевую терапию рака кожи обычно уходит 30 дней, применяя новую технологию, лечат максимум одну неделю, к тому же с гораздо меньшими рецидивами. ФДТ позволяет лечить только в тех случаях, когда можно доставить лазерное излучение к опухоли, причём её толщина не должна превышать 1,5 см. Если же она толще, свет внутрь неё не проходит. Но мы научились облучать опухоль как бы изнутри – с помощью иглы с лазерным световодом, введённым прямо в её ткань. Расположив иглы в определённом порядке, можно воздействовать на злокачественное образование светом со всех сторон. Это ещё больше повышает эффективность лечения.

– *Но рак многолик. А фотодинамическая терапия продвинула лечение других форм онкологических заболеваний?*

В клинике начинают лечить опухоли молочной железы и метастазы меланомы в мягкие ткани. Дополнительный терапевтический эффект приносит комбинирование ФДТ с горячим лазером, которым опухоль предварительно удаляется с кожи. На её место накладывается аппликация с фотосенсибилизатором, после чего ложе уничтоженного новообразования облучается лазером. Это делается, чтобы избежать рецидивов. Мы убедились также, что раковые клетки погибают при сочетании ФДТ с лазерной гипертермией. Она применяется, когда злокачественную опухоль нельзя полностью облучить снаружи. Лазерный световод тогда вводится в неё через иглу. При нагревании до 45 градусов раковые клетки разрушаются. Перспективно поочерёдное воздействие на опухоль фотодинамической и лучевой терапии. Как показали опыты на крысах, такое воздействие способно существенно снизить дозу облучения. Это крайне важно, поскольку даёт тот же эффект без повреждения здоровых тканей, окружающих злокачественное новообразование. В принципе такой подход универсален и расширяет возможности ФДТ при метастазах рака в кожу, мышечные ткани, лимфоузлы и т.д. Мы сейчас готовимся перенести наши экспериментальные достижения в клиническую практику.

- *Как легенду мне рассказали об излечении пациента из Якутии. Можно подробнее об этом случае?*

Да, пациент прошёл в клинике Медицинского радиологического научного центра им. А. Ф. Цыба курс лечения. Когда ему стало лучше, он постоянно звонил по мобильному телефону в своё крестьянское хозяйство, интересовался делами. По всему было видно, что он готов хоть сейчас вернуться к работе. Ранее, куда бы он ни обращался, врачи ставили ему безнадёжный диагноз и не брали на себя риск лечить метастазы после удаления опухоли в лёгком.

Действительно, у него слишком поздно был обнаружен центральный рак лёгкого, а после операции – метастазы, далеко расположенные от основного очага. Один из таких метастазов появился даже в головном мозге. Мы провели комбинированное лечение, добавив к лучевой и фотодинамической терапии ещё одно новшество: облучение крови лазером. Всё вместе это и принесло положительный результат. ФДТ продлила жизнь уже более 50 пациентам, включая одного бывшего россиянина, эмигрировавшего в Канаду. Медицина там хорошо развита, но и канадские врачи не рискнули взяться за лечение у него обширных метастазов, вызванных также раком лёгких. Нам всё же удалось помочь этому пациенту – недавно он прислал мне благодарственное письмо по электронной почте. Облучение лазером крови с циркулирующим в ней фотосенсибилизатором оказалось способно облегчить участь больных меланомой IV стадии, которым оставалось жить 1,5-2 месяца. Благодаря лечению по новой технологии их жизнь была продлена на год-полтора. Это, конечно, немного, но мы сделали первые шаги в правильном направлении.

– *Каковы дальнейшие шаги в освоении новых методик лечения онкологических больных?*

Это, скорее, продолжение совершенствования и дальнейшие исследования в данном направлении. Возьмём воздействие лазерного света на кровь. При этой процедуре в одну вену вводится фотосенсибилизатор, а в другую вставляется игла со световодом. Когда происходит лазерное облучение, в крови помимо синглетного кислорода образуются и другие свободные радикалы. Попадая с кровотоком в метастазы, эти радикалы тормозят их рост. Кроме того,

происходит гибель опухолевых клеток, циркулирующих в крови. Мы убедились в этом, отслеживая результаты нашего лечения с помощью ультразвука, рентгенографического цифрового метода, компьютерной томографии и проточной цитометрии. К сожалению, врачи не всегда могут спасти своего пациента. Если рак сильно запущен, а организм изношен, истратив на борьбу с опасным недугом свои последние защитные силы, стимулировать бывает уже нечего. Поэтому так важно обнаружить злокачественную опухоль как можно раньше. Тогда у заболевшего больше шансов справиться со своей бедой и вернуться к полноценной жизни. Если обратиться к статистике, то ежегодно в мире около 8 млн. человек заболевают раком, а свыше 5 млн. умирают от этой болезни. В России каждый год регистрируется до полумиллиона диагнозов злокачественных новообразований. Способы лечения онкологических больных известны: лучевая и химиотерапия, хирургические операции. Но в триаду основных «бойцов» с раком сегодня уверенно встраивается фотодинамическая терапия. К тому же фотодинамические методики являются отличным средством профилактики. Введённый пациенту препарат как фонариком высвечивает в организме не только крупные опухоли, но и очень мелкие уплотнения, которые не в состоянии обнаружить, ни УЗИ, ни руки хирурга. А ведь ранняя диагностика рака в подавляющем большинстве случаев даёт хорошие шансы на излечение.

Но, несмотря на очевидные плюсы, новая методика не является спасительным эликсиром на все случаи жизни. Многим мы вынуждены отказывать. Например, когда к нам обращаются люди на IV стадии рака, у которых метастазы чуть ли не в кончиках волос.

Успех терапии зависит от того, насколько успела распространиться опасная болезнь. Если опухоль проросла стенки желудка, то фотодинамическая терапия бессильна, излучение вместе с поражёнными тканями прожжёт желудок, и пациент умрёт от банального перитонита. Лучше всего ФДТ поддаётся рак кожи, который в последнее время стремительно набирает обороты. Ежегодно в России регистрируется около 70 тыс. новых случаев этого заболевания.

Мы убеждены, что клиническое применение фотодинамической терапии, особенно в комбинации с другими методами лечения, позволит сделать её более эффективной. И очень возможно, что именно эта методика поможет глубже понять механизмы управления жизнью и гибелью клетки. Но научной деятельности должна предшествовать экспериментальная работа, чтобы подготовить определённый задел для более эффективного наступления на болезнь.

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@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)956-48-10 – заведующий библиотекой
-  (846) 979-87-90 – обслуживание читателей
-  (846) 979-87-91 – справочно-библиографическое обслуживание

✉ sonmb@miac.samregion.ru

✉ sonmb-sbo@miac.samregion.ru

Сайт: <http://miac.samregion.ru>