

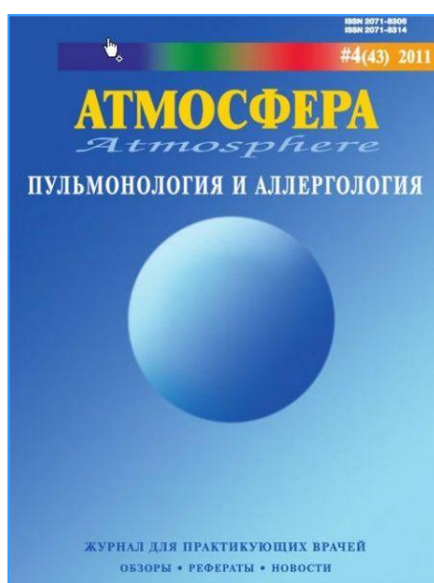


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№2 (февраль), 2015



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	14
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	21

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Восканян, Е. На новый лад [Текст] // Медицинский вестник. – 2015. – № 1-2. – С. 6-7.

На состоявшемся в конце прошлого года заседании Общественного совета при Минздраве России была одобрена Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015-2030 годов. Вероника Скворцова подчеркнула, что разработанный ведомством документ призван помочь в формировании Национальной системы здравоохранения. При этом эксперты отмечают, что работу над документом нужно продолжить.

На уровне Совбеза.

Расшифровывая понятие национальной системы здравоохранения и ключевые положения стратегии, министр сказала:

– Такая система должна объединить в себе все медицинские службы и организации, независимо от формы их собственности и ведомственной принадлежности, и работать в рамках единого правового поля: единых требований к качеству и доступности медицинской помощи и квалификации медицинских работников. Мы считаем нашу отрасль стратегически значимой — она касается жизни и здоровья наших граждан. Поэтому мы обязаны сохранить государственные гарантии бесплатного оказания медицинской помощи населению и обеспечить полное качественное сопровождение всей жизни человека.

Согласно документу, приоритетными направлениями развития национальной системы здравоохранения в ближайшие годы должны стать: совершенствование Программы госгарантий, развитие ОМС на основе принципов солидарности и социального равенства, развитие ГЧП в здравоохранении, введение обязательной аккредитации медработников. Усилия, в частности, предполагается сконцентрировать на развитии специализированной медицинской помощи, служб неотложной и скорой помощи, медицинских профессиональных некоммерческих организаций, создании единой государственной электронной информационной системы, ускорении инновационного развития отечественного здравоохранения. В части совершенствования системы ОМС Вероника Скворцова упомянула о разработке министерством механизмов внедрения дополнительного пакета услуг. Согласно стратегии предполагается «проработать вопросы установления порядка, условий и правил добровольного медицинского страхования, дополнительного к ОМС (ОМС+), которое предусматривает предоставление застрахованным лицам медицинских и сервисных услуг, не входящих в базовую программу ОМС или осуществляемых на условиях, не предусмотренных базовой программой ОМС». Разработчики документа считают, что это приведет к полному разделению платных и бесплатных медицинских услуг при оказании медицинской помощи. Существенно и то, что в случае, если медорганизация работает в системе ОМС и оказывает услуги ОМС +, на нее будет распространяться запрет на предоставление платных медицинских услуг пациентам, включенным в эти программы.

Стратегия станет первым документом такого уровня в области здравоохранения, вынесенным на утверждение Совета безопасности РФ, – подчеркнула Вероника Скворцова.

В ближайшее время документ будет вынесен на обсуждение Экспертного совета при Правительстве РФ.

План на перспективу.

Многие эксперты поддерживают ключевые идеи и тезисы стратегии.

Председатель ассоциации частных медицинских центров Нижегородской области Алексей Душкин полностью согласен с переносом основного акцента на первичное звено и значительное усиление роли профилактической медицины – именно это, он считает, позволит разработать и применить эффективную финансовую модель как по ОМС, так и по ОМС+, внедряя различные страховые программы и продукты для населения.

Очень своевременно рассматриваются вопросы изменения системы медстрахования, – уверен он. – Разграничение платных услуг и оказываемых по ОМС и ОМС +, разделение учреждений, работающих по разной модели, очень актуально, но необходим пилотный проект, который позволит на примере какой-то территории выявить все узкие моменты, возникающие при переходе на такой формат работы.

По его мнению, полностью отвечает надеждам частных инвесторов, имеющих опыт инвестирования в здравоохранении, и раздел развития ГЧП. Остается только все это опробовать

в рамках пилотных проектов, что позволит выработать нормативные документы, позволяющие эффективно внедрять механизмы ГЧП по всей территории страны.

В то же время Алексей Душкин отмечает, что в стратегии развития совсем не упоминается о внесении изменений в № 326-ФЗ в части расходования медорганизациями негосударственной формы собственности финансовых средств, полученных от ФОМС, что позволило бы направлять часть этих средств на прибыль предприятия. Также он предлагает дополнить документ разделом развития дошкольной и школьной медицины.

По мнению сопредседателя Всероссийского союза пациентов, члена Общественного совета при Минздраве РФ Яна Власова, к плюсам относятся сделанный в стратегии акцент на реабилитацию и паллиативную помощь, наличие целого блока, посвященного поддержке научной деятельности, пристальное внимание к вопросам эффективного взаимодействия с пациентскими и профессиональными сообществами.

– Понятно, что в документе заявлено некое количество «хотелок», которые Минздрав желает реализовать, – резюмирует эксперт, – но важно, что ведомство отчетливо представляет вектор направленности своей деятельности на ближайшие годы.

При этом председатель профсоюза работников здравоохранения РФ Михаил Кузьменко обращает внимание на то, что механизмы решения поставленных в стратегии задач не нашли в документе отражения:

– Очевидно, что документ разрабатывался еще до начала кризиса, поэтому изложенный в нем план – скорее умеренно-оптимистичный сценарий развития системы здравоохранения на ближайшие 15 лет. Не надо забывать, что на недавнем экономическом форуме в Сочи министр экономического развития России Алексей Улюкаев говорил, что в связи с кризисом, санкциями наша страна должна быть готова к плохому и очень плохому вариантам развития событий. В таком случае вряд ли будут решены все поставленные в стратегии задачи.

По мнению члена Общественного совета, председателя правления сети клиник «Доктор рядом» Владимира Гурдуса, представленный документ является первым этапом создания полноценной стратегии в области здравоохранения. Его еще предстоит дополнить целевыми показателями, планом действий, ключевыми показателями эффективности и привязкой каждого пункта к конкретным источникам финансирования.

К примеру, я бы обратил внимание разработчиков на то, что стоит избегать разделения здравоохранения на государственную, частную и не упомянутую в этом документе ведомственную медицину, каждая из которых развивается по своим законам, — добавляет эксперт. – Думаю, основная мысль, которая должна быть зафиксирована в стратегии, – в России создается единая система здравоохранения, в которой, независимо от формы собственности, все участники действуют по определенным правилам с точки зрения стандартов оказания медицинской помощи, требований к результативности лечения. А уровень бизнес-процессов, применяемые технологии и глубина программ обслуживания пациентов будут определяться в зависимости от источников финансовых ресурсов медучреждения.

Владимир Гурдус убежден, что стратегия должна давать четкое понимание, какой минимальный объем обязательств по медицинскому обслуживанию государство гарантирует бесплатно своим гражданам в рамках Конституции, а какой граждане, возможно, с помощью работодателей, должны финансировать самостоятельно, чтобы получать помощь того уровня качества и сервиса, на который они рассчитывают.

Заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Сергей Дорофеев также подчеркивает, что работа над стратегией фактически только началась:

– Одобренный Общественным советом документ – всего лишь проект, который еще нужно обсуждать и, возможно, дорабатывать. На мой взгляд, все, кому интересна отрасль здравоохранения, должны не критиковать получившийся документ, а постараться внести конкретные предложения. В первую очередь стратегия должна давать понимание, что будет с врачами и медработниками, с их заработной платой и социальными гарантиями в перспективе. Цели, прописанные в документе, должны быть понятными как для врачей, медорганизаций, так и для пациентов.

Депутат считает, что пока цель стратегии не совсем ясна: какое здравоохранение мы собираемся построить? Будет ли оно только государственным? Почему в таком случае достаточно подробно описывается необходимость развития механизмов ГЧП? Если же мы будем

стимулировать вхождение в государственное здравоохранение частных медицинских организаций, к чему в итоге придем?

Ложка дегтя.

Есть у представленного документа и критики. При голосовании на заседании Общественного совета стратегию не поддержали президент «Лиги пациентов», член Экспертного совета при Правительстве РФ Александр Саверский и сопредседатель комитета медицинской экспертизы НП «Национальная медицинская палата» Алексей Старченко. Комментируя свою позицию, Алексей Старченко отметил, что документ вызывает множество вопросов, на которые нельзя закрывать глаза:

– Семантика термина «Национальная система здравоохранения» подразумевает взаимодействие трех составляющих: пациент (его здоровье) – налогоплательщик как субъект, предмет охраны и потребитель медицинской помощи; медицинский работник и его работодатель с имеющейся инфраструктурой (медицинская организация) как гражданский субъект – исполнитель медицинской услуги; государство (Минздрав России и управления здравоохранением субъектов РФ) как регулятор правоотношений. Следовательно, суть национальной системы здравоохранения – сбалансированное и диалектическое взаимодействие этих трех составляющих. В представленной стратегии такой баланс отсутствует, поскольку отсутствуют важнейшие для налогоплательщика, как врача, так и пациента, институты, без которых он недостижим.

По мнению Алексея Старченко, стратегия предусматривает сохранение и укрепление ведомственной медицины, в которую налогоплательщик, на средства которого она существует, может войти только через кассовый зал. Не становится прозрачней и доступней для пациента и оказание медицинской помощи в системе ОМС: имея полис, он не может без направления лечащего врача или участкового терапевта/педиатра попасть к необходимому ему специалисту.

– Не меняется и ситуация со специализированной медпомощью в федеральных учреждениях, ведь направления для их посещения или госпитализации участковый терапевт выдать не имеет права – они не находятся в его юрисдикции, – считает Алексей Старченко.

Обращает он внимание и на то, что снижается в два раза материальное стимулирование экспертной деятельности в системе ОМС. По его мнению, это формирует «обратную тенденцию – демотивирование экспертной деятельности.

– Для того, чтобы бороться за качество медицинских услуг, экспертизе необходимо проверять большое количество историй болезней с целью выявления дефектов, но при снижении материального стимулирования экспертной деятельности в системе ОМС происходит и снижение объемов выявленных дефектов медицинской помощи. Все это напоминает каламбур известного сталинского принципа: «Нет дефекта – нет проблемы!», то есть отсутствие выявления дефектов будет расценено чиновником как повышение качества медицинской помощи, – сетует Алексей Старченко.

Не согласен он и с отсутствием в документе упоминания о страховании профессиональной ответственности медработника.

– Предполагается, что с 1 января 2016 года врач становится субъектом права, а значит, будет нести материальную ответственность за свои ошибки, которые совершает в момент профессиональной деятельности, – поясняет Алексей Старченко. – Материальные штрафы будут выплачиваться с зарплаты врача. Но вероятны случаи, при которых медицинская ошибка может стоить несколько миллионов рублей. Такие деньги врач не в состоянии будет выплатить, и данная ситуация приведет его к банкротству. Страхование врачей в этой ситуации просто необходимо.

Напоминает Алексей Старченко и о том, что судебно-медицинская экспертиза остается в подчинении Минздрава России. Хотя, по его мнению, именно в документе, подаваемом в Совет безопасности, следовало предусмотреть передачу СМЭ из ведения Минздрава в Минюст РФ с целью восстановления справедливости на фоне круговой поруки и защиты чести мундира.

Неизменным остается подчинение патологоанатомической службы, которая находится в ведении главного врача медорганизации, что, по мнению Алексея Старченко, абсолютно уничтожает ее контрольную функцию по выявлению дефектов качества медицинской помощи.

Наконец, к минусам документа он относит отсутствие упоминания о стандарте медицинской помощи – единственно возможном нормативном документе, обязывающем

менеджера – главного врача – закупать необходимые для лечащего врача лекарства, заключать договоры или принимать на работу врачей нужных специальностей.

Итак, из высказанных экспертами замечаний очевидно, что обсуждаемый документ требует доработки. Например, по мнению Сергея Дорофеева, в стратегии недостаточно внимания уделено экономике здравоохранения. У него тоже возникают самые разные вопросы: будет ли меняться роль страховых компаний? По какому пути мы будем двигаться в системе ОМС? Появится ли страхование риска профессиональной деятельности? Но почти все эксперты единодушны в положительной оценке важности самого факта подготовки стратегии и вынесении ее на общественное обсуждение.

Будем развиваться устойчиво? [Текст] // Медицинская газета. – 2014. – 4 февр.(№7). –

С. 1.

Правительство РФ утвердило план первоочередных мероприятий по обеспечению устойчивого развития экономики и социальной стабильности в 2015 г. Соответствующее распоряжение № 98-р от 27.01.2015 подписал премьер-министр Дмитрий Медведев.

В частности, для обеспечения социальной стабильности в сфере здравоохранения предусмотрены следующие меры:

– до 2 февраля Минздрав, Минэкономразвития России, Федеральная служба по тарифам должны внести в законодательство РФ об обращении лекарственных средств изменения, предусматривающие возможность разовой индексации цен нижнесреднего стоимостного сегмента лекарственных препаратов, входящих в Перечень ЖНВЛП, а также создать правовые основания для регистрации государственных цен на медицинские изделия, имплантируемые в организм человека;

– до 27 февраля Минфин, Минздрав, Минэкономразвития России, а также Федеральный фонд ОМС должны обеспечить улучшение лекарственного обеспечения граждан, в том числе имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, а также компенсацию расходов, связанных с изменением валютного курса при приобретении импортных лекарственных средств, медицинских изделий и расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов.

– до 15 февраля Минпромторг России должен обеспечить введение ограничений на допуск товаров, происходящих из иностранных государств, при наличии двух и более заявок на поставку товара российского производства (в сфере лекарственных средств) и на допуск отдельных видов медицинских изделий, происходящих из иностранных государств, при осуществлении закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд.

Об этом сообщает пресс-служба Правительства РФ.

Сергей Калашников: менять систему шаг за шагом [Текст] // Медицинский вестник. – 2015. – № 3. – С. 4.

По мнению председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Сергея Калашникова, работа депутатов в 2014 году была весьма плодотворной. Рассмотрено и принято более 40 законопроектов, направленных на изменение ситуации в здравоохранении, модернизацию и развитие системы. Подводя итоги работы в уходящем году, депутат предпочел говорить не о том, что сделано, а о том, что еще предстоит сделать.

Тратить с умом.

Из числа тех законопроектов, над которыми депутаты работали в прошлом году, принципиальное значение имела и имеет работа по подготовке и внесению поправок в Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Многие недочеты закона – положения и формулировки, очевидно противоречащие логике работы системы здравоохранения в стране, – на сегодняшний день устранены, но законодатели осознают необходимость внесения в этот закон очередных изменений. Серьезной переработке подвергся и Федеральный закон № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». По сути дела,

введен новый класс лекарственных средств – биопрепараты и система их регистрации. Уверен, что все внесенные в закон изменения повысят доступность лекарственных средств для населения. Много сил было потрачено и на пласт законов, связанных с функционированием системы здравоохранения Республики Крым. Не так-то просто оказалось адаптировать украинское здравоохранение к российскому. Вроде бы не так много времени прошло со времен функционирования единой для всех советской системы здравоохранения, но не надо забывать, что в отличие от России на Украине модернизации здравоохранения как таковой не проводилось. Для нас эта работа была интересна и полезна еще и потому, что на различиях с украинским здравоохранением мы более четко увидели, какие проблемы сохраняются у нас и как их можно решить.

Существенным моментом деятельности Госдумы и профильного комитета в прошлом году стала и работа над бюджетом 2015 года. Как известно, Комитет Госдумы РФ по охране здоровья не поддержал его проект, мы посчитали, что финансирование здравоохранения недостаточно. Убежден, снижение затрат на здравоохранение недопустимо, ведь необходимость обеспечения должного уровня российской медицины требует затрат. В итоге мы нашли с Минфином ряд компромиссов, но и принятый бюджет я не считаю абсолютно достаточным.

Финансирование здравоохранения нужно повышать, важна и разумная трата денег. Расходовать выделяемые средства так, как мы это делаем сейчас, все равно что отапливать вселенную! Практика 2008-2012 годов, когда действительно колоссальные, небывалые деньги были выделены на модернизацию здравоохранения, показала, что мы существенного повышения эффективности по ряду позиций не добились. Хороший пример – закупка так называемого тяжелого медицинского оборудования. Известно, что во многих случаях закупились томографы не тех характеристик и мощности, которые необходимы на соответствующем уровне здравоохранения. Томография – важная составляющая диагностического процесса, но какой смысл покупать аппараты, если нет специалистов, способных на них работать? Крупные компании-поставщики брались вроде бы подготовить специалистов, но обучали их лишь тому, какая кнопка за что отвечает. Существенный момент и программное обеспечение процесса диагностики, которое устанавливает медицинский физик совместно с врачом. В течение всего периода эксплуатации томографа над совершенствованием этого программного обеспечения необходимо работать, а у нас только один вуз готовит медицинских физиков. Мы много чего закупили, а таких «мелочей» не учли...

Не надо изобретать велосипед.

Понятно, что нельзя изменить все, дернув за одну ниточку, система должна меняться *step by step* – пошагово. И главный шаг – введение индивидуальной профессиональной ответственности врачей как за свою квалификацию, так и за результаты своей работы. В этом блоке отдельная тема – профессиональный уровень врачей. Год назад была идея провести глобальную переаттестацию, ввести систему аккредитации. Когда недавно я пришел с вопросом о перспективах ее проведения к Веронике Игоревне, она задала мне только один вопрос: «Хорошо, мы проведем глобальную переаттестацию. А кто после этого лечить будет?». И я все понял, какие бы врачи ни были, они работают. Представьте, что мы их лишим врачебных квалификаций, – что будет в стране?

Думаю, решая проблему мониторинга и повышения профессионального уровня медиков, не надо изобретать велосипед, необходимо вводить систему саморегулируемых организаций через медицинские профессиональные ассоциации. В 2015 году на рассмотрение Госдумы обязательно будет внесен законопроект о СРО в медицинском сообществе. Только специалисты могут сказать, насколько квалифицирован врач, каковы критерии оценки его уровня, каким должен быть образовательный стандарт. Естественно, нужно дать этим узкопрофессиональным ассоциациям право формировать стандарты и аттестовать врачей. В случае несоответствия профессионального уровня врача определенным стандартам он может быть исключен из ассоциации. Диплом остается при нем, но, если он не член ассоциации, все знают, что он врач второго сорта. Никто не может лучше оценить ситуацию с лечением больного, чем ассоциация. Поэтому на ассоциации нужно возложить ответственность за качество деятельности каждого их члена.

Далее возникает необходимость сделать следующий шаг. У нас есть институт главных внештатных специалистов Минздрава – это на сегодняшний день тормоз в развитии

здравоохранения. Этот институт определяет, чем и как лечить, а между тем существует, например, перечень ЖНВЛП, где сейчас более 600 препаратов, хотя еще совсем недавно было всего лишь 500, и для специалистов очевидно, что туда напихано столько неэффективных лекарств, что говорить об их жизненной важности не приходится. Мне представляется, что профессиональные ассоциации способны стать коллективными главными специалистами Минздрава. В результате нельзя будет что-то предложить министерству, не обсудив это на профессиональном уровне. Ну а следующий шаг – введение образовательных стандартов, что также станет задачей СРО. Потому что, когда их пишет главный внештатный специалист вместе с чиновником не очень высокого уровня, это не образовательные стандарты...

Продолжим работать.

В 2015 году работа предстоит не менее напряженная. На выходе – федеральный закон «Об обращении медицинских изделий», который «висит» уже 4 года. В сентябре прошлого года мы были вынуждены создать комплексную рабочую группу с представителями Минпромторга и Минздрава, и уже на базе комитета подготовили проект закона. Думаю, он не менее важен, чем закон об обращении лекарственных средств.

Второй очень важный законопроект касается деятельности Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест». Мы подготовили законопроект, по которому эта организация перестанет быть общественным объединением и обретет статус некоммерческой организации, действующей в связке с Минздравом РФ. Отдельные его фрагменты и положения мы уже обсудили с представителями Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, на заседании Общественной палаты РФ. Сейчас работаем с представителями Международного общества Красного Креста в Восточной Европе, странах СНГ и России.

В весеннюю сессию будет обсуждаться и проект федерального закона об обороте клеточных препаратов. У нас практически нет нормативной базы, регулирующей их обращение, и этот законопроект будет крайне актуальным.

И, конечно, мы продолжим работать над совершенствованием Федерального закона № 326-ФЗ. В комитете собрано около сотни поправок и предложений, законодательных инициатив, которые в мае будут оформлены в целостную систему. Например, в Республике Саха (Якутия) ситуация такова, что даже крупные поселения в 5-10 тысяч человек находятся на расстоянии 300-500 км от ближайшего учреждения медицинской помощи. Понятно, что стоимость такой помощи (взять хотя бы доставку рожениц) требует дополнительных затрат. Мы считаем, что коэффициент географической удаленности должен учитываться ФОМС при формировании нормативов оказания медпомощи в различных регионах.

Одним словом, работа есть, и мы приложим все усилия, чтобы наша система здравоохранения совершенствовалась. Мы не можем жить в стране, зная, что у нас второсортная медицина.

Гридасов, Г. Н. Особенности финансирования общей врачебной практики. Опыт Самарской области [Текст] / Г. Н. Гридасов, И. А. Гехт, В. И. Кунаев // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 1. – С. 23-27.

В статье проведен анализ уровня средней заработной платы врачей общей практики в амбулаторно-поликлиническом звене Самарской области за первое полугодие 2013 и 2014 гг. в сопоставлении с подушевым нормативом финансирования и долей внешних услуг. Показано, что зарплата ВОП не зависит от подушевого норматива при оптимизации уровня внешних услуг. Подчеркнута важность совершенствования эффективного контракта как главного инструмента и стимулирования улучшения качества труда и повышения его оплаты в здравоохранении.

С тех пор в области применялись следующие методы оплаты амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в состав которой входили подразделения и кабинеты ОВП:

– подушевой – с прямым фондодержанием всех ресурсов поликлиниками и непосредственной оплатой ими всей медицинской помощи, оказываемой вне фондодержателя;

- подушевой метод с относительным фондодержанием, когда внешние услуги оплачивались фондодержателем – поликлиникой через страховые медицинские организации;
- оплата за фактические оказанные медицинские услуги (посещения, консультации, отдельные диагностические и лечебные услуги);
- подушевое финансирование поликлиник без элементов фондодержания.

Проведенный анализ показал, что идеальных методов оплаты не существует, все они имеют и положительные, и отрицательные стороны. Задача состоит в том, чтобы, выбирая тот или иной метод оплаты, взвесить весомость различных факторов, которые на них влияют. К ним относятся:

- Демографическая ситуация, ее тенденции и прогноз.
- Уровень ресурсного обеспечения ТП ОМС.
- Уровень укомплектованности медицинским персоналом для оказания первичной помощи и специализированной первичной помощи.
- Уровень развития системы информационного обеспечения.
- Уровень подготовки кадров, работающих в финансово-экономической сфере.
- Особенности системы организации медицинской помощи в регионе, учитывающей ее доступность, технологии, материальную базу учреждений, взаимодействие различных видов (амбулаторная, стационарная, стационарозамещающая и т.д.).

Подушевое финансирование поликлиник с элементами фондодержания позволяло ВОП более полно использовать свои резервы, повышать квалификацию, чаще пользоваться консультациями специалистов своих поликлиник, более решительно использовать радикальные технологии лечения. Грамотное и эффективное ведение пациента сокращало необходимость в направлении его в стационар, уменьшало число обращений в СМП. За период использования этого метода (1989-2004 гг.) госпитализированная заболеваемость уменьшилась с 210 до 160 на 1000 населения, уровень вызовов СМП – с 300 до 230 на 1000 в год.

В то же время значительное увеличение абсолютного числа и доли пожилого населения, потребность которого в стационарном лечении выросло, увеличило риск возникновения осложнений и обострений при задержке на амбулаторном этапе, что является недостатком фондодержания. Кроме того, при указанном методе у врачей ОП, как и у других врачей поликлиник, отсутствовала экономическая мотивация в выполнении объемов помощи.

Метод оплаты за фактические объемы был лишен указанного недостатка, но имел другие. Например, врачи не были заинтересованы в снижении уровня стационарной помощи (госпитализированная заболеваемость поднялась в 2010 году до 200 на 1000), появилась заинтересованность в росте посещений, иногда вплоть до приписок.

В настоящее время с области применяется подушевое финансирование, основанное на половозрастных коэффициентах ресурсопотребления при ведении реестра оказанных медицинских услуг, норматив которых определяется заданиями по выполнению ТП ОМС.

Средняя зарплата врача общей практики поднялась за последние 3 года с 22 430 до 35 108 рублей, по официальным данным МЗ СО.

Обращает на себя внимание, что за этот период поднялась и зарплата участкового терапевта. Ее уровень незначительно отличается от зарплаты врача общей практики, тогда как раньше эти различия были более существенными.

В Самарской области уже много лет сохраняются стимулирующие выплаты, связанные с выполнением врачами своих функций в соответствии с моделью эффективности работы ВОП по Приказу №201 МЗ СО. Размер этих выплат на протяжении последних двух лет находился на уровне 10 тыс. рублей. Следует отметить, что эта методика полностью соответствует порядку применения эффективного контракта в медицинских организациях, которому в области придается большое значение.

Таким образом, было установлено, что зарплата врача общей практики практически не зависит от размеров подушевого норматива при оптимизации уровня внешних услуг. В дальнейшем необходимо продолжить дальнейший поиск оптимальной модели финансирования общей врачебной практики в составе амбулаторно-поликлинических учреждений, для чего апробировать комбинированные способы оплаты, использующие подушевой метод с оплатой за выполненные объемы, с включением в деятельность учреждений системы эффективного контракта как важного инструмента стимулирования повышения качества труда в здравоохранении и его оплаты.

Кадыров, Ф. Н. Реформы в сфере здравоохранения: проблемы реализации [Текст] / Ф. Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 1. – С. 9-17.

В статье рассматриваются проблемы реализации реформ в здравоохранении. Прошедший год ознаменовался многочисленными протестами против проводимых в стране реформ в сфере здравоохранения. Это повод для серьезного осмысления хода реформ.

Как правило, на практике основных поводов для конфликтов в здравоохранении сейчас два: проблемы с оплатой труда и реорганизация государственных (муниципальных) учреждений (и связанное с этим сокращение медицинских и иных работников). Но оба они связаны с реализацией эффективного контракта.

Заработная плата.

Фонд «Здоровье» оценил реальные зарплаты медицинских работников в РФ». Именно так называется материал, появившийся на сайте Фонда «Здоровье» 18 ноября 2014 года.

Исследование, проведенное на основе опросов, показало, что подавляющее большинство врачей и среднего медицинского персонала получает заработную плату менее 20 тысяч в месяц.

По поводу этого материала хотелось бы отметить следующее, что результаты опроса никак не характеризуют степень реализации «майских» указов Президента.

Во-первых, указы касаются не абсолютного уровня заработной платы, а соотношения зарплаты медицинских работников со средней заработной платой в соответствующем регионе. Поэтому абсолютный уровень заработной платы еще ни о чем не говорит.

Во-вторых, достичь уровня, установленного указами Президента, нужно только к 2018 году. Ожидаемые средние по стране темпы роста заработной платы установлены в Приложении № 4 к «Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы» (далее - Программа), утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 26.11.2012 № 2190-р (далее Распоряжение №2190-р). Это приложение называется: «Динамика примерных (индикативных) значений соотношения средней заработной платы работников учреждений, повышение оплаты труда которых предусмотрено Указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» и от 1 июня 2012 г. №761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы», и средней заработной платы в субъектах Российской Федерации в 2012-2018 годах (агрегированные значения)».

В соответствии с этим документом заработная плата врачей должна была повыситься в среднем по стране в 2013 году при сопоставлении с 2012 годом на 4,4% (по сравнению с размером оплаты в соответствующем субъекте Российской Федерации) со 125,3 до 129,7% от средней по региону. А в 2014 году по сравнению с 2013 годом зарплата должна повыситься по сравнению со средним по региону уровнем всего на 1,0 процентный пункт (с 129,7 до 130,7%). То есть основной этап повышения заработной платы еще не наступил, и сравнительно низкие заработные платы во многих регионах сами по себе еще не говорят о невыполнении требований указов Президента.

Отметим, что эти рекомендации по стране в целом. Регионы в рамках своих «дорожных картах» и других документах могут устанавливать иные темпы роста заработной платы по годам. Кто-то может ускоренно повышать зарплату, кто-то медленнее. Естественно, что данные опроса по разным регионам уже по одной только этой причине могут оказаться несопоставимыми.

В-третьих, нужно принимать во внимание, что на сайте приведены данные опросов, а не отчетные данные.

Тем не менее, фонд «Здоровье» поднял очень важные проблемы. В публикации отмечается чрезвычайно высокий процент совместительства, когда медики вынуждены работать более чем на 1 ставку. В материале говорится: «При этом мы должны осознавать, что если мы говорим о более-менее приемлемых зарплатах в ряде регионов, там же, как правило, фигурируют данные о высоком проценте совместительства, когда врачи и медперсонал вынуждены работать на нескольких ставках, чтобы обеспечить себе достойное существование».

Итак, высокий уровень совместительства – одна из причин споров и конфликтов. Многие работники полагают, что указы гарантируют им повышение заработной платы в расчете на ставку, тогда как в нормативных документах речь идет о расчете заработной платы на физическое лицо – с учетом всех возможных выплат.

Фонд «Здравоохранение» справедливо ставит вопрос о высокой дифференциации заработной платы медицинских работников по регионам. К сожалению, такая проблема существует: чем выше экономическое развитие региона, тем выше будет, как правило, и заработная плата, и наоборот. Поэтому в соседних регионах заработная плата медицинских работников может серьезно различаться, формируя основу для миграции квалифицированных кадров в финансово более благополучные регионы.

Есть и другие угрозы. Врачи рассчитывают, что все они получают оплату на уровне, предусмотренном указами Президента. Но это не так. Ни сами указы Президента, ни иные нормативные документы не обещают этого. Напротив, они декларируют не только наличие возможных различий в оплате, но и необходимость дифференциации в оплате труда. Но причина дифференциации здесь уже иная, чем рассмотренная выше.

В Распоряжении Правительства РФ от 26.11.2012 № 2190-р «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы» говорится: «Достижение показателей, определенных Указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. №597 и от 1 июня 2012 г. №761, осуществляется в отношении соответствующей категории работников в целом. При этом сохраняется обусловленная различиями в сложности труда дифференциация в оплате труда работников, занимающих различные должности, относящиеся к одной категории».

То есть если мы возьмем такую категорию, как врачи, то врачи-хирурги, как правило, будут и далее получать более высокую зарплату, чем врачи других специальностей. Поэтому зарплата врача-хирурга может к 2018 году оказаться на уровне, например, 250-300% от средней по региону, а у врачей некоторых других специальностей – всего 150-175% от средней по региону. Но если субъект Российской Федерации в среднем вышел на уровень заработной платы врачей 200% от среднерегиональной, то требования Указов Президента считаются выполненными, хотя зарплата различных врачей может серьезно колебаться. Неслучайно в форме «ЗП-здрав» не ведется учет зарплаты по отдельным специальностям (выделяются лишь руководители учреждений и их заместители).

Таким образом, вовсе не все работники получают заработную плату на уровне, предусмотренном указами Президента.

Итак, основной идеей указов Президента и эффективного контракта является не повышение заработной платы всем работникам безотносительно к результатам труда, а как раз привязка оплаты к результатам труда. Неслучайно в Распоряжении №21 90-р записано: «Системы оплаты труда работников учреждений должны обеспечивать:

- дифференциацию оплаты труда работников, выполняющих работы различной сложности;
- установление оплаты труда в зависимости от качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг (выполняемых работ) и эффективности деятельности работников по заданным критериям и показателям».

То есть государство не дает никаких гарантий, никаких обещаний всем работникам. Оно дает им возможность заработать. При этом должна быть обеспечена дифференциация в оплате труда в целях обеспечения ее высоких стимулирующих качеств.

Проблемы кадрового обеспечения.

К сожалению, нередко введение эффективного контракта либо отождествляют с повышением заработной платы, либо в повышении заработной платы видят основной элемент эффективного контракта. Между тем суть эффективного контракта заключается в повышении доступности и качества медицинской помощи за счет создания более действенных стимулов к труду (достижимых за счет дифференциации в оплате труда), а также за счет улучшения кадрового обеспечения отрасли.

Но на практике именно в сфере кадрового обеспечения введение эффективного контракта нередко создает проблемы. Так, во многих регионах, учреждениях здравоохранения проблему повышения оплаты труда сотрудников при недостатке средств часто пытаются решать путем сокращения численности работников. Это, действительно, очень эффективный вариант, но прямо противоречащий логике эффективного контракта и закономерно порождающий недовольство медицинских работников.

Целью указа является сохранение кадрового потенциала, а повышение заработной платы – только средство, причем зарплата должна быть заработана и должна зависеть от результатов труда.

Другая сторона этой проблемы – появляющиеся случаи отказа в приеме на работу молодых специалистов. Объективно они нужны учреждениям здравоохранения, но над ними довлеет требование повышения заработной платы. А молодой специалист (выпускник) не имеет стажа, не имеет квалификационной категории. Молодые специалисты создают угрозу снижения заработной платы главного врача в случаях, когда она привязана к среднему уровню основного персонала, а также тогда, когда из-за низкой оплаты труда молодого специалиста не удается выйти на предусмотренный региональной «дорожной картой» уровень оплаты труда, позволяющий получать самому руководителю учреждения выплаты стимулирующего характера. Поэтому очень часто возникают «ножницы» между рекомендуемыми штатными расписаниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи либо реально необходимыми для оказания соответствующего объема медицинской помощи и фактической численностью работников. А это – угроза снижения доступности и качества медицинской помощи.

Реорганизация учреждений.

Другой аспект проблемы конфликтов, связанных с эффективным контрактом является реорганизация.

В Указе Президента № 597 Правительству Российской Федерации поручено обеспечить: «повышение заработной платы работников бюджетного сектора экономики с возможным привлечением на эти цели не менее трети средств, получаемых за счет реорганизации неэффективных организаций».

Здесь хорошо прослеживается политика государства по оптимизации сети государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения. Иногда слышатся заявления региональных властей о том, что треть всех средств, необходимых для повышения заработной платы, следует обеспечить за счет реорганизации самих учреждений, сокращения численности работников. Но это явное передергивание фразы Указа Президента № 597. В указе речь идет о том, что не менее трети от возможной экономии, полученной за счет реорганизации неэффективных учреждений, должно пойти на повышение заработной платы. Причем реорганизации именно неэффективных учреждений.

Одно из исключений – Санкт-Петербург, где было принято Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 3 июля 2008 г. № 822 «О порядке осуществления контроля за деятельностью государственных унитарных предприятий Санкт-Петербурга и государственных учреждений Санкт-Петербурга». Результаты анализа информации о деятельности учреждений, полученной в результате рассмотрения отчетов учреждений, учитываются исполнительными органами при принятии ими в установленном порядке и в соответствии со своей компетенцией следующих управленческих решений:

- при подготовке предложений о реорганизации учреждения;
- о применении мер ответственности к руководителю учреждения;
- при подготовке предложений о ликвидации учреждения;
- иных управленческих решений.

Среди таких критериев оценки эффективности деятельности учреждений могут быть показатели, характеризующие затраты в расчете на единицу услуги; кредиторская задолженность (в соотношении со среднемесячным доходом учреждения; удельный вес просроченной кредиторской задолженности и т.д.) и другие.

Как правило, основной причиной «неэффективной» деятельности учреждений здравоохранения в настоящее время является несовершенство тарифов в системе ОМС. В последние годы произошли два важных изменения, увеличивших шансы многих учреждений стать «неэффективными»:

- 1) переход на одноканальное финансирование;
- 2) перевод всего здравоохранения, по сути, на два способа оплаты медицинской помощи (по КСГ – в стационарном звене и по подушевому – в амбулаторно-поликлиническом).

Необходимы управленческие решения на уровне субъектов Российской Федерации, направленные на устранение причин, вызывающих неэффективность деятельности учреждений. В одних случаях это может быть корректировка тарифов или подушевых нормативов,

недостаточно учитывающих объективные различия в затратах учреждений, в других - выделение средств на модернизацию теплосетей и т.д.

Реорганизация государственного (муниципального) учреждения может быть осуществлена в форме слияния, присоединения, разделения, выделения и преобразования.

Безусловно, в ряде случаев реорганизация в форме слияния или присоединения учреждения (наиболее популярные на практике варианты) может сократить некоторые административные расходы. Однако, к сожалению, не все эти меры обеспечивают реальный положительный эффект.

Нужно в каждом конкретном случае просчитать не только эту экономию (порой «копеечную», когда главный врач присоединяемого учреждения превращается в руководителя филиала и т.д. с лишь небольшим снижением размеров оплаты труда), но и неизбежные дополнительные расходы на перерегистрацию, смену программного обеспечения, вывесок, печатей, штампов и т.д. и т.п.

Конечно, причинами реорганизации могут быть не только экономические, но и другие причины, например, организационные. Но следует четко понимать, что эффективность - понятие экономическое. И если причинами реорганизации являются не экономические причины, то не нужно их оправдывать понятием «неэффективность деятельности».

Нынешняя финансовая ситуация заставляет задуматься о том, насколько удастся обеспечить проведение реформ, повышение заработной платы в условиях прогнозируемого падения ВВП.

Непонимание сути реформ многими чиновниками, извращение сути, погоня за сиюминутной отчетностью, попытки проводить реформы скрытно и т.д. – это и есть главные причины проблем реализации реформ, недовольства медицинской общественности и населения. Вот с чем нужно бороться. Вот способ борьбы с протестами.

Ветлушин, И. Обращение лекарств: изменен закон [Текст] // Медицинская газета. – 2014. – 4 февр.(№7). – С. 10.

Президент РФ Владимир Путин подписал Федеральный закон «О внесении изменений в федеральный закон «Об обращении лекарственных средств».

Эти изменения предусматривают:

- оптимизацию процедур государственной регистрации лекарственных препаратов (в том числе препаратов для ветеринарного применения) и подтверждения государственной регистрации лекарственного препарата;
- уточнение порядка проведения экспертизы лекарственных средств, включая экспертизу качества лекарственного средства и экспертизу отношения ожидаемой пользы к возможному риску применения лекарственного препарата, а также порядка проведения повторной экспертизы лекарственных средств;
- уточнение порядка проведения клинического исследования лекарственного препарата;
- изменение порядка государственной регистрации устанавливаемых производителями лекарственных препаратов предельных отпускных цен на лекарственные препараты, включённые в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;
- установление порядка определения взаимозаменяемости лекарственных препаратов.

Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» дополняется новыми понятиями, в частности: «орфанные лекарственные препараты», «биологические лекарственные препараты», «биотехнологические лекарственные препараты», «воспроизведённый лекарственный препарат», «референтный лекарственный препарат», «взаимозаменяемый лекарственный препарат», «группировочное наименование лекарственного препарата». Кроме того, в нём уточняются понятия фармацевтической субстанции, иммунобиологического лекарственного препарата, воспроизведённого лекарственного препарата, гомеопатического лекарственного препарата. Новым законом уточняется порядок осуществления государственного контроля (надзора) в сфере обращения лекарственных средств. Вводится новая процедура мониторинга эффективности и безопасности лекарственных препаратов, находящихся в обращении в Российской Федерации, – фармаконадзор. Мониторинг будет проводиться в целях выявления,

оценки и предотвращения нежелательных последствий применения лекарственных препаратов. При получении информации о наличии негативных факторов при применении лекарственного препарата (в том числе в ходе осуществления фармаконадзора контрольно-надзорными органами иностранных государств) решается вопрос о приостановлении применения лекарственного препарата.

В целях реализации перехода российских производителей лекарственных препаратов на систему правил надлежащей производственной практики законом вводится инспектирование производителей, порядок организации и проведения которого будет устанавливаться Правительством РФ.

Федеральные органы исполнительной власти наделяются дополнительными полномочиями по установлению порядка осуществления государственного контроля качества лекарственных средств и по утверждению правил надлежащих практик (лабораторной практики, клинической практики, практики хранения и транспортировки лекарственных препаратов, практики реализации лекарственных препаратов для медицинского применения, аптечной практики).

Указанный федеральный закон принят Государственной думой 9 декабря 2014 г. и одобрен Советом Федерации 17 декабря 2014 г.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Буш, Е. Возможна ли профилактика метастазов? [Текст] : [томские онкологи предлагают новые подходы к лечению рака] / Е. Буш // Медицинская газета. – 2015. – 21 янв. (№3). – С. 10.

В современной онкологии с одинаковыми усилиями ведутся научные работы в двух направлениях: фундаментальное - изучение процессов канцерогенеза, и прикладное - разработка таргетных противоопухолевых препаратов. Оказывается, эффективность таргетной терапии, как и всех иных методов лечения онкозаболеваний, напрямую зависит от результатов исследований по первому направлению. В последнее время научный мир заговорил о необходимости создания препаратов, мишенью которых будут не опухолевые клетки, а условия их существования, то есть микроокружение.

Группа учёных Томского НИИ онкологии под руководством заведующего отделением патологической анатомии и цитологии, доктора медицинских наук, профессора Владимира Перельмутера проводит исследования, цель которых – прогнозировать риск развития гематогенных метастазов опухоли, что, в свою очередь, позволит предложить новые подходы к лечению рака.

Метастазирование опухоли является одной из основных причин смертности от рака. Существует несколько гипотез метастазирования, мы придерживаемся концепции «семян и почвы», которая была сформулирована Стивеном Педжетом ещё в конце XIX века. Согласно этой теории, опухолевые клетки («семена») могут успешно колонизировать только определённые органы и ткани («почву»), которые обладают подходящими условиями для роста опухолей. Внимание сосредоточено именно на «почве», мы хотим выяснить «секрет притягательности» определённых органов и тканей для метастатических клеток.

Первую попытку в этом направлении предприняли в начале XXI века Дэвид Лайден и соавторы. Они сформулировали концепцию преметастатических ниш как кластера клеток-предшественников костно-мозгового происхождения и некоторых иммунокомпетентных клеток, которые накапливаются в местах будущих метастазов. Причём происходит это ещё до того, как в эти места попадают опухолевые клетки. То есть «почва» готовится заранее.

Томские онкологи сделали попытку дополнить теорию Лайдена, ответив на вопрос, почему метастазы чаще развиваются в одном месте и реже в другом, чем объяснить, что их излюбленная локализация – лёгкие, печень, позвоночник?

Ученые предложили свою Гипотезу, согласно которой развитию преметастатических ниш в подавляющем большинстве случаев предшествует формирование и наличие пре-ниш, то есть

клеточных событий, происходящих ещё до того, как в эти места попадают костномозговые клетки-предшественники. И эти пре-ниши – не что иное, как фокусы дремлющего, хронического, подострого воспаления при исследовании мозга, печени и лёгких. Но возникает и второй вопрос: что объединяет эти «излюбленные» места метастазов? Оказывается, что и лёгкие, и печень, и костный мозг объединены тем, что в этих органах имеются конститутивные, то есть постоянно присутствующие макрофагальные элементы – одни из ключевых участников образования преметастатических ниш, согласно теории Лайдена. Локализация «лайденовских» преметастатических ниш зависит от наличия пре-ниш воспалительного характера.

Гипотеза о пре-нишах и попытка объяснить, почему метастазы имеют излюбленную локализацию, – лишь одна часть работы томских учёных-онкологов. Вторая её часть связана с созданием новых подходов к лечению опухолевых патологий.

По словам профессора Перельмутера, к настоящему времени 99% усилий по созданию химиопрепаратов и таргетных препаратов, в том числе, направлены на «семена», то есть на то, чтобы уничтожить опухоль. А на то, чтобы воздействовать на «почву», направлен всего 1% усилий, хотя здесь есть простор для творчества. Для того чтобы попасть в «семена», препараты действительно должны быть таргетными, потому что опухоль чрезвычайно гетерогенна, каждое новообразование отличается по многим признакам, в том числе по чувствительности к химиотерапии. А что касается «почвы» – это замечательный и очень перспективный феномен, так как «почва» в целом универсальна для опухолей любого происхождения. Следуя теории Лайдена и гипотезе учёных Томского НИИ онкологии, нужно грамотно препятствовать развитию пре-ниш (очагов дремлющего воспаления) и рекрутированию костномозговых клеток-предшественников в количествах, которые могли бы привести к созданию преметастатических ниш.

В своей работе клинические онкологи, конечно же, руководствуются стандартами и алгоритмами. Однако стандарт не лишает врача права клинически мыслить, тем более, когда доводы учёных более чем убедительны. Томские учёные допускают: кто-то согласится, что неoadьювантной терапии должен предшествовать курс специально разработанной противовоспалительной терапии, а кто-то выскажет сомнения по поводу её роли в снижении прогрессии рака.

Блиев, Ю. Регенерация спинного мозга – реальность [Текст] / Ю. Блиев // Медицинская газета. – 2015. – 23 янв. (№4). – С. 13.

40-летний поляк Дарек Фидыка, который в результате ножевых ран был парализован ниже пояса, теперь в состоянии передвигаться, опираясь на ходунки. Впервые врачам удалось добиться восстановления способности ходить у человека, парализованного в результате травмы позвоночника. В его спинной мозг были пересажены клетки обонятельной нервной ткани. Эта операция, первая в мире, была сделана хирургами в Польше в сотрудничестве с британскими учёными.

По словам профессора Джеффа Райсмана, главы отдела нейрорегенерации Института неврологии при Университетском колледже Лондона, достигнутый результат является более значительным по своим последствиям, чем высадка человека на Луну.

В операции были использованы биполярные обонятельные клетки-рецепторы, которые входят в состав обонятельной системы. Эти клетки служат для передачи сигналов по нервным волокнам. В ходе первой из двух операций хирурги удалили одну из обонятельных луковиц пациента и вырастили культуру клеток в лабораторных условиях.

Спустя 2 недели они пересадили эти клетки в нервные волокна спинного мозга больного, которые были перерезаны ножом в ходе нападения. У врачей было всего 500 тыс. таких клеток, что совсем немного. Около 100 микроинъекций раствора с клетками были сделаны выше и ниже места травмы. Четыре тонкие полоски нервной ткани были взяты из циклотки пациента и помещены вдоль разрыва в нервных волокнах спинного мозга шириной 8 мм. Учёные считают, что обонятельные клетки создают путь, по которому нервные волокна выше и ниже места травмы могут соединиться между собой, используя для этого мостик из пересаженной нервной ткани.

До операции Дарек Фидыка был парализован в течение почти 2 лет и не проявлял никаких признаков восстановления, несмотря на многомесячную интенсивную физиотерапию. Эта интенсивная программа физиотерапии, в рамках которой он занимался по 5 часов 5 дней в неделю, продолжалась после операции в Центре аксоно-нейрологической реабилитации во Вроцлаве.

Спустя полгода после операции он смог сделать несколько неуверенных шагов, держась за поручни, используя поддержку физиотерапевта и специальные шины для ног. Через 2 года после операции он может ходить, опираясь на ходунки. Также отчасти восстановились ощущения в области мочевого пузыря и кишечника и сексуальная функция.

Решающим фактором, определившим успех лечения, стало использование собственных обонятельных клеток пациента, что исключило возможность иммунного отторжения и необходимость использования лекарственных средств для подавления такой реакции.

Отдельно стоит отметить, что через несколько месяцев на левой ноге у пациента начали увеличиваться в объёме мускулы и появились первые признаки иннервации. Возможно, здесь есть связь с тем, что именно на левой стороне спинного мозга врачи создали мостик из пересаженной нервной ткани в разрыве нервных волокон в результате ножевой травмы. Учёные считают, что это свидетельство регенерации нервной ткани спинного мозга, так как сигналы из мозга, контролирующие работу мускулов левой ноги, посылаются именно по левой части ствола спинного мозга.

Магнитно-резонансное сканирование также установило, что разрыв в нервных волокнах закрылся после операции.

Но победные выводы делать пока рано. Исследователи не хотели бы, чтобы у тысяч людей возникли ложные надежды, они подчёркивают, что этот успех должен быть повторен неоднократно, чтобы продемонстрировать реальность регенерации нервной ткани спинного мозга. Поэтому они надеются провести не менее 10 схожих операций в Польше и Британии в предстоящие годы, но всё зависит от масштабов финансирования этих работ.

Лалаянц, И. Электронная кожа в диагностике рака [Текст] / И. Лалаянц // Медицинская газета. – 2015. – 23 янв. (№4). – С. 13.

Большая команда, в состав которой входят учёные Сингапура и Австралии, Таиланда и Китая, обращает внимание коллег к печёночной двуустке, или описторхису, паразитирующему в желчных протоках печени и вызывающему ангиокарциному, или опухоль из клеток, образующих стенки сосудов (нечто подобное представляет собой саркома Капоши при СПИДе, когда кожа пациента покрывается пятнами и становится похожей на леопардовую).

Учёные полагают, что личинка этого плоского червя синтезирует белок, напоминающий по своему действию гранулин человека, являющийся ростовым гормоном, который необходим для формирования сосудистых грануляций при заживлении ран. В публикации описывается расшифрованный геном двуустки, что поможет раскрытию механизмов онкологического роста.

Ирландские саги рассказывают о чудесном острове Наног, или Земле вечной молодости, поэтому нет ничего удивительного в том, что так был назван ген, стимуляция которого ведёт к омоложению клеток и поддержанию ими режима самообновления (self-renewal). Сотрудники Кембриджского университета и их коллеги из Германии и Японии сообщили о том, что им с помощью кратковременной стимуляции гена «наног» удалось перевести стрелки молекулярных часов, в результате чего клетки обрели если не вечную молодость, то очень приблизились к состоянию эмбриональных стволовых (ЭСК). Последние намного предпочтительнее с точки зрения клеточных терапий, поскольку способны давать все клеточные типы организма (в отличие от широко рекламируемых плюрипотентных – iPS).

Последнее очень важно для понимания нормального клеточного развития и различных патологий, в том числе и рака, развивающихся иногда в результате мутации одного единственного гена, например отвечающего за синтез ростового фактора фибробластов (FGF) или его белкового рецептора в мембранах клеток. Напомним, что фибробласты кожи здоровых и больных людей сегодня широко используются для получения iPS, из которых затем «производят» нейронные модели той же шизофрении. Развитие клеточного потомства

плюрипотентных клеток и раковый рост невозможны без повышения активности ферментов цитоплазмы, в частности так называемых киназ, которые переносят энергоёмкие фосфатные группы на протеины, тем самым регулируя их активность. Рост опухоли невозможен без новообразования сосудов, на блокирование которого возлагались большие надежды. Однако ангиостатики первого поколения надежд онкологов не оправдали, поэтому понятен интерес специалистов к публикации, в которой авторы описывают положительные результаты применения довитиниба (бензимидазол-хинолинона), блокирующего в раковых клетках сразу несколько киназ (его применяют для сдерживания роста метастазов при раке молочной железы, лёгких и толстой кишки). Сотрудники испанского Национального центра онкоисследований при химиотерапии рака молочной железы добавляли этот препарат к нинтеданибу, что позволило сократить размер новообразований у 50% пациенток (не забывали они и стандартный паклитаксел).

Авторы статьи в британском журнале справедливо указывали на то, что максимальный успех они получали на ранних этапах развития опухолей. Но как добиться максимально раннего обнаружения процесса? Описана созданная в Университете Небраски в Линкольне (США) электронная кожа, которая при наложении на молочную железу позволяет обнаружить уплотнения размером всего 5-10 мм. Обычно врач при пальпировании может отличить участки повышенной плотности, которые в 8-18 раз плотнее здоровой ткани. Свои опыты с электронной кожей учёные проводили на силиконовой модели молочной железы. Они достоверно обнаруживали «объекты» размером всего 2 мм, плотность которых всего в 2,5 раза превышала нормальную (но сигнал был минимальным и мало отличался от фонового). Немаловажно также и то, что внесённые объекты легко определялись и на глубине 20 мм. Все эти цифры многое говорят: маммологам, как и название статьи «Тактильное изображение пальпируемых структур при скрининге рака молочной железы».

Журавлева, Е. Там тебе голову вылечат [Текст] : [в Самаре появилась новая диагностика онкологии головного мозга] // Самарская газета. – 2015. – 7 февр. (№12). – С. 29.

Новая диагностическая методика КТ-перфузия головного мозга начала применяться в отделении компьютерной и магнитно-резонансной томографии Самарского областного клинического онкологического диспансера с конца прошлого года. До этого в России такая методика применялась в Москве, Санкт-Петербурге и Казани. За это время обследование в Самаре прошли около полусотни пациентов.

Главное достоинство КТ-перфузии головного мозга в том, что она повышает качество дифференциальной диагностики опухолей центральной нервной системы. А конкретно – помогает специалистам-онкологам более точно разобраться в том, что они наблюдают в своих чудо-аппаратах: изменение ткани головного мозга, появившееся после проведенной лучевой терапии (некроз), или это продолжает рост опухоль. Тем более что при стандартном обследовании МРТ эти процессы выглядят практически одинаково. Новая методика позволяет ответить онкологам на главный вопрос – продолжает расти опухоль или нет. Для пациента же этот ответ жизненно важен!

– Освоенная методика очень актуальна в нейроонкологии, так как с ее помощью можем определить, есть ли продолженный рост опухоли или нет, причем вплоть до сантиметра, – оценивает новшество заведующим отделением КТ и МРТ Анна Баландина.

Пациента помещают в аппарат, ему вводится контрастное вещество, происходит сканирование на аппарате в 250 срезов, далее специалисты оценивают показатели перфузии. Эффективность нового диагностического метода высоко оценивается практически всеми звеньями лечебного процесса.

– Химиотерапия – это тяжелый метод лечения, – говорит заведующая химиотерапевтическим отделением Самарского областного онкодиспансера №2 Ирина Королева. – И на определенном этапе мы должны узнать, помогает ли лечение или нужно менять лекарства. Обычно в этом вопросе помогает стандартная КТ или МРТ. Но для опухоли головного мозга этот вопрос решается гораздо сложнее, так как в ряде случаев можно сделать ошибочный вывод – растет опухоль или это изменение окружающих тканей. И новый метод диагностики по-

зволяет точно ответить именно на этот вопрос. Соответственно, для наших больных эта диагностика имеет судьбоносное значение, так как помогает понять, нужно менять лечение или нет.

Перфузионная компьютерная томография головного мозга может быть использована также у больных с острыми формами нарушений кровообращения в головном мозге для ранней диагностики инсульта.

Винтер М. Бактериальная терапия рака? [Текст] // Медицинская газета. – 2015. – 11 февр. (№9). – С. 13.

Американские учёные совершили прорыв в изучении возможностей бактериальной терапии рака. Эксперименты на крысах, собаках, а также пока единственный случай клинического испытания метода показали, что инъекция ослабленной версии почвенной бактерии *Clostridium novyi* непосредственно в злокачественную опухоль обеспечивает её значительное сокращение и даже полное исчезновение.

На тот факт, что бактериальные инфекции при онкологических заболеваниях в некоторых случаях способствуют излечению от рака, врачи обратили внимание около 200 лет назад. Так, в 1890-е годы нью-йоркский хирург Уильям Коли сравнительно успешно лечил онкологических больных с помощью инъекций в опухоль или внутривенного введения различных видов патогенных бактерий. Однако затем более современные виды терапии рака заставили забыть о методе Коли.

Тем временем проведённый в 1999 г. анализ данных о его опытах заставил предположить, что уровень выживаемости пациентов при бактериальной терапии сравним с таковым при современных методах лечения рака.

Группа специалистов по генетике онкологических заболеваний из Университета Дж. Хопкинса в течение последнего десятилетия изучает действие различных видов бактерий на раковые опухоли. В конце концов учёные сосредоточили своё внимание на почвенной бактерии *Clostridium novyi*. Для «процветания» этого микроорганизма необходима бедная кислородом окружающая среда, которая как раз присутствует в опухолевых клетках.

Исследователи создали ослабленную версию бактерии, удалив один из её обеспечивающих синтез токсина генов и сделав таким образом микроорганизм более безопасным для терапевтического использования.

Эксперименты на крысиной модели рака головного мозга – глиоме – продемонстрировали, что инъекции нового штамма бактерий непосредственно в опухоль вызывают её значительное уменьшение в объёме. Такого рода терапия также почти вдвое продлила жизнь больных животных в сравнении с теми, кто её не получал. Микроскопическое исследование показало: бактерии активно атакуют и разрушают опухолевые клетки, в которых наблюдается дефицит кислорода, и тщательно избегают полных кислорода здоровых клеток, расположенных всего в нескольких микрометрах от раковых.

Поскольку результаты опытов на искусственных экспериментальных моделях зачастую не дают возможность предсказать реакцию на терапию человеческого организма, авторы приняли решение продолжить исследование на спонтанно развившихся раковых опухолях у собак. Эти животные были выбраны в качестве промежуточного объекта исследования перед клиническими испытаниями метода ввиду большого генетического сходства между онкологическими заболеваниями у собак и человека.

Было отобрано 16 больных раком домашних собак, попытки лечения которых стандартными методами не принесли результата.

Через 21 день после внутриопухолевой инъекции нового вида бактерий у 6 животных было отмечено существенное, примерно на 30%, сокращение размера опухоли. У 3 из них в итоге опухоли полностью исчезли. У 5 других собак наблюдалась приостановка роста опухолей. При этом большинство животных испытывало негативные симптомы бактериальной инфекции.

На основании полученных результатов исследователи решились на клинические испытания метода. Первой и единственной их участницей стала пациентка, страдающая метастазированной лейомиосаркомой – злокачественной опухолью гладких мышц, обычно развивающейся в области брюшины. Инъекция была сделана женщине в метастатическую опухоль на правом плече. Хотя введённая пациентке доза составляла менее 1% от дозы, полученной собаками, она вызвала значительное сокращение объёма опухоли внутри и вокруг плечевой кости. Побочным эффектом терапии стала деструкция кости вследствие быстрого разрушения опухоли, а также резкая воспалительная реакция и формирование абсцесса на месте инъекций. В итоге пациентка скончалась, но не из-за этих побочных эффектов, а из-за метастазов в другие области организма.

Как рассказал ведущий автор исследования Шибин Чжоу, клинические испытания бактериальной терапии рака будут продолжены расширены. Планируется дальнейшее тестирование безопасности такого метода и его эффективности в отношении различных видов рака. Кроме того, будет исследована возможность комбинирования бактериальной терапии традиционными методами лечения онкологических заболеваний, такими как химиотерапия и лучевая терапия.

Попов, И. Жир: вред или польза? [Текст] // Медицинская газета. – 2015. – 13 февр. (№10). – С. 13

Крупное исследование, проведённое шведскими учёными, показало, что у людей, ежедневно употребляющих молочные продукты с высоким содержанием жира, риск развития сахарного диабета 2-го типа (СД2) оказался меньше по сравнению с теми, кто их практически не употребляет.

Количество жирных молочных продуктов должно при этом составлять не меньше 8 порций. Одной порцией при этом считались 20 г сыра, 25 г сливок, 7 г сливочного масла, 200 мл молока или кефира. Риск при этом падал на 23%. В отличие от жирных молочных продуктов, у молочных продуктов с низким содержанием жира не было обнаружено какого-либо влияния на развитие СД2.

Действительно, к настоящему времени уже доказано, что высокое потребление красного мяса и мясных продуктов повышает риск заболевания СД2. При этом некоторые эпидемиологические исследования выяснили, что регулярное употребление молочных продуктов может оказывать благоприятное влияние на обмен веществ. Хорошо известен тот факт, что молочные продукты содержат кальций и минералы, полезные для укрепления костей, однако новое исследование показало, что потребление молочных продуктов также способствует снижению вероятности развития метаболических нарушений, например ожирения и СД2.

Учёные из Центра изучения диабета Лундского университета изучили данные о рационе питания около 27 тыс. человек (из них 60% - женщины) в возрасте от 45 до 74 лет. За 14 лет наблюдений за состоянием их здоровья у 2860 человек развился СД2. В результатах исследования были учтены прочие факторы, влияющие на развитие этой болезни, например, возраст, пол, диета и т.д.

В другом исследовании также было изучено влияние молочных продуктов на обмен веществ. Транс-пальмитолеиновая кислота, выделяемая из плазмы крови, потенциально может служить показателем, оценивающим количество потребляемых молочных продуктов. Эта жирная кислота присутствует в молоке, сыре, сливочном масле, но не может синтезироваться организмом человека. Как показали результаты исследования с участием 254 человек, присутствие транс-пальмитолеиновой кислоты в организме оказалось связано с более низким артериальным давлением и весом.

«Снижение риска развития сахарного диабета 2-го типа при регулярном употреблении жирных, но не обезжиренных, молочных продуктов, указывает на то, что именно молочный жир по крайней мере частично способствует снижению вероятности развития заболевания. Наши результаты показывают, что в отличие от остальных животных жиров жиры, содержащиеся в молочных продуктах, играют роль в профилактике сахарного диабета 2-го типа», - отметила главный автор первого исследования Ульрика Эрикссон.

В лаборатории выращены мышцы человека [Текст] // Медицинский вестник. – 2015. – № 3. – С. 15.

Американские исследователи создали в лабораторных условиях мышечную ткань, способную сокращаться и реагировать на внешние раздражители. Ученые выделили из мышечной ткани человека, полученной при биопсии, небольшую популяцию клеток. Это клетки, называемые миогенными предшественниками, уже не являются стволовыми клетками, но еще не стали мышечной тканью. Их поместили в 3D-каркас, заполненный питательным гелем. В результате эти клетки преобразовались в мышечные волокна и стали сокращаться в ответ на электростимуляцию. Подвергнув искусственную мышечную ткань воздействию различных препаратов (например, статинов, кленбутерола), ученые убедились, что их эффекты соответствуют тем, которые наблюдаются и у пациентов, получающих эти лекарства для лечения различных патологий двигательной системы. С помощью культивированных по этой технологии мышечных тканей ученые смогут тестировать экспериментальные лекарственные препараты, оценивать их эффективность и безопасность и изучать механизмы развития заболеваний, препятствующих нормальному функционированию мышц человека.

Имплантат для лечения спинного мозга [Текст] // Медицинский вестник. – 2015. – № 3. – С. 15.

Швейцарские ученые создали мягкий нейронный имплантат, который воздействует непосредственно на спинной мозг, не вызывая при этом повреждений или воспаления.

Миниатюрное устройство имитирует свойства живых тканей и может как проводить электрические импульсы, так и выделять лекарственные вещества. Риск отторжения или повреждения спинного мозга при использовании такого имплантата минимален, в отличие от неупругих нейропротезов, которые при движении или растяжении нервных тканей повреждают их, вызывая рубцевание и воспаление. Подложка имплантата покрыта электрическими схемами из золота. Электроды изготовлены из инновационного композитного материала, содержащего микрогранулы кремния и платины. Их можно потянуть в любом направлении, при этом они сохраняют оптимальную электропроводность. Также через специальный микроканал производится доставка необходимых лекарственных препаратов, которые позволят восстановить функции поврежденной нервной ткани. Гибкий и эластичный имплантат устанавливается под твердой мозговой оболочкой, непосредственно на нервную ткань спинного мозга. Как показали эксперименты на парализованных крысах, разработанный электронный имплантат не вызывает у них воспаления или отторжения даже спустя два месяца применения. За это время другие нейропротезы вызвали бы значительное повреждение нервной ткани. Устройство уже доказало свою биологическую совместимость и позволило парализованному животному восстановить способность к самостоятельному хождению спустя несколько недель тренировок.

– Полученные результаты открывают новые терапевтические возможности для пациентов с неврологическими травмами или расстройствами, в том числе в результате травм спинного мозга, – объяснила одна из авторов исследования нейрофизиолог Стефани Лакур.

Раудина, М. В областном онкодиспансере внедряют новые технологии [Текст] / М. Раудина // Волжская коммуна. – 2015. – 27 янв. (№ 15). – С. 1,8.

В Самарском онкоцентре появилась новая методика диагностики – КТ-перфузия головного мозга. Она позволяет точно определить, что происходит с пациентом, которому проводится курс лечения. Самара стала четвертым городом России, где внедрена эта прогрессивная методика диагностики.

КТ-перфузия головного мозга мало распространена в России. Раньше пациенты могли пройти обследование только в Москве, Санкт-Петербурге и Казани.

По словам заведующей отделением КГ и МРТ Самарского областного онкологического диспансера А.В. Баландиной, достоинство КТ-перфузии в том, что она дает ответ на главный вопрос – что происходит с пациентом, у которого после курса лечения отмечаются изменения в ткани головного мозга. Здесь возможно два варианта: либо болезнь прогрессирует, либо это последствие лечения с помощью лучевой или химиотерапии.

Внедрение новых методов диагностики – одно из важнейших направлений работы коллектива онкоцентра. 256-срезовый аппарат стоит несколько миллионов рублей. Для онкодиспансера его закупили по областной программе модернизации здравоохранения.

КТ-перфузию головного мозга провели уже 40 пациентам. Всего в онкологии применяется три вида лечения: операции по удалению опухолей, лучевая и химиотерапия. Благодаря совершенствованию методов диагностики в поликлиниках в прошлом году возросла выявляемость рака. В прошлом году более 60% впервые выявленных больных обратились в онкологический диспансер на 1-2 стадиях, когда шанс на полное выздоровление очень велик.

Среди всех разновидностей опухолей, как у мужчин, так и у женщин наиболее распространен рак кожи. У мужчин наиболее часто встречаются рак легких, предстательной железы. Для женщин основной проблемой является рак молочной железы. Особую тревогу у онкологов вызывает значительный рост опухолей толстой кишки.

Для улучшения работы по профилактике и раннему выявлению заболеваний сотрудники СОКОД в прошлом году провели целый ряд мероприятий: курирование врачей первичных лечебно-профилактических учреждений, как в городах области, так и в сельских районах, проведение проверки качества первичного выявления и диспансеризации онкологических больных, анализ возможностей диагностического оборудования в районах для проведения необходимых медицинских обследований, консультации больных в сложных случаях.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Состояние и проблемы здоровья подростков России [Текст] / А. А. Баранов [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 6. – С. 10-14.

В статье представлены данные о состоянии здоровья подростков (в возрасте 15-19 лет) в РФ за период 2002-2012 гг. С этой целью были проанализированы официальные статистические данные, касающиеся заболеваемости, инвалидности и смертности подростков. Специальные исследования показали, что истинные показатели заболеваемости подростков превышают официальные в 1,5-2 раза. Заболеваемость подростков характеризуется ростом социально значимой патологии и болезней, связанных с поведенческими факторами риска. В подростковом возрасте отмечаются неблагоприятные тенденции в психическом и репродуктивном здоровье. В структуре инвалидности лидируют психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы и врожденные аномалии развития, а ведущим ограничением жизнедеятельности является «способность к обучению». Показано, что в Российской Федерации имеется недоучет случаев инвалидности среди подростков. Среди причин смертности подростков первые ранговые места стали занимать травмы и отравления, новообразования и болезни системы кровообращения. Основными внешними причинами смертности являются самоубийства и дорожно-транспортные происшествия.

В настоящее время проблема сохранения и укрепления здоровья детей, подростков и молодежи Российской Федерации является чрезвычайно важной и приоритетной в решении задач государственной политики и рассматривается в качестве необходимой гарантии успеха всех социальных и экономических реформ в стране. Состояние здоровья и развитие общества во многом определяются уровнем популяционного здоровья подростков, которые оказывают

значимое влияние на здоровье нации в целом и формируют ее культурный, интеллектуальный, производственный и репродуктивный потенциал.

Среди медико-социальных и экономических проблем, особое место занимают вопросы инвалидности подростков и организации помощи лицам с ограниченными физическими и психическими возможностями. Наряду с демографическими показателями и заболеваемостью населения инвалидность является одной из главных характеристик общественного здоровья и социального благополучия страны.

Важным этапом в организации медико-социальной помощи подросткам стал Указ Президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей», в соответствии с которым планируется развитие подростковой медицины, создание молодежных консультаций, центров охраны репродуктивного здоровья подростков, центров медико-социальной помощи подросткам, поддержка успешно реализуемых в регионах проектов создания клиник, дружественных к детям и молодежи.

Данные официальной статистики свидетельствуют о постоянном снижении численности детей подросткового возраста и сокращении их доли среди всего населения страны. Так, за период 1995-2012 гг. численность подростков в возрасте 15-17 лет сократилась в 2 раза. В Российской Федерации в 2012 г. подростков в возрасте 15-19 лет было 7 391 861, что составляло 5,2% от общего числа жителей страны.

Неблагоприятные тенденции отмечаются в заболеваемости подростков: за последние 10 лет (2002-2012 гг.) общая заболеваемость среди детей старшего подросткового возраста (15-17 лет включительно) увеличилась на 37,5% – со 161 782,0 до 222 500,9 на 100 000 населения соответствующего возраста. Рост заболеваемости в основном произошел за счет болезней органов дыхания, глаза и его придаточного аппарата, костно-мышечной системы, системы пищеварения, нервной системы, травм и отравлений. В структуре заболеваемости подростков на их долю приходится более 80%.

Вызывает обеспокоенность состояние психического здоровья подростков. В 2012 г. число больных с психическими и поведенческими расстройствами среди подростков в возрасте 15-17 лет составило 279 тыс. За последнее десятилетие общая заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения подростков увеличилась на 11,3%. Среди них наиболее частыми являются поведенческие синдромы, непсихотические и невротические расстройства, связанные со стрессом, а также соматоформные нарушения, частота последних возросла на 52,3%.

Важнейшей социальной проблемой, связанной с состоянием психического здоровья, являются случаи употребления подростками психоактивных веществ (ПАВ), частота которых в 2012 г. составила 2041 на 100 000 15-17-летних, что занимает более 30% в структуре всех психических и поведенческих расстройств.

Ухудшается репродуктивное здоровье подростков. За последние 10 лет возросла заболеваемость расстройствами менструаций у девушек в возрасте 15-17 лет включительно (с 1007 до 1257 на 100 000 детей соответствующего возраста), сальпингитами и оофоритами (с 1251 до 1735).

Актуальной остается проблема распространенности инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Несмотря на снижение распространенности ИППП (в 4-6 раз), их уровень остается высоким.

Россия по-прежнему лидирует среди стран Европы по количеству рождений и аборт у матерей в возрасте до 20 лет. Поданным Росстата, в 2013 г. прервали беременность 11,9 тыс. девушек-подростков, что составляет более 11 % от общего числа аборт у первобеременных.

Проблемы репродуктивного здоровья имеются и у подростков мужского пола, о чем свидетельствует рост гидрологических болезней (крипторхизм, гипоспадия, эписпадия, экстрофия и варикоцеле).

Значительный дефицит квалифицированных кадров, особенно на уровне амбулаторно-поликлинического звена, затрудняет эффективную работу по профилактике и лечению нарушений репродуктивной сферы у подростков.

На фоне стагнации уровня общей детской инвалидности в стране распространенность инвалидности в подростковом возрасте продолжает расти. За период с 2002 по 2012 г. она увеличилась на 38,2% – с 228,3 в 2002 г. до 315,4 на 10 000 детей соответствующего возраста в 2012 г.

Динамика показателей инвалидности по главному нарушению в состоянии здоровья и ведущему ограничению жизнедеятельности у подростков в возрасте 15-17 лет характеризуется ростом при всех ее видах. Среди них наиболее распространены умственные (76,1 на 10 000 соответствующего возраста), висцерально-метаболические (56,8), двигательные нарушения (50), ограничение способности адекватно вести себя (111,1), передвигаться (58,9) и общаться с окружающими (44,8).

Данные факторного анализа и множественной регрессии на формирование инвалидности детей при различных заболеваниях, свидетельствуют о том, что социально-экономическая ситуация определяет инвалидность на 29-30%, причем значимая зависимость установлена для инфекционных и паразитарных болезней, новообразований, заболеваний эндокринной системы, болезней глаза и его придаточного аппарата, врожденных пороков развития. Более всего выражена связь социально-экономических характеристик и формирования инвалидности у детей при заболеваниях эндокринной системы и новообразованиях.

Одна из острейших проблем современной России – уровень суицидов среди подростков, который является самым высоким в Европе, что вызывает особую обеспокоенность. Так, если в 2009 г. было зарегистрировано 260 случаев смерти подростков вследствие преднамеренных самоповреждений, то в 2012 г. – уже 487.

Зачастую конкретная причина смерти подростка остается неизвестной. Неточно обозначенные состояния занимают 4-е место среди всех причин смерти подростков, смертность от которых в постсоветский период выросла в максимальной степени – в 2,2 раза у юношей и 1,7 раза у девушек.

Многочисленные данные литературы и материалы ВОЗ свидетельствуют о том, что основными факторами, приводящими к подростковой смертности, являются бедность и определяемые ею беспризорность и безнадзорность, наркомания и токсикомания, суицидальное поведение. Значимыми в гибели подростков были и остаются такие внешние факторы, как несчастные случаи и насилие.

На становление здоровья подростков большое влияние оказывают условия и образ жизни. В настоящее время они характеризуются значительными учебными нагрузками, интенсификацией учебного процесса, низкой приверженностью к ведению здорового образа жизни и др. Особо важное место занимает неблагоприятное влияние на здоровье подростков факторов социального риска.

Установлено, что дети и подростки, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, составляют около 20% всего детского населения Российской Федерации, причем эти данные носят приблизительный характер и включают только те случаи, когда имеют место уже серьезные проблемы.

Проблема сохранения жизни, сохранения и укрепления здоровья подростков требует комплексного подхода к ее решению в рамках специальных федеральных и региональных программ. Основным механизмом реализации таких программ должно являться проведение целенаправленных скоординированных действий органов исполнительной власти, системы здравоохранения, социальной защиты, образования, научных и общественных организаций.

Специфика и сложность проблем подросткового возраста в современных условиях обуславливают необходимость принятия решения о мерах медико-социальной помощи подросткам и их родителям совместно с педиатром, психологом, психотерапевтом, социальным работником, юристом. Именно на этих специалистов должны быть возложены функции

координаторов деятельности различных учреждений (образования, здравоохранения, социальной защиты, милиции, административных органов управления), в первую очередь представленных на региональном, муниципальном уровне.

Для обеспечения возможности оказания своевременной медико-социальной помощи представляется важным создание системы мониторинга и анализа реальных проблем жизнедеятельности семьи, имеющей в своем составе ребенка-подростка, и ее потенциальных оздоровительных ресурсов. Назрела необходимость разработки стандартов оказания медико-социальной помощи таким семьям, гарантирующих объем, вид и формы ее осуществления на данном этапе социально-экономического развития общества и при профилактической направленности системы оказания помощи подросткам.

Чернышева, В. Открылся уникальный Центр крови [Текст] / В. Чернышева // Российская газета. – 2015. – 29 янв. (№ 17). – С. 13.

Медицинский модуль, построенный в Ульяновске на средства Федерального медико-биологического агентства и регионального бюджета, – единственное подобное учреждение в стране. На 2000 квадратных метрах расположились отделение заготовки крови, диагностическая лаборатория, отдел технического контроля, а также выездная бригада и отделение комплектования донорских кадров. На строительство здания ушло 180 миллионов рублей, на закупку оборудования – еще 130.

Подобные центры нужны как минимум в 70 субъектах страны. По словам руководителя ФМБА Владимира Уйба – центров, подобных ульяновскому, построено пять. Операционные технологии, забор крови – это операция, требуют использовать не приспособленные, а специализированные помещения, чтобы не было риска заражения донора. Поэтому требования очень жесткие.

Доноры уже оценили удобство нового центра: по словам Александра Кириловского, сдавшего кровь более 720 раз, помещение светлое и комфортное, в нем приятно находиться.

В год теперь можно заготавливать до 50 тонн крови: в старом здании. Сейчас можно принимать практически неограниченное количество доноров, производить 43 компонента крови. Имеется лицензия на изготовление сывороток.

Раньше, не имея технологий безопасности, очень много материала отправляли в брак. Сегодня он практически равен нулю: если во время скрининга у донора выявили проблему, его отправляют на лечение.

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 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

✉ 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. 3а

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>