

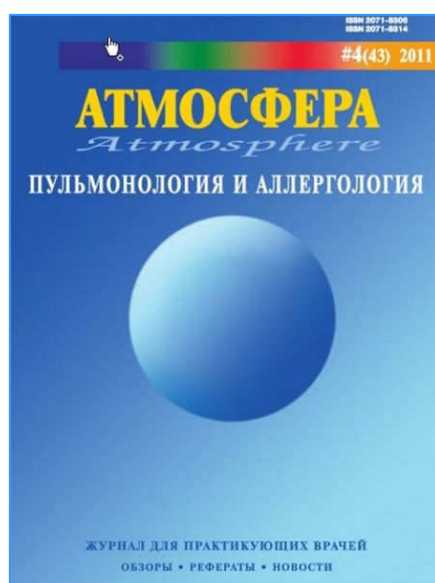


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№1 (январь), 2014



СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	18
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	23

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Понкин, И. В. Государственное управление и государственная политика в области здравоохранения: понятие и природа [Текст] / И. В. Понкин // Наркология. – 2013. – №10. – С. 12-15.

Статья посвящена основам и особенностям государственного управления и государственной политики в сфере здравоохранения.

Государственное управление – это вид государственно-властной деятельности в целях достижения, реализации, охраны и защиты публичных интересов, обеспечения регулятивных и иных функций государства и ведения делами государства. Содержанием деятельности государства является комплексное планирование, правовое обеспечение и осуществление законодательных, исполнительно-административных, судебных и контрольно-надзорных полномочий органов государственной власти, включая правовое и организационно-ресурсное обеспечение, администрирование и реализацию последовательностей и комплексов управленческих решений и установленных законом инструментов (мер, механизмов и средств) государственно-регулирующего и государственно-администрирующего воздействия в отношении различных сегментов предметно-объектной области такого управления, осуществление контрольно-надзорной и иной правоохранительной деятельности в указанной области.

Ключевыми особенностями государственного управления в сфере здравоохранения являются:

- специфика предметно-объектной области государственного управления в сфере здравоохранения. Здравоохранение по объективным причинам является чрезвычайно дорогой для любого государства сферой государственного управления и требует наличия очень значительного количества ресурсов и программ, услуг, предоставляемых широким кругом медицинских специалистов и вспомогательного обслуживающего персонала, а также служащих органов публичного (государственного, муниципального) управления здравоохранением;
- центральная и активная роль государства в разработке, реализации и управлении эффективной системой здравоохранения связана также с существованием и активным функционированием государственной системы здравоохранения;
- имманентное широкое и сложноструктурное взаимодействие субъектов государственного управления (органов публичного управления) с другими «игроками» в сфере здравоохранения

Государственную политику в определённой сфере общественных отношений (в том числе и в сфере здравоохранения) можно описать как совокупность публично-властных решений, оформленных в комплекс нормативных правовых и иных руководящих документов, принимаемых и последовательно реализуемых всеми ветвями государственной власти (но прежде всего – исполнительной властью), целей, стратегий, приоритетных направлений и правил, определяющих принятия решений при осуществлении государственного управления в этой сфере, инструментов реализации этих решений, а также источников и механизмов финансирования системы здравоохранения и реализуемых в ней решений и применяемых инструментов.

Государственная политика отражает рефлексии властей и реакцию государства на условия или обстоятельства, которые обуславливают или обусловят в будущем связанные со сферой здравоохранения потребности населения, социальные запросы в этой сфере. В рамках государственной политики отбираются, ранжируются и обеспечиваются важнейшие публичные интересы в сфере здравоохранения, устанавливается, кто и в каком объёме имеет право на получение медицинской помощи и медицинских услуг, каковы приоритетные области, в рамках которых налаживается (предусматривается налаживание) оказание обозначенных помощи и услуги в рамках определённого бюджетного обеспечения (в той или иной форме из бюджетов того или иного уровня).

Ключевыми вопросами государственной политики в сфере здравоохранения выступают вопросы:

- перспективного развития системы здравоохранения;
- инвестирования в систему оказания медицинской помощи;

- повышения эффективности функционирования системы здравоохранения и её отдельных сегментов;
- повышения доступности, качества и безопасности медицинской помощи и медицинских услуг;
- совершенствования системы профессиональной подготовки медицинских работников всех уровней и направлений;
- организации проведения перспективных биомедицинских и фармакологических исследований.

Немалое значение сегодня приобретает вопрос инвестирования в создание и обеспечение информационно-мониторинговых систем обеспечения здоровья населения и конкретного пациента.

Мурашко, М. А. Законодательное обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья и контроль за их соблюдением [Текст] / М. А. Мурашко, М. Ю. Куприянов // Вестник Росздравнадзора. – 2013. – №6. – С. 5-10.

В статье представлен обзор прав граждан в сфере охраны здоровья, гарантированных государством и закреплённых в действующих нормативных правовых актах. Приведён порядок организации и проведения государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности и основные результаты контрольных мероприятий Росздравнадзора по таким направлениям, как: контроль за исполнением порядков оказания медицинской помощи; контроль соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований.

Права граждан в сфере охраны здоровья.

Разработка нормативных правовых актов, регулирующих вопросы охраны здоровья, является конституционной обязанностью как федеральных законодательных органов власти, так и законодателей в субъектах Российской Федерации, поскольку вопросы охраны здоровья граждан в соответствии со ст. 72 Конституции РФ являются предметом совместного ведения органов власти Российской Федерации и её субъектов.

Вступивший в силу 21.11.2011 Федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» впервые в российском законодательстве четко определил, какие права имеет гражданин в сфере охраны здоровья.

Настоящий Федеральный закон регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации (далее - в сфере охраны здоровья), и определяет:

- правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан;
- права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав;
- полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья;
- права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья;
- права и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников.

Какие конкретно права при оказании медицинской помощи гражданам Российской Федерации предоставляет новый закон?

Во-первых, Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи, и в первую очередь приоритет охраны здоровья детей. Во-вторых, гарантирует недопустимость отказа в оказании медицинской помощи любому гражданину, в ней нуждающемуся.

Также данным нормативным правовым актом гарантируется право на соблюдение врачебной тайны и нераспространение информации о состоянии здоровья пациента без его согласия и согласия его законного представителя.

Впервые четко обозначены права пациента при оказании ему медицинской помощи, так ч. 5 ст. 19 определено, что пациент имеет право:

- на выбор врача и выбор медицинской организации;
- профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- получение консультаций врачей-специалистов;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и/или медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
- получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
- защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- отказ от медицинского вмешательства;
- возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
- допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в т. ч. на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

Основным достижением базового законодательства в сфере охраны здоровья граждан следует считать введение обязательного требования соблюдения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. Статья 37 данного федерального закона гарантирует, что в любой медицинской организации медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

Данная правовая норма призвана обеспечить гражданам Российской Федерации право на получение качественной и доступной медицинской помощи в любом субъекте Российской Федерации и в любой медицинской организации.

Следует также обратить внимание на вступление в силу Федерального закона от 25.11.2013 №317-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Изменения, вносимые указанным законодательным актом, напрямую затрагивают вопросы соблюдения прав граждан при оказании медицинской помощи. Так, поправки, вносимые в Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации, касаются прав граждан, страдающих психическими заболеваниями, уточняют используемые в законе понятия, определяют порядок многих процедур, касающихся добровольного и недобровольного психиатрического освидетельствования и лечения.

Изменения, внесенные в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях, значительно расширяют полномочия Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, наделяя ее правом рассмотрения дел об административных правонарушениях в сфере охраны здоровья граждан, устанавливают ответственность медицинских и фармацевтических организаций за нарушение законодательства в сфере здравоохранения, что позволит Росздравнадзору исполнять функцию по надзору в сфере здравоохранения (в т. ч. и контроль за соблюдением прав граждан) с максимальной эффективностью.

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности.

Государственный контроль – это деятельность уполномоченных органов государственной власти (федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации), направленная на предупреждение, выявление и пресечение нарушений юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями требований,

установленных законодательством и нормативными правовыми актами Российской Федерации посредством организации и проведения проверок.

Порядок организации и проведения государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности изложен в Постановлении Правительства Российской Федерации от 12.11.2012 №1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности».

В соответствии со ст. 87 вышеуказанного Федерального закона контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем:

- соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации;
- определения показателей качества деятельности медицинских организаций;
- соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;
- создания системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг;
- создания информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих в т. ч. персонализированный учет при осуществлении медицинской деятельности.

По данному разделу деятельность регламентируется Постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 №1152. Ряд положений вступили в силу только в 2013 г., и статистика правонарушений по ним только начинает формироваться. К наиболее часто встречающимся нарушениям соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья относятся:

- низкая доступность медицинской помощи;
- отказ в оказании медицинской помощи;
- непредоставление гарантированного объема медицинской помощи;
- отказ в предоставлении информации о состоянии здоровья;
- нарушение права на выбор врача и медицинской организации;
- несоблюдение врачебной тайны;
- нарушение права на информированное согласие;
- непредоставление информации о факторах, влияющих на здоровье.

Контроль за исполнением порядков оказания медицинской помощи.

Одна из основных функций Росздравнадзора в 2013 г. – контроль за исполнением порядков оказания медицинской помощи. За 9 мес. текущего года было проведено 4 367 проверок. Количество выявленных нарушений составило 2 308 (54,9% от общего числа проверок), в т. ч.:

- в федеральных медицинских организациях – 286;
- в государственных медицинских организациях – 1 392;
- в муниципальных медицинских организациях – 247;
- в частных медицинских организациях – 383.

Нарушения стандартов оснащения встречаются в каждой третьей из проверенных организаций (1 398 организаций, или 32% от общего числа проверок), несоблюдение штатных нормативов – в каждой шестой (674 организации, или 15,4% от общего количества проверок), нарушение требований к организации деятельности медицинской организации – в каждой десятой (326 организаций, или 7,4% от общего числа проверок). Стоит отметить, что эти нарушения часто коррелируют с жалобами на качество оказания медицинской помощи и показателями результативности. Данные нарушения встречаются в медицинских организациях всех видов собственности.

Контроль соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований.

За 9 мес. 2013 г. Росздравнадзором проведено около 4 тыс. проверок по контролю за соблюдением порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований. Наибольшее количество составили проверки по контролю за соблюдением порядков проведения медицинских экспертиз.

В структуре нарушений 31% составили нарушения ведения учетной и отчетной документации; 4% - нарушения правомочности проведения и 5% – нарушения порядка проведения соответствующих видов медицинских экспертиз, медицинских осмотров и освидетельствований. В 52% случаев выявлялись нарушения порядка проведения медицинских экспертиз; в 40% случаев – порядка проведения медицинских освидетельствований; в 8% случаев - порядка проведения медицинских осмотров.

Нарушение соблюдения ограничений при осуществлении профессиональной деятельности.

За 9 мес. 2013 г. Росздравнадзором и его территориальными органами проведено 689 проверок соблюдения руководителями медицинских организаций и медицинскими работниками, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, налагаемых на них при осуществлении профессиональной деятельности. Нарушения выявлены примерно в 10% проверенных организаций.

Основными нарушениями являлись: неинформирование медицинских и фармацевтических работников о профессиональных ограничениях руководителями медицинских организаций – 25 (преимущественно в Приморском крае, Иркутской области, Чукотском автономном округе) и руководителями аптечных организаций – 8 (преимущественно в Иркутской области).

Нарушения запрета на получение материального вознаграждения от представителей производителя – 2 (Республика Алтай, Иркутская область).

Нарушения организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

В рамках разработки и принятия подзаконных нормативных правовых актов по реализации Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Министерством здравоохранения Российской Федерации в декабре 2012 г. издан приказ №1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

Росздравнадзором и его территориальными органами в рамках полномочий, установленных Положением о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности, начаты проверки организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Итоги первых проведенных проверок позволяют выделить наиболее частые нарушения организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, к которым относятся:

– отсутствие нормативных актов органов исполнительной власти, регламентирующих организацию ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

– отсутствие планов, приказов и актов проверок;

– принятие неадекватных мер воздействия при выявлении нарушений.

К наиболее типичным нарушениям по организации и осуществлению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности относятся:

– отсутствие локальных актов медицинских организаций, регламентирующих организацию внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

– нарушения в работе врачебных комиссий медицинских организаций.

Повышение качества и безопасности медицинской деятельности и соблюдение гарантированных государством прав граждан в сфере охраны здоровья – одна из главных задач и стратегических направлений системы здравоохранения. Позитивная динамика финансирования программы государственных гарантий позволила материально подкрепить изменения в отрасли здравоохранения. Важным стало внедрение стандартов оказания медицинской помощи, нивелирование разницы между регионами проживания населения и единые принципы доступа к высокотехнологичной медицинской помощи; формирование профилактического направления в общественном здравоохранении, смещение акцентов объемов оказания помощи на амбулаторный этап.

Здравоохранение Самарской области [Текст] // Ремедиум Приволжье. – 2013. – №11. – С. 12-14.

В статье приведены приоритетные направления политики Правительства Самарской области в сфере здравоохранения. Представлены результаты работы, которые удалось достичь по этим направлениям.

Медико-демографические показатели.

В результате мер, предпринятых в последние годы, значительных инвестиций федерального бюджета в рамках реализации крупномасштабных проектов: приоритетного национального проекта «Здоровье», федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 годы)», региональной программы модернизации здравоохранения Самарской области на 2011-2012 годы, в области улучшилась демографическая ситуация.

В последние годы в Самарской области наблюдается рост рождаемости, в 2012 году она составила 12,1 чел. на 1000 жителей. Продолжается снижение смертности населения: в 2012 году умерло на 1744 чел. меньше (3,5%), чем в 2011 году.

Основными причинами смерти в Самарской области по-прежнему остаются болезни системы кровообращения (51,3%), новообразования (15,2%), травмы и отравления (11,7%). Суммарная доля смертности от неинфекционных заболеваний и внешних причин составляет более 80%.

Основную долю в структуре общей заболеваемости населения составляют болезни органов дыхания (22,8%), системы кровообращения (15,2%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (10,6%), болезни мочеполовой системы (8,8%), болезни органов пищеварения (6,8%), болезни глаза и его придаточного аппарата (6,6%), травмы и отравления (5,2%).

Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни.

В Самарской области впервые была реализована областная целевая программа «Формирование здорового образа жизни у населения Самарской области» на 2010-2012 годы, утвержденная постановлением Правительства Самарской области от 06.10.2009 № 478.

За последние 2 года распространенность курения среди взрослых мужчин 18-64 лет снизилась на 3,6% (с 55,95 до 51,91%), у женщин на 1% (с 19,89 до 18,89%), среди детей и подростков (14-17 лет) доля курильщиков снизилась на 9% (с 30,5 до 21,5%). В учреждениях здравоохранения Самарской области организовано 16 школ для пациентов, желающих отказаться от курения. За 2012 год в эти школы при центрах здоровья обратилось 2952 человека, в 2011 году – 1890 человек, в 2010 году – 671 человек.

Снизилась смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя, с 26,42 случаев на 100 тыс. населения (851 человек) в 2009 до 16,27 случаев на 100 тыс. (523 человека) в 2011 году.

В Самарской области создана инфраструктура профилактической направленности. Функционируют 4 центра медицинской профилактики.

В настоящее время в области работают 17 центров здоровья, в том числе для взрослых – 12, детских – 4, студенческих – 1. В 2012 году количество лиц, которым оказаны услуги в центрах здоровья, составило 129 110 человек, в том числе 106 084 человека взрослого населения и 23 026 детей, что соответственно на 14% и 30% больше по сравнению с 2011 годом.

Служба СМП.

В 2012 году 88% (3983) выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП) на ДТП были выполнены в соответствии с нормативом до 20 минут по времени ожидания прибытия на место вызова, остальные – с задержками.

Служба СМП функционирует круглосуточно и находится в постоянной готовности к оказанию экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе в режиме повседневной работы и в режиме ЧС.

Востребованность СМП у населения области составляет в среднем 30% от общей численности населения: в 2012 году показатель обращаемости за СМП в Самарской области составил 309 случаев на 1000 человек населения (в 2011 году – 318, в 2010 году – 310, в 2009 году – 306). Обращаемость населения в городах составила 291,8 случаев, в сельских районах – 321,8, но качество оказания СМП остаётся по-прежнему на низком уровне.

Высокотехнологичная медицинская помощь.

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) в учреждениях здравоохранения жителям Самарской области в 2012 году оказывалась по 21 профилю, утвержденному федеральным уполномоченным органом в сфере здравоохранения. За счет средств федерального бюджета ВМП в Самарской области оказывали следующие государственные бюджетные учреждения здравоохранения: Самарская областная клиническая больница им. М. И. Калинина, Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самарский областной центр планирования семьи и репродукции, а также Самарский государственный медицинский университет Минздрава Российской Федерации.

Все учреждения имеют лицензию на оказание ВМП, выданную Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения. В 2012 году в федеральных ЛПУ было пролечено 4025 жителей Самарской области, в 2011 году – 3953.

В 2012 году в оказании ВМП участвовали муниципальные учреждения здравоохранения, имеющие соответствующую федеральную лицензию на оказание ВМП, но не включенные в число учреждений, оказывающих ВМП за счет софинансирования из федерального бюджета: Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова, Тольяттинская городская клиническая больница № 1, Тольяттинская городская клиническая больница № 5, Тольяттинская городская больница № 2 им. В. В. Баныкина, Тольяттинская городская больница № 4.

С 01.01.2013 г. с переходом в областную собственность 12 государственных учреждений здравоохранения Самарской области, имеющих лицензию по оказанию ВМП, оказывают ВМП за счет средств как областного, так и федерального бюджетов.

По сравнению с 2011 годом в 2012 году отмечается рост объемов ВМП, оказанной жителям Самарской области: по травматологии-ортопедии – на 33%, онкологии – на 28%, урологии – на 29%, сердечно-сосудистой хирургии – на 118%, офтальмологии – на 5,6%.

Средний норматив финансовых затрат на одного пролеченного больного составил в 2012 году 125,6 тыс. рублей (в 2011 году – 122,7 тыс. рублей). Динамика норматива финансовых затрат связана с работами Министерства здравоохранения Самарской области по приведению высокотехнологичных видов медицинской помощи, финансируемых за счет средств областного бюджета, в соответствие с видами ВМП, финансируемыми за счет средств федерального бюджета.

Показатель удовлетворенности потребности населения Самарской области в ВМП составил в 2012 году 81,3% (в 2011 году – 78%).

Кадровое обеспечение.

Обеспеченность населения Самарской области врачами составила 42,4 на 10 тыс. населения, медицинскими сестрами – 82,2 на 10 тыс. населения.

Так, в Самарской области укомплектованность врачами с учетом совместительства составила 89% при коэффициенте совместительства 1,56, средним медицинским персоналом – 92% при коэффициенте совместительства 1,39.

Укомплектованность государственных и муниципальных учреждений здравоохранения региона врачами без учета совместительства составила 56,7%, средними медицинскими работниками – 65,8%.

Сегодня в Самарской области последовательно реализуется ряд мер, в том числе мер социальной поддержки, направленных на закрепление медицинских кадров в здравоохранении.

Принятые меры социальной поддержки позволили привлечь специалистов, но кардинально решить кадровую проблему в отрасли не удалось. Требуются дополнительные меры по обеспечению привлечения молодых специалистов в сферу здравоохранения и сохранению имеющихся кадров.

Рубанов, В. Больница им. Н. И. Пирогова получила сертификат качества [Текст] / В. Рубанов // Волжская коммуна. – 2013. – 17 дек. (№415). – С. 6.

Старейшая больница города Самары – СГКБ №1 имени Н. И. Пирогова – в очередной раз доказала свою стабильность, надежность и перспективность, получив в октябре 2013 года

сертификат соответствия системы менеджмента качества, который подтверждает, что услуги, оказываемые в больнице, соответствуют требованиям стандарта ИСО 9001:2008.

Ассоциацией по сертификации «Русский регистр» была высоко оценена работа коллектива больницы. Сертификат соответствия системы менеджмента качества применяется ко всем видам оказываемой медицинской помощи, научно-практическим исследованиям в области клинической медицины и деятельности медицинских лабораторий.

Вопросам качества в больнице всегда уделялось повышенное внимание. Применение принципов стандарта ISO 9001:2008 является надежным инструментом построения эффективной системы управления, повышения конкурентоспособности учреждения и уровня доверия со стороны потребителей медицинских услуг. Полученный сертификат системы менеджмента качества – это признание состоятельности больницы, оценка усилий, направленных на повышение эффективности деятельности.

Внедрение международных стандартов в управление заставило по-новому взглянуть и на принципы кадровой политики. «Кадровая политика регионального правительства и министерства заключается в поэтапном устранении дефицита врачей и среднего медицинского персонала, – говорит министр здравоохранения Самарской области Геннадий Гридасов. – Комплекс мероприятий, в числе которых разнообразные меры социальной поддержки, способствует закреплению кадров в отрасли». Поэтому, расширяя меры социальной поддержки, администрация больницы руководствуется инициативой министерства. Учитывая, что больница имени Н. И. Пирогова оказывает экстренную медицинскую помощь, уровень квалификации всех сотрудников должен быть чрезвычайно высоким. При этом качество оказываемой помощи зависит не только от безупречной работы врачей. Огромная доля ответственности за успешное лечение и выхаживание больных лежит на плечах медсестер и младшего медицинского персонала. Поэтому руководство больницы так заинтересовано в привлечении квалифицированных специалистов этого звена.

Сейчас наряду с различными социальными программами в больнице №1 совместно с СамГМУ, медицинским колледжем имени Н. Ляпиной и Самарской региональной общественной ассоциацией медицинских сестер разрабатывается программа взаимовыгодного сотрудничества для трудоустройства их студентов и выпускников по выбранной профессии.

Атьков, О. Ю. Система поддержки принятия врачебных решений [Текст] / О. Ю. Атьков // Врач и информационные технологии. – 2013. – №6. – С. 67-75.

В статье представлена система поддержки принятия врачебных решений (СППВР), разработанная для использования в области сердечно-сосудистых заболеваний. Показано, что современная СППВР, может быть автоматически «персонифицирована» в соответствии с индивидуальными особенностями пациента.

В настоящее время активно развиваются системы информационного обеспечения здравоохранения. Одним из наиболее перспективных направлений современного этапа информатизации здравоохранения является разработка компьютеризированных СППВР. В широком смысле толкования помощь врачу в процессе принятия им лечебно-диагностических решений могут оказать многие программные средства. К СППВР могут быть отнесены специализированные медицинские базы данных, библиографические информационно-поисковые системы, системы обработки медицинских изображений, телемедицинские и обучающие системы и т.д.

Система, представленная в статье, дает врачу рекомендации по планам диагностики и лечения, оценку своевременности и соответствия регламентам проводимых с пациентом мероприятий, обеспечивает контроль врачебных назначений, учитывая наличие сопутствующих заболеваний пациента, принимаемые им лекарства и текущий статус параметров его здоровья.

В задачи системы входит:

1) обеспечение врача информацией, необходимой для диагностического поиска (результат – постановка окончательного диагноза);

2) обеспечение стандартным планом лечения пациента в соответствии с соответствующими предварительному диагнозу утвержденными протоколами, стандартами, рекомендациями;

3) обеспечение информацией по безопасности проводимых диагностических и лечебных мероприятий;

4) контроль своевременности лечебно-диагностических мероприятий;

5) контроль безопасности врачебных назначений с учетом данных конкретного пациента, содержащихся в ЭИБ;

6) обеспечение врача справочно-информационным материалом по лекарственным препаратам (в объеме справочника «Видаль»), современными стандартами и рекомендациями.

Таким образом, функционально СППВР обеспечивает поддержку врачебных решений, ориентируясь на конкретный электронный клинико-инструментальный «образ» пациента, созданный с помощью базы данных ЭИБ. Это является принципиальным отличием от других СППВР, имеющих обучающий или справочный характер поддержки врачебных решений.

Одно из основных свойств разработанной системы поддержки принятия врачебных решений – это рекомендации врачу для конкретного пациента с его анамнезом и всеми его особенностями. Врач получает поддержку при принятии решений по конкретному пациенту и по каждому проводимому с этим пациентом мероприятию. Описанная функциональность возможна только при наличии ЭИБ пациента, с которой СППВР должна тесно взаимодействовать. В идеале, СППВР должна быть единой с ИС медицинского учреждения, обеспечивающей ведение ЭИБ.

Представляемая разработка базируется на информационной платформе клинической информационной системы (ИС) «Кардинет-онлайн», уже зарекомендовавшей себя на практике в работе медицинских учреждений.

Работа медперсонала с электронной историей болезни достаточно проста. Пациента, поступившего в медицинское учреждение, регистрируют, и врач назначает ему план прохождения лабораторных и функциональных обследований. При этом в соответствующих лабораториях появляется необходимая информация. По мере проведения назначенных мероприятий, в ЭИБ стекается информация от всех медицинских служб, с которыми взаимодействует пациент. Для эффективной работы врачей и служб, разработаны общие и специализированные формы. Врач большую часть информации вводит с помощью мышки, используя клавиатуру компьютера в основном для ввода цифровой информации. После заполнения формы-шаблона и подтверждения ее ввода в ЭИБ, никто не может уничтожить или изменить введенную информацию. Врач может только отметить запись как недействительную (аннулировать ее), что позволяет не принимать ее во внимание при автоматическом формировании выписных документов. Запись при этом остается видимой. Любые манипуляции с электронной историей болезни заносятся в журнал событий, идентифицируя пользователя по его паролю входа в систему и подписывая каждую запись.

Заполняя формы-шаблоны, врач тратит минимум времени на заполнение истории болезни. С целью адаптивности системы под особенности ЛПУ и/или нужды конкретного врача в ИС «Кардинет-онлайн» предусмотрен конструктор форм – интерфейс, позволяющий без помощи программиста, создавать необходимую форму-шаблон. Это становится актуальным в ситуациях, когда существующая в информационной системе форма-шаблон не удовлетворяет описательным потребностям врача: форма излишне подробна для описания, или, наоборот, не содержит все требуемые для описания пункты. Эта же опция позволяет создавать новые формы в соответствии с профилем ЛПУ, пополнением его инструментальной базы или появлением новых медицинских знаний.

ИС «Кардинет-онлайн» позволяет проводить печать документов в автоматизированном режиме. Для этого в ЭИБ необходимо выбрать необходимые для печати записи (клинические данные, результаты инструментальных, лабораторных исследований, графики динамических изменений физиологических параметров, растровые рисунки). Документ автоматически формируется в формате текстового редактора. После необходимой коррекции остается только распечатать и поставить свою подпись под документом.

Реальную эффективность СППВР еще только предстоит изучить, но уже сейчас очевидны хорошие перспективы ее использования и дальнейшего развития.

Гусев, А. В. Создание региональных фрагментов ЕГИСЗ: текущие результаты и анализ программ дальнейшего развития информационных систем в области здравоохранения [Текст] / А. В. Гусев // Врач и информационные технологии. – 2013. – №6. – С. 15-25.

В статье выполнен обзор результатов создания региональных фрагментов Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) в 2011-2012 гг., а также дальнейших планируемых мероприятий по развитию информатизации в регионах на 2013-2020 гг. В статье приведены основные статистические показатели достигнутых результатов, обзор планируемых регионами мероприятий и критериев их эффективности.

В 2011-2012 гг. в России проводился первый этап создания Единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ), называемый «Базовой информатизацией». В рамках этих мероприятий в каждом субъекте РФ был создан так называемый «Региональный фрагмент ЕГИСЗ», который представлял из себя создание инфраструктуры, поставку компьютерного оборудования и внедрение первоначального набора медицинских информационных систем. Дальнейшее развитие созданных региональных фрагментов предусматривается в региональных программах развития здравоохранения на период 2013-2020 гг. Целью данного исследования явилось изучение этих программ и их анализ.

Материалом исследования явились региональные программы развития здравоохранения на 2013-2020 гг., разработанные и утвержденные регионами весной-летом 2013 г. в рамках реализации федеральной государственной программы, утвержденной Распоряжением Правительства №2511-р от 24.12.2012.

Всего было изучено 83 программы по всем 100% субъектов Российской Федерации.

Согласно «Концепции создания Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» (ЕГИСЗ), утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России № 364 от 28 апреля 2011 г., создание системы предусматривается в 2 этапа. В период 2011-2012 гг., называемый «Базовая информатизация», регионам необходимо было обеспечить:

- разработку разделов региональных программ модернизации здравоохранения в соответствии с настоящей Концепцией;
- разработку стандартов информационного обмена в рамках Системы с учетом стандартов оказания медицинской помощи, требований к медицинским информационным системам, требований к прикладным компонентам Системы регионального уровня, требований к интеграции, спецификаций и технических условий информационного обмена с централизованными компонентами Системы;
- разработку проектно-конструкторской документации на Систему и ее компоненты на уровне субъектов Российской Федерации;
- защищенное подключение медицинских организаций к сети общего пользования Интернет;
- обеспечение медицинских организаций компьютерной техникой, сетевым оборудованием и средствами информационной безопасности;
- создание прикладных региональных компонентов Системы;
- разработку основных документов, обеспечивающих создание и возможность функционирования Системы;
- подготовку и реализацию программ стимулирования внедрения информационно-коммуникационных технологий в деятельность медицинских организаций, включая реализацию мероприятий по популяризации использования информационных технологий в здравоохранении, мероприятий по обучению медицинских и фармацевтических работников навыкам пользования средствами вычислительной техники и медицинскими информационными системами.

В 72 региональных программах (87%) были предусмотрены разделы, описывающие результаты «Базовой информатизации» в данном регионе. В целом результаты этого этапа можно охарактеризовать следующими показателями:

- В медицинских организациях (МО) созданы локальные вычислительные сети.
- Создана региональная защищенная сеть для обмена медицинскими данными.
- Создан или арендован региональный центр обработки данных (ЦОД).
- В МО поставлено компьютерное оборудование.
- Внедрены различные информационные системы.

— Выполнена интеграция регионального фрагмента с федеральными сервисами ЕГИСЗ.

В целом следует признать, что из предусмотренных на 2011-2012 гг. «Концепцией» мероприятий регионы в основном сосредоточились на 4-х из них: это закупка компьютерного оборудования и программного обеспечения, создание ЛВС и подключение МО к региональной информационной сети, внедрение отдельных МИС и начало работ по обеспечению информационной безопасности. Нормативно-справочное обеспечение, разработка системных проектов, протоколов информационного обмена и стимулирование использования ИКТ в практике работы МО не получили широкого распространения.

Во всех без исключения региональных программах предусмотрены определенные мероприятия информатизации.

Лишь небольшое количество регионов (4 или менее 5%) не предусмотрели в своих программах индикаторы (критерии) выполнения запланированных мероприятий. В подавляющем большинстве случаев такие индикаторы были предусмотрены. При этом необходимо отметить, что в целом какого-то единого или хотя бы примерно однообразного подхода в этом вопросе нет: очень многие регионы выбрали для себя совершенно разные формулировки индикаторов, зачастую трудно или вообще не проверяемых на практике.

Разные подходы часто встречались при попытке оценить уровень развития телемедицины, при оценке уровня оснащенности компьютерным оборудованием и ряде других основных мероприятий информатизации.

Проанализировав полученную информацию, можно сделать следующие выводы:

Разнонаправленная работа регионов в части создания своих региональных фрагментов ЕГИСЗ. В этом смысле должны быть выработаны решения и мероприятия, направленные на консолидацию работы регионов, чтобы наиболее важные задачи выполнялись в одном общем понимании терминов, целей и задач, требований к ПО, чтобы обеспечить однонаправленное создание и развитие региональных фрагментов.

Разрозненные индикаторы выполнения региональных программ, нередко базирующиеся на процессных (а не результативных) показателях. Такой подход препятствует эффективному контролю и сравнению между собой результатов информатизации в регионах. Необходимо выработать один, единый для всех регионов, набор индикаторов и именно по нему построить систему отчетности, а над ней – систему контроля (проверки) реализации проектов. Тогда результаты можно будет сравнивать между собой, можно будет популяризировать наиболее успешные проекты, организовать программу стимулирования и поощрения результативных регионов, создать систему конкуренции как метод управления проектом.

Недостаточная гармонизация мероприятий по информатизации с основными векторами государственной программы развития здравоохранения. Пересечение есть лишь по отдельным направлениям (учет «высокорисковых» групп населения, паллиативная помощь, телемедицина). В целом региональные программы информатизации – это частично развитие «Концепции» и «Базовой информатизации» 2011-2012 гг., частично мероприятия, предусмотренные федеральной госпрограммой развития здравоохранения. В этой связи нужен анализ данной госпрограммы, вычленение всех приоритетных направлений развития здравоохранения из нее и рекомендации по учету каждого направления в части информатизации, чтобы определенный вектор, заложенный в госпрограмме, не был оставлен без поддержки в программах информатизации.

Недостаточная целевая эффективность информатизации для практического звена. Предусмотренные мероприятия в первую очередь направлены либо в сторону контрольных функций, либо задач управления и ресурсного контроля работы системы здравоохранения, а также, отчасти в сторону пациентов (при этом пассивной формы участия пациентов в охране собственного здоровья). Нужно усилить федеральный фрагмент ЕГИСЗ и региональные фрагменты путем включения простой, явно эффективной и востребованной практическим звеном (врач/медсестра) компоненты (сервиса), например, переводом процесса сдачи статистической отчетности в электронный вид на основе информации из ЭМК.

В. Скворцова: «Дефицита финансирования медпомощи в 2014 году не будет» [Текст] // Справочник фельшера и акушерки. – 2014. – №1. – С. 6.

5 ноября 2013 года в пресс-центре РИА «Новости» состоялась встреча представителей СМИ с министром здравоохранения РФ В. Скворцовой. На этой встрече министр заявила, что дефицита финансирования медицинской помощи в 2014 г. не будет. Министр привела цифры позволяющие это продемонстрировать.

«Базовая программа ОМС увеличивается на 189 млрд. рублей в год, но частично за счет перераспределения источников финансирования, за счет того, что полномочия федерального бюджета переходят в ОМС. Если это вычесть – дублирование, перекладывание денег из одного бюджета в другой бюджет, то чистый прирост системы в следующем году составляет 108 млрд. рублей. Что будет обеспечено за счет такого чистого прироста? Эти деньги позволят повышать заработную плату медицинским работникам – на что дополнительно к тем деньгам, которые тратятся в этом году, будет потрачено плюсом к сегодняшнему уровню 50,1 млрд. рублей», – сказала она.

В. Скворцова напомнила, что по закону «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» предполагалось до 2015 г. перевести все виды специализированной помощи в систему ОМС.

В программу государственных гарантий на 2014 г. также заложены дополнительные ресурсы – более 9 млрд. рублей – на финансирование процедур химиотерапии для онкологических больных.

Касаясь двух последующих лет, министр сообщила, что базовые статьи включены в программу государственных гарантий, но пока без учета развития системы.

По словам В. Скворцовой, в 2014 г. предстоит провести много различных обсуждений и согласований, связанных с бюджетами 2015 - 2016 гг.

Постникова, Н. А. Информатизация медицины: проблемы и перспективы в свете действующего законодательства [Текст] / Н. А. Постникова // Комсомольская правда. – 2013. – 17 янв. (№4). – С. 9.

Согласно ст. 2 Федерального закона от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» (далее — Закон № 149-ФЗ) информационные технологии (информатизация) представляют собой процессы, методы поиска, сбора, хранения, обработки, предоставления, распространения информации и способы осуществления таких процессов и методов.

В стране не первый год активно обсуждается Концепция развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г., разрабатываются и реализуются программы информатизации отечественного здравоохранения, начавшиеся еще в 1992 г.

Нововведения вызывают многочисленные дискуссии, однако, несомненно, дают мощный толчок для развития информационного общества в российских регионах. Появилась возможность записи к врачу через Интернет или с помощью единого телефонного номера, стало возможным отслеживать расписание приема отдельных врачей-специалистов.

Иными словами, в стране положено начало применения и распространения современных информационно-коммуникационных технологий в сфере здравоохранения.

Личный кабинет пациента.

В начале 2013 г. Минздрав России выступил с предложением ко всем гражданам Российской Федерации, представителям экспертного сообщества, общественным организациям и объединениям принять участие в обсуждении требований к функциям, которые должен выполнять «Личный кабинет пациента». Он предоставляет уникальные возможности для хранения и использования медицинской информации.

Теперь получить собственную «историю болезни» сможет каждый гражданин.

«Личный кабинет пациента» – это своего рода онлайн-сервис, призванный повысить качество организации и предоставления медицинских услуг. Необходимость его создания вызвана запуском «Электронной медицинской карты» и разработкой нововведений по информатизации отношений между пациентом и медицинской организацией.

Предполагается, что с помощью «Личного кабинета пациента» будет возможно:

– хранить необходимую для идентификации личности пациента информацию: фамилию, имя, отчество, год рождения, пол, а также данные паспорта, СНИЛС, медицинских полисов (ОМСиДМС);

– ознакомиться с историей болезни пациента: его хроническими заболеваниями, сведениями об аллергических реакциях, данными о прохождении консультаций у тех или иных специалистов и лечении, данными о больничных листах;

– без труда записаться на прием к врачу, ознакомиться с расписанием работы специалистов и листом ожидания обследования (электронное информирование об услугах и очередях), возможно, запросить справки, выписки и результаты анализов, а также получить консультацию врача в режиме онлайн;

– заносить в систему информацию обо всех посещениях врача, схемах приема лекарств, вести дневник веса, дневник температуры, давления и пульса, дневник анализов, уровня сахара в крови, т. е. своего рода личный медицинский дневник больного. Такой способ самоконтроля и хранения информации может значительно облегчить жизнь пациенту;

– разработать программу СМС- и онлайн-оповещений для пациента о готовности анализов, времени ближайшей консультации у специалиста и т. д.

Любой гражданин, имеющий компьютер, доступ в Интернет и обладающий навыками работы с компьютерными программами, в своем «Личном кабинете» сможет записаться к врачу, узнать результаты пройденных обследований, анализов, ознакомиться с графиком работы специалистов, заказать выписки и иные медицинские документы из своей карты.

Медицинскому работнику новый сервис, а именно его раздел «Дневник пациента», открывает возможность получить доступ ко всей интересующей его информации по своему больному, начиная с фамилии, имени и отчества и заканчивая полной историей болезни, справками, обследованиями, направлениями, рентгеновскими снимками.

Электронная медицинская карта.

При кажущейся прозрачности ресурса и необходимости нововведений дискуссии по данному вопросу не прекращаются. Одни специалисты апеллируют к тому, что записи необходимо сначала вести на бумажном носителе, и только после этого переносить в компьютер. А это значит, что придется дополнительно обучать персонал. Другие считают, что задумка хороша, но ограничивает права пожилых и малообеспеченных, малообразованных людей. Третьи придерживаются той точки зрения, что компьютеризация в медицинских учреждениях, наоборот, создает очереди из-за постоянного сбоя в компьютерном обеспечении. И уж если бумажную карту в поликлиниках постоянно теряют, то электронные данные и подавно защитить будет невозможно.

Отдельные эксперты категорично заявляют, что нововведение неэффективно, поскольку в случае зависания компьютерной системы до устранения неполадок врачи не имеют права выдать или завести пациенту карточку, больничный лист, дать направление к врачу, что приводит к значительной потере времени. Медицинские работники полагают, что в связи с нововведением им придется выполнять двойную и даже тройную работу (после сбоев в машине), перенося информацию с бумажного носителя в компьютер и обратно.

Следует также учитывать, что доступ к электронной медицинской карте фактически ограничен для пациента. И это правильно. Не вся медицинская информация будет понятна пациенту, есть специальные вещи, которые ему знать не обязательно, ведь даже бумажную карту на руки пациенту выдают в крайних случаях. Медицинский работник, напротив, будет обладать доступом ко всей интересующей его информации: как к персональным данным пациента, так и к полной истории его болезни.

Сегодня в муниципальных и государственных поликлиниках можно столкнуться с тем, что нередко компьютеры на рабочих столах врачей-терапевтов используются лишь в качестве подставки или полки для бумаг, а не по прямому назначению. Между тем планировалось, что к концу года врачи многих городов и регионов смогут обмениваться картами пациентов в режиме онлайн. Это дает надежду на то, что компьютеры на столах врачей все-таки найдут свое

применение. Было бы очень удобно, если бы человек, заболевший где-то на отдыхе, в командировке или на значительном удалении от дома, мог посетить любую поликлинику и получить квалифицированную помощь врачей, имеющих возможность изучить его медицинскую карту перед назначением лечения. Однако на практике это будет возможно только в случае разработки единой базы данных, единого шаблона истории болезни и не ранее чем через четыре года.

Актуален вопрос, связанный с защитой персональной медицинской информации. Информатизация различных областей жизни людей вызывает повышенный интерес со стороны недобросовестных компаний, которые получили доступ уже не только к паспортным данным, но также и к абонентским базам мобильных операторов, кредитным историям граждан и даже к их финансовым операциям. Нельзя с уверенностью утверждать, что персональная информация граждан, связанная с их здоровьем и содержащая сведения, являющиеся конфиденциальными, не станет объектом охоты злоумышленников. Ведь на данный момент ни Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», ни реальная практика не гарантируют надежной защиты такой информации.

Несмотря на твердую убежденность Минздрава России в безопасности процесса, простая защита доступа к данным с помощью паролей представляется совершенно недостаточной. Интегрированные базы медицинских данных должны иметь многоуровневую комплексную защиту.

Например, в ГОСТ Р 52636-2006 «Электронная история болезни» прописаны положения по политике безопасности данного ресурса, однако реального механизма применения этих мер на практике нет, что вызывает необходимость законодательного закрепления данных регламентов. Это могло бы обеспечить действительно надежную защиту данных и возможность обмена информацией и опытом между разными регионами и организациями.

Но не только защита персональных данных волнует специалистов. На практике само применение «Электронной истории болезни» вызывает многочисленные вопросы. Так, ГОСТ Р 52636-2006 содержит множество технических требований по ведению медицинской карты в электронном виде, в том числе требование о наличии у врачей электронной цифровой подписи. Поэтому в случае ведения медицинских карт в электронном виде, не отвечающих требованиям вышеупомянутого ГОСТа, медицинскому работнику необходимо распечатать документ, подписать его и затем подшить в общую историю болезни в хронологическом порядке. Несоответствие электронной истории болезни требованиям ГОСТа дает основания считать ее ненадлежащим доказательством в суде. Напомним, что электронная медицинская карта представляет собой документ, в котором содержится персональная информация о пациенте, его обращениях за медицинской помощью, оказанных услугах, проводимой терапии, инвазивных вмешательствах, вакцинации и других особенностях жизнедеятельности (аномалиях развития, перенесенных травмах, аллергических реакциях и др.).

Информатизация медицины повлечет значительные изменения в общественной жизни населения. Возможно, поэтому и возникает так много вопросов. С одной стороны, все понимают необходимость развития информационных технологий в этой сфере, рассчитывая в перспективе на удобство, которое они принесут. С другой – в нынешний переходный период сложно предположить, сколько времени понадобится для полной компьютеризации медицинской сферы и с какими трудностями это будет сопряжено.

Необходимо отдать должное тем специалистам в сфере медицины, которые готовы совершенствовать свои знания и помогать гражданам, обращающимся за оказанием медицинской помощи, разобраться в информационных нововведениях. Ведь для того чтобы сервис начал работать в полную силу, регионы должны провести необходимую подготовительную работу, в частности перевести в электронный вид все медицинские карты пациентов и передать информацию на федеральный уровень для размещения данных пациента на портале.

В настоящее время уже частично используются такие сервисы, как Единый портал государственных услуг, медицинские информационные системы медорганизаций, федеральная электронная система записи на прием к врачу и электронная медицинская карта. Они не заменили все иные привычные способы, однако количество пользователей данными электронными ресурсами возросло. Вот и новый сервис «Личный кабинет пациента» теоретически начнет работать в скором времени. Однако сколько времени потребуется, чтобы он

заменяет всю систему ведения медицинского документооборота, определить практически невозможно.

Кроме того, достигнуть положительного социального эффекта невозможно без обеспечения достойных условий труда самих врачей и обслуживающего персонала, изменения принципов работы медицинских организаций, не наладив простые и понятные процессы их финансирования и контроля. Только тогда внедрение в лечебные учреждения новых информационных технологий при предоставлении медицинских услуг приведет к уменьшению очередей, обеспечению возможности поиска лекарственных средств, сокращению сроков ожидания первоочередной помощи, повышению доступности лечения, в том числе в отдаленных районах.

Для медицинских работников новые сервисы улучшат информированность между разными службами, обеспечат доступность лабораторных исследований, возможность удаленных консультаций по сложным вопросам, доступность полной информации по истории болезни пациента, экстренную доступность витальной информации пациента (противопоказания, перенесенные заболевания, группа крови и пр.), автоматизацию назначений на основе медико-экономических стандартов.

«Личный кабинет пациента», электронная медицинская карта, запись через Интернет — это онлайн-сервисы, призванные повысить качество организации и предоставления медицинских услуг. Участие пациента в ведении собственной медицинской карты позволяет повысить личную заинтересованность в заботе о своем здоровье, что, на наш взгляд, считается явным плюсом во взаимодействии врача и пациента.

Бисенгалиева, А. Медицина на высшем уровне [Текст] / А. Бисенгалиева // Комсомольская правда. – 2013. – 17 янв. (№4). – С. 9.

В статье представлен материал о новом Кардиоцентре, который построят в Самаре. Этот кардиохирургический центр станет медицинским учреждением мирового уровня. Его можно назвать уникальным – во всей нашей стране новому центру не будет аналогов по уровню технологий и оборудования.

Вопросам строительства нового кардио-хирургического центра была посвящена рабочая встреча, проведенная губернатором Самарской области Николаем Меркушкиным. В обсуждении приняли участие директор ООО «Современные медицинские технологии» Сергей Шатило, министр экономического развития, инвестиций и торговли Самарской области Александр Кобенко, исполняющий обязанности министра здравоохранения Самарской области Сергей Вдовенко и главный врач ГБУЗ СО «Самарский областной клинический кардиологический диспансер» Сергей Хохлунов.

Общая площадь нового медучреждения составит 25,3 тыс. кв. м. Кардиоцентр планируют сделать пятиэтажным, с цокольным этажом, на котором будут располагаться вспомогательные службы. Первый этаж корпуса займут приемный покой и диагностическое отделение. На втором и третьем этажах расположится хирургический блок – восемь операционных и отделение реанимации. На четвертом – будут оборудованы одноместные и двухместные палаты для стационарного размещения пациентов. Здесь можно будет разместить до 66 человек.

Последний этаж займет администрация лечебного учреждения. Также в проекте предусмотрена вертолетная площадка.

Планируется, что кардиоцентр начнет прием первых пациентов уже в 2016 году.

По итогам встречи Николай Меркушкин и Сергей Шатило подписали меморандум об инвестиционном сотрудничестве. В соответствии с этим документом ООО «Современные медицинские технологии» осуществит инвестирование в общем объеме до 3 млрд. рублей. Из них на строительство центра пойдет более 500 млн. рублей, а на закупку оборудования - около 2,5 миллиарда. Реализация этого проекта позволит создать 250 рабочих мест. В центре будут делать около 11,5 тысячи кардиохирургических операций ежегодно.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Борисов, Ю. Ткань лёгкого из стволовых клеток [Текст] / Ю. Борисов // Медицинская газета. – 2013. – 11 дек. (№94). – С. 13.

В статье рассказывается, что используя стволовые клетки, американским учёным удалось создать функциональные клетки лёгких. Эти клетки можно использовать с целью создания новых лекарственных препаратов для лечения заболеваний органов дыхания, а со временем из них даже можно будет «производить» ткань для лёгочных трансплантатов.

Исследования осуществлялись под руководством Ханса Снука, профессора микробиологии и иммунологии медицинского факультета Колумбийского университета. Он говорит, о том, что учёные генерировали несколько человеческих клеток лёгких и дыхательных путей. Одна из клеток содержала сурфактант – поверхностно-активное вещество, необходимое для нормального функционирования дыхательных путей.

В ходе нескольких экспериментов учёные продемонстрировали, что они могут превращать стволовые клетки в клетки лёгких, используя для этого факторы роста лёгочной ткани, в частности белки, программирующие главные клетки на то, чтобы становиться частью тканей, из которых состоят лёгкие. Поскольку отношение к использованию человеческих эмбрионов остаётся довольно неоднозначным, учёные обратили свои внимание на так называемые индуцированные плюрипотентные стволовые клетки, клетки кожи и других тканей, которыми можно манипулировать таким образом, чтобы они выполняли функции прогениторных клеток, или клеток-предшественников.

По словам Снука, имплантированные клетки прижились и начали вести себя, как клетки лёгких. Учёные смогут использовать эти клетки в качестве модели для разработки методов лечения тяжёлых и смертельных болезней лёгких, в том числе кистозного фиброза.

Особую проблему представляют пересаженные лёгкие. В будущем учёные рассчитывают получить возможность искусственно создавать пересаживаемые лёгкие путём удаления из них всего клеточного материала и наполнения структуры лёгочными клетками, генерированными при помощи клеток кожи реципиента.

Колсанов, А. В. Комплекс «Виртуальный хирург» для симуляционного обучения хирургии [Текст] / А. В. Колсанов [и др.] // Медицинская техника. – 2013. – №6. – С. 7-10.

Симуляционное обучение в медицине – это современный вид учебной деятельности, направленный на освоение обучающимися всех категорий практических навыков, комплексных умений и отработки командных действий в процессе оказания медицинской помощи на основе применения симуляционных моделей: роботов-симуляторов пациента, виртуальных тренажеров, муляжей, фантомов и манекенов. Симуляционные технологии в медицине являются новым для российского здравоохранения форматом обучения с выраженным практическим акцентом, эффективно формирующим в участниках прикладные навыки через погружение в реальность.

В статье описываются особенности устройства аппаратно-программного комплекса (АПК) «Виртуальный хирург» для обучения врачей-хирургов навыкам эндоваскулярной, эндоскопической и открытой хирургии на этапах преддипломной практики и дипломного проектирования. Основное внимание уделяется структурной организации комплекса, реализации трехмерных моделей органов человека, алгоритмам их визуализации. Описываются новые результаты, впервые полученные в ходе работы над тренажером и позволяющие обеспечить более реалистичную визуализацию и обратную связь по сравнению с зарубежными аналогами.

Аппаратно-программный комплекс (АПК) «Виртуальный хирург» включает в себя следующие основные структурные элементы:

— средство визуализации операционного поля, представленное монитором высокого разрешения, на котором пользователь в реальном масштабе времени наблюдает изображение смоделированной трехмерной сцены – поля операции с инструментами и оперируемыми органами;

— сенсорное средство управления операцией, контроля и визуализации параметров, представленное сенсорным монитором высокого разрешения, который отображает текущие

параметры проведения операции (время, объем потерянной крови или желчи, процент выполнения задания, подсказки по этапам операции), оценку по результатам выполненного задания; кроме того, выполняет функции средства ввода для навигации по меню тренажера, выбора инструментов, типов операции и прочих вспомогательных действий;

— блок манипуляторов со средствами обратной связи, включающий в себя набор манипуляторов, представляющих собой точные копии реальных хирургических инструментов, установленных на специально разработанных приводах с 4-5 степенями свободы (в зависимости от типа тренажера в составе АПК), обеспечивающих регистрацию каждого перемещения инструмента в любом из направлений, а также передачу на манипуляторы усилий, имитирующих обратную связь при взаимодействии инструментов с объектами сцены или между собой;

— аппаратно-программную платформу, представленную персональным компьютером, снабженным мощным процессором и видеокартой, поддерживающей технологии DirectX, PhysX и CUDA. Обеспечивает получение всех входных данных от манипуляторов, моделирование операционного поля, взаимодействий объектов сцены, расчет обратной связи, контроль этапов выполнения операции и прочие вспомогательные действия.

Программное обеспечение АПК «Виртуальный хирург» построено с использованием современных технологий разработки и моделирования трехмерных объектов, сред и физических свойств материалов: USB НЮ, DirectInput, SDL, OpenGL, Direct3D, OpenCL, DirectCompute, CUDA, PhysX, Havok.

Такое архитектурное решение позволяет реализовать оригинальную методику моделирования обратной связи, помогающую добиться реалистичности тактильных ощущений при выполнении тренировочных заданий.

Разработка программной части основана на использовании модульной архитектуры и включает в себя следующие модули:

— модуль визуализации, обеспечивающий визуализацию операционного поля, включая органы, инструменты, течение жидкостей и т. п.;

— модуль физического моделирования, обеспечивающий реализацию физических взаимодействий в рамках операционного поля, включая обнаружение столкновений, определение линейных и угловых перемещений под действием сил, деформацию объектов, обнаружение изменений топологии объектов, обработку дискретных событий, относящихся к физическим свойствам объектов и процессам операционного поля (выполнение клипирования, разреза, коагуляции, смена инструмента и т. д.), регистрацию взаимодействий инструментов с объектами операционного поля для дальнейшей обработки в модуле управления операцией и соответствующих модулях преобразований объектов (например разрез), а также расчет прикладываемых сил при взаимодействии инструментов с объектами операционного поля;

— модуль взаимодействия с манипуляторами, обеспечивающий опрос состояния манипуляторов и отправку управляющих команд на средства управления обратной связью манипуляторов с максимально возможной частотой;

— модуль управления операцией, выполняющий функции высокоуровневого управления всеми остальными модулями в соответствии с планом операции и выполняемыми пользователем действиями, т. е. выполняющий регистрацию значимых событий операции, определяющий показатели оценки операции, отслеживающий критерии внепланового завершения работы, моделирующий действия хирурга, реализованные за пределами манипуляторов (например смену инструмента), а также реализующий интерфейс управления операцией.

Таким образом, по заданию оператора комплекс позволяет моделировать операционный процесс, загружая соответствующие учебно-методические модули, включающие в себя конкретные методики эндоскопической и/или открытой хирургии. Также в состав АПК включен тренажер эндоваскулярной хирургии.

В части моделирования эндоскопических операций следует отметить возможность тренировки владения эндоскопическими инструментами для освоения лапароскопии. Здесь студент знакомится с инструментами, приемами правильной манипуляции ими, учится определять взаимное расположение объектов по смоделированному изображению с камеры.

Реализация потребовала разработки целой серии сценариев тренировочных операций, направленных на овладение базовыми навыками лапароскопии, а также специализированных

алгоритмов моделирования физических тел трехмерной сцены и обработки их взаимодействий. Важность этих упражнений состоит в возможности ознакомиться с основными особенностями проведения лапароскопических операций, такими как искаженное восприятие глубины, ограниченный диапазон движения в оперируемой области, снижение остроты тактильных ощущений, связанное с необходимостью использования эндоскопических инструментов, и возможность освоения неинтуитивных двигательных навыков.

После освоения базовых навыков студентам предоставляется возможность провести симуляционное эндоскопическое вмешательство для случая, например, лапароскопической холецистэктомии.

При проведении открытых операций хирург получает визуальную информацию о состоянии внутренностей через открытый разрез, а тактильные ощущения – посредством взаимодействия с хирургическими инструментами. Одной из основных задач создания тренажера открытой хирургии является правильная алгоритмизация взаимодействия виртуальных инструментов и тканей на операционном поле. При этом важнейшим аспектом является реалистичное моделирование разреза тканей инструментом.

Разработанное программное обеспечение АПК «Виртуальный хирург», обеспечивает необходимый инструментарий для обучения врачей-хирургов практическим навыкам хирургического вмешательства.

Разработан первый метод экспресс-диагностики сепсиса [Текст] // Справочник заведующего КДЛ. – 2013. – №12. – С. 5.

Группе исследователей из King's College London (Великобритания) впервые удалось выявить в крови биомаркеры сепсиса, на основании которых стала возможна разработка метода быстрой и точной диагностики этого угрожающего жизни состояния. Как утверждают разработчики, их метод позволит получить результаты анализа крови на сепсис уже через 2 ч.

Команда под руководством профессора Грэма Лорда (Graham Lord) предположила, что в качестве диагностического биомаркера сепсиса могут выступить изменения в экспрессии микроРНК – небольших некодирующих молекул РНК, играющих важную роль в регуляции множества клеточных процессов, включая воспалительные реакции и иммунитет.

Авторы провели массивно параллельное секвенирование микроРНК в образцах крови трех групп людей - с сепсисом, с синдромом системного воспалительного ответа (SIRS) и здоровых лиц. В итоге были выделены два типа микроРНК - miR-150 и miR-4772-5p-iso, уровень экспрессии которых в крови пациентов с сепсисом был выше, чем у пациентов с SIRS.

Полученные результаты были затем проверены на более масштабной группе пациентов из Швеции с тяжелой формой сепсиса. В общей сложности диагностика, проведенная прямо в отделении интенсивной терапии, заняла 2 ч, а ее точность составила 86%.

В настоящее время, планируются широкие клинические испытания новой методики.

Артемов, А. С. Импедансоацидомонитор «Гастроскан-ИАМ» [Текст] / А. С. Артемов [и др.] // Медицинская техника. – 2013. – №6. – С. 10-14.

В статье представлены технические и функциональные характеристики импедансоацидомонитора ИАМ-01 «Гастроскан-ИАМ» – первого российского медицинского прибора для суточной импеданс-рН-метрии пищевода. Это новый, наиболее информативный метод диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Прибор для импеданс-рН-мониторинга пищевода Импедансоацидомонитор «Гастроскан-ИАМ» состоит из трех основных элементов:

1. ЗрН-зонд, состоящий из пластиковой трубки толщиной примерно 2 мм, на которой с интервалом 20 мм расположены 8 цилиндрических импедансных электродов (диаметр 2 мм, высота 4 мм) и 3 сурьмяных электрода рН. Электрические провода от электродов (11 микропроводов) проходят внутри трубки к электрическому разъему для присоединения к регистрирующему блоку. Зонд вводится трансназально в пищевод и желудок. На отдельном проводе расположен наконечный хлорсеребряный электрод сравнения, необходимый для

измерения рН. Выпускаются несколько типов ZpH-зондов с различным расположением импедансных и рН-электродов в зависимости от конкретной медицинской методики;

2. Носимый микропроцессорный регистрирующий блок с автономным питанием, который задает циклограмму измерений, измеряет импеданс и рН, запоминает в течение суточного сеанса на microSD-карте результаты измерений и события, отмеченные с помощью клавиатуры (прием пищи, прием лекарств, изжога и др.). На жидкокристаллический индикатор во время исследования выводятся текущие величины рН;

3. Персональный компьютер (ПК) с программным комплексом «GastroScan» для хранения и анализа результатов исследований.

Клинические испытания прибора «Гастроскан-ИАМ» были проведены в ведущих гастроэнтерологических центрах России:

1. На кафедре пропедевтики внутренних болезней и в клинике пропедевтики внутренних болезней гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (заведующий кафедрой и директор клиники академик РАМН В.Т. Ивашкин - главный гастроэнтеролог России);

2. В ЦНИИ гастроэнтерологии (в то время директор Л.Б. Лазебник - главный гастроэнтеролог г. Москвы).

В 2012 году импедансоацидомонитор ИАМ-01 «Гастроскан-ИАМ» зарегистрирован Росздравнадзором в качестве медицинского изделия. Разработаны методические рекомендации по применению прибора в медицинской практике.

Батенева, Т. Пламенный мотор [Текст] / Т. Батенева // Российская газета. – 2014. – 9 янв.(№ 2). – С. 21.

В статье рассказывается о том, что во Франции впервые имплантировали человеку полностью автономное искусственное сердце. Бригаду хирургов возглавил доктор Кристиан Латремуйль, а общее руководство проектом осуществляет знаменитый профессор Ален Карпантье. Как сообщили из госпиталя им. Жоржа Помпиду, где была проведена уникальная операция, 75-летний пациент, который перед операцией находился в предсмертном состоянии, идет на поправку.

В создании искусственного сердца участвовали специалисты европейского авиационно-космического концерна EADS Astrium и некоторых других высокотехнологичных компаний. Датчики давления и высоты, используемые в современной авиации, снимают информацию о нагрузке, благодаря этому искусственный орган практически мгновенно увеличивает или уменьшает выброс крови. Вес прибора – 900 граммов, больше он и по размеру, чем настоящее сердце. Потому пока врачи осторожно говорят о том, что эта модель может быть использована только для пациентов-мужчин, но не годится для женщин и детей. Однако нет сомнений в том, что возможности современной электроники позволят со временем сделать модель и меньше, и еще искусней.

Другая интересная деталь – в девайсе совмещены живые биологические ткани и искусственные материалы. Так, клапаны сердца покрыты биоматериалом, полученным из тканей сердца крупного рогатого скота. А функцию сокращающейся сердечной мышцы выполняют новейшие полимеры.

Медики утверждают, что прибор может работать без остановки до 5 лет.

Белов, С. В. Термолазерный терапевтический комплекс «Велми» для лечения генитальной папилломавирусной инфекции [Текст] / С. В. Белов // Медицинская техника. – 2013. – № 6. – С. 15-18.

В статье приведено описание лазерного аппарата нового поколения - «Термолазерный терапевтический комплекс» – для проведения процедуры элиминации вирусов папилломы человека (ВПЧ) с поверхности шейки матки с использованием фотоактивируемого лекарственного средства (ЛС) и представлены результаты экспериментально-клинического исследования. Показана эффективность элиминации вируса с поверхности шейки матки и

эффективность лечения ВПЧ, что было подтверждено результатами наблюдения и существующими методами диагностирования ВПЧ (в том числе электронной микроскопии).

Разработанный лазерный комплекс обеспечивает реализацию принципиально нового подхода к удалению (элиминации) ВПЧ на шейке матки – метод контрастной термолазерной терапии. Новизна метода заключается в воздействии на инфицированную слизистую оболочку шейки матки через механизм теплового взрыва поглощающих включений гетерогенного контрастного вещества, нанесенного на патологические участки биоткани. Существенным и принципиальным отличием метода от известных и используемых в гинекологии является применение лазерного излучения с длиной волны 0,97 мкм, находящейся в области прозрачности биоткани, совместно с поглощающим его контрастным веществом, что позволяет практически полностью исключить неконтролируемое повреждение биотканей, подлежащих под слизистой оболочкой шейки матки. Применение лазерного комплекса обеспечивает возможность осуществления мягкой, органосберегающей, по сравнению с существующими деструктивными методами, элиминации патологически измененных тканей шейки матки, инфицированных ВПЧ, являющихся источником диссеминации вирусной инфекции.

Невинная, И. Сделал дело и удалился [Текст] / И. Невинная // Российская газета. – 2013. – 13 дек. (№282). – С. 14.

В России зарегистрирован и уже используется первый в мире саморассасывающийся сосудистый каркас. Он восстанавливает просвет закупоренной коронарной артерии так же, как это делает металлический стент, доставляя к пораженному участку лекарство. А потом, «сделав свое дело», каркас постепенно рассасывается. В сосуде остаются лишь две пары крошечных металлических маркеров – во время операции они помогают правильно установить каркас, а в дальнейшем «подсказывают» врачу место хирургического вмешательства и помогают проконтролировать, что же происходит с больным сосудом в дальнейшем.

Хирурги говорят, что появление инновационного изделия существенно меняет подходы к лечению пациентов с ишемической болезнью сердца: результаты клинических исследований и накопленный опыт применения показали, что прооперированный таким образом сосуд может сохранить естественные функции и эластичность, поскольку не содержит «жесткого» металлического имплантата.

Саморассасывающийся каркас изготовлен из полилактида – этот естественным образом растворяющийся материал хорошо изучен, его широко используют в хирургии, например для временных внутренних швов. Новая методика имеет одно преимущество: каркас доставляет к пораженному участку лекарство, которое постепенно выделяется при его растворении. Лекарство не растворяет бляшку, но препятствует росту клеток, приводящему к повторному закрытию сосуда – рестенозу. Таким образом можно снизить риск рестеноза и необходимости повторного стентирования или проведения более тяжелой операции аорто-коронарного шунтирования до уровня менее 5% – и этот эффект сохраняется в течение многих лет. Такие результаты имеются при использовании нерастворимых стентов с лекарственным покрытием. Вообще же реакция организма на стент – сложный процесс, включающий в себя не только возможность рестеноза как такового, но и так называемый неоатеросклероз. Эти процессы продолжают интенсивно изучаться.

Плюсов в новом подходе лечения много: прооперированный сосуд, после того как каркас растворяется, может сжиматься и расширяться для усиления притока крови к сердцу в ответ на физическую нагрузку. Кроме того, такие пациенты лучше переносят перепады давления при изменении погоды. Снижается у них и потребность в длительной терапии с использованием противосвертывающих препаратов. Более того, возможные оперативные вмешательства не будут затруднены наличием постоянного имплантата.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Горбань, В. В. Уровень компетенций врачей общей практики в вопросах формирования здорового образа жизни [Текст] / В. В. Горбань [и др.] // Справочник врача общей практики. – 2013. – №9. – С. 36-67.

Целью описанного в данной публикации исследования стало проведение анализа уровня знаний врачей общей практики (ВОП), касающихся вопросов формирования здорового образа жизни (ЗОЖ).

Было проведено анонимное анкетирование 101-го ВОП со средним стажем работы по специальности около $7,6 \pm 1,2$ года и средним возрастом $41,7 \pm 3,2$ года. В анкеты были включены вопросы, касающиеся рационального питания, уровней физической активности, влияния курения и алкоголя на здоровье, а также о знании врачей целевых уровней АД и липидного спектра крови.

Проведенное исследование показало довольно широкий разброс мнений и нередко противоречивый характер ответов, что отразило недостаточно высокий уровень подготовки анкетированных по изучаемой проблеме. В частности, 32% ВОП в своих ответах рекомендовали использовать в питании молоко только повышенной жирности, 36% - свиное сало, а каждый десятый из различных видов птицы предпочел посоветовать в пищу жирного гуся или утку. Согласно рекомендациям экспертов ВОЗ, с целью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний суточное потребление овощей и фруктов должно достигать 700 г, но такого мнения придерживались лишь 27% анкетированных, а 10% врачей вообще затруднились ответить на поставленный вопрос. Общепланетарные рекомендации ВОЗ по ограничению использования поваренной соли в питании менее 5 г/сутки были не готовы дать своим пациентам 34% респондентов, и, наконец, около 20% ВОП считали допустимым употребление пациентами алкоголя без ограничений. При ответах на вопросы, касавшиеся видов физических упражнений для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, 93% врачей назвали бег трусцой и быструю ходьбу, а формулу для определения интенсивности индивидуальной нагрузки знали лишь 35% респондентов. При несомненном знании врачей о тотальном вреде курения на здоровье человека каждый четвертый врач оставался курильщиком (24% мужчин и 22% женщин), что само по себе существенно снижает эффективность проведения профилактических мероприятий данным специалистом. Отмечая, с одной стороны, достаточно хорошие знания целевых значений АД и рекомендуемых антигипертензивных препаратов, с другой стороны, необходимо отметить, что каждый четвертый врач связывал риск снижения сердечно-сосудистых заболеваний с низким уровнем липопротеидов высокой плотности, а 36% ВОП ассоциировали снижение заболеваемости атеросклерозом с липопротеидами низкой плотности. Необходимо отметить, что по каждому из 99 вопросов около 10% врачей не смогли дать вразумительного ответа.

Таким образом, недостаточно глубокое знание вопросов популяционного здоровьесбережения в профессиональной врачебной среде оправдывает актуальность включения вопросов профилактики и здорового образа жизни в учебные образовательные программы как градуальной, так и постградуальной форм обучения.

Комаров, А. Вставай на лыжи [Текст] / А. Комаров, Т. Афанасьева, А. Седогин // Самарские известия. – 2013. – 19 дек. (№233). – С. 3.

10 декабря 2013 года в самарском Доме журналиста было много чиновников, общественников и представителей прессы: руководитель управления развития физической культуры и массового спорта Самарской области Дмитрий Чесалин, депутат, заместитель председателя комитета по образованию и науке Самарской Губдумы Сергей Иванов, олимпийская чемпионка по пулевой стрельбе Ольга Кузнецова и многие другие.

Все полтора часа присутствующие обсуждали популяризацию здорового образа жизни, говорили о том как привлечь молодежь к спорту и здоровому образу жизни. Многие недоумевали: «Почему в стране, где совсем скоро пройдет Олимпиада, нужно постоянно привлекать внимание к спорту?».

Олимпийская чемпионка, заслуженный мастер спорта СССР по пулевой стрельбе Ольга Кузнецова видит причину такого положения вещей в образе жизни детей: «Если современному ребенку предложить пойти тренироваться в какую-нибудь секцию или хотя бы погулять, его ответ будет: «Не хочу». А почему? Да потому что детям куда интереснее сидеть целыми днями за компьютером. На улицу они уже не выходят».

Если присмотреться к ситуации внимательнее, становится очевидным, что неправильным является сам подход к пропаганде. Например, недавно организаторов и участников движения за здоровый образ жизни «Русские пробежки» оштрафовали через суд за то, что они бегали в парке и якобы мешали пешеходам свободно передвигаться.

Помимо многочисленных проблем, которые неизменно сопровождают любую инициативу, направленную на пропаганду здорового образа жизни, в Самаре сложилась удручающая ситуация со спортивными объектами. Руководитель управления развития физической культуры и массового спорта Самарской области Дмитрий Чесалин комментирует это так: «Во время перестройки многие спортивные сооружения были перепрофилированы в торговые центры, рынки. А все, что осталось нынешнему поколению, уже давно устарело и нуждается в ремонте или модернизации».

Решение вопроса с объектами для занятий спортом нашли в создании открытых спортивных площадок. По словам заместителя председателя комитета по образованию и науке Сергея Иванова, в уходящем году власти построили достаточное число универсальных площадок для так называемого воркаута – брусья, турники, шведские стенки, лесенки и т.д. Действительно, в 2013 году появилось 13 площадок, на которые правительство выделяло гранты.

Участники круглого стола нашли и третью проблему. Она заключается в недостатке квалифицированных тренеров, которые могли бы заниматься с подростками. Выяснилось, что преподавателей, способных обучить ребенка тому или иному виду спорта, также катастрофически не хватает.

В то же время есть и позитивные сдвиги. Весомым вкладом в привлечение жителей губернии к здоровому образу жизни стало проведение областных новогодних соревнований под названием «Семейные старты» в начале декабря. На «Старты» приехали 24 семьи из разных муниципалитетов Самарской области.

Член Общественного совета по контролю за оборотом наркотиков Ольга Кочубей отметила, что уже второй год в Самаре они проводят акцию «Пусть всегда буду я». Проект направлен на борьбу с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков. Антинаркотический марафон призван уберечь детей от пагубной зависимости, привить им интерес к спорту, творчеству, искусству, сформировать у юного поколения положительные идеалы. Формирование мотивации отказа от употребления наркотиков и других психоактивных веществ также является одной из главных задач проекта.

Пономарева, Л. А. Организация работы Центра здоровья ГБУЗ СО «Сызранская городская больница № 1» [Текст] / Л. А. Пономарева, Н. И. Шевырталова // Главная медицинская сестра. – 2013. – №12. – С. 43-52.

В статье рассказывается о центре здоровья, который функционирует на базе ГБУЗ СО «Сызранская городская больница № 1» с 2009 г. Работа Центра здоровья организована в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 № 597н «Об организации деятельности Центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».

Основная цель Центра здоровья – пропаганда здорового образа жизни.

Задачи Центра здоровья:

- выявление у населения факторов риска развития заболеваний и определение прогноза состояния здоровья;
- обучение граждан гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включающих помощь в отказе от потребления алкоголя и табака;
- разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха;
- динамическое наблюдение за пациентами группы риска развития неинфекционных заболеваний.

Центр здоровья обслуживает всех пациентов, желающих пройти скрининг-диагностику, выявить функциональные резервы своего организма и определить скрытую патологию.

Также с целью профилактики стоматологических заболеваний с 2010 г. в Центре здоровья работает кабинет гигиениста стоматологического, который:

- выявляет факторы риска возникновения основных стоматологических заболеваний, заполняет карту стоматологического здоровья;
- консультирует пациента по вопросам профилактики стоматологических заболеваний, выдает мотивационную карту для пациента;
- проводит профессиональную гигиену полости рта с последующей обработкой зубов специальными средствами профилактики, обучение правилам рациональной гигиены полости рта.

Все данные комплексного обследования заносятся в соответствующую карту. На основании результатов комплексного обследования специалистами Центра здоровья дается оценка выявленных факторов риска, функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей, проводятся беседы по здоровому образу жизни, составляются индивидуальные программы по здоровому образу жизни и рациональному питанию. Также по показаниям пациентам организуются динамическое наблюдение с проведением повторных исследований. Посетитель получает Карту здорового образа жизни, в которой отмечены риски развития наиболее часто встречающихся заболеваний, имеется оценка функциональных резервов организма.

В Центре здоровья ежегодно проводятся акции направленные на пропаганду здорового образа жизни.

Также в Центре здоровья функционируют школы здоровья, с помощью которых реализуются информационно-мотивационные технологии, способствующие формированию у пациентов мотивации к сохранению своего здоровья.

Анализ работы показал, что за период функционирования в Центр здоровья обратились 10 668 чел., основной контингент которых составляет работоспособное население.

Для обеспечения более эффективной работы Центра здоровья были организованы мобильные бригады специалистов, которые осуществляют плановые выезды на предприятия, в учреждения, организации для выявления факторов риска у лиц трудоспособного возраста.

Деятельность Центра здоровья ГБУЗ СО «Сызранская городская больница №1», включающая этапы с комплексом мероприятий, несомненно, будет способствовать формированию ответственного отношения людей к своему здоровью, привитию навыков здорового образа жизни, что необходимо для сохранения и поддержания здоровья нации.

Уважаемые коллеги!

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

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

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

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

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 19.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

Воскресенье - выходной день

☎ (846) 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

✉ 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. За

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота, воскресенье - выходные дни

☎ (84639) 2-49-26

✉ biblchap@yandex.ru

Сайт: <http://medlan.samara.ru>