

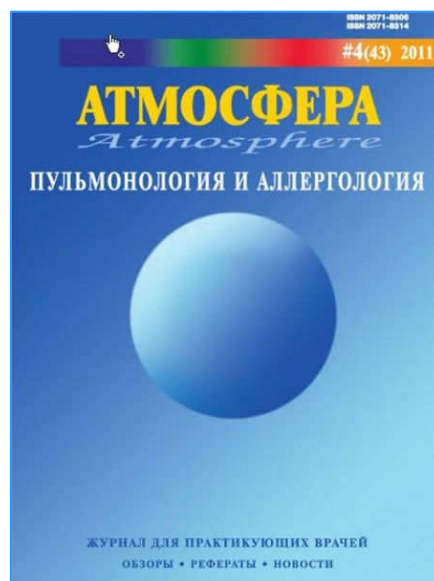


# Самарская областная научная медицинская библиотека МИАЦ

## Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№ 9 (сентябрь), 2013



## СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ .....	20
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	24

## УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

*Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2012 году и задачах на 2013 год [Текст] // Главная медицинская сестра. – 2013. – № 8. – С. 12-21.*

В статье приведены итоги работы Министерства здравоохранения Российской Федерации за 2012 год.

*Показатели смертности и рождаемости населения.*

В 2012 г. в России число умерших сократилось на 26,2 тыс. чел., общий коэффициент смертности населения снизился на 1,5% по сравнению с 2011 г. и составил 13,3 на 1 тыс. населения. Устойчивая положительная тенденция к снижению смертности населения была достигнута по всем основным группам заболеваний: болезням системы кровообращения - на 2,6%, туберкулезу - на 12,2%, болезням от внешних причин - на 4,9%, в т. ч. от случайных отравлений алкоголем - на 14,6%, онкологическим заболеваниям - на 0,7%. В то же время, несмотря на позитивные изменения медицинских показателей при дорожно-транспортных происшествиях (снижение госпитальной летальности до 4,4%, сокращение среднего времени доставки пострадавших в травматологические центры), смертность от дорожной травмы в 2012 г. увеличилась по сравнению с 2011 г. на 2,3%.

В 2012 г. отмечено повышение рождаемости на 5,6% - с 12,6 до 13,3 на 1 тыс. населения. Наряду с мерами социального стимулирования семей к рождению ребенка положительную роль сыграл весь комплекс мер по охране материнства и детства, включая организацию службы психологического консультирования беременных женщин, в т. ч. оказавшихся в трудной жизненной ситуации, что позволило снизить число аборт за один год на 53,9 тыс., т. е. на 5,5%. На 20,0% (12 296 чел.) увеличилось число случаев применения высокотехнологичных репродуктивных технологий для лечения бесплодия, в результате чего на свет появилось более 3 тыс. детей.

В 2012 г. существенно активизировалась работа центров здоровья - 502 центра для взрослых и 204 для детей. В них прошли обследование 4,5 млн. чел., что на 15,0% превышает показатель предыдущего года.

*Высокотехнологичная медицинская помощь.*

В 2012 г. обеспеченность россиян высокотехнологичной медицинской помощью по сравнению с 2011 г. выросла на 40,7%. Во многом это связано с существенным увеличением объема высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой медицинскими учреждениями регионов, более чем в 4 раза за один год - с 35 тыс. до 127 тыс. пациентов. Так, более 40,0% всех трансплантаций почки в 2012 г. проводилось уже на уровне регионального здравоохранения.

*Медицинская помощь матерям и детям.*

В конце 2011 г. был достигнут самый низкий показатель младенческой смертности за всю историю страны - 7,4 на 1 тыс. родившихся живыми по отечественным критериям. Это позволило перейти с 2012 г. на международные критерии живорождения. По расчетам экспертов Всемирной организации здравоохранения, основанным на методе «Делапор-тес», показатель младенческой смертности в России должен был повыситься до 14,5 на 1 тыс. родившихся живыми, т. е. почти на 100%. Однако благодаря реализации целого комплекса мер младенческая смертность в 2012 г. повысилась лишь на 19,0% - до 8,7 на 1 тыс. родившихся живыми. Результаты первых месяцев 2013 г. весьма обнадеживающие и свидетельствуют о последовательном снижении младенческой смертности: за I квартал года - до 8,3 на 1 тыс. родившихся живыми.

Достижение позитивных результатов стало возможным в т. ч. благодаря реализации модернизационных мероприятий. Более 28,0% средств, выделенных в рамках региональных программ модернизации, было направлено на обновление учреждений материнства и детства: отремонтировано и переоснащено 1143 учреждения, открыто почти 4 тыс. коек неонатальной хирургии.

*Реабилитационная помощь.*

Важным вектором оптимизации работы всей системы здравоохранения, наряду с высвобождением от непрофильной деятельности интенсивных коек круглосуточного

наблюдения, является развитие реабилитационной помощи - преемственной, максимально индивидуализированной, начинающейся в остром периоде заболевания в профильных отделениях стационаров и продолжающейся в специализированных реабилитационных подразделениях стационаров, дневных стационаров и амбулаторных служб.

В регионах были развернуты 2704 стационарные реабилитационные койки, открыто 227 коек в дневных стационарах, начата подготовка мультидисциплинарных реабилитационных бригад, состоящих из профильных медицинских специалистов, кинезо-, эрго-, физио- и рефлексотерапевтов, медицинских психологов, а также немедицинских специалистов - логопедов, дефектологов, социальных работников.

#### *Материальная оснащённость учреждений здравоохранения.*

В течение 2012 г. продолжалась реализация программ модернизации здравоохранения, начатых в 2011 г., для обеспечения которых государством было выделено более 664 млрд. руб. В рамках программ модернизации завершено строительство 71 учреждения здравоохранения, капитальный ремонт завершён в 2,5 тыс. учреждений, переоснащено почти 5 тыс. учреждений, для чего приобретено более 288 тыс. единиц медицинского оборудования. Это привело к тому, что за 2012 г. фондо-оснащённость государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения увеличилась на 60,0%, по сравнению с 2011 г. - с 7,7 тыс. до 12,9 тыс. руб. на 1 м<sup>2</sup>.

#### *Информатизация здравоохранения.*

За 2012 г. в медицинские организации поставлено более 286 тыс. единиц компьютерной техники, количество локальных медицинских сетей выросло в 3,5 раза. В 4 тыс. медицинских организаций внедрён сервис «Запись на приём к врачу в электронном виде». С момента его ввода - 1 декабря 2012 г. - данным сервисом воспользовалось около 7 млн. россиян. Почти в 2,5 тыс. медицинских организаций обеспечена возможность ведения электронной медицинской карты и загружено в федеральный сервис более 36 млн. электронных карт, что составляет на сегодняшний день около 26,0% численности населения страны. В 2803 медицинских организациях обеспечена возможность обмена этими медицинскими данными.

Около 19 тыс. автомобилей санитарного транспорта и более 2,5 тыс. станций и отделений скорой медицинской помощи оснащены спутниковой навигацией ГЛОНАСС.

Создан электронный каталог «Российская медицина» с общим объемом библиографических записей, уже превышающим 500 тыс. Организована и функционирует учебная электронная библиотека по 36 медицинским специальностям, оцифровано более 3 тыс. полнотекстовых документов и около 600 книг.

#### *Кадровая политика.*

За последние десятилетия в отрасли сложились грубые кадровые диспропорции. Это и дисбаланс в обеспеченности разными профильными специалистами с острой нехваткой одних (по анестезиологии-реаниматологии - 33,0%, неонатологии - 35,0%, онкологии - 14,0%, наркологии - 32,0%, патологической анатомии - 35,0%, педиатрии - 27,0%, фтизиатрии - 33,0%) и избытком других, и дисбаланс в обеспеченности врачами сельской местности и городов, амбулаторных и стационарных учреждений, стационаров разного уровня.

При такой ситуации гармонизировать врачебный состав отрасли будет возможно не ранее 2018 г., при условии сохранения существующих объемов подготовки в вузах и увеличении доли целевой подготовки в интернатуре и ординатуре. Новая форма целевой контрактной подготовки играет особенно важную роль в устранении кадровых диспропорций в каждом конкретном регионе страны. В 2012 г. было увеличено число целевых мест в федеральных вузах до 38,5%.

Существенно облегчили кадровое наполнение сельского здравоохранения программа «Земский доктор», которая привлекла на село около 8 тыс. молодых специалистов, а также разработанные поправки в Трудовой кодекс РФ, разрешившие сельским врачам дежурство на дому.

#### *Лекарственное обеспечение.*

2012 г. был ознаменован подготовкой Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 г., призванной систематизировать уже существующие в России элементы регулирования фармацевтического рынка для наиболее полного удовлетворения потребности населения в лекарственных средствах. Первый период реализации Стратегии направлен на гармонизацию нормативной базы и создание системы рационального

применения лекарственных препаратов. В 2012 г. в целях создания эффективного механизма, позволяющего исключить необоснованный рост цен на лекарственные средства и не допустить сокращения их ассортимента в аптечных учреждениях, Минздравом России совместно с Федеральной службой по тарифам внесены изменения в Методику установления предельных отпускных цен на лекарственные препараты, включенные в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств.

Масштаб накопившихся в отрасли за последние десятилетия инфраструктурных, кадровых, финансово-экономических и других проблем требует параллельного развития всех взаимосвязанных и взаимообуславливающих отраслевых блоков. Лишь действуя коллегиально и слаженно, возможно решить все те задачи, которые поставлены перед отечественным здравоохранением руководством страны, Правительством РФ и самой жизнью.

\*\*\*

***Карты онлайн: новый электронный сервис поликлиник [Текст] // Здравоохранение: развитие, управление, инновации. – 2013. – № 7. – С. 37.***

Минздрав планирует запустить новый электронный сервис «Личный кабинет пациента» до конца года. Как рассказывает директор департамента информационных технологий и связи министерства Роман Ивакин, в качестве платформы для создания этого сервиса был выбран Единый портал государственных услуг, так как он уже оснащен необходимыми функциями.

В «Личном кабинете» можно будет записаться к врачу, узнать результаты анализов, расписание работы врачей и заказать различные выписки и прочие документы. С помощью сервиса их можно будет распечатать прямо с сайта. Результатом нововведения станет то, что теперь потеря больничной карточки никак не отразится на пациенте, да и разбирать непонятные каракули некоторых врачей и догадываться, о чем же идет речь, больше не придется.

А вскоре у сервиса еще появится функция передачи данных, чтобы врачи из разных городов могли оперативно передавать информацию о пациенте друг другу.

Как заверили в Минздраве, Федеральный сервер, на котором хранятся эти данные, защищен от взлома мошенников.

\*\*\*

***Минздрав России обнародовал План деятельности до 2018 года [Текст] // Главная медицинская сестра. – 2013. – № 8. – С. 5-6.***

План деятельности Минздрава России на 2013-2018 гг. разработан на основании поручения Президента РФ В. В. Путина от 18.05.2013 № Пр-1132.

План министерства содержит важнейшие направления развития сферы здравоохранения и включает в себя 6 целей:

- обеспечение достижения показателей здоровья населения и ожидаемой продолжительности жизни в Российской Федерации, предусмотренных указами Президента РФ В. В. Путина от 07.05.2012 № 598 и 606;
- повышение эффективности системы оказания медицинской помощи на основе оптимизации деятельности медицинских организаций и медицинских работников;
- обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными специалистами;
- инновационное развитие здравоохранения;
- информатизация здравоохранения;
- обеспечение публичной открытости Плана деятельности Минздрава России и актуальной информации о фактических результатах его выполнения.

С целью повышения эффективности системы оказания медицинской помощи на основе оптимизации деятельности медицинских организаций и медицинских работников в План министерства включены показатели, определяющие в т. ч. повышение заработной платы медицинских работников.

Достижение показателей здоровья населения и ожидаемой продолжительности жизни в Российской Федерации будет способствовать повышению уровня здоровья населения,

увеличению продолжительности жизни, что, в свою очередь, окажет положительное влияние на социально-экономические преобразования, происходящие в обществе.

Публичное обсуждение хода исполнения и результатов мероприятий Плана министерства планируется осуществлять с участием координационных и экспертных советов, созданных при Минздраве России и Совета общественных организаций по защите прав пациентов, в состав которого входят руководители 25 общественных организаций и благотворительных фондов.

\*\*\*

*Вслед за словом – реальные перемены [Текст] // Медицинская газета. – 2013. – 23 авг. (№ 63). – С. 8-9.*

В последнее время Президент и Правительство РФ уделяют первостепенное внимание тому, чтобы система здравоохранения страны могла в полной мере обеспечить каждому человеку конституционно гарантированную бесплатную медицинскую помощь. Подтверждением этого служит и очередное заседание президиума Государственного совета, на котором обсуждались актуальные проблемы развития отрасли.

В статье речь идет о перспективах развития здравоохранения подмосковного региона.

Наиболее насущными направлениями в Подмоскowie стали сегодня профилактика заболеваний, формирование здорового образа жизни и развитие первичной медико-санитарной помощи. Цель развития этого одного из ключевых звеньев отрасли как раз и способствует повышению качества, доступности первичной медико-санитарной помощи путём укрепления материально-технической базы амбулаторно-поликлинических учреждений и модернизации инфраструктуры.

Для реализации задач по развитию первичного звена приобретаются фельдшерско-акушерские пункты модульного типа и мобильные ФАПы в малонаселённые сёла с маршрутизацией населения по зоне медицинских организаций. Получают развитие передвижные врачебные амбулатории, стационарные и портативные маммографы, флюорографы. Появятся 12 межмуниципальных консультативно-диагностических центров для взрослых и 19 межмуниципальных консультативно-диагностических центров для детей. Дальнейшее развитие получают дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях и больницах, стационары на дому и центры амбулаторной хирургии.

Развивается неотложная медпомощь на базе амбулаторно-поликлинических учреждений и больниц. В 2011-2013 гг. в 23 муниципалитетах при амбулаторно-поликлинических учреждениях создано 97 отделений (кабинетов) неотложной помощи, в том числе 22 - для детей. Увеличиваются объёмы выездных форм и методов обслуживания.

С 2000 г. в Подмоскowie, по данным органов государственной статистики, наблюдается стабильный рост числа родов. За период 2000-2012 гг. их количество возросло на 76%, с 47,2 тыс. до 78,5 тыс. в год. В 2012 г. зарегистрировано 84,5 тыс. новорождённых. По прогнозам демографов, такая тенденция сохранится вплоть до 2018-2020 гг., что объясняется социально-экономической привлекательностью региона. К 2020 г. число родов может вырасти до 90 тыс. в год.

Из всех субъектов Российской Федерации Подмоскowie имеет самую обширную сеть учреждений, оказывающих помощь женщинам в период беременности и родов, новорождённым и гинекологическим больным. В настоящее время функционирует 52 акушерских стационара. И в условиях положительной демографической ситуации существующая база и сеть акушерских стационаров уже перестаёт удовлетворять потребностям региона.

Состояние и перспективы развития отрасли в значительной степени зависят от подготовки, профессионального уровня и обеспеченности системы медицинскими кадрами. В Подмоскowie особенно остро ощущается общая для всей страны проблема кадрового дефицита медицинских работников. В целях привлечения в государственные и муниципальные учреждения здравоохранения квалифицированных молодых специалистов и ликвидации оттока кадров в частные медорганизации в регионе формируют привлекательные условия. Это позволит медицинским работникам государственных и муниципальных учреждений получать

конкурентный уровень зарплаты, обеспечивать их жильём и дополнительными мерами социальной поддержки.

Одна из больших задач министерства - внедрение единой электронной регистратуры области. ЕЭР - это важнейший инструмент автоматизации процесса управления потоками пациентов, обеспечения записи на приём в электронном виде. Для жителей области это означает повышение качества и доступности медицинского обслуживания за счёт точности планирования и распределения потоков необходимых объёмов помощи и ресурсов. Обслуживание пациентов станет эффективнее, так как обеспечится доступ лечебных учреждений к электронным медицинским картам. В целом ускорится обработка и анализ информации. Информационный сервис будет представлять собой централизованную информационную систему в составе областного центра обработки данных. В рамках её создания медучреждения уже оснащены необходимыми техническими средствами.

В целях повышения качества медицинской помощи в регионе создаётся Единая диспетчерская служба скорой медицинской помощи с использованием спутниковой навигационной системы ГЛОНАСС.

В регионе разработана программа «Здравоохранение Подмосковья на 2014-2020 гг.» Она стала логическим продолжением общероссийской программы модернизации здравоохранения 2011-2012 гг. и направлена на обеспечение доступности и улучшение качества оказания медицинской помощи жителям региона, повышение эффективности медицинских услуг, с тем чтобы объёмы, виды и качество этих услуг соответствовали уровню заболеваемости и потребностям населения.

Здравоохранению региона предстоит решить немало непростых вопросов. И очень важно, что все шаги власти и медицинского ведомства чётко выверены, просчитаны, подкреплены финансово.

\*\*\*

**«Дорожная карта» развития здравоохранения субъекта Российской Федерации [Текст] // Главный врач. – 2013. – № 8. – С. 3-7.**

В статье рассказывается о «Дорожной карте».

До 1 апреля 2013 года предусмотрено утверждение субъектами РФ по согласованию с Минздравом России "дорожных карт" развития здравоохранения, содержащих целевые индикаторы развития отрасли, оптимизацию структуры и определение динамики значений соотношения средней заработной платы категорий медицинских работников и средней заработной платы в соответствующем субъекте РФ.

Целью "Дорожных карт" субъектов РФ является повышение качества медицинской помощи в регионах на основе повышения эффективности деятельности медицинских организаций и их работников.

Структурные преобразования региональной системы здравоохранения осуществляются на основе сформированной в субъекте РФ трехуровневой системы оказания медицинской помощи, включающей в себя:

- уровень, обеспечивающий население первичной медико-санитарной помощью, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощью;
- уровень - межмуниципальный, для оказания специализированной медицинской помощи, преимущественно в экстренной и неотложной форме;
- уровень - региональный, для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

В разделе "Общее описание "дорожной карты" дается описание сети медицинских организаций субъекта РФ с учетом трехуровневой системы, а также ресурсного обеспечения региональной системы здравоохранения и основные направления структурных преобразований в сфере здравоохранения.

Структурные преобразования системы оказания первичной медико-санитарной помощи в субъекте РФ включают следующие мероприятия:

- создание межмуниципальных консультативно-диагностических центров первичной специализированной медицинской помощи;
- формирование потоков пациентов по единым принципам маршрутизации;
- создание системы оказания медицинской помощи сельскому населению, предусматривающей развитие профилактического направления, включая проведение диспансеризации и медицинских осмотров;
- развитие новых форм оказания медицинской помощи: стационарозамещающих и выездных методов работы;
- создание в структуре медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, подразделений неотложной медицинской помощи, работающих во взаимодействии с единой диспетчерской службой скорой медицинской помощи;
- совершенствование принципов взаимодействия со стационарными учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи.

Структурные преобразования системы оказания специализированной помощи в субъекте РФ включают следующие мероприятия:

- на основе стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания развитие этапной системы оказания специализированной медицинской помощи, с маршрутизацией направления пациентов в медицинские организации трехуровневой системы оказания медицинской помощи;
- создание в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, службы маршрутизации, ответственной за организацию долечивания и реабилитации выписывающихся больных, а также внедрение новых медицинских технологий;
- обеспечение преемственности в ведении больного на всех этапах, что значительно повысит качество медицинской помощи населению;
- оптимизация структуры отрасли путем объединения маломощных больниц и поликлиник и создания многопрофильных медицинских центров, обеспечение доступности для населения современных эффективных медицинских технологий, что позволит оказывать большую часть объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;
- оптимизация оказания медицинской помощи в стационарных условиях на основе оптимизации структуры коечного фонда медицинских организаций и интенсификации занятости койки с учетом ее профиля, а также развития стационарозамещающих технологий;
- развитие системы оказания медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи.

Структурные преобразования системы оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи предусматривают создание единой диспетчерской службы скорой медицинской помощи в субъекте РФ, увеличение числа станций (отделений) скорой медицинской помощи, оснащенных автоматизированной системой управления приема и обработки вызовов и использование системы Глонасс.

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 и на плановый период 2014 и 2015 годов (далее - Программа государственных гарантий), установлены основные приоритеты структурных преобразований системы оказания медицинской помощи населению на 2013-2015 годы: оптимизация объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, увеличение объема медицинской помощи в условиях дневных стационаров и паллиативной медицинской помощи, а также медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме.

В соответствии с Программой государственных гарантий органу государственной власти субъекта РФ при формировании территориальной программы рекомендуется предусмотреть увеличение объема медицинской помощи в расчете на одного жителя и стоимости единицы объема медицинской помощи с учетом условий ее оказания для:



1. медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала);
2. медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме;
3. медицинской помощи в условиях дневных стационаров;
4. паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях.

Планирование объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, осуществляется с учетом мощности федеральных медицинских организаций, участвующих в территориальной программе обязательного медицинского страхования.

Оптимизацию объема медицинской помощи в стационарных условиях с одновременным увеличением стоимости единицы объема рекомендуется осуществлять за счет более эффективного использования коечного фонда (оптимизация структуры коечного фонда, интенсификации занятости койки с учетом ее профиля). При этом важно не сокращение коек круглосуточного пребывания, а оптимизация коечной сети, обеспечивающая максимальную доступность и качество специализированной медицинской помощи населению, в том числе в отдаленных населенных пунктах.

Структурные преобразования системы здравоохранения субъекта РФ планируются с учетом достигнутого ресурсного и кадрового состояния региональной системы здравоохранения, исходя из особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта РФ, основанных на данных медицинской статистики, климатических и географических особенностей региона, плотности населения и транспортной доступности медицинских организаций на территории субъекта РФ.

При формировании территориальной программы обязательного медицинского страхования целесообразно осуществлять взаимодействие с соседними регионами по вопросам оказания медицинской помощи по отдельным профилям медицинской помощи, с учетом прав застрахованных лиц получать медицинскую помощь за пределами территории субъекта РФ и осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта РФ в соответствии с законодательством РФ.

С учетом специфики плотности населения субъекты РФ разделены на 3 группы:

1. группа - с низкой плотностью населения - до 20 человек на 1 кв. км;
2. группа - со средней плотностью населения - от 20 до 80 человек на 1 кв. км;
3. группа - с высокой плотностью населения - свыше 80 человек на 1 кв. км.

При этом рекомендуется применение дифференцированных коэффициентов к нормативам объема медицинской помощи и ее финансовых затрат для территорий, относящихся к:

3. группе (с низкой плотностью населения) - от 0,95 до 1,2;
3. группе (со средней плотностью населения) - от 0,9 до 1,1;
3. группе (с высокой плотностью населения) - от 0,8 до 1,0.

Проводимые структурные преобразования системы оказания медицинской помощи не должны приводить к снижению доступности и качества оказания медицинской помощи в субъекте РФ.

Органу государственной власти субъекта РФ рекомендуется провести обсуждение мероприятий по реализации структурных преобразований системы оказания медицинской помощи субъекта РФ с представителями врачебного сообщества, профсоюзами, работодателями, пациентскими и общественными организациями.

На основе показателей, утвержденных Государственной программой "Развитие здравоохранения" и Программой государственных гарантий, органам государственной власти субъекта РФ рекомендуется устанавливать показатели, характеризующие деятельность медицинских организаций, а также качество и доступность оказываемой медицинской помощи для всех медицинских организаций с учетом уровня оказания медицинской помощи и размещать

их в информационно-коммуникационной сети "Интернет" на официальном сайте органа исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта РФ.

Мероприятия структурных преобразований системы оказания медицинской помощи должны быть включены в формируемые в рамках мероприятий "Дорожной карты" субъекта РФ Программы развития здравоохранения субъектов РФ.

\*\*\*

*Татарников, М. А. Законодательные основы статистического учета в системе здравоохранения [Текст] / М. А. Татарников // Главный врач. – 2013. – № 8. – С. 8-12.*

В статье представлен материал о законодательном регулировании медицинской статистики. В современных условиях все большую роль в управлении здравоохранением играет медицинская статистика. Ее особенностью является изучение не единичных, а массовых явлений. С помощью количественных методов исследования и учета влияния конкретных социально-экономических и экологических факторов медицинская статистика выявляет основные тенденции и закономерности формирования общественного здоровья и развития системы здравоохранения. Учитывая значение статистической информации и серьезную ответственность за нарушение правил обработки данных, необходимо неукоснительное выполнение законодательных актов в этой сфере.

Законодательное регулирование статистического учета в системе здравоохранения в основном осуществляется четырьмя Федеральными законами. Это законы "Об официальном статистическом учете и системе государственной статистики в Российской Федерации (РФ)", "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", "О персональных данных", "Об информации, информационных технологиях и о защите информации", а также другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами РФ.

Медицинская статистика является составной частью государственной статистики и регулируется Федеральным законом "Об официальном статистическом учете и системе государственной статистики в РФ". Указанный закон служит законодательной основой для разработки и принятия ведомственных нормативно-правовых актов, в т. ч. в области здравоохранения. Его целью является создание правовых основ для реализации единой государственной политики в сфере официального статистического учета, направленной на обеспечение информационных потребностей государства и общества в полной, достоверной, научно обоснованной и своевременно предоставляемой официальной статистической информации о социальных, экономических, демографических, экологических и других общественных процессах в РФ. Свое место в системе официального статистического учета занимает медицинская статистика, реализующая функцию обратной связи в системе отраслевого управления.

Правовое регулирование официального статистического учета и системы государственной статистики основывается на Конституции РФ, международных договорах РФ, законом "Об официальном статистическом учете и системе государственной статистики в РФ", другими федеральными законами, принимаемыми в соответствии с ними нормативными правовыми актами Президента РФ и Правительства РФ, а также нормативными правовыми актами федеральных органов государственной власти.

Правовое регулирование отношений, которые связаны с поиском, обработкой, предоставлением и распространением официальной статистической информации, обеспечением ее защиты, применением информационных технологий и другими вопросами создания и эксплуатации системы государственной статистики и которые не урегулированы законом "Об официальном статистическом учете и системе государственной статистики в РФ", осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 149 - ФЗ "Об информации, информационных технологиях и о защите информации", а также другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами РФ.

В соответствии со статьей 97 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" под медицинской статистикой понимают отрасль статистики, включающая в себя

статистические данные о медицине, гигиене, здоровье населения, об использовании ресурсов здравоохранения, о деятельности медицинских организаций. Другими словами, в медицинской статистике как научно-практической дисциплины можно выделить три основных взаимосвязанных составных части:

- статистику общественного здоровья;
- статистику системы здравоохранения;
- теоретические и методологические основы медицинской статистики.

Статистическое наблюдение в сфере здравоохранения осуществляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Порядок осуществления статистического наблюдения в сфере здравоохранения, формы статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, порядок их заполнения и сроки представления устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Официальная статистическая информация в сфере здравоохранения является общедоступной и размещается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в средствах массовой информации, в том числе в сети "Интернет".

Целью Федерального закона "О персональных данных" является обеспечение защиты прав и свобод человека и гражданина при обработке его персональных данных, в том числе защиты прав на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну. Указанным законом регулируются отношения, связанные с обработкой персональных данных, осуществляемой федеральными, региональными и муниципальными органами власти, юридическими и физическими лицами, и устанавливается ответственность нарушителей. Игнорирование требований данного законодательного акта чревато серьезными наказаниями. То же относится к невыполнению положений Федерального закона "Об информации, информационных технологиях и о защите информации".

\*\*\*

*Гуров, А. Н. Информационная система мониторинга качества и эффективности работы по реализации программы модернизации здравоохранения [Текст] / А. Н. Гуров, А. Н. Плутницкий // Экономист лечебного учреждения. – 2013. – № 8. – С. 60-65.*

В статье затронута актуальная тема отечественного здравоохранения – это проблема управления качеством и эффективностью медицинской помощи.

В здравоохранении Московской области (МО) для работы в процессе мониторинга за реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье» была создана специальная информационная система, которая позволяет наряду с официальными учетными и отчетными формами государственной медицинской статистики проводить анализ отчетных форм, предусмотренных приоритетными национальными проектами.

В настоящее время для организации системы мониторинга за качеством и эффективностью работы в процессе модернизации здравоохранения Московской области программа доработана с учетом предусмотренных для этой цели показателей и индикаторов, определенных приказом Минздравсоцразвития России от 30 декабря 2010 г. № 1240 н. В настоящее время программа позволяет мониторить и графически отображать на карте показатели здоровья населения (заболеваемость, госпитализация, заболеваемость с временной и стойкой утраты трудоспособности) по категориям населения, демографические показатели (рождаемость, смертность, естественный прирост), показатели работы учреждений здравоохранения (посещаемость, уровень и длительности госпитализации, оборот коек, летальность в амбулаторных и стационарных медицинских организациях (МедО), результаты внедрения федеральных стандартов медицинской помощи), обеспеченность врачебными кадрами, медицинским оборудованием, финансовыми и материальными средствами по муниципальным образованиям и на уровне субъекта федерации.

Система управления качеством и эффективностью работы по реализации программы модернизации здравоохранения основывается на принципах планирования, организации, мотивации и контроля за качеством оказания медицинской помощи, их материального и кадрового обеспечения, совершенствования технологических процессов диагностики и лечения,

выявления отклонений от установленных нормативов (стандартов), причин их возникновения и выработке мер по предотвращению отклонений в дальнейшем.

Задача повышения качества медицинской помощи в отечественном здравоохранении неоднократно выдвигалась в число приоритетных. Приказ Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда ОМС от 24 октября 1996 г. № 363/77 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации» положил начало нормативно-правовому регулированию организации и порядка проведения контроля качества медицинской помощи во всех регионах РФ в условиях перехода к обязательному медицинскому страхованию. Эти вопросы на протяжении десятилетнего периода находились в центре внимания специалистов органов и учреждений здравоохранения, страховых медицинских организаций, фондов ОМС, научных работников, преподавателей и пр. Наряду с методиками оценки и контроля качества медицинской помощи (КМП) разрабатывались вопросы обеспечения и управления качеством и эффективностью медицинской помощи.

Разработаны и утверждены индикаторы и критерии оценки эффективности функционирования систем здравоохранения муниципальных районов, городских и медицинских округов (приказы Министерства здравоохранения Московской области от 14.03.2007 № 61 и № 62).

В интересах совершенствования системы управления качеством медицинской помощи издан приказ Министерства здравоохранения Московской области от 22.08.2008 г. № 492 «Об организации ведомственного контроля качества медицинской помощи в организациях здравоохранения Московской области», которым утверждены соответствующее положение о ведомственном контроле качества, критерии и нормативы.

В период 2008-2009 гг. главными специалистами Министерства здравоохранения Московской области и сотрудниками Московского областного научно-исследовательского клинического института (МОНКИ) им. М.Ф. Владимирского проводилась работа по разработке на основе федеральных стандартов медико-экономических стандартов (МЭС) для оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях муниципального уровня МО. В настоящее время разработано 921 МЭС для применения в стационарах и 108 для амбулаторно-поликлинических МедО, порядок применения которых оформлен приказами Минздрава МО.

Распоряжением Министерства здравоохранения Московской области от 20.11.2009 г. № 28-р утвержден Административный регламент исполнения Министерством здравоохранения Московской области государственной функции осуществления контроля за соответствием качества оказываемой медицинской помощи установленным медицинским стандартам в сфере здравоохранения. Функции вышеуказанного контроля возложены на Управление лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности, контроля качества медицинской помощи Минздрава Московской области.

Важность характеристики эффективности медицинской помощи определяется тем, что ресурсы здравоохранения обычно ограничены. При этом эффективное здравоохранение обеспечивает оптимальную (при имеющихся ресурсах), а не минимальную медицинскую помощь. Тем не менее эффективность подразумевает оказание всей необходимой медицинской помощи. Неэффективные алгоритмы и плохая организация, которые обычно отнимают много времени и средств, должны быть изменены.

Как известно, одним из важнейших мотивационных принципов, обеспечивающих успешную работу медицинских учреждений, является оплата труда в здравоохранении, ориентированная на показатели его результатов. Помимо этого качество работы медицинского персонала во многом зависит от других факторов, среди которых все виды материальных расходов на работу лечебно-профилактических отделений, содержание и оснащение клиник, подготовку кадров и многое др. Таким образом, качество можно улучшить при одновременном снижении затрат. Однако нельзя надеяться, что улучшение качества никогда не требует дополнительных средств. Но, анализируя эффективность, можно выбрать наилучшую альтернативу.

Существует универсальный принцип, согласно которому оплата труда должна соответствовать его количеству и качеству. Но проблема состоит в том, что пока трудно точно измерить количество и качество труда, затраченного работником здравоохранения на выполнение определенной работы. Как известно, деньги лечебные учреждения должны получать от государства не за факт существования их в природе, а за качество и количество оказанных медицинских услуг.

Наиболее успешный вариант применения такой модели работы ЛПУ с оплатой труда, ориентированной на результат, реализуется в здравоохранении Московской области в соответствии с приказом Минздрава МО от 02.09.2008 г. № 508 «О критериях оценки деятельности медицинского персонала и реализации принципа оплаты труда, ориентированного на результат», и приказом МЗ МО от 10.11.2008 г. № 687 «О внесении изменений в приказ МЗ МО от 02.09.2008 г. № 508», которыми утверждены критерии оценки деятельности медицинского персонала учреждений здравоохранения Московской области и методика определения размера выплат стимулирующего характера на основе критериев оценки деятельности.

Введение федеральных стандартов оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, критериев КМП и механизмов оценки эффективности работы персонала ЛПУ, выраженное через систему оплаты труда по конечному результату, имеют определенные положительные эффекты, позволяющие преодолеть основные проблемы в условиях кризисных явлений в экономике.

Внедренная в здравоохранении Московской области трехуровневая система экспертизы качества медицинской помощи подтверждает, что эффективная организация работы медицинского персонала в процессе модернизации здравоохранения ведет к улучшению КМП при одновременном снижении финансовых затрат.

Реализуемая в процессе модернизации здравоохранения клиничко-информационная система мониторинга здоровья населения, демографических показателей для оценки качества и эффективности работы здравоохранения обеспечивает выполнение функций сохранения, накопления, сопоставления и анализа медико-экономической информации, касающейся охраны здоровья населения, оценки качества и эффективности работы МедО на уровне муниципального образования и субъекта федерации.

\*\*\*

*Лямина, Н. П. Внедрение телемедицинских технологий в реабилитационную практику современной системы здравоохранения [Текст] / Н. П. Лямина, Е. В. Котельникова // Здравоохранение. – 2013. – № 8. – С. 106-114.*

В статье представлен материал о внедрении телемедицины в реабилитационно-профилактическую практику.

Появление новых форм организации медицинской реабилитационно-профилактической помощи требует новых, высокотехнологичных методов ведения пациентов, которые повысят эффективность лечебного процесса.

Одно из мероприятий, предусмотренных Государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», – информатизация здравоохранения, включая развитие телемедицины.

Телемедицинские технологии – это лечебно-диагностические консультации, управленческие, образовательные, научные и просветительские мероприятия в области здравоохранения, реализуемые с применением телекоммуникационных технологий.

На современном этапе развития здравоохранения РФ использование телемедицинских технологий значительно расширяет возможности лечебного, диагностического, реабилитационного, профилактического процессов и даже организационно-административного. Телемедицинские центры целесообразно создавать в первую очередь на основе многопрофильных или специализированных стационаров, федеральных учреждений, где есть возможность обеспечить врача-консультанта электронной базой данных медицинской

информации (идентичной имеющейся у врача стационара) для принятия решений, касающихся дальнейшего обследования и лечения пациента.

С 2012 г. на базе ФГБУ Саратовского научно-исследовательского института кардиологии («СарНИИК») Минздрава России функционирует телемедицинская система домашней реабилитации пациентов кардиологического профиля. Одна из ее задач - контроль за эффективностью и безопасностью реабилитационно-профилактических мероприятий, выполняемых в домашних условиях больными ИБС.

Использованы медицинская информационная система «Кардинет-онлайн» (с оборудованием для телемедицинского мониторинга кардиологических больных (автоматизированное рабочее место (далее - АРМ) врача-кардиолога и аппаратно-программный комплекс (далее - АПК) пациента). Вся информация о пациенте находится в базе данных кардиологического стационара в форме электронной истории болезни (далее - ЭИБ).

Кабинет телемедицинской реабилитации ФГБУ «СарНИИК» располагает одним врачебным АРМ, которое в согласованное время обслуживает 30 АПК пациентов в режиме отсроченного консультирования, а также позволяет обмениваться данными (врач - пациент - врач, врач - администратор).

Оснащение АРМ включает ЭИБ пациента, компьютеризированную систему поддержки врачебных решений «Программа ЭВМ выбора режима физических тренировок у больных ишемической болезнью сердца, перенесших чрескожное коронарное вмешательство» и весь объем телеметрической информации, получаемой от пациента.

Наличие ЭИБ в распоряжении врача-реабилитолога позволяет определить исходный клинический статус пациента, а также другие показатели, необходимые при формировании индивидуальной программы телемедицинской реабилитации (далее - ТМР). Информационное обеспечение телеконсультативной помощи при решении вопросов ТМР и при коррекции лекарственной терапии позволяет контролировать безопасность домашних ФТ медикаментозной терапии и основные показатели гемодинамики.

Долгосрочная цель терапии любого кардиоваскулярного заболевания - поддержание целевого уровня основных гемодинамических и биохимических показателей на амбулаторном этапе наблюдения. Достигается это с помощью средств и методов пожизненной вторичной профилактики как естественного компонента продолжающейся реабилитации.

Достигнутые результаты информатизации отечественного здравоохранения уже сегодня могут служить основой для реорганизации системы реабилитации и вторичной профилактики в любом населенном пункте и для превращения реабилитационно-профилактических мероприятий в высокотехнологичный процесс. Так, по данным аналитического обзора 2011 г., на долю государственного сектора приходилось 67,6% инсталляций медицинских информационных систем.

Создание в городах, по месту жительства больных, специальных кабинетов, отделений, центров кардиореабилитации со стационарным и диспансерным отделами можно рассматривать как наиболее перспективный вариант и в плане широкого внедрения ТМР. Такая форма организации, позволила полноценно контролировать и осуществлять реабилитационный процесс в наиболее удобных для пациента формах, а также включать в процесс реабилитации больных из отдаленных населенных пунктов регионов, где недостаточно специалистов для проведения эффективной реабилитации.

Проведение мероприятий в системе ТМР безопасно, выполняется разными группами больных, постоянно и легко администрируется как врачом, так и руководителем ЛПУ. Все это делает перспективным их широкое внедрение в современную систему реабилитации и вторичной профилактики кардиоваскулярных заболеваний.

*Бледжяни, Г. А. Будущее информатизации здравоохранения: когнитивные системы [Текст] / Г. А. Бледжяни [и др.] // Здравоохранение. – 2013. – № 8. – С. 54-60.*

Развитие медицины привело к необходимости хранить и обрабатывать значительные объемы данных. Эффективное использование этих данных невозможно без создания когнитивных экспертных систем.

В статье речь идет о когнитивных экспертных системах (далее - КЭС). Первая КЭС - DEEPQA WATSON корпорации IBM. Она уже начала успешно применяться в онкологии. Российская компания SOCMEDICA занимается разработкой собственной когнитивной экспертной системы по диагностике заболеваний и принятию решений.

Система создается на основе баз знаний, медицинских классификаторов, общих и специализированных лечебно-диагностических алгоритмов. В ней реализована уникальная система для моделирования памяти искусственного интеллекта, которая способна усреднять мнения миллионов врачей, формируя коллективный разум. КЭС станет виртуальным «медицинским специалистом» и помощником врача, позволит принимать безошибочные решения на всех этапах ведения пациента – от первичной диагностики до индивидуального подбора доз лекарственных препаратов.

В процессе развития медицины в геометрической прогрессии растет объем информации, что, естественно, влечет за собой необходимость ее хранения, обработки и использования. Все это согласуется с современным трендом BigData («больших данных») и развитием IT-решений в этой сфере.

BigData дают возможность правильно оценить предрасположенность к заболеваниям разных групп пациентов, предвидеть развитие заболевания у конкретного индивида и даже возможность создать фармацевтические препараты под нужды конкретного пациента. Таким образом, современная медицина переходит на качественно новый уровень – к персонализированной медицине.

Сегодня наблюдается информационная перегрузка врачей, что ведет к увеличению числа врачебных ошибок. Также вследствие этого возникают «сверхузкие» врачебные специальности, не позволяющие специалисту всесторонне оценить состояние пациента с учетом сопутствующей патологии. Все чаще врачи вынуждены обращаться за информацией к ресурсам сети Интернет.

По данным исследования MEDI-Q 2012 г. (выполненного Synovate Comcon Healthcare), в профессиональной практике почти две трети опрошенных врачей (64%) используют Интернет. Из них треть (32%) используют сайты, посвященные медицинской проблеме или заболеванию. Еще четверть врачей (26%) посещают специализированные форумы, 21 % – состоят в профессиональных сообществах или в группах неспециализированных социальных сетей.

Однако исследование «Digital sources и современное информационное пространство» продемонстрировало скептическое отношение врачей к профессиональным сетям и форумам, так как они уверены в том, что представленная на них информация недостаточно достоверная, а авторы публикаций имеют невысокий уровень профессиональной подготовки.

Наличие в сети Интернет легкодоступных ресурсов с неструктурированной и часто недостоверной информацией и регулярное обращение врачей к этим источникам превращает специалиста в проводника опасных решений, принятых на основе такой информации, что сводит на нет перспективы развития персонализированной медицины.

Для реализации требований современного врача к информации необходимо обработать огромные массивы данных, что выходит за рамки возможностей человеческого мозга к адекватному анализу и оценке собранных данных.

Создание программной среды на основе единой системы медицинских классификаторов, а также передовые достижения IT-индустрии в области построения когнитивных экспертных систем могут стать решающим фактором на пути перехода рынка медицинских услуг на качественно новый уровень.

Даже самый современный искусственный интеллект проигрывает разуму человека. Попытки создать «нейронные компьютерные сети» безуспешны из-за недостаточности данных об истинной физиологии нейрона. Однако проблема искусственного интеллекта - не только в принципиальном отличии конструкции суперкомпьютеров от центральной нервной системы.

Оказалось, что нейрон - это нечто большее, чем мы себе представляли. Осталось много вопросов, например, как на молекулярном уровне формируется наша память и какое место в этом играют белки; что представляют собой наши воспоминания и хватит ли суммарного количества синапсов для хранения в них опыта всей нашей жизни и т. п.

Внедрение принципов искусственного интеллекта в экспертные решения в здравоохранении становится вопросом времени. Мы живем в эпоху перехода к когнитивным системам, наблюдая за этим процессом на примере внедрения программ информатизации здравоохранения практически во всех развитых странах.

Основными пользователями КЭС будут медицинские учреждения, практикующие врачи и пациенты.

Сервисы системы заменят собой квалифицированного консультанта и будут способны оказать врачам помощь в принятии решений. Они помогут определять тактику лечения, проводить индивидуальный подбор лечебных и реабилитационных алгоритмов с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента. Система предоставит доступ к медицинским классификаторам и интерактивным инструментам для клинической практики.

КЭС может быть полезной в подготовке и аттестации практикующих врачей и обучении студентов медицинских вузов. Система, используя обезличенные данные по реальным клиническим материалам, обеспечит студентам хорошую подготовку.

В рамках научных исследований КЭС выполнит роль виртуальной площадки для разработки и тестирования новых методов лечения.

Она позволит собрать и обработать статистические данные об использовании и эффективности фармацевтических препаратов, данные о клинических наблюдениях.

С ее помощью можно будет предупредить развитие многих заболеваний и генетических патологий на основе глубокого анализа анамнестических данных о наследственности, о регионах проживания и миграции населения, половозрастном составе, данных генотипирования и т. п.

Для каждого пациента КЭС может оказаться «персональным врачом» - она будет сопровождать человека с рождения и учитывать все его особенности для оценки риска развития онкологических, сердечно-сосудистых и других групп заболеваний, их профилактики. Настройка сервисов системы в качестве мониторов лечебных и режимных мероприятий будет способствовать приверженности лечению и соблюдению врачебных назначений. При развитии заболеваний и/или их осложнений система проведет поиск врача требуемого профиля.

КЭС использует новейшие разработки в области искусственного интеллекта, уникальные базы знаний, новейшие медицинские классификаторы, общие и специализированные лечебно-диагностические алгоритмы. Уникальным know-how является то, что информация вводится в структурированном виде, на основе модерационной сети компании Socmedica. Для повышения эффективности работы используется лингвистический анализ медицинских текстов; извлечение фактов и знаний проводится с помощью методов анализа неструктурированных данных.

Для решения поставленных задач разработана концепция «ассоциативной памяти искусственного интеллекта». Новый способ хранения логических связей реализован по аналогии со структурой и функцией памяти биологического организма. В основе - функциональная единица белон (кластер «неточных» скользящих мультиполярных связей, где учитываются сила связей, их направления, время влияния и многое другое).

При создании концепции функциональной единицы памяти искусственного интеллекта были учтены особенности организма человека, механизмы его адаптации и патологии.

Структурированы медицинские категории понятий и терминов (как проявляются признаки заболевания на каждом его этапе; как формулируются и из каких элементов состоят диагнозы, жалобы и симптомы; какое место в диагностике и лечении занимают патогенетические и компенсаторные механизмы).

Все это нужно для того, чтобы правильно разработать структуру функциональных единиц памяти искусственного интеллекта (белона) и медицинских классификаторов, где будет храниться вся информация о заболеваниях и норме в логических связях.

Были разработаны новые медицинские классификаторы (которые замещают существующие и восполняют недостающие), что было продиктовано отсутствием единообразно



построенных классификаторов медицинских терминов, понятий, критериев и нозологий, а также невозможностью использовать ни один из существующих классификаторов для искусственного интеллекта. Новые медицинские классификаторы структурированы и наполняются медицинскими знаниями, между ними формируются белонные связи.

Для наполнения классификаторов и структурирования связей между ними была разработана система модерации. Это многоуровневый инструмент наполнения и моделирования памяти искусственного интеллекта, который можно адаптировать для использования по всем медицинским специальностям и на любом языке.

Ввод информации в систему Socmedica можно сравнить с наполнением энциклопедии Wikipedia - с той разницей, что информация в систему вводится на разных языках, и не только в текстовом виде, но и в виде логических связей, а следовательно, система может усреднять мнения миллионов врачей, создавая коллективный разум. Создана система контроля ввода информации в базу данных несколькими модераторами одновременно. Это позволяет избежать ошибок, а также ввода в систему неполной или некачественной информации.

Наполнение медицинских баз знаний осуществляется специалистами в области медицины и биологии. Сегодня классификаторы наполнены на 30%, связи - на 4%.

Активная работа продолжается: разрабатываются механизмы автоматического наполнения медицинских баз знаний, система распознавания и лингвистического анализа медицинской документации.

Логический функциональный блок «над» классификаторами, заставляющий работать заложенные в них знания и реализовывать их связи, - это алгоритм врача общей практики (know-how). Основополагающие принципы профильных алгоритмов для других клинических специальностей заложены в алгоритм врача общей практики; они дорабатываются с привлечением экспертов из соответствующих областей; проводится рутинная подгонка под их профиль основного существующего алгоритма. Предусмотрена возможность добавления любых алгоритмов, использующих существующие или будущие классификаторы.

КЭС дополнена модулем самообучения. Его механизмы основаны на следующих принципах: ремоделирование существующих связей, формирование новых связей, включение в систему новых, «ранее незнакомых» медицинских терминов с последующей их интеграцией в классификаторы.

В отличие от американской системы Watson, Socmedica изначально создается для медицинских целей, в нее включены врачебные алгоритмы, она работает на основе структурированной информации, которая вводится в систему экспертами/ модераторами сети или автоматически; при этом проводится глубокий лингвистический анализ научной и клинической литературы (медицинских энциклопедий, учебников, руководств, пособий и т. п.).

Сегодня мы находимся на этапе формирования Единой медицинской базы, которая завтра станет всеобщим достоянием.

\*\*\*

*Улумбекова, Г. Э. Здравоохранение России: итоги, вызовы и пути решения [Текст] / Г. Э. Улумбекова [и др.] // Медицина и качество жизни. – 2013. – № 2. – С. 22-24.*

В статье представлены показатели состояния здоровья населения Российской Федерации, Украины, Белоруссии, Республики Казахстан и стран ЕС в среднем. Рассмотрены итоги деятельности системы здравоохранения РФ с 2005 по 2011 г.: достигнутые успехи и ключевые проблемы отрасли. Рассмотрены внешние вызовы системе здравоохранения РФ до 2020 г. (демографические и социально-экономические). Проанализированы предложения Председателя Правительства В. В. Путина по развитию здравоохранения. В заключение представлены приоритетные направления и задачи, которые позволят достичь целевых показателей здоровья населения к 2020 г.

Результаты деятельности любой системы здравоохранения оцениваются по показателям здоровья населения и демографическим показателям, в том числе по ожидаемой продолжительности жизни и общему коэффициенту смертности (ОКС). Реализация

приоритетного национального проекта «Здоровье» в период 2005-2008 гг. и определенное улучшение социально-экономической обстановки в России снизили величину ОКС на 9% (с 16,1 до 14,6). Однако с 2008 по 2010 г. величина ОКС практически не менялась, что связано с отсутствием роста реальных государственных расходов на здравоохранение. В 2011 г. руководством страны было принято решение по увеличению государственных расходов на здравоохранение на 14% (или 230 млрд. руб. ежегодно за счет увеличения на 2% тарифов страховых взносов в систему ОМС). В результате в 2011 г. по сравнению с 2010 г. смертность населения сократилась на 100 тыс. чел. и ОКС за год снизился на 5% (с 14,2 до 13,5). Важнейший урок этих двух периодов — увеличение финансирования здравоохранения и политическая воля руководителей страны позволили добиться заметного улучшения демографических показателей в стране.

Улучшение здоровья населения РФ в период до 2020 г. потребует интенсивного развития системы здравоохранения РФ и более существенного увеличения ее финансирования (дополнительно около 2% ВВП ежегодно). Главными задачами в государственной политике должны стать: увеличение финансирования государственной системы здравоохранения с одновременным повышением эффективности расходования средств, повышение оплаты труда медицинских работников, повышение качества медицинской помощи, увеличение льготного лекарственного обеспечения населения, формирование здорового образа жизни у населения РФ.

Если сравнивать государственные расходы на здравоохранение РФ с «новыми» странами Евросоюза, которые имеют такой же ВВП на душу населения, как и РФ, - 20 тыс. \$ ППС в год, то в этих странах эти расходы составляют в среднем 6% ВВП, или в 1,6 раза больше, чем в РФ (3,7% ВВП в 2011 г., или около 2 трлн. руб.). Это позволяет им уже сегодня иметь ожидаемую продолжительность жизни в 76 лет и ОКС, равный 11,0, т.е. даже лучшие показатели, чем те, которых мы хотим добиться к 2020 г. Из этого вытекает, что дальнейшее расширение объемов бесплатной медицинской помощи потребует увеличения финансирования в 1,6 раза, что составляет около 1 трлн. руб. ежегодно, или 2% ВВП 2011 г.

Число умерших от всех причин на 1 тыс. населения.

ППС – доллар, оцененный по паритету покупательной способности. Представляет собой количество единиц валюты, необходимое для покупки стандартного набора товаров и услуг, который можно приобрести за одну денежную единицу базовой страны (долл. США), в 2010 году \$1 ППС составлял 16 руб. по данным Росстата.

Главные проблемы системы здравоохранения РФ:

- дефицит и неоптимальная структура медицинских кадров из-за низкой оплаты их труда (на 22% ниже, чем в среднем по РФ);
- неудовлетворительная квалификация медицинских кадров и, как следствие, низкое качество медицинской помощи;
- недостаточное (в 3 раза ниже, чем в «новых странах ЕС») обеспечение населения бесплатными лекарственными средствами в амбулаторных условиях;
- недостаточные (в 4-6 раз ниже, чем в «новых» странах ЕС) объемы высокотехнологичной медицинской помощи;
- неэффективное управление отраслью на всех уровнях, в том числе неэффективное использование оборудования и коечного фонда, недостаточное использование мнения профессиональной медицинской общественности.

**Вызовы системе здравоохранения:**

При формировании программы здравоохранения должны быть также учтены демографические и социально-экономические вызовы. Демографические вызовы:

- ежегодное сокращение на 1 млн. численности населения трудоспособного возраста, или на 9 млн. чел., к 2020 г.;
- сокращение рождаемости из-за снижения к 2020 г. на 15% числа женщин детородного возраста;

- старение населения: доля населения старше трудоспособного возраста увеличится на 5% к 2020 г.;
- неудовлетворительные показатели здоровья детей: около 40% детей рождаются больными или заболевают в период новорожденное™ (в 1990 г. этот показатель равнялся 17%);
- постоянный рост заболеваемости населения, соответственно, и потребности в медицинской помощи: в 2010 г. в РФ было зарегистрировано 228 млн. случаев острых и хронических заболеваний, или в 1,5 раза больше на 100 тыс. населения, чем в 1990 г.;
- высокая распространенность факторов риска для здоровья населения: доля курящего взрослого населения и потребление алкоголя на душу населения в год в РФ почти в 2 раза выше, чем в среднем в развитых странах (ОЭСР).

Важнейшим социально-экономическим вызовом является недовольство населения качеством и доступностью бесплатной медицинской помощи (2/3 недовольных), что связано как с недостаточным финансированием бесплатной медицинской помощи, так и с неспособностью большинства населения самостоятельно платить за эту помощь (55% населения проживает на ежемесячные доходы менее 15 тыс. руб.).

Однако для достижения целей по увеличению ожидаемой продолжительности жизни населения с 70 до 73 лет и снижения ОКС до 11,0, которые поставлены в «Концепции долгосрочного социально-экономического развития на период до 2020 г.», потребуются гораздо более интенсивное развитие системы здравоохранения и более существенное увеличение ее финансирования.

Чтобы решить эти задачи и вызовы, Председатель Правительства РФ В. В. Путин правильно предложил в своих программных выступлениях следующие приоритетные направления: повышение конкурентоспособности заработной платы медицинских работников; повышение квалификации медицинских работников путем развития системы непрерывного медицинского образования, акцент на развитии первичного звена здравоохранения, увеличение объемов бесплатного лекарственного обеспечения населения, формирование здорового образа жизни у граждан РФ.

С учетом вышеизложенного можно сформулировать ключевые задачи для системы здравоохранения РФ, на решение которых должны пойти дополнительные средства здравоохранения:

1. Увеличить в 1,5 раза тарифы на программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, соответственно, минимум в 1,5 раза увеличится оплата труда медицинских работников и будет возможно исполнять современные стандарты медицинской помощи. Увеличение оплаты труда медицинских работников должно сопровождаться выравниванием ее по основным квалификационным категориям и привязкой к качеству и результатам труда.
2. Увеличить в 3 раза бесплатное лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях, в том числе путем развития обязательного лекарственного страхования населения.
3. Повысить квалификацию медицинских работников.
4. Увеличить в 2 раза объем высокотехнологичной медицинской помощи для уже действующих лечебных учреждений.
5. Поддержать материально-техническую базу здравоохранения и информатизацию.
6. Развивать школьную (на 20 млрд. руб.) и производственную медицину.

При этом необходимо обеспечить строжайший контроль за эффективностью расходования этих средств.

Первоочередные меры: разделение Министерства здравоохранения и социального развития, создание команды высокоэффективных управленцев. Эта команда в трехмесячный срок должна написать детальную программу здравоохранения до 2015 г. по улучшению здоровья населения и приступить к совершенствованию законодательной и нормативной базы.

## МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

*Ромашков, О. Исцеляющие струи [Текст] / О. Ромашков // Медицинская газета. – 2013. – 9 авг. (№ 59). – С. 10.*

В статье речь идет о приборе «Плазмон», который успешно применяется в самых разных областях медицины. Благодаря последним разработкам ученых Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова, удалось создать этот прибор. «Плазон» появился ещё в 2001 г. и сейчас (уже в своей третьей версии) востребован не только в России, Украине, Белоруссии, Узбекистане, но также в Европе и США.

В 1998 г. сотрудники лаборатории экспериментальной патологоморфологии НИИ молекулярной биологии установили: атомарную форму оксида азота можно получать с помощью струи плазмотронов прямо из атмосферного воздуха и использовать в терапевтическом режиме. В 15-20 см от объекта плазма уже не оказывает обжигающего эффекта, максимально обогащается NO, который оказывает лечебное воздействие на патологические процессы.

Для создания прибора учёные Сеченовки объединили усилия с физиками и инженерами Московского государственного технического университета им. Н. Э.Баумана. Нужно было рассчитать точные дозировки, свойства, механизмы воздействия NO на ткани и экспериментально доказать его лечебные свойства при различных болезнях. Работа была проделана за небывало короткий срок - от лабораторных испытаний до первых клинических опытов прошло менее 2 лет.

Первые успехи в клиническом применении «Плазона» были достигнуты в лечении незаживающих хронических ран, венозной и артериальной трофической язвы, диабетической стопы. Уже тогда были спасены первые больные с возможной ампутацией. Тогда же опыты однозначно показали полную безвредность новой технологии. И уже в 2001 г. прибор был сертифицирован и запущен в серийное производство. Можно говорить о возникновении нового направления в медицине - NO-терапии.

Первые же публикации в российских научных журналах вызвали шквал интереса. Дело стало за всесторонним расширением клинической практики. И вскоре в неё добавились военная хирургия (лечение огнестрельных и взрывных ран), офтальмология (ожоги и раны роговицы), оториноларингология (тонзиллит, воспаления и различные заболевания уха), стоматология (пародонтит и гингивит), гинекология (язвы шейки матки), гастроэнтерология (желудочные и кишечные язвы), терапия лёгких (хронические воспалительные заболевания, плевриты, туберкулёзные каверны), травматология и ревматология (ревматоидный артрит и артрозы) и др. Одновременно продолжались экспериментальные исследования и усовершенствование аппарата.

И в 2003 г. группа создателей «Плазона» получила премию Правительства РФ. При этом - удивительный факт - нобелевские лауреаты первооткрыватели свойств NO до последнего времени не знали об успехах и разработках российских учёных. Всё изменилось, когда учёные в 2010-2011 гг. сделали ряд публикаций в зарубежных журналах *Natric Oxide* и *Plasma Medicine*. Тогда интерес появился и у западных коллег, и у иностранных производителей медтехники, желающих купить лицензию на российский прибор.

А сотрудники лаборатории экспериментальной морфологии НИИ молекулярной медицины вместе с коллегами из Бауманки тем времени работают над модификацией своего прибора и расширением спектра его применения. Уже сейчас он весит всего 11 кг, напоминает чемоданчик и легко переносится из отделения в отделение.

\*\*\*

**Тонким лучом. В Челябинске создали новую технологию лечения сосудистых патологий [Текст] // Здравоохранение: развитие, управление, инновации. – 2013. – № 7. – С. 48.**

Новейшую технологию лечения сосудистых патологий применяют хирурги Челябинска. Врожденные мальформации, от которых невозможно избавиться хирургическим способом, высушивают с помощью мощного волоконного лазера.

Волоконный лазер - это новый тип лазера на 1,56 и 1,9 микрон, он очень мощный. С его помощью, к примеру, можно лечить ректальные заболевания: технология позволяет сделать всё малоинвазивным путем.

Технология лечения мальформаций была разработана на базе челябинского Межвузовского медико-физического центра. Его сотрудники занимаются разработкой и внедрением в медицину лазерных технологий. Результаты их исследований уже получили признание и в нашей стране, и за рубежом.

С помощью этого лазера, аналогов которому нет в мире, врачи прогревают опухоль пациента, обходя сосуды и нервы. Высокотехнологичное оборудование не только делает работу медиков абсолютно безопасной, но и помогает им в тех ситуациях, где бессильны традиционные хирургические технологии.

Первым клиническим пациентом хирургов стала двухдневная девочка, которая родилась с ужасной патологией левой руки. Уродство грозило ампутацией конечности. Благодаря лазеру ручку ребенка спасли. Разработку челябинских ученых уже оценили иностранные ученые на всемирной конференции в Сан-Франциско Photonic West.

\*\*\*

**Клиника "Три-3" предлагает щадящие технологии в лечении глаукомы [Текст] // Здравоохранение: развитие, управление, инновации. – 2013. – № 7. – С. 49.**

Офтальмологическая клиника "Три-3" предлагает самый современный метод лечения глаукомы при помощи новейшего лазера YAG лазер SeLecTor (SLT) Deux - единственного на Юге России.

"Глаукома - тяжелейшее заболевание глаз. Часто протекает бессимптомно и может привести к слепоте. В России глаукома занимает 1 место среди причин инвалидности по зрению. При глаукоме повышается внутриглазное давление (ВГД). В итоге атрофируется зрительный нерв и если вовремя не начать лечение, он погибает, а человек теряет зрение навсегда.

"Три-3" предлагает своим пациентам пройти селективную лазерную трабекулопластику (SLT). "Это простая и очень эффективная процедура. Она занимает не более 10 минут, проводится амбулаторно, не требует специальной подготовки и сбора анализов, совершенно безболезненна. И при этом позволяет снизить внутриглазное давление, уменьшить режим закапывания капель и расходов на дорогостоящие препараты на долгое время.

Суть SLT проста: с помощью импульсов лазер воздействует на клетки в месте нарушения оттока внутриглазной жидкости. В ответ начинают работать естественные лечебные механизмы организма, удаляя пораженные клетки, и тем самым расчищая путь оттока. В результате чего внутриглазное давление понижается. При этом окружающие, здоровые клетки, так же, как и остальные структуры глаза, остаются нетронутыми и не повреждёнными.

Поэтому именно трабекулопластика считается самым щадящим и физиологичным способом лечения глаукомы. К тому же на ряду, с выраженным лечебным эффектом, у этой технологии почти отсутствуют побочные эффекты, она абсолютно безопасна и ее можно повторять сколько угодно раз. В том числе она эффективна у пациентов с ранее безуспешно проведенными традиционными лазерными и хирургическими вмешательствами.

\*\*\*

**Самара: Медицина будущего [Текст] // Здравоохранение: развитие, управление, инновации. – 2013. – № 7. – С. 50-51.**

Институт экспериментальной медицины и биотехнологий СамГМУ и Клинический центр клеточных технологий расширяют сотрудничество по разработке методов для лечения травм, ожогов и сосудистых заболеваний. Объединение знаний и технологий обусловлено тем, что перед применением в клинической практике каждый новый метод должен пройти через сложный этап доклинических исследований.

Клеточные технологии являются одним из наиболее перспективных направлений развития медицинской науки. Особенно это важно для лечения заболеваний, которые не поддаются стандартным методам лечения. Но внедрение инноваций невозможно без серьезного доклинического этапа исследований на живых объектах. В Институте экспериментальной медицины и биотехнологий СамГМУ можно проводить широкий спектр исследований на животных. Но нельзя создать точную копию модели заболевания человека у крысы или у кролика. Для приближения к человеческой модели технологии должны дополнительно отрабатываться на клетках человека. В Клиническом центре клеточных технологий есть возможность проводить культивирование человеческих клеток и обрабатывать новые технологии.

Если говорить о заболеваниях суставов, то нужно восстанавливать именно хрящ.

Применение известных технологий для лечения травм суставов приводит к формированию хряща, в который входят различные волокнистые структуры, коллагеновые волокна. Такой хрящ не выдерживает тех нагрузок, которые падают на гиалиновый хрящ - сверхпрочную человеческую ткань.

Работы по получению хрящевой ткани ведутся как в Институте экспериментальной медицины и биотехнологий СамГМУ (ИЭМБ) совместно с кафедрой травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии под руководством ректора СамГМУ Геннадия Котельникова, так и в Клиническом центре клеточных технологий (КЦКТ).

По словам директора ИЭМБ профессора Ларисы Воловой, ученые Института добились получения полностью гиалинового хряща в эксперименте с кроликами.

В КЦКТ методика отрабатывалась на человеческих клетках. Ученые создали алгоритм и протокол исследования, реализовали технологию.

В ИЭМБ также провели ряд успешных работ по созданию клеточно-тканевых трансплантатов для восстановления суставной гиалиновой хрящевой ткани.

Спектр работ в области клеточных технологий постоянно расширяется. Самарские ученые работают над созданием технологии по лечению кожных покровов. В КЦКТ проводятся эксперименты по созданию нового биопокровия на основе плазмы пуповинной крови, параллельно такие же исследования проводились на животных в ИЭМБ.

Ученые Клинического центра клеточных технологий исследуют стволовые клетки, выделенные из костного мозга, жировой ткани и пуповинной крови. В Институте экспериментальной медицины и биотехнологий также исследуются клетки костного мозга, кроме того, ученые института спроектировали системный подход к исследованию стволовых и дифференцированных клеток на различных этапах их зрелости.

В последний свой визит в Самарскую область министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова ознакомилась с клеточными разработками самарских ученых.

Результатом визита было решение о выделении 1,5 млрд. рублей на создание в СамГМУ зоны коллективного пользования мирового уровня. Будет построено еще два здания и закуплено новое оборудование для развития работ в области молекулярной биологии и усиления базовых направлений в области клеточных технологий.

\*\*\*

**Тихонова, С. Инновации: преднаполненные шприцы – в профессиональную деятельность медицинских сестер [Текст] / С. Тихонова // Медсестра. – 2013. – № 8. – С. 25.**

Ведущая международная компания по производству медицинского оборудования и технологий BD (Бектон, Дикинсон энд Компани) получила одобрение Управления по контролю

за продуктами и лекарствами США (FDA) на первое лекарство в линейке готовых к использованию преднаполненных лекарствами шприцев для инъекций BD Simplist™. Преднаполненные шприцы будут производиться и продаваться фирмой BD Rx Inc., стопроцентной дочерней компанией BD. Первым лекарством, к производству которого вскоре приступит BD Rx, станет гидрохлорид дифенгидрамида, антигистаминное средство для инъекций.

Преднаполненные шприцы разработаны для повышения качества лечения пациентов и повышения безопасности путем сокращения количества манипуляций, которые совершает медицинский работник при традиционных инъекциях с использованием шприцев и ампул. Таким образом, снижается и риск врачебной ошибки.

Риск ошибки существует при проведении любой инъекции. Как показывают многочисленные исследования, медицинские работники при традиционном введении лекарств при помощи шприцев и ампул последовательно совершают до 20 манипуляций, что также повышает вероятность ошибки. С преднаполненными шприцами BD Simplist последовательность сокращается приблизительно до 12 манипуляций, что позволяет уделять больше внимания пациенту и меньше - подготовке инъекции. К тому же преднаполненные шприцы BD Simplist в индивидуальной упаковке снабжены легко читаемыми этикетками и штрих-кодами для более надежной идентификации.

«Использование медицинскими работниками ампул и шприцев для инъекций недостаточно эффективно для современного здравоохранения. С новыми, готовыми к использованию преднаполненными шприцами BD Simplist BD намеревается вывести практику инъекций на новый уровень. BD предлагает безопасное для пациентов лечение и эффективное клиническое применение своей продукции.

BD планирует запустить в производство от 20 до 30 наименований препаратов в преднаполненных шприцах BD Simplist в ближайшие несколько лет и намеревается выпускать препараты в дозировках, наиболее распространенных в клинической практике как больниц, так и хирургических центров.

\*\*\*

*Лазаренко, А. Новое в лечении туберкулёза [Текст] / А. Лазаренко // Медицинская газета. – 2013. – 30 авг. (№ 65). – С. 13.*

Найдена комбинация препаратов, которая впервые смогла резко улучшить лечение как обычных, так и мультирезистентных штаммов туберкулёза.

Речь идёт о комбинации РаМЗ из стандартного противотуберкулёзного препарата пипразинамида с антибиотиком моксифлоксасином, ранее не используемым против туберкулёза, и препарата ПА-824.

РаМЗ эффективно действует на несколько устойчивых штаммов *Mycobacterium tuberculosis* - причины большинства случаев туберкулёза, которые распространились через Южную Африку, Индию и страны СНГ. Более того, это лекарство вылечит пациента в 6 раз быстрее и в 10 раз дешевле по сравнению с существующими методами лечения.

РаМЗ появился в результате исследования, в котором различные перестановки трёх его составляющих лекарств, плюс одно новое - бедаквилин (bedaquiline), были проверены на образцах слюны групп людей с туберкулёзом в Кейптауне (Южная Африка). РаМЗ превзошёл все другие комбинации, убив 99% микобактерий туберкулёза в течение двух недель. В исследованиях на животных РаМЗ убивал стойкие к препарату бактерии одинаково быстро, поэтому он может стать методом выбора в лечении обычного и мультирезистентного туберкулёза. Он также позволил ускорить по времени лечение устойчивого и обычного туберкулёза.

Результаты исследования были представлены на международной конференции по СПИДу в Вашингтоне и опубликованы в журнале *Lancet*, который также привёл комментарии Джованни Баттиста Мильори из Сотрудничающего центра ВОЗ по борьбе с болезнями лёгкого и туберкулёзом.

## ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

*О мерах профилактики в сфере охраны здоровья населения Российской Федерации [Текст] // Справочник фельдшера и акушерки. – 2013. – № 8. – С. 11-16.*

В статье представлен материал о профилактике хронических неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни среди населения.

В структуре причин смертности доля ХНИЗ составляет 75%, из них на 1-м месте - сердечно-сосудистые заболевания (58%). Суммарный экономический ущерб только от болезней системы кровообращения - 1 трлн. руб. в год.

За последние несколько лет было вложено много финансовых средств и реализовано мер, направленных на развитие системы здравоохранения. С 2006 г. началась реализация национального проекта «Здоровье», открыты перинатальные центры, федеральные высокотехнологичные центры, принята программа по снижению смертности от ведущих ХНИЗ: сердечно-сосудистых заболеваний, травм, отравлений, онкологии. Получены хорошие результаты. Однако для дальнейшего улучшения ситуации необходимо развитие первичной, вторичной профилактики и реабилитации, т. е. необходимы именно профилактическая направленность здравоохранения и формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) среди населения.

С 2006 г. в Российской Федерации началось формирование обширной законодательной базы в области профилактики ХНИЗ и формирования ЗОЖ:

— Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» законодательно установил приоритет профилактики в сфере охраны здоровья граждан, определил основные пути его реализации, конкретизировал содержание понятий профилактики ХНИЗ и формирования ЗОЖ. Впервые в законе прописана обязанность гражданина заботиться о своем здоровье. В дальнейшем необходимо принятие мер, направленных на мотивацию гражданина заботиться о своем здоровье.

— Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» ввел понятие «страховой случай», применимое в т. ч. для профилактических мероприятий.

— Федеральным законом от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» (вступил в силу с 01.06.2013) детально определены целевые, налоговые, организационные, медицинские меры по снижению распространенности этого фактора риска, который в нашей стране достигает почти 40%.

Указанное законодательство послужило основой для создания в Российской Федерации концепции единой профилактической среды, что было обозначено Московской декларацией Первой глобальной министерской конференции по ЗОЖ и неинфекционным заболеваниям, которая состоялась 28-29 апреля 2011 г.; данная концепция была одобрена специальной резолюцией Всемирной ассамблеи здравоохранения и включена в политическую декларацию Генеральной ассамблеи ООН по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними, которая состоялась в Нью-Йорке в сентябре 2011 г.

Распоряжением Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р утверждена государственная программа РФ «Развитие здравоохранения» на период до 2020 г., на базе которой разработаны региональные программы развития здравоохранения до 2020 г. Первая подпрограмма в этих программах - и федеральной, и региональной - «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи». Ее реализация предполагает создание нормативно-правовой базы, инфраструктуры медицинской профилактики, подготовку кадров и соответствующее финансирование мероприятий по диспансеризации. Этот процесс требует времени, и на сегодняшний день отчетливо видны результаты только в части, касающейся отделений, кабинетов медицинской профилактики поликлиник, число которых возросло с 2800 до 3500, планируется создать еще не менее 500 таких структур. Оснащение амбулаторно-поликлинических учреждений, подготовка специалистов пока еще оставляют желать лучшего. Важно также иметь в виду, что поликлиника



обслуживает более 25 тыс. взрослого населения, и там должны быть организованы не кабинеты, а полноценные отделения медицинской профилактики.

Неблагополучная обстановка по-прежнему с региональными центрами медицинской профилактики. Число этих структур, которые должны выполнять основные организационно-методические функции по формированию ЗОЖ и профилактике ХНИЗ в каждом субъекте РФ, за год увеличилось только на 2 учреждения (было 58, стало 60). Они, как правило, маломощные в кадровом отношении и плохо оснащены.

Нельзя ослаблять работу и центров здоровья, их роль в результате включения в процесс диспансеризации должна только возрастать.

Поток пациентов, направленных в центры здоровья из поликлиники в результате диспансеризации для коррекции факторов риска у граждан со 2-й и 3-й группами здоровья, должен резко увеличиться. Число центров здоровья по инициативе субъектов РФ в связи с этим тоже может возрасти.

Возрастает актуальность повышения знаний медицинских работников в области профилактики ХНИЗ. Для качественного проведения диспансеризации, в т. ч. профилактического консультирования, необходимо в ближайшее время провести обучение медицинских работников. С этой целью планируется обучение сотрудников отделений/кабинетов медицинской профилактики, участковых врачей - около 10 тыс. чел., врачей-терапевтов в рамках первичной медико-санитарной помощи - около 38 тыс. чел., врачей центров здоровья - около 1 тыс. чел. Кроме того, в целях повышения уровня знаний в области обеспечения реализации региональных программ профилактики ХНИЗ и формирования ЗОЖ необходимо провести обучение сотрудников центров медицинской профилактики - около 800 чел., государственных служащих, руководителей учреждений, администраторов - около 2 тыс. чел.

\*\*\*

***Мустаев, Р. З. Гигиеническое воспитание как ядро стратегии укрепления здоровья допризывников [Текст] / Р. З. Мустаев // Санитарный врач. – 2013. – № 8. – С. 52-56.***

В статье показана актуальность гигиенического воспитания детей и подростков в формировании их здоровья. Также представлен анализ описанных в литературе организационных моделей проведения гигиенического обучения. Предложено создание комплексной системы медико-социального обеспечения подготовки школьников к военной службе, консолидирующей социальные, экономические, идеологические и другие средства и методы воздействия, способствующие комплектованию Вооруженных Сил здоровым контингентом.

Ухудшение здоровья населения требует изменения стратегии государственной политики в направлении первичной профилактики болезней, направленной на снижение специфических и неспецифических факторов риска развития заболеваний и формирования здорового образа жизни. Ядром стратегии укрепления здоровья является гигиеническое обучение и воспитание населения.

Ведущим направлением в формировании здоровья должно стать гигиеническое обучение и воспитание детей, подростков и молодежи, поскольку модель поведения, сформированная в детстве и отрочестве, определяет уровень и продолжительность жизни человека, состояние его здоровья и нацеливает индивида на поддержание собственного здоровья как общественной задачи. Проведением гигиенического воспитания в школе достигаются две главные цели обучения: повышение уровня образованности и улучшение здоровья. Причем чем раньше начинается процесс формирования правильных гигиенических навыков, тем быстрее учителя и врачи решат проблему повышения уровня гигиенической культуры населения. И тогда удастся медицину детства перестроить из медицины болезней в медицину формирования здоровья.

Поэтому гигиеническое воспитание необходимо рассматривать в качестве самостоятельного направления в общем комплексе воспитания и включать его как составную часть в систему общего образования, производственно-технического обучения и прочие виды образовательной деятельности.

Повышать уровень состояния здоровья допризывных и призывных контингентов необходимо посредством формирования здорового образа жизни. И особую роль в данном процессе играет школа. Перенос акцента на воспитание гигиенической культуры из лечебных

учреждений в школы также закономерен в связи с тем, что более 70% подростков, проходящих военно-врачебное освидетельствование, - это ученики школ.

Разработка программ гигиенического воспитания для школьников особо ответственна, так как должна предоставить респондентам возможность воздействовать на общий потенциал здоровья.

Программы по гигиеническому воспитанию отдельных школ разрабатываются в соответствии с общенациональными базисными программами, которые адаптируются к реальным условиям учебного заведения и этническим особенностям состава обучающихся. Содержание программ гигиенического воспитания не является стабильным, а меняется с учетом современной ситуации и под влиянием тех проблем, которые внезапно становятся значимыми для школьников той или иной возрастной категории. Однако в программах наиболее стабильно освещаются проблемы предупреждения несчастных случаев, регуляции веса и физической активности, проблемы социального и психического благополучия, а в программах для начальной школы - профилактика кариеса.

Основная роль в формировании здорового образа жизни подрастающего поколения принадлежит учителю. Именно учитель, в контексте общей культуры, человека может и должен сформировать у учащегося личностные ориентации и убеждения о здоровье как индивидуальной ценности, сформировать позитивный в отношении здоровья стиль поведения. И если ранее в мероприятиях по сохранению и укреплению здоровья школьников принимали участие только педагоги определенных специальностей - биологи, учителя физической культуры, то приоритетом сегодняшнего дня является необходимость проведения гигиенического воспитания учителем любой специальности.

Успешность формирования здорового образа жизни среди школьников зависит от единства гигиенических требований в семье и школе, от повседневного контроля за выполнением детьми и подростками навыков позитивного в отношении здоровья поведения. Однако часто родители в вопросах гигиенического воспитания основываются на чувствах, а не на системной подготовке. Кроме того, во многих семьях уровень гигиенической культуры низок, и семья не может быть примером здорового образа жизни.

Важное значение в политике сохранения и укрепления здоровья придается необходимости внедрения гигиенического воспитания на фоне общенациональных оздоровительных программ, так как в этом случае у респондентов создается ощущение социальной поддержки и заинтересованности со стороны государства и общества в индивидуальном выборе каждого человека. Поэтому гигиеническое воспитание детей, подростков и молодежи должно сопровождаться разработкой межведомственных профилактических программ, законов и нормативных актов.

Конечной целью медико-гигиенического воздействия является повышение потенциала здоровья и его укрепление.

Уменьшение вредных привычек и снижение уровня заболеваемости связано с повышением уровня знаний на занятиях, выработкой позитивных в отношении здоровья привычек и сочетанием их с профилактической медицинской активностью.

Необходимым критерием гигиенического воспитания является обучение людей планированию своего будущего поведения, то есть умению строить свои жизненные планы с учетом следования здоровому образу жизни.

Формирование здорового образа жизни подрастающего поколения - процесс сложный, многомерный, в котором отдельные недостатки могут привести к непоправимым последствиям в судьбе человека. Следовательно, инновационные курсы и программы гигиенического обучения и воспитания должны пройти предварительную экспертизу качества обучения и соответствия предложенных методик возрасту учащихся и особенностям формирования здорового образа жизни в регионе.

Оценка результативности должна проводиться по целому ряду социально-гигиенических и социально-экономических критериев, чтобы при реализации курсов и программ можно было бы избежать последовательности «проб, ошибок и случайных успехов».

Конечным результатом действия системы подготовки молодежи к службе в армии и на флоте являются итоги медицинского освидетельствования юношей при призыве их на действительную военную службу. Для получения комплексной оценки эффективности лечебно-оздоровительных мероприятий среди допризывных контингентов используется модифицированная и адаптированная методика вычисления единого комплексного показателя

(ЕКП). Расчет данного показателя позволяет сделать объективными выводы о состоянии здоровья призываемого контингента.

В целом изучение литературных данных показывает, что состояние здоровья детей и подростков - будущего пополнения Вооруженных Сил страны - находится в критическом состоянии. В целях укрепления здоровья населения приоритетным направлением в деятельности органов здравоохранения следует признать первичную профилактику основных хронических неинфекционных заболеваний и воспитание здорового образа жизни. Главным в стратегии укрепления здоровья является гигиеническое обучение и воспитание, которые необходимо проводить с детства.

На фоне высоких показателей заболеваемости детей и подростков, распространенности вредных привычек и факторов риска для здоровья именно обучение и воспитание подрастающего поколения навыкам здорового образа жизни сможет привести к повышению потенциала здоровья нации. Наиболее благоприятной формой для овладения навыками здорового образа жизни является проведение гигиенического воспитания в учебном процессе.

\*\*\*

*Щавелева, М. В. К вопросу о распространенности факторов риска и самооценке здоровья сельского населения [Текст] / М. В. Щавелева [и др.] // Медицина и качество жизни. – 2013. – № 2. – С. 40-41.*

Снижение смертности в странах Западной и Центральной Европы, наблюдающееся в течение последних 20-30 лет, нашло свое объяснение в благоприятной динамике основных факторов риска неэпидемических заболеваний. Поэтому мониторинг распространенности данных факторов и отношения к ним различных групп населения, а также предоставление достоверной информации о значимости данных факторов для здоровья индивидуума и популяции является важнейшей задачей общественного здоровья и здравоохранения. Именно эта работа должна лежать в основе формирования государственной политики, направленной на профилактику заболеваний.

В этой связи все более актуальным становится вопрос об «ориентированности» населения на здоровый образ жизни (ЗОЖ). Кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Белорусской медицинской академии последипломного образования в 2011 – 2012 гг. проводится исследование, направленное на выявление «ориентированности» различных групп населения нашей страны на ЗОЖ. Основным инструментом исследования – анкета, включающая 24 основных вопроса и 5 вопросов, направленных на идентификацию половозрастных признаков и социального статуса опрашиваемых лиц.

Один из этапов исследования состоит в изучения некоторых вопросов, характеризующих основные причины «нездоровья» и приверженности ЗОЖ сельского населения нашей страны.

Мотивация к углубленному изучению данных вопросов именно для сельского населения состоит в следующем. За последние 50 лет структура населения Республики Беларусь изменилась коренным образом, и прежде всего – по фактору расселения. Если в 1959 г. удельный вес сельских жителей составлял 69,2%, то к 2009 г. (год проведения последней переписи населения нашей страны) их доля в общей структуре населения страны составила только 25,7% (единственным исключением является Минская область, где сельское население продолжает преобладать). С одной стороны, изменение структуры населения в пользу преобладания городских жителей является закономерным историко-демографическим процессом, с другой – именно село в течение многих лет являлось источником демографического развития городов. Значительное число медико-демографических показателей и показателей здоровья населения свидетельствует о наличии существенных отличий в состоянии здоровья городского и сельского населения (не в пользу последнего).

На данном этапе исследование проводилось нами на базе Воложинского района Минской области; в данном исследовании представлены результаты опроса 145 жителей, средний возраст которых составил 46,7+1,2 года. Большую половину лиц, участвовавших в опросе (56%), составили женщины.

Большинство опрошенных (53,8%) оценили состояние своего здоровья как удовлетворительное, только 21,4% охарактеризовали его как хорошее или скорее хорошее;

остальные — как плохое или скорее плохое. На наличие контактов с системой здравоохранения (обращение к врачу по какому-либо поводу, в т.ч. и профилактическому) в течение года, предшествующего проведению опроса, указали 75,2%. Выявлена определенная тенденция для опрашиваемых лиц давать более высокую оценку ( $3,76 \pm 0,08$ ) деятельности системы здравоохранения по сохранению и улучшению их здоровья, чем собственным усилиям ( $3,66 \pm 0,09$ ),  $p > 0,05$ . Вместе с тем, отвечая на вопрос «Достаточно ли внимания Вы уделяете своему здоровью?», почти треть опрошенных (29,0%) испытывали затруднения; 37,2% считали, что достаточно; 33,1% – нет. В отличие от городских жителей, характеризуя деятельность системы здравоохранения, сельские самую высокую оценку дают деятельности амбулаторно-поликлинического звена ( $4,00 \pm 0,07$ ) – тех структур, работа которых должна в первую очередь быть направлена на поддержание здоровья и формирование ЗОЖ, а также скорой медицинской помощи. Работа стационаров оценивается ими незначительно, но все же менее высоко ( $3,79 \pm 0,09$ ,  $p > 0,05$ ).

Давая оценку факторам, негативно влияющим на здоровье в настоящее время, опрошенные характеризовали эти факторы различным образом в отношении популяции в целом и себя лично. Так, при характеристике причин, негативно влияющих на здоровье популяции, как наиболее значимые были указаны следующие. Экологические условия; высокая стоимость лекарств (о чем почти никогда не упоминали опрошенные нами жители крупных городов), материальное положение человека; наличие вредных привычек и психоэмоциональный стресс (равное количество ответов); наследственность и малоподвижный образ жизни. Характеризуя факторы, негативно влияющие на их личное здоровье, сельские жители на первые места также поставили экологические условия, высокую стоимость лекарств, материальное положение. Психоэмоциональный стресс по значимости опередил наличие вредных привычек (4-е и 5-е места). Далее следовали условия труда (учебы) и только потом наследственность. Сравнительно мало говорилось о малоподвижном образе жизни, что, по нашему мнению, связано с условиями сельскохозяйственного труда.

Свое мнение (здесь мы не останавливаемся на оценке его правильности) о нормальном уровне артериального давления высказали 66,2% опрошенных; уровне глюкозы крови — 48,27%; холестерина – 33,1%. Соответственно, вызвали затруднения у опрашиваемых лиц и вопросы об их собственном уровне глюкозы крови (31,04%) и холестерина (35,17%). Как положительный можно оценить тот факт, что 70,34% опрошенных указали на наличие тонометра дома. Однако контролируют свой уровень АД 57,93% опрошенных.

Представляется интересным анализ ответов сельских жителей об употреблении ими овощей и фруктов. Современная наука уделяет все большее внимание особенностям питания как фактору профилактики ряда неэпидемических заболеваний, в частности, болезней сердечно-сосудистой системы. Так, показано, что повышение потребления фруктов и овощей достоверно ассоциируется со снижением риска развития ишемической болезни сердца. В этой связи нами были сформулированы вопросы о необходимом количестве овощей и фруктов, которые надо съедать в течение дня, и об их фактическом потреблении. Ответы на эти вопросы вызвали значительные затруднения. Ответы большинства опрошенных о необходимом количестве овощей и фруктов значительно варьировали (от 150 до 3000 г) и присутствовали только в 41,38% анкет. Более того, порядка 30% опрошенных не смогли определиться с оценкой своего фактического потребления овощей и фруктов.

На такой фактор риска, как курение, указали 36,55%; еще 16,55% указали на то, что курили ранее, но теперь расстались с этой вредной привычкой. Наш прошлый опыт анкетирования говорит о том, что в ответах об употреблении алкоголя не всегда присутствует искренность опрашиваемых лиц, поэтому в данном сообщении не приводится анализ этих ответов.

Значительный интерес для нас в исследовании представлял вопрос, что в течение года, предшествующего опросу, сделал респондент лично для улучшения своего здоровья. Необходимо отметить, что 24,8% респондентов просто не считали необходимым предпринимать какие-либо усилия для улучшения своего здоровья. Наиболее часто респонденты стремились: увеличить потребление овощей и фруктов (29,0% ответивших); увеличить свою физическую активность (24,14%); похудеть (21,4%). Остальные ответы (всего предложено 13 вариантов) встречались значительно реже.

Сегодня ни у кого не вызывает сомнения тот факт, что значительные резервы увеличения продолжительности жизни кроются в сокращении факторов риска, профилактике неинфекционных заболеваний и их последствий. Содействие здоровому образу жизни, изучение факторов, влияющих на него, — наиболее действенная стратегия по предотвращению преждевременной смертности населения.

\*\*\*

***Рудковский, Н. Ходоки здоровья на набережной [Текст] / Н. Рудковский // Медицинская газета. – 2013. – 30 авг. (№ 65). – С. 4.***

Акция «Пешком ходить - долго жить», посвящённая ходьбе как одному из слагаемых здорового образа жизни, прошла во Владивостоке на набережной Цесаревича. Специалисты краевого диагностического центра во главе с руководителем центра Анжелой Кабиевой полтора часа рассказывали и показывали собравшимся на своём примере, как правильно делать ежедневную зарядку, сколько нужно ходить пешком в день, чтобы уберечь себя от многих болезней.

Кардиолог центра Наталья Кулакова обратила внимание зрителей и участников на то, что ежедневные 10 тыс. шагов важны не только для поддержания жизненного тонуса, но и для правильной работы сердца.

Как всегда, для всех участников акции специалисты центра предложили измерить базовые параметры организма, в данном случае уровень артериального давления, пульс и вес. Одним из главных уроков стал очередной курс скандинавской ходьбы. По словам специалистов, именно она лучше всего подходит сегодня для городского жителя, помогая сжигать лишние калории гораздо эффективнее, чем бег или тренировка на велотренажёрах. Принцип ходьбы достаточно прост - в руки берутся две специальные палки (аналог лыжных), которые при движении помогают дополнительно задействовать мышцы верхнего плечевого пояса и спины. После такой прогулки можно даже не заглядывать дополнительно в спортзал. Все желающие опробовали относительно новый для Владивостока вид ходьбы, причём среди «скандинавских ходоков» были люди разных возрастов.

\*\*\*

***Старовойтова, Е. А. Распространенность основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди посетителей центров здоровья Томской области [Текст] / Е. А. Старовойтова // Профилактическая медицина. – 2013. – № 4. – С. 40-44.***

В современном обществе распространенность хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) достигла масштабов эпидемии. Смертность по причине ХНИЗ занимает 1-е место в мире. Большинство ХНИЗ причинно связаны с особенностями поведения, в России среди них наибольшее значение имеют: курение, артериальная гипертензия, гиподинамия, гиперхолестеринемия, нерациональное питание, гипергликемия. Решением проблемы снижения ХНИЗ на государственном уровне явилось открытие центров здоровья. В данной публикации проанализированы данные 2700 пациентов (2126 женщин и 574 мужчин, в возрасте от 18 до 88 лет), обратившихся в центры здоровья Томска в 2010-2011 гг. При обращении в центр на каждого пациента заполнялась медицинская карта центра здоровья. В карте отражались паспортные данные, социальный статус, данные анамнеза и результаты обследования. Для анализа использовались следующие показатели, полученные при инструментальном обследовании: рост, масса тела, значения АД; данные экспресс-анализа для определения уровня общего холестерина и глюкозы в крови, индекс массы тела (ИМТ). Расчет ИМТ производился по формуле: масса тела (кг)/рост (м<sup>2</sup>).

Проводилось интервьюирование пациентов по режиму питания (регулярный или нерегулярный), преобладанию компонентов пищи (белки, жиры, углеводы), количеству потребления овощей в день, калорийности рациона (низкий, средний, высокий). На основании полученных данных формировалось заключение о рациональности или нерациональности питания. Также происходил сбор данных о курении: возраст, с которого пациент курит и какое

количество сигарет в день выкуривает в настоящее время. На основании этих данных рассчитывался индекс курильщика, выраженный в пачках/лет.

Оценивалась физическая активность пациентов: занятия физической культурой и спортом (занимается систематически, занимается случайно, не занимается), вид спорта, которым занимается пациент, характер отдыха пациентов (активный, пассивный, смешанный), характер работы (сидячая работа, работа преимущественно в положении стоя, работа, связанная с ездой в транспорте). На основании полученных данных делали вывод о наличии или отсутствии гиподинамии.

По данным обследования была проведена оценка распространенности основных факторов риска ХНИЗ и их сочетаний.

Из всех пациентов, прошедших обследование, только у 48 (1,8%) человек не выявлено ни одного фактора риска. Сочетание всех перечисленных факторов риска наблюдалось у 3 человек.

На 1-м месте у обследованных пациентов находится такой фактор риска, как избыток массы тела, данный фактор зарегистрирован у 1681 (62,3%) человека. За избыток массы тела принимали наличие у обследуемого ИМТ  $>25 \text{ кг/м}^2$ .

На 2-м месте по частоте встречаемости среди всех факторов риска у обследованных пациентов находится нерациональное питание. К данной группе относились посетители центра здоровья, имеющие несбалансированное питание с избыточным количеством насыщенных жиров, недостаточным потреблением овощей/фруктов (менее 400 г в сутки). Наличие данного фактора зафиксировано у 1605 (59,4%) человек.

3-е место по распространенности занимает повышение АД (повышенным АД считали значения АД более 140/90 мм рт. ст.). Данный фактор встречался у 1434 (53,1 %) человек, причем в 30% случаев пациенты не наблюдаются с диагнозом гипертонической болезни.

На 4-м месте среди всех факторов риска у обследованных пациентов находится гиподинамия, распространенность которой составила 51,1 % (1381 человек).

Повышенный уровень холестерина (выше 5,0 ммоль/л) выявлен у 1192 человек и в среднем составил  $6,0 \pm 0,8$  ммоль/л.

Полученные данные продемонстрировали, что каждый пятый (20,9%) обследованный является курильщиком. Почти 6 млн. людей в мире умирают ежегодно в результате как непосредственного употребления табака, так и пассивного курения. Ожидается, что к 2030 г. это число возрастет до 7,5 млн., что составит 10% всех случаев смерти. Согласно оценкам, курение является причиной около 71 % случаев рака легкого, 42% хронических заболеваний дыхательных путей и приблизительно 10% ССЗ.

Таким образом, среди посетителей центров здоровья на территории Томской области наиболее распространенными факторами риска в порядке убывания являются: избыток массы тела, нерациональное питание и повышение АД.

Также в статье проанализировали распространенность факторов риска ХНИЗ в различных возрастных группах и получили следующие результаты. В возрастной группе 20-29 лет наиболее часто встречался такой фактор риска, как нерациональное питание (54%). 2-е и 3-е места в данной возрастной группе занимают гиподинамия и курение. Отмечено, что курение имеет максимальную распространенность среди пациентов в возрасте 30-39 лет, а в более старших возрастных группах распространенность данного фактора значительно снижается и достигает наименьшего значения в группе старше 70 лет. Избыточная масса тела, гиперхолестеринемия и повышение АД имели наименьший процент распространения в группе пациентов 20-29 лет. Однако, по данным исследования, частота этих факторов риска увеличивается с возрастом и достигает максимальных значений у пациентов в группе 60-69 лет.

Учитывая выявленные региональные особенности, представляется актуальным разработка и внедрение профилактических программ (индивидуальных и групповых), которые будут учитывать специфические особенности Томской области (климат, особенности питания, особенности распространения факторов риска). Международный опыт показал достаточно высокую эффективность программ по профилактике ХНИЗ. А принимая во внимание высокую распространенность корректируемых факторов риска на территории Томской области, можно прогнозировать высокую эффективность внедрения профилактических программ.

## 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](mailto: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 «Услуги библиотеки»).

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

✉ [miac@medlan.samara.ru](mailto:miac@medlan.samara.ru)

✉ [sonmb@inbox.ru](mailto: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](mailto:biblchap@yandex.ru)

#### Представительство 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>