

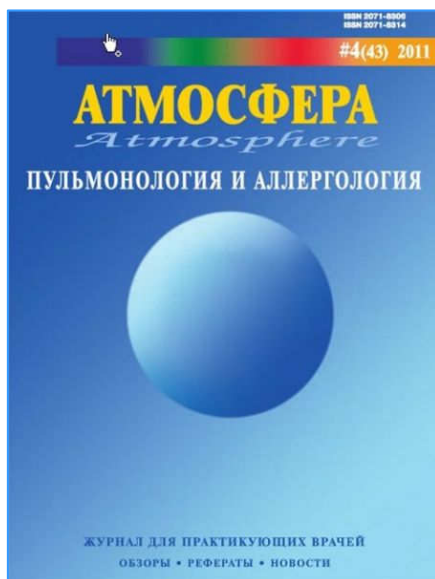


Самарская областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№ 3 (март), 2013



СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	13
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	18

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Николаев, Н. С. Опыт организации информационной системы в центре высоких медицинских технологий [Текст] / Н. С. Николаев, В. Э. Андреева // Врач и информационные технологии. – 2013. – № 1. – С. 18-26.

В статье рассматривается опыт построения информационной системы в Центре высоких медицинских технологий, особое внимание уделяется применению комплексного подхода к построению информационной системы решения задачи автоматизации лечебного учреждения, подводятся итоги, и рассматривается эффективность использования медицинской информационной системы в Федеральном центре травматологии, ортопедии и эндопротезирования.

Внедрение современных информационных систем в здравоохранение – одна из основных задач программы модернизации здравоохранения Российской Федерации. В соответствии с концепцией создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения во всех лечебных учреждениях предусмотрено внедрение современных компьютерных технологий, обеспечивающих ведение электронной медицинской карты гражданина и персонализированного учета оказанных медицинских услуг, запись к врачу в электронном виде, обмен телемедицинскими данными. Все эти направления в настоящее время реализованы в федеральном государственном бюджетном учреждении «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Минздравсоцразвития России (г. Чебоксары) (далее – Центр), введенном в эксплуатацию в 2009 году в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». Созданные в Центре соответствующая IT-инфраструктура и программные средства обеспечивают деятельность Центра и его специалистов во всех основных аспектах их деятельности. В единой информационной системе Центра ряд информационных систем, сеть данных DIVISY, система защиты персональных данных, сайт и баннерный обмен, беспроводная сеть данных. Рабочий процесс автоматизирован с помощью информационных систем более чем у 80% сотрудников.

Локальная вычислительная сеть Центра объединяет 220 рабочих станций, 9 серверов (почтовый сервер, контроллер домена, сервер базы данных МИС «МЕДИАЛОГ», сервер базы данных 1С, сервер доступа в Интернет, резервный сервер, файловый сервер, резервный контроллер домена, сервер телемедицины, программно-аппаратный комплекс Divis\ dor), более 150 единиц оргтехники.

Используемые в Центре информационные системы помогают в решении медицинских, бухгалтерских и кадровых задач, обеспечивают финансовые взаимоотношения с Минздравсоцразвития России, территориальным фондом ОМС, казначейством. Полностью автоматизирован документооборот бухгалтерии, планово-экономического отдела, отдела кадров, аптеки.

В Центре в рамках Госконтракта поставлена и функционирует госпитальная информационная система (ГИС) МЕДИАЛОГ (поставщик – компания «Пост Модерн Технолоджи»). Гибкость и настраиваемость системы позволяют сотрудникам Центра при поддержке проектной команды «Пост Модерн Технолоджи» адаптировать к требованиям Центра типовой вариант настроек системы для всех аспектов медицинской деятельности: электронная история болезни, планирование ресурсов, движение пациентов, управление назначениями и материальными ресурсами, комплексный учет медицинских услуг, медикаментов и расходных материалов, медицинская статистика и анализ данных.

В ГИС МЕДИАЛОГ специалистами Центра были настроены так называемые АРМ – автоматизированные рабочие места – для всех специалистов: АРМ администратора, медрегистратора, врача приемного отделения, травматолога-ортопеда, рентгенолога, врача клинико-диагностической лаборатории, анестезиолога-реаниматолога, трансфузиолога, клинического фармаколога, заведующего аптекой, врача-статистика – далеко не полный перечень АРМ, реализованных в Центре.

Назначение медикаментов, лечебных и диагностических процедур также осуществляется в МИС МЕДИАЛОГ. В автоматически формируемом листе назначений медицинские сестры ставят отметку о выполнении, где врачи могут проконтролировать исполнение своих назначений. Специалистами Центра созданы справочники, связанные с имеющимися на складах медикаментами и расходными материалами. После отметки о выполнении назначений выданные медикаменты и использованные расходные материалы автоматически списываются.

В рамках госпроекта в Центре внедрена радиологическая информационная система (РИС) МЕДИАЛОГ, обеспечивающая передачу графических изображений с рентгеновских аппаратов, компьютерного и магнитно-резонансного томографов к электронной медицинской карте пациента через Discm-сервер.

При планировании операций в Центре используется цифровой негатоскоп – многопользовательский сенсорный дисплей Digital Lightbox. Подключенный к больничным телекоммуникационным службам персонального доступа цифровой негатоскоп позволяет напрямую передавать данные, масштабировать, подробно рассматривать и вносить данные в информационную систему после составления плана, редактировать его и т.д. Используя цифровые изображения на экране, можно выполнять любые измерения, моделировать остеотомию, использовать цифровые шаблоны, оценить установку имплантата в 3-ом-режиме.

Сформированная информационная система Центра решает наиболее актуальные на современном этапе вопросы информатизации. При этом информатизация рассматривается как инструмент обеспечения качества медицинской помощи.

Эйгель, М. Я. Инновационные подходы к созданию автоматизированного рабочего места (АРМ) спортивного врача [Текст] / М. Я. Эйгель и [и др.] // Врач и информационные технологии. – 2013. – № 1. – С. 27-31

В статье рассмотрен программно-аппаратный комплекс, позволяющий на основе анализа регуляторных процессов в сердечно-сосудистой, дыхательной, психомоторной и других системах организма решить задачу индивидуальной оценки механизмов саногенеза. Данный комплекс способен повысить информативность мониторинговых исследований функционального состояния здоровья спортсменов и может быть использован для создания автоматизированного рабочего места спортивного врача и электронного медицинского паспорта спортсмена.

Приборы комплекса обеспечивают одновременное исследование функций регуляции обмена веществ, гуморального иммунитета, сердечного ритма, кровяного давления, легочной вентиляции и психомоторного статуса. Экспертная система выявляет признаки функционального напряжения организма на стадиях, задолго предшествующих функциональной дисрегуляции, являющейся источником большинства донозологических и патологических процессов.

Аппаратная база комплекса включает в себя 3 основных прибора, адаптированных к массовым неинвазивным обследованиям:

– спиреоартериокардиоритмограф (САКР) предназначен для записи биотоков сердца, непрерывного неинвазивного измерения пальцевого артериального давления (АД), и объемов вдыхаемого и выдыхаемого воздуха; целью комплексной регистрации параметров является анализ состояния резервных возможностей сердечно-сосудистой системы и полисистемная оценка состояния здоровья по динамике изменения зафиксированных параметров. Сбор информации осуществляется путем непрерывной регистрации биологических параметров, с записями фиксированной длительности (от 75 сек до 5 мин).

– устройство компьютеризированное экспресс-оценки психомоторной активности человека по двигательным тестам (УПМД) предназначено для объективной количественной оценки состояния мозговых структур, осуществляющих программирование, инициацию («запуск»), реализацию и сенсорный контроль двигательной активности человека. В результате

выполнения простых двигательных тестов, прибор определяет 25 цифровых параметров движения.

— лазерный корреляционный спектрометр (ЛКС) предназначен для измерения диаметров частиц в растворах, при исследовании сыворотки и плазмы крови, ликвора, мочи и других биологических жидкостей. В основе метода ЛКС лежит регистрация спектральных характеристик монохроматического когерентного излучения в результате светорассеяния при прохождении через дисперсную систему, что позволяет интерпретировать полученные результаты в плане интегральной оценки гомеостаза.

В состав комплекса входит ноутбук, на котором установлена специализированная экспертная система (ЭС) для приема, обработки, анализа баз данных (БД) всех комплексов, объединенных в систему, выработки индивидуальных заключений и рекомендаций. Ядро ЭС образует программа, осуществляющая автоматизированную экспертную оценку результатов обследований, заполнение и ведение общей базы данных. Ее основу составляет реляционная база данных. ЭС позволяет ранжировать в баллах все измеренные показатели в шкале гипо- и гиперфункция с учетом «индивидуальной нормы», вычисленной по частным корреляциям, определить наиболее напряженные системы саногенеза и выявить источник напряжения. Форматы файлов баз данных всех приборов унифицированы и читаются экспертной системой.

Предусмотренное во всех приборах математическое обеспечение позволяет оперативно оценить основные результаты тестов с учетом возраста и пола испытуемого и вести унифицированную с другими приборами базу данных, чем и достигается объединение приборов в единый комплекс. В программное обеспечение введены базы медицинских нормативов параметров, измеряемых данным прибором. Это позволяет уже на уровне обследования выявить патологические отклонения в измеряемых параметрах. В случае обнаружения такого рода отклонений оператору предлагается вначале провести повторное обследование для исключения ошибки, а в случае воспроизведения отклонений рекомендовать направить обследуемого к тому или иному медицинскому специалисту.

В статье также представлены результаты обследования представителей различных видов спорта, с помощью программно-аппаратного комплекса. Результаты обследования показали, что в возрасте 13-14 лет по показателям, регистрируемых в состоянии покоя, у неспортивных подростков наблюдается относительное отставание функционального развития систем вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы, по сравнению с юными спортсменами (баскетбол, плавание, спортивные танцы, фигурное катание, таэквон-до). Это отставание компенсируется к 15-16 годам, но достаточный уровень вегетативной активности достигается путем активации центральных регуляторных механизмов (симпатических и гуморальных), при относительно низком вкладе периферических вагусных и барорефлекторных механизмов. Данное заключение подтверждается результатами оценки реактивности сердечно-сосудистой системы подростков с разным уровнем двигательной активности в функциональной пробе, ограничивающей легочную вентиляцию.

Оценка реактивности показателей сердечно-сосудистой системы и нейровегетативной регуляции у девушек-регбисток в функциональной пробе с увеличением «мертвого» дыхательного пространства выявила, что статистически значимые изменения происходят только в показателях, отражающих активность симпатической нервной системы. Характер этих изменений свидетельствует о повышении устойчивости организма к нагрузочной пробе, имитирующей последствия физической нагрузки.

Представленный в статье программно-аппаратный комплекс, позволяет решить не только теоретически важную проблему индивидуальной оценки механизмов саногенеза на основе анализа регуляторных процессов в сердечнососудистой, дыхательной и психомоторной и других системах организма, но и обеспечить эффективную объективную экспертизу целого ряда практико-ориентированных проблем, повышающих информативность мониторинговых исследований функционального состояния здоровья спортсменов.

Новикова, О. За три года медики планируют обследовать всех жителей области [Текст] / О. Новикова // Комсомольская правда. – 2013. – 1 марта (№ 29). – С. 4.

Статья посвящена программе диспансеризации, которая призвана выявлять и устранять заболевания на самой ранней стадии. В этом году осмотреть планируют 150 тыс. самарцев.

Особое внимание будет уделено детям, сиротам и подросткам 14 лет. По сравнению с другими регионами здоровье подростков в Самарской области выглядит не лучшим образом. В основном молодые люди страдают болезнями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, костно-мышечной системы и зрения.

В первую очередь в список диспансеризации попадут бюджетники. Кроме того, включат в него и работников малых коммерческих предприятий. Всех вызовут к врачу по почте или по телефону. Тем кто не попал в список диспансеризации, но непременно хочет пройти всех врачей разом, достаточно будет позвонить в свою поликлинику и оставить соответствующую заявку. Или обратиться в один из Центров здоровья.

Во время диспансеризации самарцы посетят в один день терапевта, хирурга, гинеколога (или уролога), эндокринолога, невропатолога, офтальмолога, отоларинголога, сделают электрокардиограмму и флюорографию (если до этого не делали), сдадут анализы. При необходимости врачи назначат дополнительные обследования. А чтобы пришедшим на диспансеризацию не приходилось стоять в одной очереди с больными, для них выделяют специальный день. Ради этого поликлиники уже в самом ближайшем времени переведут на шестидневный режим работы.

Проблемы развития здравоохранения и пути их решения с точки зрения Минздрава России [Текст] // Главный врач. – 2013. – № 1. – С. 3-8.

В последние годы в сфере охраны здоровья граждан в нашей стране сделано много. Демографическая и здравоохранная политика стала основным приоритетом государства. Активная реализация начатого в 2006 году приоритетного национального проекта "Здоровье", а в 2011 году – региональных программ модернизации здравоохранения позволила существенно обновить инфраструктуру отрасли, переоснастить амбулаторные и стационарные лечебно-профилактические учреждения, инициировать информатизацию здравоохранения. Программы "Родовой сертификат", "Неонатальный и аудиологический скрининг", "Пренатальная диагностика" позволили значительно улучшить состояние здоровья беременных женщин, матерей, детей до года. Начата системная борьба с главными причинами смерти российского населения – сосудистыми и онкологическими заболеваниями, дорожными травмами, туберкулезом. Весь этот комплекс мер уже привел к существенным позитивным изменениям: за шесть лет продолжительность жизни россиян увеличилась почти на четыре года, общая смертность снизилась на 16%, младенческая – на 33%, материнская – на 36%. Смертность снизилась от всех основных социально значимых заболеваний.

Россия создала концепцию единой профилактической среды, которая была одобрена всей международной медицинской общественностью и стала основным завоеванием Первой глобальной конференции по здоровому образу жизни и профилактике неинфекционных заболеваний. Российская концепция нашла отражение в резолюциях ВОЗ и политической декларации Генеральной Ассамблеи ООН. Профилактическая среда предполагает, с одной стороны, создание инфраструктурных, информационно-образовательных, нормативно-правовых, налоговых и других условий, позволяющих населению вести здоровый образ жизни, с другой стороны – мотивирование населения к сохранению здоровья и долголетию, формирование ответственности каждого за сохраненное здоровье и здоровье своих близких.

В статье говорится о необходимости, переформатировать систему оказания медицинской помощи с разворотом привычного вектора "врач-больной" в сторону "врач-здоровый человек". Необходимо сформировать и внедрить систему управления здоровьем. Прежде всего, это касается организации первичной медицинской помощи, участковой, школьной и производственной медицинской службы. Профилактическая деятельность врачей

первичного звена должна занимать не менее 30% рабочего времени. Для этого необходимы новые подходы к организации работы участковой службы, тарифной политике, новые материальные стимулы оценки работы врача: не по количеству посещений больных и выписанных рецептов, а по конечному результату – состоянию здоровья прикрепленного населения, проценту заболеваний, выявленных на самой ранней, излечимой стадии. Предстоит развить пренатальный и неонатальный скрининг, вернуться к ежегодной диспансеризации детей и подростков, регулярным профилактическим осмотрам и диспансеризации взрослого населения.

С учетом сложившегося в последнее десятилетие дефицита медицинских кадров в первичном звене необходимо развивать выездные формы диспансеризации в организованных коллективах учащихся и работающих, в сельской местности, удаленных районах страны.

Еще одной важнейшей задачей, стоящей перед российской системой здравоохранения, является повышение доступности и качества медицинской помощи. Международный опыт свидетельствует о том, что для создания системы управления качеством медицинской помощи необходима ее стандартизация, внедрение таких порядков и стандартов, которые бы позволили каждому гражданину страны, независимо от его места жительства и работы, получить гарантированный объем медицинской помощи, идентичной при одном и том же патологическом состоянии. Внедрение единых требований, открытие системы ОМС для участия медицинских организаций всех форм собственности и внедрение права пациента на выбор медицинской организации создают предпосылки для развития механизмов управляемой конкуренции и, следовательно, повышения качества медицинской помощи. При этом следует подчеркнуть, что внедрение стандартов не означает обезличивание медицинской помощи. Стандарты предназначены в первую очередь для организаторов здравоохранения, они необходимы для выравнивания организационных, материально-технических и кадровых условий оказания медицинской помощи в каждом регионе страны.

С учетом сложившихся глубоких различий между системами здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011 году была начата беспрецедентная по масштабу и финансовому наполнению модернизация здравоохранения страны. По сути, стартовали разные по содержанию 83 региональные программы модернизации, ориентированные на потребности каждого конкретного региона страны. Главной целью всех модернизационных преобразований явилось формирование оптимальной для каждого региона трехуровневой системы оказания медицинской помощи, предполагающей в качестве своего фундамента развитие первичной медицинской помощи в амбулаторных условиях, широкое внедрение дневных стационаров и стационарозамещающих технологий, телемедицины и выездных форм амбулаторной работы. Такое развитие амбулаторного звена должно сопровождаться продуманной реорганизацией и частичным перепрофилированием коечного фонда в каждом субъекте Российской Федерации на основе тщательного анализа маршрутов движения больных, создания необходимого количества реабилитационных коек, коек по уходу и паллиативной помощи, то есть обеспечение полного цикла лечения больных - от интенсивной терапии до наиболее полного выздоровления.

Важнейшее значение имеет развитие службы скорой медицинской помощи, в т.ч. формирование мобильной телемедицины на основе оснащения машин скорой помощи технологией ГЛОНАСС.

Проект государственной программы развития здравоохранения до 2020 года включает специальную подпрограмму по инновационному развитию. Совместно с научным, медицинским, экспертным сообществом предстоит определить единые государственные приоритеты в области биомедицины, укрепить научные школы, сформировав научно-образовательные кластеры на базе лучших университетов и придав креативный характер образованию.

Ускорение инновационного развития потребует не просто параллельной, а опережающей подготовки квалифицированных кадров, научных и медицинских работников, носителей технологий. За три года, начиная с 2013 года, планируется технологически обновить научную инфраструктуру, создать сеть центров доклинических исследований, в которых будут созданы условия для разработки моделей заболеваний человека у животных, собраны коллекции различных биоматериалов и клеточных культур, сконцентрированы уникальные аппаратно-

технические возможности. Чрезвычайно важно активнее внедрять программно-целевое финансирование биомедицинских проектов, привлекать бизнес к управленческим функциям и сопровождению процессов внедрения новых медицинских продуктов.

Принципиальное значение имеет подготовка будущих врачей, сегодняшних студентов медицинских вузов. Даже поверхностный просмотр учебных программ медицинских вузов свидетельствует о том, что подготовка студентов и врачей в наших университетах и академиях находится на очень разном уровне. Во многих вузах программы обучения фундаментальным биомедицинским дисциплинам, без которых современная медицина существовать не может, существенно отстают от достижений сегодняшнего дня. Чтобы изменить ситуацию, Министерством здравоохранения инициированы пересмотр и обновление рабочих программ и учебных планов медицинских вузов в рамках принятых государственных образовательных стандартов третьего поколения.

Нельзя забывать о практической стороне подготовки молодого врача. Для этого новыми образовательными стандартами предусмотрено увеличение доли практик начиная с младших курсов обучения. В ближайшие годы запланированы развитие университетских клиник и клинических баз, активное внедрение новых образовательных технологий, симуляционных и тренинговых классов, экспериментальных операционных для животных, виртуальных ситуационных программ и дистанционных интерактивных сессий, электронных информационных баз и библиотек, систем помощи молодому специалисту в принятии решений. Нужно подчеркнуть, что при обновлении учебных программ особое внимание уделяется сближению перечня навыков и умений выпускника медицинских вузов с клиническими протоколами, порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

Обязательным условием эффективного функционирования всей системы здравоохранения является закрепление подготовленных кадров на конкретных рабочих местах, в том числе в удаленных районах страны и сельской местности. Имеющиеся на сегодня целевые системы обучения не могут гарантировать возврата специалиста в тот регион, по направлению которого осуществлялась его подготовка. В среднем по стране до 35% целевых студентов и ординаторов не отрабатывают свое обучение, а в ряде регионов этот показатель достигает 70%. Реальными механизмами целевого трудоустройства специалистов должны стать новые формы целевой контрактной подготовки в медицинском вузе, колледже или училище, включая и целевую послевузовскую, и дополнительную профессиональную подготовку. Данные контрактные формы разработаны Министерством здравоохранения совместно с Министерством образования и науки и закреплены в новом законопроекте об образовании, внесенном на рассмотрение в Государственную Думу. Условия контракта позволят определить юридически обоснованные обязательства сторон: со стороны администрации региона - социальная и финансовая поддержка абитуриента, студента и выпускника, со стороны молодого специалиста - обязательная отработка в течение не менее трех лет после окончания вуза на подготовленном специально для него рабочем месте.

Важнейшей и эффективной инициативой Правительства Российской Федерации, повышающей заинтересованность молодых специалистов в трудоустройстве в сельских медицинских организациях, явилось введение единовременных выплат 1 млн. рублей. Благодаря этой инициативе только за 2012 год сельскую медицину пополнили 3900 врачей. Считаем полезным продолжить данную программу на 2013 год и распространить ее на молодых специалистов, приступивших к работе в медицинских организациях рабочих поселков.

Вместе с тем следует отметить значительную долю ответственности за организацию и предоставление мер социальной поддержки медицинским работникам со стороны органов управления субъектов Российской Федерации. Необходимо напомнить, что по указу Президента страны каждый субъект Российской Федерации должен сформировать свою региональную программу кадрового обеспечения здравоохранения, содержащую механизмы привлечения молодых специалистов и сохранения имеющегося кадрового потенциала.

Большую тревогу вызывает тот факт, что в последнее время одной из главных жалоб на медицинских работников стало нарушение ими норм деонтологии и медицинской этики. Не вызывает сомнений, что большинство врачей верны профессии и данной некогда клятве, однако

грубость, равнодушие и невнимательность со стороны отдельных медицинских работников, факты финансового вымогательства порочат не только отдельных представителей, но и в целом всю профессию врача. Главное, что должно быть предпринято, - это совершенствование организации самого врачебного сообщества. Врач, позволивший себе недопустимое поведение в отношении больного, должен быть, прежде всего, осужден коллегами, отторгнут самим врачебным сообществом. Назрела необходимость развития медицинских профессиональных общественных организаций, способных координировать вопросы развития всех основных направлений современной медицины, объединять врачей на основе корпоративной ответственности и корпоративной этики. Созданная в настоящее время законодательная и нормативная база позволяет активно и последовательно формировать профессиональное самосознание и саморегулирование врачебного сообщества. Только консолидация на принципах профессионализма, ответственности, честности и равноправия позволит нам достойно ответить на вызовы современности и укрепить главное достояние нашей страны - здоровье и жизнь россиян.

Правительством утверждена программа развития здравоохранения [Текст] // Главный врач. – 2013. – № 1. – С. 3-8

В статье рассматривается Государственная программа "Развитие здравоохранения", которая 15 ноября 2012 года была одобрена на заседании Правительства РФ, а 24 декабря распоряжением Правительства № 2511-р утверждена "Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации".

Государственная программа составлена как единый комплексный документ, в котором сформулированы цели и задачи, основные направления развития здравоохранения в стране и мероприятия их реализующие.

Основными целями Программы являются увеличение продолжительности жизни россиян, укрепление их здоровья и снижение смертности от наиболее значимых заболеваний путем обеспечения доступности качественной медицинской помощи каждому гражданину страны, повышения эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать, с одной стороны, уровню заболеваемости и потребностям населения, с другой - современным достижениям медицинской науки.

Таким образом, Программа отражает системные подходы к решению таких основополагающих для отрасли вопросов как:

- формирование единой профилактической среды;
- повышение качества оказываемой медицинской помощи и удовлетворенности населения ее качеством;
- повышение уровня подготовки и квалификации медицинских кадров, повышение заработной платы медицинским работникам на основе эффективного контракта;
- проведение институциональных преобразований в отрасли, совершенствование медицинской инфраструктуры и информатизация здравоохранения.

Государственная программа включает 11 подпрограмм, каждая из которых соответствует одной из поставленных задач.

Реализация Программы планируется в два этапа.

Первый этап (2013-2015 годы) будет посвящен завершению системных преобразований, заложенных в Федеральном законе "Об основах охраны здоровья граждан в РФ":

- обеспечению сбалансированности системы ОМС на основе утвержденных единых для страны Порядков и стандартов медицинской помощи, полного финансового наполнения тарифа;
- обеспечению сбалансированности Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, в том числе в части нестраховой, оказываемой при социально-обусловленных заболеваниях;

- совершенствованию трехуровневой системы оказания медицинской помощи в каждом субъекте РФ, внедрению единой электронной медицинской карты, а также развитию открытой конкурентной среды среди медицинских организаций разной формы собственности и организационно-правовой формы за работу в системе ОМС;
- реализации пилотных проектов лекарственного страхования;
- повышению квалификации медицинского персонала и обеспечению отрасли достаточным количеством врачей, средних и младших медицинских работников, оптимизации распределения рабочих мест в четком соответствии с потребностями системы оказания медицинской помощи;
- инновационному развитию отрасли, основанному на создании научно-образовательных кластеров вокруг ведущих медицинских университетов, формировании системы доклинической и клинической трансляционной медицины, совершенствовании деятельности федеральных научных медицинских центров.

Второй этап (2016-2020 годы) является развитием первого и посвящен наращиванию качественного потенциала здравоохранения на основе оптимизированной организационной модели и сохранения финансовой сбалансированности государственных гарантий:

- актуализации порядков и стандартов медицинской помощи с расширением перечней лекарств и медицинских изделий, гарантированных государством,
- внедрению инновационных медицинских продуктов и технологий,
- внедрению электронной системы управления качеством медицинской помощи,
- обязательной аккредитации медицинских работников,
- реализации стратегии лекарственного обеспечения населения.

Реализация всех подпрограмм и мероприятий Государственной программы напрямую зависит от финансового обеспечения отрасли.

В проекте бюджета на 2013 год расходы на здравоохранение составляют 2,24 трлн. руб., или 3,4% от ВВП.

При реализации бюджетного сценария, к 2015 году расходы на здравоохранение составят 2,48 трлн. руб., или 3,0% от ВВП, а к 2020 году - 3,4 трлн. руб., или 2,5% от ВВП.

Проект Государственной программы согласован всеми соисполнителями и участниками, а также Министерством экономического развития.

Единственное разногласие, которое в настоящее время существует, - это разногласие между Минздравом России и Минфином России, связанное с имеющейся неопределенностью источников дополнительного финансирования, необходимого для развития отрасли. Это важнейший вопрос реализации государственной политики в сфере здравоохранения.

В статье также приведено содержание и основные положения государственной программы «Развитие здравоохранения»

Ромашов, М. Задача - навести порядок в здравоохранении [Текст] / М. Ромашов // Волжская коммуна. – 2013. – 13 марта (№ 95). – С. 1-2.

В статье говорится о том, что 12 марта состоялось заседание итоговой коллегии регионального министерства здравоохранения. В ее работе приняли участие губернатор Николай Меркушкин, представители областного Минздрава, главные врачи и медицинские работники учреждений здравоохранения Самарской области.

О работе системы здравоохранения Самарской области за 2012 год отчитался министр Геннадий Гридасов. Главными задачами отрасли стали повышение качества и доступности медицинского обслуживания населения, улучшение демографической ситуации, а также завершение программы модернизации. По ряду направлений есть позитивные сдвиги: снизилась материнская смертность и смертность новорожденных.

Губерния стала одной из лучших в стране по реализации программы модернизации здравоохранения, и это позволило дополнительно привлечь из федерального бюджета 808 млн. рублей.

Но, несмотря на позитивные тенденции в отрасли хватает и проблем. В критическом состоянии находится служба скорой помощи. Зафиксирована нехватка автопарка, оборудования. Только в Самаре из необходимых 100 карет «скорой помощи» ежедневно выходят на линии только 40-45.

Кроме того, в области наблюдается дефицит медицинских кадров. Обеспеченность врачами на 10 тысяч жителей в регионе составляет 39 человек.

Пожалуй, самая болезненная для региона проблема – низкое качество медицинского обслуживания. Согласно социологическим опросам, удовлетворенность населения качеством медицинского обслуживания составляет 20-22%, тогда как в целом по России этот показатель находится на уровне 50%.

В ходе обсуждения участники совещания говорили о проблемах отрасли, требующих незамедлительного решения. Заместитель министра здравоохранения Сергей Вдовин отметил, что даже программа модернизации отрасли в регионе так и не позволила охватить амбулаторной помощью максимальное число жителей губернии. А директор ТФОМС Виктор Мокшин обратил внимание коллегии на неэффективное расходование средств фонда лечебными учреждениями, в частности, на проведение диагностических обследований.

Свою оценку ситуации в отрасли здравоохранения региона дал губернатор Самарской области Николай Меркушкин. Губернатор поставил задачу в кратчайшие сроки навести порядок в отрасли, а также отметил, что более эффективное расходование средств позволило бы повысить зарплату врачам и среднему медперсоналу.

Состоялось награждение лучших медицинских работников области Почетными грамотами губернатора Самарской области, Почетными грамотами министерства здравоохранения Российской Федерации, наградами министерства здравоохранения Самарской области.

Мороз, Е. П. Реализация программы модернизации здравоохранения Рязанской области на примере городской детской поликлиники [Текст] / Е. П. Мороз, А. О. Бурдукова // Медицина и качество жизни. – 2012. – № 4. – С. 18-19.

В статье рассмотрен опыт реализации программы модернизации здравоохранения, на примере городской детской поликлиники Рязанской области.

Постановление Правительства Рязанской области от 24.03.2011 № 59 утвердило долгосрочную целевую программу «Модернизация здравоохранения Рязанской области на 2011 – 2012 годы».

Основные задачи Программы модернизации здравоохранения Рязанской области (далее — ПМ ЗО) следующие:

- укрепление материально-технической базы медицинских учреждений.
- внедрение стандартов медицинской помощи (для стационаров), повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.
- внедрение современных информационных систем в здравоохранение.

В рамках укрепления материально-технической базы в 2011 году:

- согласно составленной смете был произведен ремонт помещений общей площадью 585 кв. м на сумму 3 млн. руб.;
- получен автомобиль ВАЗ 213100 («Нива») для обслуживания вызовов на дому;
- приобретено медицинское оборудование на сумму 980 тыс. руб.

Что касается внедрения современных информационных систем в поликлинике, как и во всех ЛПУ города, была организована электронная регистратура: поставлено оборудование, произведен монтаж, установлено программное обеспечение и налажена работа АПК «ТМ регистратура», что обеспечило возможность записи на прием к врачу через интернет. Начал свою работу сайт поликлиники на портале UZRF.

В части повышение доступности амбулаторно-поликлинической помощи Минздравом РО было утверждено примерное положение о распределении средств и определен перечень специалистов с высшим и средним медицинским образованием, включенных в программу повышения доступности, на базе которых в поликлинике были разработаны: положение о распределении денежных средств и выплата стимулирующих надбавок специалистам; методика оценки деятельности специалистов; показатели, определяющие качество оказания медпомощи (I группа) и доступность медпомощи для населения (II группа) с учетом нормировочных коэффициентов.

Диспансеризация 14-летних подростков – отдельный раздел ПМЗ, направленный на проведение углубленных осмотров 14-летних подростков. Средства (950 тыс. руб.) были израсходованы на зарплату участвующего медперсонала – школьных педиатров и медсестёр, врачей и среднего медперсонала кабинетов узких специалистов, диагностической службы, закупку медикаментов и оплату договорных работ.

Долгосрочная целевая программа «Модернизация здравоохранения Рязанской области на 2011-2012 гг.» в течение одного года позволила значительно улучшить материально-техническую базу поликлиники, так как средства были выделены в соответствии с реальными потребностями.

В части проведения капитального ремонта были произведены дорогостоящие работы, выполнение которых было ранее невозможно из-за того, что затраты на каждый вид работ превышали годовое финансирование по данной статье расходов.

Переход на закупки товаров и услуг по электронно-цифровым котировкам и проведение торгов в виде аукциона в электронной форме во исполнение Федерального закона от 21.07.2005 №94-ФЗ значительно увеличил сроки заключения договоров по ремонтным работам и закупке оборудования.

Приобретение лечебного и диагностического медицинского оборудования по программе Модернизации позволило практически полностью привести оснащение медицинских кабинетов в соответствие с утвержденным приказом МЗ и СР РФ от 01.12.2005 № 753 Табелем оснащения детской городской поликлиники.

Выплата стимулирующих надбавок специалистам с высшим и средним медобразованием повысила заинтересованность специалистов в повышении доступности амбулаторно-поликлинической помощи и частично сняла напряженность, связанную с наличием очередей.

Капитоненко, Н. А. Роль научного сопровождения в развитии управления регионального здравоохранения в условиях модернизации [Текст] / Н. А. Капитоненко, Ю. В. Кирик // Медицина и качество жизни. – 2012. – № 4. – С. 22-23.

В статье речь идет о проблемах системы здравоохранения Дальнего Востока России, низком качестве и доступности медицинской помощи.

Анализ динамики происходящих перемен, медико-социальный мониторинг общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России показывает, что в настоящее время региональное здравоохранение характеризуется наличием кризисных моментов. Чрезвычайно низким остается уровень качества и доступности медицинской помощи, в том числе и высокотехнологичной, неудовлетворенность населения всей системой здравоохранения, недостаточная обеспеченность материально-технической базы медицинских учреждений, продолжает оставаться низкая мотивация и оплата труда медицинских работников.

Существенная отсталость системы здравоохранения Дальневосточного региона не только от зарубежных стран, но и Европейской части России приводит к высоким и неэффективным расходам, низкому качеству и доступности медицинской помощи, не отвечающим современным требованиям. К решению на дальневосточных территориях общероссийских проблем системы здравоохранения требуются нетривиальные подходы, где темпы ухудшения экономической и социальной ситуации значительно превышают среднероссийские и где полностью исчерпаны возможности самореализации.

Ведущим направлением в области управления здравоохранением в современной России стало проведение широкомасштабной высокотехнологичной модернизации здравоохранения, которая реализуется в настоящее время во всех наиболее развитых странах.

Новая политика в области здравоохранения должна исходить из настоятельной необходимости новых оценок ситуации на Дальнем Востоке, нового курса экономической и социальной политики и условий регионального развития, концентрации государственных действий на приоритетных направлениях развития этого макрорегиона.

Углубленное изучение социально-экономического положения Дальневосточного федерального округа РФ; проблем эффективного функционирования отрасли в условиях модернизации, с учетом изучения показателей здоровья населения, демографического потенциала региона, территориального расселения, транспортной доступности, сложившихся потоков пациентов и их удовлетворенности медицинской помощью; формирования оптимальной численности и структуры кадров позволяет выдвинуть ряд предложений, направленных на совершенствование управления системой здравоохранения, оптимизацию организации и деятельности учреждений здравоохранения в федеральном округе. Без участия научного сообщества в разработке идеологии, прогноза ожидаемых результатов, принципов и механизмов перемен, к которым приведут изменения, политические действия со стороны федеральных органов государственной власти в отношении Дальневосточного федерального округа не способны достичь намеченных целей и поставленных задач.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Резников, В. СамГМУ расширяет доклиническую экспериментальную базу [Текст] / В. Резников // Самарская газета. – 2013. – 1 марта (№ 36). – С. 12.

В данной публикации рассказывается о визите в Самарскую область министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, посетившей подразделения Самарского государственного медицинского университета, которые ведут научно-исследовательские разработки, успешно выводят их на российские и зарубежные рынки, имеют опыт по внедрению инноваций в клиническую практику.

Речь идет об Институте экспериментальной медицины и биотехнологий СамГМУ (ИЭМБ), который активно работает в области фундаментальных и прикладных научных исследований. Экспериментальная база позволила Институту создать собственный алгоритм доклинических испытаний новых средств медицинского назначения, лекарств и физиотерапевтических факторов.

По словам директора ИЭМБ, профессора Ларисы Воловой, министр выразила живую заинтересованность в проектах Института. Один из них – создание био-имплантатов «Лиопласт». Они 20 лет назад были выведены на отечественный и испанский рынки и сейчас остаются конкурентоспособными. Такой долгосрочный результат во многом объясняется всесторонними исследованиями безопасности и эффективности биоимплантатов на доклиническом этапе.

На базе Института сформирован и работает биотехнологический кластер регенеративной медицины. В него входят, кроме ИЭМБ (кластеробразующей научной структуры), 12 клинических и теоретических кафедр СамГМУ, кафедры Самарского государственного, аэрокосмического, технического университетов, Центр клеточных технологий и другие лечебные учреждения Самарской области, а также малое инновационное предприятие ООО «ЛИО-СЕЛЛ».

Модернизация образовательных технологий и максимальное их приближение к практике – один из главных приоритетов СамГМУ. В статье отдельно отмечается проект по разработке технологического комплекса «Виртуальный хирург». Он был отмечен конкурсной комиссией Министерства образования и науки Российской Федерации как успешный проект по взаимодействию вуза и предприятий. В 2013 году планируется запустить мелкосерийное

производство 3 D-симуляторов, а также увеличить их функциональные возможности. Ведутся и работы по созданию анатомического 3 D-атласа. Этот проект необходим для повышения качества образования многих медицинских специализаций: анатомов, клинических анатомов, топографов-анатомов, хирургов, терапевтов и др.

Параллельно разрабатывается и атлас для школьников. После внедрения этого проекта в сегмент среднего образования уровень подготовки школьников по медицинским дисциплинам должен возрасти.

В образовательном процессе СамГМУ используются информационные технологии, такие как карты персонального доступа к электронным системам «Консультант плюс» и «КнигаФонд». Обе стали надежными базами для получения необходимых материалов, полноценно представленных в учебных и научных изданиях. А так как карты имеют все студенты и преподаватели, для каждого открыт путь к сообщениям профессионального и смежного характера. В библиотеке есть доступ к электронной базе данных MD Consult Core, где представлены сведения по доказательной медицине.

В СамГМУ разработана идеология практической подготовки будущих врачей. Главная задача вуза заключается в том, чтобы студенты получили не только хорошие теоретические знания, но и многократно отработанные, практические навыки. В клиниках СамГМУ учебный и лечебный процессы неразрывно связаны с научно-исследовательской деятельностью. Здесь проводятся комплексные исследования в области фундаментальной и прикладной науки. Большой акцент сделан на развитие высокотехнологичных специализированных видов медицинской помощи, именно поэтому на базе клиник созданы и успешно работают центры пересадки почек, гравитационной терапии, сухожильно-мышечной пластики и многие другие.

Низковолос, В. Б. Устройство для стереотаксической крионейрохирургии с использованием твердой двуокиси углерода [Текст] / В. Б. Низковолос // Медицинская техника. – 2012. – № 6. – С. 37-41.

В статье представлен материал о разработке Институтом мозга человека РАН криохирургического прибора, который предназначен для проведения стереотаксических деструктивных операций на мозге человека. Прибор работает на твердой двуокиси углерода с температурой -78°C . При разработке криозонда, предназначенного для стереотаксических операций на мозге, исходили из следующих требований: это должно быть устройство, похожее на нейрохирургическую канюлю диаметром 2...4 мм, длиной до 200 мм, ствол канюли должен быть термоизолирован, охлаждающая камера должна располагаться на конце зонда. Криозонд должен замораживать объемы тканей мозга от десятых долей до нескольких кубических сантиметров.

При разработке в качестве хладагента был выбран сухой лед. Этот материал доступен, удобен в работе и относительно безопасен. Температура сухого льда обеспечивает хорошую адгезию с биологической тканью и в то же время не создает ледяных переломов ткани, чреватых образованием гематом. Для переноса низкой температуры в охлаждающую камеру криозонда в качестве хладоносителя используется ацетон. Конструкция криохирургического прибора состоит из трех основных блоков: холодообменника 1, криозонда 3 и воздушного компрессора 10.

Далее в статье описывается принцип работы криохирургического прибора.

Проведенные исследования показали, что разработанный криохирургический прибор пригоден для локальной стереотаксической криодеструкции опухолей мозга. Стереотаксическая крионейрохирургия на базе криохирургического прибора с применением разработанных методов томографического стереотаксического планирования обладает следующими преимуществами:

- позволяет с высокой степенью надежности получать ограниченную зону крионекроза в опухоли мозга;

- параметрами криовоздействия на ткани мозга легко управлять. Изменяя размеры зондов, давление компрессора, время замораживания, а также применяя множественные замораживания, можно получать различные объемы и формы деструкции опухолевой ткани;
- высокая повторяемость параметров криовоздействий позволяет прогнозировать размеры предполагаемой зоны деструкции опухолевой ткани мозга и осуществлять точное планирование криохирургической операции;
- позволяет осуществлять пробные обратимые низкотемпературные (-20, -30 °С) воздействия в зоне предполагаемой деструкции;
- позволяет быстро прекратить замораживание и извлечь криозонд в случае аварийной ситуации, путем подачи в криозонд теплого ацетона;
- метод не обладает кумулятивным эффектом и потому может применяться неоднократно при повторных вмешательствах у одного и того же больного;
- операции стереотаксической криодеструкции могут выполняться из одного небольшого трепанационного отверстия, что минимизирует операционную травму;
- криохирургический метод может применяться в комбинации с другими клиническими методами (лучевой и химиотерапией);
- метод не требует больших финансовых затрат и абсолютно безопасен для персонала.

На основании сделанных выводов можно заключить, что особенности описанного криохирургического прибора в совокупности с применением стереотаксической техники позволяют проводить малотравматичные высокоселективные операции опухолей мозга. Выполненные медико-биологические исследования позволили провести клинические испытания и внедрить метод локальной стереотаксической криохирургии в клиническую практику Института мозга человека и ряда клинических учреждений нашей страны.

Боровкова, Н. В. Новые технологии в трансплантологии. Трансплантация тканей [Текст] / Н. В. Боровкова // Трансплантология. – 2012. – № 4. – С. 39-41.

В статье говорится о том, что в лаборатории трансплантации клеток и иммунотипирования НИИ скорой помощи им. Н. Б. Склифосовского разработан новый трансплантат – дермальный матрикс, представляющий собой слой кожи толщиной 0,5 и 1,0 мм, у которого с помощью специальной обработки удалены клетки. Применение дермального матрикса в клинике обеспечивает эффективную механическую защиту раневой поверхности, предотвращает бактериальное загрязнение, стимулирует краевую эпителизацию. При этом сам матрикс заселяется фибробластами, однако этот процесс протекает достаточно медленно, что не позволяет значительно ускорить регенерацию тканей.

Ускорить регенеративные процессы можно с помощью ростовых факторов. В качестве примера в статье приводится лечение ожогов II-IIIА степени повязкой на основе коллагена I типа человека с тромбоцитарным фактором роста (PDGF-BB). Источником PDGF-BB является сыворотка крови человека. Применение этих повязок в 1-2-е сут. после ожога позволяет добиться полной эпителизации уже к 7-м сут. В исследованиях на культуре фибробластов показан дозозависимый ростстимулирующий эффект. При добавлении к фибробластам от 80 до 150 пг PDGF-BB достигается устойчивый рост пролиферативной активности клеток. Дальнейшее увеличение концентрации ростового фактора приводит к изменению морфологии клетки, а при добавлении 300 пг PDGF-BB и более вызывает подавление пролиферации.

Заселение матрикса клетками реципиента также позволит ускорить процессы регенерации. В эксперименте на мышах показано, что трансплантация дермального матрикса, заселенного аутологичными клетками, также эффективна, как и пересадка собственной кожи при лечении глубокой (до фасции) скальпированной раны. Применение в клинике трехмерных матриксов, заселенных клетками, оказалось также эффективным при лечении пациента с несросшимся переломом бедренной кости и при лечении укушенной раны предплечья у пожилой пациентки.

Таким образом, перспективным направлением трансплантации тканей является получение из тканей человека трехмерных матриц и заселение их клетками и/или включение ростовых факторов, что позволит значительно ускорить процессы регенерации и восстановления целостности тканей. Этот подход может быть использован также для создания кровеносных сосудов, что особенно актуально для артерий малого диаметра (до 6 мм). Удаление клеточных элементов с сохранением коллагеново-эластического каркаса сосуда с ревитализацией эндотелиоцитами реципиента позволит избежать несовместимости по системе генов HLA и приведет в скорейшему «вживлению» трансплантата в сосудистое русло.

Моргулис, Е. Инновации в генетическом тестировании – плюсы для бюджета и будущих мам [Текст] / Е. Моргулис // Медсестра. – 2013. – № 3. – С. 54-55.

В настоящее время взрослым и детям доступен целый ряд генетических тестов, которые могут быть использованы для диагностики наследственных заболеваний. Эти исследования являются сложными и дорогостоящими, а также требуют высокого качества образцов крови.

Пренатальный скрининг – это обследования, которые проходят беременные женщины для того, чтобы выявить, входят ли они в группу риска осложнений беременности и наличия врожденных пороков развития у плода. Еще несколько лет тому назад генетический скрининг предлагали пройти беременным женщинам в возрасте 35 лет и старше, так как у них в несколько раз выше риск родить ребенка с синдромом Дауна, чем у женщин 20-25-летнего возраста. Сегодня комплексный скрининг беременных на маркеры генетических заболеваний проводится в РФ в соответствии с постановлением Правительства РФ от 27.12.2010 № 1141 всем беременным женщинам независимо от возраста.

Практическая реализация проекта поставила перед администраторами здравоохранения новые задачи. Автоматические анализаторы для проведения генетического тестирования устанавливаются в очень ограниченном количестве лабораторий, обычно в одной на субъект Федерации. С учетом типичных для России дистанций, расстояние от удаленных точек субъекта Федерации до его центра может составлять сотни километров, поэтому крайне актуальным стал вопрос доставки и сохранности образцов крови. Обеспечить сохранность качества образца крови при длительной транспортировке позволили лишь современные вакуумные пробирки, в которых перед транспортировкой клетки крови отделяются от сыворотки гелевым барьером. В таком виде условия и длительность транспортировки перестают влиять на качество образца. Эти же пробирки решают и ряд других проблем, а именно стандартизируют процесс забора крови, поскольку многоразовые стеклянные пробирки. За рубежом открытые стеклянные пробирки практически нигде не используются.

Неонатальный скрининг также выиграл от внедрения современных технологий. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 22.03.2006 № 185 у младенцев берут кровь из пяточки, наносят каплю крови на бумагу и в таком виде отправляют в лабораторию, где специальный аппарат проверяет наличие маркеров таких генетических заболеваний, как адреногенитальный синдром, галактоземия, врожденный гипотиреоз, муковисцидоз и фенилкетонурия.

Раньше кровь у новорожденных из пяточки брали стальными ланцетами, и от навыков медсестры зависело очень многое - качество образца крови и риск осложнений. В ряде регионов на вооружение были взяты современные автоматические ланцеты с иным принципом прокола кожи, строго дозирующие глубину и резко снижающие болезненные ощущения малыша. Младенцы зачастую попросту не замечают момент прокола кожи! Немаловажно и то, что после активации ланцеты самоблокируются, предотвращая ошибки, связанные с повторным использованием, и полностью исключают риск случайного пореза для медработника. В случае неонатального скрининга экономия бюджетных средств имеет место за счет снижения диагностического «брака» - иногда капли крови недостаточно, и детей приходилось повторно тестировать. Но самая главная экономия - это снижение риска тяжелых осложнений у детишек за счет современного способа взятия крови.автоматически отбирают нужное количество крови и

смешивают ее с точно выверенным количеством реагента. Кроме того, вакуумные пробирки позволили облегчить массовую обработку образцов крови в полностью автоматическом режиме за счет технологической совместимости с современными анализаторами.

Главный генетик Краснодарского края Светлана Алексеевна Матулевич отмечает: «Использование современных вакуумных систем взятия крови с гелевой технологией (вакутейнер) позволило вывести генетический скрининг на принципиально иной уровень. Образцы иногда едут в лабораторию 9 часов по жаре и раньше не всегда доставлялись в лабораторию в нужном состоянии. После того как мы перешли на вакутейнеры, качество образцов резко повысилось, равно как и качество результатов. Это существенно снизило бюджетные расходы за счет сведения показателей повторного тестирования до единичных. Кроме того, существенная экономия получилась за счет сокращения общего числа ошибочных результатов тестирования, поскольку тесты эти очень и очень недешевые».

Необходимо отметить, что вакуумные пробирки для взятия крови за рубежом известны уже более 60 лет. В России пробирки подобного класса (так называемые закрытые системы) используются всего лишь в одной трети клиник, а в остальных используются устаревшие

Раудина, М. Проекты самарских врачей пользуются спросом за рубежом [Текст] / М. Раудина // Волжская коммуна. – 2013. – 20 марта (№ 105). – С. 6.

В статье представлен материал о аппарате «Комбис», разработкой которого уже несколько лет занимается Самарский государственный медицинский университет. Этот прибор применяется при лечении ран, которые долго не заживают. По словам заведующего отделением сосудистой хирургии клиник СамГМУ, директора ООО «Комбис» Михаила Мельникова, с помощью этого аппарата на рану можно одновременно воздействовать лазерным излучением и лекарственными веществами.

Благодаря лазеру ткани начинают быстрее восстанавливаться. К тому же, излучение усиливает свойства лекарств. Все это приводит к тому, что рана заживает на 20-25% быстрее. Например, трофические язвы обычно затягиваются около четырех месяцев. С использованием аппарата «Комбис» этот срок сокращается до трех месяцев.

«Комбис» может применяться при лечении самых разных заболеваний, из-за которых у людей появляются плохо заживающие раны. Его эффективность составляет 80-82%.

В 2010 году на разработку «Комбиса» был получен грант по программе «Старт». Тогда были созданы первые образцы прибора, проведены клинические испытания. Недавно была подана заявка на получение второго гранта в рамках этой же программы.

«Если она будет одобрена, то мы получим 2 млн. рублей, - рассказал Михаил Мельников. - Эти деньги пойдут на сертификацию прибора и получение лицензии на производственную площадку, поиск новых показаний к применению прибора. Мы хотим наладить серийный выпуск «Комбиса».

По условиям участия в программе «Старт», у подающих заявку должна быть аналогичная сумма собственных средств. Понятно, что для большинства людей 2 млн. рублей — достаточно большая сумма. Поэтому у сотрудников местных вузов есть возможность получить ее из областного бюджета. Пока еще точно не решено, где именно будет располагаться производство «Комбиса». Ну уже известно, что стоимость прибора составит 55-60 тысяч рублей. Его смогут покупать как медицинские учреждения, так и пациенты, страдающие незаживающими ранами».

В продвижении разработки специалистам СамГМУ активно помогают сотрудники регионального центра инноваций и трансфера технологий.

Не менее интересные разработки есть и у выпускников стоматологического факультета СамГМУ. В частности, команде специалистов удалось создать принципиально новые зубные имплантанты. Речь идет об искусственном корне зуба, который вставляется в челюсть пациента и на который спустя некоторое время надеваются коронки. Новизна заключается в самой конструкции имплантанта. Он не винтовой, а спиральный.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Соловьева, И. Только с помощью позитива [Текст] / И. Соловьева // Самарская газета. – 2013. – 2 марта (№ 37). – С. 4.

В статье говорится о том, что в Самаре подвели итоги антинаркотического конкурса «Калейдоскоп здоровья»

Именно для пропаганды здорового образа жизни, для формирования у молодежи активной жизненной позиции среди учащихся самарских школ провели конкурс антинаркотической социальной рекламы «Калейдоскоп здоровья». Финалистов выбирали в школе № 74. Конкурс проходил в рамках городской программы по противодействию незаконному обороту наркотических средств, профилактике наркомании и реабилитации наркозависимой части населения.

Лучшей среди младших классов жюри посчитало работу школы № 21 «Скажем злу мы дружно «нет», скажем «да» мы спорту». Контраст нарисованного детской рукой портрета наркомана и веселья на школьном футбольном поле, за теннисным столом, на блестящем в лучах солнца катке сделал свое дело.

Наиболее серьезными получились видеоматериалы старших школьников. Первое место в этой группе жюри отдало гимназии «Перспектива». Удачное сочетание видеоряда, титров, красочность и эмоциональность цепляют зрителя. Хотя идея все та же: мы мечтаем... посмотреть мир, сняться в кино, найти свое призвание, но все в один момент может рухнуть. Словно подхватывая эту мысль, герой ролика 135-й школы говорит, что сам делает свою жизнь счастливой и насыщенной. «Это не простой труд, но мне важен результат, и в моей жизни нет места для ошибки», - звучит закадровый текст.

А вот ученики 138-й школы считают, что должен быть и «Второй шанс». Именно так они назвали свою работу, показав в ней прелести искусства, спорта, жизни вообще, и символическим кадром, где солнце пробивается сквозь сделанное из человеческих рук сердечко, заключили: «Дайте себе второй шанс».

- Задача конкурса - с помощью позитива, не прибегая к устрашающим картинкам, показать альтернативу вредным привычкам и плюсы здорового образа жизни, - подчеркнула член жюри, ведущий специалист городского департамента образования Елена Швецова-Столярова.

Садовников, Е. С. Условия формирования навыка здорового образа жизни [Текст] / Е. С. Садовников // Теория и практика физической культуры. – 2013. – № 2. – С. 38-41.

В статье описывается исследование целью, которого было выявить условия и механизмы формирования навыка здорового образа жизни путем оптимизации оздоровительной деятельности человека.

На протяжении последних нескольких лет правительство России выработало государственный социальный заказ на формирование навыка здорового образа жизни (ЗОЖ) у населения страны. В мировой практике под патронажем ООН ВОЗ осуществляется серьезная работа по профилактике социальных болезней и пропаганде здорового образа жизни (UNAIDS), которая базируется на подходе life-skills (жизненные навыки). В рамках профилактической работы организации Life Skills International более чем в 30 странах реализуется программа «Жизненные навыки», которая направлена на обучение молодежи знаниям, формированию навыков поведения, ответственного отношения к своему здоровью и высокой сопротивляемости негативным видам и девиантным формам поведения, а также предусматривает распространение своего опыта по всему миру, консультирование правительственных и неправительственных

организаций, образовательных учреждений, подготовку специалистов и оценку эффективности различных программ ЗОЖ.

Основными методами исследования выступили: абстрагирование (идеализация, схематизация, выделение сущностных оснований; экспериментирование со схемами и моделями (проверка их содержательности, осмысленности и практичности); логико-исторический анализ. Поскольку основными методами теоретической деятельности исследования были проработка, конструирование и реализация базовых схем и моделей в различных ситуациях оздоровительной деятельности, данная работа является одним из целостных этапов исследования.

В конце статьи сделан вывод о том, что навык ЗОЖ – это коррекционная структура (регуляторная система) представляющая собой освоенное умение принимать оптимальные решения и готовность следовать им в ситуациях, связанных с оздоровительной деятельностью и направленных на преодоление избыточных степеней свободы в поведении индивида. Координация движений представляет собой управляемую систему преодоления избыточных степеней свободы. Данный конструкт является аналогом координации процесса формирования сложного навыка ЗОЖ, в состав которого входят отражающий феномен человеческой субъектности умственные двигательные и перцептивные навыки. В этом случае коррекционной структурой выступает субъект заботы о своем здоровье, чья деятельность направлена на сохранение и преумножение здоровья. Проецирование теории построения движения и формирования двигательных навыков на проблемы формирования навыка ЗОЖ показали, что их основным условием является оптимальный процесс уменьшения избыточных степеней свободы в поведении индивида вплоть до уровня детерминированной системы, когда она готова к активному уменьшению степеней свободы, кроме одной. К иным условиям преодоления избыточных степеней свободы относятся: во-первых, ситуативность построения координации деятельности, отсутствие жесткой регламентации способов координации деятельности. Во-вторых, неспособность подсистем самостоятельно ограничивать число своих степеней свободы, это достигается при усилении других подсистем. В-третьих, выработанные человечеством различные системы эталонов, норм, правил, выражены в перцептивных и мнемических схемах, культурных, социальных установках, персоналы конструктах, стереотипах поведения, выполнение функцию ограничения степеней свободы поведения и деятельности индивида. В-четвертых, управление отдельными подсистемами и их взаимодействием между собой и с окружением осуществляется по типу полифонического или гетерархического объединения, тесно связанных друг с другом, но не имеющих фиксированного центра управления.

Исаева, И. Здесь больше не дымят! [Текст] / И. Исаева // Самарская газета. – 2013. – 6 марта (№ 39). – С. 2.

В статье речь идет об антитабачном законе. Государственная Дума приняла Закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». Он устанавливает запрет на курение на отдельных территориях, в помещениях и на объектах. При этом в документе определено, что субъекты РФ вправе устанавливать дополнительные ограничения по курению в отдельных местах. В связи с этим фракция «Единая Россия» внесла в Самарскую губернскую Думу законопроект. В случае его принятия он вступит в силу с 1 июня 2013 года. Этот документ жестко регламентирует поведение курильщиков в общественных местах. Так, выкурить сигаретку нельзя будет на остановках или у подъездов домов - расстояние от курильщика до этих объектов должно составлять не менее 15 метров. Под запретом окажется курение в парках, скверах, на набережной, а также на территориях, предназначенных для проведения массовых мероприятий. Это значит, что

безникотиновой зоной станут не только площадь им. Куйбышева или стадион «Металлург», но и Грушинская поляна, площадка фестиваля «Рок над Волгой».

Иницилируя законопроект, его авторы подчеркивают, что он направлен в первую очередь на защиту людей, предпочитающих здоровый образ жизни.

Воропаева, Л. А. Опыт сестринской деятельности в центре здоровья [Текст] / Л. А. Воропаева, А. В. Аверин, А. В. Голенков // Главная медицинская сестра. – 2013. – № 2. – С. 10-17.

В статье рассказывается о центре здоровья, который функционирует, на базе поликлиники № 1 Городской клинической больницы № 1 г. Чебоксары (далее - ГKB № 1).

Основной целью деятельности центра является сохранение индивидуального здоровья граждан и формирование у них здорового образа жизни (ЗОЖ). Организация работы центра регламентируется положением о центре.

В центре проводится скрининг состояния здоровья людей и выявление факторов риска в целях предупреждения различных заболеваний.

На основе результатов обследований делается расчет индивидуального риска, после чего пациент направляется на более углубленное обследование в лечебное учреждение по месту жительства для прохождения дополнительной диспансеризации и уточнения диагноза у узких специалистов, либо получает рекомендации по ведению ЗОЖ, отказу от вредных привычек, изменению рациона питания и т. д., приглашается в школу здоровья для прослушивания курса лекций.

С 2010 г. в центре ГKB № 1 организована работа школ-здоровья:

- преодоления табачной зависимости;
- здорового питания и коррекции массы тела;
- активного долголетия;
- ЗОЖ.

За 2010-2011 гг. в школах обучено более 1500 чел. Занятия школ проводятся в ресурсном центре оздоровительных технологий ГKB № 1.

Цель таких школ – повышение мотивации и улучшения выполнения пациентами врачебных рекомендаций, формирование партнерских отношений с врачом в лечении, реабилитации и профилактике, их взаимовыгодное сотрудничество. При посещении этих школ у пациентов формируется ответственность за сохранение своего здоровья, рациональное и активное отношение к здоровью, мотивация к оздоровлению, соблюдению режима лечения.

Работу в школах организуют и проводят врачи центра в соответствии с планами, положениями об организации школ и разработанными программами. Также в ней принимает активное участие сестринский персонал. Медицинские сестры обучают пациентов необходимым навыкам и умениям, применяя методы наглядной пропаганды - плакаты, рисунки, фотографии и видеофильмы. В школах для граждан проводятся анкетирование, лекции, беседы, конкурсы, викторины.

Организация центров в регионах России явилась новой и дополнительной возможностью для населения получить информацию о ЗОЖ, узнать собственные факторы риска развития заболеваний. В них созданы возможности для преодоления табачной зависимости и злоупотребления алкоголем, получения рекомендаций по здоровому питанию и коррекции массы тела, предупреждения заболеваний ротовой полости, глаз и др., выявления их на ранних этапах развития.

Опыт работы центра здоровья ГKB № 1 г. Чебоксары с полным основанием можно считать положительным.

Максимчук, О. В. Коррекция психоэмоционального состояния женщин в физкультурно-оздоровительных группах [Текст] / О. В. Максимчук [и др.] // Теория и практика физической культуры. – 2013. – № 2. – С. 19-21.

Сегодня с понятием «здоровый образ жизни» прочно ассоциируется термин «фитнес» (fitness), который используется не столько для обозначения конкретных современных программ физических тренировок, восстановительных процедур и помещений для их проведения, сколько для определения здорового образа жизни в целом во всем его многообразии: от оптимального двигательного режима и рационального питания до комплексной программы оздоровительных мероприятий, включающих помимо физических тренировок массаж, сауну, косметические процедуры и многое другое.

По мнению большинства специалистов, главное в здоровом образе жизни – это активное творение здоровья, включая все его компоненты. Поэтому понятие здорового образа жизни гораздо шире, чем отсутствие вредных привычек, режим труда и отдыха, система питания, различные закаливающие и развивающие упражнения. В него входит система отношений к себе, к другому человеку, к жизни в целом, т.е. осмысленность бытия, жизненные цели и ценности. Следовательно, для творения здоровья необходимо как расширение представлений о здоровье и болезнях, так и грамотное использование всего спектра факторов, влияющих на различные составляющие здоровья (физическую, психическую, социальную, духовную), овладение оздоровительными, общеукрепляющими методами и технологиями, формирование установки на здоровый образ жизни.

В данной публикации приводятся результаты исследования, целью которого явилось изучение психоэмоционального состояния женщин, занимающихся в физкультурно-оздоровительных группах, и коррекция этого состояния посредством использования упражнений танцевально-двигательной терапии.

В период 2010-2011 гг. на базе Полесского государственного университета был проведен эксперимент, в котором приняли участие 105 женщин, занимающихся в группах здоровья. Для диагностики ситуативного и долговременного психического состояния женщин применялся восьмицветовой тест М. Люшера. Теоретическим обоснованием данной методики является концепция ее автора, заключающаяся в том, что различные цвета символизируют те или иные потребности человека, и симпатия или антипатия к определенному цвету отражает степень актуальности и удовлетворенности данной потребности. Уровень удовлетворенности актуальных потребностей определяет психическое состояние человека.

Обработка результатов проводилась по повторному тестированию, так как оно считается более спонтанным и показательным. Преимуществами данной методики являются простота, краткость проведения и независимость результатов от возраста, пола и профессиональных навыков.

В качестве экспериментальной группы (ЭГ) были определены женщины, посещающие группу здоровья (возраст от 25 до 45 лет), изъявившие желание заниматься танцевально-двигательной терапией.

В качестве контрольной группы (КГ) - женщины, посещающие группу здоровья, но не занимающиеся танцевально-терапевтическими упражнениями.

В результате проведенного эксперимента было установлено, что у обследуемых респондентов привычная двигательная активность представлена как: низкая - 31 %, ниже среднего - 30 %, средняя - 23 %, высокая - 16 %.

Для лиц с низкой двигательной активностью характерен высокий уровень личностной и ситуативной тревожности, широкий диапазон их индивидуальных различий (от низкого до высокого). Средний уровень различных форм агрессивности (физической, косвенной вербальной) с преобладанием аутогенной направленности ее проявления и более высокий уровень враждебности (подозрительности, обиды) и чувства вины.

Для людей, имеющих уровень привычной двигательной активности ниже среднего, характерна низкая степень личностной и ситуативной тревожности в диапазоне индивидуальных различий от низкого до высокого. Ниже среднего - величина различных форм агрессивности, ниже среднего - уровень враждебности и чувства вины.

Для лиц, имеющих средний уровень привычной двигательной активности, характерен средний уровень личностной и ситуативной тревожности в диапазоне индивидуальных различий от низкого до высокого. Средняя величина различных форм агрессивности (физической, косвенной, вербальной) с незначительным преобладанием гетеронаправленности её проявления и средней степени враждебности (подозрительность, обида) и чувства вины.

Для людей с высокой привычной двигательной активностью характерен более высокий уровень личностной и ситуативной тревожности с диапазоном индивидуальных различий от среднего до высокого и степень различных форм агрессивности (физической, косвенной, вербальной) с преобладанием гетеронаправленности ее морфофункциональных и психофизиологических особенностей функциональных различных типов.

Исходя из полученных данных предложенные занятия с использованием упражнений танцевально-двигательной терапии в ЭГ дали возможность нивелировать наличие психологических конфликтов, состояния физиологического неблагополучия занимающихся.

Применение танцевально-двигательной терапии позволило улучшить психоэмоциональное состояние женщин ЭГ, снизив уровень их тревожности.

Танцевально-двигательная терапия, без сомнения, является эффективным средством профилактики и терапии при проведении занятий в физкультурно-оздоровительных группах.

Результаты анкетирования занимающихся подтверждают высокую эмоциональность занятий по разработанной методике. По мнению опрошенных, на это влияют танцевальная направленность занятий, музыкальное сопровождение.

Анкетирование показало, что занимающимся нравятся занятия (98%), а после занятий они ощущают «желание прийти снова» (52,2%), «радость» (33,3%), «усталость» (15,%).

Таким образом, предложенная методика физкультурно-оздоровительных занятий позитивно влияет на показатели физического, психологического и социального статусов. Занятия позволили повысить мотивацию женщин к регулярным занятиям физическими упражнениями, сформировать у них устойчивую потребность к ведению здорового образа жизни.

Уважаемые коллеги!

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

Обращаем Ваше внимание, что в соответствии с «Прейскурантом цен на платные услуги, выполняемые работы» услуга по копированию статей оказывается на платной основе (сайт МИАЦ <http://medlan.samara.ru> – раздел «Наши 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 19.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

Воскресенье - выходной день

-  (846) 956-48-10 – заведующий библиотекой
-  (846) 979-87-90 – отдел обслуживания читателей
-  Тел./Факс: (846) 372-39-38 – отдел комплектования и библиотечной обработки

✉ miac@medlan.samara.ru

✉ sonmb@inbox.ru

Обособленное подразделение областной научной медицинской библиотеки МИАЦ (в здании МБУЗ «ЦГБ г.о. Чапаевск»)

Адрес: 446100, г.о. Чапаевск, ул. Медицинская, д. 3а

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота, воскресенье - выходные дни

 (84639) 2-49-26

✉ biblchap@yandex.ru

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

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

Режим работы:

Вторник – с 8.30 до 17.00

Сайт: <http://medlan.samara.ru>