

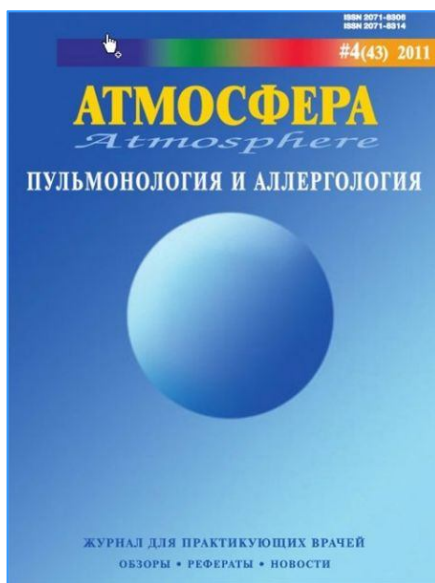


# Самарская областная научная медицинская библиотека МИАЦ

## Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№ 10 (октябрь), 2013



## СОДЕРЖАНИЕ

<b>УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....</b>	<b>3</b>
<b>МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ .....</b>	<b>13</b>
<b>ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....</b>	<b>16</b>

## УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

*Гальвас, Ф. Г. Правовое регулирование программы модернизации – важного этапа реформирования отечественного здравоохранения [Текст] / Ф. Г. Гальвас // Экономист лечебного учреждения. – 2013. – № 9. – С. 3-11.*

В статье представлен материал о государственной стратегии в области реформирования и развития здравоохранения.

Под государственной стратегией реформирования и развития здравоохранения следует понимать сложную систему управляющих взаимодействий, осуществляемых на государственном, региональном и местном уровнях, на те или иные конкретные службы, звенья и сектора, на медико-социальные ситуации с целью эффективного функционирования всех структур этой системы для достижения конкретных результатов улучшения здоровья населения.

Общей целью реформирования и развития здравоохранения является достижение реальных позитивных сдвигов и показателей индивидуального и общественного здоровья, сокращение прямых и косвенных потерь общества от заболеваемости и преждевременной смертности граждан.

Стратегической целью развития здравоохранения является создание современной высокотехнологичной базы здравоохранения, обеспечивающей всеобщую доступность качественной и эффективной медико-социальной помощи населению при одновременном расширении возможностей инвестирования в собственное здоровье.

Целью реформирования и развития хозяйствующих субъектов здравоохранения является формирование внутренних и внешних условий для эффективного функционирования и развития здравоохранения в гармоничном взаимодействии с окружающей их социально-экономической и эколого-гигиенической средой.

Основными задачами реформирования и развития отечественного здравоохранения являются:

— Обеспечение адекватности размеров финансирования — государственным гарантиям в сфере здравоохранения.

— Повышение эффективности использования ресурсов в здравоохранении.

— Организация эффективного государственного санитарно-эпидемиологического надзора, гигиенической и эпидемиологической экспертизы, мониторинга здоровья людей и среды обитания человека.

— Сокращение сроков восстановления утраченного здоровья населения путем внедрения в медицинскую практику современных методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний, новых медико-производственных, информационных и организационно-управленческих технологий.

— Совершенствование медико-экономического и организационно-правового регулирования деятельности хозяйствующих субъектов здравоохранения.

— Формирование и развитие регулируемого социально-ориентированного рынка медицинских услуг и товаров медицинского назначения.

— Развитие негосударственного сектора здравоохранения.

— Повышение уровня квалификации и степени социальной защищенности работников здравоохранения.

— Актуализация участия профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций в реализации государственной политики в области здравоохранения.

— Активизация участия населения в решении вопросов здравоохранения.

Одним из важных направлений государственной стратегии реформирования здравоохранения в России является повышения качества медицинской помощи.

Также в статье, уделено значительное внимание реформированию законодательной базы в области здравоохранения. В 2011 г. вступил в действие новый Федеральный закон «Об

обязательном медицинском страховании», внесены изменения в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» и иные нормативно-правовые акты в данной сфере.

21 ноября 2011 г. принят базовый Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который устанавливает правовые основы регулирования системы здравоохранения, имеет высокую социальную значимость и актуальность. Закон затрагивает острый вопрос бесплатной медицины, гарантирует качественную и доступную медицинскую помощь, социальную защищенность граждан в случае утраты здоровья. Он устанавливает основные принципы охраны здоровья граждан, ответственность органов власти всех уровней за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Реализуемая в стране за период 2011-2012 гг. программа модернизации здравоохранения является одним из важнейших этапов развития отрасли здравоохранения в целом, ожидаемым результатом которой должно быть реальное повышение качества оказываемой населению страны медицинской помощи.

В Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г. говорится, что для улучшения ситуации с состоянием здоровья граждан необходимо обеспечить качественный прорыв в системе здравоохранения.

Отрасли здравоохранения нужны инновационные разработки в сфере профилактики, диагностики и лечения заболеваний (включая восстановительное лечение), эффективная система подготовки медицинских кадров, способных решать задачи инновационного развития. Внедрение инновационных технологий, обеспечивающих современное решение конкретных клинических задач, позволит не только повысить качество жизни пациентов, достичь нового уровня терапии, более эффективно расходовать средства, но и значительно повысить квалификацию медперсонала.

Одним из этапов реализации основных направлений концепции развития здравоохранения является программа модернизации отрасли. В ходе реализации программы модернизации здравоохранения Правительство Российской Федерации предусматривает достижение стратегических целей развития здравоохранения путем обеспечения качественной и общедоступной медицинской помощи на основе сохранения накопленного отечественного опыта при постепенном развитии рыночных механизмов.

Основной сущностью и идеей программы модернизации здравоохранения, естественно, стала подготовка медицинских учреждений и системы здравоохранения в целом к переходу на одноканальное финансирование и плавному внедрению стандартов оказания медицинской помощи, что непосредственно привело к повышению качества, доступности и своевременности оказания медицинской помощи населению. Стремительное развитие науки в медицине привело к необходимости пересмотра ранее утвержденных стандартов лечения заболеваний с адаптацией к современным методам диагностики и лечения.

Многие лечебные учреждения нуждаются в полном переоснащении медицинским оборудованием, обеспечении лекарственными средствами, требуется системный подход к подготовке и комплектации медицинскими кадрами. Решением многих накопившихся проблем стало миссией проекта программы модернизации путем масштабных финансовых вливаний в систему здравоохранения с четким контролем за исполнением.

Государство ступило на путь реформирования системы здравоохранения, и первыми результатами стали новые нормативно правовые документы – это Федеральный закон № 323 «Об охране здоровья граждан» и № 326 «Об обязательном медицинском страховании».

В свет выходит ряд постановлений правительства, разъясняющие и регулирующие сложную систему мероприятий по реализации программы, а именно:

1. Постановление Правительства РФ от 7 февраля 2011 г. № 60 «О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации». Данное постановление устанавливает направление мероприятий по повышению до-

ступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

2. Постановление Правительства РФ от 15 февраля 2011 г. № 85 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011-2012 гг. региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования».

В данном документе утверждаются Правила финансового обеспечения в 2011-2012 гг. региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Правила устанавливают порядок предоставления и расходования в 2011 и 2012 гг. субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее — Фонд) на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Для более детального распределения мероприятий по контролю, мониторингу, отчетности и организации всех звеньев работы программы Министерством здравоохранения и социального развития издаются еще ряд регулирующих деятельность исполнительных органов мероприятий:

— приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 декабря 2010 г. № 1240н «Об утверждении порядка и формы предоставления отчетности о реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь»;

— приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20 апреля 2012 г. № 389н «Об утверждении критериев увеличения размера субсидий, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, в целях стимулирования субъектов Российской Федерации, обеспечивших лучшие показатели реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации по итогам 2011 года»;

— приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 июня 2011 г. № 607 «Об организации мониторинга и анализа хода реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, и государственных учреждений, реализующих мероприятия по внедрению современных информационных систем в здравоохранение».

Нормативно-правовые основы программы модернизации явились «рычагами» воздействия на область применения основных законодательных актов на разных этапах реализации программы модернизации здравоохранения.

Программа модернизации здравоохранения на уровне Федерации внесла ряд инновационных технологий в сфере профилактики, диагностики и лечения заболеваний (включая восстановительное лечение), эффективной системы подготовки медицинских кадров, способных решать задачи инновационного развития.

Постепенное внедрение инновационных технологий, обеспечивающих современное решение конкретных клинических задач, позволит в перспективе не только повысить качество жизни пациентов, достичь нового уровня терапии, более эффективно расходовать средства, но и значительно повысить квалификацию медперсонала.

Программа создает устойчивую платформу для вступления в систему одноканального финансирования и максимально помогла укрепить материально-техническую и интеллектуальную базу отрасли в целом.

*Алмазов, А. А. ЕГИСЗ: новые возможности для главного врача [Текст] / А. А. Алмазов, В. В. Абрамов, В. В. Сапрыкина // Здравоохранение. – 2013. – № 9. – С. 54-58.*

В статье речь идет о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (далее - ЕГИСЗ). Концепция создания ЕГИСЗ была утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 28.04.2011 №364. Причиной принятия этого документа стала необходимость принципиально изменить подходы к информатизации отрасли и сформировать единое информационное пространство в сфере здравоохранения.

Информатизация стала одним из трех направлений программ модернизации здравоохранения.

Целью создания ЕГИСЗ стала информационная поддержка двух процессов: управления системой здравоохранения и оказания медицинской помощи. Для этого планировалось создать следующие «федеральные» сервисы:

- базу нормативно-справочной информации (далее - НСИ);
- интегрированную электронную медицинскую карту (далее - ИЭМК);
- систему электронной записи к врачу;
- систему управления административно-хозяйственной деятельностью учреждения;
- паспорта медицинских организаций, регистры медработников;
- каталог пользователей системы и др.

По мнению авторов данной статьи, наибольшее значение (из реализованного) для медицинской организации имеют система управления потоками пациентов (основой которой является система электронной записи к врачу), база нормативно-справочной информации и электронная медицинская карта. Сервис НСИ как рабочий инструмент приобретает ценность для пользователя только при соответствующем «смысловом» наполнении. То есть может быть использован только после создания самих справочников.

ИЭМК будет приносить пользу для медицинской организации только в случае полноценного использования этого сервиса всеми врачами в ходе приема и (или) интеграции с ним локальных электронных медицинских карт (ЭМК) собственных систем.

Наличие в медицинской организации разрозненных информационных систем не решает задач эффективного управления деятельностью и повышения качества медицинской помощи. Необходима интеграция всех имеющихся IT-продуктов, а также обеспечение их корректного взаимодействия с внешними информационными системами (органов управления здравоохранением, страховых медицинских организаций и т. д.).

Для решения этой задачи существует специальный вид программного обеспечения - интеграционная платформа (изначально медицинская или которую можно адаптировать к нуждам медицинской организации). Основными свойствами медицинской интеграционной платформы являются: обеспечение сбора, агрегирования, упорядочения и контроля медицинских, управленческих, организационных и финансово-экономических данных, их всесторонний анализ и удобное представление, эффективный обмен информацией при сохранении ее конфиденциальности.

Создание такой платформы в отдельно взятой медицинской организации возможно, но требует активного участия в работе главного врача и его заместителей.

В настоящий момент имеет смысл использовать сервисы ЕГИСЗ в интеграции с информационными системами медицинской организации - «выгружая» данные в модули ЕГИСЗ из своих систем и забирая в свои системы полезную информацию, содержащуюся в ЕГИСЗ. Например, представляется полезным использование в ЛПУ общей базы нормативно-справочной информации. Каждой медицинской организации рекомендуется разработать для себя концепцию информатизации своей деятельности (это может быть простой, но очень конкретный и практически применимый документ), увязать ее с тем, что происходит в отрасли централизованно, и все действия по развитию компьютерных систем совершать логически, последовательно и обоснованно с точки зрения их влияния на достижения целей организации.

**Бурляев, И. В. Опыт построения региональной медицинской информационной системы здравоохранения Воронежской области [Текст] / И. В. Бурляев // ГлавВрач. – 2013. – № 9. – С. 49-55.**

В статье описан опыт развития информатизации здравоохранения Воронежской области.

На территории Воронежской области уже автоматизирован процесс выписки и отпуска льготных рецептов всем видам льготных категорий граждан, а также автоматизирована процедура регистрации и централизованного сбора сведений о потребности в льготных лекарственных средствах льготных категорий граждан и лиц, отказавшихся от набора социальных услуг (НСУ).

Также на территории Воронежской области формально существует возможность записи на прием к врачу в электронном виде, но низкий уровень реализации программного обеспечения «Электронной регистратуры» и отсутствие актуальных данных для корректной идентификации полиса ОМС застрахованного неоправданно усложняют процесс записи на прием к врачу.

В 2011 г. благодаря целевой федеральной программе «Модернизация здравоохранения» у здравоохранения Воронежской области появилась возможность качественного развития медицинских информационных систем, используемых медицинскими организациями (МО), и создания единой региональной медицинской информационной системы (ЕРМИС).

Для создания ЕРМИС на территории Воронежской области необходимо:

1. разработать единые региональные требования для обмена данными между информационными системами, используемыми в МО, и – с региональным информационным ресурсом (РИР) системы здравоохранения;
2. обеспечить использование в МО медицинских информационных систем (МИС), которые бы отвечали (или способны были отвечать) единым региональным требованиям сбора медицинских данных для передачи их на федеральный уровень;
3. создать региональный сегмент МИС на базе БУЗ ВО «Медицинский информационно-аналитический центр », отвечающий федеральным требованиям и правилам;
4. обеспечить техническую возможность информационного обмена между субъектами здравоохранения региона с учетом защиты персональных и медицинских данных от несанкционированного использования.

Региональные требования обмена данными между информационными системами, используемыми в МО, а также обмена данными с региональным сегментом информационной системы здравоохранения должны соответствовать существующим федеральным требованиям. Региональные требования обмена должны разрабатываться в тесном сотрудничестве с профессиональным сообществом. Следует отметить, любые решения Департамента здравоохранения, касающиеся деятельности МО, должны предварительно детально обсуждаться с профессиональным сообществом. Исторически сложилось, что любое решение Департамента здравоохранения ВО является полностью непрозрачным и в большинстве случаев неожиданным для руководителей МО и медицинского персонала.

По состоянию на 01.05.2013 более 80 МО Воронежской области использует МИС «Комплексная система автоматизации учреждения здравоохранения» (свидетельство от 20.07.2010 № 20106114707 Федеральной службы по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам).

МИС «Комплексная система автоматизации учреждения здравоохранения» (МИС КАУЗ) предназначена для комплексной автоматизации учреждения здравоохранения, ее основные подсистемы: управление потоком пациентов в поликлинике и стационаре, Web-портал электронной регистратуры, поддержка лечебно-диагностического процесса, поддержка стандартов лечения, администрирование, планирование и статистика, лабораторная информационная система (ЛИС), радиологическая информационная система (РИС), стоматология, выписка льготных рецептов, аптека, персонифицированный учет медикаментов, расчеты по оплате диагностики/лечения, клиничко-экспертная работа, управление правами доступа пользователей, ведение справочников, классификаторов и настроечных параметров, обеспечение сопряжения с

другими ИС. Все подсистемы МИС КАУЗ соответствуют требованиям технического задания на создание и внедрение единой региональной медицинской информационной системы в сфере здравоохранения Воронежской области

На данный момент МО используют лишь часть функций МИС. Использование остальных функций невозможно, в первую очередь, по следующим причинам:

1. отсутствие технической возможности (нет в достаточном количестве компьютеров, локальных сетей, защищенных каналов InterNet);
2. полное отсутствие методической работы с медицинским персоналом на предмет разъяснения необходимости использования МИС в своей практической работе и, как следствие – непонимание и даже неприятие со стороны медперсонала всех нововведений;
3. недостаточное количество технически и методически грамотных IT- специалистов в штате МО;
- 4) отсутствие института заместителей руководителя МО по информационному обеспечению и технической защите информации – лиц, несущих ответственность за указанные направления деятельности МО.

Во всех МО Воронежской области уже автоматизированы следующие направления:

- персонифицированный учет оказанной медицинской помощи;
- сборка и представление счетов к оплате в едином формате, действующем для всех МО региона;
- автоматизированная выписка льготных рецептов;
- получение финансовой и статической отчетности.

В некоторой части МО Воронежской области дополнительно автоматизированы следующие направления:

- выписка листов временной нетрудоспособности;
- платные медицинские услуги;
- рабочие места врачей общей (семейной) практики (ВОП);
- электронная регистратура.

Исходя из этого последовательность развития и внедрения новых функций МИС должна быть следующей:

- автоматизировать подразделения МО, оснащенные компьютерами, имеющими доступ к локальной сети МО;
- обучить медицинский персонал работе с автоматизированными рабочими местами (АРМ);
- проводить периодическую методическую и просветительскую работу как с руководителями МО, так и с медицинским персоналом МО, грамотно и детально разъясняя и показывая выгоду самой автоматизации;
- особое внимание в любой МИС должно быть уделено автоматизации подразделений МО профилактической направленности, в первую очередь - флюорографического обследования, профилактической вакцинации, осмотров на глаукому, онкопрофосмотров и проч.;
- при автоматизации должен быть поставлен акцент на наиболее актуальные направления.

Например, с 01.03.2013 на территории Воронежской области начались диспансеризация определенных групп взрослого населения и профессиональные медицинские осмотры. Для эффективного выполнения столь глобальной и перспективной задачи в МО должны быть автоматизированы следующие подразделения: кабинет (отделение) медицинской профилактики, смотровой кабинет, кабинет (отделение) флюорографии, рентгеновский кабинет (маммография), диагностическое отделение (кабинет), кабинет (отделение) УЗИ, рабочие места врачей: терапевта, невролога, хирурга и др.; клиничко-диагностическая лаборатория и проч. Из-за отсутствия решений автоматизации указанных медицинских служб МО полностью не готовы к проведению такой диспансеризации. В силу важности и большой перспективы варианты



автоматизации деятельности МО в части реализации проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения и профессиональных медицинских осмотров достойны отдельной статьи.

Известно, что результатом деятельности МО является выполнение комплекса профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, направленных на поддержание, лечение и восстановление здоровья пациента. Другими словами, критерием оценки деятельности любой МО является качество выполнения указанных функций, а уж никак не уровень автоматизации ее деятельности. Но грамотно используемая МИС может как раз повысить эффективность деятельности МО, осуществить качественный скачок в работе медицинского персонала, что в конечном итоге благоприятно отразится на здоровье пациентов.

Опыт построения и внедрения МИС в МО показывает, что данные (базы данных МО) должны содержаться и контролироваться самой МО. Ни одна внешняя организация не сможет сохранить большой массив детальной информации, принадлежащей МО. Также следует отметить, что МО является оператором персональных данных. При централизации хранения персональных данных возникает угроза несанкционированного доступа и, как следствие, нарушения закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

МО должна иметь право самостоятельного выбора МИС, или использовать и развивать МИС собственной разработки. Ведь даже при условии идеального понимания потребностей МО со стороны органов управления здравоохранением использование типовой МИС не отвечает всем потребностям каждой МО. Учитывая реалии и негативный опыт попыток централизованного («квадратно-гнездового») решения задачи создания ЕРМИС на территории Воронежской области, такое решение будет, как минимум, неэффективным.

\*\*\*

*Драпеза, Д. В губернии начали внедрять электронный больничный [Текст] / Д. Драпеза // Волжская коммуна. – 2013. – 4 окт. (№ 329). – С. 17.*

В статье рассказывается, что Самарская область первой в стране получила право на проведение эксперимента по внедрению электронных больничных листов. Новшество вводится уже в 2014 году, но лишь в том случае, если их медучреждение тоже пойдет на эксперимент.

С переводом больничных листов в электронный формат исчезнет и главный недостаток всего бумажного документооборота – проблема своевременной передачи и получения информации. Для всех участников «больничного» процесса: медицинских учреждений, работодателей, Фонда социального страхования и, главное, самих пациентов, будет открыт доступ к базе электронных больничных. В системе «Электронного больничного» каждый житель области получит свое место – личный кабинет, в котором можно будет проконтролировать объем выплат, полученных за период нетрудоспособности, и, наконец, понять, кто, откуда и по какому принципу переводит данные средства.

Сейчас система «Электронного больничного» почти готова к запуску в пилотную эксплуатацию. По своему дизайну и функционалу она очень похожа на региональный портал государственных и муниципальных услуг – [rgu.samregion.ru](http://rgu.samregion.ru).

Для рядового гражданина внедрение электронного больничного обернется несколькими плюсами. Прежде всего, не нужно носить «бумагу» с места на место (из поликлиники на работу), а значит – экономия времени, исключение потери и порчи документа. Кроме того, гарантия большей сохранности персональных данных.

Для медучреждений: упрощение оформления листа нетрудоспособности, а также исключение связанных с оформлением ошибок, потерь и подделок.

Для страхователя (работодателя): упрощение проверки листков нетрудоспособности при обращении в Фонд соцстрахования.

Для Фонда соцстрахования: совершенствование контроля за порядком выдачи больничных листов.

\*\*\*

*Новая инновационная программа [Текст] // Медицинская газета. – 2013. – 9 окт. (№ 76). – С. 3.*

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова провела заседание Научного совета Минздрава России. На нём обсуждались вопросы инновационного развития здравоохранения.

В своём выступлении министр рассказала о проекте концепции Федеральной целевой программы «Развитие инновационных медицинских технологий в Российской Федерации на период до 2020 г.»

– Эта работа была проведена совместно с Российской академией медицинских наук и Российской академией наук. Очень важно, что у нас был длительный период проработки и согласования многих смысловых моментов, и в настоящее время обе академии поддержали этот проект и согласовали без замечаний, это большой коллективный труд, - подчеркнула Вероника Игоревна.

С докладом по теме выступил директор Департамента научного проектирования Минздрава России Андрей Васильев.

– Концепцией Федеральной целевой программы «Развитие инновационных медицинских технологий в Российской Федерации на период до 2020 г.» предусмотрено формирование единого комплекса инновационного здравоохранения и медицинской науки на основе принципов трансляционной медицины, обеспечивающих неразрывность и непрерывность процесса создания инновационных продуктов: лаборатория – производство – клиника, – отметил он.

\*\*\*

*Павленко, Е. В. Киберпространство медицины: интернет как враг и союзник врача и пациента [Текст] / Е. В. Павленко // Социология медицины. – 2013. – № 1. – С. 42-46.*

В данной статье рассмотрены основные плюсы и минусы медицинского применения Интернета как со стороны врача, так и со стороны пациента. Анализируется новое для отечественной науки понятие "кибермедицина".

В современном обществе процессы информатизации затрагивают практически все области профессиональной и повседневной деятельности. Современную, жизнь с трудом можно представить себе без Интернета.

Во многих областях специализированных знаний происходит интеграция с информатикой. Не составляет исключение и медицина. Процесс интеграции медицинского знания и Интернета приводит к культурной трансформации традиционных отношений в системе здравоохранения и качественным изменениям в сфере защиты и укрепления здоровья. В эпоху информационного общества перед медициной и системой здравоохранения открываются огромные перспективы. Учитывая темпы роста пользователей сети Интернет в нашей стране, эта тема является особо актуальной.

Американский исследователь Мартин Сас считает, что новые информационные сети способствуют изменению медицины и здравоохранения в двух направлениях:

1. Электронная медицина (E-medicine). Интернет в рамках данного явления способствует увеличению эффективности традиционных форм диагностики и терапии. За счет использования новых форм контроля повышается качество помощи. Электронная медицина открывает перспективы развития новых форм образовательной и исследовательской деятельности.

2. Электронное здравоохранение (E-health), в рамках которого взаимодействие происходит среди более широкого круга агентов. Целью электронного здравоохранения является изменение индивидуального и общественного отношения к здоровью и болезни за счет применения Интернета в деле санитарного просвещения населения.

Немецкий исследователь Гюнтер Эйсенбах считает, что электронное здравоохранение – это образовавшееся на пересечении медицинской информатики, здравоохранения и бизнеса новое поле медицинской практики.

В отечественной науке в этом плане более известен термин "телемедицина", который определяется как отрасль медицины, использующая телекоммуникационные и электронные информационные (компьютерные) технологии для предоставления медицинской помощи и услуг в сфере здравоохранения в точке необходимости в тех случаях, когда географическое расстояние

является критическим фактором. Для кибермедицины Интернет – это поле деятельности в виртуальной реальности, в которой осуществляется взаимодействие на основе глобального обмена открытой информацией, не всегда клинического характера, как между пациентом и врачом, врачом и врачом, так и между пациентами.

В статье рассматривается, какие возможности и ограничения предполагает под собой использование Интернета в деятельности врача и пациента. В первую очередь стоит обратиться к медицинским знаниям и информации, которые в настоящее время являются открытыми для любого желающего. Информация о новейших разработках, формы непрерывного дистанционного образования и т.д. помогают специалистам постоянно совершенствовать свой профессиональный уровень. Для того чтобы узнать о новых лекарствах или способах лечения того или иного заболевания, врачу нет надобности проводить много времени в библиотеке. Всю интересующую информацию можно получить через сервисы сети Интернет. Повышать свой профессиональный уровень можно без отрыва от рабочей деятельности. В качестве примера можно привести медицинский видеопортал [med-edu.ru](http://med-edu.ru), на котором представлены видеоматериалы по основным разделам медицинского знания.

Для людей, не имеющих медицинского образования, Интернет также является открытым источником специализированной медицинской информации. Симптомы, заболевания и способы их лечения, лекарства, способы профилактики, основы здорового образа жизни и т.д. Эту информацию можно получить без визита к врачу. Но одно дело, когда данную информацию получает специалист и оценивает ее с позиций своих знаний и опыта, и другое дело, когда эту информацию начинают использовать на практике люди, не имеющие специального образования.

Вопрос о качестве возникает и в ситуации медицинского он-лайн консультирования. Основным преимуществом виртуального консультирования является, пожалуй, сокращение временных затрат. Для того чтобы проконсультироваться с кибер-доктором, нет надобности сталкиваться с организационными проблемами лечебных учреждений (запись на прием к специалисту, очереди, ожидание приема и т.д.). Помимо этого Интернет дает возможность обратиться со своей проблемой к нескольким специалистам одновременно, предоставляя пациенту право выбора. Эта возможность создает для специалистов условия конкурентной среды. В условиях «бесплатной» медицинской помощи это не играет особой роли. Но, когда речь идет о платных услугах, Интернет как для отдельных врачей, так и для медицинских учреждений становится источником дохода и инструментом продвижения.

Еще одним преимуществом является возможность анонимного обращения к специалисту через Интернет. Опыт данных Интернет-ресурсов показывает их значимость. В первую очередь это касается вопросов репродуктивного здоровья. Зачастую подростки смущаются обсуждать те или иные темы со своими родственниками или лечащим врачом, поэтому возможность анонимной консультации со специалистом важна для них. Такие порталы скорее созданы как альтернатива горячим линиям и телефонам доверия.

Интернет и его приложения дают врачам возможность постоянно поддерживать связь со своими пациентами, следить за состоянием их здоровья. Так, например, отечественный медицинский он-лайн сервис «НормаСахар» позволяют пациенту вести прямо на своем смартфоне «дневник здоровья», а врачу – отслеживать состояние пациента и также в режиме он-лайн давать рекомендации.

В то же время остается много вопросов по поводу применения Интернета в медицине. Одно дело, когда информационные сети выступают только как канал передачи медицинской информации, другое – когда они являются платформой новых социальных отношений, для которых еще не выработано правовых и этических норм. Это особо актуально для российского общества. Можно предположить, что в течение ближайшего времени процессы, уже набравшие обороты в западных странах, начнут активно развиваться и в нашей стране. Очень важно в этот период постараться спрогнозировать их развитие в российском обществе и, оценивая западный опыт, постараться минимизировать возможные риски при использовании возможностей Интернета в деле охраны здоровья населения.

**Казаков, В. А. Эффективность программы модернизации здравоохранения на примере Детской областной клинической больницы г. Белгорода [Текст] / В. А. Казаков, В. И. Акиншин // Детская больница. – 2013. – № 3. – С. 3-6.**

В статье представлены данные об источниках финансирования, объемах полученных денежных средств и структуре расходов по программе модернизации здравоохранения в Детской областной клинической больнице г. Белгорода.

Областные детские, краевые больницы играют важную роль в реализации концепции охраны и укрепления здоровья населения. В последние годы в состоянии здоровья детей отмечена негативная тенденция, цель лечебно-профилактических учреждений всех уровней – не допускать ухудшения здоровья детей, стабилизировать показатели младенческой смертности, заболеваемости и инвалидности.

Детская областная клиническая больница г. Белгорода – единственное детское медицинское учреждение Белгородской области, где оказывают специализированную высокотехнологичную помощь.

Выделены следующие специализированные койки: эндокринологические, гастроэнтерологические, аллергологические, кардиоревматологические, пульмонологические, нефрологические, педиатрические, онкологические, гематологические, хирургические (в том числе абдоминальной и гнойной хирургии), уроandroлогические, челюстно-лицевые, травматологические, ортопедические, гинекологические, нейрохирургические, неврологические, офтальмологические, оториноларингологические, реанимационные, патологии новорожденных и недоношенных детей.

Правительство Белгородской области приняло постановление от 31.01.2011 г. № 31-пп «О внесении изменений в постановление правительства от 16 октября 2010 года № 366-пп «Об утверждении долгосрочной целевой программы «Строительство, реконструкция и капитальный ремонт объектов социальной сферы и развития инженерной инфраструктуры населенных пунктов Белгородской области на 2011-2013 годы». Цель этого постановления – создание на базе ОГБУЗ «ДОКБ» уникального областного медицинского центра специализированной высокотехнологичной медицинской помощи детям в объеме 12000 госпитализаций в год с внедрением федеральных стандартов высокотехнологичной помощи. Предусмотрено целевое финансирование - 938510,7 тыс. руб., в том числе 147657,7 тыс. руб. из федерального бюджета. В соответствии с этим постановлением осуществляется капитальный ремонт двух лечебных корпусов, построено здание клиничко-диагностического центра на 500 посещений в смену.

Областная Программа модернизации здравоохранения на 2011-2012 годы разработана на основании нормативно-правовых актов РФ и Белгородской области, в том числе Постановления правительства РФ от 15.02.2011 г. №85 «Об утверждении правил финансового обеспечения в 2011-2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ за счет средств, предусмотренных из бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования» и «Программы модернизации здравоохранения Белгородской области на 2011-2012 годы», утвержденной Постановлением правительства Белгородской области от 28.03.2011 г. № 114-пп.

В ходе реализации областной программы модернизации здравоохранения в 2011 году в ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ОМС) поступили средства на сумму 6300041,67 руб. на внедрение стандартов оказания медицинской помощи, в том числе 4531686,08 руб. – на повышение доступности амбулаторно-консультативной медицинской помощи (71,9%). Из областного бюджета поступили средства на сумму 32008764,69 руб., в том числе на укрепление материально-технической базы – 6726430,41 руб. (21,0%), на внедрение современных информационных систем – 7696575,0 руб. (24,0%), на внедрение стандартов оказания медицинской помощи – 17585759,28 руб. (55,0%).

Денежные выплаты стимулирующего характера выплачены 31 врачу, ведущему консультативный прием, и 57 средним медработникам. Таким образом, по гематологическому профилю до начала модернизации зарплата врачей составляла 13649 руб., фактически – 47763 руб. (рост в 3,5 раза); зарплата медицинских сестер – соответственно 8298 и 20476 руб. (рост в

2,4 раза); по травматологии и ортопедии: врачи до модернизации получали 15080 руб., после получения средств на модернизацию – 34959 руб. (рост в 2,3 раза); медицинские сестры – соответственно 8108 и 17131 руб. (рост в 2,1 раза); по педиатрии: врачебная зарплата составляла 23845 руб., по программе модернизации – 24678 руб. (рост на 3,4%).

На приобретение медицинского оборудования поступили и израсходованы средства в сумме 6100,0 тыс. руб. из федерального бюджета и 1000,0 тыс. руб. из областного бюджета. На эти деньги приобретены: эндовидеоагностоскоп – 999,96 тыс. руб., портативный ультразвуковой аппарат – 2700,0 тыс. руб. и два наркозно-дыхательных аппарата стоимостью 1050,0 и 1976,47 тыс. руб.

ДОКБ г. Белгорода ежегодно расширяет объемы оказания высокотехнологичной медицинской помощью и проводит ее в соответствии с приказами МЗ РФ от 28.12.2011 г. №1689-н «Об утверждении порядка направления граждан РФ для оказания ВМП за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете МЗ РФ с применением специализированной информационной системы», и от 28.12.2011 г. 1690-н «Об утверждении перечня видов ВМП».

В 2012 году, помимо имеющихся лицензий на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по специальностям: гематология, онкология, урология-андрология, детская хирургия, педиатрия, травматология и ортопедия, получено разрешение на осуществление медицинской деятельности еще по трем специальностям: неврология, неонатология, оториноларингология.

Государственное задание на оказание ВМП, ежегодно утверждаемое департаментом здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области, в ОГБУЗ «ДОКБ» выполняется в полном объеме.

Количество пациентов, которым в 2012 году была оказана высокотехнологичная медицинская помощь, увеличилось по сравнению с 2011 годом со 108 до 212 человек, в том числе за счет областного бюджета – с 78 до 182.

Программа модернизации здравоохранения Белгородской области на 2011-2012 годы обеспечила ресурсный потенциал областного детского клинического учреждения.

## МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

*Люст, Ю. ФГБУ «МНТК "Микрохирургия глаза" им. акад. С. Н. Федорова» внедряет в широкую практику новые фемто-секундные технологии [Текст] / Ю. Люст // Медсестра. – 2013. – № 9. – С. 29.*

В статье говорится, что в ФГБУ «МНТК "Микрохирургия глаза" им. акад. С. Н. Федорова» прошла апробация новых технологий по фемто-лазерной хирургии катаракты и лазерной коррекции близорукости, дальнозоркости и пресбиопии при помощи фемто-секундной системы Виктус / VICTUS.

VICTUS – единственная в мире фемто-секундная лазерная система, сочетающая в себе функции и возможности как для катарактальной хирургии, так и для хирургии роговицы.

Фемто-лазерная хирургия катаракты – это новый подход, призванный полностью автоматизировать основные этапы вмешательства. Преимуществом по сравнению со стандартной техникой является прецизионность и деликатность лазерного этапа операции, в ходе которого ткани глаза не повреждаются. Процедура дробления катаракты с помощью фемто-секундного лазера существенно упрощает работу хирурга, снижает травматичность операции, сокращает время процедуры и делает ее более безопасной для пациента.

Особенностью операции по поводу катаракты с фемто-лазерным сопровождением является дистантное дробление помутневшего хрусталика. Лазерный импульс фокусируется на точно заданной глубине в толще хрусталика, обеспечивая его дробление. На данном этапе хирургу не требуется вводить хирургические инструменты в глаз, таким образом, снижается общая травматичность хирургического вмешательства. Кроме того, лазерный этап полностью

автоматизирован, что существенно упрощает работу хирурга, сокращает время хирургического вмешательства и обеспечивает безопасность пациента.

После прохождения апробации современные технологии лечения глаза станут доступны широкому кругу российских пациентов.

\*\*\*

**Субботина, Е. Разнюхать болезнь [Текст] / Е. Субботина // Российская газета. – 2013. – 13 сент. (№ 205). – С. 14.**

В статье говорится о том, что ученые из университета Латвии создали электронный прибор, который может учуять рак легких.

Новый метод позволяет быстрее прояснить картину. Для этого пациенту достаточно сделать выдох, и «электронный нос» проанализирует выдыхаемый воздух на наличие рака легких. Прибор выявляет специфические летучие органические соединения, которые сигнализируют о болезни.

«Электронный нос» уже прошел проверку и показал неплохие результаты в эксперименте. Из них 252 больных раком легких устройство точно определило недугу 242 человек, поставив всего 10 неверных диагнозов. Это очень высокий показатель.

\*\*\*

**Андреева, И. «Окно в мозг» [Текст] / И. Андреева // Медицинская газета. – 2013. – 18 сент. (№ 70). – С. 13.**

В данной публикации рассказывается, что команда специалистов из Калифорнийского университета (США) разработала неинвазивную альтернативу повторным краниотомиям - проникаемый для оптического излучения имплантат, вставляемый в свод черепа и позволяющий проводить неоднократную лазеротерапию заболеваний головного мозга, а также другие диагностические и терапевтические процедуры.

Имплантат создан из нанокристаллов стабилизированного иттрием циркония – керамического материала, применяемого в стоматологии и протезировании тазобедренных суставов. Этот материал отличается высокой биоинертностью и биосовместимостью, прочностью и эластичностью, что позволит будущим пациентам обходиться без защитного шлема.

Это первый, но играющий ключевую роль шаг на пути реализации разрабатываемой инновационной концепции, цель которой – обеспечить оптический доступ к большим областям головного мозга пациентов тогда, когда это требуется, без необходимости в повторной краниотомии.

\*\*\*

**Прорыв в области адгезивных материалов и интеграции цифровых технологий в практику ортодонта совершила компания 3 M [Текст] // Новые медицинские технологии/Новое медицинское оборудование. – 2013. – № 9. – С. 3.**

Адгезивная система APC™ Flash-Free делает процесс фиксации брекетов намного легче: приклеивание происходит до 40% быстрее традиционных брекетов, а врачу-ортодонт больше не нужно удалять излишки адгезива, благодаря низкой вязкости и прозрачности клея. Такая технология исключает самопроизвольный сдвиг и отклеивание (дебондинг) брекета в процессе установки.

Компьютерная программа DSL (Digital Setup Lab) для создания цифровой диагностической модели зубных рядов, которую ортодонт необходимо утвердить для начала изготовления брекет-системы Incognito™, призвана существенно упростить коммуникацию между немецкой лабораторией и ортодонтом. Теперь вместо физической диагностической модели, изготовленной вручную, доктору высылается файл в формате 3D PDF, содержащий трехмерную модель зубных рядов, полностью созданную профессиональным техником на компьютере.

Данная новинка является очередным шагом 3М на пути к полностью цифровой диагностике в ортодонтии, при которой цифровая модель зубных рядов пациента через несколько секунд оказывается в немецкой лаборатории.

Новая адгезивная система очень удобна в работе. Что еще важнее, не нарушается позиционирование при фиксации. Это прорыв в области фиксации брекетов.

Новая система удивила и порадовала своей инновационностью — теперь не нужно удалять излишки во время фиксации — это очень важно для позиционирования брекетов, и время очень экономит.

\*\*\*

***Экспресс-тест для определения патогенных микроорганизмов выходит на российский рынок [Текст] // Новые медицинские технологии/Новое медицинское оборудование. – 2013. – № 9. – С. 4-5.***

В статье представлен материал о новой тест-пластине Petrifilm™ Salmonella Express System, которую представила компания 3М.

Данные тест-пластины Petrifilm™ разработаны для выявления сальмонелл, на долю которых приходится почти половина всех патогенных исследований. Хотя тест-пластины ранее не использовались для выявления патогенных микроорганизмов, они уже успели совершить революцию в сфере пищевой промышленности.

В отличие от традиционных методов исследования на основе агара, новая тест-пластина сокращает время ожидания результатов и делает их более точными. Она позволяет обнаружить и при биохимическом анализе подтвердить наличие сальмонелл в обогащенных пищевых продуктах и продуктах, подвергшихся технологической обработке (молочных продуктах, фруктах и овощах, сыром мясе, морепродуктах и кормах для домашних животных).

Благодаря новым пластинам можно тестировать не только индикаторные микроорганизмы, такие как бактерии группы кишечной палочки, стафилококки и пр., но и патогенные. Расширенный портфель решений компании 3М для микробиологического контроля в пищевой индустрии уже охватывает 80% санитарно-показательных, условно-патогенных и патогенных микроорганизмов, установленных в нормативных документах.

Простая в использовании, тест-пластина основана на принципе «все-в-одном». Тест содержит хромогенную культуральную среду, специфичную для сальмонелл, что обеспечивает точность результата. Для биохимического подтверждения всех предполагаемых колоний сальмонелл на пластине Petrifilm™ Salmonella Express System в комплекте имеется специальный диск, позволяющий получить результат биохимического анализа в течение 4-5 часов. Для сравнения, при использовании услуг сторонних лабораторий компании по производству продуктов питания вынуждены, как правило, ждать от 24 до 72 часов для получения подтверждения, а также им приходится оплачивать анализ каждого отдельного образца, предположительно содержащего сальмонеллы.

\*\*\*

***КРЭТ начал производство нового поколения мобильных аппаратов искусственной вентиляции легких [Текст] // Новые медицинские технологии/Новое медицинское оборудование. – 2013. – № 9. – С. 44-45.***

Концерн «Радиоэлектронные технологии» (КРЭТ) Госкорпорации «Ростех» приступил к производству мобильных электроприводных аппаратов искусственной вентиляции легких (АИВЛ) — «Авента-М». В отличие от ранее выпускаемых моделей, новый аппарат способен автономно работать за счет встроенного аккумулятора и управляться дистанционно по Wi-Fi.

Мобильный электроприводной аппарат искусственной вентиляции легких «Авента-М» можно использовать без подключения к сети на протяжении пяти часов благодаря встроенному аккумулятору. Аппарат имеет активный клапан выдоха, который поддерживает на определенном уровне давление в дыхательных путях пациента. «Авента-М» способна максимально адаптировать свою работу к потребностям больного и автоматически изменять параметры вентиляции в зависимости от состояния пациента.

Новый АИВЛ оснащен генератором потока воздуха, сенсорным экраном управления, а также модулем Wi-Fi, который позволяет управлять аппаратом удаленно. Кроме того, модуль дает возможность сохранять информацию о состояниях пациента и смене режимов вентиляции на общем сервере медучреждения и отправлять эти данные в консультативные медицинские центры.

Разработка и выпуск медицинских приборов и техники – важное с социальной точки зрения направление деятельности Концерна. По своим характеристикам и функциональности новая «Авента-М» превосходит зарубежные аналоги. Использование аппарата позволяет лечебно-профилактическим учреждениям снизить эксплуатационные расходы. «Авента-М» может обходиться без техобслуживания два года, в то время как аналогичное оборудование иностранного производства нуждается в нем как минимум раз в год.

«Авента-М» уже прошла испытания в Челябинском отделении Академии медико-технических наук. По отзывам экспертов, от существующих на рынке аналогов аппарат отличает высокая степень автоматизации настроек и возможность использовать новые современные режимы вентиляции легких. В ближайшее время модифицированные «Авента-М» пройдут эксплуатационную проверку в Челябинской городской больнице №3 и одной из клиник Екатеринбурга.

## ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

*Романовский, Г. Б. Правовое регулирование организации профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни [Текст] / Г. Б. Романовский // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2013. – № 9. – С. 12-23.*

В данной публикации представлен материал о законодательном регулировании организации профилактики заболеваний.

Согласно ст. 4 и 12 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон об охране здоровья) приоритет профилактики является одним из базовых принципов охраны здоровья граждан.

Под профилактикой традиционно понимают комплекс мероприятий, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья людей, их творческого долголетия, устранение причин заболеваний. В ст. 2 Закона об охране здоровья дается следующее определение профилактики: «комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания».

Профилактике заболевания посвящена ст. 30 Закона об охране здоровья, в которой выделяются профилактика инфекционных заболеваний, профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни.

Для сохранения здоровья каждому человеку как минимум необходимо правильно питаться, избегать вредных привычек и пагубных пристрастий, поддерживать достаточную двигательную активность, соблюдать оптимальный режим труда и отдыха, личную гигиену, закаляться, позитивно воспринимать жизнь. Эти факторы способны предотвратить как инфекционные, так и неинфекционные заболевания у многих людей.

Профилактике многих инфекционных заболеваний посвящены различные санитарно-эпидемиологические правила, в частности:

– постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.07.2011 № 108 «Об утверждении СП 3.1.2952-11 «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита»»;

– постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 30.12.2010 № 190 «Об утверждении СП 3.1.2825-10 «Профилактика вирусного гепатита А»»;



— постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2009 № 33 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.2512-09» (Профилактика менингококковой инфекции) и др.

Необходимо учитывать также ст. 27 Закона об охране здоровья, согласно которой граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.

Профилактика заболеваний во многом заключается в воздержании от совершения тех действий, которые могут нанести ущерб здоровью. Это связано, в первую очередь, с вредными привычками. Международные исследования показывают, что 52% всех смертей в России так или иначе связаны со злоупотреблением алкоголем.

В стране сложная ситуация с табакокурением. Недавно принят Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» (далее – Закон № 15-ФЗ). Как показывает его анализ, государство, с одной стороны, вменяет гражданам в обязанность заботиться о сохранении своего здоровья, с другой – разрешает продажу товаров и деятельность, непосредственно наносящую вред здоровью гражданина.

В настоящее время способ повысить эффективность системы здравоохранения законодатели видят в перераспределении дополнительной нагрузки. Одним из привлекательных путей представляется перекладывание финансового бремени на граждан. Объединив профилактику и обязанность заботиться о своем здоровье, можно сделать удобный вывод: кто не заботится о своем здоровье, тем самым расходуя средства государства, должен сам участвовать в покрытии затрат на медпомощь при обращении в медицинскую организацию. Государство стимулирует граждан вести здоровый образ жизни. В то же время эта мера приводит к экономии бюджетных средств и создает негативный образ «растратчика» для гражданина – обладателя вредных привычек. Тем более что элементарный отказ от курения и злоупотребления алкоголем может кардинальным образом увеличить среднюю продолжительность жизни граждан России и уменьшить количество обращений за медицинской помощью.

На международном уровне в условиях развития профилактики неинфекционных заболеваний серьезное внимание уделяется мероприятиям по ограничению курения табака. 21 мая 2003 г. принята Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Наше государство присоединилось к данному документу в 2008 г. (Федеральный закон от 24.04.2008 № 51-ФЗ). Итогом присоединения, в частности, стало принятие Закона № 15-ФЗ (действует с 1 июня 2013 г.), уже упоминавшегося выше.

Одним из важных негативных факторов распространения неинфекционных заболеваний является ожирение. 16 ноября 2006 г. была принята Европейская хартия по борьбе с ожирением. В документе речь идет об эпидемии этого недуга. В Хартии указывается, что здоровое питание и физическая активность должны стать нормой жизни каждого человека. В то же время нельзя возлагать ответственность за развитие ожирения только на страдающих им граждан.

Распоряжением Правительства РФ от 07.08.2009 № 1101-р утверждена Стратегия развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 г. В документе отмечается, что в целом в России не менее 60% обучающихся имеют нарушения здоровья. Только 14% обучающихся старших классов считаются практически здоровыми. Свыше 40% допризывной молодежи не соответствуют требованиям, предъявляемым армейской службой, в том числе в части выполнения минимальных нормативов физической подготовки. 85% граждан, включая 65% детей, подростков и молодежи, не занимаются систематически физической культурой и спортом.

В настоящее время действует Федеральный закон от 04.12.2007 № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» (далее — Закон № 329-ФЗ). Один из главных принципов законодательства о физической культуре и спорте — обеспечение права каждого гражданина на свободный доступ к физической культуре и спорту как к необходимым условиям развития физических, интеллектуальных и нравственных способностей личности, права на занятия физической культурой и спортом для всех категорий граждан и групп населения. Все это

должно способствовать формированию здорового образа жизни у граждан, начиная с детского возраста. Статья 30 указанного закона, закрепляя основы физической культуры и спорта по месту работы, месту жительства и месту отдыха граждан, нацеливая на создание специальных условий для занятий физкультурой и спортом, не предполагает их всеобщую обязательность.

Данная публикация показывает, что профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни имеют большое значение в организации медицинской помощи. Однако они не должны приобретать принудительный характер и перечеркивать основные права человека, гарантированные Конституцией РФ.

\*\*\*

***Красноруцкая, О. Н. Актуальные проблемы здоровья студентов медицинского ВУЗа и пути их решения [Текст] / О. Н. Красноруцкая, А. А. Зуйкова, Т. Н. Петрова // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2013. – № 9. – С. 12-23.***

В статье приведены результаты исследования, целью которого стала оценка состояния здоровья студентов Воронежской государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко, с учетом пола и возраста молодых людей. Дана характеристика образу и условиям жизни учащихся высшего медицинского образовательного учреждения.

В задачи исследования входил анализ социально-гигиенической характеристики студентов медицинского вуза, а именно: условий проживания, образа жизни, отношения семьи к распространению вредных привычек в обществе своих детей, уровня санитарной грамотности, а также определение взаимосвязи между изучаемыми факторами.

С целью получения общей картины о состоянии здоровья студентов Воронежской государственной медицинской академии, авторами статьи, изучалось влияние внешних факторов, таких как:

- физическое здоровье (питание, сон-отдых, наличие заболеваний);
- духовное здоровье (самореализация, планы на будущее);
- социальное здоровье;
- интеллектуальное здоровье (образование, досуг);
- эмоциональное здоровье.

В ходе проведения опроса установлено, что 87,1% респондентов считают себя практически здоровыми, в то время как 22,5% из них имеют хронические заболевания и на каждого студента-медика в год приходится 2,1 острых заболеваний, при этом чаще болеют лица женского пола. Часто болеют (более двух раз в год) - 11,1% девушек и 3,0% юношей соответственно. Вместе с тем, на момент проведения исследования 28,2% лиц мужского пола имеют хронические заболевания против 17,3% у девушек. На диспансерном учете состоит примерно одинаковое количество студентов (4,0% юношей и 3,7% девушек соответственно). Лидерами в структуре общей заболеваемости студентов являются патология органов дыхания (41,4%), на втором месте - заболевания органов пищеварения (34,8%), на третьем месте - заболевания опорно-двигательного аппарата и ЛОР-патологии (21,7%). Увеличилось число неврологических заболеваний и заболеваний сердечнососудистой системы. Кроме того, исследование показало, что 63,0% студентов-медиков, принявших участие в исследовании, имеют наследственную предрасположенность к различным заболеваниям: гипертонии - 58,1%; ИБС - 26,9%; инфаркту миокарда - 17,0%; инсульту - 20,0%; сахарному диабету - 17,0%. На каждого обучающегося ВУЗа, таким образом, приходится примерно 1,4 наследственных заболеваний, при этом, частота наследственно отягощенного анамнеза в подавляющем большинстве приходится на лиц мужского пола.

Вместе с тем, подавляющее большинство отметили поверхностное представление о понятии «здоровый образ жизни». В результате, 95% студентов считают, что ведут «не здоровый» образ жизни, и лишь 5% опрошенных уверены, что их образ жизни соответствует общепринятым здоровьесберегающим установкам. Придерживаться принципов здорового

образа жизни необходимым считают 71,7% девушек и лишь 24,3% юношей, 4% студентов и вовсе оказались безразличны.

Основным фактором, мешающим заниматься своим здоровьем, является у студентов недостаток времени (у 34% юношей и у 35% девушек). Помимо этого, у студентов-юношей преобладает отсутствие условий - 20,6%, материальные затруднения - 18,6% и лень - 14,4%. Девушки выделяют такие факторы, как материальные затруднения -19,1%, лень -17,1%.

Следует обратить внимание, что за медицинской помощью к врачу обращаются только 23,7% юношей и 30,1% девушек. Большинство студентов занимаются самолечением 38,2%.

При изучении режима питания учащихся обнаружилось, что среди обследуемых 16,5% юношей и 14,2% девушек принимают пищу три раза в день, четыре раза в день - 6,4 и 4,2% соответственно, два раза - 21,4 и 30,2% соответственно и один раз - 4,2 и 5,1% соответственно. Из числа опрошенных завтракают по утрам 70,4 юношей и 81,1 девушек. Условия принятия пищи студентами в обеденный перерыв: в буфете обедают 32,3+3,9 юношей и 53,7+2,8 девушек; в столовой - 33,8+4,0 юношей и 19,7+2,2 девушек; приносят обед с собой 2,1+1,2 юношей, 7,8+1,5 девушек, другое - юноши - 31,7+3,9, девушки -18,7+2,2.

Не менее важным в здоровом образе жизни является длительность ночного сна. От его продолжительности вплотную зависит дневная активность, работоспособность, умственная деятельность студентов. По результатам проведенного анкетирования было установлено, что у 63,4% юношей и 82,2% девушек ночной сон составляет менее 7 часов, 8 часов - у 33,6 и 13,4% соответственно. Лишь незначительный процент опрошенных студентов спят более 8 часов - 5,9 и 4,2% соответственно.

Девиантное поведение современных студентов медиков предполагает анализ распространения среди студентов табакокурения, употребления алкоголя и наркотиков. Эти разрушители здоровья являются причиной многих заболеваний, резко сокращают продолжительность жизни, снижают работоспособность, пагубно отражаются на здоровье.

Распространенность табакокурения среди респондентов составила 41,9% (девушки - 22,8%, юноши - 64,2%). Юноши более часто курят, что является статистически достоверным ( $p<0,05$ ). Стаж курения у некоторых достиг уже более пяти лет. Курят 1-5 лет - 26,75% юношей и 3,8% девушек, нерегулярно курят 10,2 и 7,6% соответственно.

Не менее опасна алкоголизация молодежи, нарастающая весьма высокими темпами. Причин для этого явления вполне достаточно: это неумение занять себя в свободное время, отсутствие клубов по интересам, частые праздники, поиск путей самоутверждения в обществе и подражание взрослым.

Эпизодически употребляют спиртные напитки 42,7% юношей, 41,2% девушек. Один раз в месяц - 8,8 и 5,7% соответственно, не употребляют 20,7+3,8% и 38,6+2,7% соответственно. Впервые попробовали спиртные напитки в возрасте после 15 лет 74,4% юношей и 69,2% девушек, до 10 лет - 3,2 и 2,9% соответственно. Юноши наиболее часто употребляют алкоголь, что статистически достоверно ( $p<0,001$ ).

Полученные данные о современных тенденциях распространенности употребления алкогольных напитков студентами, их самокритике и отношении к внешней критике следует трактовать как весьма неблагоприятный симптом, который оказывает пагубное влияние на здоровье молодого поколения, будущих потенциальных родителей, специалистов, профессионалов, призванных заниматься охраной здоровья населения. Данную проблему в обществе в целом и молодежной среде в частности, необходимо ставить на одно из первых мест в масштабе государства. Это обстоятельство чрезвычайно важно, поскольку, без осознания и поддержки у общества и государства таких мероприятий как: полный запрет спонсорства со стороны табачных компаний и ограничения доступности для лиц моложе 16 лет табака и алкоголя, изменения имиджа положительных героев мы не сможем существенно изменить проблемную ситуацию и предотвратить ухудшение здоровья нации. Это особенно важно в нашем случае, поскольку это выпускники медицинского ВУЗа, а значит это выпускники, которые несут ответственность не только за свое, но и общественное здоровье.

*Латышевская, Н. И. Сравнительная характеристика образа жизни девушек, учащихся в образовательных учреждениях разного вида [Текст] / Н. И. Латышевская [и др.] // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2013. – № 3. – С. 41-43.*

В статье приведен сравнительный анализ образа жизни девушек – учащихся общеобразовательных школ и колледжей.

Целью данного исследования было научно обосновать дифференцированный подход к формированию здорового образа жизни учащихся девушек в зависимости от вида образовательного учреждения.

В исследовании приняли участие девушки, учащиеся 9-х-11-х классов общеобразовательных школ (150 человек) и девушки, учащиеся медицинского и технологического колледжей (158 человек). Средний возраст в группах сравнения сопоставим: 15,6 и 16,8 лет соответственно.

Исследование проводилось путем анкетирования с использованием анкеты «CINDI», разработанной в рамках международной программы профилактики неинфекционных заболеваний и адаптированной к условиям РФ. Распространенность употребления наркотиков и различных форм полового поведения проводилась по анкете «Отношение молодежи к риску заражения ВИЧ/СПИД/ИППП».

В результате проведенного исследования у значительной части учащихся девушек, независимо от вида образовательного учреждения, выявлены нарушения режима дня, питания, наличие вредных привычек, рискованные формы полового поведения, что свидетельствует о недостаточной эффективности профилактической работы в образовательных учреждениях.

Распространенность курения, потребление психотропных веществ более характерно для девушек, учащихся школ, чем колледжей. Для учащихся колледжей характерны более частые и регулярные половые отношения, для учащихся школ – более частая смена полового партнера.

Выявленные особенности поведенческих факторов риска следует учитывать при разработке программ по воспитанию здорового образа жизни в образовательных учреждениях.

\*\*\*

*Соловьева, И. Приобщение к здоровому образу жизни [Текст] / И. Соловьева // Самарская газета. – 2013. – 11 окт. (№ 187). – С. 4.*

На заседании комитета по образованию и науке Самарской губернской Думы депутаты среди прочих вопросов обсудили состояние студенческого спорта.

По словам главного консультанта управления развития физкультуры и массового спорта министерства спорта Самарской области Юрия Чернова, физкультурно-спортивная и оздоровительная деятельность долгое время находилась в упадническом состоянии. И только в последнее время появилась хоть какая-то система организации этой работы. Появились структуры, которые отвечают за развитие студенческого спорта. Больше внимания стали уделять проведению спортивных мероприятий. В последние четыре года мы возобновили проведение областной универсиады среди вузов Самарской области, которая финансируется в рамках целевой программы. В ней принимают участие практически все ведущие вузы области.

Чернов напомнил, что в этом году с Универсиады в Казани 16 самарских студентов привезли восемь медалей, из них четыре золотых. По его словам, самыми сильными в спортивном плане можно назвать университет путей сообщения, технический университет и СГАУ.

Беспокойство у депутатов вызывает тот факт, что не так много студентов желают заниматься спортом и посещают занятия физкультурой в вузах. А ведь студенческие годы - это едва ли не последний этап в жизни человека, когда его можно приобщить к здоровому образу жизни.

## Уважаемые коллеги!

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