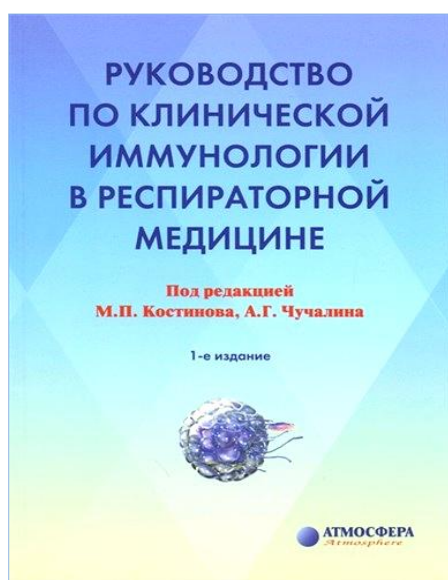




Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№5 (май), 2018



СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	13
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	23

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Бережливая поликлиника. Неожиданные проблемы и как их решить // Заместитель главного врача. – 2018. – № 3. – С. 14-25.

Минздрав меняет порядок первичной медико-санитарной помощи. Пилотный проект «Бережливая поликлиника» стартовал в октябре 2016 года в трех субъектах России. Сейчас в него включились уже 40 регионов. К 2023 году модель растиражируют на всю страну. Участники пилотного проекта поделились с читателями с какими трудностями они столкнулись, когда перешли на новый стандарт работы. Для рассмотрения были выбраны пять главных проблем.

Доступность медуслуг – проседает зарплата и финансовый план Медпомощь стала более доступной. Пациенты могут записаться на прием через call-центр, инфомат, портал госуслуг. Но это обернулось проблемой для медорганизаций. Если гражданин передумал или не смог прийти в назначенное время, электронный талон на него остается. Пациент просто забывает отменить запись. Получается, ни талонов свободных, ни пациентов. В результате врачи не выполняют норму приема и не получают стимулирующие выплаты. К тому же, если медорганизация не сделает план, и ФФОМС уменьшит ей подушевое финансирование.

Одна из основных задач, поставленная перед внедрением проекта «Бережливая поликлиника», – это бережное отношение к временному ресурсу как пациентов, так и медработников.

Ситуация, когда пациент не приходит на прием к врачу, не редкость. Это организационный вопрос. Решение проблемы – заблаговременное выяснение намерения пациента посетить врача и дополнительное информирование гражданина о времени приема по телефону или с помощью СМС-оповещения сотрудниками call-центра или администратором. Это дает возможность высвобождения времени записи. Кроме того, необходимо отметить, что Программой госгарантий одним из способов оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС, является финансирование по подушевому нормативу в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи, то есть за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай). Размер подушевого финансирования фиксированный в течение финансового года и направляется в медорганизацию вне зависимости от количества посещений.

Оптимизация регистратуры – конфликтов с пациентами стало больше.

Регистратуры больше нет. Теперь – стойка администраторов, call-центр и картоохранилище. По закону там могут работать специалисты без медицинского образования. Руководители медорганизаций вынуждены переводить медработников в немедицинский персонал и понижать зарплату. Бывшие регистраторы срываются на гражданах.

Пациенты могут записаться на прием через единый call-центр. Раньше в поликлинике были отдельные номера телефонов – для справок, предварительной записи и вызова на дом. Теперь номер единый. Два оператора принимают вызовы, записывают к терапевту, отвечают на вопросы. Телефоны раскалены, операторы постоянно на взводе. В результате жалоб от пациентов стало больше.

В рамках пилотного проекта «Бережливая поликлиника» и приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» одно из основных направлений – организация открытой и вежливой регистратуры. Это принципиально новая концепция организации работы регистратора с пациентом – без барьеров и перегородок, с возможностью индивидуального общения, когда у регистратора и пациента максимальный зрительный и вербальный контакт. Кроме того, с рабочих мест регистраторов убрали телефоны, чтобы звонки не отвлекали от общения с пациентом. Во многих поликлиниках, участвующих в проекте, регистраторы прошли психологическое тестирование и отобраны для работы в регистратуре по принципу профпригодности. Все они обучаются принципам бесконфликтного общения, имеют алгоритмы ответов на стандартные ситуации. Работа операторов кол-центров также формализована. В медорганизациях разработаны алгоритмы общения оператора с пациентом, что позволяет

максимально четко предоставить пациенту всю интересующую его информацию и предложить оптимальное решение проблемы.

Что касается оплаты труда регистраторов и прочего немедицинского персонала, нужно отметить, что в настоящее время все медорганизации работают в условиях эффективного контракта, в котором предусмотрены критерии оценки деятельности сотрудников. Эти критерии позволяют заинтересовать сотрудников в повышении качества выполняемой работы, от которого и будет зависеть уровень их заработной платы.

Перераспределение обязанностей врача и медсестры – неразбериха в функционале.

Медорганизациям рекомендовали перераспределить нагрузку между врачом и медсестрой. Врачи считают, что на них переложили работу среднего медперсонала. Так, доктор теперь сам закрывает талоны на прием, оформляет больничные, так как электронная подпись только у него. А медсестры сетуют, что работают за регистраторов. Печатают направления на анализы, на каждый записывают пациента в удобные для него дату и время. А если гражданин не приходит, оформляют заново. И опять с учетом пожеланий. Растет поток из тех, кого надо перезаписать. В результате у кабинета две очереди – к врачу и на запись-перепись к медсестре. А она еще и в приеме участвует.

Перераспределение нагрузки между врачом и средним медперсоналом – важное направление реализации проекта. Врач и медсестра должны стать на приеме единой командой, выполняющей свои функции с учетом профессиональных компетенций.

Известно, что значительное время в ходе приема тратится на заполнение бумажной документации. Решение проблемы – автоматизация рабочего места медработников, внедрение электронного документооборота. Поэтому важной составляющей является развитие медицинской информационной системы. Это позволяет автоматизировать функции, которые раньше врач и медсестра выполняли вручную, – оформление направлений, справок, рецептов, листов нетрудоспособности и пр. Уровень развития медицинской информационной системы, ее функциональность и оперативность определяют скорость работы и врача, и медсестры, избавляя от лишней бумажной работы.

Выписка льготных рецептов – больные довольны, но качество приема снизилось.

Раньше, чтобы получить льготный рецепт, пациент или соцработник должны были записаться к врачу, отстоять очередь. Тратили в среднем по два часа. Теперь после осмотра больного врач сам запускает оформление рецепта – без участия граждан. Они должны только обратиться в отдельный кабинет, где сразу получают рецепт. Для пациентов процедура – пять минут. Врачи и медсестры жалуются. Пока доктор формирует рецепт, медсестра идет ставить печать с пятого этажа на третий, а если комиссионный – еще и на второй к начмеду. Врач в это время принимает больных. Заваливает ее стол карточками, чтобы вписала справки и анализы. Медсестра возвращается. В приеме не участвовала – переспрашивает, уточняет. У врача уже другой пациент.

Решением проблемы опять же может стать внедрение эффективно функционирующей электронной медицинской системы, когда формирование направлений на госпитализацию, анализы и диагностические исследования, медицинские процедуры и манипуляции осуществляется путем электронного документооборота, что избавляет медсестру от временных затрат на эту работу. Важная составляющая процесса – грамотное выстраивание логистических потоков внутри поликлиники. Это касается не только логистики пациентов, но и передвижений медработников и, более того, движения медицинской документации. Организация рабочего пространства поликлиники в целом должна быть выстроена таким образом, когда кабинеты приема и вспомогательные кабинеты, в том числе заведующего, председателя врачебной комиссии, должны быть расположены максимально удобно.

Организация рабочего пространства – трудно соблюсти баланс.

Один из методов бережливости – организация рабочего пространства по системе 5С: сортируй, соблюдай порядок, содержи в чистоте, стандартизируй, совершенствуй. Поликлиники стандартизировали оснащение кабинетов.

Переставили мебель, чтобы сократить лишние перемещения персонала. Разобрали в шкафах, рассортировали документы и инструменты по ящикам, сделали наклейки, чтобы любой сотрудник мог быстро найти нужную вещь.

Со столов убрали все лишнее. Но некоторые поликлиники перестарались. Ввели требование – на столе у врача ничего, кроме ручки, быть не должно. Еще проблема – через неделю после преобразований все возвращалось на свои места. На столах снова горы бумаг, ручки, скрепки, инструменты, личные вещи.

Опять ничего нельзя отыскать. Сотрудники игнорируют правила.

Одни технологии не сделают поликлинику успешной. Основной ресурс внедряемой производственной системы – медперсонал, который также является и залогом успеха проекта. Только путем вовлечения персонала в процесс непрерывного шлифования своих навыков и приобретения опыта на основе интеллектуального и творческого потенциала может быть достигнуто полное исключение потерь и постоянное совершенствование процессов организации работы. Каждый медработник должен хотеть сделать поликлинику лучше.

Капитонова, Е. Главные изменения в диспансеризации – 2018 // Заместитель главного врача. – 2018. – № 3. – С. 26-31.

С 2018 года диспансеризация взрослого населения проходит по новому порядку (приказ Минздрава от 26.10.2017 № 869н).

Лицензия медорганизации.

Было. Диспансеризацию могли проводить медорганизации любой организационно-правовой формы с лицензией на медицинские профилактические осмотры, терапию, акушерство и гинекологию или акушерство и гинекологию, за исключением вспомогательных репродуктивных технологий, акушерское дело или лечебное дело, офтальмологию, неврологию, хирургию, рентгенологию, клиническую лабораторную диагностику или лабораторную диагностику, функциональную диагностику, ультразвуковую диагностику, эндоскопию.

Если у медорганизации не было лицензии на отдельные виды услуг, она могла заключить договор с другой клиникой.

Стало. В обязательный перечень добавили оториноларингологию за исключением кохlearной имплантации. Два вида лицензируемой меддеятельности предусмотрены альтернативно: терапия или общая врачебная практика (семейная медицина) и хирургия или колопроктология.

Медучреждение должно иметь лицензию на «медицинские осмотры профилактические», «терапию» или «общую врачебную практику (семейную медицину)». Только в этом случае можно привлечь к проведению диспансеризации другие организации по договору (п. 6 приказа Минздрава от 26.10.2017 № 869н, далее – Приказ № 869н).

Взаимодействие со страховыми компаниями.

Было. В прежнем Порядке не было требований по взаимодействию медорганизаций со страховыми компаниями.

Стало. Теперь руководитель клиники должен назначить ответственного для информационного сотрудничества со страховой медорганизацией (абз. 2 п. 9 Приказа № 869н).

Такое взаимодействие необходимо, чтобы сообщать гражданам о возможности диспансеризации в текущем году. Страховые компании обязаны своевременно предоставлять информацию населению (п. 199 Правил ОМС, утв. приказом Минздравсоцразвития от 28.02.2011 № 158н).

Гиперхолестеринемия в факторах риска.

Было. Понятие «гиперхолестеринемия», повышенный холестерин, в Порядке проведения диспансеризации ранее не использовали. Фактором риска, который повышает вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний, считали только дислипидемию, отклонение от нормы одного или более показателей липидного обмена. Определение уровня общего холестерина в крови проводили на первом этапе диспансеризации. Можно было использовать экспресс-метод. При повышенном уровне общего холестерина в крови на втором этапе диспансеризации определяли спектр крови. По результатам проводили углубленное профилактическое консультирование.

Стало. В Порядок ввели понятие «гиперхолестеринемия» – уровень общего холестерина 5 ммоль/л и более. Это фактор риска развития хронических неинфекционных заболеваний (подп. 1 п. 3 Приказа № 869н). Граждан с гиперхолестеринемией направляют на углубленное профилактическое консультирование, индивидуальное или групповое, вне рамок испансеризации.

Уровень общего холестерина в крови определяют на первом этапе диспансеризации. Применение экспресс-метода ограничили. Допустимо использовать сертифицированный экспресс-анализатор, который прошел метрологическую поверку. Также нужно ежедневно определять погрешность прибора по сравнению с лабораторным методом измерения общего холестерина и глюкозы крови (подп. 4 п. 13 Приказа № 869н).

Список исследований при ежегодной диспансеризации.

Было. Категориям граждан, которые проходили диспансеризацию ежегодно, ее проводили в полном объеме. Исключение – исследования, по которым есть медицинские противопоказания для ежегодного проведения. Это флюорография легких, маммография – 1 раз в 2 года, мазок (соскоб) с поверхности шейки матки и цервикального канала на цитологическое исследование – 1 раз в 3 года.

Стало. Исследования, по которым есть противопоказания к ежегодному проведению, не выполняют при ежегодной испансеризации, только если нет симптомов заболевания. К списку добавили определение простат-специфического антигена – 1 раз в 3 года (абз. 2 п. 5 Приказа № 869н).

Частота обследований.

Было. Маммографию для женщин 39-75 лет делали 1 раз в 2 года. Исследование кала на скрытую кровь проводили гражданам 48-75 лет на каждой диспансеризации, то есть 1 раз в 3 года.

Стало. Маммографию для женщин 51–69 лет назначают 1 раз в 2 года, 39-48 лет – 1 раз в 3 года. Исследование кала на скрытую кровь для граждан 49-73 лет – 1 раз в 2 года (подп. 1 п. 4 и подп. 12 п. 13 Приказа № 869н).

Полномочия фельдшеров.

Было. Фельдшер фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта отвечал за диспансеризацию населения. Если было необходимое оборудование, он выполнял доврачебные медисследования первого этапа.

Фельдшер в удаленной или труднодоступной местности определял факторы риска хронических неинфекционных заболеваний по диагностическим критериям и проводил углубленное профилактическое консультирование по направлению врача-терапевта для граждан II и III групп состояния здоровья в рамках второго этапа диспансеризации.

Стало. Перечень доврачебных медисследований первого этапа диспансеризации не изменили. Дополнили список рисков, которые может определить фельдшер. Добавили сердечно-сосудистые:

- относительный риск – у граждан 21-39 лет;
- абсолютный – у граждан 42–63 лет, если они не имеют заболеваний, которые связаны с атеросклерозом, сахарного диабета второго типа и хронических болезней почек (подп. 6 п. 10 Приказа № 869н).

Фельдшер, который работает в труднодоступной местности, теперь проводит на первом этапе диспансеризации индивидуальное профилактическое консультирование для граждан до 72 лет с высоким относительным и абсолютным сердечно-сосудистым риском, ожирением, гиперхолестеринемией 8 ммоль/л и более или курящих более 20 сигарет в день (подп. 7 п. 10 Приказа № 869н).

Фельдшер участвует во втором этапе диспансеризации (подп. 8 п. 10 Приказа № 869н). Проводит углубленное, индивидуальное или групповое, профилактическое консультирование для граждан:

- в возрасте до 72 лет с ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями с повышенным кровяным давлением;

- с выявленным по результатам опроса риском пагубного потребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- для всех граждан старше 75 лет в целях коррекции факторов риска и профилактики старческой астении.

При проведении диспансеризации в 2018 году медорганизации следует обратить особое внимание на объем и частоту исследований, перечень видов разрешенной деятельности в своей лицензии.

Не забудьте назначить ответственного за взаимодействие со страховыми компаниями.

Тенденции развития здравоохранения: управление доступом, стоимостью и устойчивостью // Наука за рубежом : применение новых технологий в здравоохранении. – 2018. – № 68. – С. 4-10.

Технологии стали основной движущей силой в сфере здравоохранения и медицины. Научно-технический прогресс идет рука об руку с медициной. Только внедрение асептических средств в XIX в. способствовало кардинальному снижению смертности в тех случаях, когда гибель пациента ранее считалась неизбежной. При всей противоречивости мнений относительно применения антибиотиков и вакцин они до настоящего времени остаются в числе наиболее успешных технологий в медицине.

В системе здравоохранения новые технологии распространяются повсеместно: использование дистанционных датчиков, робототехники, геномики, стволовых клеток, а также искусственного интеллекта становится обычным компонентом медицинского обслуживания. Предоставляя широкие возможности, эти новинки одновременно создают определенные сложности для политиков, регулирующих органов, медиков и пациентов. Внедрение новых технологий в медицине стало основной причиной роста расходов в данной области. При этом важным вопросом остается соблюдение баланса использования инновационных способов лечения и их доступности для населения.

В докладе Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) «Новые технологии в сфере здравоохранения: управление доступом, стоимостью и устойчивостью» эксперты сосредоточили свое внимание на проблеме адаптации сферы здравоохранения к стремительно внедряемым новым технологиям. В этом исследовании также дается оценка мер, воздействующих на фармацевтический сектор, использование медицинского оборудования, методов персонализированной медицины, цифровых технологий, особенно сбор и анализ медицинских данных.

Благодаря широкому внедрению новых технологий в медицине эта сфера человеческой деятельности и знаний существенно эволюционировала за последние несколько десятков лет, что безусловно положительным образом отразилось на системе здравоохранения. Вместе с тем возник вопрос стоимости инновационной медицины и ее доступности для населения. На первый план вышли вопросы применения комплексного подхода для оценки возможных рисков и финансовой целесообразности, связанных с практическим использованием таких технологий.

Основные задачи национальной системы здравоохранения и государственной политики эксперты ОЭСР видят в следующем:

- поощрять развитие и использование технологий, которые способствуют укреплению здоровья населения;
- обеспечивать доступность таких технологий;
- гарантировать устойчивое развитие системы здравоохранения.

При этом подразумевается, что у таких технологий будет доступная для населения цена.

Распространение передовых технологий стало одним из ключевых факторов, оказывающих влияние на развитие здравоохранения в странах ОЭСР с середины XX в. По статистическим оценкам, связанные с этим расходы за указанный период возросли на 20-70%. Если рассматривать данные по заболеваниям с высокой вероятностью летального исхода, например сердечнососудистым, инфекционным и онкологическим, то можно сделать вывод, что средства, вложенные во внедрение новых технологий для борьбы с такими болезнями, в целом

себя оправдали. Кроме того, эффективность соответствующих инвестиций выражается в таких показателях, как продолжительность жизни, уровень смертности и коэффициент выздоровевших.

Вместе с тем важно учитывать, какая конкретно технология рассматривается и в каких случаях она используется. Необходимо принимать во внимание такие факторы, как способ и метод применения, заболевание, состав группы пациентов и т. д. В этой связи медицинские технологии целесообразно рассматривать по следующим категориям:

- недорогие технологии широкого применения, в основном для терапевтической цели. Среди них антисептические средства, вакцины, бета-блокаторы, антиретровирусные препараты для лечения ВИЧ;

- технологии, эффективные в конкретных случаях и имеющие тенденцию к более широкому распространению, если медицинское применение ограничено. Это многие диагностические технологии (рентгенологические исследования, эндоскопия), а также кардиологическая катетеризация, пластика сосудов и т. п.;

- технологии с недостаточно существенными терапевтическими качествами, либо не имеющие их вовсе, которые являются эквивалентом «наблюдения перед началом лечения» или менее сложного консервативного вмешательства. Это операции на позвоночнике, некоторые виды диагностики, например тестирование функционирования печени, измерение давления в легочной артерии.

Как показывает практика, ценность той или иной технологии подчас нивелируется ее неправильным или неоптимальным применением. Зачастую схожие результаты могут быть достигнуты посредством традиционных и недорогих терапевтических методов. Отсюда следует, что при использовании передовых технологий важно понять, как они могут принести наибольшую пользу. Для этого в интересах оптимального развития системы здравоохранения целесообразно сформировать продуманную политику, основанную на оценках имеющегося опыта и анализе перспектив применения новых технологий в медицине.

Таким образом, новые технологии в медицине, как, впрочем, и в любой другой сфере деятельности человека, дают дополнительные возможности, но одновременно несут определенные вызовы. Отсюда возникает необходимость обеспечения контроля их внедрения и использования.

Среди основных тенденций в медицине, которые могут оказать наибольшее влияние на ее облик в будущем, выделяются следующие: персонифицированная медицина, т. е. «заточенная» под конкретного пациента; развитие специализированных мобильных приложений, число которых ежегодно растет в геометрической прогрессии; размывание различия между понятиями «препарат» и «оборудование», что обусловлено в том числе развитием нанотехнологий и цифровой медицины; использование носимых устройств и сенсоров, которые могут передавать данные о пациенте в режиме реального времени; технология 3D-печати для создания специальных устройств, что осуществляется уже сейчас, а также для биопечати тканей и органов, что, по всей видимости, станет возможным уже в скором будущем. Все эти перспективные направления заслуживают поддержки и стимулирования. Вместе с тем необходима и регулятивная база для осуществления надзора и контроля со стороны государства.

Наряду с развитием и использованием на практике новых технологий и разработок встает вопрос о возможности их широкого применения и доступности для населения. Так, из-за чрезмерно высокой стоимости инновационные медицинские препараты и услуги будут проигрывать конкуренцию на рынке их более дешевым традиционным аналогам. К примеру, один сеанс геномной терапии стоит порядка 1 млн долл., что делает этот способ лечения по сути недоступным даже для весьма состоятельных людей.

Наиболее тревожная ситуация здесь складывается в сфере борьбы с онкологическими заболеваниями: число людей с этим диагнозом ежегодно увеличивается, появляются новые препараты, при этом стоимость лечения постоянно и существенно растет. Например, в Австралии стоимость курса противораковой терапии с 1999 по 2012 г. поднялась на 133%, тогда как используемые для этого лекарства подорожали всего на 37%. Аналогичная ситуация наблюдается и в других странах ОЭСР.

Подобная тенденция отмечается и на рынке лекарств для борьбы с редкими заболеваниями. Так, в США их стоимость нередко превышает 100 тыс. долл. И это несмотря на

существование в развитых странах соответствующих государственных программ стимулирования и поддержки.

Характерно, что при высокой стоимости такие препараты далеко не всегда являются эффективными и оправдывают себя. Согласно исследованиям, в период 1995-2013 гг. применяемые в США противораковые средства позволили продлить жизнь пациента в среднем менее чем на шесть месяцев, тогда как их цена ежегодно росла на 10% (т. е. около 8500 долл. в год), составив в 2013 г. порядка 207 тыс. долл., и это без учета стоимости сопутствующих процедур и услуг.

По мнению экспертов, общая ситуация на рынке лекарств в странах ОЭСР согласно критерию «стоимость – эффективность» обескураживает, из чего следует необходимость пересмотра механизма ценообразования на медицинские препараты, а также более внимательного контроля деятельности основных игроков фармацевтической индустрии.

В свете сказанного выше, ответственные за национальную систему здравоохранения организации должны обеспечить ее функционирование таким образом, чтобы новые технологии работали эффективно во благо населения.

В интересах более активного распространения технологий, делающих систему здравоохранения эффективней, странам ОЭСР рекомендуется: создать необходимую законодательную и финансовую базу для их внедрения; предоставить быстрый доступ к востребованным новым технологиям; укрепить систему регулирования в данной области; использовать информационные и телекоммуникационные технологии для повышения безопасности и эффективности таких технологий.

Важно также уделять внимание изучению перспективных медицинских технологий, которые в данный момент отсутствуют на рынке. Необходим анализ их востребованности и возможности практического использования как минимум на двух-трехлетнюю перспективу. Такое прогнозирование является довольно сложной задачей, поэтому целесообразно проводить его в международной кооперации. Частью этой работы является выделение тех сфер в медицине, где подобные прорывные технологии необходимы. Такими направлениями могут быть, например, болезнь Альцгеймера или устойчивость к противомикробным препаратам.

Не менее важна выработка таких регулирующих механизмов, которые обеспечивали бы возможность быстрого поступления новых востребованных препаратов, разработок и специальных устройств на широкий рынок. В первую очередь это касается заболеваний, для лечения которых пока нет адекватных средств. При этом, безусловно, должен быть предусмотрен надлежащий контроль качества медикаментов и новых технологий, включая мониторинг их эффективности и безопасности после поступления в продажу. В целом правительства стран ОЭСР понимают важность этих задач и с разной степенью успеха занимаются их решением на государственном уровне.

Современное развитие здравоохранения характеризуется смещением приоритетов от экономии расходов на оказание медицинской помощи к разработке и внедрению наиболее эффективных способов распределения ресурсов. Одним из подходов к решению этой задачи в странах ОЭСР является создание ограничительных списков медицинских услуг, лекарственных препаратов и медицинских изделий, стоимость которых возмещается из бюджетов системы здравоохранения разных уровней. Включение или исключение из таких списков осуществляется на основе оценки медицинских технологий (ОМТ) – Health Technology Assessment; НТА. Центральным элементом ОМТ является клинико-экономический анализ. Он включает в себя проведение сравнения клинической эффективности и безопасности новых лекарств или медицинских изделий и уже включенных в списки аналогов, а также оценку возможности использования новой технологии в условиях реальной практики и существующего финансирования. Иными словами, такая оценка предполагает выбор из имеющихся альтернативных лечебно-диагностических методов оптимальных, обеспечивающих получение максимальной выгоды для здоровья населения при заданном уровне затрат. Таким образом, ОМТ призвана способствовать рациональному принятию решений о видах услуг, которые система здравоохранения должна оказывать населению, и о способах их оказания.

Страны ОЭСР применяют различные методы ОМТ. Исследования показали, что использование результатов оценки в разных государствах существенно отличается и имеет

разную степень воздействия на принятие решений. В целом роль и сила влияния ОМТ во многом зависят от того, насколько регламентирован в стране процесс принятия решений о внедрении новых технологий и как в него вписываются результаты данной оценки. Чем более он регламентирован, тем сильнее роль ОМТ, причем независимо от того, на каком уровне принимаются решения.

Результаты исследований показывают, что далеко не все выводы и рекомендации, полученные в ходе ОМТ, применяются на практике. Все зависит от качества исследований, их своевременности, процесса принятия решений и роли ОМТ в нем. Также важны постоянный мониторинг и оценка работы внедренных технологий, для того чтобы своевременно совершенствовать их и устранять имеющиеся недочеты.

Экспертами также рассмотрен вопрос доступности дорогих лекарственных средств. В этой связи предлагается принять меры по усилению позиции покупателей (потребителей и поставщиков) в переговорах с фармацевтическими компаниями - производителями, например посредством совместных закупок, создания конкуренции и принудительного лицензирования. Также целесообразно проводить оценку релевантности существующей системы поощрения и льгот в отношении производителей лекарств для борьбы с редкими заболеваниями, которые, как правило, имеют очень высокую цену.

Современные технологии позволяют формировать и накапливать огромный объем медицинских данных, создаваемых как системой здравоохранения, так и самими пациентами. Однако существует проблема систематизации этого массива и выделения из него важной и действительно полезной информации. Рациональное использование медицинских данных, по мнению экспертов ОЭСР, способствовало бы позитивной динамике по целому ряду направлений. В частности, это могло бы улучшить организацию работы системы здравоохранения, облегчить проведение мониторинга и оценки состояния здоровья населения, повысить уровень оказания медицинских услуг и, наконец, обеспечить дополнительные условия для медицинских исследований. В перспективе на этой базе можно было бы создать своего рода «обучаемую систему здравоохранения» (learning health care system), ориентированную на отбор лучших практик и наиболее эффективное использование имеющихся ресурсов. Между тем для создания такой информационной инфраструктуры в XXI в. необходима соответствующая государственная политика и институциональные механизмы.

Определенные шаги на этом направлении уже предпринимаются. Так, согласно исследованию, большинство стран ОЭСР активно внедряет электронные медицинские карты, которые являются информационным ресурсом, позволяющим оперировать личными данными пациентов, а также обмениваться данными с другими медицинскими учреждениями для составления, учета и хранения медицинской информации. Однако говорить о действительно системном подходе к использованию такой информации пока рано. И дело здесь не только в технической стороне вопроса, но и в отсутствии достаточного количества квалифицированных специалистов в данной области (по обработке и анализу данных, информационной безопасности, биостатистике и т. д.), а также нехватке соответствующих навыков у медперсонала. Кроме того, существует ряд проблем законодательного характера, а также вопрос, связанный с защитой личных данных.

Таким образом, устойчивость системы здравоохранения, считают эксперты, зависит от ее способности рационально осваивать новые технологии, которые результативно используются для профилактики заболеваний и лечения населения. Если эффективность технологии подтверждается, ее необходимо как можно скорее интегрировать в общую медицинскую схему. Государство, в свою очередь, должно этому способствовать, создавая надлежащие институты, механизмы и нормативно-правовую базу.

Особенности применения цифровых технологий в здравоохранении // Наука за рубежом : применение новых технологий в здравоохранении. – 2018. – № 68. – С. 32-38.

Понятие «цифровая медицина» связано с формированием, хранением и обработкой больших массивов данных в сфере здравоохранения. За последние 20 лет произошел взрывной

скачок в использовании цифровых технологий и накопления данных. Однако, по мнению исследователей, система здравоохранения пока недостаточно эффективно пользуется плодами цифровой революции и имеющимися массивами медицинских данных.

Действительно, государственная и частная медицина ежегодно генерирует большие массивы электронных данных о пациентах – клинические, диагностические, административные, финансовые, генетические и др. Кроме того, с внедрением электронных приложений и гаджетов люди сами формируют такие медицинские данные. Таким образом, возникший 10 лет назад феномен больших данных (Big Data), означающий хранение и обработка огромных объемов структурированных и неструктурированных данных, имеет самое непосредственное отношение к медицине. Вместе с тем остро стоит проблема вычленения из этого гигантского «клубка» нужной и важной информации, а также ее синтеза, анализа и систематизации.

Совершенствование работы с базами данных позволило бы добиться улучшения результатов на следующих четырех направлениях: медобслуживание пациента; организация деятельности системы здравоохранения; мониторинг состояния здоровья населения; развитие исследований. Достижение этих целей в совокупности с исключением возможных рисков и вызовов в перспективе позволило бы приблизиться к формированию так называемой обучающейся системы здравоохранения (Learning health system).

В целом высококачественная система здравоохранения подразумевает, что она безопасна, эффективна и пациентоцентрична. Многие сбои возникают из-за того, что нужная информация не предоставляется в нужное время тому, кому она необходима (пациенту, врачу, администратору, поставщику и т. д.). Именно организация такой надежной цепочки получения востребованной информации и ее своевременной доставки нужному адресату называется первостепенным использованием медицинских данных (primary use of health data). Все остальные виды и формы использования таких данных, по сути, имеют второстепенное значение, так как прямо не относятся к жизни и здоровью пациента.

Еще одним перспективным элементом является интеграция индивидуальных данных, получаемых с мобильных устройств, с большими данными, в том числе их обработка в режиме реального времени.

Совокупность медицинских данных может также использоваться для оптимизации работы системы здравоохранения в целом, мониторинга, оценки и планирования ее деятельности. Создание интегрированных баз данных, где накапливается и анализируется информация, получаемая из различных источников, многократно ускоряет и упрощает получение необходимой медицинской информации по каждому пациенту из любой точки страны и даже мира.

Сбор и анализ медицинских данных позволяет государству осуществлять мониторинг за общим состоянием здоровья населения страны и проводить мероприятия по предотвращению и профилактике различных заболеваний, а также реализовывать целевые программы в отдельных сферах здравоохранения.

Накопленная и систематизированная информация, используемая исследователями, дает возможность ускорить процесс научных изысканий, основанных на предыдущем опыте. Кроме того, налаживание международного обмена данными выводит такую работу на качественно новый, глобальный уровень. Например, это относится к биобанкам – специализированным криохранилищам биологических материалов, – а также клинической, лабораторной и персональной информации для реализации научных и медицинских целей. То же самое можно сказать об исследованиях в сфере генетики.

В целом же работа по сбору и анализу медицинских данных открывает новые возможности в понимании заболеваний, путей их лечения и того, как подобрать индивидуальную терапию пациенту.

Однако такие инновационные перспективы связаны с целым комплексом проблем. Ведь по мере того как больницы и лаборатории автоматизируют процесс ведения истории болезни и клинические исследования, обеспечение их информационной безопасности усложняется. Медицинские учреждения все чаще сталкиваются с киберугрозами, из-за которых данные пациентов могут попасть не в те руки. В 2015 г. только в США оказались под угрозой 112 млн записей медицинских данных. Также серьезной проблемой для отрасли стали атаки программ-вымогателей.

Поэтому для предупреждения таких рисков столь важно укрепление потенциала технической и IT безопасности, нивелирование человеческого фактора в утечках информации, а также формирование соответствующей нормативно-правовой базы. Таким образом, возникает двойная задача: с одной стороны, нужно упрощать и делать более прозрачным обмен медицинскими данными ради соответствия требованиям времени, с другой – внедрять средства защиты данных, устройств и сетей от утечек и хакерских атак.

Другая проблема – корреляция медицинских данных, располагающихся в разных «ячейках» и относящихся к клинической, терапевтической, административной, демографической, финансовой или другим сферам. Для полноценного функционирования информационной системы в здравоохранении следует создать механизм, который бы «связал» друг с другом сведения из различных баз данных, в том числе на межгосударственном уровне. Пока же, как показало исследование, проведенное в 2013-2014 гг. в 22 странах – членах ОЭСР, такой полноценной взаимосвязи между секторами информации не существует.

Чтобы добиться успеха в исправлении такой ситуации, следует синхронизировать не только процесс обмена данными, но и унифицировать инструменты, при помощи которых он осуществляется, включая программное обеспечение, электронные платформы, метод обработки информации, медицинскую терминологию и т. д. Кроме того, признано полезным присвоить каждому пациенту уникальный персональный ID.

Медицинские данные на любом уровне представляют собой ценный стратегический ресурс, доступ к которому необходимо строго контролировать, регламентировать, обеспечивая безопасное хранение данных. Широкое использование информации в системе здравоохранения ставит перед ней новую проблему – обеспечение информационной защиты используемых персонализированных данных, касающихся здоровья или относящихся к разряду конфиденциальных.

Применение в медицине компьютеров, информационных технологий позволило, с одной стороны, решить задачу автоматизации обработки постоянно нарастающих объемов медицинской информации, с другой – сделало эти процессы уязвимыми по отношению к «недружественным воздействиям», поставив с особой остротой проблему информационной защиты. Возникающие при этом опасности можно подразделить на две категории: субъективные факторы (люди и процедуры) и объективные факторы (аппаратура и программное обеспечение).

Существуют различные способы противодействия этим вызовам, такие как деидентификация (исключение из баз персональных сведений о пациенте) и псевдонимизация (замена личных данных на код). В таких странах, как Бельгия, Финляндия и Великобритания, существует государственный механизм по защите медицинских данных. Многие страны ОЭСР обеспечивают защиту такой информации на законодательном уровне.

Одним из необходимых условий продвижения цифровых технологий в медицине является наличие соответствующей технической базы и квалифицированного персонала. Сфера здравоохранения является во многом консервативной областью, работники которой не всегда готовы оперировать новыми информационными возможностями. Поэтому необходимо наладить систему тренинга и подготовки специалистов в области обработки и систематизации медицинских данных.

Рекомендации ОЭСР в сфере управления медицинскими данными содержат ряд положений, которые затрагивают способы сокращения рисков, связанных с информационной безопасностью в здравоохранении, и достижения максимально полезной отдачи от использования данных.

Информационная система в здравоохранении должна способствовать оптимизации использования медицинских данных для клинических целей, мониторинга и исследовательских задач. В равной степени необходимо обеспечить конфиденциальность этих данных и доступ пациентов к медобслуживанию.

Использование медицинских данных должно осуществляться в соответствии с законодательством, которое обеспечивает их защиту.

В обществе должен сложиться транспарентный диалоговый механизм, определяющий порядок предоставления и использования медицинской информации.

Необходимо создать четкий алгоритм сертификации/аккредитации процесса использования данных для исследований и статистики.

Нужно предусмотреть независимый орган, который бы оценивал преимущества, недостатки и риски, связанные с медицинской информационной системой.

Следует использовать метод деидентификации в качестве средства информационной защиты.

Кроме того, целесообразно использовать метод псевдонимизации в качестве средства информационной защиты.

Важно также налаживать международное взаимодействие для обмена опытом и наилучшими практиками в области защиты информации.

В области развития цифровых технологий в медицине особую значимость имеет совершенствование системы электронных медицинских записей/карт. Она дает возможность формировать комплексную картину здоровья пациента, основываясь на истории его заболеваний и общей клинической тенденции.

Многие страны внедряют программу электронных медкарт, однако лишь некоторые при этом предусматривают возможность использования такой системы в целях обработки накапливаемой в ней информации для исследовательских, статистических и других «вторичных» целей. По оценкам ОЭСР, странами (среди 30 стран, по которым проводилось исследование) с наибольшим потенциалом с точки зрения технической, профессиональной и управленческой базы в плане оперирования медицинской информацией и ее использования для исследований являются: Канада, Дания, Финляндия, Новая Зеландия, Сингапур, Швеция, Великобритания и США. Вместе с тем только пять стран наладили у себя обмен информацией на межрегиональном и межинституциональном уровнях (Австрия, Канада, Испания, Швеция и Швейцария). При этом возникает вопрос о том, какую информацию, хранящуюся в электронных записях, можно использовать в научных и статистических целях, а также каким образом и в каком объеме. Каждое государство ОЭСР определяет такие параметры в соответствии с собственным законодательством.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

В МГУ разработали и испытали новый эффективный антибиотик // Инновации в медицинской науке и практике. – 2017. – Т. 5, № 3. – С. 183.

В Научно-исследовательском институте физико-химической биологии имени А. Белозерского при Московском государственном университете создали и испытали новейший эффективный антибиотик широкого спектра действия, сообщает издание *Scientific Reports*. Работы велись при содействии Российского научного фонда в рамках проекта «Ноев ковчег». Речь идет о созданном в лаборатории вуза антиоксиданте SkQ1, который, как выяснили ученые, имеет мощное антибактериальное действие.

Антиоксидант SkQ1 представляет собой митохондриально направленное синтетическое соединение, состоящее из связанных углеродной атомной цепочкой иона Скулачёва (SkQ+) и антиоксиданта пластохинона (Q), и имеющее положительный заряд. Проникнув внутрь митохондрии, соединение воздействует на ядовитые активные формы кислорода, обезвреживая их. Ученые уже обнародовали ряд исследований об омолаживающем воздействии SkQ1, которое приостанавливает старение лабораторных грызунов, улучшает борьбу с аутоиммунным артритом, заметно ускоряет процесс заживления диабетических ран и так далее.

Один из первых разработчиков перспективной темы, кандидат биологических наук, старший научный сотрудник НИИ физико-химической биологии МГУ Павел Назаров рассказал, что в ходе изучения воздействия антиоксиданта SkQ1 на бактериальные клетки выяснилось, что данное вещество имеет мощные антибактериальные свойства. При этом, отметил ученый, в

случае использования SkQ1 «мишенью» становится мембрана бактерий – воздействуя на нее, антиоксидант снижает разность потенциалов.

Так, в ходе опытов обнаружилась сильная антибактериальная активность антиоксиданта SkQ1 к ряду грамположительных бактерий *Bacillus subtilis*, *Mycobacterium sp.* и *Staphylococcus aureus*, и грамотрицательных бактерий *Photobacterium phosphoreum* и *Rhodobacter sphaeroides*. Бактерии кишечной палочки *Escherichia coli*, обладающие более высокой устойчивостью, тоже в отдельных случаях стали «жертвами» активного воздействия нового антибиотика, исключение составили только те случаи, когда бактерии кишечной палочки обладали множественной лекарственной резистентностью.

Исследователь напомнил, что именно высокая резистентность бактерий к антибиотикам, то есть устойчивость, является серьезной и глобальной проблемой в современном здравоохранении. В связи с этим работа российских ученых приобретает особую важность – ведь новый антибиотик SkQ1 активно воздействует одновременно на две группы бактерий, грамположительные и грамотрицательные, быстро уничтожая их. В связи с этим исследователи полагают, что новое вещество SkQ1 в перспективе может оказаться весьма эффективным и действенным средством для защиты и излечения зараженных млекопитающих, поскольку уникальный антиоксидант уничтожает даже те бактерии, которые обладают высокой устойчивостью к антибиотикам.

Разработана новая технология изготовления костных имплантатов // Агентство инноваций и развития экономических и социальных проектов. – 2018. – 13 мая. – Режим доступа : [www.URL: https://www.innoros.ru/news/18/05/razrabotana-novaya-tekhnologiya-izgotovleniya-kostnykh-implantatov](https://www.innoros.ru/news/18/05/razrabotana-novaya-tekhnologiya-izgotovleniya-kostnykh-implantatov)

В Томском государственном университете сотрудники лаборатории медицинских материалов разработали инновационную методику изготовления хирургических имплантатов, предполагающую быструю и эффективную замену утраченных и поврежденных костных фрагментов.

О результатах масштабного научного проекта рассказали представители ТГУ. Новая технология исключает стадию создания прототипа – имплантат печатается способом прямой печати, что существенно ускоряет процесс производства и дальнейшей трансплантации и делает операции подобного рода более доступными для широкого круга пациентов.

Сейчас исправление повреждений костей и замена отдельных фрагментов – весьма длительный процесс, поскольку много времени уходит на изготовление сначала прототипа, а затем и самой конструкции. В связи с этим специалисты задумались о создании прямой технологии печати имплантатов, подразумевающей изготовление конструкции за один этап, без стадии прототипирования. И благодаря усилиям томских ученых, эта задумка в скором времени станет реальной методикой, широко используемой в медицине.

В научном проекте также участвуют специалисты Томского научно-исследовательского института онкологии и Института физики и материаловедения Сибирского подразделения РАН, работающие над созданием новых искусственных материалов, максимально сходных по своим свойствам с природными костями, и обладающих более высокой приживаемостью по сравнению с нынешними нанокерамическими конструкциями. Так, сейчас искусственные конструкции, заменяющие фрагменты костей, делаются из материалов с размерами пор от 20 до 30 микрон. Однако в лаборатории планируют создать нанокерамику с бимодальной структурой, в которой поры будут иметь разные размеры – 30 и 300 микрон. Новый материал по своим свойствам и структуре будет максимально близок к природным костям, а стало быть, лучше приживаться в человеческом организме.

В России идет разработка вакцины против раковых заболеваний // Инновации в медицинской науке и практике . – 2017. – Т. 5, № 3. – С. 184.

Сотрудники новосибирского Института химической биологии и фундаментальной медицины (ИХБФМ) ведут работу по созданию вакцины против раковых заболеваний, сообщило на днях издание Сибирского отделения РАН «Наука в Сибири». Инновационная разработка, основанная на активизации иммунной системы через дендритные клетки, демонстрирует принципиально новый подход к лечению онкологических заболеваний. Эксперты отмечают, что российским ученым уже удалось добиться первых успехов в создании нового лекарственного препарата. Сообщается, что в настоящее время уже идут клинические испытания уникального противоракового лекарства. Особенность страшного заболевания состоит в том, что раковые клетки как бы «мимикрируют» под здоровые клетки, в результате чего в организме фактически запускается процесс самоликвидации, когда здоровые клетки уничтожаются под видом больных. Новая российская методика основана на имплантации в опухоль дендритных клеток, способных распознавать раковые клетки и посылать «сигнал тревоги» Т-лимфоцитам, которые активизируют иммунный ответ организма, в результате которого больные клетки уничтожаются. Дендритные костномозговые клетки обладают антигенпрезентирующими способностями – они «поглощают» раковые антигены, «перерабатывают» и усиливают иммунный ответ через клетки иммунной системы (Т-лимфоциты). Издание рассказало об уникальной методике получения вакцины, получаемой из периферической крови больного человека – именно эта кровь служит для получения незрелых дендритных клеток, которые «насыщают» разными раковыми антигенами, доводят до зрелого состояния и вновь вводят в организм пациента. Ученые отмечают, что до сих пор исследователям не удалось решить проблему надежного и действенного «насыщения» дендритных клеток антигенами, однако российские разработчики предложили собственную методику. Так, ученые синтезировали специальные липосомы (клеточные компоненты) для доставки в дендритные клетки нуклеиновых кислот, способные кодировать раковые антигены. Специалисты провели ряд экспериментов на лабораторных грызунах, вводя им новую вакцину. Опыты показали, что использование этого препарата позволяет снизить число метастаз у грызунов примерно в 5–6 раз в сравнении с контрольной группой подопытных животных. Издание напоминает, что используемые сейчас для лечения рака методики химио- или лучевой терапии имеют огромное количество негативных последствий – они действуют не направленно, что в итоге приводит к отмиранию здоровых клеток и тканей пациента. Однако предлагаемая иммунная методика не наносит столь существенного вреда организму, однако позволяет организму активизировать собственные ресурсы и возможности, и самостоятельно победить раковые клетки.

В России разработан уникальный препарат для остановки кровотечений // Инновации в медицинской науке и практике . – 2017. – Т. 5, № 3. – С. 185.

Сотрудники Нижегородского государственного университета (ННГУ) имени Лобачевского разработали и выпустили пробную партию уникального препарата для остановки кровотечений и ускорения свертываемости крови. По словам создателей, к препарату уже проявили интерес представители МЧС и министерства обороны. Использование нового чудо-вещества позволяет останавливать кровотечения буквально за несколько секунд. Разработчики сообщают, что препарат был создан практически случайно, в ходе тестирования других веществ, именно новых полимеров. Это произошло почти четыре года назад. Дальнейшую работу велась совместно медиками и химиками, в ходе которой химическая формула препарата была существенно модифицирована. По информации пресс-службы ННГУ, в итоге ученым удалось создать медицинский препарат, который имеет весомые преимущества перед аналогами-конкурентами: новое вещество не «затыкает» рану за счет набухания, а воздействует на сам процесс свертывания крови, ускоряя его. За счет этого остановка кровотечения происходит максимально быстро, что особенно важно в экстренных и полевых условиях. Как считает один из участников разработки Михаил Горшенин, новое вещество будет весьма востребовано у спасателей, хирургов, бригад скорой медицинской помощи, работающих в экстренных

ситуациях. Также новинкой заинтересовались представители министерства обороны – сообщается, что препарат успешно прошел тестирование в Государственном научно-исследовательском испытательном институте военной медицины. В настоящее время идет организация производства препарата на постоянной основе, после получения разрешений от Росздравнадзора и Роспотребнадзора уникальная новинка выйдет на отечественный фармацевтический рынок. Ожидается, что препарат будет свободно реализовываться через аптеки, о примерной стоимости чудо-вещества пока не сообщается.

В США медики создали микрочип для вживления в мозг и восстановления слуха и зрения // Инновации в медицинской науке и практике . – 2017. – Т. 5, № 3. – С. 185-186.

Американские научные СМИ сообщили об инновационной разработке – специальном микрочипе для восстановления слуха и зрения, который вживляется в мозг. Как информирует научно-технологический портал Engadget, новинка носит название FlatScore и представляет собой микроскопический прибор, а точнее плоский микроскоп, который имплантируется непосредственно в головной мозг. Разработкой уникального устройства занимались ученые из Университета Райса в штате Техас. 186 "Innovative technologies in medicine", 2017, volume 5, № 3 Микрочип позволит людям, страдающим слепотой, вернуть зрение, а также поможет пациентам с глухотой восстановить слух. Уникальная инновационная новинка появилась в результате многолетней научной работы и исследования нейронных интерфейсов, регистрирующих визуальные данные и аудиоинформацию. Прибор FlatScore регистрирует эти данные вместо слуховых и зрительных органов, после чего производит перекодировку в формат, который затем воспринимается и интерпретируется человеческим мозгом. По словам разработчиков и мнению экспертов, уникальная разработка должна стать настоящей революцией в медицине – микрочип даст возможность навсегда решить проблемы реабилитации пациентов, страдающих глухотой и слепотой. Пока устройство тестируется в экспериментальном порядке, однако, по словам ученых, недалеко то время, когда его широкое использование станет реальностью. Отмечается, что уникальная новинка может иметь не только сугубо медицинское применение – так, FlatScore можно использовать в самом широком спектре и разнообразных вариантах – от развлекательного до военного.

Медики предложили новую методику быстрого эффективного лечения экссудативного отита // Инновации в медицинской науке и практике . – 2017. – Т. 5, № 3. – С. 186-187.

Группа ученых из Национального университета Сингапура разработала новую технологию и аппаратуру для быстрого и эффективного лечения экссудативного отита – серьезного ЛОР-заболевания, сопровождающегося множеством тяжелых осложнений. Экссудативный (или средний) отит – воспалительный процесс в среднем ухе. Заболевание сопровождается воспалительными выделениями, которые быстро заполняют полость среднего уха, поэтому лечение отита нужно начинать как можно скорее, не запуская болезнь, поскольку ее развитие может привести к тяжелым последствиям и серьезным функциональным расстройствам. Среди них – ухудшение и потеря слуха, эрозия кости ушной раковины, развитие инфекционных и воспалительных процессов в мозге, а также появление новообразований. Отит является одной из самых распространенных болезней детского и подросткового возраста – однако в этом случае несвоевременное или позднее лечение может привести к еще более тяжелым последствиям, а именно спровоцировать отставание в умственном и речевом развитии. Чаще всего отит лечат с помощью антибиотиков, однако нередко прибегают к хирургическим вмешательствам – операции, весьма дискомфортной и болезненной для пациента. Методика, предложенная исследователями из Национального университета Сингапура, существенно облегчает проведение операций, делает ее менее дискомфортной, позволяет максимально быстро вылечить недуг и предотвратить рецидивы. Так, ученые сконструировали новый портативный аппарат для проведения операций. Устройство под названием CLiKX похоже на маленький пластиковый

пистолет, но с очень длинной трубкой и специальным наконечником, который безболезненно вставляется в ушную раковину и через который врач быстро удаляет воспалительный экссудат из среднего уха. Операция проводится под местной анестезией и требует всего нескольких минут. Минимизация времени проведения операции в случае ушных заболеваний важно – чем быстрее проводится процедура, тем меньшему давлению и негативному воздействию подвергается барабанная перепонка. Отмечается, что подготовка к операции по методике CLiKX и период восстановления после нее также занимают минимальное время.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

О пропаганде здорового образа жизни и преодолении кризисных явлений в общественном здоровье [Текст] / А. П. Цыбусов [и др.] // Медицинский альманах. – 2018. – № 2. – С. 9-12.

В представленной статье анализируется состояние общественного здоровья. Актуальность формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) для сохранения и улучшения индивидуального и общественного здоровья в современных условиях очевидна. При анализе некоторых элементов пропаганды ЗОЖ выявлены факторы, снижающие эффективность этого метода. Так, использование терминов «спорт», «умеренное потребление алкогольных напитков», «вредные привычки», дискуссии о запрете абортов не могут мотивировать к ЗОЖ. В условиях российской действительности для формирования ЗОЖ использование только пропагандистских методов для улучшения индивидуального и общественного здоровья недостаточно. Очевидна необходимость применения для формирования здоровьесохраняющего поведения россиян экономических и финансовых методов мотивации.

В последнее десятилетие серьезные, многочисленные и продолжающиеся попытки реформировать отечественную систему медицинской помощи привели к пониманию значения образа жизни в сохранении и улучшении общественного здоровья, в особенности демографических ее составляющих.

Стала очевидной необходимость формирования у россиян здорового образа жизни (ЗОЖ). На эту необходимость указывают Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 05.12.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Указ Президента РФ В.В. Путина от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"»), в последней формировании ЗОЖ признается приоритетным проектом, с которым связывается укрепление общественного здоровья.

Вопросам формирования и социологии здорового образа жизни посвящены многочисленные научные и методические материалы.

Как известно, образ жизни – это использование человеком времени и энергии между основными формами социокультурной жизнедеятельности: жизнеобеспечением, социальной коммуникацией, рекреацией, социализацией.

По современным представлениям образ жизни более чем на 50 % определяет состояние индивидуального и общественного здоровья.

ЗОЖ – активная деятельность людей, направленная на сохранение и улучшение здоровья как условие осуществления и развития других сторон и аспектов жизнедеятельности, на преодоление факторов риска возникновения и развития заболеваний, оптимального использования в интересах сохранения и улучшения здоровья социальных, природных условий и факторов образа жизни.

К основным элементам ЗОЖ жизни относятся:

- отказ от приема психоактивных веществ – алкогольных напитков, курения табака, наркотиков;
- достаточная двигательная активность с учетом возрастных и физиологических особенностей;
- сбалансированное рациональное питание;
- оптимальный режим работы и отдыха;
- гармоничные половые отношения;
- взаимодействие с системой медицинской помощи и др.

Даже поверхностный анализ образа жизни россиян позволяет охарактеризовать его как здоровьеразрушающий. К такому заключению приводят данные по объему потребления алкогольных напитков, распространенности курения табака, употребления наркотических средств, о доле россиян с избыточным весом и ожирением, частоте аборт и т. д.

Как следствие, образ жизни россиян в современных условиях обуславливает критический характер состояния общественного здоровья, но реальных механизмов мотивации и понуждения к ЗОЖ в нашей стране пока нет.

Декларируется приобщение россиян к ЗОЖ через пропаганду. Только пропаганда ЗОЖ не может изменить в кратчайший срок состояние общественного здоровья. А переход россиян к ЗОЖ необходимо осуществить именно в кратчайшие сроки, это позволит создать реальные условия по снижению смертности, уровень которой продолжает определять критическое состояние общественного здоровья.

Пропаганда была главным инструментом формирования здорового образа жизни в СССР, однако не привела к желаемым результатам.

О низкой эффективности пропаганды ЗОЖ свидетельствует создавшаяся в РФ ситуация в общественном здоровье. Действительно, сегодня каждому россиянину известно о последствиях курения, потребления алкогольных напитков, низкой двигательной активности, нерационального питания, однако это не приводит к повсеместному ЗОЖ.

Низкая эффективность пропаганды ЗОЖ связана с рядом причин, среди которых использование ряда запутанных деклараций и терминов, которые не позволяют россиянам в полной мере оценить последствия нездорового образа жизни. Вот некоторые из этих деклараций.

Курение табака и употребление алкогольных напитков оказывают негативное действие на функции центральной нервной системы, то есть обладают свойствами психоактивных веществ. В России их не относят к наркотикам, так как они не внесены в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года.

Представление в официальных документах курения табака как вредной привычки и признание необходимости «сокращения потребления» приводят к непониманию негативных последствий этого явления. Для психоактивных веществ очевидно употребление термина «отказ».

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет курение табака и употребление алкогольных напитков как воздействие психоактивных веществ с наркотическим действием, но мы их почему-то называем это вредными привычками. При этом для алкогольных напитков пропагандируется умеренное потребление или ограничение, но не отказ.

Потребление алкогольных напитков в России выше критического уровня, за пределами которого, по заключению ВОЗ, невозможно сохранение нации. При этом пропаганда «умеренного потребления», «правильного употребления алкогольных напитков», «сокращения потребления» фактически является пропагандой самоликвидации. Только полный отказ от приема наркотических средств позволит уйти от гибели нации, что доказывается демографической ситуацией в мусульманских странах и диаспорах, где существует религиозная традиция отказа от приема алкогольных напитков. Как известно, в мусульманских странах смертность значительно ниже, чем в РФ.

У лиц, потребляющих алкогольные напитки, можно встретить стремление к «умеренному» потреблению этих наркотических средств, но нет понимания того, что свое будущее он должен связывать с сердечно-сосудистыми катастрофами и другой патологией,

возникновение и развитие которой связано с потреблением алкогольных напитков. При обращении к врачу этот прогноз должен быть документирован и доведен в юридической форме до пациента.

Очевидно, что эффективная пропаганда и формирование ЗОЖ требуют призыва к полному отказу от употребления указанных психоактивных веществ.

Физическая культура и физическая активность. Странным для пропаганды ЗОЖ является пропаганда спорта. Спорт – организованная по определенным правилам деятельность людей, состоящая в сопоставлении их физических и интеллектуальных способностей, а также подготовка к этой деятельности и межличностные отношения, возникающие в ее процессе.

Пропаганда спорта сама по себе необходима, но для ЗОЖ важна пропаганда физической культуры, физической активности, но не спорта. Кроме этого, пропаганда физической культуры должна быть обращена к россиянам без возрастных ограничений, пропаганда спорта имеет иные особенности.

Физическая культура – сфера социальной деятельности, направленная на сохранение и укрепление здоровья, развитие психофизических способностей человека в процессе осознанной двигательной активности. Физическая культура – часть культуры, представляющая собой совокупность ценностей, норм и знаний, создаваемых и используемых обществом в целях физического и интеллектуального развития способностей человека, совершенствования его двигательной активности и формирования здорового образа жизни, социальной адаптации путем физического воспитания, физической подготовки и физического развития (в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 4 декабря 2007 № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации»).

Основными показателями состояния физической культуры в обществе являются: уровень здоровья и физического развития людей; степень использования физической культуры в сфере воспитания и образования, в производстве и в быту.

Если мы хотим пропагандировать ЗОЖ, то мы должны пропагандировать физическую культуру и физическую активность по рекомендациям ВОЗ, но не спорт. Пропаганда спорта – это не пропаганда ЗОЖ.

Аборт и сохранение репродуктивного здоровья. Дискуссии о запрете абортов также имеют странности. Если мы идем к реальной пропаганде ЗОЖ, то дискуссии должны вестись не только о запрете абортов. С приходом свободных внебрачных отношений должна быть внедрена реальная технология планирования беременности и предупреждения заболеваний, передающихся половым путем, распространенность которых, наряду с абортами, приводит к высокой частоте бесплодия и к реально катастрофическому снижению рождаемости. Другой причиной высокой частоты бесплодия является повальное стремление девочек, девушек и женщин к безмерному похуданию с глубокими деструктивными изменениями в эндокринном обмене с последующим бесплодием. В рамках формирования ЗОЖ и сохранения репродуктивного здоровья должна быть внедрена система эффективного взаимодействия девочек, девушек и женщин с акушерско-гинекологической службой. Ключевое слово здесь – «эффективное».

Как показывает мировой опыт и опыт нашей страны, серьезные надежды на пропаганду ЗОЖ в краткосрочной перспективе возлагать сложно.

Нет серьезных документов, которые бы реально иллюстрировали негативные последствия нездорового образа жизни. Вряд ли более 30 % россиян с избыточным весом реально представляют себе, что их заболевания, сопровождающие избыточный вес и ожирение (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, сахарный диабет 2-го типа), не могут успешно лечиться и никакая медицинская помощь (диспансеризация и др.) не позволит получить реальную ремиссию у этой группы больных. Вначале нужно просто оптимизировать вес. И только при условии оптимизации веса медицинские работники имеют возможность взять на себя и реально нести ответственность за результаты лечения этого контингента больных. Кроме того, результаты лечения могут быть положительными, если выполняются назначения врача. Нет оптимального веса – нет эффективной медицинской помощи. И об этом должен знать каждый, кто обращается к врачу, но имеет значительный избыточный вес или ожирение.

ЗОЖ предполагает эффективное взаимодействие с системой медицинской помощи: систематические профилактические медицинские осмотры и своевременное обращение к врачу при заболевании. Существующие положения деятельности аптек в России сделали лекарственное обеспечение сегодня не элементом социальной защиты, а бесконтрольным со стороны государства бизнесом. Отпуск лекарств в аптеках без рецепта – это система самолечения со всеми негативными и катастрофическими последствиями, которая приводит к запоздалому обращению к врачу, но сегодня это почему-то ложится грузом дополнительной ответственности на врача, а не на гражданина.

В свою очередь это формирует негативное отношение россиян к медицинскому сообществу, отчего страдают все медики, но больше всего страдает пациент. А при заболевании, как известно, реально помочь может только доктор.

Как это ни странно, формированию и пропаганде ЗОЖ мешает бесплатная для россиян медицинская помощь. Величайшее достижение нашего отечества – бесплатная и доступная медицинская помощь, обществом реально не оценивается. Сегодня ее не только не ценят, но повсюду и всякий критикует. В случае, если каждый россиянин хорошо будет представлять реальную стоимость медицинской помощи и если в этом финансировании будет участвовать, то ЗОЖ придет в сознание и в повседневную жизнь каждого уже завтра.

Естественно, сделать медицинскую помощь платной и малодоступной нельзя и невозможно. Однако все, кто хочет сберечь свое здоровье, должны участвовать в софинансировании медицинской помощи. Мировой опыт свидетельствует об эффективном использовании софинансирования медицинской помощи гражданами для формирования повседневного здоровьесохраняющего поведения.

Используя индикаторы ЗОЖ (индекс массы тела, структура тела, спирография, пульс, артериальное давление, курение, потребление алкогольных напитков, своевременное обращение за медицинской помощью, аборт, исполнение врачебных назначений, отказ от самолечения и др.) необходимо ввести софинансирование ОМС для тех, кто реально не исполняет рекомендаций по ЗОЖ. Объем софинансирования должен составлять до 30 % от подушевого норматива на медицинскую помощь в рамках программы Государственных гарантий в области медицинской помощи. Он может определяться также доходом физического лица. В софинансировании медицинской помощи могут участвовать и россияне без указанных выше причин.

Порядок софинансирования может быть регламентирован либо в рамках обязательного медицинского страхования, либо по программам добровольного медицинского страхования.

Медицинские организации, оценивающие образ жизни и здоровьесохраняющее поведение россиян, созданы, это центры здоровья или отделения (кабинеты) медицинской профилактики. Они уже сегодня в состоянии выступить главным инструментом для формирования эффективной мотивации к ЗОЖ.

В качестве экономических методов мотивации граждан к здоровому образу жизни возможно предоставление гражданам дополнительных социальных стимулов.

Таким образом, для улучшения индивидуального и общественного здоровья в РФ через здоровый образ жизни в РФ необходимо использовать не только методы активной и эффективной пропаганды, но и экономические и финансовые стимулы.

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) 979-87-91 – справочно-библиографический отдел
-  (846) 979-87-90 – отдел обслуживания читателей

✉ sonmb@miac.samregion.ru

✉ sonmb-sbo@miac.samregion.ru

Сайт: <http://miac.samregion.ru>