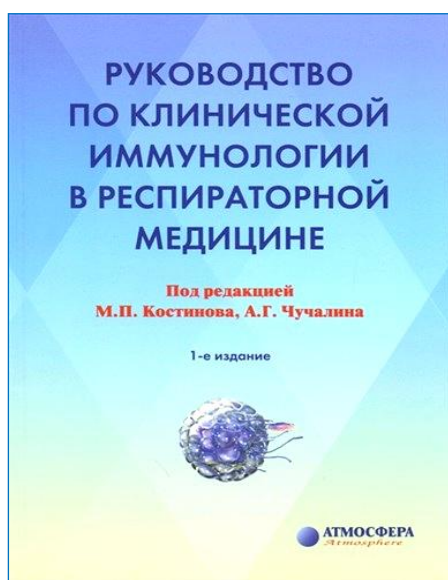




Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№4 (апрель), 2019



СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	19
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	21

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Князюк, Н. Новые требования Минздрава к внутреннему контролю качества. Как встроить в работу медорганизации / Н. Князюк, М. Федосеева, Ю. Долинская // Заместитель главного врача. – 2019. – № 4. – С. 14-35.

Раньше внутренний контроль клиники проводили по усмотрению главврача, но скоро требования будут едиными. К апрелю Минздрав издаст приказ по внутреннему контролю.

Проверки будут проводить по оценочным листам из документа. Коллеги из Иркутской больницы уже все внедрили и поделились алгоритмом, чтобы вы могли быстро перестроить работу по новым требованиям.

Шаг 1. Выполните базовые требования по ВКК.

Подготовьте клинику к нововведениям. Оцените качество медпомощи по критериям из приказа Минздрава от 10.05.2017 № 203н.

Проект приказа Минздрава по ВКК продолжает логику Предложений (практических рекомендаций) Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медорганизации (далее – практические рекомендации). Все разделы документа войдут в приказ Минздрава и понятны клиникам, которые работают по чек-листам.

На этом этапе происходит контроль за тем, как персонал соблюдает порядки и стандарты, медэкспертиз, осмотров и освидетельствований, фрагментарно клинреки, выполняет требования к врачебной комиссии. Внедрили электронную систему оценки качества медпомощи.

Шаг 2. Создайте отдел качества.

Чтобы координировать, внедрять и развивать систему качества, организуйте новое подразделение – отдел управления качеством (далее – отдел качества). В практических рекомендациях Росздравнадзора такого требования нет, но Минздрав в проекте приказа обозначил, что создать службу по качеству медорганизации необходимо. Руководитель подразделения – уполномоченный по качеству и безопасности медицинской деятельности – должен организовать работу службы.

Отдел качества реализует задачи, которые ставит Минздрав – создает условия для качественной и безопасной медицинской деятельности, совершенствует процессы, выявляет и предотвращает риски, обеспечивает рациональное использование ресурсов клиники.

Мы ввели должность заместителя главного врача по качеству руководителя Центра компетенций.

Разработали документы, которые регламентируют деятельность отдела – Положение об отделе качества, Должностную инструкцию начальника отдела.

Шаг 3. Обновите документы по внутреннему контролю.

Минздрав в проекте приказа детализировал часть по контролю качества медпомощи, а раздел о создании системы качества и безопасности медицинской деятельности полностью соответствует рекомендациям Росздравнадзора. Чтобы учесть новые требования, разработайте или обновите документы по организации внутреннего контроля качества.

Корректировка следующих локальных актов:

– приказ об организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

– положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности;

– матрицу ответственности – перечень руководителей, состав рабочих групп по направлениям контроля качества;

– приказ об утверждении порядка внутреннего контроля качества и ООП «Порядок внутреннего контроля качества медпомощи в медорганизации»;

– систему показателей качества и безопасности;

– показатели эффективности работы отдела качества, которые служат индикаторами деятельности службы и используются для определения стимулирующих выплат.

Шаг 4. СОПируйте процессы.

Выберите перечень СОПов из рекомендаций Росздравнадзора по каждому разделу и адаптируйте к условиям клиники.

Были созданы рабочие группы, которые доработали СОПы для всей больницы. Сделали это, чтобы не дублировать процедуры в подразделениях. Ответственный за разработку – руководитель группы по направлению – привлекал для консультации специалистов из отделений.

После начали стандартизировать межфункциональные процессы. Например, аутотрансплантацию костного мозга и органную трансплантацию. Редактируем СОПы в формате круглого стола.

Шаг 5. Проведите мониторинг удовлетворенности.

Протестируйте удовлетворенность пациентов условиями оказания медпомощи в рамках НОК.

Чтобы привлечь граждан к анкетированию, был разработан информационный стенд и памятка для пациента по госпитализации в стационар с описанием способа голосования. Подключили инфомат для интерактивного голосования в холле. Добавили информацию о независимой оценке качества и ссылку на электронную анкету в электронный шаблон выписки из медкарты стационарного больного.

Оценили удовлетворенность персонала с помощью анкеты. Результаты использовали, чтобы сформировать мотивационный профиль сотрудников. Создали предложения по монетарной и немонетарной мотивации.

Шаг 6. Проведите аудит соответствия требованиям к организации ВКК.

Проведите самооценку по чек-листам Росздравнадзора. Если вы не работали по практическим рекомендациям, действуете по оценочным листам из проекта приказа Минздрава (приложение 1 к Требованиям к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности).

В нашей больнице главный врач издал приказ о проведении внутреннего аудита соответствия рекомендациям, определил состав рабочих групп по разделам контроля. Требования к внутреннему аудиту закрепил в положении. Отдел качества разработал положение о рабочих группах и контрольные чек-листы по разделам деятельности больницы.

Был проведен инструктаж для руководителей и членов рабочих групп. Руководители рабочих групп и отдел качества отслеживали, как персонал собирает и оформляет свидетельства внутреннего аудита – документы, записи, результаты опроса персонала, наблюдения.

Заместитель главного врача по качеству провел заседания рабочих групп и проанализировал промежуточные результаты аудита. Руководители рабочих групп отчитались об итогах самопроверки перед главным врачом и членами медицинского совета. Отдел качества составил сводный отчет и представил на планерке руководителям подразделений. Затем больница направила его в Росздравнадзор.

Шаг 7. Спланируйте корректирующие действия.

По итогам самооценки продумайте корректирующие мероприятия. Это план разработки и внедрения элементов, которых нет в медорганизации. По сути, это план работы руководителя группы по направлению.

У нас отдел качества оказывал методическую поддержку, помогал разрабатывать и проводить учебные мероприятия.

Часть мероприятий – организационные, их можно выполнить за несколько месяцев. Например, мы внедряем новые документы по разделу «Управление кадрами». Разработали план развития кадрового потенциала на 5 лет, СОПы «Порядок формирования кадрового резерва», «Порядок поиска и найма персонала», «Порядок увольнения персонала», «Порядок осуществления наставничества», «Порядок анкетирования персонала».

В плане корректирующих действий есть мероприятия, которые требуют материальных затрат. Их запланировали на ближайшие годы. Например, дооснащение отделений кнопками вызова персонала.

Шаг 8. Внедрите СМК.

СМК можно организовать вместе с внедрением предложений Росздравнадзора. Это позволит обеспечить процессный подход в управлении, стандартизировать деятельность.

Чтобы сформировать базу документов по соответствию требованиям к меддеятельности, мы создали временное электронное документохранилище. Главный врач назначил ответственных за СМК в подразделениях.

Отдел качества разработал памятку для ответственных за СМК. Утвердили формы корпоративных документов – медицинского технологического стандарта, СОПа, перечней внешней нормативной документации, журналов, отчетных форм.

Отдел качества провел консультационную работу с персоналом по качеству и безопасности меддеятельности и СМК. Обучал, как формировать электронное документохранилище, разрабатывать стандарты, СОПы, протоколы медуслуг.

Минздрав меняет правила платных медуслуг // Здравоохранение. – 2019. – № 4. – С. 8.

Министерство здравоохранения Российской Федерации разрабатывает поправки в Правила предоставления платных медуслуг. Сейчас их устанавливает постановление Правительства от 04.10.2012 № 1006. Соответствующее поручение Минздраву совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти дала вице-премьер Татьяна Голикова.

Основная претензия, которую озвучила Голикова к платной медпомощи, – правовая база не позволяет четко разграничить, за что граждане должны платить, а за что нет. Это, по мнению вице-преьера, вызывает недовольство пациентов.

«Имеются факты, когда государственные и муниципальные медицинские организации, стремясь увеличить объем своего финансового обеспечения за счет внебюджетных источников, навязывают гражданам оказание платных медицинских услуг», – уточняют авторы законопроекта. Также законодатели до сих пор не урегулировали вопрос с размером оплаты медуслуг, которые оказывают поликлиники и больницы. Законопроект Минздрава должен установить эти границы.

Изменения позволят более четко разделить условия оказания медпомощи в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатной медпомощи и платных медуслуг. По планам авторов инициативы, документ предотвратит замещение бесплатных медуслуг платными, а также ограничит необоснованный рост расходов россиян на платные медуслуги. По прогнозам Минздрава, законопроект вступит в силу в январе 2020 года.

Напомним, в декабре 2018 года ОНФ представил результаты опроса медработников в 85 регионах страны. Среди респондентов 25 процентов заявили, что сталкивались с неформальными директивами руководства своих медорганизаций навязывать пациентам коммерческие медуслуги.

Климов, В. А. Как управлять рисками в медицинской организации / В. А. Климов // Заместитель главврача : приложение к журналу "ГлавВрач". – 2019. – № 3. – С. 34-39.

Безопасность медицинской деятельности – состояние, при котором риски и условия, ведущие к физическому, психологическому или материальному ущербу, находятся под контролем в целях охраны здоровья и благополучия индивидуумов и общества (Монреальская декларация ВОЗ, 2002).

Понятие «риск» (в частности, медицинской деятельности) используется в стандарте ISO 9001:2015. В этом стандарте акцент сделан на рисках, включая их в требования к созданию, внедрению, поддержке и усовершенствованию системы управления качеством. Риск медицинской деятельности следует рассматривать как вероятность неисполнения основной задачи системы управления качеством – оказание пациенту медицинской помощи и медицинской услуги высокого качества. Использование концепции риск-менеджмента предусматривает проведение оценки рисков и принятие решений, основанных на результатах этой оценки. Не все процессы системы менеджмента качества представляют один и тот же уровень риска. Мышление, основанное на рисках, означает их качественный и количественный учет. Организация должна планировать действия, связанные с изучением рисков и проведением мероприятий по управлению рисками в процессе управления качеством, а также оценивать результаты этих действий. Варианты реагирования на риски могут включать исключение рисков, принятие рисков, устранение источников риска, изменение вероятности или последствия рисков, распределение рисков. Внедрение концепции риск-менеджмента требует от учреждения здравоохранения использования как технологии и методов оценки рисков, так и методологии и инструментов усовершенствования деятельности, таких, как FMEA, бенчмаркинг, методология QFD.

Управление рисками медицинской деятельности – процесс принятия и выполнения управленческих решений, направленных на снижение вероятности возникновения неблагоприятного результата и минимизацию возможных потерь, вызванных его реализацией.

Управление рисками – инструмент обеспечения безопасности пациента.

Культура безопасности – это совокупность индивидуальных и групповых ценностей, взглядов, восприятий, компетенций и моделей поведения, которые описывают обязательства, стиль и профессионализм управления ЛПУ в аспектах охраны здоровья и безопасности. Для ЛПУ с позитивной культурой безопасности характерно информационное взаимодействие, основанное на взаимном доверии, едином восприятии важности обеспечения безопасности и убежденности в эффективности профилактических мер (JCV, 2014).

Ключевые характеристики программы обеспечения безопасности:

- признание того, что деятельность больницы сопряжена с высоким риском, и принятие обязательств по обеспечению устойчивой безопасности;
- формирование рабочей среды, в которой можно сообщать об ошибках или инцидентах без боязни наказания или ущемлений;
- поощрение коллективной работы сотрудников, трудящихся на разных уровнях и в разных подразделениях, по поиску решений в вопросах, связанных с безопасностью пациентов;
- организационные обязательства по выделению ресурсов (в частности, рабочего времени сотрудников, образовательной подготовки, безопасных способов отчетности об инцидентах и т. д.) для решения проблем безопасности.

Инцидент – неожиданная ситуация, которая не является типичной для процесса лечения пациента (например, пациент получил неверную дозу препарата – 20 ед. инсулина вместо 2 ед.).

Потенциальная ошибка – это событие, которое потенциально может привести к серьезным физическим или психологическим неудобствам, повреждениям или даже смерти, но не привело к этому по случайности или вовремя предпринятым предупреждающим мерам (например, врач назначил 20 ед. инсулина вместо 2 ед., однако ошибка была обнаружена прежде, чем пациенту ввели дозу).

Медицинская ошибка – незлоумышленное заблуждение врача (или любого другого медицинского работника) в ходе его профессиональной деятельности, если при этом исключается халатность и недобросовестность. От клинических ситуаций, связанных с медицинскими ошибками, погибает 456 человек в день (один самолет «Боинг-747» с пассажирами) ежедневно.

Нельзя путать понятия медицинской ошибки и осложнения. Осложнение – патологический процесс или патологическое состояние, присоединившиеся к основному заболеванию в связи с особенностями его патогенеза или как следствие проводившихся диагностических или лечебных мероприятий. Осложнение необязательно развивается при данном заболевании, так как относится к вторичным по отношению к патогенезу патологическим процессам.

По данным Гарвардской школы общественного здравоохранения (2014), основные медицинские ошибки – это:

- ошибочное назначение лекарственного препарата;
- катетер-ассоциированная инфекция мочевыводящих путей;
- катетер-ассоциированная инфекция кровотока;
- госпитальная пневмония;
- венозные тромбозно-эмболические осложнения;
- падения;
- пролежни.

По данным различных исследований ежегодно в мире происходит около 43 миллионов медицинских ошибок. Поэтому, по мнению ряда авторов, безопасность пациента – это, прежде всего, защита от врачебных ошибок.

Медицинские ошибки можно классифицировать на следующие типы:

- медикаментозные (связанные с неправильным использованием лекарственных препаратов);
- хирургические (например, удаление здорового органа);
- диагностические (неправильно установленный диагноз);
- связанные с медицинским оборудованием (например, поломка аппарата ИВЛ или дефибриллятора);
- инфекционные (внутрибольничные инфекции);
- трансфузиологические (например, переливание не совместимой по группе или резус-фактору крови);
- терапевтические (неправильный выбор метода лечения, не связанный с приемом лекарственных препаратов).

Необходимо отметить, что значительная доля медицинских ошибок связана с управленческим или человеческим фактором. При этом ведущими причинами могут быть: большая нагрузка и усталость (13 %), небольшое количество медицинских сестер на большое число пациентов (25 %), недостаточная подготовка персонала (15 %), проблемы в фармакологической подготовке (49 %), неправильный расчет дозировки (6 %), неразборчивая информация в листе назначений (9,8 %).

Зачем регистрировать ошибки? Сбор данных позволит выявить ошибки, определить зоны риска и слабые места, разработать корректирующие мероприятия, которые позволят предотвратить их в будущем.

Управление рисками через внедрение системы менеджмента качества включает в себя четыре этапа.

Основные риски медицинской помощи:

- кадровые риски;
- риск при проведении манипуляций (процедур) без идентификации пациента;
- риск выполнения операции не на той части тела или другому пациенту;
- риск возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;
- риск развития тромбозно-эмболических осложнений;
- риск падения пациентов;
- риск возникновения пролежней;
- риск при проведении лекарственной терапии;
- риск при проведении лабораторных исследований.

Таким образом, идентификацию факторов риска в работе медицинской организации можно разделить на несколько групп:

- риски в работе среднего и младшего медицинского персонала (идентификация пациента, идентификация лекарственного средства, образование пролежней и т. д.);
- риски в работе врачебного персонала (инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, венозные тромбоэмболические осложнения и т. п.);
- организационно-административные (кадровые, медицинское обеспечение и пр.);
- риски в работе диагностических служб и др.

Итак, подробно о некоторых видах из перечисленных рисков.

Риски при проведении манипуляций:

Инфекционные риски:

- гигиена рук;
- катетерассоциирующая инфекция;
- инфекционная оценка хирургического вмешательства.

Риски при выполнении манипуляций:

- идентификация пациента, лекарственных средств;
- наблюдение за пациентом;
- ошибочное введение лекарственных средств.

Кадровые риски:

- текучка кадров;
- самонадеянность;
- коммуникации.

Кадровые риски – общемировая статистика говорит, что 80 % ущерба активам организации наносится их собственным персоналом. Основные кадровые риски:

- риск найма на работу низкоквалифицированных сотрудников;
- риск текучести кадров;
- адаптационный риск;
- риск неэффективного использования работников (низкая производительность труда);
- риск низкой мотивации труда;
- риск неэффективного обучения;
- зависимость от ключевых сотрудников.

Управление кадровыми рисками (мероприятия, позволяющие снизить кадровые риски в учреждении здравоохранения):

- «входной контроль» знаний;
- создание постоянно действующих рабочих групп;
- наставничество;
- проведение welcome-тренингов для поступающих на работу специалистов;
- проведение анкетирования среди сотрудников больницы;
- создание узкоспециализированных служб (КЦО, служба питания, отдел санитарного обслуживания);
- применение нестандартных форм обучения (активные тренинги, деловые игры);
- бенчмаркинг;
- формирование корпоративной культуры;
- проведение корпоративных праздников.

Риски лаборатории:

- на преаналитическом долабораторном этапе:
- неправильные действия персонала (при заборе материала, при хранении и доставке);
- на преаналитическом лабораторном этапе:
- неправильные действия персонала при идентификации данных пациента;
- на аналитическом этапе риски, связанные с:
- квалификацией персонала,

- производственной средой,
- своевременностью закупок,
- с оборудованием, инженерным и информационным его сопровождением,
- с обеспечением систематического метрологического контроля;

г) на постаналитическом этапе:

- доступность и своевременность получения лабораторной информации;
- верификация и валидация результатов;
- превышение ТАТ (turnaround time);
- отсутствие взаимодействия персонала лаборатории с клиницистами;
- отсутствие интеграции с медицинской информационной системой.

Подходы к повышению качества лабораторной диагностики:

Цель: сделать процесс работы клиничко-диагностической лаборатории и её результаты последовательными, согласованными, предсказуемыми и воспроизводимыми.

Стандартизация на преаналитическом этапе: разработка стандартных операционных препаратов (СОП), проведение аудитов, тренингов с персоналом.

Стандартизация аналитического этапа: введение алгоритмов работы сотрудников, разработанных на основе стандартов ИСО 15189 «Лаборатории медицинские. Специальные требования к качеству и компетентности», ГОСТ Р 53079.4-2008 «Обеспечение качества клинических лабораторных исследований».

Внедрение в работу клиничко-диагностической лаборатории модульной системы.

Внедрение модуля «внутрилабораторного контроля качества», проведение внешнего контроля качества.

Интеграция клиничко-диагностической лаборатории в медицинскую инфекционную систему.

Внедрение индикаторов качества, например, индекса гемолиза.

Таким образом, для управления рисками необходимо создание программы по работе с медицинскими ошибками и управлениями рисками. Создание программы начинается с назначения ответственного координатора – представителя по качеству. Это должен быть авторитетный сотрудник, желательнее заместитель главного врача. В некоторых организациях предпочитают назначать на эту должность наоборот рядового опытного врача, который видит ситуацию с рисками «изнутри», то есть сталкивается с ней в повседневной работе. Функции координатора:

- разработка инструкций по работе с ошибками;
- создание удобных для сотрудников инструментов для сообщения об ошибке;
- регистрация ошибок;
- контроль за правильностью проведения анализа и разработки плана корректирующих действий.

С целью преодоления страха и возможных барьеров при оценке рисков необходимо обеспечить:

- гарантии со стороны руководства об отсутствии наказания за сообщение об ошибке, как для сообщившего, так и для участников ошибки;
- возможность анонимного сообщения об ошибке;
- обеспечение конфиденциальности при разборе ошибки в отделениях.

Основная задача – не выявление виновных, а оценка возможности повторения данной ситуации и разработка корректирующих действий.

В процессе оценки рисков обязательно учитывают три параметра:

- случаемость (крайне низкая – возможен, но очень маловероятен; низкая – в среднем 1 раз в год; средняя – 1 раз в месяц, высокая – 1 раз в неделю; крайне высокая – 1 раз в день);

– обнаружение (крайне высокое – будет обнаружено в 95-100 % случаев; высокое – 75-94 %; среднее (40-74 %), низкое (6-39 %) и крайне низкое (0-5 %).

– последствия (отсутствуют – пациенту не нанесен вред; малые – пациенту доставлены временные неудобства; средние – пациенту нанесен вред, требуется более длительная госпитализация; большие – пациенту нанесен вред, который может остаться на всю жизнь; тяжелые – терминальное состояние или смерть).

Общие требования к плану корректирующих действий:

- пересмотр описания процесса, внесение изменений в стандарты и рабочие инструкции;
- обучение персонала (разбор произошедшей ошибки и ознакомление с изменениями в процессе по п. 1);
- мониторинг процесса в течение 3-6 месяцев: выбор показателя и его целевых значений, установление методики сбора данных, назначение ответственного;
- анализ выполнения плана и предложения по дальнейшему улучшению.

Крайне важным фактором работы по оценке и устранению рисков является обучение сотрудников, которое должно включать:

- вводное обучение новых сотрудников;
- ежегодное исследование культуры безопасности;
- регулярное доведение до сведения сотрудников зарегистрированных ошибок и предпринятых корректирующих действий;
- включение в план регулярного обучения занятия по разбору зарегистрированных ошибок;
- стимулирование сотрудников руководителем;
- выделение наиболее активных сотрудников и подразделений по итогам года.

Риск-менеджмент клиники применяют, чтобы снизить количество неблагоприятных последствий работы. Это организационные мероприятия, технологии и методы для управления рисками, которые влияют на достижение стратегических целей организации.

На первом этапе клиника назначает лиц, ответственных по риск-менеджменту, а также отражает цели и задачи в документах:

- политика управления рисками;
- декларация о рисках (реестр рисков);
- план предупреждающих действий;
- карты рисков;
- количественная оценка последствий и вероятности рисков;
- критерии оценки уровня рисков;
- стандарты, правила и нормативы по управлению рисками.

В отдельную группу выделяют риски при оказании медпомощи: диагностические, лечебные, идентификационные, реабилитационные и другие. Остальные классифицируют по стандарту управления рисками. Самый простой и понятный подход предлагает стандарт FERMA.

В нем даны следующие группы рисков:

1. Стратегические – в сфере долгосрочных целей организации. Вопросы капитала, политические риски, изменения законодательства, репутации и имиджа, изменений в окружающей среде.
2. Операционные – в сфере текущих вопросов деятельности организации.
3. Финансовые – в сфере кредитных средств, изменения курса валют, движения процентной ставки.
4. Управление знаниями и информацией – интеллектуальная собственность, хранение и использование информации, коммерческая тайна.
5. Регулятивные, или риски соответствия (комплаенс-риски, compliance-risks), – в сфере законодательства, в том числе изменений по охране труда, прав потребителей, техники безопасности.

Таким образом, чтобы достичь максимального результата, управление рисками должно стать частью внутрикорпоративной культуры и философии управления медицинским учреждением и не должно рассматриваться как изолированный процесс. В такой обстановке все сотрудники вовлечены в управление рисками. Учреждения, которые управляют рисками, гораздо легче осуществляют свою миссию – предоставлять качественные услуги при одновременном снижении затрат. Обеспечение безопасности медицинской помощи – сложный, многоаспектный, но управляемый процесс, основу успешной реализации которого составляет «неформальное» применение системы менеджмента качества.

Формирование новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Обращения пациентов в поликлинику : анализ и моделирование / С. Б. Чолоян [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 3. – С. 24-36.

Реализация приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», активизировала все работы в медицинских организациях России. ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга (ДГКБ) вошла в проект с августа 2018 года.

Здесь и ранее проводились работы по оптимизации профилактических, лечебно-диагностических и иных процессов (внедрение круглосуточной работы диспетчерского центра, круглосуточной стоматологической и неотложной медицинской помощи в 2018 году, развитие с этого же года государственно-частного партнерства по 17 лицензированным видам деятельности, внедрение метода проведения профилактических осмотров по принципу «Ромашка» (2017 г.) и др.

Однако сегодня анализируется большее количество различных процессов по девяти критериям Минздрава России и формируется новая модель организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детям, на базе детской поликлиники № 4. Ключевыми участниками проекта являются Минздрав России, Росздравнадзор, ФОМС, ФМБА России, Государственная корпорация по атомной энергии «Росатом», органы исполнительной власти Оренбургской области, территориальный фонд обязательного медицинского страхования Оренбургской области, территориальный орган Росздравнадзора Оренбургской области, ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, страховые медицинские организации, работающие на территории г. Оренбурга.

«Новая модель медицинской организации» – пациентоориентированная медицинская организация (МО), отличительными признаками которой являются доброжелательное отношение к пациенту, отсутствие очередей за счет правильной организации процессов и работы персонала, качественное оказание медицинской помощи, приоритет профилактических мероприятий в первичном звене здравоохранения.

Основные направления проекта: перераспределение нагрузки между врачом и средним медицинским персоналом; оптимизированная логистика движения пациентов с разделением потоков на больных и здоровых; переход на электронный документооборот, сокращение бумажной документации; открытая и вежливая регистратура; комфортные условия для пациента в зонах ожидания; организация диспансеризации и профилактических осмотров на принципах непрерывного потока пациентов с соблюдением нормативов времени приема на одного пациента; внедрение мониторинга соответствия фактических сроков ожидания оказания медицинской помощи врачом с момента обращения пациента в МО установленным срокам ожидания в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Сегодня в ДГКБ проводится работа под контролем кураторов Центра организации первичной медико-санитарной помощи Минздрава России, а также регионального центра. Предварительные итоги подведены на совместном совещании 13-14 декабря 2018 г. с приглашением участников проекта из семи регионов России.

Цель исследования – показать результаты анализа и моделирования обращений пациентов в поликлиники ДГКБ, полученные с помощью математического метода – «цепи Маркова с оценками».

Объектом анализа и моделирования были обращения пациентов ДГКБ, которые были зафиксированы в медицинской информационно-аналитической системе (МИС) «Антибиотик+» в течение периода с 01.01.2018 по 16.10.2018, который далее называется как «анализируемый период». За анализируемый период в поликлиники ДГКБ обратилось 38654 пациента, у которых было 476762 посещения врачей поликлиник (для справки 12,3 посещения на 1 пациента (при нормативном показателе 9,2).

Обработка проводилась в программных средах Антибиотик+, VISUAL FOXPRO, STATISTICA 10.0.

Длительность нахождения пациента в каждом состоянии оценивалась как разность двух моментов времени от момента окончания предыдущего посещения до момента окончания

текущего посещения. Иными словами длительность посещения врача оценивалось суммой времени нахождения пациента в очереди к врачу и временем приема пациента самим врачом.

Моменты времени фиксировались МИС «Антибиотик+». Для первого посещения, у которого нет данных для оценки времени нахождения пациента в очереди к врачу, указанные характеристики заменялись средним временем нахождения пациента в очереди к врачу, вычисленным по всем посещениям, кроме первого посещения. Следует отметить, что систематическое описание обращений пациентов поликлиники невозможно без медицинской информационной системы (МИС), имеющейся в МО, которая позволяет дать для решения задачи управления указанные развернутые данные о пациенте, обратившемся в поликлинику. Именно такой МИС в МО является МИС «Антибиотик+», которая функционирует в ДГКБ г. Оренбурга более 15 лет (<http://www.antibiotic-plus.ru>).

В статье анализ обращений пациентов в поликлинику оценивается на основе цепей Маркова (ЦМ) с оценками, где в качестве оценок исследуемого процесса выступает время посещения врача поликлиники пациентом. ЦМ называется последовательность случайных событий с конечным числом состояний (<https://ru.wikipedia.org/wiki/>). Состоянием называется существенная часть изучаемого процесса, имеющая характерные отличия от других частей процесса. Последовательность состояний, зафиксированная на определенном отрезке времени называется цепью. Определение ЦМ можно дать, используя ее основное свойство, которое называется «свойством марковости». ЦМ является последовательность событий, в которой каждое последующее событие зависит только от предыдущего события.

В математическом методе ЦМ с оценками изучаемое явление (процесс) можно оценивать при помощи двух классов объектов: класс объектов – «матрица вероятностей перехода» и класс объектов – «распределения длительностей нахождения объектов в выделенных состояниях». Построение ЦМ с оценками начинается с выделения событий (качественные характеристики процесса), которые полно описывают изучаемый процесс, а так же выделяется признак, который характеризует процесс (количественные оценки процесса).

Далее на основе выделенных оценок строится цепь и доказывается, что она является ЦМ с оценками. На основе построенной ЦМ с оценками формируются «матрица вероятностей перехода» и «распределения длительностей нахождения объектов в выделенных состояниях». Анализ полученных матриц и распределений оценок дает представление об анализируемом процессе. Полученные матрицы и распределения являются основой для построения модели и моделирования различных сторон изучаемого процесса. В статье в качестве состояний выбраны следующие состояния. Состояние S1 – состояние, когда пациент обратился в поликлинику за оказанием лечебно-диагностической помощи; S2 – состояние, когда пациент, обратившийся в поликлинику, проходит профилактический осмотр; S3 – состояние, когда с пациентом поликлиники проводятся диспансерные мероприятия; S4 – состояние, когда пациент обратился в поликлинику с прочими целями. Для получения непрерывности процесса, когда в любой момент времени можно указать в каком состоянии находится пациент, необходимо ввести состояние S0 – состояние, когда человек находится вне стен МО и не получает медицинскую помощь.

Оценкой процесса обращений пациентов в поликлиники ДГКБ выступает «длительность нахождения объекта в каждом из выделенных состояний». Цель анализа – установить влияние диспансерной работы на параметры ЦМ (условные вероятности перехода и длительности нахождения объектов в выделенных состояниях S1-S4). Состояние S0 (пациент находится вне стен поликлиники) не анализируется, поскольку состояние S0 не является характеристикой потока пациентов в поликлинику.

Каждое посещение пациентом врача поликлиники описывалось многими признаками, включая такие признаки посещения как пол и возраст пациента; номер поликлиники ДГКБ (их сегодня пять), номер врачебного участка, который обслуживает пациента; врач, принимавший пациента, и его врачебная специальность; цель посещения пациента и другие признаки. Из отмеченного следует, что на основе одной хронологической последовательности посещений врачей поликлиники пациентами можно построить совершенно разные ЦМ с оценками, каждая из которых будет характеризовать разные стороны изучаемого процесса.

Все анализируемые пациенты были разделены на 6 групп. В «группу 1» были отнесены все пациенты, с которыми диспансерная работа не проводилась. В «группу 2» были отнесены все

пациенты, для которых в течение анализируемого периода наблюдалось одно посещение в поликлинику с целью диспансеризации. И, наконец, в последнюю шестую группу («группа б») были отнесены все пациенты, у которых в течение анализируемого периода наблюдалось пять и более посещений поликлиники с целью диспансеризации.

По результатам всех посещений поликлиники всеми пациентами за определенный период упорядоченных в хронологическом порядке строится ЦМ. По полученной ЦМ можно установить, в каком состоянии и сколько времени находился пациент в течение всего анализируемого периода. Оценка производилась на основе анализа матриц вероятностей переходов для групп пациентов с разным количеством диспансерных посещений за анализируемый период. Так же анализировались распределения оценок длительностей, описывающих посещения пациентов, различающихся разным количеством диспансерных посещений за анализируемый период.

При анализе показателей в рамках поставленной задачи из всех состояний интерес представляет динамика вероятностей перехода по состояниям S1 и S3.

Сравнивая матрицы вероятностей перехода, можно установить, что отличия в диспансерной работе приводят к изменениям, касающимся других видов работ в выделенных группах 1 и 2 (изменения в которых, возможно, не предполагались и не планировались). Иными словами проведение (и непроведение) врачами поликлиник МО диспансерной работы приводит к тому, что потоки пациентов по анализируемым состояниям также меняются. Оценка изменений в потоках пациентов обращающихся в поликлинику на основе непосредственного анализа значений вероятностей перехода недостаточна продуктивна....

Общие выводы.

1. Математический аппарат ЦМ с оценками позволяет проводить анализ и моделирование процессов, протекающих в поликлинике медицинской организации, для принятия решений по актуальным задачам управления.

2. Активизация диспансерной работы приводит к:

- уменьшению числа обращений с лечебно-диагностической целью;
- увеличению длительности нахождения в состоянии S1 (прием пациента с лечебно-диагностической целью, что косвенно характеризует более качественную диагностику и лечение пациента).

3. Моделирование потоков пациентов в поликлиниках ДГКБ подтверждает, что активизация диспансерной работы ведет к снижению как числа посещений с лечебно-диагностической целью, так и снижению суммарной длительности пребывания (часов) в состояниях S1, которая следует из уменьшения числа больных детей, прикрепленных к ДГКБ, с которыми активно ведется диспансерная работа.

4. Активизация диспансерной работы ведет к увеличению переходов S1-S1 и S3-S3, что характеризует появление повторных посещений врачей при обращении с лечебно-диагностической целью или с целью диспансеризации.

С 2019 года начинается планомерное тиражирование «Новой модели медицинской организации» с учетом численности прикрепленного населения и организационной формы. По результатам завершения проекта в поликлинике № 4 ДГКБ, оценки успешности его реализации и экономической эффективности эта модель может быть распространена на другие МО первичного звена здравоохранения субъектов Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь детям.

Оптимизация работы операционного блока в условиях высокого пациентооборота с применением бережливых технологий / И. С. Стилиди [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 3. – С. 13-23.

Обеспечение населения доступной медицинской помощью высокого качества – основная задача учреждений здравоохранения во всем мире. Сегодня эффективная работа любого лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) зависит не только от уровня оказываемой в нём помощи, но и от экономических показателей, поэтому при планировании работы ЛПУ важно достигать максимально благоприятных исходов лечения пациентов при сохранении экономической

рентабельности учреждения. Опыт распределения бюджета крупных зарубежных медицинских центров свидетельствует о том, что 40 % и более общих расходов больницы связано с содержанием операционного блока (ОБ), но и доход клиник на 70 % формируется из средств, полученных в результате хирургического лечения пациентов. В Российской Федерации ОБ крупных ЛПУ также являются как главной статьёй расходов, так и основным источником доходов, но получение точных статистических данных затруднительно.

ФГБУ «ИМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ – ведущий онкологический центр страны, в котором ежегодно увеличивается поток пациентов, внедряются сложные современные технологии, расширяются показания к хирургическому лечению и существует реальная потребность в увеличении числа операций и разумном использовании имеющихся человеческих и материальных ресурсов. В данной статье на примере оптимизации ОБ ФГБУ «ИМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» МЗ РФ будут рассмотрены основные проблемы, сопровождающие предоперационный и операционный этапы при плановом хирургическом лечении, предложены рациональные варианты их устранения, представлена новая модель ведения пациента, нуждающегося в хирургическом лечении, а также определены ее достоинства и недостатки в сравнении с первоначальным вариантом.

Модель и методология, использовавшиеся для оптимизации ОБ, были основаны на примере успешного проекта «Бережливая поликлиника», разработанном и внедренном в практику Госкорпорацией «Росатом» совместно с Министерством здравоохранения РФ. Помимо этого специалисты Госкорпорации «Росатом» непосредственно принимали участие в разработке и планировании оптимизации ОБ.

Данная работа проводилась на базе ведущего онкологического центра Российской Федерации ФГБУ «ИМИЦ онкологии имени Н.Н. Блохина» Минздрава России при поддержке государственной корпорации «Росатом». В состав ФГБУ «ИМИЦ онкологии имени Н. Н. Блохина» входит более 30 клинических отделений, из них хирургических – 16, что обеспечивает годовой пациентооборот более 20 тысяч человек. При этом ресурсы онкоцентра лимитированы: функционирует 16 операционных залов, медицинская аппаратура распределена неравномерно, возможны задержки срочного гистологического исследования при большой загруженности патологоанатомического отделения, число коек в хирургических и реанимационных отделениях ограничено. Это ещё раз говорит о необходимости в оптимизации для преодоления вышеперечисленных трудностей.

Цель исследования.

Целью работы было улучшение качества оказания медицинской помощи хирургическим пациентам путём оптимизации предоперационной подготовки и работы ОБ.

Для достижения поставленной цели исследования разработаны следующие задачи:

- увеличение количества операций;
- уменьшение продолжительности среднего предоперационного койко-дня;
- создание простой и эффективной системы долгосрочного (недельного) планирования работы ОБ;
- оптимизация работы поликлиники и стационара при ведении хирургического пациента;
- максимальное использование материальных, человеческих и организационных ресурсов медицинского учреждения;
- минимизация временных потерь в течение рабочего времени;
- повышение удовлетворенности пациентов, врачей и среднего медицинского персонала.

Для достижения цели и успешного выполнения задач исследовательская группа чётко стратифицировала исследование на принципиально важные этапы:

1. Создать рабочую группу разнопрофильных специалистов, заинтересованных в оптимизации работы онкологического центра и операционного блока в частности.

2. Представить существующую поэтапную схему оказания медицинской помощи пациенту с момента определения показаний к хирургическому лечению до прибытия пациента в стационар после окончания операции.

3. Определить временные промежутки и задействованный персонал для каждого этапа изучаемого процесса.
4. Выявить проблемы, сопровождающие каждый этап работы.
5. Предложить идеи по решению данных проблем, разработать доступные стратегии для их осуществления.
6. Под пристальным контролем со стороны рабочей группы внедрить новые методики в повседневную клиническую практику, определить их достоинства и недостатки.
7. Сравнить разработанную модель оказания медицинской помощи с ее первоначальным вариантом, основываясь на объективных критериях (количество операций за промежуток времени, время случая, адаптированный процент использования операционных и др.).
8. Представить заключение об оптимизации работы ОБ и предоперационных процессов в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина».

Для достижения желаемой цели были применены разнообразные эмпирические и теоретические методы научного исследования: методами анализа и синтеза были выделены основные проблемы организации ОБ и разработана многоэтапная система их решения, методом идеализации создана «идеальная модель» ведения хирургического пациента, а использование метода восхождения от абстрактного к конкретному позволило внедрить часть идей в клиническую практику.

На начальном этапе работы были изучены архивные данные и составлено описание каждого хирургического отделения. Это позволило создать своеобразную «группу контроля», в сравнении с которой будут оценены результаты исследования.

Важность медицинского менеджмента в оптимизации работы ОБ.

В американской и европейской литературе более 20 лет обсуждается вопрос, кто является наиболее подходящим медицинским менеджером для управления ОБ: хирург, анестезиолог или медицинская сестра. Исторически сложилось так, что хирург или анестезиолог чаще занимают данную должность, т.к. медицинские сестры в связи со спецификой работы более заинтересованы в решении проблем материальной обеспеченности (лекарственными препаратами, шовным материалом, инструментами), чем в интенсивном использовании ОБ и обеспечении пациентов высококачественной медицинской помощью. Однако исследование Нью-Йоркского общества анестезиологов 2016 г. сообщает, что медицинские сестры управляют 46 % ОБ больниц, 54 % ОБ находятся под управлением анестезиологов и 16 % под управлением хирургов, причем 18% опрошенных заявили о командном управлении ОБ. Разумное управление может повысить эффективность работы ОБ, а ненадлежащее руководство может препятствовать оптимальному использованию ресурсов, поэтому на сегодняшний день в «operation room management» распространено мнение, что лидерские и интеллектуальные качества имеют первостепенное значение при выборе руководителя ОБ, а не его профессия. Способность к междисциплинарному сотрудничеству, быстрому и локальному разрешению конфликтов, эффективное обеспечение контроля, рациональное распределение ресурсов, наличие авторитета среди врачей и медсестёр, поддержка начальства – основные качества, необходимые руководителю ОБ ЛПУ.

В рабочую группу НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина по оптимизации оказания медицинской помощи пациенту, нуждающемуся в хирургическом лечении, вошли 5 анестезиологов, 10 хирургов, 10 медицинских сестер, 3 патоморфологов. На пост заведующего ОБ был выбран хирург-онколог высшей категории, кандидат медицинских наук, проработавший в онкологическом центре более 15 лет.

Недостатки имеющейся модели оказания медицинской помощи хирургическому пациенту.

Операционный блок – это изолированная от других частей больницы система, которая имеет собственный распорядок дня, сложное и дорогое медицинское оборудование, специальный медицинский персонал, но при этом функционирование ОБ напрямую зависит от предоперационных и постоперационных процессов. Поэтому при оптимизации работы ОБ недостаточно рассматривать варианты реорганизации работы только операционных комнат, важно усовершенствовать весь комплекс оказания медицинской помощи пациенту с момента определения показаний к хирургическому лечению (амбулаторный этап) и до окончания

оперативного вмешательства. Существующая модель складывалась исторически, за 65-летнюю историю онкологического центра она несколько раз пересматривалась, но кардинальных изменений предпринято не было. Изменение системы финансирования ЛПУ, контроль за абсолютными показателями эффективности работы ОБ, ограниченность в материальных и человеческих ресурсах – новые факторы, преследующие деятельность любого современного медицинского учреждения. Именно поэтому на следующем этапе работы мы не могли обойтись без представления в виде схемы существующей модели оказания медицинской помощи хирургическому пациенту, выявления ее проблем и временных промежутков каждого из её этапов.

После обсуждения сложившейся системы оказания медицинской помощи хирургическому пациенту было выявлено более 30 проблем, сопровождающих 10 предоперационных и 10 интраоперационных этапов. Отмечено, что временные рамки многих этапов не детерминированы и могут варьировать в 2-5 раз, поэтому говорить о долгосрочном эффективном планировании при сохранении данной системы невозможно. С другой стороны, стало понятно, что усовершенствование медицинской помощи хирургическому пациенту реально выполнимо и в перспективах – повышение показателей эффективности работы ОБ (количество операций за промежуток времени, время случая, адаптированный процент использования и др.), а также предоперационной системы (продолжительность предоперационного койко-дня, планирование работы комиссии по госпитализации и др.).

Изучив отечественную и зарубежную литературу по данному вопросу, мы не обнаружили ни одного источника, который бы производил такую комплексную оценку пред- и интраоперационного процесса. Чаще всего авторы разделяют единый процесс работы ОБ на составляющие этапы для определения задействованных временных, материальных и человеческих ресурсов с целью разработки сложных моделей стохастического программирования. На данном этапе исследования разработка такой модели преждевременна, все проблемы изначально необходимо решить на практическом уровне и эффективно реорганизовать систему, а затем уже переходить к теоретическим расчётам.

Методы.

Разработка и внедрение путей решения заявленных проблем: ранее уже было сказано, что эффективность оказания медицинской помощи хирургическому пациенту складывается из двух взаимосвязанных процессов. Первый из них – предоперационный, он включает как амбулаторный, так и стационарный этап. Основным критерий его эффективности – средняя продолжительность предоперационного койко-дня. Интраоперационный процесс, происходящий в ОБ – второй важный компонент, и его эффективность оценивает большое количество показателей, конечная цель которых – увеличение числа хирургических операций. Ниже будут представлены стратегии по модернизации этих показателей, реализуемые в онкоцентре.

Снижение средней продолжительности предоперационного койко-дня.

Большинство пациентов, поступающих на хирургическое лечение в НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина, нуждаются в сложных операциях, подготовка к которым – длительный процесс, включающий консультации разнопрофильных специалистов, значительное количество инструментальных и лабораторных исследований. Конечно, полная предоперационная оценка необходима для минимизации осложнений, но существуют пути ее оптимизации без ущерба качеству.

Многие иностранные коллеги выделяют главную причину увеличения продолжительности предоперационного койко-дня – плохую междисциплинарную координацию среди врачей. В исследовании Chambelain M. и Dwyer R. 2015 г. было продемонстрировано, что создание еженедельного междисциплинарного совещания и улучшение коммуникации между специалистами с целью формализации ведения пациента снизило периоперационное пребывание в колоректальном стационаре с 30,1 до 5,7 дней ($p < 0,01$), что привело к ежегодной экономии более 177.000 фунтов стерлингов. Кроме того, многие современные исследования сообщают, что длительное пребывание в стационаре – независимый предиктор развития инфекционных послеоперационных осложнений.

Изучив архивные данные, рабочая группа выяснила, что средняя продолжительность предоперационного койко-дня в хирургическом стационаре НМИЦ им. Н. Н. Блохина составляет

7-8 суток. После длительного обсуждения этого вопроса и выяснения основных причин были предложены и внедрены в рутинную практику следующие стратегии уменьшения средней продолжительности предоперационного койко-дня:

1. Усовершенствование системы анестезиологической службы.

До 2018 года в нашем учреждении первичная консультация анестезиолога происходила после госпитализации пациента в хирургическое отделение. Это часто приводило к переносу операции для проведения дополнительных исследований, а порой и к отмене операции из-за её функциональной непереносимости пациентом. В то же время, по мировым данным, предоперационное обследование, осуществляемое анестезиологом, является клинической основой периоперационного ведения пациента и может снизить частоту осложнений и улучшить результаты лечения пациентов. (Клиническая анестезиология под ред. Миллера, СПб, изд-во «Человек», 2016 г., 2 том, с. 1061).

Для исправления ситуации в НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина с 28 апреля 2018 г. организован и функционирует кабинет врача анестезиолога-реаниматолога в научно-консультативном отделении. Пациент, которому показано хирургическое лечение, осматривается анестезиологом на поликлиническом этапе. Разработан алгоритм направления пациентов на консультацию анестезиолога-реаниматолога. Он включает в себя «фильтр отбора» пациентов: отсутствие значимой сопутствующей патологии, молодой возраст и планируемая операция малого риска позволяет госпитализировать больного без данной консультации. Но это только при условии того, что выполнены все необходимые в данной ситуации инструментально-лабораторные исследования, список которых также разработан.

Остальные пациенты осматриваются анестезиологом-реаниматологом, оценивается исходный функциональный статус (ASA-PS), анализируются данные обследования и объективного осмотра, периоперационный риск стратифицируется по международным шкалам (риски сердечно-сосудистых осложнений PCRI и NSQIP MICA, дыхательных расстройств – ARISCAT, венозных тромбозных осложнений – Caprini). Разработанный и внедрённый в нашем учреждении электронный бланк осмотра позволил увеличить пропускную способность кабинета анестезиолога-реаниматолога. Все пациенты, которым показана консультация, получают её максимально оперативно как по электронной записи, так и в порядке «живой» очереди. Результаты назначенных анестезиологом) дополнительных исследований оцениваются на повторном (если необходимо) осмотре, и пациент получает допуск к госпитализации, которая максимально приближается к дате планируемой операции. Это позволило снизить средний предоперационный койко-день с 8 до 2, что резко снизило продолжительность госпитализации и подтвердило данные зарубежных исследований по этой организационной теме.

Ежедневно в среднем 20-25 пациентов консультируются с анестезиологом в поликлинике. Применение электронной формы и её синхронизация с электронной историей болезни позволяет в короткие сроки оценить состояние пациента накануне и непосредственно перед операцией.

2. Раннее согласование плана операции с отделением переливания крови.

После обсуждения рабочей группой особенностей согласования плана операции с отделением переливания крови оказалось, что на данном этапе происходят значительные временные задержки. Было предложено составлять электронную заявку на кровь для отделения переливания крови на амбулаторном этапе, что требует первичного определения антигенных характеристик крови в поликлинике. При раннем согласовании плана операции отделение переливания крови располагало временем для решения проблемы отсутствия нужной крови. Привлечение доноров, закупка определённой крови – возможные пути решения проблемы. С мая 2018 г. в НМИЦ им. Н. Н. Блохина электронная заявка на кровь активно внедряется в амбулаторную систему подготовки пациента к хирургическому лечению.

Организация корректной работы операционного блока требует тщательного анализа всех «проблемных» мест, выявленных на предварительном этапе работы. Именно анализ существующих проблем дает возможность в каждом конкретном случае выработать приемлемую тактику решения.

В случае работы ОБ ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» МЗ РФ проблемы, приводящие к увеличению конечного времени пребывания пациента в стационаре, были разделены на 3 уровня: амбулаторный этап, хирургический стационар, операционный блок.

Решение данных проблем путем внедрения дополнительных структур (кабинет анестезиолога в поликлинике) современных методик, таких как система «блочного» расписания, online-мониторинг работы ОБ, электронная заявка на кровь, электронная подпись руководителей позволили максимально использовать все доступные мощности ОБ без существенного увеличения затрат и привлечения новых специалистов.

Таким образом, на примере внедрения бережливых технологий в операционном блоке ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» МЗ РФ, можно сделать вывод, что грамотный подход к оптимизации подразделения может в относительно короткие сроки увеличить его производительность, позволив использовать все потенциальные мощности хирургических подразделений института. Данный опыт может быть использован для оптимизации и улучшения качества работы других медицинских учреждений Москвы и Российской Федерации в целом.

Скокова, Ж. Лекарства в «цифре». Зачем нужны электронные рецепты // Самарская газета. – 2019. – 6 апреля (№ 55). – С. 6.

По словам руководителя блока медицинского страхования «Росгосстраха» Галины Талановой, клиенты ее компании, которые пользуются услугами телемедицины, – это в основном люди в возрасте от 27 до 37 лет. Мужчины отнеслись к новой возможности консервативно и, например, в июне 2018 года дистанционно за медицинской помощью обращались редко. Но уже в августе около 37 % обращений поступило от них.

Примерно 30 % консультаций приходится на Москву, остальное – на другие регионы. Наибольшее число звонков – около 37 % – поступило от жителей Центрального федерального округа. На втором месте Приволжский.

– Чаще всего граждане обращаются за помощью к врачам общей практики, затем – к профильным специалистам, для взрослых пациентов наиболее востребованными оказались неврологи. Далее идут гинекологи, гастроэнтерологи, дерматологи, эндокринологи, отоларингологи, урологи и травматологи-ортопеды, – пояснила Г. Таланова.

Медицина, как и многие другие отрасли, все больше уходит в «цифру». В частности, теперь можно получать и электронные рецепты.

Электронные рецепты.

Новшество уже внедрили в ряде регионов. В основном им пользуются частные клиники. Возможность для этого появилась еще в прошлом году.

7 апреля 2019 г. вступает в действие приказ Минздрава «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

Например, по новым правилам в одном наркотическом или льготном рецепте можно выписать только один препарат. А на бланке формы №107-1/у – до трех, кроме антипсихотиков, анксиолитиков, снотворных, седативных и антидепрессантов – их все равно по одному.

Классические – бумажные – рецепты, конечно, не отменяют. Пациент сам выбирает, в каком виде хочет получить назначение. Электронные рецепты заработают повсеместно, когда в стране закончат формирование Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). Проект должен охватить все медучреждения России к 2024 году.

Об этом сообщила заместитель начальника отдела контроля и надзора за обращением лекарственных средств и изделий медицинского назначения управления Росздравнадзора по Самарской области Елена Калимуллова.

«Цифровой» документ должен обязательно содержать квалифицированную электронную подпись врача, назначившего лечение. Рецепту присваивают уникальный номер, который формируется в ЕГИСЗ, указывают номер электронной медицинской карты пациента.

После оформления такого рецепта медик с помощью ЕГИСЗ проверяет наличие лекарства в ближайших аптеках и сообщает пациенту, где он может приобрести препараты. Аптека, конечно, также должна быть подключена к системе. Далее фармацевт видит электронный рецепт в своей учетной системе и может приготовить товар.

Преимущества новой формы.

Как утверждают эксперты, введение системы электронных рецептов в государственных медучреждениях поможет решить ряд проблем.

Во-первых, такая форма уменьшает возможность ошибки при назначении лекарств или при неправильном прочтении их названий. Так что проверенные временем шутки про почерк врачей, возможно, потеряют актуальность. Сами медики объясняют эту особенность тем, что из-за большого потока пациентов они стараются писать быстро. Поэтому с нечитабельным документом приходится разбираться «шифровальщику» - фармацевту. Уйдет ли эпоха – посмотрим.

Во-вторых, с помощью электронного рецепта можно проконтролировать лечебный процесс. В базе данных врач смотрит отпуск лекарственных препаратов для определенного пациента, чтобы избежать повторений в назначении. Он может проследить всю историю не только собственных назначений, но и своих коллег, а также проверить, действительно ли пациент покупал то или иное лекарство.

В-третьих, электронный рецепт противодействует различным махинациям в медицине и врачебном деле. Новая система значительно усложнит подделку льготных рецептов. Это позволяет вести реальный учет препаратов и медицинских изделий.

В-четвертых, электронные документы позволяют экономить время врачей. Ведь новые формы рецептов включают возможность продления их действия. Кроме того, больные также могут не тратить время на очередное посещение поликлиники из-за повторного назначения.

В остальном электронный рецепт практически ничем не отличается от бумажного носителя. Вся информацию лечащий врач вносит в электронную форму. Он указывает наименование действующего вещества препарата, дозировку, правила приема, срок действия рецепта. Затем по защищенным каналам связи информация передается в центр обработки данных.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Медведев, Ю. А глаз как у орла // Российская газета. – 2019. – 22 марта (№ 63). – С. 9.

Сенсационную работу выполнили ученые американского Университета Беркли. После проведенной ими операции слепые мыши прозрели.

Это исследование дает надежду миллионам людей. Ведь дегенерация сетчатки выявлена у каждого десятого человека старше 55 лет. Еще около 1,7 миллиона по всему миру страдают от врожденной слепоты, вызванной дегенерацией из-за различных мутаций. В то же время у 90 процентов незрячих людей сохраняется неповрежденным глазной нерв, а это около миллиона нервных клеток. На них из глаза попадает изображение, но клетки его не видят, так как у них отсутствует светочувствительность. Вернуть ее сумели американские ученые под руководством профессора Эхуда Исакоффа.

В чем суть технологии? В клетку надо посадить ген, который нарабатывает светочувствительный белок. Для этого разрабатывается так называемый генетический конструктор – молекула, которая, внедрившись в клетки глазного нерва, делает их светочувствительными. Профессор Исакофф применил конкретный ген, который кодирует белок опсин, чувствительный к зеленому свету.

Но выбрать нужный ген это даже не полдела. Самое сложное – ювелирно доставить его в глаз и надежно закрепить на поверхности сетчатки. «Транспортом» стали частицы аденовируса ААУ. Это природный организм, способный проникать в клетки человека. Доставленный таким курьером ген проник в клетки сетчатки и дал команду на выработку белка опсина. В итоге клетки стали чувствительными к зеленой части спектра, а мыши начали видеть.

Когда этот метод можно применить на людях? Профессор Исакофф осторожен в прогнозах. Ведь наша сетчатка содержит в сотни раз больше и фоторецепторов, и клеток, которые получают от них сигнал. Значит, человеку потребуется инъекция намного большего числа вирусных частиц. Насколько они восстановят зрение, покажут полноценные клинические исследования.

Рудковский, Н. Мост между наукой и практикой. На пути к улучшению эффективности лечения // Медицинская газета. – 2019. – 3 апреля (№ 13). – С. 12.

Лаборатория ДНК – диагностики школы биомедицины Дальневосточного федерального университета начала оказывать услуги по генетическому анализу биоматериалов. Теперь её сотрудники на постоянной основе будут проводить лабораторные исследования для пациентов медцентра ДВФУ с помощью уникального оборудования и современных генетических методов. Новое направление работы позволит развивать медицинские технологии, связанные с анализом ДНК, и помогать профессиональному росту выпускников.

По словам проректора ДВФУ по медицинским вопросам Сергея Крыжановского, цель новой лаборатории – сблизить медицинскую науку и практику. Она позволит объединить широкие возможности многопрофильной клиники, высокие научные компетенции сотрудников Центра геномной и регенеративной медицины и уникальную исследовательскую инфраструктуру Школы биомедицины.

– Лаборатория создана для совместной работы с медицинским центром ДВФУ, чтобы развивать современные стандарты медпомощи на основе генетических данных, в частности в области персонализированной и прогностической медицины, таргетной онкотерапии. Оказывая пациентам медицинскую помощь с использованием передовых методов диагностики, мы получаем данные о молекулярных причинах заболеваний. Это поможет не только конкретным пациентам, но и будет способствовать развитию новых технологий диагностики и лечения. Так мы создаём мост между медицинской наукой и практикой, что сейчас принято называть трансляционной медициной, – пояснил заместитель директора Школы биомедицины по развитию Вадим Кумейко.

В лаборатории собрано самое современное оборудование, к примеру, такое как роботизированный комплекс для выделения, обработки и сверхчувствительной идентификации ДНК, секвенаторы, позволяющие проводить детальное «прочтение» генов и подробно анализировать ДНК возбудителей опасных заболеваний или геномы пациентов. Но главное здесь – это специалисты с особой мультидисциплинарной подготовкой, которые умеют работать со сложнейшей аппаратурой и проводить анализ генетических данных.

– Мы начали оказывать услуги в начале марта, и к нам уже поступают материалы для работы, – говорит руководитель лаборатории Анна Стенкова. – В данный момент исследуем клинический материал для медицинского центра ДВФУ – проводим генетическую диагностику вируса папилломы человека.

У лаборатории широкий спектр возможностей, в том числе по оказанию таких услуг, как геномный анализ прогностических исследований, которые помогут улучшить эффективность лечения и подобрать таргетные препараты (лекарства, направленные на конкретные молекулы-мишени). В ближайшее время начнётся оказание услуг по геномной диагностике, позволяющих дать рекомендации для улучшения здоровья пациентов, предотвращения развития тяжёлых заболеваний, или рекомендации в области генетики спорта для персонализированного подбора тренировок, сопровождения физического развития и реабилитации спортсменов.

Директор школы биомедицины ДВФУ Юрий Хотимченко отмечает, что лаборатория также будет содействовать обучению студентов и последиplomной подготовке выпускников. В частности, в этом году Школа биомедицины делает первый выпуск медицинских биохимиков и биофизиков – врачей, чьи профессиональные навыки направлены на проведение медицинской диагностики. Несколько выпускников этого года планируют продолжить обучение в аспирантуре и ординатуре по различным направлениям медицинской генетики, в том числе на площадке лаборатории ДНК-диагностики университета.

Укол иглой, дающий верный шанс // Медицинская газета. – 10 апреля (№ 14). – С. 13.

Известно, что новая кора (неокортекс) отличается от старых образований тем, что составляющие её нервные клетки располагаются слоями, в то время как подкорковые структуры представлены группами, или ядрами, не имеющими чётких границ. Одна из таких групп получила название арочное, или аркуатное ядро. Считается, что его примерно 50 тыс. нейронов,

расположенных в медио-базальном гипоталамусе, отвечают за наш аппетит. Его нарушения проявляются в булимии или анорексии.

Каково же было удивление сотрудников Калифорнийских университетов в Сан-Франциско и Лос-Анджелесе (США), когда они обнаружили резкое – в 8 раз (на 800 %) – увеличение плотности костей у животных после выключения белкового рецептора Kiss («поцелуй») у самок мышей. Рецептор со столь романтичным названием активируется на поверхности нейронов аркуатного ядра гипоталамуса у юных самок мышей, вступающих в пубертатный период и готовящихся к ухаживанию самцов. Выключение гена рецептора в нейронах, вырабатывающих пептид Kiss («осколок» протеина) приводит к тому, что плотность костной ткани у самок резко увеличивается, что выражается в увеличении их веса. Таким образом, открыта ещё одна роль эстрогена в мозгу, регулирующего через его аркуатное ядро состояние костного скелета.

Многие сегодня знают, что у женщин со временем наступает менопауза, за которой возрастает опасность развития остеопороза с соответствующим снижением плотности костей. Помочь им призвана заместительная гормональная терапия (HRT–Hormone Replacing Therapy), которая помогает не всегда и может иметь побочные эффекты. Неудивительно поэтому усилия специалистов по поиску путей помощи женщинам. Одним из них является использование микроигл с их содержимым в виде широко применяемого контрацептива левоноргестрел (Levonorgestrel). Иглы делаются из разрушаемых ферментами полимеров из молочной и гликолевой кислот и укреплены на поверхности пластыря (типа антеникотинного). Авторы статьи в приложении Nature подложили под каждую из игл сжимаемый пузырёк, благодаря которому при разглаживании пластыря на коже иглы погружаются в неё, делая их после снятия наклейки трудно различимыми невооружённым глазом. Пока содержимого игл, опробованных на крысах и минипигах, хватает на месяц, но изобретатели работают, чтобы продлить их работу до полугода. Авторы надеются, что иглы можно будет «заряжать» и другими веществами и, в частности, блокаторами и стимуляторами различных белков, ферментов и рецепторов, помогая людям сохранять здоровье и хорошее самочувствие.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Полушкина, Е. С. Здоровое питание / Е. С. Полушкина // Заместитель главврача : приложение к журналу "ГлавВрач". – 2019. – № 3. – С. 9-14.

Правильное питание – важнейший фактор, обеспечивающий здоровье человека, его способность к труду и противостоянию внешним неблагоприятным воздействиям, определяющий качество и продолжительность жизни. Особенности современного этапа развития человеческого общества характеризуются снижением физических и возрастанием нервно-эмоциональных нагрузок, изменением ритма жизни, труда и питания, что приводит к снижению энергозатрат. Современная нутрициология свидетельствует о необходимости гармонизации питания, заключающейся в полноценном обеспечении организма всеми питательными веществами и энергией в соответствующих количествах и соотношениях.

Питание – процесс потребления питательных веществ, содержащихся в пище, и их дальнейшее усвоение в организме. Питание обеспечивает жизнедеятельность человека и протекающие в организме физиологические процессы (рост, выработку энергии, восстановление тканей и др.). Оно напрямую влияет на рост, развитие, репродуктивную способность человека, обеспечивает как физическое, так и психическое благополучие. С другой стороны, поддержание сбалансированного питания обусловлено пищевыми привычками человека, его финансовыми возможностями, снабжением продуктами и их доступностью, безопасностью, качеством, распределением, уровнем просвещенности населения и отношением общества к этим вопросам.

Здоровое питание – это питание, обеспечивающее рост, нормальное развитие и жизнедеятельность человека, способствующее укреплению его здоровья и профилактике

заболеваний. Соблюдение правил здорового питания в сочетании с регулярными физическими упражнениями сокращает риск хронических заболеваний и расстройств, таких, как ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, диабет, повышенное давление и рак.

Ожирение – избыточное отложение жира, увеличение массы тела за счет жировой ткани. Жировая ткань может скапливаться как в местах физиологических отложений, так и в области молочных желез, бедер, живота. В настоящее время ожирение рассматривается как хроническое обменное заболевание, возникающее в любом возрасте, проявляющееся избыточным увеличением массы тела преимущественно за счет чрезмерного накопления жировой ткани, сопровождающееся увеличением случаев общей заболеваемости и смертности населения. Заболеваемость ожирением в цивилизованном обществе резко растет, несмотря на отсутствие изменений в генетическом пуле, то есть независимо от наследственных факторов.

Разумеется, состав идеального рациона человека зависит от рода деятельности, образа жизни и места проживания, однако существуют более или менее универсальные советы, разрабатываемые здравоохранительными организациями:

- внимательно следите за калорийностью продуктов и массой тела;
- ограничивайте получение энергии из жиров (насыщенные жиры (животные, твердые растительные жиры) должны составлять до 1/3 потребляемых жиров, остальные 2/3 жиров должны быть ненасыщенными, жидкими жирами; при употреблении молока и молочных продуктов следует отдавать предпочтение продуктам с пониженной жирностью; старайтесь не употреблять пищу, содержащую трансжирные кислоты);
- стремитесь к увеличению доли фруктов, овощей, цельных зерен, бобовых и орехов в ежедневном рационе (именно из этой пищи следует получать 50-60 % всей энергии);
- примерно треть хлеба, круп, муки в рационе должны составлять продукты, обогащенные микронутриентами;
- ограничивайте употребление простых углеводов (сахара, мёда, сладких газированных напитков) – не более 30-40 г. в сутки;
- ограничивайте употребление поваренной соли и употребляйте только йодированную соль;
- старайтесь обеспечивать организм витаминами в физиологических количествах, в том числе антиоксидантами (витамины А, С, Е), фолиевой кислотой (в случае, если ваш рацион не включает достаточное количество витаминов из пищи, можно периодически принимать поливитамины и дополнительно витамин D);
- консультируйтесь с врачом на темы диет, доверяйте только питанию, разработанному авторитетными учреждениями здравоохранения.

Принципы правильного питания сформулированы на основе экспериментальных, клинических и эпидемиологических исследований.

Влияние нерационального питания на здоровье проявляется не сразу – требуется время, чтобы возникло или развилось хроническое заболевание либо болезненное состояние. Поэтому одним из важнейших аспектов деятельности врача – информирование, обучение пациентов принципам правильного питания.

Здоровое питание обеспечивает защиту от неправильного питания во всех его формах, а также от неинфекционных заболеваний, включая диабет, болезни сердца, инсульт и рак. Нездоровое питание и отсутствие физической активности являются основными рисками для здоровья во всем мире.

Практика здорового питания формируется на ранних этапах жизни – грудное вскармливание способствует здоровому росту и улучшает когнитивное развитие и может оказывать благотворное воздействие на здоровье в длительной перспективе, например, снижает вероятность набора избыточного веса или ожирения и развития НИЗ в более поздний период жизни.

Потребление энергии (калорий) должно быть сбалансировано с ее расходом. Во избежание нездоровой прибавки веса общее потребление жиров не должно превышать 30 % от общей потребляемой энергии. Насыщенные жиры должны составлять менее 10 %, а трансжирные кислоты – менее 1 % от общей потребляемой энергии, причем при потреблении жиров

необходимо заменять насыщенные жиры и трансжирные кислоты ненасыщенными жирами и стремиться к исключению из рациона трансжирных кислот промышленного производства.

Сокращение потребления свободных сахаров до менее 10 % от общей потребляемой энергии является частью здорового питания, а сокращение их потребления до менее 5 % предположительно обеспечивает дополнительные преимущества для здоровья.

Потребление соли на уровне менее 5 г. в день (эквивалентно потреблению натрия на уровне менее 2 г. в день) способствует профилактике гипертонии и снижает риск развития болезней сердца и инсульта среди взрослого населения.

Государства - члены ВОЗ выдвинули цель по сокращению глобального потребления соли на 30 % к 2025 г., а также по прекращению увеличения числа случаев диабета и ожирения у взрослых людей и подростков и избыточного веса у детей к 2025 г.

Здоровое питание на протяжении всей жизни способствует профилактике неправильного питания во всех его формах, а также целого ряда неинфекционных заболеваний (НИЗ) и нарушений здоровья. Вместе с тем рост производства переработанных продуктов, быстрая урбанизация и изменяющийся образ жизни привели к сдвигу в моделях питания. В настоящее время люди потребляют больше продуктов с высоким содержанием калорий, жиров, свободных сахаров и соли (натрия) и не потребляют достаточно фруктов, овощей и других видов клетчатки, таких, как цельные злаки.

Точный состав разнообразного, сбалансированного и здорового питания зависит от индивидуальных особенностей (таких как возраст, пол, образ жизни и степень физической активности), культурного контекста, имеющихся местных продуктов и обычаев в области питания. Однако основные принципы здорового питания остаются одинаковыми.

Всемирная организация здравоохранения сформулировала принципы здорового питания и назвала их «12 шагов к здоровому питанию»:

1. Ешьте питательную пищу, в основе которой лежат разнообразные продукты, главным образом растительного, а не животного происхождения.

2. Несколько раз в день ешьте хлеб, зерновые продукты, макаронные изделия, рис, картофель.

3. Несколько раз в день ешьте разнообразные овощи и фрукты (местного происхождения), предпочтительно в свежем виде – не менее 400 г. в день.

4. Поддерживайте массу тела в рекомендованных пределах (индекс массы тела – от 18 до 24 кг/м²) с помощью умеренных физических нагрузок, лучше ежедневных.

5. Стремитесь к тому, чтобы не более 30% суточной энергии поступало из жиров. Заменяйте большую часть насыщенных жиров насыщенными растительными маслами или мягкими маргаринами.

6. Заменяйте жирное мясо и мясные продукты фасолью, бобами, чечевицей, рыбой, птицей, нежирным мясом.

7. Употребляйте молоко и молочные продукты (кефир, простоквашу, йогурт и сыр) с низким содержанием жира и соли.

8. Выбирайте такие продукты, в которых мало сахара, и поменьше ешьте рафинированного сахара, ограничивая потребление сладких напитков и сладостей.

9. Отдавайте предпочтение пище с низким содержанием соли. Суммарное потребление соли должно быть не более 1 чайной ложки (6 г.) в день, включая соль, содержащуюся в хлебе и обработанных, вяленых, копченых или консервированных продуктах.

10. Поддерживайте высокий уровень физической активности.

11. Готовьте пищу безопасным и гигиеничным способом. Уменьшить количество добавляемых жиров помогает приготовлению пищи на пару, выпекание, варка или обработка в микроволновой печи.

12. Способствуйте исключительно грудному вскармливанию детей в течение примерно 6 месяцев, но не менее 4 месяцев, и старайтесь вводить соответствующие продукты через правильные промежутки времени в течение первых лет жизни.

Наглядно изложенные принципы представлены в «пирамиде здорового питания». В этой пирамиде использован принцип светофора: зеленый – «вперед», желтый – «осторожно», красный – «берегись». Продукты в зеленой части пирамиды должны составлять основу ежедневного

питания человека, но по мере продвижения к красному цвету количество употребляемых продуктов должно контролироваться.

Правительства многих развитых стран ежегодно выделяют средства на популяризацию здорового образа жизни и, в частности, здорового питания. Большую популярность приобрели средства инфографики, например, разработанные с учетом национальных особенностей пирамиды питания, на которых визуально показывается рекомендуемое количество различных видов продукции.

В России диетологическую помощь можно получить в рамках первичной медико-санитарной помощи. Врачи-диетологи осуществляют наблюдение и лечение следующих групп пациентов:

- с избыточной массой тела и ожирением 1-111 степени;
- с алиментарно-зависимыми заболеваниями;
- страдающих синдромом нарушенного пищеварения и всасывания;
- имеющих нарушения пищевого статуса.

Роль медицинских работников в пропаганде принципов здорового питания трудно переоценить. Для информирования пациентов можно не только вывешивать информацию в комнатах ожидания, но и давать для заполнения анкеты, во время лечебных консультаций обязательно проводить беседы о питании, подкрепляя их печатной продукцией: листовками, буклетами, брошюрами.

Рацион питания меняется со временем под воздействием многих социальных и экономических факторов и из-за их сложного взаимодействия, способствующего формированию индивидуальных моделей питания. Эти факторы включают доход, цены на продукты питания (которые оказывают воздействие на наличие продуктов питания и их доступность по стоимости), индивидуальные предпочтения и убеждения, культурные традиции, а также географические и экологические аспекты (включая изменение климата).

Поэтому к формированию здоровой продовольственной среды, включая продовольственные системы, способствующие разнообразному, сбалансированному и здоровому питанию, необходимо привлекать многочисленные рычаги воздействия и заинтересованные стороны, в том числе правительства, государственный и частный секторы.

Правительства играют главную роль в формировании здоровой продовольственной среды, позволяющей людям принимать и поддерживать практику здорового питания. Эффективные действия лиц, формирующих политику по созданию здоровой продовольственной среды, включают:

— обеспечение согласованности национальной политики и инвестиционных планов, в том числе в области торговли, пищевой промышленности и сельского хозяйства, для содействия здоровому питанию и защиты здоровья населения с помощью следующих мер:

- повышение осведомленности потребителей о здоровом питании;
- разработка школьных стратегий и программ, направленных на принятие и поддержание практики здорового питания среди детей;
- просвещение детей, подростков и взрослых в отношении практики здорового питания; содействие в развитии кулинарных навыков, в том числе у детей в рамках школьного обучения;
- оказание поддержки для предоставления информации в пунктах продажи, в том числе с помощью маркировки, содержащей точную, стандартизированную и всеобъемлющую информацию о содержании питательных веществ в пищевых продуктах (в соответствии с руководящими принципами Комиссии по кодексу «Алиментариус»), и нанесения дополнительной маркировки на лицевую сторону упаковки, чтобы потребителям было проще понять эту информацию;
- консультирование по вопросам питания на уровне первичной медико-санитарной помощи;

— стимулирование потребительского спроса на здоровые пищевые продукты и блюда с помощью следующих мер: стимулирование транснациональных, национальных и местных служб и предприятий общественного питания в целях улучшения питательных качеств их продукции, обеспечения наличия вариантов здорового питания и их доступности по стоимости и пересмотра размера порций и цен на них,

- разработка школьных стратегий и программ, направленных на принятие и поддержание практики здорового питания среди детей;
- просвещение детей, подростков и взрослых в отношении практики здорового питания; содействие в развитии кулинарных навыков, в том числе у детей в рамках школьного обучения;
- оказание поддержки для предоставления информации в пунктах продажи, в том числе с помощью маркировки, содержащей точную, стандартизированную и всеобъемлющую информацию о содержании питательных веществ в пищевых продуктах (в соответствии с руководящими принципами Комиссии по кодексу «Алиментариус»), и нанесения дополнительной маркировки на лицевую сторону упаковки, с тем чтобы потребителям было проще понять эту информацию;
- консультирование по вопросам питания на уровне первичной медико-санитарной помощи;
- продвижение надлежащей практики кормления детей грудного и раннего возраста с помощью следующих мер:
 - осуществление стратегий и практических методик для усиления защиты работающих матерей;
 - разработка школьных стратегий и программ, направленных на принятие и поддержание практики здорового питания среди детей;
 - продвижение, защита и поддержка грудного вскармливания в службах здравоохранения и на уровне сообществ, в том числе в рамках инициативы по созданию в больницах благоприятных условий для грудного вскармливания.

В 2004 г. Ассамблея здравоохранения приняла «Глобальную стратегию ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью». Стратегия призвала правительства, ВОЗ, международных партнеров, частный сектор и гражданское общество к принятию мер на глобальном, региональном и местном уровнях для содействия здоровому питанию и физической активности.

В 2010 г. Ассамблея здравоохранения одобрила ряд рекомендаций в отношении ориентированного на детей маркетинга пищевых продуктов и безалкогольных напитков. С помощью этих рекомендаций страны разрабатывают новые и улучшают существующие стратегии по уменьшению воздействия маркетинга нездоровых пищевых продуктов на детей. ВОЗ также разработала инструменты для регионов (такие как региональные типовые перечни питательных веществ), которыми страны могут пользоваться при осуществлении рекомендаций по маркетингу.

В 2012 г. Ассамблея здравоохранения приняла «Всеобъемлющий план осуществления деятельности в области питания матерей и детей грудного и раннего возраста» и шесть глобальных целей в области питания, которые должны быть достигнуты к 2025 г., включая сокращение числа детей, страдающих от задержки роста, истощения и избыточного веса, улучшение грудного вскармливания и сокращение числа детей с анемией и низкой массой тела при рождении.

В 2013 г. Ассамблея здравоохранения согласовала девять глобальных добровольных целей по профилактике НИЗ и борьбе с ними. Эти цели включают прекращение увеличения числа случаев диабета и ожирения и относительное снижение на 30 % потребления соли к 2025 году. «Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг.» содержит руководство и варианты политики для содействия государствам-членам, ВОЗ и другим учреждениям Организации Объединенных Наций в достижении этих целей.

В мае 2014 г., принимая во внимание быстрый рост числа детей грудного возраста и других возрастных групп с ожирением во многих странах, ВОЗ учредила Комиссию по ликвидации детского ожирения. В 2016 г. комиссия предложила ряд рекомендаций для успешной борьбы с ожирением среди детей и подростков в условиях разных стран мира.

В ноябре 2014 г. ВОЗ вместе с Продовольственной и сельскохозяйственной организацией ООН (ФАО) организовала вторую Международную конференцию по вопросам питания (ICN2). ICN2 приняла Римскую декларацию по вопросам питания и Рамочную программу действий которые содержат рекомендации в отношении ряда вариантов политики и стратегий для содействия разнообразному, безопасному и здоровому питанию на всех этапах жизни. ВОЗ помогает странам в выполнении обязательств, принятых на ICN2.

В мае 2018 г. Ассамблея здравоохранения приняла тринадцатую Общую программу работы (ОПР13), которой ВОЗ будет руководствоваться в своей работе в 2019-2023 гг. Сокращение потребления соли (натрия) и исключение трансжирных кислот промышленного производства из состава пищевой продукции определены в ОПР-13 в качестве приоритетных действий ВОЗ для достижения целей по обеспечению здорового образа жизни и содействию благополучию для всех в любом возрасте. Для оказания содействия государствам-членам в принятии необходимых мер для исключения трансжирных кислот промышленного производства из состава пищевой продукции ВОЗ разработала дорожную карту для стран (пакет мер) в целях ускорения действий.

Таким образом, здоровое питание играет огромную роль в формировании здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний человека. Несмотря на значительные усилия, предпринимаемые Всемирной организацией здравоохранения и руководством целого ряда государств, обеспечение соблюдения требований здорового питания остается индивидуальной проблемой, требующей правильного и рационального подхода для каждого пациента.

Уважаемые коллеги!

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

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

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ




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

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

Воскресенье – выходной день

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

Сайт: <http://miac.samregion.ru>