

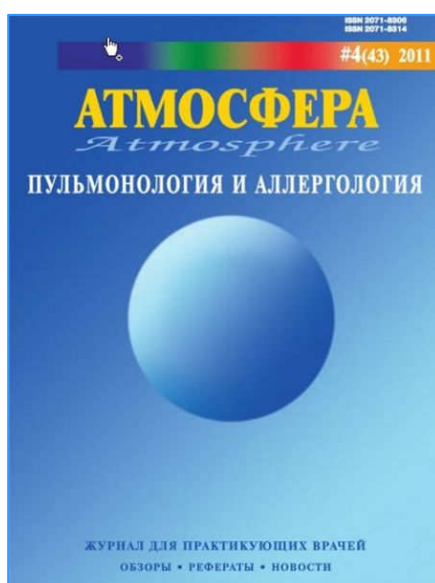


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№ 6 (июнь), 2014



СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	13
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	16

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Чечурина, И. Дорожная карта медицины: [об основных достижениях, проблемах и планах регионального здравоохранения: беседа с министром здравоохранения Самарской области Геннадием Гридасовым] [Текст] / И. Чечурина // Российская газета. – 2014. – 10 июня (№ 129). – С. 18.

Здравоохранение все время реформируют. То его делят на государственное и муниципальное, то врачей сортируют на людей первого и второго сорта, после чего узкие специалисты стремительно исчезают из поликлиник. Но с 1 января 2013 года система здравоохранения, наконец, вновь стала единой, в ней сосредоточены все 140 лечебных учреждений области. Сейчас завершается настройка процесса. Важно определить его сильные и слабые стороны и найти ресурсы для его дальнейшего развития.

Работа по программе модернизации системы здравоохранения и, в частности, введение новых стандартов лечения, не прошла даром. Важнейшим ее итогом стало снижение смертности от управляемых причин. Особый акцент был сделан на вопросах родовспоможения, развитии сельской медицины, повышении доступности и качества медпомощи. Переход на систему одноканального финансирования, сегодня средства ФФОМС составляют более 70% консолидированного бюджета. Реализация программы модернизации также совпала с переходом муниципального здравоохранения в областное подчинение, что дает больше возможностей для повышения структурной эффективности медпомощи.

Уже сегодня оснащены современным оборудованием многие ЛПУ и продолжается развитие материальной базы отрасли. Подходит к концу создание нового СПИД-центра площадью 8000 квадратных метров, где будет и отделение для больных вирусными гепатитами, и лабораторный комплекс. На основе частно-государственного партнерства в области начато строительство еще одного кардиоцентра. Летом начнется возведение современного перинатального центра, в планах – ряд других объектов.

Первостепенное значение имеет структурная эффективность. Есть показатели, которые позволяют оценивать работу здравоохранения.

Кроме того, региональное здравоохранение может не только тратить бюджетные деньги, но и само их зарабатывать. Например, повышая конкурентоспособность своих медучреждений, Самарская область может привлекать в свои ведущие клиники жителей соседних регионов. В прошлом году стационарную помощь в ЛПУ получили 15,8 тысячи жителей других областей. Конечно, этого еще недостаточно, но как образец для подражания можно назвать Чапаевский межмуниципальный перинатальный центр. Он активно работает по привлечению пациентов из соседней Саратовской области. Если в 2012 году удельный вес иногородних там был 5 %, в 2013 году – 7, то только за первые два месяца 2014 года – уже 11.

С этого года в регионе реализуется государственная программа «Развитие здравоохранения в Самарской области на 2014-2018 годы». Во исполнение указов Президента разработана «Дорожная карта», которая содержит 27 индикаторов по основным показателям здоровья населения: демография, структурные преобразования системы, подготовка специалистов, уровень оплаты их труда. В ряду этих критериев может не радовать тот факт, что в прошлом году Самарская область вошла в число 37-ми субъектов РФ, где отмечался рост рождаемости. На протяжении последних пяти лет в Самарской области один из самых низких показателей материнской смертности, вдвое ниже среднероссийского. Младенческая смертность ниже на 14%.

Для активизации профилактической работы в ЛПУ области внедрена система стимулирования активного выявления онкологических заболеваний на ранних стадиях. За два года стимулирующие выплаты в размере 4,6 млн. рублей получили более 1500 специалистов первичного звена, активно выявившие 3710 злокачественных новообразований на ранней стадии. Всего же на исключение рака в области в 2013 году было осмотрено более 2 миллионов пациентов, или 65% всего населения. Этот комплекс мер позволил значительно улучшить показатели. В результате на 100 заболевших в регионе на 22 умерших меньше, чем в России.

Привлекая к диспансеризации лучших специалистов, используя современную диагностическую базу, за минимум времени проводим достаточный объем исследований, чтобы выявить и начать лечение болезни, пока она не перешла в острую фазу. Благодаря такому массовому осмотру за 2013 год у взрослого населения губернии были впервые выявлены болезни сердечно-сосудистой (17 300 чел.), эндокринной (16 600 чел.), мочеполовой систем (8 300 чел.), болезни органов пищеварения (6000 чел.), почти 2000 случаев сахарного диабета.

Преферанский, Н. Г. Новые возможности профессионального использования федеральных информационных сервисов [Текст] / Н. Г. Преферанский [и др.] // Здравоохранение. – 2014. – № 5. – С. 42-50.

В статье рассказывается о возможностях использования Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее – ЕГИСЗ). ЕГИСЗ – национальная информационная система, создаваемая для обеспечения эффективной информационной поддержки организаций системы здравоохранения, а также граждан.

Основной целью создания ЕГИСЗ является информационная поддержка процессов управления системой здравоохранения в целом и оказанием медицинской помощи в частности. Для достижения этой цели были разработаны следующие федеральные информационные сервисы:

- база нормативно-справочной информации;
- интегрированная электронная медицинская карта;
- система электронной записи к врачу;
- система управления административно-хозяйственной деятельностью учреждения;
- паспорт медицинских организаций, регистры медработников.

Одним из ключевых федеральных сервисов является Интегрированная электронная медицинская карта, позволяющая консолидировать все медицинские данные о пациенте.

Эти данные поступают в общее хранилище из локальных медицинских информационных систем в виде электронных медицинских документов. Затем с помощью сервиса информационно-аналитической системы в автоматическом режиме строятся различного рода аналитические учетные и отчетные формы, предназначенные для поддержки принятия управленческих решений.

Другой федеральный сервис – Система электронной записи к врачу (федеральная электронная регистратура) – позволяет гражданам записаться на прием к нужному специалисту с помощью Единого портала государственных услуг.

Для автоматизации задач по диспетчеризации при оказании скорой медицинской помощи используется унифицированное решение для обеспечения диспетчеризации санитарного автотранспорта, а для решения задач хозяйственного учета в медицинской организации – Система управления административно-хозяйственной деятельностью.

Все разрабатываемые федеральные сервисы используют единый реестр нормативно-справочной информации, позволяющий обеспечить согласованность и преемственность данных между различными системами.

Данные о медицинских работниках и медицинских организациях поступают из Федерального регистра медицинских и фармацевтических работников и из Подсистемы ведения паспортов медицинских организаций, где информацию актуализируют сами медицинские организации.

Для интеграции федеральных сервисов между собой и с региональными медицинскими информационными системами используется Сервис интеграции прикладных систем. Он позволяет маршрутизировать запросы информационных систем, осуществлять контроль корректности и правомерности вызова сервисов прикладных компонентов и обеспечивать гарантированную доставку сообщений.

Федеральные информационные сервисы основываются на принципах, заложенных в Концепции создания ЕГИСЗ:

- однократный ввод и многократное использование первичной информации, в т. ч. для целей управления здравоохранением;

- использование электронных документов, юридическая значимость которых подтверждена электронной цифровой подписью, в качестве основного источника первичной информации в Системе,
- обеспечение совместимости (интероперабельности) медицинских информационных систем и др.

В Концепции создания ЕГИСЗ был предусмотрен блок задач по разработке специализированного программного обеспечения для поддержки деятельности врача.

В частности, это касается оперативной оценки взаимодействия назначаемых лекарственных препаратов и предупреждений об опасных для жизни пациента комбинациях лекарственных средств.

Для решения этих задач был разработан Централизованный сервис информирования о взаимодействии лекарственных средств (далее – ЦС ВЛС).

Сервис представляет собой экспертную систему поддержки принятия решений при проведении индивидуальной комбинированной фармакотерапии. Он опирается на информацию других федеральных информационных сервисов, работающих с ним одновременно. В качестве основного источника данных о номенклатуре зарегистрированных лекарственных средств используется Государственный реестр лекарственных средств. Ведение классификатора болезней полностью согласовано с централизованным сервисом ведения нормативно-справочной информации (НСИ).

Основными функциональными возможностями ЦС ВЛС являются:

- работа централизованного сервиса с использованием web-интерфейса;
- однозначная идентификация зарегистрированных пользователей;
- возможность формирования списка взаимодействующих лекарств по торговым наименованиям;
- большая размерность списка анализируемых препаратов (достоверно до 30 наименований одновременно, возможно и более);
- графическое отображение схемы назначения лекарств;
- определение условий комбинирования для списка взаимодействующих препаратов (с возможностью его изменения), алгоритмически применяемые условия комбинирования при назначении новых препаратов (на фоне уже применяемых препаратов), анализ результата применения препаратов после отмены ранее назначенных;
- документирование результатов информационного поиска с возможностью их сохранения (в электронном и бумажном виде);
- сохранение назначаемых (анализируемых) комбинаций препаратов с возможностью последующей корректировки;
- объяснение результатов информационного поиска с предоставлением библиографических ссылок на первоисточники;
- рекомендации по корректировке возможных нежелательных последствий взаимодействия;
- экспертная оценка желательности или нежелательности проявления результатов взаимодействия лекарств при имеющихся у пациента показаниях к применению одного из взаимодействующих препаратов (или обоих);
- получение дополнительной информации о дозах и способах дозирования назначаемых лекарственных средств, при которых результаты взаимодействия оказываются справедливыми;
- возможность получения информации об использовании лекарственных средств в виде официальных инструкций по их медицинскому применению. Одним из методологических составляющих разработки является сочетание в информационном проекте возможности одновременного решения профессиональных и дидактических задач.

Интеграция ЦС ВЛС с внешними медицинскими информационными системами и интернет-ресурсами осуществляется через стандартизированный протокол информационного обмена, обеспечивающего преемственность фармакотерапии на уровне интегрированной электронной медицинской карты пациента.

Функционал экспертной оценки проводимой комбинированной фармакотерапии включен в алгоритмы, отчеты и интерфейс ведения электронной медицинской карты пациента.

Для фармакологической классификации лекарственных средств используется первый раздел Классификатора аптечных товаров («Лекарственные средства»), который основан:

- на официальной регистрационной информации лекарств;
- на образовательных стандартах по специальностям «фармакология», «лечебное дело», «сестринское дело», «врач общей практики», «медицинское и фармацевтическое товароведение» и «экономика и организация фармации»;
- на нормативных актах, определяющих групповой состав номенклатуры аптечных товаров, реализуемых на фармацевтическом рынке, а также фактически сложившуюся практику группирования аптечных товаров товаропроизводителями и товаропроводящей сетью.

Экспертная система «Взаимодействие лекарств».

Экспертная система «Взаимодействие лекарств», предназначенная для информационно-технологического сопровождения процессов поддержки принятия решений при проведении индивидуальной комбинированной фармакотерапии, состоит из следующих элементов:

- базы знаний, объединяющей базу данных (фактов) и базу правил (свод эвристических правил);
- программного обеспечения, осуществляющего функции:
 - ведения базы знаний (базы данных и базы правил) предметной области знаний «взаимодействие лекарств»;
 - интерпретации, выполняющей логические операции с фактами посредством эвристических правил;
 - ввода-вывода содержательной информации поданной предметной области знаний в формализованном виде;
 - объяснений результатов информационного поиска;
 - блока пополнения знаний, анализирующего информационную полноту базы знаний и обеспечивающего управляемое самообучение системы.

Для обеспечения работы экспертной системы был определен перечень справочников и классификаторов, используя которые, можно формализовать весь набор сведений (данных и правил) изучаемой и автоматизируемой области знаний.

В реальных клинических случаях рассмотрение результатов взаимодействия лекарственных средств не происходит в отрыве от анализа фармакологического действия медикаментозной комбинации на пациента с учетом индивидуальных особенностей его заболевания, особенностей питания, наличия вредных привычек.

Для обеспечения необходимого уровня доверия потенциальных пользователей к результатам информационного поиска вся накапливаемая в системе информация сопровождается ссылочными данными на информационный первоисточник.

Особенностью цитирования является наличие в информационном поле официальной информации об использовании лекарственных средств в виде инструкций по применению (утверждаемых при регистрации лекарственных средств и периодически пересматриваемых производителями) и справочных изданий, которые также используют информацию, поступающую от фирм-производителей, и ежегодно публикуют статьи относительно примерно одного и того же перечня лекарств.

Вместе с искомой ссылкой на инструкцию по медицинскому применению лекарственного препарата можно получить еще пять ежегодных ссылок на справочное издание. Очевидно, что количество таких ссылок не повышает достоверности данных о результате взаимодействия.

На практике это усугубляется «размыванием» истории возникновения сведений: один источник приводит результаты с точной ссылкой на источники данных, а другой, собирая материалы из разных справочников, не дает таких ссылок, приводя только общий список обработанной литературы. В случае цитирования этого издания первоисточником становится уже оно, что на самом деле не так.

Следующим серьезным недостатком в работе экспертной системы является невозможность формализовать и интерпретировать механизмы фармакологического действия лекарственных средств (как и механизмы взаимодействия) и, как следствие, эффекты взаимодействия без учета входных условий комбинирования лекарственных средств.

Условия комбинирования взаимодействующих лекарственных средств, действующих веществ и групп лекарственных средств задаются при внесении информации в базу знаний в составе продукционных правил.

Использование правила «Если – то» для представления сведений о взаимодействии лекарственных средств позволило обеспечить:

- модульность в работе с информацией: каждое правило описывает небольшой, относительно независимый фрагмент знаний;
- возможность добавления новых правил в базу данных относительно независимо от других правил;
- удобство модификации: старые правила можно изменять и заменять на новые независимо от других правил, сохраняя при этом историю изменения значений.

Алгоритм поиска содержательной информации по базе знаний должен строиться на принципе «от частного к общему».

Следует рассмотреть наличие содержательной информации о результатах комбинирования групп, к которым относятся взаимодействующие препараты, с учетом того же условия комбинирования.

В отсутствие конкретных данных о результатах взаимодействия анализируемых фармакологических групп между собой следует проанализировать содержание спектра химических и физических свойств, а также фармакологических реакций каждого из взаимодействующих препаратов и сопоставить их по общим правилам экспертной оценки результатов взаимодействия лекарственных средств, описанных в терминах «эффективность» и «безопасность».

Во всех случаях поиска в отсутствие фактографической информации о результатах взаимодействия лекарственных средств пользователю должно выдаваться соответствующее сообщение системы.

При наличии в базе данных сведений о коллективной экспертной оценке результатов взаимодействия лекарственных средств относительно конкретных заболеваний пользователю может быть предоставлена возможность проведения поиска с помощью «обратной цепочки» получения вывода.

Это предполагает выдачу такого же по формату итогового документа, входной информацией для которого должна служить информация о конкретном состоянии больного и перечне результирующих фармакологических реакций, которые необходимо получить для достижения максимального эффективного и безопасного фармакотерапевтического эффекта.

При рассмотрении вопросов о взаимодействии лекарственных средств по результатам, полученным на практике и имеющим документальное подтверждение, ведущей является оценка влияния результатов взаимодействия препаратов на успешность фармакотерапии.

Однако для информационного решения этой проблемы необходимо абстрагироваться от конкретного больного и определенного набора диагнозов, максимально детализировав и формализовав все существенные параметры модели взаимодействия препаратов как объекта исследований.

При этом важно, чтобы информация о результатах взаимодействия между препаратами была максимально полной, так как это позволяет учесть при анализе взаимодействия весь спектр вероятностно возникающих эффектов и экспертно оценить их влияние на конкретный (сформулированный максимально узко) диагноз.

В настоящее время продолжается работа по наполнению базы знаний экспертной системы правилами вывода результатов взаимодействия на основе химических и физических свойств веществ, их фармакодинамических и фармакокинетических механизмов действия, а также формализации представления знаний о показаниях и противопоказаниях к применению.

В перспективе функционал централизованного сервиса будет дополнен возможностью проверки показаний и противопоказаний к применению назначаемых лекарственных средств с учетом индивидуально выявленных состояния и заболеваний пациента, его возраста и дополнительно назначаемых процедур и исследований.

Райх, А. В. Медицинская информационная система как средство учета медицинских услуг и инструмент для расчета стимулирующей части оплаты труда [Текст] / А. В. Райх, А. А. Дубровин, Г. И. Чеченин // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 5. – С. 52-56.

В статье представлен материал о медицинской информационной системе «ИнфоМуЗдрав», которая позволяет учитывать простые и сложные медицинские услуги, выполненные согласно стандартам оказания медпомощи, и объективно рассчитать стимулирующие доплаты для каждого сотрудника медицинской организации с учетом количества и качества выполненной им работы.

Медицинская информационная система «ИнфоМуЗдрав», разработанная Новокузнецким КМИАЦ, позволяет своевременно учитывать выполненную работу каждым сотрудником, оценить качество выполненной работы и без потерь передать реестры на оплату в ТФОМС.

Для уменьшения количества ошибок в реестре экономический модуль медицинской информационной системы поддерживает ряд функций:

Учет тарифов. В данном механизме предусмотрена работа с тарифами ТФОМС. Одновременно может быть создано несколько тарифов.

Автоматизированное формирование реестра. Данный механизм позволяет формировать реестр ОМС, включая его печатную часть и электронную таблицу для передачи в страховую компанию.

Модуль контроля качества реестра. В программу встроен внутренний контроль реестра. С его помощью проводится автоматический контроль реестра на наличие ошибок, полноты заполнения, дублирования сведений об услугах и т.д. Наличие этого модуля позволяет существенно сократить количество ошибок в реестре, выявляемых при экспертизе в страховой компании, а за счет этого – сократить число штрафных санкций к ЛПУ.

Автоматический импорт данных из блока статистики МИС. Данные для реестра автоматически импортируются из подсистемы статистики МИС.

Автоматизированная валидация реестром на оплату по ОМС. Позволяет выполнять проверку структуры, которая должна полностью соответствовать структуре реестра, утвержденной Приказом ФОМС от 7 апреля 2011 г. №79: осуществляется проверка порядка следования элементов, их наименование, размерность, обязательность и тип. Можно проверить реестр по различным настраиваемым критериям, которые собраны в наборы. Перед запуском валидации реестра можно выбрать необходимые наборы критериев для проверки.

Для эффективного распределения средств, полученных за выполненные медицинские услуги, используется экономическое приложение медицинской информационной системы. Данный блок позволяет автоматически распределить фонд материального поощрения по специалистам в соответствии с критериями, определенными для каждого из них.

Основные положения при формировании системы распределения стимулирующей части оплаты труда:

1. Фонд экономического стимулирования формировать отдельно для каждого этапа оказания медицинской помощи (стационарного и амбулаторного).

2. Целевые стимулирующие выплаты за неотложную помощь, диспансеризацию, раннее выявление онкологических заболеваний осуществлять работникам, непосредственно выполнявшим данные виды работ.

3. Коэффициент достижения результата (КДР) рассчитывать персонально на каждого сотрудника исходя из объема и качества фактически выполненных работ.

При оценке КДР установить следующие критерии:

– Объем выполненной работы – 80%.

– Качество - 10%.

– Работа в МИС «ИнфоМуЗдрав» – 10%.

– Учитывать результаты медико-экономической экспертизы – 1/10 от размера штрафа СМО накладывать на сотрудника, допустившего нарушение.

Ежемесячно в каждом структурном подразделении формируется матрица распределения фонда материального поощрения. В матрицу внесены персональные показатели деятельности

каждого сотрудника подразделения по следующим критериям: должность сотрудника, базовый (квалификационный) коэффициент (*Коэф.*), фамилия, имя, отчество сотрудника (*Ф.И.О.*), количество отработанных дней (*ОД*), плановое количество условных трудовых единиц на полный месяц на 1 ставку (*План на 1 ст.*), фактически выполненное количество трудовых единиц (*Факт*), количество посещений, выполненных с неотложной целью (*из них НП*), Количество пациентов, пролеченных в дневном стационаре (*ДС*), сложность выполняемой работы (*Сложн.*), уровень качества предоставляемых услуг, рассчитываемый ежемесячно в соответствии с положением о внутриведомственном контроле качества (*Уровень качества*), работа в медицинской информационной системе в соответствии с квалификацией (*МИС*), коэффициент достижения результата (*КДР*), сумма стимулирующих доплат за рассчитанный КДР (*Сумма за КДР*), сумма стимулирующих доплат за оказание пациентам неотложной помощи (*Сумма за НП*), сумма стимулирующих доплат за лечение пациентов в дневном стационаре (*Сумма за ДС*), общая сумма начисленных стимулирующих доплат (*Итог, сумма*).

Предложенная система позволяет эффективно мотивировать сотрудников медицинской организации на достижение лучших результатов деятельности, учесть выполненную работу и значительно увеличить материальное вознаграждение медицинских работников.

Евланова, В. Библиотека в кармане [Текст] / В. Евланова // Медицинская газета. – 2014. – 23 мая (№ 37). – С. 12.

В статье представлен материал о том, что в Москве в рамках XXI Российского национального конгресса «Человек и лекарство» объявлено о запуске в России полностью обновлённой версии авторитетного международного информационно-образовательного портала для врачей Univadis. Он обеспечивает доступ к новостям медицины, образовательным он-лайн-курсам, 2D- и 3D-анатомии, более 3 тыс. медицинских изображений, научным статьям, обзорам и результатам исследований от ведущих медицинских изданий, таких как The Lancet, British Medical Journal и других всемирно известных журналов, клиник и ассоциаций.

Официальный запуск первой русскоязычной версии портала состоялся в 2012 г. при поддержке Российской академии медицинских наук, на сегодняшний день число специалистов, воспользовавшихся его ресурсами, достигает 62 тыс., что составляет около 10% всех российских врачей. А нынче предлагается усовершенствованный вариант.

Новый Univadis содержит расширенную библиотеку ресурсов, которые теперь представлены в виде приложений. Врачи могут выбрать нужный раздел-приложение и настроить портал в соответствии со своими клиническими интересами и специализацией. Теперь, когда платформа адаптирована для работы с любых планшетов и смартфонов, доктора всегда будут иметь под рукой быстрый доступ к огромному количеству новостей, исследований, обучающих курсов и инструментов, в том числе применимых, в буквальном смысле слова, у постели больного: вопросникам, медицинским калькуляторам, справочникам.

По данным исследований, проведённых в 2013 г., на сегодняшний день около 62% врачей в России регулярно используют он-лайн-ресурсы в своей повседневной практике. На симпозиуме с интерактивной дискуссией «Интеграция современных технологий и интернет-ресурсов в систему непрерывного медицинского образования», состоявшемся в рамках XXI конгресса «Человек и лекарство», академик РАН Александр Чучалин отметил, что каждый врач сам несёт ответственность за своё образование. И в наш век - век цифровых технологий - доктора не могут обходиться без профессиональных интернет-ресурсов. Univadis - один из достойных примеров профессионального медицинского сайта, помогающий практикующему доктору повысить качество оказания помощи больным.

Портал также предоставляет врачам бесплатный доступ более чем к 400 профессиональным медицинским курсам, разработанным BMJ Learning – мировым лидером по созданию модулей для дистанционного образования врачей различных специальностей. Несколько десятков курсов уже переведены на русский язык.

Тоцкая, Е. Г. Телемедицина как механизм обеспечения доступности высокотехнологичных медицинских услуг и инновационных технологий в здравоохранении [Текст] / Е. Г. Тоцкая, О. Б. Покровская // Политравма. – 2013. – № 4. – С. 12-16.

В статье отражены актуальные вопросы внедрения высоких технологий в практику отечественного здравоохранения. Рассматриваются проблемы доступности современных лечебно-диагностических методов для жителей малонаселенных и отдаленных регионов.

Состояние инновационной деятельности в любом государстве является важнейшим индикатором развития общества и его экономики. В настоящее время инновационная политика в развитых странах является составной частью государственной социально-экономической политики. В соответствии с концепцией развития инновационной экономики России, в том числе в здравоохранении, определены направления деятельности, одним из которых является масштабная модернизация технологий. Современный уровень развития медицины характеризуется наукоемкостью и высокотехнологичностью, что требует подготовленных концептуально и технически квалифицированных специалистов, способных решать задачи инновационного развития и распространения новых технологий.

Особо остро в практике мирового и отечественного здравоохранения стоит проблема территориальной несправедливости в доступе к медицинскому обслуживанию, которая решается многими странами на протяжении достаточно долгого периода. Территориальная протяженность и неравномерность заселения территорий Российской Федерации, а также связанная с этим концентрация ведущих медицинских учреждений страны в больших городах свидетельствуют о том, что проблема доступности специализированной и высококвалифицированной медицинской помощи существует и в нашей стране. Одним из крупнейших территориально административных образований России является Сибирский федеральный округ (СФО), который объединяет 16 регионов. К существенным проблемам здравоохранения СФО можно отнести недостаточное количество высококвалифицированных специалистов в ряде регионов, а также слабое обеспечение дорогостоящим оборудованием.

В рамках комплексного социально-гигиенического исследования по проблемам управления инновациями в здравоохранении при участии Межрегиональной ассоциации «Здравоохранение Сибири» и ведущих медицинских организаций федерального уровня проведен анализ состояния (2007-2012 гг.) и перспектив развития телемедицинских технологий на территории СФО. По представленным Государственным учреждением «Сибирский окружной медицинский центр Минздрава России» обобщенным данным основными направлениями деятельности в сфере телемедицинских технологий в СФО являются: консультационные услуги, видеоконференции, дистанционные формы обучения. В настоящее время на территории округа существует 26 ТМ пунктов с различным уровнем оснащения и структурной организации в Новосибирской, Омской, Томской и Кемеровской областях, Алтайском, Красноярском краях и Республике Бурятия.

Существующие сегодня ТМ центры оснащены специализированными программно-аппаратными комплексами, позволяющими транслировать видеоизображение, передавать электрокардиограммы, рентгеновские снимки, УЗИ, эндоскопические, цитологические, томографические и другие изображения в режиме реального времени либо в режиме «off line». Скоростными каналами, обеспечивающими высококачественную видеосвязь (ISDN), пользуются 6 ТМ центров (Новосибирск, Барнаул, Иркутск, Улан-Удэ, Чита, Омск). Остальные используют каналы Internet, которые могут быть альтернативным перспективным техническим решением в связи с ограниченными возможностями ряда регионов в подключении к скоростным каналам. Возможность организовать многоточечную связь (подключение одновременно нескольких терминалов) непосредственно со своего телемедицинского пункта имеют только Иркутский региональный центр телемедицины и ТМЦ ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России. Остальные пользуются при организации видеоконференций услугами других центров.

Всего по округу за последние пять лет проведено 5380 телемедицинских сеансов, из них 3397 консультаций, 1042 конференций, 2 Коллегии, 36 лекций и семинаров, 3 аттестации и предаттестации. В среднем на 1 центр приходится по 81 ТМ сеансу в год. В структуре сеансов в

целом по округу преобладают ТМ консультации (96 %). Конференции, лекции и семинары составляют 4 %.

Телемедицина на сегодняшний день остается дорогостоящей технологией. Источниками финансирования являются бюджеты субъектов Федерации, средства ОМС, федерального бюджета, часть консультаций предоставляется на платной основе. Анализ экономического эффекта ТМ консультаций проводится не во всех центрах. В Иркутском региональном центре ТМ наиболее полно разработана методика с использованием анализа затраты, т.е. эффективности по актуальным профилям консультаций. Она опубликована и одобрена Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

Дистанционное обучение как один из видов деятельности ТМ центров - перспективное направление повышения квалификации специалистов. Однако развитие его сдерживается отсутствием нормативно-правовой базы, регламентирующей этот процесс. Всего по округу за 4 года транслировались 38 лекций и семинаров (1 % всех ТМ сеансов) – по 1,2 на 1 центр в год. В аттестации врачей и среднего медицинского персонала телемедицина используется также недостаточно, всего по округу проведено 3 таких сеанса.

Таким образом, несмотря на увеличение количества ТМ центров на территории Сибирского федерального округа, преждевременно сегодня говорить о формировании единой ТМ сети. Такая сеть, объединяющая региональные ТМ сети в рамках единой политики информационного обеспечения здравоохранения округа, могла бы реально способствовать приближению высококвалифицированной медицинской помощи к конкретному больному, повышению профессионального уровня медицинских кадров, совершенствованию организации здравоохранения, обеспечивая в итоге качество медицинской помощи.

В качестве факторов, сдерживающих внедрение ТМ технологий в региональное здравоохранение и здравоохранение Сибирского федерального округа, по данным социологического исследования, проведенного среди руководителей ТМ центров в количестве 35 специалистов, выявлены следующие:

- отсутствие единой нормативной базы, регламентирующей деятельность ТМ центров и порядок предоставления ТМ консультаций;
- отсутствие стабильных источников финансирования;
- отсутствие единых подходов к разработке технического проекта организации и развития региональных телемедицинских сетей;
- отсутствие структуры, координирующей деятельность ТМ центров в округе и владеющей информацией о возможностях ТМ центров в регионах, а также о возможностях получения специализированной консультативной помощи на территории округа. Данные, полученные при опросе руководителей, вполне соотносятся с указанными в литературных источниках проблемами организации единой телекоммуникационной системы в сфере здравоохранения. Важнейшей проблемой является также отсутствие четко регламентированных подходов к организации телемедицинских консультаций с использованием инструментов системы менеджмента качества.

Основываясь на анализе использования телемедицинских технологий в СФО и руководствуясь задачами по организации потоков нуждающихся в оказании специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи травматолого-ортопедического профиля, используя колоссальный опыт интерактивных технологий при организации консультационной, образовательной деятельности и управления, Новосибирский НИИТО в ходе исследования предложил систему стандартизации передачи и обмена медицинскими данными (как текстовыми, так и визуальными); разработаны методические подходы к организации и проведению телемедицинских консультаций.

Были также сформулированы предложения для Министерства здравоохранения области по совершенствованию и развитию данного направления в здравоохранении, которые включили:

- разработку проектного варианта нормативных актов, регламентирующих правовую базу (региональную) при проведении телемедицинских консультаций, включая вопросы лицензирования телемедицинских услуг;

- создание национальных стандартов;
- рассмотрение механизмов оплаты телемедицинских консультаций через различные варианты медицинского страхования (добровольное, обязательное);
- принятие мер по совершенствованию и развитию каналов связи, высокоскоростных цифровых каналов в отдаленных от федеральных центров районах;
- создание проекта программы развития телемедицины с реальным финансированием (на региональном уровне).

В целом телемедицинские технологии заняли достойное место в здравоохранении, реально помогая приблизить высокотехнологичные виды медицинской помощи к их потребителю. Перспективными направлениями развития телемедицины в России можно назвать развертывание телеконсультационных центров на базе ведущих республиканских и региональных больниц и центров, организацию региональных центров телемедицинского сервиса и объединение их в телемедицинскую сеть России, принятие региональных целевых программ по развитию телемедицины, налаживание долговременных контактов с зарубежными телеконсультационными клиниками, проведение дистантного обучения по различным областям медицины, рассмотрение проблемы государственной поддержки телемедицины на уровне Правительства РФ.

Внедрение в деятельность учреждений здравоохранения СФО телемедицинских технологии позволит повысить качество и уровень специализированной медицинской помощи, ускорить и обеспечить развитие высокотехнологичных видов медицинской помощи, оперативно консультировать больных, проводить эффективный отбор на госпитализацию, проводить обучение медицинского персонала на курсах повышения квалификации с использованием ресурса ведущих учебных баз. Для дальнейшего развития телемедицины в СФО необходимы объединение усилий и координация действий всех заинтересованных сторон. Имеющийся научный потенциал, наличие клиник и НИИ позволяют оказывать специализированную высокотехнологичную медицинскую помощь больным в разных клиниках СФО.

Восканян, Е. ИТ в медицине [Текст] / Е. Восканян // Медицинский вестник. – 2014. – 26 мая (№ 14-15). – С. 9.

В статье рассказывается о новом Ситуационном центре, который, презентовал Минздрав РФ. Благодаря новому сервису можно в режиме реального времени получать информацию о результатах работы системы здравоохранения со всей территории России, что позволит принимать более взвешенные решения по управлению отраслью.

Основной интерфейс центра – карта, на которую можно выводить практически любые статистические показатели из информационных систем Минздрава, уже подключенных к этой программе. Рассказывая о возможностях Ситуационного центра, заместитель директора Департамента информационных технологий и связи Минздрава РФ Роман Сафронов подчеркивает, что сюда поступает вся статистическая информация, собранная в регионах, что позволяет сравнивать территории по определенным показателям и выявлять диспропорции, которые могут привести к развитию кризисных ситуаций. Данные могут оперативно отображаться и в виде таблиц, что особенно удобно во время больших совещаний, при анализе той или иной ситуации.

Планируется, что ручной ввод данных в систему будет минимальным, так как сервис интегрирован с ЕГИСЗ. Министр здравоохранения Вероника Скворцова уже пользуется возможностями Ситуационного центра в повседневной деятельности. Помимо стационарной, есть мобильная версия кабинета руководителя, включающая необходимые элементы: календарь, звонки, аналитические отчеты, новостные ленты, информацию, переданную сотрудниками.

Благодаря этому глава ведомства получает оперативную и достоверную информацию по всем ключевым вопросам в режиме реального времени как на рабочем месте, так и на удаленном доступе.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Леванович, В. В. Роль и место современных образовательных технологий в медицинском вузе [Текст] / В. В. Леванович, Г. А. Суслова, А. В. Гостимский // Педиатр. – 2013. – № 4. – С. 3-7.

В данной публикации представлен материал о внедрении в практическую подготовку студентов медицинских вузов симуляционных технологий, которые позволяют избежать совершения врачебных ошибок на живом пациенте. Фантомы и симуляторы позволяют довести до автоматизма выполнение навыков путем многократного повторения одних и тех же действий. Современные виртуальные роботы-симуляторы позволяют моделировать редкие клинические случаи.

Использование симуляционных методов в ходе обучения студентов-медиков в настоящее время обязательно. Так, в приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 января 2007 г. № 30 «Об утверждении Порядка допуска студентов высших и средних медицинских учебных заведений к участию в оказании медицинской помощи гражданам» сказано, что к участию в оказании медицинской помощи гражданам допускаются студенты высших и средних медицинских учебных заведений, успешно прошедшие необходимую теоретическую подготовку, имеющие практические навыки, приобретенные на муляжах (фантомах).

В Санкт-Петербургском государственном педиатрическом медицинском университете широкое внедрение фантомно-симуляционных методов обучения студентов начато с 2008 года, когда были сформированы фантомные классы для преподавания основ первичной сердечно-легочной реанимации и ухода за здоровым и больным ребенком. В дальнейшем с расширением возможностей классы реформировались в фантомный центр, в котором наряду с имевшимися открылись кабинеты для проведения занятий в виртуальном родильном зале с возможностью реанимации новорожденного в условиях родильной палаты, получения навыков по заменному переливанию крови (2009 год), и для последиplomного образования врачей по акушерству и гинекологии (2010 год). Создание тематических классов фантомно-симуляционного обучения определило необходимость формирования новой кафедры, основной задачей которой явилось дальнейшее внедрение фантомно-симуляционных методов в учебный процесс. В 2011 году в университете образована кафедра общей медицинской практики.

К сегодняшнему дню в мире разработаны современные методы обучения медицинским теоретическим дисциплинам, включающие, например, виртуальные биохимические лаборатории, современные компьютерные анатомические программы, 3D - моделирование в оперативной хирургии и многие другие.

Значительные перспективы развития в дипломной и постдипломной подготовке студентов и врачей имеет телемедицина и телеобучение. Видеотрансляции осмотра пациентов, уникальных операций или других манипуляций не ограничены расстоянием и временем и могут использоваться в ходе практических занятий, лекций.

С целью широкого внедрения в учебный процесс современных образовательных технологий и полноценного использования их на дипломном и постдипломном уровнях, координации межкафедральных взаимоотношений в преподавании решением Ученого совета Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета создан центр современных образовательных технологий.

Основными задачами центра современных образовательных технологий являются:

– разработка концепции применения новых образовательных технологий в преподавании в Санкт-Петербургском государственном педиатрическом медицинском университете.

– использование современных образовательных технологий, применяемых в ходе дипломного и постдипломного обучения студентов и врачей, в структуре различных подразделений вуза с формированием единой системы преподавания.

– организационно-методическое обеспечение применения современных образовательных технологий в ходе обучения студентов и врачей в университете.

– формирование единых программ подготовки специалистов с привлечением и координацией кафедр теоретического и практического обучения с использованием современных образовательных технологий.

— формирование многоуровневой ступенчатой системы современных образовательных технологий теоретического и практического обучения в ходе дипломной и постдипломной подготовки студентов и врачей в Санкт-Петербургском государственном педиатрическом медицинском университете.

Современные образовательные технологии внедрены в практику преподавания различных подразделений университета в структуре как дипломной, так постдипломной подготовки. Так, в ходе изучения анатомии человека используются анатомические модели, компьютерные технологии, цикл оперативной хирургии подразумевает изучение простейших манипуляций на фантомах. Принципы сердечно-легочной реанимации студенты изучают на симуляторах в цикле анестезиологии и реанимации. Телеобучение используется в практике подготовки врачей ультразвуковой диагностики. 3D-моделирование широко применяется на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии. Симуляторы родов применяются как в ходе дипломной, так постдипломной подготовки студентов и врачей. Наконец, практические навыки студенты и врачи могут осваивать в фантомных классах на кафедре общей медицинской практики. В практике преподавания ряда дисциплин широко применяются методы компьютерного обучения и контроля. Важной представляется возможность самостоятельной работы студентов с фантомами и симуляторами в свободное время.

Современные медицинские тренажеры и роботы-симуляторы требуют организации единого компьютерного управляющего центра, что практически невозможно осуществить при разбросе симуляторов на различных кафедрах, зачастую удаленных друг от друга. Преподавание с использованием фантомов и симуляторов требует квалифицированных подготовленных преподавательских кадров.

Первый опыт преподавания учебной практики на кафедре общей медицинской практики показал, что применение фантомов в обучении студентов приводит к хорошему усвоению теоретической части и овладению практическими навыками. Так среди 754 аттестованных студентов первого курса оценки «отлично» и «хорошо» получили 614 (81,5%) человек. Удовлетворительные знания показали 46 (6,2%) студентов. Лишь 93 (12,3 %) учащихся усвоили материал плохо.

Таким образом, внедрение современных образовательных технологий, таких как 3D-технологии, телемедицина, фантомно-симуляционные методики в преподавание в медицинских вузах является жизненной необходимостью и позволяет перейти на качественно новый современный уровень.

Дымова, Ж. «Умная» клиника [Текст] / Ж. Дымова // Медицинская газета. – 2014. – 28 мая (№ 38). – С. 11.

Достижения и перспективы автоматизации медицинских учреждений обсуждались на конференции «ИТ в здравоохранении: работа продолжается».

Смарт-палата – где на мониторе перед пациентом при входе медицинской сестры обозначается её степень допуска и полный перечень того, что она должна делать. Высочайшие требования к безопасности пациентов минимизируют риски ошибок медицинского персонала. К примеру, если это не заложено в истории болезни, медсестра не может ввести больному лекарство. А любой пациент клиники имеет право и возможность получить доступ к электронной истории болезни с любого компьютера или мобильного устройства...

Смарт-операционная – где за считанные секунды после появления хирурга уже всё приспособлено для работы. В том числе и автоматическая система контроля за анестезиологическим пособием, работающая гораздо быстрее, чем даже самый опытный анестезиолог. Во время операций производится видеозапись операционного поля, фиксация показаний всех приборов, регистрация вводимых лекарственных препаратов. В дальнейшем эта медицинская информация используется и при реконструкции ситуации в операционном зале, и для создания полностью иллюстрированных технологических карт и стандартов проведения операций.

На конференции по ИТ-технологиям выступили заместитель директора Департамента информационных технологий и связи Министерства здравоохранения РФ Роман Сафронов, заведующий отделом информационных технологий Гематологического научного центра

Минздрава России Борис Зингерман, а также специалисты по ИТ - представители ведущих отечественных и зарубежных компаний.

Они отметили, что ИТ являются важнейшим элементом контроля качества медицинской помощи и компонентом, обеспечивающим реальную информированность больного.

Правда, централизованное управление инженерной и ИТ-инфраструктурой здания, которое есть в одной из московских клиник, на сегодняшний день – пилотный проект, аналогов которому в России пока нет. Но за такими «умными» клиниками – будущее.

3D-технологии в очках «Smart Glasses», позволившие медицинскому персоналу видеть «сквозь» кожу пациентов // Менеджер здравоохранения. – 2014. - № 5. – С. 68-69.

Технологии, использованные в очках «Smart Glasses» («Умные очки»), заняли достойное место в списке медицинских технологических прорывов, обеспечив преимущество в бесценном и универсальном параметре оказания медицинской помощи - времени. По мнению разработчиков, инновация позволяет коренным образом изменить качество проведения внутривенных манипуляций путем предоставления возможности медицинскому персоналу «видеть» подкожную сосудистую сеть пациентов. «Видящие сквозь кожу» очки являются ярким примером появления поражающих воображение медицинских технологий, рожденных на стыке наук.

Специалисты компании-разработчика «Evena Medical», комментируя свое открытие, а также перспективы его применения в медицине, признают, что прорывной инжиниринг устройства граничит с научной фантастикой: в конструкции очков использованы технологии мультиспектральной 3D-визуализации с вычленением световых волн невидимого спектра и переносом их в сегмент обычного видения. Результат – органичное сочетание цифровой и физической реальности, позволяющее медицинским сестрам без промедления находить вены, приемлемые для внутривенного доступа.

Первый мысленно контролируемый протез нижней конечности // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 5. – С. 69.

Колоссальным успехом в области протезирования стало создание биоинженерами Чикагского института реабилитации (Rehabilitation Institute of Chicago), США, первого в мире мысленно управляемого робопротеза ноги. Используя технологии, ранее примененные при создании бионического протеза верхней конечности, ученые вживили нервные волокна, проводящие импульсы от мозга к мышцам поврежденной конечности, в здоровые мышцы, объединенные в единый биомеханический комплекс с протезом. Сенсоры протезированной конечности обеспечивают расшифровку поступающих к протезу нервных импульсов. По отзывам первого и единственного реципиента биопротеза – Зака Вовтера (Zac Vawter): «Протез позволяет легко подниматься и спускаться по лестнице и меняет положение при мысли о движении, которое лишь намереваешься сделать. Это действительно открывает новые возможности более полноценной жизни для людей с ампутированными нижними конечностями».

Борисов, Ю. Шурупы из шёлка [Текст] / Ю. Борисов // Медицинская газета. – 2014. – 23 мая (№ 37). – С. 13.

В статье рассказывается о том, что для лечения переломов костей в недавно проведенном в США исследовании были использованы шурупы из 100-процентного шёлка. Это исследование может в корне изменить оперативную хирургию.

Команда медицинских технологов из Университета Тафте, штат Массачусетс, изготовила шурупы из медицинского шёлка, используя при этом специально разработанные формы. С помощью медицинской швейной машины шёлк можно разрезать на куски любого размера.

По прогнозам американских учёных, в будущем металлические зажимы могут быть заменены на пластины и шурупы из натурального волокна, которое впоследствии растворяется в организме. Пока эксперимент был проведен только на грызунах. Шурупы были вставлены в

задние лапы крыс, где они успешно функционировали в течение 4-8 недель. В конце этого периода шёлк начал растворяться в теле.

Согласно исследователям, низкий уровень жёсткости шёлка делает его похожим на кость. В отличие от металлических пластин и шурупов, шёлк также обладает уникальной способностью распадаться. Таким образом, шёлк является инновационным материалом биоинженерии.

Совсем недавно немецкие исследователи покрыли силиконовые имплантаты груди тонким слоем биоинженерного шёлкового белка. Согласно их доклиническим исследованиям, шёлковое покрытие предотвращает или смягчает болевые реакции.

Американские биологи создали трансгенных шелкопрядных червей, которые способны вырабатывать очень прочный шёлк.

Червей-шелкопрядов очень легко разводить, но, к сожалению, их шёлк получается непрочным. Уже давно исследователи пытаются совместить гены пауков с генами шелкопрядов. Однако до сих пор получаемые трансгенные черви-шелкопряды давали очень мало паутины.

Генетически модифицированные шелкопрядные черви, полученные группой исследователей во главе с профессором Доном Джарвисом из Университета штата Вайоминг, способны производить в больших количествах волокна, которые не уступают по прочности паутине пауков.

Оценивая полученный результат, доктор Кристофер Холланд из Оксфордского университета заявил, что это важный шаг в направлении коммерческого производства суперпрочного шёлка. Больше всего от нового открытия может выиграть медицина, где постоянно присутствует потребность в более прочных материалах из шёлка, используемых при хирургических операциях и изготовлении протезов.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Центры здоровья для детей как основа модернизации профилактического направления в педиатрии [Текст] / А. А. Модестов [и др.] // Заместитель главного врача. – 2014. – № 5. – С. 22-28.

В данной статье приведены результаты исследования центров здоровья для детей в 14 субъектах РФ. Разработаны предложения о направлениях деятельности центров на ближайшие несколько лет.

В настоящее время на территории РФ функционирует 204 ЦЗ для детей. В 2010 г. в них обратилось немногим более 200 тыс. детей в возрасте от 0 до 17 лет, а в 2012 и 2013 гг. их посещало уже более 1 млн. детей, что составило 4,0% детского населения России. Среди обратившихся здоровым признан только каждый третий ребенок (32,0%), у остальных 68,0% были выявлены функциональные расстройства. Удвоилось количество повторных визитов в ЦЗ – с 7,5% в 2011 г. до 15,5% в 2013 г.

В рамках проведенного исследования были проанализированы отчетные формы № 68 «Сведения о деятельности центра здоровья» всех 83 субъектов РФ за 2012 г. и 11 мес. 2013 г. Это позволило впервые рассчитать средние показатели по России, на которые можно ориентироваться при оценке деятельности конкретного ЦЗ. Так, количество посещений в среднем по Российской Федерации составляет 40,7 на 1 тыс. детского населения, количество повторных посещений – 6,3.

Анализ формирования потоков детей на обследование показал следующее. Лидируют медицинские работники образовательных учреждений, направившие на обследование 38,0% в 2012 г. и 43,0% детей в 2013 г., затем следуют врачи амбулаторно-поликлинических учреждений по месту жительства, которые направили в 2012 г. 19,0%, а в 2013 г. – 22,0% детей. Самостоятельно обратились лишь 7,0% посетителей.

Настораживает более чем двукратное увеличение числа детей, направленных из ЦЗ в стационар в 2013 г. по сравнению с 2012 г. (3850 против 1623), что свидетельствует о серьезных недоработках в части формирования потоков детей на обследование.

Для оценки деятельности ЦЗ в статье проанализирована деятельность ЦЗ в 14 субъектах РФ, представляющих 8 федеральных округов. В их числе мегаполисы Москва и Санкт-

Петербург, республики Татарстан и Бурятия, Ставропольский и Хабаровский края, Московская, Ленинградская, Ивановская, Тульская, Челябинская, Новосибирская Астраханская и Ростовская области.

Анализ деятельности ЦЗ в мегаполисах – г. Москве и Санкт-Петербурге показал следующее. Детское население в возрасте 0-4 года практически не посещает ЦЗ. Количество посещений детьми данной возрастной группы в Москве в 2013 г. сократилось в 4 раза по сравнению с 2012 г., в Санкт-Петербурге осталось на прежнем уровне. Это может свидетельствовать о следующем:

- технологическое оснащение ЦЗ не ориентировано на данную возрастную группу в части выявления факторов риска когнитивного развития ребенка;
- необходимый объем сведений о детях этой возрастной группы родители получают в поликлинике по месту жительства в кабинете здорового ребенка;
- некоторую часть информации молодые родители получают из Интернета. В Москве во всех возрастных группах детского населения отмечается выраженная положительная динамика количества визитов в 2012-2013 гг., а в группе 5-9 лет обращаемость выросла почти в 13 раз, что связано с организацией потоков детей, направляемых из образовательных организаций (детских садов, школ), и диспансеризацией детей. Показатель посещаемости ЦЗ детьми в возрасте 0-17 лет по г. Москве превышает среднероссийский на 40,0%.

Незначительное количество повторных посещений в ЦЗ Москвы – 4,7% от их общего числа – может быть следствием отсутствия оплаты повторных визитов через городской фонд ОМС. Данное предположение подтверждается приказом департамента здравоохранения г. Москвы от 20.03.2013 № 248 «Об утверждении плана комплексного обследования населения г. Москвы в центрах здоровья в 2013 году», определившим план комплексного обследования детского населения без учета повторных визитов.

Повторные визиты не оплачиваются и в системе ОМС Санкт-Петербурга. На этом сходство ситуации в мегаполисах заканчивается.

Анализ работы ЦЗ Московской области выявил определенную динамику показателей. Так, за анализируемый период в 2,5 раза возросло количество детей, посетивших ЦЗ в возрасте 0-4 лет, что связано с тем, что одним из ЦЗ руководит инициативный врач-неонатолог. В то же время сократилось количество первичных посещений в возрастных группах 5-9 и 10-14 лет. В целом на 1 тыс. детского населения приходится 31 посещение, что вдвое больше показателя 2012 г., но на 40,0% ниже среднероссийского. Число повторных визитов в области составляет более 45,0% от общего числа посещений ЦЗ. Выраженный акцент на повторные посещения ЦЗ в Московской области свидетельствует о том, что данные визиты оплачиваются областным фондом ОМС.

Из 14 изученных субъектов РФ выделяется Ивановская область. Здесь посещаемость по всем возрастным группам на порядок опережает другие субъекты РФ. Повторные визиты в области оплачиваются в системе ОМС, и поэтому их число сопоставимо с числом первичных посещений как в 2012 г., так и в 2013 г.

Анализ работы ЦЗ Ленинградской области обнаружил, что показатель первичных посещений в 2012 г. составил 3,5 на 1 тыс. детского населения области, что в 10 раз ниже, чем по Российской Федерации. Повторных обращений детей в ЦЗ не было. В возрастной группе 0-4 года в ЦЗ сделан один визит за год.

В 2012 г. в области отсутствовал самостоятельно действующий ЦЗ для детей, о чем свидетельствует отчет, согласно которому в 2012 г. в действующий ЦЗ для взрослых было сделано 7984 посещения, из которых на долю детей пришлось 934 посещения, что составило 12,0%. Данные о работе ЦЗ для детей в Ленинградской области за 2013 г. не анализировались в связи с их отсутствием.

Показатели работы ЦЗ для детей в Ленинградской области – наихудшие среди 14 представляемых территорий РФ.

В Архангельской области суммарный показатель посещений ЦЗ увеличился и составил в 2013 г. 24,4 на 1 тыс. детей, что в 1,7 раза ниже, чем по Российской Федерации (40,7). Дети возрастной группы 0-4 года практически не посещают ЦЗ. Обращает внимание тот факт, что 15-летние подростки в 4 раза реже посещают ЦЗ, чем их старшие сверстники 16-17 лет. В то же время 15 лет – приписной возраст подростков в военкоматах, и они могут направляться на

обследование в ЦЗ. Это резерв для формирования потока посетителей ЦЗ данной возрастной группы в субъектах РФ.

В процессе изучения опыта работы ЦЗ страны были выявлены проблемные зоны нормативного, информационного, методического, медико-организационного и технологического характера:

— В России отсутствует федеральный научный организационно-методический центр по детской профилактике, координирующий деятельность ЦЗ и осуществляющий мониторинг их деятельности.

— До настоящего времени на федеральном уровне не установлена квота повторных визитов в ЦЗ и их оплата в системе ОМС. Опыт отдельных территорий в этом направлении требует изучения и обобщения.

— Информация о деятельности ЦЗ, которая ежемесячно с нарастающим итогом направляется в Минздрав России из всех 83 субъектов РФ, носит только количественный характер и не позволяет принимать управленческие решения, направленные на формирование единой профилактической среды в педиатрии.

— Отсутствуют критерии качества работы ЦЗ, напрямую увязанные с состоянием здоровья детского населения территории.

— Обследование детей в возрасте от 0 до 4 лет требует методического, технологического и информационного обеспечения. Табель оснащения ЦЗ и предложенные методические приемы работы не позволяют охватить осмотрами эту категорию детей, поскольку, кроме весов, для работы с детьми до года нет ничего, а прилагаемые программным обеспечением нормы позволяют работать с детьми начиная с 10-летнего возраста и лишь в перспективе - с 6-летнего. Между тем большинство навыков, в т. ч. личной гигиены, культуры питания, формируются в первые 3 года жизни ребенка.

— Не утверждена процедура документооборота и обмена информацией между ЦЗ для детей, медицинскими учреждениями общей лечебной сети и медицинскими подразделениями образовательных организаций.

— Стандарт обследования при первичном обращении не увязан с возрастными группами детского населения.

Таким образом, можно констатировать, что выявленные проблемные зоны характерны для этапа становления ЦЗ. Данные подразделения в настоящее время нуждаются в более четком определении их роли и места, в т. ч. в части профилактической работы, которая проводилась детскими медицинскими учреждениями до организации ЦЗ.

Представляется целесообразным считать основными направлениями деятельности ЦЗ для детей на ближайшие 2-3 года:

— активный скрининг детского населения на выявление факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний;

— обеспечение преемственности ЦЗ с медицинскими организациями по месту жительства контингента в вопросах дополнительного обследования (при необходимости) и коррекции выявленных факторов риска развития заболеваний;

— индивидуальное и групповое профилактическое консультирование;

— пропаганду здорового образа жизни, в первую очередь на индивидуальном уровне;

— развитие и внедрение инновационных форм организации работы ЦЗ для повышения качества и доступности медицинских услуг.

Чечурина, И. Паспорт здоровья на всю семью [Текст] / И. Чечурина // Российская газета. – 2014. – 10 июня (№ 129). – С. 19.

В самарской поликлинике №15 научились «лечить» недуги до их проявления.

Центр здоровья в этой крупнейшей в Самаре поликлинике появился, как и всюду по стране, в начале 2010 года.

Получить паспорт семейного здоровья здесь можно всего за час. Это позволяет высокая квалификация врачей и комплекс современного оборудования. Набор исследований стандартный: холестерин, уровень глюкозы в крови, антропометрия, оценка функций дыхания. Детишек еще осматривает и стоматолог-гигиенист, который учит правильно ухаживать за

зубами. С таким набором данных дети отправляются на консультацию к педиатру, а их мамы и папы получают свою порцию советов от терапевта. Паспорт здоровья получен, осталось только правильно им воспользоваться.

Уже в первый год работы были получены любопытные результаты. Измерение уровня карбоксигемоглобина в выдыхаемом воздухе, которое обязательно проводится в поликлинике, позволяет говорить о пристрастии подростка к курению. Данные анонимные, но факты неоспоримы: 40 процентов учащихся от 12 до 18 лет признаются, что курят, еще 40 – либо являются пассивными курильщиками, либо дымят тайно. Чтобы донести эту тревожную информацию до взрослых, поликлиника № 15 активно работает со школами.

В Центре здоровья всегда многолюдно, но очередей нет, поскольку прием идет строго по записи. При этом 80% времени специалисты проводят на выезде в школы и детские лагеря. Ежегодно в Центре проходят обследование 5500 детей и 4500 взрослых, что резко сократило заболеваемость среди закрепленного населения, а это 72 тысячи человек. Опыт работы поликлиники №15 оценил и региональный Минздрав, и сегодня все шесть самарских Центров здоровья работают по семейному принципу.

В поликлинике давно работает кабинет отказа от курения, но воспользовались его услугами, по данным 2013 года, лишь 123 человека, хотя курильщиков было выявлено около 6000.

Современный врач должен не только грамотно объяснить пациенту его проблемы, но и мотивировать на изменение образа жизни, однако этому его ни в одном вузе не учат, а потому восполнять огрехи образования поликлиника тоже взялась самостоятельно. И как результат, уже сегодня на группах у психолога собирается до 25 человек, решивших отказаться от курения.

Вообще связи со своими пациентами Центр здоровья не прерывает. При необходимости их направляют на углубленное обследование, а далее – на лечение, большую часть которого можно получить не покидая стен поликлиники. Через полгода человека вновь пригласят в Центр на повторный прием: это как раз тот срок, за который он либо что-то меняет в своей жизни, либо продолжает болеть, вина во всем «бесплатную медицину». И это тоже диагноз.

Васильева, Т. М. Здоровый образ жизни: реалии и перспективы в работе медицинского персонала детской городской поликлиники [Текст] / Т. М. Васильева // ГлавВрач. – 2014. – № 5. – С. 11-17.

В данной статье рассказывается о важности профилактической работы среди детского населения, о гигиеническом обучении правильному образу жизни, состоянии здоровья детского населения и стратегии управления здоровьем детей.

Проведенную в конце прошлого года на базе поликлиники ГБУЗ ДПП № 125 конференцию по профилактической работе среди подростков-школьников назвали первой межполиклинической научно-практической конференцией по здоровому образу жизни.

Снижение уровня здоровья детского населения обусловлено объективными факторами, главные из которых сгруппированы и отражают:

1. Социальный фактор.

Изменения в сфере экономики и политики привели к слому привычного образа жизни, нарушению устоявшихся стереотипов менталитета общества, возникновению социальных противоречий, снижению стрессоустойчивости и адаптированности организма человека, особенно детского.

2. Медицинский фактор.

Появление новых болезней, изменение клиники известных болезней, скрытое течение болезней требуют точных и чувствительных методов диагностики с использованием современного технологического оборудования, дефицит которого испытывают поликлиники.

Снижение иммунной прослойки среди детского населения, полирезистентность бактериальной флоры и низкая эффективность антибактериальной терапии способствуют распространению инфекционных заболеваний и эпидемических вспышек.

3. Фактор семьи.

В реальных условиях жизнедеятельности многие семьи не могут лечить и оздоравливать детей по причине экономической недоступности качественной медицинской помощи и приобретения дорогостоящих лекарственных препаратов.

Экономическая составляющая семьи является препятствием для организации бытового комфорта и разностороннего развития детей.

Многие родители занимаются самолечением детей, отказываются от профилактических прививок детям.

Со стороны родителей снижено внимание к охране здоровья детей.

4. Фактор личностный (индивидуальный).

Неадекватное здоровому образу жизни воспитание и отсутствие правильных с позиции здоровья ориентиров в семье формируют у подростков поведенческие факторы риска, негативно влияющие на их развитие и здоровье.

Протестные формы поведения подростков наносят существенный ущерб здоровью. Распространенность курения, потребление пива и более крепких алкогольных напитков, наркотических веществ приняло угрожающие масштабы.

Поведенческие факторы риска (нерациональное питание, гипокinezия – низкая двигательная активность, потребление табака, алкоголя) провоцируют возникновение биологических факторов риска – избыточную массу тела, гипертензию, нарушения жирового и углеводного обмена и др. (с которыми часто встречаются врачи), являющиеся симптомами или предвестниками хронических заболеваний.

Установлено, что основные болезни современности – это болезни поведения. Формирование здорового образа жизни у подрастающего поколения сегодня актуально как никогда.

Поэтому совершенно очевидно, что в современных условиях необходим новый подход к профилактике отклонений в состоянии здоровья и повышению резервов здоровья у подрастающего поколения.

Стратегия управления здоровьем детского населения предполагает:

- увеличение числа здоровых детей за счет снижения факторов риска;
- снижение частоты хронических заболеваний.

Новый подход требует эффективного решения:

- ресурсного обеспечения (материально-технических средств, оборудования);
- кадрового потенциала;
- структур (условий) для обеспечения контакта пациента с врачом.

В ГБУЗ ДГП № 125 имеются все возможности для реализации данных стратегических задач:

1. Ресурсное обеспечение.

Кроме стандартного набора диагностического оборудования в поликлинике имеются:

- МРТ;
- кольпоскоп;
- УЗИ экспертного класса;
- доплерография;
- УЗИДГ;
- аппараты для холтеровского мониторирования АД, ЭКГ- экспертного класса;
- гастродуоденоскоп;
- эндоскоп для обследования ЛОР органов;
- кардиовизор;
- прибор для риноцитограмм;
- компьютеры с программами лечения амблиопии и косоглазия;
- лазерстимуляция (ЛОТ и МАКДЕЛ) для увеличения остроты зрения
- миограф;
- энцефалограф.

2. Кадровый потенциал.

По штатному расписанию числится:

- всего - 880 человек;
- врачей - 248 человек;
- врачей-специалистов - 191 человек;

- среднего медицинского персонала - 474 человек;
- врачей с высшей квалификационной категорией - 78 человек;
- врачей с первой квалификационной категорией - 71 человек;
- ученую степень имеют - 9 человек, среди них 1 д-р мед. наук и 8 канд. мед. наук.

Среди всех медицинских работников, прошедших повышение квалификации, 2 человека (1 врач, 1 медсестра) получили сертификат за рубежом.

В поликлинике имеются уникальные специалисты:

- детский гинеколог;
- андролог;
- кардиолог-ревматолог;
- онколог;
- окулист-строболог;
- аллерголог-иммунолог;
- неонатолог;
- неонатолог-невролог;
- невролог-рефлексотерапевт;
- невролог, работающий по методике Войта;
- клинический психолог.

3. Структура поликлиники.

В поликлинике имеются дополнительные к регламентированным для всех ЛПУ структуры.

Реабилитационное отделение состоит из двух подразделений: одно непосредственно в условиях поликлиники – это комплекс кабинетов физических и физиологических методов лечения и новая структура ОВЛ - отделение восстановительного лечения. Территориально ОВЛ расположено автономно от поликлиники и размещается в здании бывшего детского сада. В структуре ОВЛ набор кабинетов и дневной стационар на 100 коек. Уже в ближайшее время ОВЛ будет функционировать по принципу стационарозамещающих технологий. Туда будут направляться дети, нуждающиеся в дополнительных специальных методах долечивания.

Структура отделения профилактики включает:

- кабинет здорового ребенка;
- кабинет профилактики заболеваний дошкольников и школьников;
- Центр здоровья (ЦЗ);
- Центр профилактики заболеваний органа зрения.

Формирование здорового образа жизни как базисного принципа укрепления здоровья осуществляется на всех этапах маршрута пациента:

- на индивидуальном уровне (на приеме у врача);
- в отделении реабилитации;
- в отделении профилактики;
- в центре здоровья;
- на групповых занятиях в школах здоровья.

Профилактическая работа в поликлинике начинается с оценки объективного состояния здоровья детей, то есть с диспансеризации. Качественное обследование детей с использованием технологичных диагностических средств позволяет выявить отклонения на уровне предболезни, скрыто протекающих заболеваний, характер течения имеющихся заболеваний и определить вектор дальнейшей лечебной и профилактической деятельности врачей. То есть маршрут пациента и профилактическая работа с ним зависят от реального состояния здоровья.

Лечебно-профилактическая помощь в поликлинике:

- бесплатна (но есть и платные услуги);
- доступна детям разных возрастных групп (от 0 до 18 лет);
- особый акцент на формирование здорового образа жизни уделяется подросткам;
- проводится работа с родителями по снижению влияния модифицированных факторов риска в семье и формирование гигиенического поведения детей.

Важным аспектом деятельности поликлиники является повышение компетентности врачей и медицинских сестер в области первичной профилактики.

В рамках договора о сотрудничестве между поликлиникой и НИИ общественного здоровья и управления, здравоохранением Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, в Т9.КЖ6 с НЦЗД АМН согласно годовому плану проводятся конференции, семинары, мастер классы по разным проблемам охраны здоровья детей. С целью повышения качества профилактической работы совместно проводятся социологические исследования.

Повышение уровня профессиональных знаний и практических навыков врачей и медицинских сестер осуществляется на базе учебно-методического кабинета (УМК). Это также новая структурная единица поликлиники. Кабинет оснащен фантомами, манекенами, протезами, тренажерами для отработки навыков по уходу за новорожденными, оказания экстренной помощи и реанимации. Обучение проходит на рабочем месте без отрыва от производства. Кабинет функционирует всего 2 месяца, и обучение уже прошли 70 медицинских сестер по основам законодательства в здравоохранении РФ и совершенствованию практических навыков по уходу за детьми. Обучение медицинских сестер проводит кандидат медицинских наук, преподаватель медицинского колледжа № 6 Мухина Е. А.

Подобные цикловые занятия будут проводиться для врачей с привлечением специалистов и ученых по обучению методам оказания экстренной помощи и реанимации.

К сожалению, многие врачи недооценивают значимость профилактики. И это объяснимо, так как для достижения желаемого результата необходим определенный латентный период и система гигиенического воспитания пациентов. Кроме того, профилактическая работа оправдывает себя. Она экономически выгодна для пациента и его семьи и общества.

Уважаемые коллеги!

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

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

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

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

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 19.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

Воскресенье - выходной день

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

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

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

✉ miac@medlan.samara.ru

✉ sonmb@inbox.ru

Обособленное подразделение областной научной медицинской библиотеки МИАЦ

(в здании ГБУЗ СО «Чапаевская центральная городская больница»)

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>