

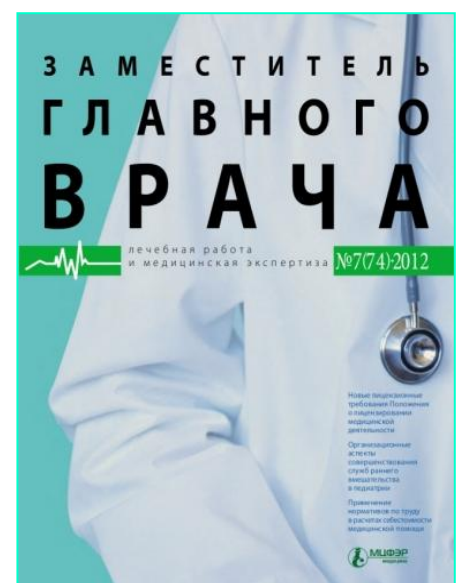
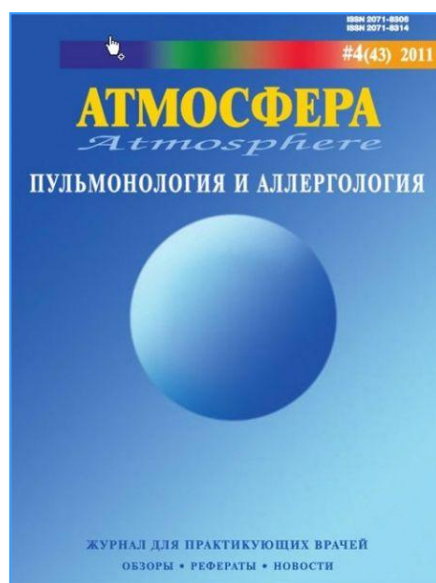


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№10 (октябрь), 2015



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ.....	14
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	20

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Деятельность Минздрава России в области информатизации здравоохранения // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. – 2015. – № 9. – С. 21.

С целью оптимизации повседневной деятельности медицинских работников, повышения качества услуг для граждан с помощью электронных сервисов, Минздравом России в 2014 году осуществлялись мероприятия, направленные на развитие функциональных возможностей ключевых систем единой государственной информационной системы в сфере охраны здоровья.

По результатам развития системы «Федеральная электронная регистратура» предоставляется возможность вести учет размещенных, отклоненных, отмененных и реализованных записей на прием к врачу, при необходимости направлять пациентов в другую медицинскую организацию для прохождения дополнительных специализированных обследований, осуществлять прогноз количества посещений к специалистам. Для оптимизации процесса получения медицинских справок, федеральный сервис «Федеральная электронная регистратура» обеспечивает гражданам возможность комплексной записи на прием к нескольким врачам с целью прохождения медицинского освидетельствования.

В 2014 году к «Федеральной электронной регистратуре» подключилось более 2 тыс. медицинских организаций, разместивших расписания 51 тыс. врачей, всего за год системой зарегистрировано 31 млн. заявок на прием к врачу, вызовов врача на дом.

В рамках развития системы «Интегрированная электронная медицинская карта» реализован функционал передачи и централизованной обработки результатов лабораторных исследований пациента, фиксации и хранения протоколов диагностических исследований, протоколов консультации узкого специалиста, что позволит лечащим врачам ознакомиться с медицинскими записями своих пациентов, а гражданам, в свою очередь, позволит ознакомиться с результатами оказанных им медицинских услуг.

В 2014 году Федеральная электронная медицинская библиотека была дополнена электронным каталогом «Российская медицина», включающим весь отечественный запас фонда Центральной медицинской библиотеки: медицинские книги, методические пособия и материалы, диссертации, сборники научных трудов и статьи из научных медицинских журналов. Общий объем каталога в настоящее время составляет более 500 тыс. библиографических записей. Создана учебная электронная библиотека по 36 медицинским дисциплинам, всего более 3 тыс. цифровых полнотекстовых документов, включая 600 книг.

В 2014 году Минздрав России приступил к реализации пилотных проектов, целью которых является перевод бумажного медицинского документооборота в электронный вид. Министерство совместно с Фондом социального страхования РФ реализует проект «Электронный листок нетрудоспособности», а в Тюменской области и г. Москва приступили к проработке проекта по реализации электронных рецептов на получение и приобретение лекарственных средств.

Результаты инфраструктурного обеспечения предыдущего периода в части оснащения санитарного автотранспорта бортовой аппаратурой спутниковой навигации ГЛОНАСС позволили начать внедрение автоматизированных систем обработки вызовов и управления мобильными бригадами скорой медицинской помощи. На сегодняшний день оснащено 19840 единиц санитарного транспорта бортовой аппаратурой спутниковой навигации ГЛОНАСС, оборудовано 2659 диспетчерских станций скорой медицинской помощи, в 22 субъектах РФ действуют системы диспетчеризации санитарного транспорта на территории всего региона.

Ближайшие задачи.

Разработка и поэтапное внедрение автоматизированной системы мониторинга движения лекарственных препаратов от производителя до конечного потребителя, в целях обеспечения эффективного контроля качества лекарственных препаратов, находящихся в обращении, и борьбы с их фальсификацией.

Внедрение элементов проектного менеджмента в управление отраслью здравоохранения на федеральном и региональном уровнях.

Внедрение систем диспетчеризации санитарного автотранспорта, включая интеграцию с «Системой 112».

Осуществление мероприятий по развитию телемедицины с целью повышения доступности консультационных услуг медицинских экспертов населению.

Внедрение электронных образовательных курсов в повседневную деятельность медицинских работников.

Утверждение методических рекомендаций к региональным медицинским информационным системам для последующей интеграции с федеральными сервисами и перечня критериев оценки достижения функциональных преобразований в целях подготовки организационных и технологических процессов медицинских организаций к переходу на электронный документооборот.

Папырин, А. Медицине рекомендована корректировка // Медицинская газета. – 2015. – 18 сент. (№ 70). – С. 4-5.

Реформирование здравоохранения будет продолжено. Об этом на недавнем форуме Общероссийского народного фронта заявил лидер движения Президент РФ Владимир Путин.

Ключевыми моментами московского форума «За качественную и доступную медицину» стали вопросы: как оценивать проводимую реорганизацию сети лечебных учреждений в масштабе страны и регионов, какие управленческие решения надо принимать, учитывая статистику смертности и заболеваемости населения, как складывается ситуация с доступностью медицинской помощи?

Активисты ОНФ провели огромную подготовительную работу к форуму. В своих выступлениях они сконцентрировались на нерешённых проблемах и говорили о них больше, чем о достижениях медицинской отрасли. Не всегда критика эта была корректной, деловой и даже конструктивной. Но по-другому и быть не могло, учитывая, что задумывалась открытая дискуссия, в которой примут участие большое количество людей. А дальше – дело экспертов выделить наиболее дельные предложения, оформить их решениями, которые потом будут рассматриваться, а затем и реализовываться Минздравом России.

Тем не менее, главным поворотным пунктом, чётко сформулированным на секционном заседании директором Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России академиком РАН Владимиром Стародубовым, была рекомендация объявить мораторий на проведение оптимизации здравоохранения. Сразу скажем, что Президент РФ, отвечая на вопросы активистов ОНФ, высказался за более нейтральную формулировку: «внести корректировки». А реформирование всё-таки продолжить, его нельзя остановить, так как преобразования проводятся исключительно в интересах общества и государства.

«МГ» уже сообщала, что с докладом, подготовленным экспертами ОНФ к форуму, выступил сопредседатель регионального штаба ОНФ в Забайкальском крае, профессор, заслуженный врач РФ Николай Говорин, основные тезисы которого потом обсуждались на секциях. Наверное, не лишне будет нашим читателям ознакомиться с фрагментами из его выступления.

Н. Говорин напомнил, что ровно 10 лет назад Президент РФ объявил о начале реализации программы по повышению качества медицинской помощи и укреплению здоровья граждан, то есть Национального проекта «Здоровье». С этого момента здравоохранение стало одним из важнейших приоритетов государственной политики. В докладе приводилось много примеров, о которых не раз писала «Медицинская газета». А дальше эксперты ОНФ констатировали, что в настоящий момент отечественное здравоохранение находится в достаточно жёстких финансовых рамках. Так, на 2015 г. и плановый период 2016 и 2017 гг. с дефицитом были утверждены 62 территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в 2014 г. – 59). Изменившиеся обстоятельства требуют повышенного внимания именно к эффективности организации медицинской помощи, причём на всех уровнях, и продуманности каждого предпринимаемого шага.

По данным рейтинга фонда «Общественное мнение», на I квартал 2014 г. «ситуация в сфере здравоохранения» стояла на 9-м месте в перечне социально-экономических проблем, а в I квартале 2015 г. поднялась на 5-е место. С этой точки зрения, как показывают исследования фонда, ситуацию в сфере здравоохранения в своём регионе оценили как «хорошую» лишь 11% респондентов. При этом наиболее показательной является оценка изменений в здравоохранении:

39% респондентов обратили внимание, что ситуация в регионе не меняется никак, и 32% отметили, что положение за последние 2 года стало хуже. Укрупнение больниц и поликлиник лишь ухудшило доступ к узким специалистам, так считают 50%, по данным ВЦИОМ (2015).

Несмотря на оптимистическую отчётность органов исполнительной власти в регионах, в целом по стране отмечается высокий уровень недовольства граждан отсутствием изменений или даже ухудшением обстановки в лечебных учреждениях.

По данным комплексного наблюдения условий жизни населения, проводимого Росстатом, в стране увеличилось количество отказов в предоставлении медицинской помощи: если в 2011 г. доля не получивших медицинскую помощь от числа обратившихся за ней составила 2,3%, то в 2014 г. она зафиксирована на уровне 3,3%; более чем в 2 раза увеличилось время ожидания госпитализации – с 4,6 дня в 2011 г. до 9,8 в 2014 г.

По данным фонда «Общественное мнение» за июнь 2015 г., около половины населения (46%) предпочитало лечиться самостоятельно и только в крайнем случае обращалось к врачам. К самолечению в первую очередь приводит снижение доступности медицинской помощи, когда пациенту проще самостоятельно назначить себе лечение, а не стоять в очереди у кабинета врача. При этом фармацевтические компании осознают указанную проблему и, наращивая рекламу, провоцируют наших граждан на самостоятельную покупку лекарственных препаратов и рост самолечения.

Именно по итогам 2014 г. и первого полугодия 2015 г., впервые в последние годы, произошло неактивное колебание показателей смертности. За январь – июнь 2015 г., по сравнению с аналогичным периодом 2014 г., умерло на 7 тыс. человек больше (2014 г. – 51 103, 2015 г. – 988 097), что составляет рост 2,8%. В некоторых объектах за первое полугодие 2015 г. уровень смертности вырос более чем на 6-8% (Ямало-Ненецкий автономный округ, Республика Карелия, Сахалинская область, Республика Хакасия, Костромская область и др.). При этом наиболее существенно возросла смертность по таким группам заболеваний, как болезни органов дыхания, пищеварения, инфекционных заболеваний, туберкулёза. В некоторых регионах страны смертность по этим группам причин за полгода выросла от 36 до 74%, что нуждается в неотложном анализе и соответствующих действиях.

Хотя этот вопрос остаётся дискуссионным с позиции методологии подсчётов, однако умерших в конце 2014 и начале 2015 гг. стало реально больше. Именно на этом было предложено сосредоточиться во время дискуссии.

Говоря о доступности медицинской помощи, были приведены следующие данные. На фоне роста численности населения число посещений врачей, по данным федерального статистического наблюдения, в 2014 г. по сравнению с 2013-м сократилось на 7,7 млн, в том числе сельских жителей – на 2,7 млн. Одновременно почти на 22% увеличилось число отказов в вызове скорой медицинской помощи.

По мнению авторов доклада, доступность медицинской помощи является особенно острой для наших сограждан, которые проживают в отдалённых районах и сельской местности. Согласно отчёту Счётной палаты, сегодня 17,5 тыс. населённых пунктов с населением численностью менее 1,5 тыс. жителей не имеют подразделений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. При этом только за 2014 г. в рамках оптимизации было сокращено 659 ФАПов. Более 11,5 тыс. населённых пунктов расположены на расстоянии более 20 км от ближайшей медицинской организации, а в 20 субъектах РФ отсутствуют мобильные врачебные бригады, оказывающие медицинскую помощь сельским жителям.

Таким образом, несмотря на то, что приоритетом государственной политики в части реформирования системы здравоохранения является первичная медико-санитарная помощь, во многих регионах страны отсутствуют условия по предоставлению гражданам своевременных и качественных медицинских услуг. Доступная медицинская помощь при этом снижается. В стране до сих пор не отработана система независимого квалифицированного контроля за качеством оказания медицинской помощи в первичном звене.

Важной составляющей понятия доступности является и возможность приобрести лекарственные препараты, необходимые для лечения. Наиболее остро российские граждане ощутили повышение цен на лекарственные препараты (более 70% опрошенных считают это одной из самых болезненных проблем в сфере здравоохранения в последнее время). Одним из определяющих факторов роста цен на них эксперты считают повышение маркетинговых затрат, которые сегодня составляют почти 25% от стоимости препарата. При этом, как представители

медицинского сообщества (86%), так и пациентов (71%) полагают, что реклама лекарственных препаратов наносит вред здоровью, а также провоцирует к самолечению.

В рамках оптимизации в стране происходит сокращение сроков пребывания больных в стационарах и широко внедряются стационарозамещающие технологии, происходит увеличение амбулаторного контингента больных, которые уже не могут рассчитывать на получение бесплатных лекарств и вынуждены приобретать их в розничной сети. Тем не менее, 36% из 2700 опрошенных Центром «народной экспертизы» ОНФ представителей групп пациентов назвали «обычным явлением», что им приходится самостоятельно покупать лекарства, проходя лечение в стационаре. Настораживает сохраняющийся рост цен и на жизненно необходимые препараты, причём цены на препараты отечественного производства за полгода выросли на 13,8% (Росстат).

51% опрошенных пациентов, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение, заявили о том, что льготные лекарства не всегда бывают в аптеках, приходится их ждать, заказывать.

Вероятно, наиболее массовой и показательной категорией «льготников» в части получения бесплатных лекарств являются дети до 3 лет. Мониторинг, проведённый Центром «народной экспертизы», показал, что уровень информированности граждан о полагающихся им льготах очень низкий (54% родителей не знают о льготах). Проблемой является порой и поведение врачей, которые под различными предлогами не выписывают лекарства. В сложившихся условиях необходимо на региональном уровне принять новые нормативно-правовые документы по льготному лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан.

Врачебное сообщество, без преувеличения, является «национальным богатством», утверждали эксперты ОНФ, и достоянием любой страны. Вне зависимости от технического оснащения и внешних условий жизнь и здоровье человека, обратившегося за медицинской помощью, зависит от решений врача, его опыта и знаний, морально-этического облика, отношения к пациенту. По данным ФОМ (июль 2015 г., 1500 респондентов), по мнению граждан, качество лечения зависит, прежде всего, от квалификации и профессионализма врачей (82%) и только потом – от наличия современного оборудования (37%) и хорошей организации медицинской помощи (26%).

В течение последних 3 лет, в соответствии с майскими указами Президента РФ, государством многое делается для улучшения качества жизни врачей: планомерно реализуются меры по повышению заработной платы, осуществляется введение подъёмных выплат для привлечения их в сельскую местность по программе «Земский доктор», проводится компьютеризация медицинских учреждений. Такие меры активно поддерживаются врачебным сообществом. Согласно данным ВЦИОМ, более 85% врачей достаточно высоко оценивают эту поддержку.

В то же время именно последние 1,5-2 года среди врачей нарастает негативная оценка проводимых в стране реорганизационных решений. По данным исследований ВЦИОМ, в качестве негативного результата реформы воспринимается и повышение рабочей нагрузки, о котором сообщила половина респондентов (48%). Снижение зарплаты и сокращение кадров вынуждает брать работу на 2 и даже 3 ставки, что с учётом «дежурств» резко увеличивает число рабочих часов. Косвенное влияние оказывает также увеличение «бумажной работы», отчётной документации – 44% указали, что в их непосредственной работе данный параметр ухудшился за последние 1-1,5 года. Рост нагрузки, по мнению участников опроса, становится весомой причиной частых конфликтов с пациентами, в которых медики оказываются слабо защищённой стороной.

Вызывает тревогу ОНФ, что, по данным Росстата, за 2014 г. произошло сокращение около 90 тыс. медицинских работников (12,84 тыс. врачей, 40,5 тыс. средних медицинских и фармацевтических работников, 36,7 тыс. человек младшего медицинского персонала). В ряде регионов врачи активно выражали протест против решений, принимаемых региональным и федеральным руководством, однако конструктивного взаимодействия с представителями врачебного сообщества, как правило, не было. Негативное изменение ситуации с врачебными кадрами было отмечено и населением: по данным исследований ФОМ, 46% участвующих в опросе в качестве наиболее острой проблемы в здравоохранении в своём регионе отметили «нехватку врачей». В июльских ответах эту проблему считают наиболее острой уже 51%. Судя по результатам II квартала 2015 г., ещё более обострилась проблема дефицита врачей.

Активисты ОНФ в результате мониторинга обеспеченности врачебными кадрами установили, что нехватка специалистов ведёт к снижению уровня доступности медицинской помощи. В частности, только в 37% случаев пациентам удалось попасть на приём к кардиологу в первый день, более 50% пациентов ожидали его консультации от нескольких дней до 2 недель.

Из 7,2 тыс. врачей, ушедших из государственных медицинских организаций, 6,6 тыс. перешли работать в медицинские организации другой подчинённости. Наметился отчётливый переток квалифицированных кадров в платную медицину. Всё это, естественно, ведёт к ослаблению человеческого, врачебного ресурса отрасли и снижению качества медицинской помощи в государственных лечебных учреждениях.

Проблемы с подготовкой и закреплением врачебных кадров должны рассматриваться в комплексе с системой непрерывного медицинского образования, особенно на последипломном этапе, где грядут большие перемены.

Что сказал Президент России.

В докладе прозвучало предложение, что необходимо ввести мораторий на намеченные реформы, изменения, оптимизацию здравоохранения. Смысл всей работы, которая была проделана активистами ОНФ в течение года, заключается не в том, чтобы прекратить любые изменения, а в том, что их надо направить в нужное русло.

Нельзя также растерять то положительное, что достигнуто за предыдущие годы. Государство полностью финансирует программы развития отрасли. Средний объём финансирования здравоохранения за предыдущие 3-4 года – 3,6% от ВВП. В следующем году, по предварительным данным, ожидается чуть меньше. Но средняя величина в ближайшие годы будет выдержана, пообещал Президент.

Глава государства подробно остановился на проблеме сельской медицины. «Да, в ходе нашей работы по укреплению первичного звена здравоохранения значительные ресурсы за 2014 г. выделялись (около 27,7% из общего объёма финансирования) для сельской местности, – напомнил он. – Практика показывает, что там, где речь идёт о каких-то сокращениях и оптимизациях, почему-то всегда всё начинается с села. Но если людям негде получить медицинскую помощь и есть небольшая поликлиника, которая там работает, её нельзя закрывать. Иначе, как шутят сельчане, «для лечения останется только чеснок».

По мнению Владимира Путина, когда речь идёт об увольнении и дефиците кадров, не всегда одно вытекает из другого. Зачастую нужны специалисты, которые отвечают современным требованиям и обеспечивают высокое качество работы. Поэтому если где-то происходит оптимизация, это ещё не признак беды. Важно, чтобы в лечебных учреждениях трудились высококвалифицированные специалисты.

Лёгких решений нет.

– Очень важный социальный вопрос, о котором шла речь на Форуме ОНФ, – это рост стоимости лекарств, – прокомментировал корреспонденту «МГ» заместитель руководителя Врачебной палаты Юга России, главный врач городской стоматологической поликлиники № 1 Волгограда, заслуженный врач РФ Александр Шерстюк. – По данным Росстата, тема повышения цен на лекарства стоит у россиян на первом месте. Есть разные оценки, насколько подорожали лекарственные препараты. Но факт, с которым трудно не согласиться, – это повышение оказалось заметным для населения. Президент призвал проанализировать причины такого ускоренного роста цен в аптеках. Но их руководители чаще всего объясняют это увеличение экономическими сложностями и ростом курса доллара. Но надо думать, как решать эти вопросы.

В отдалённой перспективе, как государство будет обеспечивать доступность лекарств, более или менее понятно. На реализацию программы по импортозамещению в фармотрасле уже потрачено 150 млрд. руб. На форуме Президент пообещал, что поддержка фармпромышленности продолжится. Однако «завозить субстанции и разливать их здесь – это не значит производство». То есть надо заниматься производством лекарств полного цикла.

Но сегодня не уйти от вопроса увеличения финансирования закупок лекарств. По данным Пенсионного фонда РФ, количество льготников в нашей стране, нуждающихся в лекарственном обеспечении, составляло в 2014 г. 799 тыс. взрослых россиян и 1,9 млн детей до 3 лет. Это очень большая категория населения, для которой ЛС порою жизненно необходимы. А сбои в этой области очень чувствительны для страдающих тяжёлыми хроническими заболеваниями.

Как стало известно, в ближайшее время Минздрав России проведёт совещание, на котором рассмотрит итоги работы форума. Эксперты ОНФ направят пакет предложений в

Администрацию Президента РФ для проработки и подготовки проекта поручений Владимира Путина. Ожидается, что в него войдут не менее 70 предложений, которые будут сгруппированы в три блока: решение проблем качества и доступности медпомощи для населения, повышение эффективности системы и укрепление кадрового потенциала отрасли. Центральный и региональные штабы ОНФ будут следить за судьбой всех участников, которые выступали на форуме, чтобы предотвратить попытки давления на них после возвращения в свои регионы. Центральный штаб ОНФ на ближайшем заседании обсудит форматы дальнейшей работы по организации постоянного мониторинга в сфере здравоохранения и возможному созданию постоянно действующей площадки для дискуссий по жгучим социальным проблемам.

Критерии оценки качества медицинской помощи // Медицинская газета. – 2015. – 9 сент. (№ 67). – С. 3.

25 августа 2015 г. вступил в силу приказ Минздрава России «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

Приказ устанавливает критерии оценки качества медицинской помощи, которые формируются в соответствии с законодательством по группам заболеваний или состояний на основе порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. Критерии, установленные приказом, действительны для медицинских организаций любой организационно-правовой формы.

Согласно документу, качество медицинской помощи определяется совокупностью характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильностью выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степенью достижения запланированного результата.

Важными критериями качества оказания помощи также являются проведение первичного осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях не позднее 2 часов с момента поступления пациента в приёмной отделение, установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления его в профильное отделение, формирование плана лечения при первичном осмотре с учётом предварительного диагноза.

Кроме того, приказ регламентирует своевременное заполнение медицинской документации, наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, в случае необходимости при лечении в стационарных условиях – перевод пациента в другую медицинскую организацию.

Нужно отметить, что в последние годы Минздравом России впервые начато формирование системы документов, устанавливающих единые требования к качеству медицинской помощи.

В период с 2012 по 2015 г. Минздравом России совместно с профессиональным медицинским сообществом было создано более 1200 рекомендаций для лечения наиболее распространённых заболеваний.

Весной и летом 2015 г. Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова в своих выступлениях неоднократно приводила откровенные данные о выявленных недостатках в медицинской деятельности по результатам контрольно-надзорных мероприятий в регионах. Централизованная система контроля за качеством работы медицинских организаций, о необходимости создания которой Президент РФ Владимир Путин заявил в конце 2014 г., должна работать над решением этой проблемы с 15 июля 2015 г., и хотя подобная система пока не создана, усиление мер ответственности за выявленные нарушения – реальная тенденция сегодняшнего дня.

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323-ФЗ) в ст. 4 впервые в здравоохранительном законодательстве ввел основные принципы охраны здоровья как руководящие положения, фундаментальные правила, на которых должны строиться правоотношения в этой социально значимой сфере общественных отношений. Напомним их:

- соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;

- приоритет охраны здоровья детей;
- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- доступность и качество медицинской помощи;
- недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- соблюдение врачебной тайны.

Однако для того, чтобы эти принципы не были декларативными, необходимо контролировать их фактическое выполнение и при отступлении от них применять меры воздействия на нарушителя со стороны государственного органа согласно его полномочиям и установленные меры юридической ответственности.

С этой целью Законом № 323-ФЗ введена глава 12 «Организация контроля в сфере охраны здоровья». Среди видов контроля в сфере охраны здоровья значится контроль качества и безопасности медицинской деятельности, осуществляемый в следующих формах:

- государственный контроль;
- ведомственный контроль;
- внутренний контроль.

Соблюдение порядка осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является лицензионным требованием с 1 мая 2012 г. согласно постановлению Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности», при этом данный вид контроля должен осуществляться органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в порядке, установленном руководителями указанных органов, организаций.

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности – это не прихоть Правительства РФ, установившего именно данное лицензионное требование, а регулирование медицинской деятельности исходя из содержания Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», предусматривающего такое лицензионное требование, как наличие у соискателя лицензии и лицензиата необходимой для осуществления лицензируемого вида деятельности системы производственного контроля. Между производственным контролем и внутренним контролем качества и безопасности медицинской деятельности существует четкая взаимосвязь, т. к. лицензирование осуществляется в целях предотвращения ущерба правам, законным интересам, жизни или здоровью граждан, но и сама медицинская деятельность может нанести ущерб этим нематериальным благам, охраняемым правовыми нормами уголовного, гражданского, административного права.

Принятый в 2002 г. Федеральный закон от 27.12.2002 № 184-ФЗ «О техническом регулировании» (далее – Закон № 184-ФЗ), регулирующий отношения, связанные с разработкой, принятием, применением и исполнением обязательных требований к продукции, процессам производства, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, распространял свое действие на оказание медицинской помощи до 2007 г., когда медицинская помощь была исключена из сферы его действия. С 2011 г. данный закон опять распространил свое действие на медицинскую помощь, а потом и на медицинскую деятельность, неотъемлемой составляющей которой является медицинская помощь. Можно предположить, что эти меры были связаны с нормотворческой деятельностью, вызванной принятием Закона № 323-ФЗ.

Как соотносятся Закон № 184-ФЗ и Закон № 323-ФЗ?

Дело в том, что Закон № 184-ФЗ содержит понятие «безопасность продукции и связанных с ней процессов производства, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации (далее – безопасность)», определяемое как состояние, при котором отсутствует недопустимый риск, связанный с причинением вреда жизни или здоровью граждан, имуществу физических или юридических лиц, государственному или муниципальному имуществу, окружающей среде, жизни или здоровью животных и растений. При этом продукция – результат деятельности, представленный в материально-вещественной форме и предназначенный для дальнейшего использования в хозяйственных и иных целях.

В свою очередь, Закон № 323-ФЗ содержит понятие «безопасность медицинской деятельности», но не раскрывает его содержания.

Используя определение из Закона № 184-ФЗ применительно к медицинской деятельности, безопасность медицинской деятельности можно определить как состояние, при котором отсутствует недопустимый риск, связанный с причинением вреда жизни или здоровью граждан, имуществу физических или юридических лиц. А риск – это вероятность причинения вреда жизни или здоровью граждан, имуществу физических или юридических лиц.

Медицинская помощь всегда оказывается в условиях риска. При этом вред, нанесенный при оказании медицинской помощи, может быть обусловлен вовсе не деликтогенными (т. е. непосредственно связанными с причинами и условиями совершения правонарушений) действиями врачей. Он может происходить из существа самой патологии, на лечение которой направлены врачебные усилия, а также несовершенства и ограниченности самой технологии по которой предоставляется медицинская помощь. Задача внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности - не выходить из зоны допустимого риска, т. к. пациент, получающий медицинскую помощь, является потребителем медицинской услуги⁵ и имеет право на ее безопасность.

Наличие недопустимого риска при оказании медицинской помощи свидетельствует о том, что внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности лицензиатом надлежащим образом не осуществляется и цели лицензирования по предотвращению ущерба правам, законным интересам, жизни или здоровью граждан не достигаются.

Приведем информацию о фактическом состоянии безопасности медицинской деятельности из доступных источников, озвученную Министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой, в хронологическом порядке.

Из выступления министра на Внеочередном съезде Национальной медицинской палаты 22 мая 2015 г.: «Несмотря на то, что уже сейчас созданы более 1,1 тыс. клинических протоколов, они не везде исполняются. Мы проанализировали все истории болезней умерших детей. Детей, умерших в январе и феврале этого года по всем регионам страны. Среди умерших только пять процентов лечились согласно утвержденным медицинскими сообществами современным клиническим протоколам», – сообщила Вероника Скворцова. Министр добавила, что по ведению этих больных было выявлено огромное количество недочетов и ошибок. Эти ошибки, по ее словам, совершались из-за того, что не все медицинские работники повышают свою квалификацию.

Из доклада Вероники Скворцовой на селекторном совещании о ходе реализации Концепции демографической политики, 10 июня 2015: «Выездные проверки проведены в этих (Еврейская автономная область, Курская, Ивановская, Липецкая, Орловская, Свердловская и Тамбовская области) и других регионах Росздравнадзором, Фондом ОМС совместно с Минздравом России. Выявили большое количество недоработок, нарушений порядков оказания медицинской помощи и грубых ошибок в ведении больных. Хотелось бы отметить, что по результатам 2014 г. число нарушений превысило 22,5 тыс., штрафных санкций наложено Росздравнадзором на 73 млн руб., возбуждено 41 уголовное дело и приостановлена деятельность 22 медицинских организаций. По результатам проверок за последние два года произошла смена 29 региональных министров здравоохранения в субъектах Российской Федерации».

Из интервью Вероники Скворцовой газете «Известия» 16 июля 2015 г.: «Был впервые внедрен анализ эффективности работы системы по исполнению порядков оказания медицинской помощи. Всего Росздравнадзором в 2014 г. было проведено 17 тыс. проверок, из них по соблюдению порядков оказания медицинской помощи – около 7 тыс. В 49% случаях есть нарушения. Деятельность некоторых медицинских учреждений была приостановлена, были отозваны лицензии у ряда организаций. Отмечу также, что резко увеличилось количество взимаемых штрафов. Росздравнадзор налажил такой контакт с силовыми ведомствами, что у нас очень высокий уровень взимаемости этих штрафов – 82%, а общая сумма составила в 2014 г. более 73 млн руб., что в 1,6 раза больше показателя предыдущего года. Росздравнадзор стал работать намного эффективнее – я несу ответственность за то, что я говорю».

Приведенные примеры высказываний Вероники Скворцовой (на памяти автора она первая, кто из министров здравоохранения постсоветского периода озвучил такие неутешительные данные о состоянии отечественного здравоохранения) свидетельствуют о том, что провозглашенные Законом № 323-03 принципы охраны здоровья не обеспечиваются лицензионными требованиями по наличию внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также наличием у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье». Обладатель подобного сертификата специалиста должен знать, как осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности и не создавать условий для возникновения недопустимого риска при ее осуществлении.

В Послании Президента РФ Федеральному Собранию от 04.12.2014 было озвучено следующее: «Мы должны сформировать централизованную систему государственного контроля за качеством работы медицинских организаций с соответствующими полномочиями и рычагами. Прошу правительство обеспечить внедрение необходимых изменений в законодательство»³. На следующий день дано поручение Правительству России обеспечить внесение в законодательство Российской Федерации изменений, обеспечивающих создание централизованной системы государственного контроля за качеством работы медицинских организаций, обратив особое внимание на достаточность у Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения полномочий и инструментов для обеспечения контроля за качеством оказываемых медицинских услуг, в т. ч. организациями первичного звена здравоохранения. Срок исполнения – 15 июля 2015 г.

На момент написания статьи⁵ каких-либо шагов в направлении создания централизованной системы государственного контроля за качеством работы медицинских организаций не предпринято, хотя еще 24 декабря 2014 г. во время прямого разговора Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова сообщила следующее: «Сейчас мы не просто пересматриваем полномочия нашей специальной службы контрольно-надзорной т. н. Росздравнадзора, но мы и увеличиваем меру ответственности за нарушения, которые выявляются Росздравнадзором. Служба контроля должна быть жесткой, потому что речь идет о здоровье людей и жизни людей».

Из совокупности представленной информации можно сделать вывод, что основной вектор государства по обеспечению надлежащего качества работы медицинских организаций будет направлен на усиление мер ответственности за выявленные нарушения, подобное было изложено и в Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015-2030 гг.¹

Внесение законодательных изменений по усилению мер юридической ответственности процесс длительный. Можно предположить, что к концу 2015 г. мы услышим как о таких изменениях, так и о созданной централизованной системе государственного контроля за качеством работы медицинских организаций. Как сообщил руководитель Росздравнадзора Михаил Мурашко: «У нас в работе около 30 нормативных документов, например по усилению меры ответственности за несоблюдение лицензионных требований к организации медицинской помощи вплоть до лишения лицензии через суд».

Вместе с тем ничего не мешает уже сегодня главному врачу и его заместителю по медицинской части надлежащим образом осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности и тем самым обеспечить соблюдение основных принципов в сфере охраны здоровья и безопасности пациентов при оказании медицинской помощи, т. к. это отвечает интересам пациента, медицинских работников, медицинской организации, контрольно-надзорных органов.

Кондратова, Н. В. Международные цели безопасности пациентов: соблюдение требований стандартов JCI в многопрофильном стационаре // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. – 2015. – № 10. – С. 24-33.

В настоящее время основой для аккредитации медицинских организаций во всем мире являются международные стандарты JCI, которые включают широкий круг требований к качеству медицинской деятельности и безопасности пациента в медицинской организации.

В статье представлены обзор международных целей безопасности пациента, реализуемых в медицинской организации в рамках стандартов JCI, и опыт внедрения требований международных стандартов в систему менеджмента качества многопрофильного стационара клиники ОАО «Медицина» г. Москвы.

В международной практике применяются различные системы стандартизации, которые подразумевают оказание медицинской помощи в соответствии с принятыми в каждой стране стандартами медицинской помощи, а также предъявляют дополнительные требования к различным аспектам медицинской деятельности, например таким, как безопасность пациента в медицинской организации, взаимодействие с пациентом и членами его семьи, обучение пациентов, инфекционная безопасность, в отношении которых должны быть разработаны показатели качества.

Стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии (Joint Commission International (JCI)) наиболее полно отражают требования к качеству медицинской деятельности в медицинской организации и представляют собой положения, которые описывают, каким должно быть обеспечение кадровыми и материально-техническими ресурсами медицинской организации, как должны быть организованы процессы (лечебно-диагностические, административные и др.), а

также какие результаты должны быть достигнуты медицинской организацией в процессе лечения пациентов.

В отличие от стандартов ИСО, которые предъявляют требования к системе менеджмента качества в любой организации (в больнице, на заводе, в образовательном учреждении), стандарты JCI содержат требования к организации и безопасности именно медицинской деятельности, таким образом две эти системы могут дополнять друг друга.

Первым разделом стандартов JCI являются международные цели безопасности пациентов. Система контроля качества с учетом этих требований внедрена в клинике ОАО «Медицина» – многопрофильной клинике г. Москвы, имеющей сертификат качества по ISO 9001 и по международным стандартам JCI с 2011 г. Клиника имеет в своей структуре поликлинику на 1800 посещений в день, стационар на 50 коек, диагностические отделения и отделение реабилитации.

Международные цели безопасности пациентов.

Стандарты JCI выделяют шесть международных целей безопасности пациента.

1. *Правильная идентификация пациента.* Достижение этой цели обеспечивается соблюдением требования к идентификации пациента как минимум по двум идентификационным признакам (например, Ф. И. О. и дата рождения) перед проведением любой медицинской процедуры для предотвращения ошибки идентификации пациента и проведения процедуры пациенту, которому она не предназначена.

2. *Эффективная коммуникация между медицинскими работниками.* В рамках этой цели безопасности стандарты предъявляют требования к передаче информации в случаях, когда велика вероятность ее потери или неверного восприятия, например, при сообщении результатов обследования по телефону, получении устных распоряжений врача о лекарственных назначениях при оказании помощи на дому, при передаче смены медицинских сестер и т. д.

3. *Безопасное применение препаратов высокого риска.* Стандарты обязывают медицинские организации создать список препаратов высокого риска (например, цитостатики, антикоагулянты, сильнодействующие препараты и т. д.) и соблюдать требования к их хранению, назначению и введению. Так, эти препараты необходимо маркировать сигнальным стикером и хранить отдельно от других лекарств. В эту группу препаратов также необходимо включить лекарства, имеющие похожие названия или упаковки, т. к. вероятность ошибки медицинской сестры при использовании таких препаратов резко повышается. Последствия перепутывания медицинской сестрой ампул похожих по внешнему виду упаковок и по звучанию препаратов могут быть драматическими.

Институт безопасной медицинской практики (Institute for Safe Medication Practice (ISMP), США) регулярно публикует список препаратов, которые рекомендуется включать в этот перечень.

4. *Безопасность хирургической деятельности.* В больнице должен быть разработан протокол безопасности хирургического вмешательства, который сотрудники обязаны соблюдать при проведении любой инвазивной процедуры. Как правило, этот протокол включает три этапа: предварительная верификация, маркировка места хирургического вмешательства в тех случаях, когда есть вероятность ошибки (например, право-лево, верх-низ или множественные структуры) и выполнение т. н. протокола тайм-аута, во время которого все члены операционной бригады в определенном порядке проверяют готовность всех необходимых элементов для проведения процедуры. В рамках общего подхода стандартов JCI к пациенту как к равноправному партнеру в процессе лечения обязательным требованием является активное участие больного во всех этапах.

5. *Внедрение программы по гигиене рук с целью уменьшения вероятности передачи инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.* Для выполнения этой цели безопасности в медицинской организации необходимо обеспечить достаточное количество моющих и дезинфицирующих средства для гигиены рук, разместить памятки по гигиене рук в определенных зонах, принять стандарт обработки рук и регулярно проводить мониторинг того, как персонал соблюдает эти правила.

6. *Программа профилактики падений.* Падения пациентов в медицинских организациях являются серьезной социальной и экономической проблемой, т. к. падения пациента во время госпитализации в ряде случаев приводят к тяжелым последствиям и даже к летальному исходу. В связи с этим больница должна разработать и внедрить программу профилактики падений, которая включает оценку риска падений у каждого пациента, маркировку пациентов высокого риска (например, использование сигнальных браслетов), перечень мероприятий для повышения безопасности пациентов высокого риска, обучение пациентов данной группы принципам безопасного поведения и анализ каждого случая падения.

Показатели качества.

Для каждой из международных целей безопасности стандарты JCI устанавливают показатели качества, по которым оценивается соблюдение требований стандартов. Для прохождения аккредитации медицинская организация должна подтвердить:

- что показатели качества прописаны во внутренних нормативных документах (стандартах или рабочих инструкциях), которые необходимо предъявить при прохождении аккредитации;
- все сотрудники знают и выполняют требования стандартов (во время аккредитации аудиторы обязательно проводят выборочный опрос сотрудников на знание этих требований);
- разработана система контроля соблюдения требований каждого из разделов стандартов (ответственный, периодичность, метод контроля и количество точек контроля);
- определены целевые показатели, к которым она стремится (во время аудита необходимо показать конкретные цифры и динамику показателей как минимум за 1 год, причем выбор целевых показателей должен быть основан на примерах «лучшей практики»);
- регулярно осуществляется анализ показателей и оперативно разрабатываются планы корректирующих действий (при прохождении аккредитации медицинская организация должна предъявить документацию, содержащую информацию о том, каким образом проводился анализ и какие выводы были сделаны на основании этих показателей);
- показатели качества являются частью системы менеджмента качества, принятой в организации.

Стандарты JCI предъявляют требования к повторной валидации данных, т. е. любые данные, полученные при проверке ответственным лицом, должны быть подтверждены второй проверкой.

Контроль выполнения программы по гигиене рук в клинике ОАО «Медицина» осуществляется путем заполнения чек-листа, в качестве показателя качества выбран процент соблюдения правил гигиены рук и использования перчаток. Также проводится регулярное исследование посевов с рук медицинского персонала.

Поскольку в стандартах содержится требование о том, чтобы программа по гигиене рук была основана на принципах доказательной медицины, за основу приняты рекомендации Всемирной организации здравоохранения.

Для каждого показателя должен быть установлен бенчмарк (от англ. benchmark - «ориентир», «эталон») – целевой уровень, который определяется чаще всего на основании анализа литературных данных. Например, для целевого показателя эффективности программы профилактики падений приняты цифры, которые регулярно публикует Национальное агентство по безопасности пациентов (NPSA, США) или Институт улучшений клинических систем. В клинике ОАО «Медицина» за бенчмарк принят показатель менее 1,3 на 1 тыс. койко-дней.

Результаты мониторинга соблюдения требований стандартов должны ежегодно предоставляться в графическом виде.

В клинике ОАО «Медицина» функционирует комитет по качеству, в состав которого входит руководство медицинской службы, заведующие и главные медицинские сестры отделений, представитель по качеству. Функции комитета по качеству:

- сбор и анализ данных о выполнении утвержденных показателей качества и приоритетных направлениях по отделениям медицинской службы;
- сбор и анализ данных и реакции на экстремальные события, нежелательные явления и потенциально опасные ситуации;
- анализ выполнения Программы повышения качества и безопасности лечения пациентов, которая ежегодно утверждается руководителем организации и представляет собой показатели качества как по каждому из отделений, так и по клинике в целом;
- анализ деятельности комиссий и комитетов, функционирующих в рамках системы управления качеством;
- подготовка предложений по усовершенствованию организации работы клиники в рамках ежемесячного подведения итогов работы;
- подготовка предложений по корректировке или установлению показателей качества на следующий год.

Приказом главного врача клиники назначен ответственный за сбор и анализ данных по каждому из показателей качества – представитель по качеству. В задачи представителя по качеству входит:

- ежемесячный сбор показателей качества от руководителей медицинской службы;
- повторная валидация (проверка) достоверности представленной информации;
- анализ динамики показателей качества и выделение областей, где требуются улучшения;
- координация разработки планов улучшения;

- подготовка ежегодного отчета по показателям качества;
- предложения по пересмотру показателей качества на следующий год.

Поддержание высокого уровня качества медицинской помощи и обеспечение безопасности пациентов являются одними из приоритетных задач каждой медицинской организации. Внедрение в систему менеджмента качества организации требований международных стандартов позволяет установить целевые показатели качества медицинской деятельности, основанные на «лучшей практике», и разрабатывать эффективные методы их достижения.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Раудина, М. Инновационные разработки самарских медиков // Волжская коммуна. – 2015. – 1 окт. (№ 257). – С. 4.

В Самаре прошел семинар, посвященный импортозамещению в сфере здравоохранения. В нынешних экономических условиях эта тема очень актуальна. По распоряжению федеральных властей, к 2020 году Россия должна на 90% обеспечивать население отечественными лекарствами.

Медицинский кластер.

Вывод на рынок отечественных аналогов зарубежных лекарств и медицинских приборов позволяет не только сделать Россию независимой от импорта, но и снизить расходы учреждений здравоохранения. Сегодня только 40% закупаемых медучреждениями региона лекарств произведены за рубежом. При этом, по словам министра здравоохранения Самарской области Г.Н. Гридасова, на них тратится 60% от всех выделяемых на эти цели бюджетных средств. Существенные средства требуются, чтобы купить расходные материалы для медицинского оборудования импортного производства.

Для того чтобы разработки продвигались быстрее, в сентябре прошлого года в губернии создали медицинский кластер. По словам директора института инновационного развития Самарского государственного медицинского университета А.В. Колсанова, сегодня в кластер входят более 50 организаций: государственные структуры, научные институты, частные компании.

«Любая инновационная разработка должна иметь конкретный результат, то есть использоваться на практике, – поясняет Г.Н. Гридасов. – Если, например, речь идет об оборудовании или лекарственных препаратах, то они должны в будущем применяться для лечения пациентов. Итогом проекта в сфере IT-медицины должен стать программный продукт, который позволит упростить работу медицинского персонала или обучить их новым навыкам. Мировая практика показывает, что создание медицинских кластеров позволяет быстрее выводить на рынок инновационные разработки. У нас уже есть серьезные достижения в этой области».

Действительно, в Самарской области есть множество разработок, которые уже внедряются в клиническую практику. Например, в Самаре создан прибор, который применяется при лечении долго не заживающих ран. С помощью этого аппарата на рану можно одновременно воздействовать лазерным излучением и лекарственными веществами. Благодаря лазеру ткани начинают быстрее восстанавливаться. Излучение усиливает свойства лекарств. Все это приводит к тому, что рана заживает на 20-25% быстрее. Например, трофические язвы обычно затягиваются около четырех месяцев. С использованием аппарата этот срок сокращается до трех месяцев.

Виртуальная хирургия.

Не менее интересные разработки есть и у выпускников стоматологического факультета СамГМУ. В частности, команде специалистов удалось создать принципиально новые зубные имплантаты. Речь идет об искусственном корне зуба, который вставляется в челюсть пациента и на который спустя некоторое время надеваются коронки. Новизна заключается в самой конструкции имплантата. Он не винтовой, а спиральный. Имплантат не сборный, он изготавливается сразу целиком. А значит, исключено, что в будущем искусственный зуб отломится. К тому же процедура для пациентов становится значительно дешевле.

Еще одна разработка ученых Самарского государственного медицинского университета – комплекс «Виртуальный хирург». Он используется для обучения студентов и ординаторов. Осваивать на нем новые методики оперативного вмешательства могут и опытные врачи. Комплекс оснащен монитором и манипуляторами. Врач управляет «джойстиком» так же, как делал бы это при реальной операции. Ход хирургического вмешательства отображается на мониторе. После завершения всех действий программа подводит итоги и сообщает обо всех сделанных ошибках. Таким образом, с помощью «Виртуального хирурга» у специалиста есть возможность отработать все навыки вплоть до мелочей.

Сергеева, И. Голограмма как альтернатива медицинским анализам // Медицинская газета. – 2015. – 23 сент. (№ 71). – С. 13.

Британские учёные из Кембриджского университета вновь внесли вклад в развитие современной медицины.

На этот раз специалисты разработали сверхчувствительный голографический сенсор на основе гидрогеля, который в перспективе способен стать альтернативой многому диагностическому оборудованию, в том числе и медицинским анализам. Уже сегодня данную разработку называют прорывом в мировой медицине. С таким сообщением выступил руководитель группы разработчиков.

Гидрогель благодаря насыщенности частицами серебра обладает высокими абсорбирующими свойствами. Под воздействием лазера эти частицы воссоздают трёхмерное изображение из голограмм и отображаются на фотополимерной плёнке, на которую нанесён гель. Этот процесс влечёт за собой изменение в расположении частиц серебра, а также реакцию с другими веществами. Всё это меняет цвет голограммы. По специальной цветовой шкале можно с лёгкостью определить результаты любых исследований. На данный момент голограммы проходят клинические испытания на пациентах, страдающих диабетом. Устройство позволяет определить уровень содержания в крови глюкозы и определить наличие внутренних инфекций.

Данное изобретение подходит для анализа состава крови, мочи, слюны, для выявления множества химических и биологических соединений: алкоголя, наркотиков, гормонов или вредных бактерий и даже фальшивых лекарственных препаратов, а также для контроля состояния организма при заболеваниях сердца, желудочно-кишечного тракта, печени. Устройство просто в использовании, мгновенно выдает результат и подлежит многократному применению. В скором времени его планируют внедрить в массовое производство с целью улучшить и облегчить работу медиков. Во всём мире люди нуждаются в ранней и эффективной диагностике заболеваний при помощи простых устройств.

Цхемский, Ю. Ловушка для метастаза // Медицинская газета. – 2015. – 23 сент. (№ 71). – С. 14.

Американские учёные разработали похожий на губку имплантат, который притягивает к себе раковые клетки, и испытали его на мышах. Учёные надеются, что в будущем он может стать своего рода системой раннего оповещения для врачей, указывая на распространение раковых клеток. Он также не даёт раковым клеткам поражать другие части тела.

Имплантат диаметром в 5 мм изготовлен из биоматериала, который разрешён для использования в медицинских инструментах. Эксперименты продемонстрировали, что введённый либо в брюшной жир, либо под кожу он присасывается к себе раковые клетки. При этом имитируется процесс, при котором раковые клетки, отделившиеся от опухоли, распространяются в другие части тела, куда их привлекают клетки иммунной системы. Они охватывают имплантат, как и положено, при обнаружении инородного тела, а это, в свою очередь, привлекает раковые клетки.

Изначально исследователи «помечали» раковые клетки, чтобы они светились и их, соответственно, было легко обнаружить. Затем перешли к другому способу построения изображения, при котором они могли различать здоровые и раковые клетки, и выяснили, что они тем самым могут находить раковые клетки, «захваченные» имплантатом. Выяснилось также, что

при использовании имплантата количество раковых клеток в других частях тела значительно уменьшалось.

Исследователи давно уже пытаются найти способ обнаружения метастазов на ранней стадии рака, но раковые клетки, циркулирующие в крови, достаточно редки, и их сложно обнаружить.

Глава исследовательской группы профессор Лонни Шэй с кафедры биомедицинской инженерии Мичиганского университета говорит, что испытания на людях должны начаться в ближайшем будущем.

– Мы хотим убедиться, что клетки метастазов будут захвачены имплантатом таким же образом, как это произошло у мышей, а кроме того, выяснить, насколько безопасна эта процедура, - сказал он.

Учёные продолжают испытания на животных, чтобы понять, что происходит после раннего обнаружения раковых клеток, так как этот процесс до сих пор плохо изучен.

Бенцкий, Л. Крошечное сердце из стволовых клеток // Медицинская газета. – 2015. – 25 сент. (№ 72). – С. 13.

Калифорнийского университета в Беркли вырастили крошечное сердце. Для этого исследователи использовали стволовые клетки из тканей кожи.

Микроскопический орган был создан при помощи химического воздействия на стволовые клетки.

Выращенное сердце сложно рассмотреть невооружённым глазом. Его размер не превышает 0,5 мм. «Строительным материалом» для него послужили эмбриональные стволовые клетки (ЭСК), которые могут давать начало любым типам клеток. Учёным удалось заставить полученные клетки расти. Под воздействием химических сигналов они стали меняться и формировать трёхмерные структуры: клетки мышечной и соединительной ткани. При этом исследователи смогли не только воссоздать орган в миниатюре, но и заставить его работать: выращенное сердце может биться.

Учёные предполагают, что эта технология может быть использована для выращивания органов полноценного размера. До этого уже были созданы несколько технологий по созданию сердца, но с каждым разом каждое открытие делает шаг вперёд. «Наша модель – это первый шаг на пути создания сердца, основываясь только на самоорганизации клеток и не прибегая к дополнительным материалам», – рассказывает Зен Ма (Zhen Ma), учёный из Калифорнийского Университета.

Таким же способом можно создавать и другие части тела. Долгое время сложность заключалась в том, чтобы заставить созданные в искусственных условиях – органы развиваться в нужном направлении. На примере микроскопического сердца учёные смогут наблюдать процесс эмбрионального развития органа, что, например, поможет определить, какие препараты опасно принимать во время беременности, проводить новые эксперименты, в частности по испытанию лекарств.

И вот совсем недавно Пекинские учёные создали сердце третьего поколения – работающее на основе космических технологий. Устройство, похожее на ядро ракетной системы, уже было опробовано на подопытной овце, прожившей с ним 120 дней.

Искусственное сердце третьего поколения было разработано на базе Пекинского исследовательского института точного механического и электрического оборудования. «Исследователи обнаружили, что ядро ракетной системы – двигатель и насос – очень похоже на принцип работы «искусственного сердца». Кроме того, использование магнитных технологий для создания «искусственного сердца» поможет существенно сократить потерю крови и возможность осложнений», – отмечает издание.

В ближайшее время учёные намерены провести биомедицинские и инженерные испытания устройства, после завершения, по меньшей мере, 6 серий экспериментов на животных исследования войдут в фазу клинических испытаний.

Мелкумова, И. Эмбрион превращается в нейрон // Медицинская газета. – 2015. – 16 сент. (№ 69). – С. 13.

В результате исследования, проведённого в Аризонском университете (США), было установлено, что клетки зародыша способны проникать сквозь плаценту в организм матери и оставаться там, влияя на здоровье матери как в положительную, так и в отрицательную сторону.

Подобное явление известно как микрохимеризм. Термин происходит от названия древнегреческого мифологического существа – Химеры. Оно совмещало в себе части различных животных. Явление микрохимеризма известно достаточно давно. Например, после переливания крови в тканях человека можно обнаружить клетки донора. Эти клетки продолжают существовать долгие годы после процедуры. Однако самым распространённым случаем является эмбриональный микрохимеризм.

По словам автора исследования Эми Бодди, сотрудницы кафедры физиологии Аризонского университета, «эмбриональные клетки способны вести себя как стволовые, превращаясь в эпителиальные клетки, клетки сердца, печени и др. Это говорит о том, что они очень активны и оказывают серьёзное влияние на здоровье матери. Они могут даже проникать в мозг и превращаться там в нейроны».

Хотя эмбриональный микрохимеризм широко распространён среди плацентарных млекопитающих (включая людей), его роль в здоровье матери остаётся предметом для острой дискуссии в биологическом сообществе. В своём исследовании Бодди с коллегами проанализировали литературу и рассмотрели проблему с точки зрения эволюции. Это помогло им понять, в каких случаях эмбриональные клетки «сотрудничают» с материнским организмом, чтобы улучшить его здоровье, и в каких случаях взаимодействие приобретает конкурентный характер и может проникшие в организм матери, могут действовать как своеобразная плацента вне матки, перераспределяя необходимые для развития зародыша ресурсы. Поскольку клетки зародыша генетически отличны от клеток матери, со временем они могут вызвать развитие иммунного ответа, в результате чего у женщины может развиться аутоиммунное заболевание вроде ревматоидного артрита. Известно, что это заболевание встречается у женщин в 3 раза чаще, чем у мужчин. С другой стороны, клетки эмбриона могут приносить пользу: они часто обнаруживаются в ранах, возникающих, например, в результате кесарева сечения, помогая тем самым их скорейшему заживлению.

Сергеева, И. Пломбы больше не нужны // Медицинская газета. – 2015. – 11 сент. (№ 68). – С. 13.

Революционное открытие в области личной гигиены сделал японский учёный Казуе Ямагаши.

С помощью изобретённой им зубной пасты можно быстро и безболезненно заделывать дырки и трещины в зубах, а также восстанавливать зубную эмаль без помощи стоматологов, сообщает британская пресса.

По своему составу она сходна с зубной эмалью, и её можно наносить непосредственно на трещину в зубе. Материал был получен в результате экспериментов с гидроксил-апатитом – главным компонентом зубов.

Сначала содержащаяся в веществе кислота слегка растворяет поверхность треснувшей эмали. Спустя три минуты паста кристаллизуется, и искусственный материал прочно встраивается в структуру естественной эмали. Плюс это хорошее антибактериальное средство.

Тесты, проведённые японскими стоматологами, показывают, что залеченный с помощью такой пасты зуб ничем не отличается от здорового. Разница не видна даже под микроскопом.

Тбилисо, И. Недосып вредит здоровью // Медицинская газета. – 2015. – 11 сент. (№ 68). – С. 13.

Ранее учёные уже заявляли о том, что недосыпание делает человека более уязвимым к болезням. В новом исследовании это подтверждено языком конкретных цифр.

Группа американских исследователей, возглавляемых специалистом по сну, выяснила, что у людей, спящих по 6 и менее часов в сутки, в 4 раза выше риск заболеть при контакте с вирусом, чем у тех, кто проводит во сне от 7 часов.

Это первое исследование, в котором объективные замеры сна использовались для проверки связи естественного режима с подверженностью заболеваниям. Результаты служат ещё одним подтверждением роли сна для состояния здоровья. «Неважно, каковы возраст, уровень стресса, раса, образование или доход. Не играет роли и курение», – говорит психиатр из Калифорнийского университета Арик Пратер.

Исследования Пратера показали, что люди, проводящие недостаточно времени во сне, оказываются менее защищёнными от заболеваний после вакцинации. В исследованиях других авторов также подтверждалось, что сон – один из факторов регуляции уровня Т-лимфоцитов.

В новой работе ведущий автор исследования А. Пратер и психолог из Университета Карнеги-Меллон Шелдон Коэн задействовали 164 добровольца. Все они были проинтервьюированы и обследованы для оценки уровня стресса, темперамента, употребления алкоголя и табака. Их естественные паттерны сна были зарегистрированы с помощью браслетов с сенсорами, измеряющими количество и качество ночного сна. Через неделю испытуемым вводили интраназально с помощью капель вирус острой респираторной инфекции. А затем в течение недели ежедневно брали анализ слизи из носа и отслеживали развитие простуды.

Оказалось, что испытуемые, которые в пробах за неделю до того спали меньше 6 часов, имели в 4,2 раза большую вероятность «подхватить» простуду – по сравнению с теми, кто спал 7 или более часов. Для тех же, кто спал меньше 5 часов, вероятность повышалась в 4,5 раза.

Пратер считает большим достоинством исследования то, что учёные не подвергали испытуемых депривации сна в лабораторных условиях, а оценивали нормальное его состояние *in vivo*.

Таблетка из-под принтера // Медицинская газета. – 2015. – 09 сент. (№ 67). – С. 14.

Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (FDA) впервые в истории одобрило таблетку, созданную с помощью 3D-принтера. Ранее FDA уже давало зелёный свет на производство с использованием 3D-принтеров различных устройств и аппаратов, применяемых в медицине, в частности протезов.

Новый препарат Spritam, созданный с помощью трёхмерной печати, помогает контролировать эпилептические судороги. Печать таблеток позволяет повысить точность дозировки и создавать индивидуальные лекарственные препараты с содержанием активного вещества до 1000 мг. 3D-таблетка растворяется в организме человека, так же как и другие лекарства.

Новая технология позволит в будущем создавать персонифицированные лекарства «на заказ», в зависимости от конкретных нужд пациента, вместо единой дозировки для всех, уверены эксперты.

«Последние 50 лет мы штамповали таблетки на фабриках и затем развозили их по больницам. Впервые в истории мы можем производить лекарства, не отходя от пациентов», говорит фармацевт из Университета Центрального Ланкашира Мохамед Альбед Альнан. Дозировка лекарства может меняться в зависимости от нужд пациента простой манипуляцией с принтером. В прошлом, по словам Альнана, подобные лекарства «под ключ» были очень дороги в производстве.

В основе 3D-печати лежит принцип послойного создания объекта. При создании таблетки 3D-принтер использует в качестве «чернил» лекарственные вещества, которые слой за слоем формируют таблетку.

За роды без хирурга. Кесарево сечение влияет на мозг ребёнка // Медицинская газета. – 2015. – 09 сент. (№ 67). – С. 14.

Кесарево сечение может негативно повлиять на развитие головного мозга малыша, пришли к выводу канадские исследователи. В частности, им удалось установить, что этот способ появления на свет снижает способность младенцев к концентрации внимания.

Учёные из Канады провели эксперимент с участием 3-месячных малышей, часть из которых родилась естественным путём, а часть – с помощью кесарева сечения. Сначала исследователи отслеживали по движению глаз младенцев, какие именно визуальные изображения больше всего привлекают их внимание. Во второй части эксперимента такие изображения в предсказуемом режиме поочерёдно появлялись с правой или с левой стороны монитора. По усилению движения глаз малыша можно было определить, в какой части экрана он ожидает появления очередной картинки.

Данное «ожидательное» движение глаз связано с развитием так называемого пространственного внимания – функции головного мозга, отражающей способность к выделению интересующих объектов из окружающей среды и фокусированию на них.

Было установлено, что младенцы, появившиеся на свет с помощью кесарева сечения, медленнее, чем малыши, родившиеся естественным путём, концентрируются на ожидаемых изображениях. «Эти результаты заставляют предположить, что способ появления на свет оказывает влияние на первоначальное состояние функций головного мозга», – отметил ведущий автор данного исследования Скотт Адлер.

На фоне наблюдаемого во всём мире роста количества кесаревых сечений (к которым всё чаще прибегают без медицинских показаний, просто потому, что женщины боятся естественных родов) появляются научные данные о негативных последствиях такого способа родоразрешения для здоровья детей. Речь идёт о повышении риска развития астмы, диабета 1-го типа и ожирения.

Сергеева, Е. Суперполезная «женская штучка» // Медицинская газета. – 2015. – 28 авг. (№ 64). – С. 11.

Не исключено, что в скором времени женщинам, которые испытывают трудности с наступлением беременности, не придётся регулярно ходить в поликлинику для исследования эстрадиола и лютеинизирующего гормона. Определить данные показатели можно будет дома, самостоятельно, с помощью портативного прибора.

К разработке персонального диагностического устройства приступили молодые учёные из Новосибирска. Авторы идеи поясняют, что домашний биосенсор будет представлять собой многоцветный миниатюрный прибор наподобие глюкометра, с тест-полосками. Он позволит за несколько минут узнать уровень сразу двух гормонов, спрогнозировать наступление овуляции и, соответственно, дни, благоприятные для зачатия.

В основе прибора – кварцевый резонатор, разработанный новосибирскими специалистами, а в качестве биологического материала для измерения уровня гормонов используется моча, так же, как в тестах на беременность. В достоверности и оперативности исследования, выполненного с помощью домашней мини-лаборатории, сибирские учёные практически не сомневаются.

– Создавая прибор, мы закладываем в него способность накапливать и анализировать изменения гормонального фона. Таким образом, биосенсор автоматически прогнозирует наступление овуляции в следующем месяце, а значит, женщина сможет заранее подготовиться к этому важному для неё событию. Также программное обеспечение биосенсора позволит передавать полученные данные на компьютер или мобильные устройства не только самой пациентки, но и её лечащего врача. Данная информационная технология обеспечивает оперативность в принятии врачебных решений при назначении и коррекции гормональной терапии, – говорят авторы.

Отвечая на вопрос корреспондента «МГ», может ли данное устройство использоваться в качестве метода контрацепции, молодые исследователи ответили: «Теоретически – да, но только в том случае, если у женщины постоянный менструальный цикл, и нет никаких сбоях, что встречается не очень часто». Поэтому основное применение своей разработки они видят именно в помощи тем, для кого рождение малыша – долгожданное событие.

Клышников, В. Трансляционная медицина, на старт! // Медицинская газета. – 2015. – 23 сент. (№ 71). – С. 12.

В Санкт-Петербурге учреждён медицинский научно-образовательный кластер «Трансляционная медицина». Учреждением нового типа, призванным обеспечивать координацию научных исследований и высокий уровень преподавания дисциплин, определён Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова Минздрава России.

Именно здесь в стенах центра и состоялось подписание меморандума о сотрудничестве СЗФМИЦ с рядом ведущих вузов страны: Санкт-Петербургской государственной химико-фармацевтической академией, Санкт-Петербургским политехническим университетом им. Петра Великого, Национальным исследовательским университетом информационных технологий, механики и оптики, Санкт-Петербургским государственным электротехническим университетом им. В. И. Ульянова (Ленина), Национальным государственным университетом физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта.

Решение запустить на берегах Невы кластерный проект в целях ускорения развития фундаментальной науки и практического здравоохранения было принято в феврале прошлого года на заседании научного совета Минздрава России. Застрельщиком быстрого превращения достижений учёных в лечебно-диагностические технологии, в том числе инновационные изделия повседневного назначения, именуемого сегодня термином «трансляционная медицина», выступил попечительский совет Алмазовского центра, возглавляемый спикером Совета Федерации Валентиной Матвиенко. Он утвердил концепцию и одобрил программу развития кластера трансляционной медицины.

Подписи под меморандумом генеральный директор СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова академик РАН Евгений Шляхто, с одной стороны, и ректоры российских вузов, с другой стороны, поставили во время первого заседания координационного совета научно-образовательного кластера. Содержанием дебютной встречи координаторов стало обсуждение стратегий проекта.

Началу практической реализации кластерного подхода ко взаимоотношениям науки, клиники и образования, их объявленному «взаимопроникновению» для создания истинно передовых медицинских технологий и продуктов предшествовала колоссальная подготовительная работа, проведённая за последние годы коллективом одного из крупнейших в России федеральных научных центров и одновременно многопрофильного специализированного лечебного учреждения. Здесь с завидным постоянством вводятся в строй современные здания, открываются новые научные подразделения, растут с приличной динамикой объёмы оказываемой специализированной помощи, частью которой являются высокотехнологичные медицинские пособия. Ныне в состав СЗФМИЦ входят 6 научно-исследовательских институтов, 10 научных лабораторий, Институт последипломного образования. В 2014 г. в центре было выполнено 11 904 операции ВМП, тогда как к концу этого года их планируется осуществить уже 15 303.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Коршевер, Н. Г. Охрана здоровья населения: заинтересованные секторы и детерминанты / Н. Г. Коршевер, С. А. Сидельников // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2015. – №3. – С.58-62.

Проблема охраны здоровья населения, безусловно, является одной из важнейших в любом государстве, в том числе России. Базис решения данной проблемы – выявление детерминант здоровья. Вместе с тем перспективно не только исследовать факторы, влияющие на состояние здоровья, но и определить роль различных секторов общества, которые должны осуществлять работу по его охране, т.е. воздействовать на эти детерминанты.

Цель работы заключается в исследовании значимости влияния заинтересованных секторов на детерминанты здоровья.

Материал и методы. Осуществлен анализ результатов анонимного опроса по специально разработанной анкете 277 врачей, проходивших курс по усовершенствованию на факультете повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ГБОУ ВПО

«Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье». Данные лица имели опыт организационной работы не менее 5 лет и коэффициент компетентности (средняя величина самооценки уровня теоретических знаний, практических навыков и способности к прогнозированию в области своей профессиональной деятельности) 2 4,0 балла по привычной 5-балльной шкале.

Значимость секторов и их влияния на детерминанты здоровья оценивали по 10-балльной шкале: 10-9 баллов – имеет определяющее значение; 8-6 – важное значение; 5-3 – имеет значение; 2-1 – небольшое значение; 0 – не имеет значения.

Статистическая обработка полученного материала осуществлялась с помощью ЭВМ. Установлено нормальное распределение данных, формат представления которых $M \pm t$. Результаты оценивали как статистически значимые при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. На первом этапе исследования был определен перечень из 37 детерминант здоровья и значимость каждой из них. При этом рассматривались составляющие следующих групп детерминант здоровья:

- образ жизни [качество питания, физическая активность, табакокурение, употребление алкоголя и наркотиков, сексуальное поведение, медицинская активность];

- условия жизни и работы [обеспеченность жильем, в том числе санитарно-гигиенические условия]; условия работы, в том числе санитарно-гигиенические ; организация охраны труда; доступность услуг, в том числе функционирование сети обслуживания жилого фонда; доступность необходимого уровня комфорта; возможности получения образования; транспортное обеспечение, в частности состояние дорожно-транспортной сети и функционирование системы личного и общественного транспорта; устройство территории; обеспечение социальных гарантий, в том числе для пенсионеров, лиц с ненадежной занятостью, включая безработных, неформальную занятость и работу по дому и по уходу, в таких особых ситуациях, как болезнь, инвалидность;

- факторы, которые воздействуют на общество в широком смысле слова [ответственность власти за действия и справедливость в отношении здоровья населения; общие социально-экономические условия, в том числе финансирование мер по воздействию на социальные детерминанты здоровья и обеспечение справедливости в отношении здоровья для всех; участие населения в разработке связанных с политикой повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем; климат; погода; экологическая обстановка; работа средств массовой информации, в частности по вопросам гигиенического обучения и воспитания населения, пропаганды здорового образа жизни; состояние общественной безопасности и правопорядка];

- структурные показатели социально-экономического неравенства [род занятий, в том числе положение в общественной иерархии; уровень дохода; место проживания; условия найма на работу и обеспечения достойной работой; социальная изоляция, прежде всего иммигрантов, национальных меньшинств, иностранных рабочих и беженцев, их детей – особой группы риска].

Были исследованы и такие детерминанты (внегрупповые), как наследственность, пол, возраст, индивидуально-психологические особенности личности, уровни образования и культуры конкретного человека, система взаимоотношений между людьми, работа органов и учреждений здравоохранения.

Полученные результаты позволили перейти к непосредственной части работы, а именно к анализу воздействия на детерминанты здоровья со стороны заинтересованных секторов. С этой целью организаторы здравоохранения установили основные 13 секторов, участвующих в работе по охране здоровья населения: администрация территории (аппарат главы администрации); депутаты думы территории; средства массовой информации и печати; здравоохранение; сфера образования; сфера молодежной политики, физической подготовки, спорта и туризма; общественные организации; органы внутренних дел и прокуратура; военный комиссариат; сфера социального развития; сфера охраны окружающей среды и природопользования; сфера финансов; сфера обеспечения безопасности жизнедеятельности населения.

По мнению респондентов, всего в межсекторальном взаимодействии должны участвовать не менее 23 секторов. Кроме перечисленных основных 13, установлены следующие 10: строительство и жилищно-коммунальное хозяйство; сельское хозяйство; ветеринария; промыш-

ленность и энергетика; сфера культуры; транспорт; сфера торговли; дорожное хозяйство; охотничье хозяйство и рыболовство; лесное хозяйство.

Первое ранговое место занимает сектор «здравоохранение», его значимость статистически достоверно превышает значимость других оцениваемых секторов. Это единственный сектор, имеющий «определяющее» – более 9 баллов – значение в решении вопросов охраны здоровья населения. В первые пять ранговых мест также вошли (по мере убывания приоритета): администрация территории (аппарат главы администрации); средства массовой информации и печати; сфера образования; депутаты думы территории.

Относительно наименее значимой среди основных секторов оказалась деятельность органов внутренних дел и прокуратуры, а также военного комиссариата. Однако следует отметить, что все 23 оцениваемых сектора играют определенную роль в решении вопросов охраны здоровья населения.

Степень воздействия перечисленных секторов на детерминанты здоровья, естественно, различна. Более того, есть детерминанты, на которые они практически не влияют. Это пол, возраст, климат, погода. Только сектор здравоохранения существенно влияет на наследственность, речь идет о геномной инженерии, — (6,15±0,11) балла.

Представляло интерес сравнить существенное влияние основных 13 заинтересованных секторов по соответствующему количеству «охваченных» ими детерминант здоровья. Условно за такую значимость была принята оценка 6,0 балла и выше. В таком контексте наиболее значимыми секторами оказались: администрация территории (аппарат главы администрации) — так, влияет на 17 детерминант здоровья; здравоохранение (12); депутаты думы территории и сфера образования (по 11); средства массовой информации (10). В наименьшей степени значимы секторы: органы внутренних дел (2) и военный комиссариат (6,0 балла и более не зафиксировано).

Был проведен целенаправленный сравнительный анализ влияния рассматриваемых секторов на каждую из детерминант здоровья.

Полученные данные позволяют, с одной стороны, количественно характеризовать возможное воздействие конкретного сектора на определенный перечень детерминант здоровья, с другой – определять секторы, которые наиболее существенно (также более 6,0 балла) влияют на конкретную детерминанту здоровья, например:

- на качество питания (по мере убывания приоритета) – здравоохранение, администрация территории (аппарат главы администрации);
- на физическую активность – здравоохранение, сфера образования, средства массовой информации, сфера молодежной политики, физической подготовки, спорта и туризма [на данном рисунке не представлена – (6,35±0,06) балла];
- на курение и употребление алкоголя – здравоохранение, средства массовой информации и сфера образования;
- на употребление наркотиков – здравоохранение, средства массовой информации, сфера образования, органы внутренних дел и прокуратура [на данном рисунке не представлена – (6,51±0,06) балла], администрация территории (аппарат главы администрации);
- на устройство территории – администрация территории (аппарат главы администрации) и депутаты думы территории.

Анализ литературы показал, что исследование детерминант здоровья по-прежнему актуально. Поэтому на первом этапе работы был выявлен достаточно полный перечень, включающий 37 детерминант здоровья (групповых и внегрупповых). Последующее исследование было посвящено анализу секторов государства и общества, заинтересованных в охране здоровья населения. Действительно, в последние годы Всемирной организацией здравоохранения важнейшее значение в решении этой проблемы придается так называемому «межсекторальному взаимодействию, или сотрудничеству». Сформулированы соответствующие принципиальные положения.

Для решения практических задач по формированию специальных программ, направленных на охрану здоровья населения, могут быть использованы как данные, количественно характеризующие влияние конкретного сектора на соответствующий перечень детерминант здоровья, так и перечень секторов, которые могут воздействовать на отдельную детерминанту.

Уважаемые коллеги!

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

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

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

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

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

Воскресенье - выходной день

☎ (846) 979-87-91 – справочно-библиографический отдел

☎ (846) 979-87-90 – отдел обслуживания читателей

☎ тел./факс: (846) 372-39-38 – отдел комплектования и библиотечной обработки

✉ sonmb-sbo@medlan.samara.ru

Сайт: <http://medlan.samara.ru>