

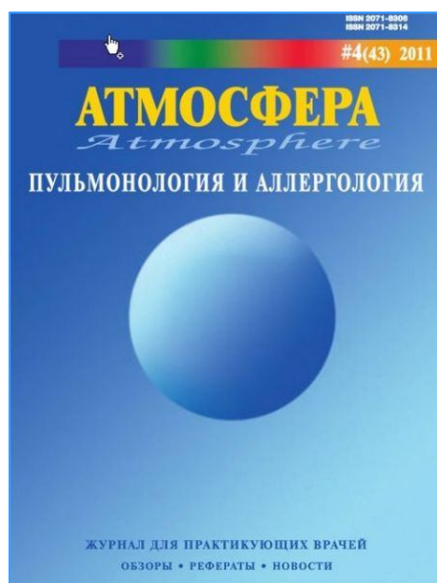


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№6 (июнь), 2015



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|-----------|
| УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ..... | 3 |
| МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ | 18 |
| ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ..... | 22 |

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Принципы управления качеством медицинской помощи / Н. Ю. Трифонов [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2015. – № 2. – С. 4-7.

Задачи обеспечения, улучшения и управления качеством медицинской помощи, решаемые в настоящее время в РФ, во многом созвучны аналогичным задачам в других странах и Всемирной организации здравоохранения. При разработке политики управления качеством медицинской помощи в РФ необходимо учитывать социально-экономические условия развития здравоохранения, существующую практику оказания медицинской помощи населению, опыт других стран и мнение международных экспертов по проблеме качества медицинской помощи. В данной статье представлены и раскрыты принципы управления качеством медицинской помощи.

Составляющими мониторинга деятельности по контролю качества медицинской помощи (КМП) являются постоянное наблюдение, анализ, оценка и прогнозирование результатов деятельности по контролю и надзору за КМП. Мониторинг направлен на получение информации о состоянии и динамике КМП, деятельности по его непрерывному улучшению, изучение уровня и тенденций развития.

В работе проведен анализ существующих принципов управления процессом оказания качественной медицинской помощи.

Принцип 1. Ориентация на потребителя.

В лечебно-диагностическом учреждении (ЛПУ), как и в другой любой организации, помимо конечного потребителя медицинских услуг имеются многочисленные потребители вспомогательных и промежуточных услуг. Например, медицинский работник может являться потребителем информации, услуг связи и транспорта, расходных материалов к медицинскому оборудованию и т. д. Успех деятельности любой организации зависит от потребителей – как внешних, так и внутренних, поэтому необходимо понимать их текущие потребности и прогнозировать будущее. Без учета и удовлетворения запросов внутренних потребителей в учреждениях здравоохранения неизбежно снижается качество лечебно-диагностического процесса. Без удовлетворения потребностей потребителя медицинских услуг вообще теряется смысл функционирования системы здравоохранения как таковой. Следовательно, новые стандарты системы менеджмента качества (СМК) направлены на удовлетворение не только конечного потребителя медицинских услуг, но и всех заинтересованных сторон и общества в целом.

Принцип 2. Лидерство руководителя.

Руководители здравоохранения должны обеспечивать высокое КМП. Для этого необходимо сформировать внутреннюю среду организации, в которой работники активно вовлечены в решение указанной задачи. Следует разработать соответствующую политику и план действий, определить стратегию и тактику, основные цели и задачи в области повышения культуры оказания медицинской помощи и КМП, сформировать соответствующие идеологию и социально-психологический микроклимат в трудовом коллективе, что подразумевает:

- популяризацию политики и целей в области КМП во всей организации для повышения осознания, мотивации и вовлечения персонала;
- ориентацию на потребителей во всей организации;
- внедрение процессов, позволяющих выполнять требования потребителей и других заинтересованных сторон и достигать целей в области качества;
- разработку, внедрение и поддержание в рабочем состоянии эффективной СМК для достижения целей в области качества.

Принцип 3. Вовлечение работников в процесс повышения КМП.

Работники здравоохранения всех уровней составляют основу организации медицинской помощи, поэтому следует определить их потребности и ожидания, удовлетворенность работой, желание профессионального роста, что поможет обеспечить наиболее полное вовлечение их в производственный процесс и повышение трудовой мотивации. Повышение КМП возможно только через активное вовлечение медицинских работников и их поддержку политики качества. Для этого необходимо поощрять инициативное трудовое поведение и профессиональное

развитие работников посредством разработки индивидуальных и групповых целей менеджмента процесса и оценивания результатов; выяснения причин прихода работников в организацию и их увольнения.

Руководителям учреждений здравоохранения необходимо создать культурную среду, способствующую вовлечению работников в активный поиск возможностей улучшения лечебно-профилактического процесса, показателей деятельности и характеристик медицинских и иных услуг. Полномочия должны делегироваться таким образом, чтобы работники приняли на себя ответственность за их выполнение, включая повышение качества трудовых процессов и услуг.

Принцип 4. Процессный подход.

Этот подход представляет собой мощный методологический инструмент изучения и совершенствования деятельности любой организации. Однако на практике его реализация оказывается отнюдь не простым делом. Необходимо рассматривать процессный подход как своеобразную технологию моделирования. Желаемый результат достигается быстрее и эффективнее, когда деятельностью и соответствующими ресурсами управляют как процессом.

Лучшие системы управления всегда основаны на системном анализе и оптимизации процессов. Их природа универсальна, поэтому целесообразно использовать единые терминологию, принципы и методы управления процессами, изложенные в стандартах СМК. Все они применимы к лечебно-диагностическому процессу, включая его планирование, организацию, контроль, повышение трудовой активности и мотивации медицинских работников, совершенствование нормативно-правового и информационного обеспечения их деятельности.

Эффективные руководители здравоохранения постоянно стремятся к совершенствованию всех аспектов деятельности организации, не забывая концентрировать свое внимание, силы и ресурсы на решении, прежде всего приоритетных задач. Они четко представляют себе работу своих учреждений как систему взаимосвязанных и взаимодействующих динамических процессов. Их системный подход к управлению направлен на координацию всех аспектов деятельности организации.

Таким образом, любая деятельность, в которой используют ресурсы для преобразования входов в выходы, может рассматриваться как процесс. Для того чтобы эффективно функционировать, организации должны управлять многочисленными взаимосвязанными и взаимодействующими процессами. Часто выход одного процесса образует непосредственно вход следующего. Систематическая идентификация и менеджмент процессов и прежде всего обеспечение их взаимодействия могут считаться процессным подходом. Для результативного и эффективного функционирования организация должна управлять многочисленными взаимосвязанными видами своей деятельности. Преимущество процессного подхода состоит в непрерывности управления, которое он обеспечивает на стыке отдельных процессов в рамках их системы, а также при их комбинации и взаимодействии.

Стандарты СМК ориентированы на применение процессного подхода при разработке, внедрении и совершенствовании СМК с целью повышения удовлетворенности заинтересованных сторон путем выполнения их требований. Для более эффективного управления процессами составляют план, включающий следующие разделы:

- требования к входу и выходу; например, требования к медицинской помощи могут включать стандарты по ее оказанию, клинические протоколы и рекомендации, лекарственные формуляры, перечень необходимых материальных, финансовых и кадровых ресурсов;

- виды деятельности (подпроцессы) внутри процессов; например, в лечебно-диагностический процесс могут входить клиническое обследование больного в приемном отделении, организация консилиумов, инструментальная и лабораторная диагностика, организация лечебного питания, физиотерапия, лечебная физкультура и т. д.;

- взаимодействие подпроцессов зависит от структуры процесса и графически напоминает сетевой график; выходы одного или нескольких процессов могут являться входом одного или нескольких следующих; иногда подпроцессы идут какое-то время параллельно, не оказывая влияния друг на друга;

- верификацию (верификация – подтверждение на основе представления объективных свидетельств того, что установленные требования были выполнены) и валидацию (валидация – подтверждение на основе представления объективных свидетельств того, что требования, предназначенные для конкретного использования или применения, выполнены)

процессов, продукции, услуг; применительно к медицинской помощи используют комплексную систему ее экспертизы, включающую оценку структуры, процессов и результатов лечебно-диагностического процесса, для чего применяют статистические методы контроля качества, единоличные и групповые экспертные оценки, социологические опросы, анализ жалоб и т. д.;

- управление информацией;
- управление персоналом, включая трудовую мотивацию и профессиональную подготовку медицинских работников.

При системном подходе процесс оказания медицинской помощи рассматривается как открытая динамическая система, состоящая из взаимосвязанных частей (подсистем), оказывающих влияние на вышестоящую систему, и они же сами подвержены ее влиянию. Если часть системы функционирует неэффективно, то это оказывает негативное влияние не только на деятельность системы в целом, но и на составляющие ее части, что может еще больше усугубить ситуацию. Значимость отдельных частей системы различна. Улучшение работы ее критических составляющих (узких мест), часто не требующее значительных ресурсов, может значительно повысить ее эффективность в целом.

Принцип 5. Постоянное улучшение.

Постоянное улучшение КМП следует рассматривать как неизменную, но практически недостижимую цель (нет предела совершенству!). Повышение КМП невозможно без постоянной оптимизации процесса ее оказания в ответ на изменения внешней и внутренней среды учреждения здравоохранения на основе системного анализа поступающих данных, разработки корректирующих и предупреждающих действий, необходимых для совершенствования управленческих и производственных алгоритмов для повторяемых процессов, устранения причин возникающих проблем (несоответствия) и предупреждения повторного их возникновения. Для этого должна быть разработана формализованная и документированная процедура, включающая:

- проекты прорыва, ведущие к пересмотру и улучшению существующих процессов (перепроектирование существующих процессов) или внедрению новых процессов;
- определение проблем и причин несоответствия;
- оценку результативности и эффективности существующего процесса; сбор и анализ данных для выявления основных проблем; выбор конкретной проблемы и постановку задач по ее решению;
- анализ альтернативных решений проблемы, выбор и практическое использование лучшего управленческого решения, что устраняет первопричины проблемы и предотвращает ее повторное возникновение;
- оценку последствий практической реализации решения: проблема и ее первопричины должны быть устранены или их негативные воздействия уменьшены;
- внедрение и стандартизацию нового решения; старый процесс заменяется улучшенным, что предотвращает повторное возникновение проблемы и ее первопричин;
- после завершения действий по улучшению. Процесс улучшения повторяется применительно к оставшимся нерешенным задачам, а также разработке целей и принятию решений по дальнейшему улучшению процесса.

Принцип 6. Принятие решений, основанное на фактах.

Эффективные решения основываются на объективном анализе данных и правильной их интерпретации. Абстрагируясь от психологических особенностей восприятия и обработки информации, можно утверждать, что формализация многих управленческих процессов в здравоохранении все-таки возможна. Особенно это касается управления технологическими процессами оказания медицинской помощи. Для этого требуются системный анализ и измерение количественных данных для принятия решений, основанных на фактах. Руководителям ЛПУ следует обеспечивать эффективное измерение, сбор и валидацию данных, с тем, чтобы убедиться в результативной работе организации и удовлетворенности потребителей медицинских услуг и других заинтересованных сторон. Эта процедура включает анализ целей и адекватности их количественного и качественного измерения, а также использование этих данных для повышения эффективности оказания медицинской помощи. Организационно-методической основой сбора, обработки и анализа объективной информации о состоянии КМП являются методы статистического контроля.

Принцип 7. Взаимовыгодные отношения с поставщиками.

Поставщик может быть внутренним или внешним по отношению к учреждению здравоохранения. Организация должна обеспечивать соответствие закупленной продукции (услуг) установленным требованиям к закупкам. Она должна оценивать и выбирать поставщиков на основе их способности поставлять продукцию (предоставлять услуги) в соответствии со своими требованиями. Должны быть разработаны критерии отбора, оценки и повторной оценки. Документирование результатов оценивания и любых необходимых действий, вытекающих из оценки, должно производиться в соответствии с утвержденными правилами.

Оценка внешних поставщиков для учреждений здравоохранения включает анализ и постоянный контроль качества и ассортимента приобретаемых товаров (услуг), удобства и соблюдения сроков доставок, надежности поставщика, соблюдения финансовой дисциплины и т. д.

Результаты проведенного Росздравнадзором анализ функционирования существующих систем контроля за КМП показали, что в подавляющем большинстве субъектов РФ результаты контроля остаются не востребуемыми, не используются для принятия управленческих решений и оценки полноты и эффективности их реализации.

Несмотря на то, что каждым из участников действующей в настоящее время в России системы контроля КМП ежегодно проводится значительный объем работы, до настоящего времени не удается обеспечить декларируемое надлежащее качество оказываемой гражданам бесплатной медицинской помощи.

Настоящая концепция разработана для определения методических и методологических основ формирования и функционирования системы государственного контроля и надзора за качеством медицинской помощи населению в РФ.

Подводя итоги, следует отметить, что проблема КМП и эффективности медицинской помощи сегодня занимает приоритетное место в большом количестве проблем российского здравоохранения. Реформа системы здравоохранения, и в первую очередь преодоление острых структурных диспропорций в сочетании с поиском внутрисистемных источников экономии средств и ресурсов, ни в коем случае не должна затронуть КМП и доступность медицинской помощи для широких слоев населения.

Следует указать на то, что задача качества и эффективности медицинской помощи не может быть разрешена без решения проблемы оптимизации структуры оказания медицинской помощи, без введения принципа подушевого финансирования комплекса взаимосвязанных ЛПУ. Раздельная оплата каждого вида помощи (стационар, поликлиника, скорая помощь, аптека и т. д.) разрушает сложившуюся систему оказания медицинской помощи, когда каждое ЛПУ преследует лишь свой, местнический экономический интерес, который не всегда соответствует целям охраны здоровья населения на территории, конкретным задачам рационального использования скудных финансовых и материальных ресурсов.

Щеглов, К. Приоритетное право – на здоровье // Медицинская газета. – 2015. – 5 июня (№ 41). – 1, 4-5.

Уполномоченный по правам человека в России Элла Памфилова представила Президенту РФ доклад по итогам работы за 2014 г. Большое внимание в документе уделено вопросам здоровья населения и здравоохранения.

Право на бесплатную медицинскую помощь остаётся самым приоритетным для всех возрастных групп, а также для всех групп по уровню образования и доходов: в ходе социологического опроса, проведённого Левада-Центром в стране в конце прошлого года, 66-70% респондентов считают здоровье наиболее значимым. В то же время только 17% граждан надеются на положительные изменения в здравоохранении.

Э. Памфилова указала на проблемы лекарственного обеспечения граждан, страдающих орфанными заболеваниями (распространённость около 10 случаев на 100 тыс. населения), по-прежнему остающимися актуальными и требующими своего разрешения.

В России насчитывается примерно 13 тыс. пациентов с такими заболеваниями, около половины из них – дети. В 2014 г. потребность в финансировании лечения орфанных

заболеваний составила около 26 млрд. руб. При этом общие затраты субъектов Федерации, по разным оценкам, – только 9 млрд. руб.

В соответствии с пунктом 10 части 1 статьи 16 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» организация обеспечения граждан лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включённых в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний относится к полномочиям органов государственной власти субъектов Федерации. Часть 9 статьи 83 названного закона предусматривает обеспечение граждан лекарственными препаратами для лечения этих заболеваний, приводящих зачастую к сокращению продолжительности жизни больного или инвалидности, из этого перечня (за исключением заболеваний, указанных в пункте 2 части 1 статьи 15 указанного закона) – наиболее ресурсозатратных, так называемых «семи нозологий» за счёт средств бюджетов субъектов РФ.

Несмотря на материальные трудности, нельзя допустить сокращения финансирования, предоставляемого бюджетам субъектов Федерации, на лечение лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей», – убеждена Э. Памфилова.

Однако, по её мнению, возложенное на субъекты РФ финансирование высокзатратного лечения орфанных заболеваний, упомянутых в соответствующем перечне, утверждённом Постановлением Правительства РФ № 403 от 26.04.2012, «является для них непосильной финансовой нагрузкой». «Стоимость препаратов для нескольких больных редким заболеванием может превышать затраты на финансирование целой популяции больных с более распространённой болезнью, например, онкологическими заболеваниями», – подчёркивает уполномоченный по правам человека.

Частота встречаемости ряда редких наследственных заболеваний в регионах различна, что приводит к значительным финансовым затратам в отдельных субъектах Федерации, заметила Э. Памфилова. В связи с появлением новых методов лечения таких больных, включая лекарственные препараты, стоимость лечения «постоянно растёт и, как следствие, становится более сложной задачей по его бюджетной оплате», полагает она.

Уполномоченный по правам человека обратилась в июле 2014 г. в Правительство РФ с просьбой поручить соответствующим федеральным органам исполнительной власти решить вопрос по изменению правового регулирования правоотношений в сфере оказания необходимой медицинской помощи, включая лекарственное обеспечение лиц, страдающих орфанными заболеваниями. Минздрав России согласился с её мнением и высказался за внесение таких изменений в законодательство. Минэкономразвития России констатировало, что для определения целесообразности принятия данного решения необходимо оценить объём дополнительных ассигнований федерального бюджета на эти цели до 2020 г.

Недостаточное обеспечение обезболивающими (наркотическими) препаратами больных, находящихся в терминальной стадии рака, имеют нередко трагические последствия, отмечается в докладе.

«Негативная ситуация, связанная с административными барьерами при получении указанной категорией больных необходимых им обезболивающих лекарственных препаратов, недопустима и требовала оперативного разрешения», – констатирует Э. Памфилова. С этой целью соответствующие обращения направлены уполномоченным в Департамент здравоохранения Москвы и заместителю председателя Правительства РФ Ольге Голодец, которой предложено разобраться в ситуации с обеспечением обезболивающими лекарственными средствами онкологических больных и принять необходимые меры по соблюдению прав граждан на охрану их здоровья и квалифицированную медицинскую помощь.

В результате Минздравом России разработана необходимая нормативная правовая база, регулирующая оборот наркотических средств и психотропных веществ, позволяющая врачам и при необходимости среднему медицинскому персоналу производить своевременное назначение и выписку наркотических лекарственных препаратов.

Наряду с этим позитивным, по мнению Э. Памфиловой, является принятие Федерального закона № 501-ФЗ от 31.12.2014 «О внесении изменений в Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах». Он предусматривает продление срока действия рецепта

до 30 дней, упрощённый порядок уничтожения использованных в медицинских целях наркотических и психотропных средств, исключая, в том числе, необходимость возврата использованных трансдермальных терапевтических систем родственниками пациентов.

Психическое нездоровье – это не повод для нарушения прав пациентов, считает уполномоченный по правам человека. Обращения о нарушениях законодательства в сфере оказания психиатрической помощи, в том числе о (недобровольной госпитализации, некорректном обращении, и невозможности госпитализировать родственников, восстановлении дееспособности рассматриваются им в установленном порядке. Основную заботу вызывают жалобы на нарушение прав такой незащищённой категории граждан, как пациенты, находящиеся в медицинских организациях: оказывающих психиатрическую помощь в стационарах, в стационарных учреждениях социального обслуживания (психоневрологических интернатах).

Проблемы в установлении инвалидности и реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья связаны со сложными процедурами и неудобством их прохождения. Порой это требует больших физических затрат и душевных сил, говорится в докладе. По данным Министерства труда и социальной защиты РФ, число лиц, состоящих на учёте и получающих пенсию по инвалидности в системе Пенсионного фонда РФ, составило в 2014 г. 12 550 млн. человек (1,5 млн. – инвалиды I группы, 6,4 млн. – II группы, 4,2 млн. – III группы, 590 тыс. детей-инвалидов).

«Количество людей с инвалидностью неуклонно сокращается, что, на первый взгляд, должно являться позитивной тенденцией, замечает уполномоченный по правам человека в России Элла Памфилова. – Глубокий, непредвзятый анализ, в результате каких факторов это происходит, ещё предстоит, но один из них очевиден: далеко не все потенциальные инвалиды способны преодолеть многочисленные барьеры на пути к установлению инвалидности. К сожалению, пока в системе медико-социальной экспертизы сохраняются бюрократизм и субъективный подход к делу. Процедуры установления инвалидности, переосвидетельство разработки индивидуальной программы реабилитации продолжают оставаться весьма сложными и длительными».

Однако, по мнению Э. Памфиловой, есть все основания полагать, что новые классификации и критерии, разработанные в рамках мероприятий Концепции совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы Минтрудом России с учётом положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, должны обеспечить объективность и достоверность оценки ограничений жизнедеятельности инвалидов. Действует приказ Минтруда России о классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы.

Но оценить эффективность практического применения указанных классификаций и критериев можно будет только по прошествии определённого времени и по результатам мониторинга ситуации с установлением инвалидности при новом правовом регулировании. В том числе с участием уполномоченного по правам человека и институтов гражданского общества.

Одним из важных аспектов качественного функционирования системы медико-социальной экспертизы является обеспечение физической и информационной доступности её объектов, а именно – оборудование зданий и помещений, в которых проводится медико-социальная экспертиза, соответствующими приспособлениями для инвалидов по зрению, по слуху, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата.

Как констатирует доклад, проблемы лекарственного обеспечения граждан с орфанными заболеваниями по-прежнему остаются актуальными. В прошлом году потребность в финансировании лечения таких болезней составила 26 млрд. руб., тогда как субъекты РФ потратили на это лишь 9 млрд.

С онкологическими больными помимо онкологов будут работать психотерапевты, сообщил главный психиатр Минздрава России Зураб Кекелидзе. По его словам, также обсуждается возможность применения антидепрессантов и транквилизаторов при лечении таких пациентов. Эти положения включены в концепцию постоянной психиатрической помощи онкологическим больным.

Как заявила В. Скворцова на пресс-брифинге, сейчас ничто не препятствует выписке обезболивающих препаратов, в том числе наркотических. Тем не менее, Минздрав примет дополнительные меры по обеспечению «каждого нуждающегося в обезболивании». Министерство разрабатывает законопроект, согласно которому больной, повторно обращающийся за обезболиванием, должен получить помощь в течение не более часа с момента обращения. Минздрав обещает следить за ситуацией, составляя ежемесячный рейтинг регионов.

По данным СМИ, с начала года только в Москве произошло более 10 самоубийств онкобольных. В ряде случаев причиной суицидов стали невыносимые боли.

Однако вступит в силу этот закон только в июле 2015 г., после принятия подзаконных актов на уровне регионов.

В общественных организациях, занимающихся помощью тяжелобольным людям, приветствуют инициативы Минздрава, однако сомневаются в том, что они будут реализованы. По словам директора психологической службы помощи, больным раком «Содействие» Ольги Гольдман, анализ поступающих обращений говорит о том, что горячая линия по обезболиванию очень нужна.

Не так просто будет реализовать и обещание обеспечить обезболивающим препаратом в течение часа. «Это означает, что человек должен получить лекарство за один визит к врачу и в той же поликлинике, – говорит О. Гольдман. – Но для этого предстоит разбить много стереотипов. Сейчас процедура очень заформализована, врачи боятся поставить одну свою подпись и гоняют больных к заведующему, а немногочисленные аптеки, которые решаются работать с такими препаратами, хранят за семью замками пластыри, хотя они наркоманам совершенно не интересны. Эта формализация очень выгодна ФСКН, готовой обвинить медиков на основании ошибки в бумагах».

Ничего не изменится до тех пор, пока в Уголовном кодексе РФ будут оставаться статьи, позволяющие преследовать врачей за неправильное оформление рецепта на наркотические обезболивающие, считает и президент фонда «Вера» Нюта Федермессер. Хотя логичней было бы установить административную ответственность для врачей, которые оставляют пациента страдать от болевого синдрома. Кроме того, считает глава фонда, надо менять ситуацию, при которой решение вопроса с обезболиванием зависит от 12 разных инстанций, среди которых Минздрав, Минюст, Минтруда, ФСКН, МВД и региональные власти.

К. Федермессер напомнила также, что приказ Минздрава России, позволяющий при выписке из стационара давать пациенту с собой обезболивающие препараты на 5 дней, пока он не получит рецепт по месту жительства, действует уже 2 года. Однако мало кто его выполняет. В том числе и потому, что запаса наркотиков не хватает самим больницам.

В действующем законодательстве предусмотрено практически всё необходимое для того, чтобы российские паллиативные больные не испытывали страданий, говорит председатель исполнительного комитета МОД «Движение против рака», член общественного совета при Минздраве России Николай Дронов. Проблема в том, что это не исполняется на практике. «Паллиативной помощи посвящена статья 36 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», – отмечает эксперт. По используемой в законе терминологии, это комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжёлых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни неизлечимых больных».

По словам эксперта, среди всех нуждающихся в паллиативной помощи онкологические больные составляют не более 20%. И при этом паллиатив не является видом скорой медицинской помощи, срочным медицинским вмешательством. В такой помощи нуждаются неизлечимые пациенты, которые, как правило, уже давно хронически больны. Поэтому здесь должна быть создана система плановой работы с инкурабельными пациентами, полагает Н. Дронов.

«Почему до сих пор такая система не создана – это вопрос к регионам, – говорит он. – И если задать его губернаторам, они честно ответят, что у них нет на это денег. А в системе ОМС, которая фактически является системой госгарантий, паллиативной помощи нет. Вот и получается, что её некому, кроме региональных бюджетов, оплачивать. Федеральный Минздрав сам ничего создавать не обязан. Но если он найдёт источники ресурсов и рычаги воздействия на регионы и заставит начать исполнять возложенные на них обязанности – создать амбулатории,

кабинеты, бригады противоболевой терапии, которые будут своевременно и без страха не только выписывать обезболивающие лекарства, но и профессионально оказывать иную паллиативную помощь, тем, кто в ней так остро нуждается, – это можно только приветствовать».

Помимо вышеназванных в докладе омбудсмена приведены и другие примеры нарушений в сфере оказания психиатрической помощи.

По мнению правозащитников, необходимы действенные механизмы предотвращения злоупотреблений в психиатрии в немедицинских целях для разрешения имущественных споров, в целях квартирного мошенничества, по политическим мотивам. Разделяя мнение правозащитников по данному вопросу, аппаратом уполномоченного подготовлены и направлены в Правительство РФ предложения по созданию специальной независимой службы, предусмотренной Законом Российской Федерации № 3185-1 от 02.07.1992 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании».

В целях реализации предписаний статьи 38 этого закона по инициативе уполномоченного разработана концепция федерального закона «О коллегиях защиты прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях, и лиц, страдающих психическими расстройствами, находящихся в стационарных учреждениях социального обслуживания». Подготовленные на её основе законопроекты направлены в Правительство РФ.

В 2014 г. к уполномоченному поступило 59 100 обращений граждан, государственных и общественных организаций. По сравнению с аналогичным показателем предыдущего года количество жалоб возросло на 43,6%. На личный приём к уполномоченному и в его рабочий аппарат (приёмную) обратились более 4 тыс. посетителей (граждан Российской Федерации, иностранных граждан и лиц без гражданства). Более 8500 запросов и обращений поступило по телефону информационно-справочной службы, около 7600 обращений из числа указанных - через созданную в 2014 г. интернет-приёмную уполномоченного.

Подавляющее большинство жалоб – 98,5% – поступило с территории Российской Федерации, остальные – из-за рубежа.

В любом случае, считает Э. Памфилова, «неизменной должна оставаться главная ценность – ценность человеческой жизни в любых проявлениях и гарантиях, идёт ли речь о доступности медицинской помощи или о защите личных прав человека со стороны государства от преступных посягательств».

Авдеев, И. А. Утвержден новый порядок проведения диспансеризации взрослого населения // Главный врач: вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2015. – № 5. – С. 3-10.

С 1 апреля 2015 года вступил в силу новый Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Минздрава России от 03.02.2015 №36ан.

Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (далее по тексту – Порядок) регулирует вопросы, связанные с проведением в медицинских организациях диспансеризации следующих групп взрослого населения (в возрасте от 18 лет и старше):

- работающие граждане;
- неработающие граждане;
- обучающиеся в образовательных организациях по очной форме.

Порядок не применяется в случаях, когда законодательными и иными нормативными правовыми актами РФ установлен иной порядок проведения диспансеризации отдельных категорий граждан.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством РФ.

Диспансеризация взрослого населения проводится путем углубленного обследования состояния здоровья граждан в целях:

1) раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ, основных факторов риска их развития (повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела или ожирение), а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

2) определения группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития, граждан с иными заболеваниями (состояниями), а также для здоровых граждан;

3) проведения краткого профилактического консультирования граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития, здоровых граждан, а также проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования и группового профилактического консультирования (школ пациента) граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском;

4) определения группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском.

Диспансеризация проводится 1 раз в 3 года в возрастные периоды, предусмотренные приложением № 1 к Порядку, за исключением:

– инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

– лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

– бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий).

Указанные категории граждан проходят диспансеризацию ежегодно вне зависимости от возраста.

Перечень осмотров (консультаций) врачами-специалистами (фельдшером или акушеркой), исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках диспансеризации в зависимости от возраста и пола гражданина (объем диспансеризации), определяется в соответствии с приложением № 1 к Порядку.

Диспансеризация взрослого населения проводится медицинскими организациями независимо от организационно-правовой формы, участвующими в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части оказания первичной медико-санитарной помощи, при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей работы (услуги) по «медицинским осмотрам профилактическим», «терапии», «акушерству и гинекологии» или «акушерству и гинекологии (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий)», «акушерскому делу» или «лечебному делу», «офтальмологии», «неврологии», «хирургии», «рентгенологии», «клинической лабораторной диагностике» или «лабораторной диагностике», «функциональной диагностике», «ультразвуковой диагностике», «эндоскопии».

В случае отсутствия у медицинской организации, осуществляющей диспансеризацию, лицензии на осуществление медицинской деятельности по отдельным видам работ (услуг), необходимым для проведения диспансеризации в полном объеме, медицинская организация

заклучает договор с иной медицинской организацией, имеющей лицензию на требуемые виды работ (услуг), о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению диспансеризации.

Диспансеризация проводится при наличии информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя, данного с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Гражданин вправе отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации.

Руководитель медицинской организации и медицинские работники отделения (кабинета) медицинской профилактики (в том числе входящего в состав центра здоровья) являются ответственными за организацию и проведение диспансеризации населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации.

Врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач-терапевт цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач)) (далее – врач-терапевт) является ответственным за организацию и проведение диспансеризации населения терапевтического, в том числе цехового, участка (участка врача общей практики (семейного врача)), обслуживаемой территории (далее – участок).

Фельдшер фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта является ответственным за проведение диспансеризации населения фельдшерского участка в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по проведению диспансеризации, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.03.2012 № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты».

Основными задачами фельдшера фельдшерского здравпункта или ФАП при проведении диспансеризации являются:

– составление списков граждан, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году, и плана проведения диспансеризации на текущий календарный год с учетом возрастной категории граждан;

– активное привлечение населения к прохождению диспансеризации, информирование о ее целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;

– инструктаж граждан, прибывших на диспансеризацию, о порядке ее прохождения, объеме и последовательности проведения обследования;

– выполнение доврачебных медицинских исследований первого этапа диспансеризации (опрос (анкетирование), направленное на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, антропометрия, расчет индекса массы тела, измерение артериального давления, а также определение уровня общего холестерина и уровня глюкозы в крови экспресс-методом, измерение внутриглазного давления бесконтактным методом, осмотр фельдшером, включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование);

– определение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний на основании диагностических критериев, предусмотренных приложением № 2 к Порядку;

– формирование комплекта документов, заполнение карты учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров);

– индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) по направлению врача-терапевта для граждан, отнесенных ко II и III группам состояния здоровья, в рамках второго этапа диспансеризации;

– разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи.

Основными задачами врача-терапевта при проведении диспансеризации являются:

– составление списков граждан, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году, и плана проведения диспансеризации на текущий календарный год с учетом возрастной категории граждан;

– активное привлечение населения участка к прохождению диспансеризации, информирование о ее целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации;

– граждан к прохождению диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;

– проведение медицинского осмотра гражданина по итогам первого и второго этапов диспансеризации, установление диагноза заболевания (состояния), определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 до 39 лет и абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 42 до 65 лет, определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), назначение необходимого лечения, при наличии медицинских показаний направление на дополнительные диагностические исследования, не входящие в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение;

– проведение краткого профилактического консультирования, включающего рекомендации по здоровому питанию, по уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя; направление граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья, а также фельдшерский здравпункт или фельдшерско-акушерский пункт для оказания медицинской помощи по коррекции указанных факторов риска;

– разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи;

– участие в оформлении (ведении) медицинской документации;

– подведение итогов диспансеризации.

Основными задачами отделения (кабинета) медицинской профилактики медицинской организации, в том числе находящегося в составе центра здоровья, при проведении диспансеризации являются:

– участие в информировании населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, о проведении диспансеризации, о ее целях и задачах, проведение разъяснительной работы и мотивирование граждан к прохождению диспансеризации;

– инструктаж граждан, прибывших на диспансеризацию, о порядке ее прохождения, объеме и последовательности проведения обследования;

– выполнение доврачебных медицинских исследований первого этапа диспансеризации (опрос (анкетирование), направленное на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, антропометрия, расчет индекса массы тела, измерение артериального давления, определение уровня общего холестерина и уровня глюкозы в крови экспресс-методом, измерение внутриглазного давления бесконтактным методом);

- определение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний на основании диагностических критериев, предусмотренных приложением № 2 к Порядку;
- формирование комплекта документов, по результатам исследований, проведенных в рамках диспансеризации, для направления пациента на осмотры врачами-специалистами и врачом-терапевтом по итогам первого и второго этапов диспансеризации, включая заполнение карты учета диспансеризации;
- учет граждан, прошедших каждый этап диспансеризации, включая заполнение карты учета диспансеризации и отчета о проведении диспансеризации по форме, утверждаемой в соответствии с частью 3 статьи 97 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;
- индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) по направлению врача-терапевта для граждан, отнесенных ко II и III группам состояния здоровья, в рамках второго этапа диспансеризации;
- разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи.

Этапы диспансеризации.

Диспансеризация проводится в два этапа.

Первый этап диспансеризации (скрининг) проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации, и включает в себя:

- опрос (анкетирование), направленное на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача (далее – анкетирование);
- антропометрию (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела;
- измерение артериального давления;
- определение уровня общего холестерина в крови (допускается использование экспресс-метода);
- определение уровня глюкозы в крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод);
- определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 до 39 лет и абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 40 до 65 лет, не имеющих заболеваний, связанных с атеросклерозом;
- электрокардиографию в покое (для мужчин в возрасте старше 35 лет, для женщин в возрасте 45 лет и старше, а для мужчин в возрасте до 35 лет и женщин в возрасте до 45 лет – при первичном прохождении диспансеризации);
- осмотр фельдшером (акушеркой), включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование (далее – мазок с шейки матки) (для женщин в возрасте от 21 года до 69 лет включительно);
- флюорографию легких;
- маммографию обеих молочных желез (для женщин в возрасте от 39 до 75 лет);
- клинический анализ крови (в объеме не менее определения концентрации гемоглобина в эритроцитах, количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов);
- клинический анализ крови развернутый (для граждан в возрасте от 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет вместо клинического анализа крови);

- анализ крови биохимический общетерапевтический (в объеме не менее определения уровня креатинина, общего билирубина, аспартат-аминотрансминазы, аланинаминотрансминазы, глюкозы, холестерина);
- общий анализ мочи;
- исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (допускается проведение бензидиновой или гваяковой пробы) (для граждан в возрасте от 48 до 75 лет);
- ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов брюшной полости и малого таза на предмет исключения новообразований для граждан в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет (для женщин УЗИ поджелудочной железы, почек, матки и яичников; для мужчин УЗИ поджелудочной железы, почек и предстательной железы), а для мужчин, когда-либо куривших в жизни, также УЗИ брюшной аорты с целью исключения аневризмы однократно в возрасте 69 или 75 лет;
- измерение внутриглазного давления (для граждан в возрасте 39 лет и старше);
- прием (осмотр) врача-терапевта, включающий установление диагноза, определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения, проведение краткого профилактического консультирования, включая рекомендации по здоровому питанию, уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя, определение медицинских показаний для обследований и консультаций в рамках второго этапа диспансеризации.

Первый этап диспансеризации может проводиться мобильными медицинскими бригадами, осуществляющими свою деятельность в соответствии с правилами организации работы мобильных медицинских бригад, предусмотренными приложением № 8 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Минздравсоцразвития РФ от 15.05.2012 № 543н.

Граждане, нуждающиеся по результатам первого этапа диспансеризации в дополнительном обследовании, индивидуальном углубленном профилактическом консультировании или групповом профилактическом консультировании (школа пациента), направляются врачом-терапевтом на второй этап диспансеризации.

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования и включает в себя:

- дуплексное сканирование брахицефальных артерий (в случае наличия указания или подозрения на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения по результатам анкетирования, а также для мужчин в возрасте от 45 лет и старше и женщин в возрасте старше 55 лет при наличии комбинации трех факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний: повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, избыточная масса тела или ожирение);
- эзофагогастродуоденоскопию (при выявлении по результатам анкетирования жалоб, свидетельствующих о возможном онкологическом заболевании верхних отделов желудочно-кишечного тракта или для граждан в возрасте старше 50 лет при отягощенной наследственности по онкологическим заболеваниям органов желудочно-кишечного тракта);
- осмотр (консультацию) врачом-неврологом (в случае указания или подозрения на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения по результатам анкетирования у граждан, не находящихся под диспансерным наблюдением по данному поводу, а также в случаях первичного выявления нарушений двигательной функции, когнитивных нарушений и подозрения на депрессию у граждан в возрасте 75 лет и старше);
- осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-урологом (для мужчин в возрасте от 42 до 69 лет при впервые выявленных по результатам анкетирования признаках патологии мочеполовой системы или при отягощенной наследственности по онкологическим заболеваниям предстательной железы, а также для мужчин вне зависимости от возраста в случае подозрения на онкологическое заболевание предстательной железы по результатам УЗИ);
- осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом (для граждан при положительном анализе кала на скрытую кровь, для граждан в возрасте 45 лет и старше при отягощенной наследственности по семейному полипозу, онкологическим

заболеваниям колоректальной области, при выявлении других медицинских показаний по результатам анкетирования, а также по назначению врача-терапевта, врача-уролога, врача-акушера-гинеколога в случаях выявления симптомов онкологических заболеваний колоректальной области);

- колоноскопию или ректороманоскопию (в случае подозрения на онкологическое заболевание толстой кишки по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога);

- определение липидного спектра крови (уровень общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой плотности, холестерина липопротеидов низкой плотности, триглицеридов) (для граждан с выявленным повышением уровня общего холестерина в крови);

- спирометрию (для граждан с подозрением на хроническое бронхо-легочное заболевание по результатам анкетирования, курящих и по направлению врача-терапевта);

- осмотр (консультацию) врачом-акушером-гинекологом (для женщин с выявленными патологическими изменениями по результатам цитологического исследования мазка с шейки матки и (или) маммографии, УЗИ матки и яичников);

- определение концентрации гликированного гемоглобина в крови или тест на толерантность к глюкозе (для граждан с выявленным повышением уровня глюкозы в крови);

- осмотр (консультацию) врачом-оториноларингологом (для граждан в возрасте 75 лет и старше при наличии медицинских показаний по результатам анкетирования или осмотра врача-терапевта);

- анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена (по назначению врача-хирурга или врача-уролога мужчинам с подозрением на онкологическое заболевание предстательной железы по результатам опроса, осмотра, пальцевого исследования или УЗИ предстательной железы);

- осмотр (консультацию) врачом-офтальмологом (для граждан в возрасте 39 лет и старше, имеющих повышенное внутриглазное давление, и для граждан в возрасте 75 лет и старше, имеющих снижение остроты зрения, не поддающееся очковой коррекции, выявленное по результатам анкетирования);

- индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте) (для граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний, имеющих указанные заболевания или имеющих высокий и очень высокий абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск);

- прием (осмотр) врача-терапевта, включающий установление (уточнение) диагноза, определение (уточнение) группы состояния здоровья, определение группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), а также направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.

При наличии у гражданина документально подтвержденных результатов осмотров (консультаций) врачами-специалистами (фельдшером или акушеркой) (далее - осмотр), исследований или сведений об иных медицинских мероприятиях, входящих в объем диспансеризации, которые выполнялись в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации, решение о необходимости повторного осмотра, исследования или мероприятия в рамках диспансеризации принимается индивидуально с учетом всех имеющихся результатов обследования и состояния здоровья гражданина.

При выявлении у гражданина в процессе диспансеризации медицинских показаний к проведению осмотров врачами-специалистами, исследований и мероприятий, не входящих в объем диспансеризации в соответствии с Порядком, они назначаются и выполняются с учетом положений порядков оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания (состояния) и стандартов медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

На основе сведений о прохождении гражданином диспансеризации медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики, а также фельдшером

фельдшерского здравпункта или ФАПа по результатам исследований, проведенных в рамках диспансеризации в данном фельдшерском здравпункте или ФАПе, заполняется карта учета диспансеризации, которая подшивается в медицинскую карту амбулаторного больного. Результаты иных исследований и осмотров, не включенных в карту учета диспансеризации, вносятся в медицинскую карту амбулаторного больного с пометкой "Диспансеризация".

Классификация групп состояния здоровья по результатам диспансеризации.

Для определения по результатам диспансеризации группы состояния здоровья гражданина и планирования тактики его медицинского наблюдения используются следующие критерии:

I группа состояния здоровья – граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний). Таким гражданам в рамках диспансеризации проводится краткое профилактическое консультирование;

II группа состояния здоровья – граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Таким гражданам в рамках диспансеризации проводится коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (углубленное индивидуальное профилактическое консультирование и (или) групповое профилактическое консультирование) в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте, при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции указанных факторов риска. Эти граждане подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики, а также фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта;

IIIа группа состояния здоровья – граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании;

IIIб группа состояния здоровья – граждане, не имеющие хронические неинфекционные заболевания, но требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании.

Граждане с IIIа и IIIб группами состояния здоровья подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий. Гражданам с IIIа группой состояния здоровья, имеющим факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, и гражданам с IIIб группой состояния здоровья, имеющим высокий и очень высокий суммарный (абсолютный или относительный) сердечнососудистый риск, проводится коррекция имеющихся факторов риска (углубленное индивидуальное профилактическое консультирование и (или) групповое профилактическое консультирование) в рамках диспансеризации в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте.

Критерии эффективности диспансеризации взрослого населения.

Основными критериями эффективности диспансеризации взрослого населения являются:

– охват диспансеризацией населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации и подлежащего диспансеризации в текущем году (плановое значение – не менее 23% ежегодно);

– охват индивидуальным углубленным профилактическим консультированием граждан со II и IIIа группой состояния здоровья, а также граждан с IIIб группой состояния здоровья, имеющих высокий и очень высокий суммарный (абсолютный или относительный) сердечно-сосудистый риск (плановое значение – не менее 60% от имеющих медицинские показания для проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования);

– охват групповым профилактическим консультированием (школа пациента) граждан с II и IIIа группами состояния здоровья, а также граждан с IIIб группой состояния здоровья, имеющих высокий и очень высокий суммарный (абсолютный или относительный) сердечно-сосудистый риск (плановое значение – не менее 60% от имеющих медицинские показания для проведения группового профилактического консультирования).

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Краузе, А. Электронная кожа // Медицинская газета. – 2015. – 3 июня (№ 40). – С. 13.

Американские учёные работают над созданием «электронной кожи» – устройством, которое определяет наличие и форму опухолей размером менее 10 мм в длину в молочной железе и производит соответствующее изображение на экран. Данные разработки, по мнению учёных, позволят повысить выживаемость пациенток с раком молочной железы на 94%.

Ни для кого не секрет: раннее выявление рака позволяет сохранять около сотни жизней каждый год, позволяя бороться с опухолью до того, как она разрастётся и поразит соседствующие ткани. В настоящее время существует несколько различных способов определить наличие рака молочной железы. При диагностике в первую очередь проводится мануальное обследование молочных желёз, затем, при наличии подозрений или в качестве скрининговой процедуры, может быть назначено УЗИ или маммография молочных желёз. Последнюю процедуру женщинам до 35 лет выполнять не рекомендуется, так как в молодости ткань молочных желёз более чувствительна к радиоактивному облучению.

Пальпация же является наиболее широко используемым методом обнаружения уплотнений в тканях молочных желёз, но чем меньше размер опухоли, тем труднее её обнаружить данным способом.

У существующих на сегодняшний день устройств для выявления уплотнений в молочной железе качество изображения относительно слабое, в связи с чем они не способны точно определить форму опухоли, что является решающим фактором при определении типа опухоли.

Исследователи из Университета Небраски-Линкольна (США) создали плёночное тактильное устройство, состоящее из наночастиц и полимеров, способное передавать изображения через прикосновение. Как показали исследования, разработанная ими «электронная кожа» успешно определяла опухоли размером менее 5 мм, что может быть трудно обнаруживаемое даже для опытного специалиста.

Полученные результаты выглядят многообещающими, так как однажды такая технология сможет заменить пальпационный метод обследования молочной железы. По словам авторов, в будущем их устройство может быть использовано для скрининга ранних стадий развития меланомы и других видов рака.

Ларин, И. Золото и рак // Медицинская газета. – 2015. – 20 мая (№36). – С. 13.

У наших предков побледнение кожи в Европе было связано с недостатком ультрафиолета и вследствие этого синтеза витамина D, который включает ген синтеза двух меланинов – чёрного и рыжего. Сочетание пятен этих двух цветов на белом фоне наблюдается у кошек Calico, чего в норме не бывает у котят. Трёхцветность кошек связана со случайной инактивацией женской половой хромосомы X в клетках волосных фолликулов-мешочков, белые волосы говорят о выключении гена меланина в обеих хромосомах.

Пару лет назад в Йельском университете установили, что за «выключение» генов X-хромосомы отвечает длинная некодирующая РНК, которая способна выключить все гены хромосомы размером 1,5 млн нуклеотидов (ген-«букв»), причём длины РНК явно не хватало на всю X-хромосому. Год спустя в Институте иммунологии и эпигенетики Фрайберга показали, что РНК в её сайленсинге генов X-хромосомы помогают белки MSL и MOF. Название первого указывает на характерную для самцов летальность, второго – на «отсутствие» самцов. В имени института недаром упомянуто слово «эпигенетика», поскольку выключение активности происходит без изменения последовательности «букв» в гене (мутации), а химической модификации – за счёт присоединения метильных групп – СН₃. Но всё, как выяснили в Станфорде, оказалось ещё сложнее.

Сотрудники Университета в Калифорнии применили новый метод выявления протеинов, связанных с РНК инактивации, и выяснили, что с нею «комплексуется» 81 белок, среди которых не только упомянутые выше, но также протеины «адресации» и таргетности на гены-мишени. Благодаря им РНК, длина которой меньше ДНК X-хромосомы, «покрывает» все гены в ней, надёжно выключая её в клетках девочек и женщин (определение пола которых происходит в утробе матери с помощью так называемого «доз-эффекта» – если вторая хромосома У, то женской «дозы» не хватает, и развивается мальчик). Таким образом, в Калифорнии подтвердили эпигенетическую природу «выключения» второй X-хромосомы с её более чем 1000 генов, нарушения которых ведут у мальчиков к гемофилии и врождённому иммунодефициту, а у девочек и женщин к аутоиммунным расстройствам.

Новое достижение в понимании регуляции пола станет удобной моделью изучения сложных процессов регулирования активности генов, и её выключения, что крайне важно для понимания природы самых разных заболеваний.

Пока, конечно же, учёные ещё не научились управлять «работой» длинных РНК, но малые интерферирующие уже достигли стадии проверки на животных моделях. Специалисты Северо-Западного университета в Чикаго вместе с коллегами из Гарварда и Техасского университета в Хьюстоне рассказали о том, что им с помощью малой РНК (miR 182) удалось подавить рост самой «злой» мозговой опухоли глиобластомы у мышиной модели. Преимущество нового подхода заключается в использовании золотых наночастиц, одетых в «шубу» из молекул полиэтилен-гликоля, которая необходима для «растворения» в крови. Золото давно используется из-за его способности удерживать на своей поверхности органические молекулы, нанометровый размер его частиц позволяет им пройти гематоэнцефалический барьер мозговых сосудов, не пропускающий в мозг разные вещества. Преодоление барьера способствовало накоплению частиц в опухолевых и иницирующих клетках, в результате чего miR 182 подавила гены «стволовости» и плюрипотентности, направив клетки опухоли по пути дифференцировки, старения и запрограммированной смерти. Остаётся ждать дальнейших клинических испытаний.

Беркут, Б. Основа патогенеза глаукомы // Медицинская газета. – 2015. – 20 мая (№36). – С. 13.

Исследователи из Северо-Западного университета Чикаго (США), впервые создав мышиную модель глаукомы, выявили ранее неизвестный химический сигнальный путь, лежащий в основе патогенеза заболевания, что открывает новые возможности по его терапии.

Как известно, глаукома представляет собой группу хронических заболеваний органа зрения, характеризующихся нарушением оттока внутриглазной жидкости, что ведёт к повышению внутриглазного давления, последующей атрофии глазного нерва и полной слепоте. Единые представления о причинах возникновения и механизме развития заболевания, равно как и эффективные методы его лечения, в настоящее время отсутствуют.

На сегодняшний день известно, что в основе патологического процесса при глаукоме лежит блокировка канала Шлемма – венозного кругового сосуда, отводящего водянистую влагу из передней камеры глаза и являющегося частью лимфатической дренажной системы глаза.

Итак, группа под руководством Сьюзан Куаггин создала мышиную модель заболевания и обнаружила, что нормальное функционирование этой системы обеспечивается химическим

взаимодействием двух субстанций – TIE2 и фактора роста ангиопоэтина (ANGPT), работающих по принципу, соответственно, замка и ключа.

Генетическое нарушение сигнального пути TIE2/ANGPT, как выяснила С. Куаггин с коллегами, приводит к развитию у мышей симптомов глаукомы, аналогичных таковым у человека. У животных с отсутствующим «замком» или «ключом» наблюдалось недоразвитие канала Шлемма и других лимфатических капилляров, обеспечивающих отток жидкости из глаза.

Данное открытие, впервые бросающее свет на молекулярный базис патологического процесса, лежащего в основе развития глаукомы, открывает новые возможности для терапии заболевания. В настоящее время С. Куаггин и её коллеги, используя нанотехнологии, разрабатывают глазные капли, которые будут активировать рост заблокированного канала Шлемма и других элементов дренажной системы и за счёт этого снижать внутриглазное давление.

А статистика между тем такова: глаукома стоит на втором месте после катаракты среди причин потери зрения и затрагивает, по приблизительным оценкам, порядка 65 млн. человек во всём мире.

Лалаянц, И. П. Черенков был прав // Медицинская газета. – 2015. – 20 мая (№36). – С. 13.

Мир как-то внезапно перешёл в оцифрованное состояние, «шифруя» буквально всё с помощью двух символов – 0 и 1, on и off, свет и тьма, хотя космос задолго до этого создал гораздо более разнообразную жизнь, для которой потребовалось четыре кодирующих элемента (АГТС) ДНК. В норме последняя имеет высокую степень защиты, но, тем не менее, жизнь не защищена от космического излучения, химического загрязнения и «ошибок» ферментов, отвечающих за синтез вещества генов перед делением клеток. Изменения в ДНК приводят к отклонениям, проявляющимся как раки и нейродегенеративные заболевания.

В Кембридже изучались геномы более 120 тыс. женщин европейского происхождения по всему миру, что позволило выявить 15 новых изменений, повышающих риск рака груди. Ежегодно в Британии этот диагноз узнают 50 тыс. женщин и девушек, и у 5% риск развития опухоли в 2 раза выше из-за указанных маркёров, а у 0,7% он может составлять 33%. Маркёры за счёт более эффективного скрининга позволяют выявить болезнь на более ранней стадии и эффективнее её лечить, недаром сегодня 78% пациенток живут более 10 лет после установления диагноза.

Через 5 лет после смерти вождя в Стокгольме решили вспомнить об открытии молодого П. Черенкова, сделанном в 30-е годы, который доказал, что в среде (не в вакууме) скорость света может быть чуть больше постулированного Эйнштейном «лимита». Физики рассказывают, что именно черенковское излучение даёт голубое свечение подводных реакторов. Раковая клетка отличается геномным дисбалансом, приводящим к нарушению белковых структур в цитоплазме клеток, к которым относятся микротрубочки из белка тубулина, среди молекул которого «встроены» глобулы динеина, обеспечивающего динамику внутриклеточного трафика (откуда и название). Но динеин похож на «камни», зацементированные в стенки, на которых тренируются скалолазы. Функцию рук, удерживающих груз тела, выполняют тяжи «динактина» (от лат. act - действие). Работа белкового комплекса нарушается не только в раковых клетках, но и нервных, в результате чего возникают амиотрофический склероз и болезнь Альцгеймера, паркинсонизм и хорья Гентингтона. Динеин-динактин используется различными вирусами для доставки их нуклеиновых кислот поближе к ядру. По микротрубочкам идёт активный транспорт белка трансферрина, переносящего железо к митохондриям, производящим энергоёмкую АТФ и агрессивные радикалы, вызывающие порывы цепей ДНК.

То же наблюдается и в стареющих клетках, которые висят тяжёлым грузом «на балансе» организма. Специалисты клиники Майо в Рочестере и Исследовательского института во Флориде показали, что указанные клетки включают режим «выживания», задачей которого становится сопротивление их удалению. Как и в раковых клетках, выживание подавляет механизмы апоптоза и иммунной атаки. К радости учёных, сочетание противоракового дасатиниба и противовоспалительного кверцетина, являющегося естественной пищевой добавкой, оказывает «очищающее» действие. Первый из них удаляет стволовые клетки жира, а

второй «санирует» костный мозг и эндотелий. Применение комбинации веществ, которым авторы дали название «сенолитики», привело в эксперименте на мышах к продлению их здоровой жизни, не обременённой стандартными болезнями старости.

Неудивительно на этом фоне сочетание самых разных методов, позволивших создать и новое эффективное противораковое средство, использующее для своей активации свет черенковского излучения. Известно, что ПЭТ (позитронно-эмиссионный томограф) регистрирует позитроны – оложительно заряженные электроны, излучаемые ядрами слабо радиоактивных изотопов, например фтор-дезоксиглюкозы. Относительно давно был создан титаноцен, представляющий собой атом металла, соединённого с одной стороны с двумя 5-углеродными кольцами, а с другой – двумя атомами хлора. К сожалению, при своей низкой токсичности титаноцен показывает слабую противоопухолевую активность. В Вашингтонском университете в Сент-Луисе решили совместить разные слабости, поместив молекулы последнего в белок трансферрин, который активно соединяется на поверхности трансформированных клеток со своими многочисленными белковыми рецепторами, пронизывающими клеточную оболочку.

Трансферрин соединяется с поверхностью наночастиц из двуокиси титана (ТЮ₂), активно улавливающих свет и «передающих» его титаноцену, который генерирует большое количество агрессивных радикалов в опухолевой среде с её гипоксией. Радикалы буквально «набрасываются» на ДНК злокачественных клеток и рвут её цепи, что ведёт к уменьшению опухолевого объёма (в мышинных моделях рака лёгких и фибросаркомы человека – осьмикратное уменьшение за 15 дней). При этом здоровые клетки не затрагиваются в силу того, что на их поверхности рецепторов трансферрина мало или вовсе нет. ПЭТ служит для «фиксации» опухоли, а радионуклидное излучение Черенкова «возбуждает» ТЮ₂, свет которого неизмеримо усиливает действие титаноцена.

Дымова, Ж. Спасая мужчин : [лучевая терапия всё эффективнее используется нашими онкологами] // Медицинская газета. – 2015. – 22 мая (№37). – С. 11.

Средний возраст мужчин, проживающих в крупных российских городах, у которых обнаруживается рак, – 61 год. Причём после постановки диагноза они редко проживают более 2,5 года, в то время как жители США, Германии, Франции, Израиля, других стран с развитой медициной при раннем выявлении и правильном лечении этого заболевания живут ещё 12,5-14 лет.

Методы лечения, которые постепенно становятся реальностью и для нашей медицины, обсуждали онкологи, радиологи и урологи на Международной конференции «Лучевая терапия предстательной железы».

Директор научно-исследовательского онкологического центра им. Шамполимо (Лиссабон, Португалия), председатель Фонда Альфреда Слоуна по радиационной онкологии в Мемориальном центре рака Sloan-Kettering (Нью-Йорк, США), профессор Цви Фукс начал профессиональную встречу с вопроса: «Можно ли с помощью метода лучевой терапии вылечить рак предстательной железы?» И не просто положительно ответил на него, а подробно рассмотрел динамику метода на протяжении десятилетий с примерами из практики лучших лечебных учреждений мира.

Он рассказал о новой методике высокоточной лучевой терапии, которая по эффективности не уступает радикальной хирургической операции, но при этом позволяет сохранить высокое качество жизни пациента после проведённого лечения.

Так как при раке предстательной железы зачастую имеется несколько альтернативных методов лечения, обладающих одинаковой эффективностью с точки зрения контроля опухоли, профессор отметил правильность мультидисциплинарного подхода к выбору наиболее эффективного и приемлемого для пациента метода лечения онкологического заболевания.

Клинические исследования дистанционной лучевой терапии рака предстательной железы за 5 сеансов были начаты более 10 лет назад, с тех пор подобное лечение получили несколько тысяч пациентов по всему миру. В 2013 г. Американская ассоциация врачей-радиотерапевтов одобрила применение КФДЛТ в клинической практике. В соответствии с рекомендациями национальной онкологической сети США с 2014 г. экстракраниальная стереотаксическая

радиотерапия рака предстательной железы (с разовой очаговой дозой от 6,5 Гр и выше) является новой методикой лучевой терапии, более безопасной и не менее эффективной, чем режимы конвенционального фракционирования дозы.

К сожалению, отметил С. Усычкин, КФДЛТ всё ещё редко применяется в России. При этом за год с того времени, когда докладчик стал её использовать, не было зафиксировано ни одного случая клинически явных лучевых повреждений здоровых органов (прямой кишки, мочевого пузыря). У всех пациентов отмечена положительная динамика показателей ПСА после лечения.

Его коллега старший врач-радиотерапевт Станислав Захаров дополнил картину, рассказав о применении стереотаксической гипофракционной радиотерапии метастатического рака простаты. Он представил результаты лечения на основе метода подведения высоких доз радиации за один сеанс. Это позволяет говорить о радиобиологических преимуществах по сравнению со стандартной лучевой терапией: большей потенциальной гибели опухолевых клеток, лучшей переносимости лечения пациентами, значительном сокращении общего времени, затраченного на проведение лучевого лечения.

Во всех случаях отмечено улучшение качества жизни пациентов, у которых диагностирован рак предстательной железы. Это значит, что с новыми технологиями они обретают стойкость, уверенность в преодолении недуга.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Маргаева, М. П. Факторы, влияющие на состояние здоровья средних медицинских работников [Текст] / М. П. Маргаева, Е. В. Карнова // Медсестра. – 2015. – № 6. – С. 48-58.

Современное здравоохранение невозможно себе представить без внедрения высокотехнологичных видов медицинской помощи, расширения номенклатуры применяемых лечебных, диагностических и дезинфицирующих средств и дезинфекционных технологий, что неизбежно создает дополнительные, к уже имеющимся, вредные производственные факторы. Объектом их воздействия служат не столько пациенты, сколько медицинские работники, подчас находящиеся на работе круглосуточно от 2 до 4 месяцев суммарного годового рабочего времени.

Многочисленные вредные производственные факторы неблагоприятно влияют на здоровье и зачастую приводят к срыву защитных и адаптационных механизмов.

Стоит отметить, что медицинские работники занимают пятое место по распространенности профессиональной заболеваемости, опережая даже работников химической промышленности.

Прежде всего, в статье рассмотрено общее представление о здоровье человека, его основные структурно-содержательные характеристики.

Характеристики к здоровью и здоровому образу жизни появились уже в начале семнадцатого века, когда высокий уровень детской смертности и заболеваемости начал занимать значимое место в медицине и педагогике. Значительный переломный момент в изучении проблемы здоровья произошел в двадцатом веке. Появилось множество публикаций, посвященных пропаганде здорового образа жизни человека.

До недавнего времени понятие здоровья рассматривалось лишь в контексте физического развития, однако последние разработки направлены на изучение и исследование не только физического, но и психического, психологического, морального, социального видов здоровья.

Даже во времена быстрого развития технологий, науки и, в частности, медицины, человеческий организм подвержен воздействию окружающей среды. Существуют факторы, влияющие на здоровье, которые являются немаловажной составляющей залога спокойной и размеренной жизни.

Еще в конце прошлого столетия ученые Всемирной организации здравоохранения вывели факторы, которые оказывают наибольшее воздействие как на самочувствие, так и на здоровье в целом. Их значимость для организма различна, и для каждого отдельно взятого человека не будет одинаковой. В течение суток, недель, месяцев и лет на человека действует среда, его

окружение, взаимоотношения на работе, а также целый перечень всевозможных раздражителей, которые и были объединены в факторы, влияющие на здоровье человека.

Общепринята следующая классификация факторов, определяющих состояние здоровья населения:

- социально-экономические (образ жизни, условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние и т.д.);
- социально-биологические (возраст, пол, наследственность и т.д.);
- эколого-климатические (состояние воздуха, воды, почвы, уровень солнечной радиации и т.д.);
- медико-организационные (качество, эффективность, доступность медико-социальной помощи и т.д.).

Для того чтобы определить и выделить факторы, влияющие на здоровье среднего медицинского работника, следует подробнее познакомиться с содержанием их профессиональной деятельности.

Неблагоприятные условия труда, неудовлетворительное состояние материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), низкая социально-экономическая обеспеченность, несомненно, способствуют высокому уровню общей заболеваемости медицинского персонала. В результате исследований в области социальной гигиены, гигиены труда, профессиональных болезней, эпидемиологии, социальной экологии были выявлены наиболее существенные факторы, определяющие состояние здоровья медицинских работников в современных условиях. Самые неблагоприятные показатели здоровья отмечены у среднего медицинского персонала. В связи с этим задачи укрепления и сохранения здоровья данного контингента становятся особо актуальными.

Так, можно выделить следующие факторы, которые способны оказывать влияние на здоровье медицинских работников:

- состояние здравоохранения;
- условия и образ жизни;
- генетические факторы;
- состояние (загрязнение) внешней среды.

Каждый фактор, имеющий положительную оценку, может дать отрицательный эффект. Так, в ходе последних исследований специалисты столкнулись с проблемой формального отношения среднего медицинского персонала к прохождению углубленного медицинского осмотра: 62% данной категории нарушали отведенные для медосмотра сроки; 43% просили врачей просто сделать отметку о том, что медосмотр ими пройден. Это приводило к нарушению регистрации впервые выявленных заболеваний, а также к поздней диагностике отдельных нозологических форм. При сопоставлении данных углубленного осмотра было выявлено расхождение между уровнем здоровья, выявленным медицинскими работниками, и самооценкой осматриваемых.

Также стоит учитывать социально-гигиеническую характеристику объекта исследования, т. е. факторы, влияющие на формирование здоровья и развитие профессионально обусловленных заболеваний. Действующий в настоящее время при оценке состояния здоровья врачей и медицинских сестер синдромно-функциональный подход (углубленные профилактические осмотры) позволяет комплексно оценить состояние здоровых и практически здоровых медицинских работников. Поскольку более чем у 68% обследованных были отмечены выраженные отклонения в состоянии здоровья, данная методика не может решить проблему сохранения здоровья медицинского персонала. Для этого нужно проводить анализ причинно-следственных связей с определением значимости здоровья и образа жизни для каждого сотрудника. При оценке уровня здоровья медицинского персонала и среднего медицинского персонала, в частности, нельзя опираться только на внешние факторы риска, т. к. в большинстве случаев огромное значение приобретают внутренние факторы.

Немаловажным фактором, оказывающим влияние на здоровье среднего медицинского персонала, является синдром эмоционального выгорания.

Устранение или снижение действия внешних неблагоприятных факторов трудовой среды медицинских работников не может решить проблему сохранения популяционного здоровья.

Необходимо разьяснять основы здорового образа жизни, принципы саморегуляции здоровья, особенно среднему медицинскому персоналу.

Первичная и вторичная профилактика заболеваний медицинского персонала должна включать программы, разработанные с учетом всех средовых факторов (внешних и внутренних). Особое значение приобретают программы первичной профилактики.

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-sbo@medlan.samara.ru

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

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ




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

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

Воскресенье - выходной день

-  (846) 979-87-91 – справочно-библиографический отдел
-  (846) 979-87-90 – отдел обслуживания читателей
-  тел./факс: (846) 372-39-38 – отдел комплектования и библиотечной обработки

✉ sonmb-sbo@medlan.samara.ru

Сайт: <http://medlan.samara.ru>