

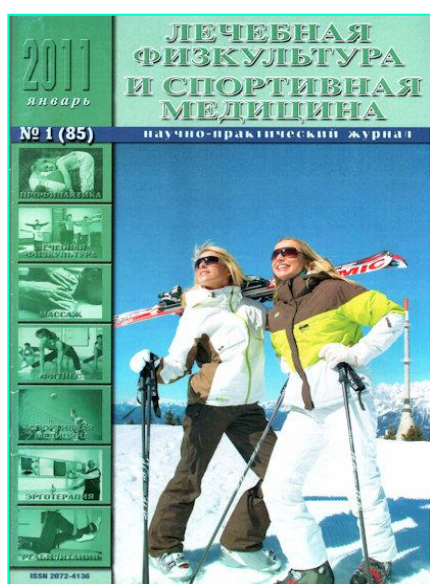


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№7 (июль), 2015



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	17
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	20

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Бриз, Т. Нет предела совершенству / Т. Бриз // Медицинский вестник. – 2015. – 29 июня (№ 17-18). – С. 5.

По информации, озвученной Вероникой Скворцовой в начале июня на Всероссийской конференции «Эффективный стационар», за последние два года показатель продолжительности пребывания на койке в стационарах страны удалось снизить на 10%. Дальнейшее повышение эффективности стационарного сегмента названо министром одним из основных векторов модернизации отечественного здравоохранения.

По мнению Вероники Скворцовой, правильная организация работы в стационарном сегменте во многом определяет качество и доступность медицинской помощи.

– На это направление идут 70% всех расходов на здравоохранение. Поэтому именно на стационарное звено направлена сейчас большая часть реорганизаций и реформ, – заявила глава отрасли.

Основными путями повышения эффективности использования стационарных ресурсов она назвала внедрение порядков и стандартов медицинской помощи, переход на использование информационных систем вместо бумажного документооборота, совершенствование механизма маршрутизации пациентов.

Еще одним значимым направлением оптимизации расходов в стационарном звене в Минздраве считают переход на оплату стационарной помощи, основанную на принципе клинико-статистических групп (КСГ).

Со своей стороны генеральный директор Северо-Западного федерального медицинского исследовательского центра Минздрава России академик Евгений Шляхто отметил необходимость создания условий, при которых сами медучреждения были бы заинтересованы в выявлении «слабых звеньев» в своей деятельности.

– Наш ближайший прорыв будет зависеть от коммуникации и информатизации, от внедрения технологичных решений, которые станут повышать эффективность управления ресурсами, – считает он. – Кроме того, очень важна оптимизация всех этапов оказания медицинской помощи и строгий контроль расходов. Мы провели несколько специальных исследований и доказали, что переход на этапную систему оказания помощи позволяет экономить минимум 17-20% средств.

В числе узких мест в работе крупного современного стационара академик назвал неравномерную загрузку мощностей, не всегда высокую мотивацию персонала, не всегда удовлетворительную финансовую эффективность некоторых подразделений, угрозы, связанные с усилением конкуренции. Одним из способов нейтрализации части вышеописанных рисков, по его словам, является переход от монопрофильности к многопрофильному оказанию помощи, который позволяет учреждению увеличивать объемы медицинской помощи без наращивания коечного фонда.

Собственно о том, что пока ресурсы по повышению эффективности российских стационаров не исчерпаны и наполовину, свидетельствуют озвученные в докладе министра данные проверок региональных ЛПУ, которые показали, что дорогостоящее медицинское оборудование зачастую используется с загрузкой в четыре-пять раз ниже возможной. По информации министра, есть регионы, где КТ и МРТ-аппараты, ангиографы обслуживают лишь от двух до пяти пациентов в день.

Об итогах работы Минздрава России в 2014 г. и задачах на 2015 г. // Главная медицинская сестра. – 2015. – № 6. – С. 87-104.

Прошедший, 2014 год стал важным для построения в России нескольких принципиальных составляющих эффективной системы здравоохранения.

Профилактическое направление медицины.

Еще два года назад была возрождена широкомасштабная программа диспансеризации, представляющая собой программу направленных диагностических скринингов, которые к текущему моменту прошла уже почти половина населения страны – более 75 млн. чел.

Программа диспансеризации проводится в соответствии со специально разработанными регламентами с учетом потребности разных возрастных групп населения. Она включает все необходимые лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов и является основой для проведения индивидуализированной профилактики заболеваний по стратегии высокого риска и раннего выявления наиболее опасных заболеваний.

В ходе обследования у каждого 12-го взрослого россиянина (1,6 млн. чел.) выявлены сердечно-сосудистые заболевания, у каждого сотого (почти 200 тыс. чел.) – хронические бронхолегочные заболевания, у каждого двухсотого (более 100 тыс. чел.) – сахарный диабет.

Значительно (на 40-69%) повысилась, по сравнению с 2013 г., активная выявляемость онкологических заболеваний.

При этом важно отметить, что ранняя активная выявляемость (на 1-2-й стадиях рака) также значительно выросла и достигла 72% от всех случаев. Только при раках репродуктивной сферы у женщин это позволило сохранить 15 тыс. жизней.

Высокий охват диспансеризацией населения был обеспечен, в т. ч. за счет активного использования выездных форм работы. В 2014 г. в субъектах Российской Федерации использовали более 2900 передвижных медицинских комплексов – центров здоровья, врачебных амбулаторий и ФАПов, флюорографов, маммографов и лабораторий. С использованием передвижных медицинских комплексов диспансеризацию прошли более 583 тыс. чел.

В целях сохранения и укрепления здоровья граждан, формирования здорового образа жизни, раннего выявления факторов риска и их индивидуальной коррекции в 2014 г. работали уже 760 центров здоровья (их число увеличилось за 2 года в 2,4 раза). В них обратились более 4,7 млн. чел., что на 600 тыс. чел. больше, чем в 2013 г. Все обратившиеся получили индивидуальные планы по оздоровлению и коррекции факторов риска.

Профилактика табакокурения, алкоголизма и наркомании.

Работа по формированию здорового образа жизни была продолжена и путем совершенствования нормативных правовых актов, а также реализации мер по профилактике алкоголизма и наркомании, противодействию потреблению табака, популяризации культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ.

С 1 июня вступил в силу второй пакет положений по ограничению курения табака, установленных Федеральным законом от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

По данным опроса Фонда общественного мнения, проведенного в июне 2014 г., 8 из 10 россиян (в т. ч. половина курильщиков и 9 из 10 бывших курильщиков) положительно оценивают принятые государством меры. И эти меры дают результат. По данным Росстата, с 2008 г. число курильщиков уменьшилось на 17%.

Положительные изменения наблюдаются и в плане отказа от алкогольной зависимости. За период с 2008 по 2014 г. отмечено снижение более чем на 27% среднедушевого потребления алкогольной продукции, в пересчете на абсолютный алкоголь – с 16,2 до 11,5 л.

За этот же период вдвое увеличилось число россиян, регулярно занимающихся спортом, которое в 2014 г. превысило 29,3 млн. чел.

Совершенствование первичной медико-санитарной помощи.

Все профилактические мероприятия проводятся на базовом уровне здравоохранения – в первичном звене. Одной из важнейших задач, поставленных перед собой Министерством в 2014 г., стало совершенствование первичной медико-санитарной помощи и повышение ее доступности.

В 2014 г. существенно укрепилась инфраструктура первичного звена здравоохранения, в т. ч. в сельской местности и на удаленных территориях. За год открыты 171 ФАПов, 157 фельдшерских пунктов, 508 офисов врачей общей практики и 148 врачебных сельских амбулаторий.

Существенно окрепла и сеть сельских и поселковых больниц. По сравнению с 2011 г. их число увеличилось более чем на треть, превысив 3 тыс.

Это стало возможным благодаря увеличению на 7,6 тыс. числа врачей, работающих в региональных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Только в рамках программы «Земский доктор» в 2014 г. привлечено для работы в сельских населенных пунктах и рабочих поселках 3,3 тыс. молодых специалистов. В результате обеспеченность сельского населения врачами выросла на 17,5% с 2011 г.

В целом в стране за 2014 г. число амбулаторно-поликлинических посещений превысило 1 млрд. При этом впервые доля посещений с профилактической целью превысила треть от общего числа посещений.

Именно первичное звено определяет уровень удовлетворенности населения отечественной медициной.

Пересмотр ролей участкового врача и медицинской сестры.

Одной из ключевых мер по совершенствованию работы первичного звена в 2014 г. явился пересмотр профессиональных ролей участкового врача и медицинской сестры, направленный на дополнительное вовлечение среднего медицинского персонала в процесс профилактического и диспансерного наблюдения за прикрепленным населением, активный патронаж, а также проведение медицинской реабилитации и оказание паллиативной медицинской помощи.

В 10 пилотных регионах отработаны эффективные модели организации работы первичного звена с созданием медико-социальных патронажных групп, внедрением сестринских обходов и приемов населения с хроническими заболеваниями, что высвобождает врача для работы, требующей действительно врачебной квалификации.

В прошедшем году были завершены фотохронометражные исследования работы врачей и медицинских сестер первичного звена в 17 регионах страны, которые не проводились с 1981 г. В исследовании принимали участие участковые педиатры, терапевты, врачи общей практики, а также специалисты первичного звена – неврологи, оториноларингологи, офтальмологи, акушеры-гинекологи и медицинские сестры.

По результатам министерством был полностью пересмотрен и существенно сокращен документооборот врача.

Устранение сложившихся многолетних неэффективных трудозатрат, связанных с излишним документооборотом, позволило высвободить до 25% рабочего времени врача и за счет этого увеличить нормативы времени приема пациента.

При этом следует подчеркнуть, что устанавливаемые средние нормативы на осмотр одного пациента адресованы только организаторам здравоохранения для планирования амбулаторного приема и не должны ограничивать работу врачей. Практикующий врач должен принимать пациента столько, сколько необходимо, с учетом состояния его здоровья.

В планы включено существенное развитие диспансерного наблюдения за лицами из групп риска, повышение эффективности профилактических программ, внедрение позитивного опыта по расширению функций среднего медицинского персонала, продолжение процесса компьютеризации рабочих мест врачей.

В этом году будет впервые проведен независимый рейтинг амбулаторно-поликлинических организаций, основанный не только на показателях доступности и качества медицинской помощи, но и на оценке доброжелательности и чуткости медицинских работников.

Служба охраны материнства и детства.

Важнейшим приоритетом деятельности российского здравоохранения остается развитие службы охраны материнства и детства.

В 2014 г. в 3 раза по сравнению с 2011 г. был расширен бесплатный пренатальный скрининг на пороки развития плода, который охватил уже более 77% беременных женщин.

Неонатальный скрининг на 5 наследственных заболеваний был проведен более 95% новорожденных. Все выявленные 1257 детей с врожденными наследственными заболеваниями взяты на диспансерный учет и получают необходимое лечение.

При аудиологическом скрининге были выявлены 1090 детей, требующих кохлеарной имплантации. Все они были успешно прооперированы.

В прошедшем году Минздравом России впервые в реабилитацию пациентов после кохлеарной имплантации была включена услуга по замене речевого процессора, закрепленная соответствующим стандартом.

Особым достижением отечественного здравоохранения явилось освоение всех самых современных методов выхаживания детей с экстремально низкой массой тела. В созданных 23

перинатальных центрах глубоко недоношенные дети не только выживают, но и получают возможность нормального развития. Инвалидность среди новорожденных не выросла.

Удалось решить и еще одну сложную задачу – обеспечить здоровое материнство женщинам из групп риска, в т. ч. живущим с ВИЧ. Сегодня в России практически полностью остановлена вертикальная передача ВИЧ: более 96% детей, матери которых инфицированы, рождаются здоровыми.

Успешно вынашивают беременность женщины, страдающие тяжелым сахарным диабетом, а также перенесшие трансплантацию органов.

Проведенная комплексная работа позволила России достичь в 2014 г. 4-й и 5-й целей развития тысячелетия ООН – снизить показатели детской и материнской смертности на 1000 родившихся живыми в 3 и 4,5 раза соответственно по сравнению с 1990 г.

Смертность детей на дому за один 2014 г. снизилась на 43%, а среди детей до года – на 29%.

С прошлого года по поручению Президента РФ осуществляется строительство дополнительных 32 перинатальных центров в 30 субъектах Российской Федерации. Эта работа должна быть завершена в 2016 г. Но уже в текущем году, досрочно, будут открыты перинатальные центры в Нижегородской и Белгородской областях.

Специализированная, в т. ч. высокотехнологичная, медицинская помощь.

Выстраивание трехуровневой системы здравоохранения позволило уже сегодня не только городским, но и сельским жителям получать медицинскую помощь в специализированных межрайонных и региональных центрах.

Благодаря внедрению правильной маршрутизации скорой помощи, число больных с острой сосудистой патологией, госпитализированных в учреждения 2-3-го уровней (сосудистые отделения и центры), увеличилось только за последние два года почти в 2 раза (на 92%).

Прямым результатом этого явилось снижение смертности от болезней системы кровообращения за тот же период на 11,3%.

Важнейшим направлением работы Минздрава является расширение возможности получения бесплатной высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) каждым гражданином страны.

Включение в 2014 г. 459 методов ВМП в систему обязательного медицинского страхования обеспечило повышение доступности ВМП для всего населения страны. Число пролеченных больных за один год увеличилось на 41% – с 505,5 тыс. до 715,6 тыс. чел.

Значимо сократилось среднее время ожидания ВМП: если в 2009 г. оно составляло и для взрослых, и для детей 93 дня, в 2012 г. – 41 и 35 дней соответственно, то в 2014 г. оно составило 21 день для взрослых и 14 дней для детей.

Особо следует отметить, что расширились возможности для применения высоких хирургических технологий у людей старше трудоспособного возраста (их доля увеличилась до 49%).

В 2014 г. ВМП начала оказываться и в экстренной форме. Так, проведено более 61 тыс. экстренных стентирований сосудов, что, безусловно, внесло свой вклад в снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

С 2015 г. все виды ВМП обеспечиваются по полному тарифу за счет средств ОМС.

Для реализации указанного механизма в 2014 г. разработаны 94 клинико-статистические группы для оплаты ВМП, в т. ч. 64 группы – для оплаты методов, не включенных в базовую программу ОМС. Определена стоимость по полному тарифу для каждой группы, что утверждено Программой государственных гарантий на 2015-2017 гг.

По расчетам в 2015 г. мы сможем, как минимум сохранить объемы ВМП на достигнутом уровне. Однако это возможно при условии удержания цен на имплантаты, лекарственные препараты и запасные части к медицинской технике, что входит в число важнейших антикризисных мер.

Финансирование здравоохранения и инфраструктурная оптимизация отрасли.

Несмотря на напряженные экономические условия, расходы на здравоохранение в 2015 г. увеличились на 216,4 млрд. руб. по сравнению с прошлым годом, или на 8,4%.

При этом бюджет фонда ОМС вырос на 24%, или более чем на 295 млрд. руб., превысив 55% от общего объема средств на здравоохранение.

Подушевой финансовый норматив Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в 2015 г. увеличился на 12,7%, до 11,6 тыс. руб.

Внедрение клинико-статистических групп привело к значительному снижению межрегиональной дифференциации тарифов – с более чем 50% в 2011 г. до менее 20% в 2014 г., а также к сокращению длительности пребывания пациентов в стационаре на 10% и повышению эффективности управления структурой госпитализаций.

По поручению Президента РФ в 2014 г. был реализован пилотный проект по информированию застрахованных лиц об оказанных медицинских услугах и их стоимости. Начавшийся в 5 регионах, за 3 месяца пилотный проект охватил 64 региона. Это позволило обеспечить пациентов объективной информацией о затратах государства на оказанную медицинскую помощь и тем самым повлиять на осознание личной ответственности за сохранение своего здоровья.

В 2014 г. внесены изменения в законодательство об охране здоровья граждан и ОМС, предусматривающие заключение трехсторонних соглашений по реализации территориальных программ государственных гарантий между Минздравом России, ФФОМС и высшими органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, что направлено на повышение ответственности всех сторон за обеспечение доступности и качества медицинской помощи населению.

Во исполнение указов и поручений Президента и Правительства РФ Минздравом совместно с субъектами Российской Федерации разработаны и согласованы региональные дорожные карты развития отрасли, включающие основные показатели эффективности, учитывающие региональные особенности структуры заболеваемости и смертности, а также другие демографические, социально-экономические и климато-географические особенности.

За 2014 г. существенно расширилось применение ресурсосберегающих стационарзамещающих технологий диагностики и лечения. Число мест в дневных стационарах увеличилось на 19 тыс. (или 8%), а число пролеченных в них больных – на 800 тыс. (или 11,4%). Объем амбулаторной хирургии возрос за один год почти на 23%.

Одновременно более чем в два раза выросло число коек для оказания паллиативной медицинской помощи.

Как результат, число умерших на дому в 2014 г. снизилось на 11,2% по сравнению с 2011 г.

Все структурные преобразования в здравоохранении направлены на повышение доступности и качества медицинской помощи, в т. ч. и за счет сокращения неэффективных затрат.

Одним из ресурсосберегающих направлений развития отрасли является государственно-частное взаимодействие. По данным ФФОМС, к началу 2015 г. количество частных организаций, работающих в системе ОМС, увеличилось в 2,6 раза по сравнению с 2011 г. и достигло 1948 (23,4% от всех организаций).

Сегодня нет законодательных или нормативных ограничений для участия частных лицензированных медицинских организаций в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Кадровая политика.

Важнейшее условие эффективной работы отрасли – это обеспечение квалифицированными медицинскими кадрами.

По состоянию на 1 января 2015 г. в медицинских организациях субъектов Российской Федерации работало 526,4 тыс. врачей и почти 1 млн. 221,7 тыс. медицинских работников со средним профессиональным образованием.

В 2014 г. Минздравом разработаны базовые профессиональные стандарты по 8 основным направлениям подготовки врачей, на основе которых с 2016 г. будет осуществляться поэтапный переход к принципиально новой системе допуска к медицинской деятельности – аккредитации специалистов.

Для достижения практико-ориентированности проведены корректировки более 190 типовых образовательных программ по всем медицинским дисциплинам. Разработаны 94 федеральных государственных образовательных стандарта для обучения в ординатуре и основные образовательные программы для них.

В подведомственных учреждениях создано более 70 симуляционных тренинговых центров.

За год по программам повышения квалификации подготовлено около 200 тыс. врачей.

Минздравом совместно с Советом ректоров медицинских вузов и профессиональным сообществом начата реализация Концепции непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

В 12 регионах страны стартовал пилотный проект по дистанционному образованию участковых терапевтов, педиатров и врачей общей практики с использованием системы зачетных кредитов.

В рамках реализации послания Президента РФ с 1 сентября 2015 г. система непрерывного профессионального образования специалистов будет дополнена внедрением «образовательного сертификата», позволяющего каждому врачу выстраивать индивидуальную образовательную траекторию и самостоятельно определять медицинские образовательные или научные учреждения для бесплатного прохождения образовательных программ, стажировок и тренингов. Финансирование будет осуществляться из специально сформированного в системе ОМС резерва за счет перераспределения 50% средств, полученных страховыми медицинскими организациями по результатам контрольных мероприятий.

Для унификации смыслового наполнения медицинской помощи за 2013-2014 гг. главными внештатными специалистами Минздрава совместно с профильными медицинскими сообществами было разработано более 1050 клинических рекомендаций (или протоколов) по основным направлениям медицины, а за 2015 г. планируется довести их число до 1300.

Благодаря широкому внедрению целевой подготовки (более 50% всех бюджетных мест) и повышению ее эффективности свыше 85%, за последние годы в отрасли начал выправляться кадровый дисбаланс. Важную роль в его устранении играет рост социального статуса и уровня материального обеспечения медицинских работников.

В целом по Российской Федерации за 2014 г. среднемесячная заработная плата врачей и работников медицинских организаций, имеющих иное высшее образование, увеличилась на 9,4% и достигла 46,2 тыс. руб. (или 141,8% к средней зарплате), а среднего медицинского (фармацевтического) персонала – на 9,2%, до 26,3 тыс. руб. (или 80,7% к средней зарплате). Не вызывает особых опасений задана удержать достигнутые значения и в 2015 г.

Вместе с тем проведенные Минздравом и Росздравнадзором проверки по жалобам граждан показали, что в региональных медицинских организациях заработные платы у медицинских работников со сходными уровнем квалификации, стажем и должностью существенным образом различаются.

Причиной данного дисбаланса является низкая доля фиксированной части дохода (оклада) в структуре зарплаты, которая составляет от 15 до 30%, при необоснованно высокой доле стимулирующих выплат – более 50%, распределение которых часто субъективно.

На основе положительного опыта пилотных регионов совместно с Министерством труда и социальной защиты представителями Федерации независимых профсоюзов и Центрального Комитета профсоюза работников здравоохранения Минздравом были разработаны рекомендации субъектам Российской Федерации по внедрению новых подходов к формированию заработной платы с увеличением доли оклада до 55-60%.

В настоящее время во всех субъектах Российской Федерации проводится работа по изменению структуры заработной платы медицинских работников.

Лекарственное обеспечение населения.

Прошедший год был знаменателен и в части совершенствования лекарственного обеспечения населения.

Пересмотрен Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП). В соответствии с утвержденным Порядком пересмотра Перечня теперь осуществляется на основании заявлений самих производителей, что делает всю процедуру более динамичной и отвечающей требованиям современности.

Перечень ЖНВЛП на 2015 г. расширен до 608 международных непатентованных наименований, что составляет более 20 тыс. торговых наименований, цены на которые регулируются государством.

В 2014 г. был принят подготовленный Минздравом Федеральный закон № 429-ФЗ «О внесении изменений в закон «Об обращении лекарственных средств», которым предусмотрены системные изменения в части оптимизации процедуры регистрации лекарственных средств и регулирования цен на лекарственные препараты.

Прошедший год остро поставил еще одну проблему – проблему доступности обезболивания для тех, кто в нем нуждается.

В настоящее время доступность наркотических анальгетиков для граждан существенно возросла:

- расширены до 3-месячных допустимые нормы запасов наркотических анальгетиков для аптек на селе и в труднодоступных районах;
- разрешена выписка рецептов на наркотические анальгетики единолично терапевтом без привлечения онколога;
- продлен срок действия выданного рецепта с 5 до 15 дней;
- увеличены нормы выдачи пациенту наркотических анальгетиков.

Кроме того, Министерством подготовлен проект приказа, которым предусматривается упрощенный отпуск лекарств для тех, кто получает их повторно, а также возможность получения лекарств для пациентов не только законными представителями, но и другими родственниками и социальными работниками.

Информатизация здравоохранения.

Важнейшим направлением работы Минздрава является информатизация здравоохранения.

По данным на 1 января 2015 г., в федеральном сервисе «Интегрированная электронная медицинская карта» зарегистрированы свыше 3 тыс. медицинских организаций Российской Федерации (более 30%), где фиксируются медицинские записи по 15,8 млн. пациентов. Это позволяет медицинским организациям вести учет размещенных, отклоненных, отмененных и реализованных вызовов, при необходимости направлять пациентов в другую медицинскую организацию для прохождения дополнительных специализированных обследований, осуществлять прогнозирование количества посещений и выстраивать расписания врачей.

В рамках развития федеральной системы «Интегрированная электронная медицинская карта» реализованы функциональные возможности передачи и централизованной обработки результатов лабораторных и других диагностических исследований, фиксации и хранения протоколов, а также двустороннего автоматического наполнения нозологических регистров.

К федеральному сервису «Федеральная электронная регистратура» за прошедший год подключено более 2 тыс. медицинских организаций, передающих в систему расписания работы 51 тыс. врачей, ежегодно обслуживающих 31 млн. заявок на прием к врачу и вызовов врача на дом.

Получила развитие и Федеральная электронная медицинская библиотека, которая была дополнена электронным каталогом «Российская медицина», включающим весь отечественный запас фонда Центральной медицинской библиотеки (более 500 тыс. библиографических записей).

Создана учебная электронная библиотека по 36 медицинским дисциплинам (более 3 тыс. цифровых полнотекстовых документов).

Совместно с Фондом социального страхования, Астраханской и Белгородской областями Минздрав начал реализацию пилотного проекта по переводу в электронный вид листка нетрудоспособности.

С Москвой и Тюменской областью проработан пилотный проект по реализации электронных рецептов на лекарства.

В течение года совместно с 22 регионами осуществлялись мероприятия по оснащению станций и центров скорой медицинской помощи современными автоматизированными системами обмена информацией, обработки вызовов и управления мобильными бригадами с использованием аппаратуры спутниковой навигации ГЛОНАСС.

В интересах организации бесперебойной, своевременной и современной медицинской помощи на дорогах России Минздравом, Минтрансом и Некоммерческим партнерством ГЛОНАСС реализовано и отработано в пилотных регионах (Костромская и Пензенская области) автоматизированное взаимодействие Системы диспетчеризации санитарного автотранспорта и Системы единого вызова 112.

Развитие науки.

В 2014 г. министерством был разработан принятый в настоящее время Федеральный закон по организации медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации новых методов диагностики и лечения. В соответствии с ним впервые в нашей стране внедряются принципы трансляционной медицины – «мостика» между наукой и практикой, создаются механизмы обновления клинических рекомендаций, а, следовательно, тиражирования инновационных технологий.

Нельзя не отметить существенного омоложения состава научных сотрудников: доля сотрудников в возрасте до 39 лет возросла на 7%.

2015 год должен придать серьезный стимул инновационному развитию медицины. По поручению Президента РФ воссоздаются вертикально интегрированные профильные медицинские системы во главе с национальными научно-практическими медицинскими центрами, предназначенными для осуществления научно-методического и экспертного руководства профильными подразделениями здравоохранения страны.

В Государственную Думу внесен долгожданный законопроект «О биомедицинских клеточных продуктах», который готовился и обсуждался 5 лет и должен обеспечить безопасное для пациентов применение новых высокоэффективных лечебных технологий.

Говоря о прошедшем 2014 годе, нельзя не сказать о двух выдающихся событиях, его ознаменовавших.

Об Олимпийских и Паралимпийских зимних играх в Сочи.

В 2014 г. состоялись XXII Олимпийские зимние игры и XI Паралимпийские зимние игры в Сочи.

Международный Олимпийский комитет и Паралимпийский комитет высоко оценили организацию оказания медицинской помощи участникам и гостям зимних игр по каждому ее сегменту, особо выделив организацию оказания скорой, в т. ч. скорой специализированной, медицинской помощи.

Созданная преемственная поэтапная система оказания медицинской помощи позволила обеспечить время выезда бригады скорой помощи в 3,5 мин. с момента ее вызова, время эвакуации пациента – 15-17 мин. Пациенты с тяжелой травмой были прооперированы с применением всех необходимых высоких технологий в течение 2,5 ч с момента травмирования.

Медицинская помощь была оказана более 12 тыс. участников и гостей игр, в т. ч. 1073 спортсменам из разных стран.

О возвращении Крыма и Севастополя в состав России.

Особое историческое событие – возвращение Крыма и Севастополя в состав России. Оно потребовало огромной работы по улучшению здравоохранения этих двух регионов, находящихся в очень сложном состоянии.

В течение десятилетий врачи и медсестры самоотверженно работали на оборудовании 70-х годов, а пациенты вынуждены были платить деньги за все самое необходимое.

За рекордные сроки были обеспечены основные российские гарантии по бесплатному оказанию медицинской помощи населению Крыма и Севастополя, созданы условия для запуска территориальной системы ОМС, сформировано подразделение Росздравнадзора, налажено лекарственное обеспечение населения и обеспечение медицинскими изделиями, увеличена заработная плата медицинских работников до среднероссийского уровня, начаты программы модернизации здравоохранения.

В текущем году все работы по интегрированию здравоохранения Крыма и Севастополя в российскую систему активно продолжаются.

Утверждена федеральная целевая программа «Социально-экономическое развитие Республики Крым и г. Севастополя до 2020 года», в рамках которой предусмотрено строительство ФАПов и сельских врачебных амбулаторий, а также новых высокотехнологичных клиник (с подготовкой высококвалифицированных кадров для работы в них).

Развитие принципов и механизмов Открытого правительства.

В 2014 г. министерством уделялось особое внимание развитию принципов и механизмов Открытого правительства, информированию общественности о своей деятельности, развитию гражданского общества и формированию общественного контроля в сфере охраны здоровья.

Активно заработал Общественный совет при Минздраве.

Наше взаимодействие с общественными профессиональными организациями, с организациями по защите прав пациентов и благотворительными фондами позволило не только установить обратную связь, но и обеспечить общественный мониторинг деятельности министерства.

Горячая линия министерства позволила своевременно отреагировать на сигналы, оказать медицинскую помощь или разъяснить порядок ее получения более чем 16,5 тыс. обратившихся.

Несмотря на объективные сложности, в 2014 г. проведенная работа позволила добиться ощутимых результатов.

Ожидаемая продолжительность жизни в 2014 г. выросла до 71 года, достигнув своего исторического максимума и у мужчин (65,4 года), и у женщин (76,5 года).

Благодаря увеличению рождаемости и снижению смертности у детей и лиц трудоспособного населения, страна вышла на положительный естественный прирост населения в 33,7 тыс. чел.

Гирина, З. В России ужесточат контроль за больничными / З. Гирина // Волжская коммуна. – 2015. – № 15 июля (№ 178). – С. 5.

Как сообщил глава Российского фонда социального страхования (ФСС) А. С. Кигим, фонд сейчас проводит масштабный эксперимент по внедрению электронных больничных, а заодно изучает возможности установления контроля как граждане используют больничные.

В настоящее время эксперимент по внедрению электронных больничных проводится в Астрахани, Белгороде и Москве. В рамках этого проекта между больницами и ФСС налажен электронный обмен информацией. Врачи заполняют медицинские документы в электронном виде и отправляют их в фонд, где их оперативно обрабатывают. Пока в работе системы наблюдаются технические накладки, но в целом эксперимент уже назвали успешным.

В настоящее время в фонде около 1300 человек заняты разбором страховых случаев. Это специалисты с высшим медицинским образованием, которые проверяют содержание записей, обосновывающих выдачу больничных листов и соблюдение всех необходимых процедур.

При этом глава ФСС заявил, что после введения электронного документооборота услуги этих специалистов станут не нужны: они будут перепрофилированы на психологическую работу с клиентами.

Внедрение электронных больничных должно не только упростить документооборот, но и помочь справиться с весьма важной, по мнению ФСС, проблемой – подделкой больничных листов.

В настоящее время для борьбы с нею фонд привлекает полицию, прокуратуру и даже ФСБ. Однако полностью справиться с рынком «липовых» бюллетеней пока не удастся.

При выявлении любителей необоснованных больничных их заставляют возмещать убыток.

По словам А. С. Кигима, фонд в ближайшее время может пойти на эксперимент по внедрению практики некоторых западных государств, где есть специальные службы и страховые компании, проверяющие, как именно больной использует полученный по бюллетеню «отпуск».

А. С. Кигим привел в пример Польшу и Литву. В Польше врачи имеют право посещать заболевших на дому, контролируя, соблюдают ли те постельный режим и не трудятся ли за деньги на другой работе. В Литве существует правило, что если работник, находящийся на больничном, пересекает границу, то такой случай перестает считаться страховым.

Также глава ФСС вспомнил случай с британцем, который взял больничный и уехал в Австралию. Отдыхая на побережье, он спас ребенка от нападения акулы; история попала в газеты, и в результате мужчина был уволен с работы.

В будущем, дабы упростить разбирательства по незначительным страховым случаям, ФСС планирует учредить должность социального омбудсмена.

Работа в этом направлении началась осенью прошлого года: были созданы управление досудебного урегулирования споров, комиссия по жалобам. Предполагается, что омбудсмен будет решать дела, где сумма компенсации не превышает 100 тысяч рублей. Его решения будут обязательными для сотрудников фонда, а вот граждане в случае несогласия смогут их обжаловать.

Кстати, сейчас общественные слушания проходит инициатива Минтруда о новой системе оплаты больничных: чтобы получать 100% зарплаты, нужно будет отработать не 8, а 15 лет.

Сейчас 100% от зарплаты получают те, кто имеет стаж 8 лет и более, 80% – 5-8 лет, а тем, кто отработал менее 5 лет, положено 60%. Причем речь идет о некоей «средней» зарплатной сумме, которая составляет сейчас около 34 тыс. рублей в месяц.

В Минтруде подчеркивают, что инициатива направлена прежде всего на оздоровление рынка труда: «Сегодня одна из ключевых задач – легализация занятости. Гражданам должно быть выгодно работать с «белой» зарплатой и иметь длительный стаж».

Другая важная причина – экономическая. Понятно, что нововведение существенно уменьшит расходы ФСС.

Впрочем, бюджет фонда экономится и сейчас. По данным HeadHunter, 20% никогда не берут больничные, даже заболев. Более половины – трудятся «до последнего» и оформляют листок в крайнем случае. Лишь 4% идут за больничным всегда.

Новые правила будут действовать одинаково для всех вариантов нетрудоспособности: заболеваний, травм, карантин, протезирования, долечивания в санатории и пребывания в стационаре. В Минтруде признают, что одномоментное введение новых правил может стать сильным ударом для работающего населения. Поэтому планируется поэтапное введение их в действие. Начиная с 2016 года нормы стажа будут увеличиваться на шесть месяцев ежегодно.

В такой чувствительной сфере, как здравоохранение, любое нововведение стоит тщательно просчитать наперед, считают эксперты. Есть такие категории населения, как молодые мамы, неполные семьи, которых будут дискриминировать сокращенные выплаты по больничному.

Старовойтова, И. М. О применении приказа Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» в экспертной практике / И. М. Старовойтова, Т. В. Шумейко // Заместитель главного врача. – 2015. – № 7. – С. 72-78.

С 9 марта 2015 г. вступил в силу приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению». Документ отменяет ряд форм медицинской документации, взамен их и в дополнение к имеющимся вводит новые учетные формы. Обзор и разъяснения основных положений приказа, представленные в статье, призваны дать ответ на вопросы, возникающие в экспертной практике медицинских организаций в связи с новыми требованиями.

В течение последних пяти лет Министерством здравоохранения РФ было разработано и утверждено множество нормативных правовых актов, определяющих различные организационные направления деятельности медицинских организаций, в т. ч. организационные аспекты их экспертной деятельности. Следует выделить три основных направления экспертной работы медицинских организаций: организация экспертизы временной нетрудоспособности, внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности и контроль за назначением лекарственных препаратов.

Независимо от направления экспертная работа осуществляется с учетом оценки медицинской документации (заполнение соответствующей учетной формы; качество записей, характеризующих состояние здоровья пациента; правильность выбора диагностических методик; адекватность назначенного лечения и его сроков).

Требования к медицинским организациям по ведению медицинской документации определяются п. 11 ст. 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: «вести медицинскую документацию в установленном порядке и представлять отчетность по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

При осуществлении контроля за проведением экспертизы временной нетрудоспособности различными субъектами внешнего как ведомственного, так и вневедомственного контроля действующим законодательством также предусмотрена оценка качества ведения медицинской

документации. Так, в соответствии с п. 10 приказа Минздравсоцразвития России от 07.11.2011 № 1330н «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по контролю за порядком производства медицинской экспертизы» при осуществлении контроля за порядком производства медицинской экспертизы предъявляются следующие требования к порядку организации и производства экспертизы временной нетрудоспособности:

- по ведению медицинской документации;
- по проведению медицинского осмотра пациента и записей данных о состоянии его здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающих необходимость временного освобождения от работы.

Согласно п. 5 приказа Минздрава России от 21.12.2012 № 1345н «Об утверждении Порядка осуществления Фондом социального страхования Российской Федерации проверки соблюдения порядка выдачи, продления и оформления листков нетрудоспособности» (далее - Приказ № 1345н) при проведении проверки оценивается:

- соблюдение установленного порядка выдачи, соблюдение сроков выдачи и продления, оформления листков нетрудоспособности;
- ведение документов, подтверждающих выдачу, продление и оформление листков нетрудоспособности.

В ходе проверки должностным лицам территориальных органов ФСС России, уполномоченным на проведение проверки, должны быть представлены в числе прочих следующие документы (п. 11 Приказа № 1345н):

- медицинские карты амбулаторных больных по форме, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» (далее – Приказ № 255), содержащие записи, подтверждающие выдачу, продление и оформление листков нетрудоспособности;

- истории болезни стационарных больных и другая медицинская документация, содержащие записи, подтверждающие выдачу, продление и оформление листков нетрудоспособности.

Новые формы медицинской документации.

Основополагающим документом, устанавливающим порядок ведения медицинской документации в настоящее время, является недавно утвержденный и вступивший в силу с 9 марта текущего года приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (далее – Приказ № 834н).

В соответствии с п. 3 данного документа признаны утратившими силу: приложения 2-4, б, 8-10 и 12 к Приказу № 255. Указанными приложениями были утверждены следующие формы медицинской документации: форма № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» (приложение 2), форма № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента» (приложение 3), форма № 030/у-04 «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (приложение 4), форма № 030-П/у «Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг» (приложение 6), а также инструкции по их заполнению (соответственно приложения 8-10 и 12).

Новый приказ, признавая утратившим силу ряд вышеперечисленных учетных форм медицинской документации и инструкций по их заполнению, вместо них и в дополнение к уже существующим учетным документам вводит еще 12 новых учетных форм и соответствующие порядки их заполнения (приложения 1-24). С экспертных позиций наибольшее значение имеют приложения 1 и 2, утвердившие учетную форму № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» и порядок заполнения учетной формы № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях».

Порядок ведения новой формы медицинской карты пациента.

Форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», существенно отличается от предыдущей формы № 025/у-04 «Медицинской карты амбулаторного больного». С одной стороны, она более детализирована и

диктует ряд дополнительных требований к сбору информации о пациенте. С другой стороны, новая форма медицинской карты пациента именно своей детализацией подсказывает врачам, какая информация о пациенте должна в обязательном порядке быть внесена в первичную медицинскую документацию. Рассмотрим данный тезис более подробно.

Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее - Карта), является основным учетным медицинским документом медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях взрослому населению.

Карта заполняется на каждого пациента, впервые обратившегося за медицинской помощью в амбулаторных условиях. На каждого пациента в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, заполняется одна Карта независимо от того, сколькими врачами проводится лечение.

Медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь по профилям «онкология», «фтизиатрия», «психиатрия», «психиатрия-наркология», «дерматология», «стоматология и ортодонтия», имеют свои учетные формы. Поэтому учетная форма № 025/у не заполняется на пациентов, обращающихся за медицинской помощью в амбулаторных условиях в вышеуказанные специализированные медицинские организации.

Карта заполняется на каждого пациента, впервые обратившегося за медицинской помощью в амбулаторных условиях. На каждого пациента в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, заполняется одна Карта независимо от того, сколькими врачами проводится лечение.

Медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь по профилям «онкология», «фтизиатрия», «психиатрия», «психиатрия-наркология», «дерматология», «стоматология и ортодонтия», имеют свои учетные формы. Поэтому учетная форма № 025/у не заполняется на пациентов, обращающихся за медицинской помощью в амбулаторных условиях в вышеуказанные специализированные медицинские организации.

Карта заполняется врачами. Медицинские работники со средним профессиональным образованием, ведущие самостоятельный прием, заполняют Журнал учета пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Однако следует обратить внимание, что титульный лист Карты заполняется в регистратуре медицинской организации при первом обращении пациента за медицинской помощью. На титульном листе проставляется полное наименование медицинской организации в соответствии с ее учредительными документами, код ОГРН, указывается номер Карты – индивидуальный номер учета карт, установленный медицинской организацией.

Карты хранятся в регистратуре медицинской организации, где группируются по участковому принципу. Карты граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, маркируются литерой «Л» (рядом с номером Карты).

Карта ведется путем заполнения соответствующих разделов, отражающих характер течения заболевания (травмы, отравления), а также все диагностические и лечебные мероприятия, проводимые лечащим врачом, записанные в соответствующей последовательности. В Карте фиксируется каждое посещение пациента. Записи производятся на русском языке, аккуратно, без сокращений, все необходимые исправления осуществляются незамедлительно и подтверждаются подписью врача, заполняющего Карту. Следует обратить внимание на данное требование к ведению первичной медицинской документации, поскольку врачи часто задают вопрос о возможных сокращениях в записях и использовании применяемых аббревиатур. В то же время возможна запись наименований лекарственных препаратов на латинском языке.

При заполнении Карты ряд пунктов (п. 2-6) заполняются на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность пациентов. Основным документом, удостоверяющим личность гражданина РФ на территории РФ, является паспорт. Однако для отдельных категорий граждан в качестве подобного документа могут быть приняты иные документы, а именно:

- удостоверение личности моряка;
- удостоверение личности военнослужащего РФ;

– паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

– свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем на территории РФ по существу и удостоверение беженца;

а также документы, удостоверяющие личность лица без гражданства в РФ:

– документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

– разрешение на временное проживание;

– вид на жительство;

– иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором РФ в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства.

Определенные сложности при заполнении Карты может представлять п. 12, в котором указываются заболевания (травмы), послужившие основанием для осуществления диспансерного наблюдения за пациентом, и их код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10). Следует обратить внимание на пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу одного и того же заболевания у нескольких врачей-специалистов (например, по поводу язвенной болезни у врача-терапевта и врача-хирурга). Каждое такое заболевание указывается один раз тем врачом-специалистом, который первым установил диспансерное наблюдение. Если пациент наблюдается по поводу нескольких этиологически не связанных между собой заболеваний у одного или нескольких врачей-специалистов, то каждое из этих заболеваний отмечается в п. 12.

Некоторые пункты Карты заполняются со слов пациентов. Например, п. 14 «Образование»:

– в позиции «профессиональное» указывается: «высшее», «среднее»;

– в позиции «общее» указывается: «среднее», «основное», «начальное».

Пункт 15 «Занятость» заполняется со слов пациента(ки) или родственников:

– в позиции «проходит военную службу или приравненную к ней службу» указывают лиц, проходящих военную службу или приравненную к ней службу;

– в позиции «пенсионер(ка)» указывают неработающих лиц, получающих трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию;

– в позиции «студент(ка)» указываются обучающиеся в образовательных организациях;

– в позиции «не работает» указываются трудоспособные граждане, которые не имеют работы и заработка, зарегистрированы в органах службы занятости в целях поиска подходящей работы, ищут работу и готовы приступить к ней;

– в позиции «прочие» указываются лица, которые заняты домашним хозяйством, и лица без определенного места жительства.

В пункте 17 Карты со слов пациента(ки) указывается место работы или должность.

Пункты 24 и 25 определяют порядок записей врачей-специалистов путем заполнения соответствующих строк как при первичном осмотре больного, так и при наблюдении в динамике. Записи врачей-специалистов предусматривают указания даты осмотра пациента на приеме (на дому, в фельдшерско-акушерском пункте), специальности врача, жалоб пациента, анамнеза заболевания и жизни, объективных данных, диагноза основного заболевания (код по МКБ-10), осложнений, сопутствующих заболеваний (код по МКБ-10), внешней причины при травмах (отравлениях) (код по МКБ-10), группы здоровья, диспансерного наблюдения, назначений (диагностических исследований и консультаций специалистов), назначенного лечения (лекарственных препаратов, физиотерапевтического лечения), на выдачу листка нетрудоспособности (сроки единовременной выдачи, номер бланка листка нетрудоспособности) или справки, а также льготные рецепты.

Следует обратить внимание, что уже при первичном обращении за медицинской помощью в Карте должно быть зафиксировано Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства (в соответствии с действующим законодательством).

В пункте 26 формы № 025/у представлен этапный эпикриз, который подписывается лечащим врачом и содержит сведения о пациенте, характеризующие динамику состояния его здоровья за определенный период времени по результатам проведенного обследования и лечения. Однако порядок заполнения учетной формы № 025/у не предусматривает разъяснений, в каких случаях оформляется этапный эпикриз. Возможны два организационных решения: при представлении больного на врачебную комиссию или при определенном сроке временной нетрудоспособности (лечения). По-видимому, указанный вопрос должен быть урегулирован внутренним приказом руководителя медицинской организации, определяющим порядок ведения медицинской документации.

В пункте 27 должны быть указаны сведения о консультации заведующего отделением медицинской организации. Однако и относительно этого пункта встает вопрос: с какой периодичностью заведующий отделением должен осуществлять плановые консультации больных, которые проходят лечение у врачей данного отделения? Поскольку Приказ № 834н ответа на этот вопрос не содержит, он также должен быть урегулирован внутренними документами, в т. ч. должностной инструкцией заведующего отделением.

Особое внимание следует обратить на п. 28 «Заключение врачебной комиссии», который не только напоминает о том, что ряд вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи пациентам, должен рассматриваться врачебной комиссией медицинской организации, но и определяет форму записи комиссионного решения в медицинской документации, что весьма актуально.

Пункт 35 формы № 025/у предусмотрен для записи эпикриза. Эпикриз оформляется в случае выбытия пациента из района обслуживания медицинской организации или в случае смерти. В случае выбытия эпикриз направляется в медицинскую организацию по месту медицинского наблюдения пациента или выдается на руки пациенту. В случае смерти пациента оформляется посмертный эпикриз, в котором отражаются все перенесенные заболевания, травмы, операции, выставляется посмертный заключительный рубрифицированный (разбитый на разделы) диагноз; указывается серия, номер и дата выдачи учетной формы «Медицинское свидетельство о смерти», а также указываются все записанные в нем причины смерти.

В Приказе № 834н не указан срок хранения Карты в архиве медицинской организации при изъятии ее из действующей картотеки. По-видимому, по обычаю делового оборота, следует руководствоваться отмененным Приказом № 255, где в Инструкции по заполнению учетной формы № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» (приложение 8) указано, что медицинские карты умерших изымаются из действующей картотеки и передаются в архив лечебного учреждения, где хранятся 25 лет.

Сроки перехода на ведение новых учетных форм.

В связи с утверждением новой формы первичной медицинской документации – формы № 025/у становится актуальным вопрос о сроках перехода медицинских организаций на ведение нового документа. Это очень сложный организационный вопрос, поскольку на учете в амбулаторно-поликлинических учреждениях состоят десятки тысяч пациентов. В то же время в некоторых регионах субъекты ведомственного и вневедомственного контроля уже требуют тотального перехода на новые учетные формы. Этот вопрос по объективным обстоятельствам должен решаться постепенно, но, бесспорно, на всех вновь прикрепляемых пациентов в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, должны быть заведены новые учетные формы.

Целесообразно старые документы подклеивать к новой форме, меняя титульный лист и продолжая ведение старой формы с новыми вкладышами.

Таким образом, в настоящее время приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их

заполнению», не только устанавливает основную учетную форму первичной медицинской документации, которая за редким исключением (в строго установленных случаях) должна оформляться в амбулаторно-поликлинических учреждениях, но и дает достаточно подробные рекомендации по ее заполнению, что должно способствовать повышению качества оказания медицинской помощи и качества ведения учетной формы № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях».

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Борисов, Ю. Новое в иммунотерапии заболеваний легких и кожи // Медицинская газета. – 2015. – 15 июля (№ 51). – С. 13.

В Великобритании разрешено использование нового медицинского препарата иммунотерапии рака. Применение препарата ниволумаб уже называют прорывом в лечении онкологических заболеваний. Клинические испытания продемонстрировали, что ниволумаб останавливает распространение рака кожи и лёгких.

Иммунная система является встроенным в наш организм защитником, который избавляется от всего чужеродного. При этом у неё имеются механизмы блокировки и торможения, позволяющие избежать поражения собственных здоровых тканей (в случае с аутоиммунными болезнями наподобие рассеянного склероза именно эти механизмы дают сбой).

Но раковые клетки представляют собой повреждённую материю, которая зачастую сохраняет функции исходной ткани и может маскироваться под нормальную, вводя в заблуждение защитные системы организма. Ниволумаб восстанавливает нормальную иммунную реакцию организма.

Исследования в сфере иммунотерапии онкологических заболеваний продолжают уже давно, но в заголовки новостей попали только сейчас, после доклада группы британских медиков на заседании Американского общества клинической онкологии.

В одном из клинических испытаний, когда пациенты наряду с ниволумабом принимали уже одобренный для употребления ипилимумаб, у 58% пациентов меланомы менее чем через год прекратили распространяться. В другом клиническом испытании коэффициент выживаемости среди некоторых больных раком лёгких более чем удвоился.

В Великобритании было объявлено, что эта терапия отныне разрешена для лечения рака кожи и лёгких. «За последние несколько лет в Великобритании увеличилось число случаев возникновения меланомы», – говорит глава организации Melanoma UK Джилл Наттадд. «Мы приветствуем сегодняшние новости о разрешении использования ниволумаба, так как это увеличивает возможность выбора терапии для пациентов и может привести к увеличению продолжительности жизни», – утверждает она.

В США использование ниволумаба для борьбы с раком было одобрено в декабре 2014 г.

Лалаянц, И. Русские наступают // Медицинская газета. – 2015. – 15 июля (№ 51). – С. 13.

Российские учёные сделали открытие, которое может оказать существенное воздействие на развитие исследований в области самых разных состояний и заболеваний человека.

Жизненные процессы – постоянный синтез и разъединение цепей биополимеров. Все знают, что жизнь представляет собой динамичную систему создания и распада молекул белков, жиров и углеводов вкуче с нуклеиновыми кислотами. Известно, что белковый гормон инсулин выделяется в кровь как единая цепь, которая затем «разрезается» энзимом на два соединённых друг с другом фрагмента, активность которых способствует транслокации молекул глюкозы из кровотока в клетки печени. Другой пример связан с клеточным делением, по ходу которого правильность расхождения хромосом контролируется протеиновым мостиком из молекул актина (без них невозможно мышечное сокращение), после чего мостик перерезается особым белком

WDR с его повторами (repeats) из аминокислот триптофана и аспарагиновой (W и D соответственно).

То же справедливо и в отношении нуклеиновых кислот, которые представляют собой основу генов в их постоянно меняющейся активности, по ходу которой они «включаются» и «выключаются», что подразумевает их синтез и деградацию с помощью соответствующих ферментов. Нуклеиновые кислоты в силу огромной длины своих молекул крайне непрочны с механической точки зрения, в результате чего их цепи постоянно подвергаются постоянным разрывам. В ДНК Полонки могут подвергаться как одна, так и обе цепи (соответственно ssb и dsb – одноцепочные и двуцепочные полонки), что происходит в нормальных физиологических условиях и под стрессовыми воздействиями среды, например, при солнечном ожоге под действием ультрафиолетовых лучей. Превышение определённого уровня, лимита разрывов в ДНК ведёт к клеточной смерти (облезает кожа), хромосомным транслокациям с образованием раковых «комбинаций» генов, а также нейродегенеративными заболеваниями (болезни Альцгеймера, Паркинсона и др.) Естественно, что в клетках имеются мощные системы обнаружения разрывов, сигнализации о них и починки. При их нарушении развивается прогерия, или преждевременное старение организма, когда маленькие «старички» умирают в 11-13 лет. Некоторые мутации одного из генов таких систем были открыты при заболевании, характеризующемся расширением концевых участков сосудов (ангиотелеэктазия – АТМ), другие же ведут к опухолям.

В Роттердамском университете Эразма белок АТМ сравнили с работой банкомата с тем же сокращённым названием (Automated Trading Machine), который должен сначала распознать карту по её номеру, затем соотнести её с полным «геномом» базы данных, после чего выдать результат в виде купюр и банкнот. В ядре клетки АТМ находит и сигнализирует о разрывах в цепях ДНК, мобилизуя тем самым восстановление их целостности. На биофаке МГУ обнаружили новый «апармитский» механизм, начинающийся, как известно, с остановки фермента полимеразы, считывающего генную последовательность, переписывая её на молекулу информационной РНК (транскрипция гена). До В. Студицкого, руководителя лаборатории регуляции транскрипции и репликации на биологическом факультете МГУ, и его команды в составе Н. Пестова, Н. Герасимовой и О. Кулаева учёные полагали, что фермент реагирует лишь на разрыв цепи, концы которого выступают из белковой массы нуклеосомы.

Последняя представляет собой совокупность 8 гистонов, молекулы которой составляют протеиновую «шпильку», на которую намотана ДНК, что позволяет плотно упаковать её двухметровую нить в ядре, диаметр которого в 20 тыс. раз меньше. Гистоны очень важны для регуляции генной активности, по-этому к нуклеосомам в последние годы привлечено внимание самых разных учёных. На биофаке группе Студицкого ещё в 2002 г. Удалось «сконструировать» нуклеосому на ДНК *in vitro*, после чего понадобилось более 10 лет напряжённых исследований, чтобы сделать открытие, согласно которому РНК-полимераза каким-то образом разыскивает разрывы и в другой цепи ДНК, скрытые в гистоновой массе. Учёные полагают, что столь важный процесс распознавания связан с образованием особых петель loops – цепью ДНК, погруженной и взаимодействующей с гистонами нуклеосомы. Тем самым, считают они, выявлена ещё одна потенциальная мишень воздействия на 1 гены, нарушения которых ведут к нейродегенеративным заболеваниям. Но думается только последними вновь открывшиеся перспективы не ограничиваются, вспомним хотя бы о прогерии и различных формах рака.

Лалаянц, И. Молодость и здоровье // Медицинская газета. – 2015. – 3 июля (№ 48). – С. 13.

Известно, что радиация ведёт к накоплению в клетках агрессивных кислородных и иных радикалов, которые «рвут» ДНК, приводя к мутациям. В ядре клетки имеется белковая система Rad (от radiation), призванная находить и чинить разрывы ДНК. Они во множестве случаются и без радиооблучения, так как разрывы цепей и их последующее сшивание – ДНК-репарация – необходимы для обмена участками хромосом и генов, полученных от отца и от матери (процесс рекомбинации, видимый под микроскопом как кроссинговер).

Но помимо людей, счастливо доживающих до 100 лет, есть дети, с рождения страдающие прогерией (преждевременное старение) в силу геномного нарушения ДНК-«починки», которые в

лучшем случае доживают до 13-15 лет. Следовательно, продолжительность жизни организма и его старение регулируются отнюдь не внешними факторами. Хотя хорошо известен феномен калорической рестрикции – ограничения калорий в питании, – способствующий увеличению этой самой продолжительности чуть ли не на треть.

Молекулярная «мудрость» гласит, что старение обусловлено накоплением мутаций в ДНК митохондрий, то есть энергетических станций клетки, вырабатывающих АТФ, или клеточной энерговалюты, по ходу синтеза которой образуются упомянутые кислородные и иные радикалы. Митохондрии, как считается, были в своё время вошедшими в симбиоз с клетками бактерий, не имеющими ядер и, следовательно, ДНК под защитой протеинов. Неудивительно, что в митохондриальной ДНК мутации накапливаются довольно быстро, что обуславливает клеточное старение. Однако сотрудники Университета Цукуба, расположенного в токийском пригороде с тем же названием, подняли недавно самое настоящее восстание против митохондриального «лобби», доказав свою правоту в ходе по-восточному хитроумных экспериментов. Известно, что эластичность кожи определяется наличием в ней волокон коллагена, синтезируемого её фибробластами. При всей своей специализации последние проявляют при определённом воздействии способность к репрограммированию и возвращению к состоянию, которое близко к эмбриональным стволовым клеткам.

Японцы взяли фибробласты у детей в возрасте 0-12 лет и стариков (80-97 лет) и возвратили их к состоянию эмбриональных стволовых клеток, после чего определили уровень синтеза АТФ и повреждений ДНК. К их удивлению, оба параметра оказались одинаковыми в митохондриях обеих возрастных групп, что позволило заподозрить действие «надгеномных», или эпигенетических регуляторов генной активности. Эпигенез представляет собой модификацию ДНК с помощью присоединения к ней метильных групп – СН₃, которые выключают активные гены. Выделены два гена, которые регулируют производство в митохондриях глицина – самой простой из аминокислот. Он представляет собой аминопроизводное уксусной кислоты, являющейся прекрасным консервантом при мариновании пищевых продуктов. Выключение одного из двух указанных генов привело к снижению синтеза глицина и быстрому старению митохондрий.

Старение и связанные с ним болезни пожилых учёные надеются победить с помощью клеточных терапий, подразумевая репрограммирование клеток взрослого организма, приводящее к снятию эпигенетического блока. Преимуществом такого подхода является отсутствие реакции отторжения как при обычных трансплантациях органов и тканей. Одним из протеинов подобного «обращения» клеточного времени вспять является циклин, в норме тормозящий жизненный цикл клетки, чтобы она не делилась слишком часто (иначе может случиться рак).

Сотрудники Йельского университета выключили ген циклина, что позволило им вернуть взрослые клетки к эмбриональному состоянию. Одновременно с их публикацией пришло также сообщение о прямом получении из лейкоцитов нейронов, которые с нетерпением ждут специалисты, занимающиеся нейропатиями, начиная с болезнью Альцгеймера и Паркинсона и кончая нейротравмами.

Самохин, И. Сюрпризы мозга // Медицинская газета. – 2015. – 3 июля (№ 48). – С. 13.

Сотрудники Мэрилендского университета сообщили о своей попытке манипулирования развитием мужских и женских признаков мозга с помощью эстрадиола – производного мужского гормона тестостерона (на нервные стволовые клетки как выяснилось оказывают влияние полициклы ароматических углеводов).

Гормон подавляет фермент, «замалчивающий» активность мужских генов в развивающемся женском мозгу. То же действие учёные наблюдали и при введении в преоптическую область ингибиторов – блокаторов этого фермента, а также после выключения его гена, в результате чего самки мышей проявляли «сексизм» в отношении нормальных подруг, пытаясь вести себя как самцы. Эстрадиол действовал и на ген, отвечающий у человека за речь, за рост и ориентацию нервных отростков и формирование синапсов (контактных точек нейронов).

Маргарет Маккарти, проводившая исследование, обращает внимание на клетки белого вещества (микроглии), которые играют важную роль в маскулинизации мозга с хромосомами XX. По другую сторону Атлантики учёные парижского Института сельскохозяйственных

исследований выяснили, что ещё один ген, родственник гену речи, отвечает за развитие яичников, блокируя мужские гены в их клетках. При «замалчивании» этого гена происходит реверсия развития, в результате чего у коз рождаются самцы с XX. Коллеги Маккарти из Института медисследований в Канзасе выявили, что ген *Wat* – *Bag of marbles* («сумка с шариками») действует на ген *SOP*, белок которого «направляет» специализацию-дифференцировку потомков стволовых клеток. Ген *SOP* получил название по белку клатрину (*Clathrin*), который характерен для гриба клатруса, или «решётчика» (плодовые тела которых имеют сетчатую оболочку красного цвета). В нервных клетках клатрин «одевает» пузырьки-везикулы, переносящие в отростках тот же адреналин и ацетилхолин (нейромедиаторы – трансмиттеры сигналов).

Транспорт крайне важен для роста и ориентации нервных отростков и нормальной функции белка синаптофизина, формирующего синапсы нервных клеток и их соединения с поверхностью мышечных (в том числе гладкой мускулатуры стенок сосудов, наполняющих пещеристые тела клитора и пениса кровью при возбуждении). Сотрудники парижского Университета Декарта и их коллеги из Лионского университета разобрались в ген-белковом механизме подобного рода соединений, о чём сообщили в авторитетном журнале «Нейронаука». Там же помещена статья учёных Института биологических исследований калифорнийской Ла-Джоллы и Университета Грайфсвальда в Германии, которые выключили один из генов эмбрионального развития нейронов гиппокампа, отвечающих за формирование и хранение памяти, в результате чего ГМ-мышата родились с укороченными и неправильно ориентированными отростками.

Всё это имеет прямое отношение к изучению половых различий организмов на самых разных уровнях. Дифференцировка пола является прекрасной моделью изучения геномных процессов, что очень важно для выявления рисков, предупреждения и лечения нейродегенеративных заболеваний и рака. На «перекрёстках» этих исследований случаются интересные события.

В Йельском университете нейробиологи обнаружили, что не «пошедшее» для лечения пациенток с раком груди лекарство AZD производства компании, представленной на нашем фармацевтическом рынке, неожиданно показало эффективность у мышей с моделью болезни Альцгеймера. Оно блокирует включаемый бляшками фермент, являющийся продуктом онкогена, действие которого нарушает образование синапсов нейронов. Мыши, получавшие AZD, подавляющий аномальную активность фермента, стали лучше ориентироваться в лабиринте и распознавать новые объекты, а также быстрее выбираться на спасительный плотик в бассейне. Уже через месяц лечения у трансгенных животных восстановилась пространственная память и количество синапсов, причём восстановление случилось без уменьшения числа бляшек, понизилась активация микроглии вокруг них и признаки воспаления. Учёные надеются, что скоро начнутся клинические испытания, поскольку отдалённых признаков токсичности препарата ими не выявлено.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Максимов, Д. М. Региональная программа «Медицина без табака» – предварительные результаты / Д. М. Максимов, С. В. Глуховская, О. В. Андриянова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2015. – № 3. – С. 43-46.

В статье дано описание региональной программы "Медицина без табака", которая была разработана для оказания помощи медицинским работникам, желающим бросить курить. В рамках программы в 84 лечебных учреждениях Свердловской области были обучены и методически оснащены координаторы, в задачу которых входило консультирование медицинских работников по вопросам отказа от курения, а также предоставление бесплатного никотинсодержащего пластыря 15 или 25 мг на начальные 2 недели лечения. Всего в программе приняли участие 1060 медицинских работников, средний уровень отказа от курения через месяц составил – 10%. В целом в рамках программы была успешно апробирована массовая популяционная стратегия помощи желающим бросить курить, которая может быть использована в других регионах Российской Федерации.

По данным эпидемиологического исследования (GATS, 2009 г.) Всемирной организации здравоохранения, в Российской Федерации курят 60% мужчин и 22% женщин, или 44 млн человек (40% взрослого населения, второе место в мире по распространенности табакокурения). Последствия эпидемии табакокурения – около 400 тыс. преждевременных смертей и 125 млрд руб. расходов системы здравоохранения ежегодно. Если ситуация принципиально не изменится в ближайшее время, по прогнозу Всемирного банка средняя продолжительность жизни российских мужчин к 2025 г. снизится до 53 лет. Распространенность табакокурения в России среди медицинских работников не намного меньше среднепопуляционной. По данным различных исследований, среди российских врачей курят от 26 до 50% мужчин и до 26% женщин. Для сравнения в США только 2-3% врачей являются курильщиками. Вышеописанные обстоятельства диктуют необходимость системного подхода к преодолению эпидемии табакокурения в нашей стране, причем здравоохранение должно сделать первый шаг на пути самооздоровления. Освобождение от табачной зависимости не только благоприятно скажется на здоровье и профессиональной продуктивности медицинских работников, но и существенно повысит их мотивацию консультировать пациентов по вопросам отказа от курения.

При этом следует иметь в виду, что лишь незначительное число курящих способно освободиться от зависимости без медицинской помощи. Несмотря на то, что в течение года пытаются бросить около 32% курильщиков, только у 3-5% из них попытка оказывается успешной. Имеются убедительные научные данные, свидетельствующие о том, что никотинзаместительная терапия (НЗТ) способна увеличить количество успешных отказов в 1,5-2 раза. Добавление к НЗТ информационной поддержки и врачебного консультирования еще больше увеличивает процент успешных отказов. Другим преимуществом препаратов НЗТ является безопасность и доступность в качестве безрецептурных средств. Различные формы НЗТ (жевательная резинка, пластырь) приблизительно равноэффективны, и их выбор во многом определяется предпочтениями пациента. Для медицинских работников оптимальной формой НЗТ представляется пластырь (трансдермальная терапевтическая система), так как использование жевательной резинки может быть неприемлемо в процессе выполнения профессиональных обязанностей. Нередко препятствием для начала лечения может быть стоимость НЗТ. Например, по данным исследования А. Л. Александрова и соавт., только 21% курящих врачей готовы к оплате квалифицированной медицинской помощи по отказу от курения. В этой связи предоставление начального бесплатного лечения может быть существенным стимулом для инициации попытки отказа. Наиболее критичным периодом, в течение которого чаще всего происходит рецидив курения, являются первые 2 недели от даты отказа. Поэтому консультативная и медикаментозная поддержка в этот период может существенно повысить число успешных отказов в ближайшей и долгосрочной перспективе.

Несмотря на то, что эффективность НЗТ получила убедительное подтверждение в клинических испытаниях, эффективность применяемых препаратов в условиях реальной клинической практики, а также при массовых и популяционных мероприятиях поддержки бросающих курить до сих пор является предметом дискуссий, особенно если принять во внимание экономические затраты здравоохранения. Поэтому выявление наиболее действенных и экономически обоснованных массовых стратегий помощи желающим бросить курить является предметом изучения во многих прикладных исследованиях по всему миру. В Российской Федерации подобные проекты еще крайне редки, а медицинское сообщество довольно инертно откликается на чрезвычайную эпидемическую ситуацию с распространенностью табакокурения.

В свете вышесказанного ГБУЗ СО "Свердловский областной центр медицинской профилактики" в Екатеринбурге (нач. С.В. Глуховская) совместно с АНО "Центр здоровья молодежи" также в Екатеринбурге (дир. А.С. Гончарова) была спланирована региональная программа "Медицина без табака", направленная на поддержку медицинских работников, желающих бросить курить. Основной целью программы было снижение распространенности табакокурения среди медицинских работников Свердловской области.

Программа вошла в число победителей открытого конкурса по выделению грантов некоммерческим неправительственным организациям, проводимого в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации № 115-рп от 29 марта 2013 г. "Об обеспечении в 2013 году государственной поддержки некоммерческих неправительственных организаций, реализующих социально значимые проекты и участвующих в развитии институтов

гражданского общества". Средства гранта позволили оказать курящим медицинским работникам помощь в виде предоставления никотинсодержащего пластыря на 2 недели лечения, а также информационную и консультативную поддержку.

Активная часть программы продолжалась с сентября 2013 г. по сентябрь 2014 г. В программе приняли участие медицинские работники (врачи и средний медицинский персонал), работающие в бюджетных и муниципальных медицинских учреждениях Свердловской области, являющиеся ежедневными курильщиками и желающие полностью отказаться от курения в сроки проведения программы.

Основные этапы программы.

Исследование распространенности табакокурения среди медицинских работников Свердловской области.

В качестве пилотного этапа программы в сентябре-ноябре 2013 г. было проведено исследование распространенности табакокурения и мотивации к отказу среди медицинских работников Свердловской области (срезное одномоментное исследование). Из 59 бюджетных многопрофильных ЛПУ случайным методом было выбрано 2 учреждения, в которых провели сплошное анкетирование медицинских работников. Общее количество респондентов – 774 человека, из них 90% женщин, средний возраст 45 лет, 67% средний медицинский персонал. Распространенность табакокурения составила 23%, при этом 18% опрошенных курили ежедневно, а 45% из них курили более 10 сигарет в сутки. Попытку отказаться от курения в предшествующие 12 месяцев предпринимали 60% курящих респондентов, планировали бросить курить в течение ближайшего месяца 15% (высокомотивированные), при этом на вопрос: "Если вам будет предложена бесплатная поддержка в отказе от курения в виде профессионального консультирования и начального курса медикаментозного лечения (НЗТ), будете ли вы готовы к отказу от курения в течение следующего месяца?" 68,8% курящих ответили утвердительно.

Результаты пилотного исследования позволили сделать следующие выводы.

1. Распространенность табакокурения (23%) среди медицинских работников Свердловской области ниже среднепопуляционной по России (39,1%) по данным глобального опроса взрослого населения о потреблении табака). Подобная разница, вероятнее всего, обусловлена существенным преобладанием женщин среди опрошенного медицинского персонала. Если принять во внимание тендерный дисбаланс, распространенность табакокурения среди медицинских работников в настоящем исследовании мало отличалась от популяционной (для сравнения среднепопуляционная распространенность курения среди женщин в России 21,7%). Это косвенно свидетельствует о том, что медицинское образование и профессиональная деятельность мало способствуют отказу от курения и приверженности к здоровому образу жизни.
2. Основную массу курящих составляли женщины – средние медицинские работники.
3. Приблизительно половине курящих медицинских работников показано использование никотинсодержащего пластыря для облегчения синдрома отмены при отказе от курения.
4. В случае проведения программы "Медицина без табака" (или аналогичной программы поддержки желающих бросить курить) число высокомотивированных к отказу от курения может увеличиться более чем в 4 раза.

В целом по результатам пилотного анкетирования были уточнены, распространенность и особенности табакокурения среди медицинских работников, а также получены дополнительные аргументы в пользу востребованности программы поддержки желающих бросить курить. Полученные данные позволили спрогнозировать отклик на программу "Медицина без табака" (обращаемость) в пределах 5% от всех медицинских работников ЛПУ, а также спланировать пропорциональное распределение никотинсодержащего пластыря для участников программы.

Обучение и методическое обеспечение координаторов программы в государственных и муниципальных лечебных учреждениях Свердловской области.

В ноябре 2013 г. бюджетные и муниципальные ЛПУ Свердловской области были проинформированы письмом Министерства здравоохранения Свердловской области № 03-12/337 от 21.11.2013 о проведении проекта "Медицина без табака" и условиях участия в нем. В результате в декабре 2013 г. 84 ЛПУ (из них 17 г. Екатеринбург и 67 Свердловской области) вошли в программу. Все ЛПУ – участники проекта выделили координаторов (врачей, средних медицинских работников, психологов), которые должны были осуществлять консультативную поддержку по программе и назначение НЗТ. Для подготовки координаторов были организованы

обучающие семинары, на которых обсуждались вопросы профилактики и лечения табакокурения, а также основные особенности программы "Медицина без табака". Методическая поддержка координаторов включала предоставление руководств по ведению курящего пациента и использованию НЗТ. Все координаторы также получили первичную документацию программы: информационную брошюру по отказу от курения, журнал учета участников, форму информированного согласия, индивидуальную карту и дневник самонаблюдения участника.

В качестве средства медикаментозной поддержки отказа от курения всем координаторам был предоставлен препарат НЗТ – пластырь "Никоретте" 15 или 25 мг из расчета 2 упаковки на участника (на 2 недели лечения). Количество выдаваемого пластыря рассчитывали исходя из общего количества медицинских работников в ЛПУ, а также данных, полученных в пилотном исследовании (распространенность курения, степень тяжести никотиновой зависимости и уровень готовности к отказу от курения среди медицинских работников).

Программа поддержки медицинских работников, желающих бросить курить.

Активная часть программы предусматривала мероприятия поддержки медицинских работников, желающих бросить курить, которые проводились в ЛПУ Свердловской области обученными и методически оснащенными координаторами. Участниками программы могли стать врачи и средние медицинские работники, которые добровольно выразили свое желание бросить курить. Программа носила исключительно поощрительный характер и не предусматривала административного принуждения к отказу или каких-либо санкций в отношении курящих медицинских работников. В обязанности координатора программы входили ведение первичной документации участников, выбор оптимальной схемы лечения на основании анкетирования, предоставление информационных материалов по отказу от курения, предоставление участникам никотинсодержащего пластыря на 2 недели лечения (по показаниям), периодическая поддержка и наблюдение участников в сроки программы.

Включение медицинских работников в программу происходило в порядке самообращения с 15 января 2013 г. по 30 апреля 2014 г. Тем участникам, которые выкуривали 10 сигарет в сутки и более предлагалось использование никотинсодержащего пластыря. Участникам программы, которые являлись ежедневными курильщиками и при этом выкуривали менее 10 сигарет в сутки, оказывалась консультативная и информационная поддержка.

В ходе третьего этапа программы сотрудниками ГБУЗ СО "Свердловский областной центр медицинской профилактики" было проведено 6 семинаров-аудитов, как очных, так и в формате веб-конференций. В рамках семинаров был проведен анализ особенностей реализации программы в ЛПУ. проверена первичная документация участников, уточнены вопросы консультирования курящих медицинских работников. Результаты аудита были дополнительно доведены до всех координаторов в виде общего перечня наиболее распространенных замечаний для проведения контрольной самопроверки. Кроме того, на протяжении всего третьего этапа организаторами проекта в оперативном режиме осуществлялся контроль выполнения программы в ЛПУ Свердловской области, а также консультативная и методическая поддержка координаторов по потребности.

Результаты программы.

В целом программа была позитивно воспринята курящими медицинскими работниками в большинстве учреждений здравоохранения. Отклик по программе (количество медицинских работников, обратившихся за помощью в отказе от курения) в целом соответствовал прогнозируемому (5% от всех медицинских сотрудников ЛПУ), однако отмечалась достаточно выраженная вариабельность отклика в различных учреждениях здравоохранения (от 0 до 24%). За помощью обратились около 38% ежедневных курильщиков со средней и сильной зависимостью (изначальный уровень готовности к самостоятельному отказу по результатам пилотного анкетирования – 9%). Подобный четырехкратный рост числа желающих бросить курить может быть с высокой долей уверенности отнесен за счет мотивирующего действия программы.

Всего в программе приняли участие 1060 человек (данные на сентябрь 2014 г.). 97% их них составили медицинские работники с умеренной и сильной табачной зависимостью, которым была показана НЗТ (пластырь "Никоретте"). Отмечен относительно невысокий отклик среди медицинских работников со слабой зависимостью (выкуривающих менее 10 сигарет в сутки), что несколько снизило общее количество участников относительно прогнозируемого 1300-1500.

Среднее количество желающих бросить курить в одном ЛПУ составило 14 человек, максимальное – 75 человек.

Средний уровень отказа от курения через месяц составил 40% (на 5 – 10% больше прогнозируемого). В абсолютных числах через месяц от включения в программу бросили курить 414 человек. В большинстве ЛПУ (60%) отмечен достаточно высокий уровень отказа от курения – более 30% от числа участников. В 37% медицинских учреждений зарегистрирован очень высокий уровень отказа от курения – 50% и больше. Уровень отказа от курения не зависел от количества участников программы в отдельно взятом ЛПУ ($p = 0,98$).

За время проведения программы серьезных побочных эффектов при использовании никотинсодержащего пластыря выявлено не было. Эпизодически регистрировались местные кожные реакции на аппликацию пластыря, большинство из них были слабовыраженными и регрессировали при отмене пластыря или при использовании противоаллергических средств.

Таким образом, предварительные результаты программы подтверждают ее эффективность, востребованность, хорошую переносимость лечения, а также вносят новый вклад в понимание особенностей табакокурения среди медицинских работников. В планах программы – продолжить наблюдение участников с анализом 6-месячной и годовой эффективности. В целом в рамках программы была успешно апробирована массовая популяционная стратегия помощи желающим бросить курить, которая может быть рекомендована для внедрения в других регионах Российской Федерации.

Оценка риска здоровья населения города Уфы, обусловленного атмосферными загрязнениями [Текст] / Г. А. Чуенкова [и др.] // Гигиена и санитария. – 2015. – № 3. – С. 24-29.

Данные официальной статистики о высоком уровне здоровья детей (около 80% детей I и II групп здоровья) вызывают сомнения. В связи с этим предложены аналитические приемы обработки баз данных официальной государственной статистики, основанные на межрегиональных сравнениях, сопоставлении основных показателей общественного здоровья детей и многомерных классификациях. В результате иерархического кластерного анализа основных показателей здоровья детского населения подтверждено низкое качество медицинских осмотров и диспансеризации детей. Наилучшая ситуация в отношении здоровья детей и качества информации отмечена в 19 регионах, большей частью европейской части страны, наихудшая – в шести национальных регионах Северо-Кавказского, Южного и Сибирского федеральных округов.

Здоровье детей всегда было актуальной медицинской проблемой и предметом первоочередной государственной важности. В целях сохранения и укрепления здоровья детей в России в течение нескольких десятилетий функционирует система комплексной оценки здоровья, принципы которой разработаны в НИИ гигиены детей и подростков. Она была внедрена в здравоохранение и совершенствуется до настоящего времени посредством большого числа научных исследований и ряда нормативных документов, в частности приказа Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них». Таким образом, очевидно, возрастает необходимость извлечения полезной информации по комплексной оценке здоровья детей, развития методологии анализа информации в этой области, важность межрегиональных сравнений. Такой анализ необходим прежде всего в целях принятия адекватных управленческих решений в сфере здоровья детей и обеспечения их санитарно-эпидемиологического благополучия.

Извлечение новых и главное полезных знаний в ходе межрегиональных сравнений на основании медицинской географии было показано в ходе многих исследований показателей здоровья населения России, в том числе и проведенных авторами настоящей публикации: инвалидности, смертности, психических расстройств, соматических заболеваний, сифилиса и гонореи у детей и др. В результате этих исследований было показано существование в России так называемого северо-восточного вектора – ухудшения здоровья населения, качества и уровня жизни в направлении с юго-запада России на северо-восток, обусловленное влиянием климата и естественного распределения материальных ресурсов и человеческого потенциала в стране,

отмечена национальная специфика в формировании системы «здоровье населения – среда обитания».

Одной из серьезных проблем исследования здоровья населения, на что указывали многие авторитетные исследователи, является неудовлетворительное качество информации официальной статистики, тогда как именно на нее могут и обязаны опираться ученые в своих исследованиях и специалисты Роспотребнадзора в системе социально-гигиенического мониторинга (далее СГМ).

Одним из способов проверки качества информации мы предлагаем анализ не одного, а ряда показателей здоровья, логически связанных друг с другом. Поэтому комплексную оценку здоровья детей в регионах России следует проводить с соотношением результатов последней с показателями инвалидности и заболеваемости детей. Мы считаем, что только после этого следует делать окончательные выводы о здоровье детей в разных регионах России. Следует также заметить, что до сих пор, к сожалению, Федеральный информационный фонд СГМ не содержит сведений по разделу гигиены детей и подростков, что явно требует коррекции.

До настоящего времени проведение подобных исследований в отношении здоровья детей затруднялось отсутствием общедоступной сопоставимой официальной информации в разрезе всех регионов страны, в частности о результатах распределения детей на группы здоровья. Ситуация изменилась в лучшую сторону с внедрением на сайте Федеральной службы государственной статистики Единой межведомственной информационно-статистической системы (далее ЕМИСС), обеспечивающей предоставление государственной услуги на получение в электронном виде официальной статистической информации из ведомственных хранилищ данных. ЕМИСС включает массу полезной с гигиенической точки зрения информации о среде и здоровье населения: 55 показателей Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 83 показателя Минздрава России, 1623 показателя Федеральной службы государственной статистики. Для осуществления анализа важно, что информация ЕМИСС представлена в удобном для анализа формате MS Excel.

Задачи исследования – разработка способов оценки качества информации о здоровье детей на конкретной территории, проведение такой оценки, а также выявление основных тенденций формирования здоровья детей в России.

Материалы и методы.

В качестве материалов исследования были использованы вышеуказанные базы данных ЕМИСС Федеральной службы статистики с последующим расчетом показателей числа детей и подростков-школьников по пяти группам здоровья (в %), общей инвалидности детей в возрасте 0-17 лет и общей заболеваемости детей в возрасте 0-17 лет – средние за пятилетний период (2007-2011 гг.) в разрезе регионов и федеральных округов страны.

В качестве метода исследования был применен алгоритм, разработанный и апробированный нами на разных примерах и рекомендованный для применения в социально-гигиеническом мониторинге. Для решения задач настоящего исследования алгоритм был усовершенствован в отношении применения иерархического кластерного анализа как одного из методов Data Mining, направленных именно на обнаружение полезных знаний в накопленных базах данных, на что мы обращали внимание в наших предыдущих публикациях. Для решения задач настоящего исследования был применен ряд аналитических приемов:

1) оценка изменений распределений детей по группам здоровья в России в динамике за изученный период (с применением критерия χ^2);

2) сравнение удельного веса школьников разных групп здоровья на европейской и азиатской территориях России (с применением критерия U Манна-Уитни); (к европейской территории отнесены регионы Центрального, Северо-Западного, Приволжского, Южного и Северо-Кавказского ФО России; к азиатской – регионы Уральского, Сибирского и Дальневосточного ФО);

3) сопоставление основных показателей здоровья детей (распределение детей по пяти группам здоровья, инвалидности и заболеваемости) с целью выяснения вопроса о схожести объектов (или основных показателей здоровья детей);

4) была применена иерархическая классификация;

5) кластерный анализ методом k-средних с целью классификации регионов России по основным показателям здоровья детей.

Расчеты проведены в MS Excel 2007 и в пакетах прикладных программ Biostat и Statistica 6.1. Результаты считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

При анализе результатов комплексной оценки здоровья школьников за пятилетний период в среднем по России установлена в целом стабильная и оптимистичная ситуация с существенным превалированием числа здоровых школьников. Так, в России в последние годы зарегистрировано около 80% здоровых детей, из которых около 20% не имели никаких морфофункциональных отклонений. Страдали хроническими болезнями в состоянии разной степени компенсации (III-V группы здоровья) тоже около 20% детей, большая часть из которых была отнесена к III группе здоровья (18%). То есть, наибольшая часть школьников в России по результатам комплексной оценки здоровья отнесена ко II группе – здоровых детей, имеющих некоторые морфофункциональные отклонения. В течение изучаемого периода наметилась слабая тенденция дальнейшего увеличения удельного веса детей II группы здоровья (с 58 до 60%) – за счет некоторого снижения числа как здоровых детей (I группа здоровья), так и больных (III, IV, V группы). Так что число здоровых школьников (I и II групп здоровья в сумме) за период в стране несколько выросло – с 79 до 80%, а число больных (III, IV, V группы) соответственно снизилось – с 21 до 20% (изменения статистически незначимы). Особенно заметно сократился удельный вес детей в состоянии декомпенсации хронической патологии (V группа) – почти на треть, с 1,7 до 1,3 %, Таким образом, тенденции изменения здоровья детей в России по результатам комплексной оценки здоровы в целом благоприятны, хотя многочисленные исследования свидетельствуют об обратном.

По результатам сравнения распределения школьников разных групп здоровья на европейской и азиатской территориях России выявлено статистически значимое превышение удельного веса здоровых школьников (I группа здоровья) на европейской территории страны по сравнению с азиатской ($U=484$, $p=0,008$), при этом отмечается большой разброс значений удельного веса здоровых детей на европейской части страны. Детей II группы здоровья (здоровых, с морфофункциональными отклонениями) больше в регионах Сибирского, Уральского, Дальневосточного округов по сравнению с европейской частью страны ($U=508$, $p=0,016$). Статистически значимых различий между сравниваемыми территориями страны по показателям удельного веса школьников с хроническими заболеваниями (III-V группа здоровья) не выявлено.

На следующем этапе исследования была проведена; иерархическая классификация, дающая представление о схожести семи основных показателей здоровья детей: удельный вес школьников всех пяти групп здоровья, уровень общей инвалидности детей в возрасте 0-17 лет, уровень общей заболеваемости детей в возрасте 0-17 лет. Для кластеризации в качестве правила объединения был выбран метод Варда, в качестве вида расстояния – квадрат евклидова расстояния.

В итоге получены весьма интересные, на наш взгляд, результаты. Как видно, на первом шаге были объединены имеющие минимальное расстояние показатели: инвалидность и IV группа здоровья (больные дети в состоянии компенсации), хотя логично было предположить большее сходство показателей инвалидность и V группа здоровья, так как именно к V группе относятся дети-инвалиды. На втором шаге были объединены заболеваемость и II группа здоровья. Это опять вызывает вопросы, поскольку больные дети в ходе комплексной оценки здоровья относятся к группам III-V, а II группу составляют здоровые дети (с незначительными отклонениями в здоровье). Лишь на третьем шаге были объединены кластер ГЗ IV – инвалидность и V группа здоровья (логично с медицинской точки зрения). Однако на следующем четвертом шаге, в нарушение всякой логики, с кластером больных (ГЗ IV – инвалидность – ГЗ V) был объединен показатель ГЗ I, т. е. стало очевидным сходство, сопряженность показателей самых здоровых детей с самыми больными. Далее, на пятом шаге к кластеру ГЗ II – заболеваемость добавляется ГЗ III, оставив вплоть до шестого, последнего, шага процедуры кластеризации, существенные различия.

В итоге установлено существование двух классов показателей популяционного здоровья детей: в один класс объединились показатели II, III групп здоровья детей и заболеваемости, а в другом очевиден разброс – в этот класс вошли показатели и наилучшего, и наихудшего здоровья детей. Однако показатели инвалидности детей все-таки ближе к таковым IV и V групп здоровья, а не к I. Эти факты можно объяснить тем, что многие морфофункциональные нарушения II группы являются диагнозами болезней, т. е. составляют заболеваемость, например нарушение осанки. Кроме того, возможно, дети-инвалиды входят не только в V, как это рекомендовано, но и в IV группу здоровья.

Выявленное сходство I группы здоровья с кластером наихудшего здоровья (IV и V группы) заставляет предположить низкое качество медицинских осмотров, диспансеризации

детей, когда больных детей относят без должного внимания к I группе здоровья. Аналогичный факт – чем выше инвалидность, тем ниже заболеваемость детей в регионах России, – был установлен нами ранее, по материалам 2000-2002 гг.

В целях выявления межрегиональных особенностей здоровья детей в России, а также уточнения качества информации о здоровье детей в отдельных регионах была проведена классификация регионов страны (методом кластерного анализа k-средних). Совокупность регионов России была разделена на 4 кластера (или класса) по следующим четырем классификационным характеристикам: 1) ГЗ I – удельный вес детей I группы здоровья, %; 2) ГЗ III-V – суммарный удельный вес детей III-V группы здоровья, %; 3) заболеваемость – уровень общей заболеваемости детей в регионе, на 10 000; 4) инвалидность – уровень общей инвалидности детей в регионе, на 10 000. Различия между полученными классами статистически значимы по всем четырем классификационным характеристикам ($p = 0,00$). В целях упрощения качественного анализа результатов классификации была составлена таблица.

Результат (1).

Общий уровень здоровья детского населения на соотношение числа здоровых детей (I группа здоровья), больных детей (III-V группа здоровья) и уровней инвалидности и заболеваемости. Совершенно очевидно, что если на территории мало больных детей (III-V группы), то должны быть низкими и показатели заболеваемости и инвалидности детей.

Результат (2). Таким же образом может быть проверено и качество проведения на территориях комплексной оценки здоровья детей – соотношением с показателями заболеваемости и инвалидности: если на территории много здоровых детей и мало больных, а показатели заболеваемости и инвалидности детей высоки, то качество комплексной оценки здоровья школьников в целом низкое.

Результат (3). Оценка качества диспансеризации детского населения может быть дана, на наш взгляд, по соотношению показателей больных детей (ГЗ III-V) и уровня заболеваемости. Если больных детей по результатам комплексной оценки выявляется много, а заболеваемость низкая, то диспансеризация больных детей явно неудовлетворительна.

Результат (4). При высоких показателях удельного веса больных детей (ГЗ III-V) и заболеваемости в сочетании с низким уровнем инвалидности следует, скорее всего, оценить доступность определения инвалидности больным детям в регионе как недостаточную.

Результат (5) введен для общей оценки достоверности ситуации; для выявления медико-географических тенденции в стране – результат (6) Федеральные округа, регионы которых составили кластер.

Таким образом, исходя из числа регионов в кластере, в России выделены три основные тенденции (кластеры № 1-3) и один класс исключений (кластер № 4). Из трех основных тенденций две в целом достоверные (кластеры № 2 и 3), а в кластерах № 1 и 4 достоверность ситуации и качества информации под сомнением.

Из двух достоверных тенденций наилучшая ситуация в кластере 3: высокий уровень здоровья, оправданный наивысшим среди кластеров числом здоровых детей (ГЗ I) и низкими показателями числа больных детей, инвалидности и заболеваемости. Этот класс, самый малочисленный из трех основных тенденций, составили его 19 территорий. Большей частью (15 из 19) – это регионы европейской части России – Центрального (в том числе Москва и Московская области), Северо-Западного (Калининградская, Ленинградская области), Южного и половина регионов Северо-Кавказского ФО. Только 4 региона Сибири и Дальнего Востока – Республика Бурятия, Новосибирская, Амурская, Магаданская области – вошли в этот благополучный класс.

Другая достоверная тенденция отмечается в кластере 2. В этих регионах, напротив, уровень здоровья детей низкий: минимальное число здоровых детей, максимальные показатели удельного веса больных детей и заболеваемости. Настораживает самый низкий уровень инвалидности детей, который отчасти может быть оправдан хорошим качеством диспансеризации больных детей, их лечением и профилактикой инвалидности, однако возможна и низкая доступность медико-социальной помощи больным детям в отношении определения статуса «ребенок-инвалид». В этом кластере 23 региона, в основном – это Северо-Западный (в том числе г. Санкт-Петербург), Уральский, Приволжский ФО. То есть достоверная в целом ситуация в отношении здоровья детей по результатам проведенной кластеризации может быть отмечена только в половине регионов страны (42 из 81).

В остальных 39 территориях, составивших кластеры 1 и 4, ситуация вызывает вопросы, основной из которых касается нарушения соотношения показателей здоровых и больных детей. В

обоих кластерах (1 и 4) по результатам комплексной оценки здоровья здоровых детей (ГЗ I) больше, чем больных (ГЗ III-V) при весьма высоких показателях инвалидности. В самом многочисленном кластере это сопровождается высокими показателями заболеваемости детей. Кластер 1 составили 33 региона, большей частью Центрального, Приволжского, Сибирского и Дальневосточного ФО.

Наихудшая ситуация отмечена в кластере 4: при высоких показателях удельного веса здоровых детей и средних цифрах больных детей отмечена максимальная инвалидность и минимальная заболеваемость, что позволяет дать очень низкую оценку и здоровью детей, и качеству их диспансеризации. Это шесть национальных территорий России, в основном Северо-Кавказского, а также Южного и Сибирского ФО (Республика Калмыкия, Республика Дагестан, Республика Ингушетия, Карачаево-Черкесская Республика, Чеченская Республика, Республика Тыва). Обращает внимание наибольшая среди округов страны разнородность ситуации в Южном и Северо-Кавказском округах. Несмотря на сравнительно небольшую площадь округов, компактность заселения и схожесть условий среды обитания, одни регионы Южного ФО вошли в класс с наилучшей ситуацией в отношении здоровья детей и качества информации (Республика Адыгея, Краснодарский край, Астраханская, Ростовская области), а другие, рядом расположенные, попали в класс с наихудшей ситуацией (Республика Калмыкия). Аналогичная ситуация отмечена и для Северокавказского ФО: Кабардино-Балкарская Республика, Республика Северная Осетия-Алания, Ставропольский край - в наилучшем классе, Республика Дагестан, Республика Ингушетия, Карачаево-Черкесская Республика, Чеченская Республика - в наихудшем. Возможно, разрешение этого вопроса кроется в медико-организационной сфере.

Выводы.

Предложенные аналитические приемы обработки баз данных официальной государственной статистики ЕМИСС, основанные на межрегиональных сравнениях, сопоставлении основных показателей общественного здоровья детей и многомерных классификациях, позволяют получить, на наш взгляд, новые полезные знания о качестве информации и о здоровье детей в регионах России.

По данным официальной статистики ЕМИСС, в России в 2007-2011 гг. было около 80% здоровых детей (I и II группы здоровья) с дальнейшей тенденцией увеличения их числа, что противоречит результатам многих исследований и вызывает сомнения в качестве информации.

Проведенный иерархический кластерный анализ основных показателей здоровья детского населения показал парадоксальное сходство показателей I, IV, V групп здоровья и инвалидности детей, что заставляет предположить низкое качество медицинских осмотров и диспансеризации детей.

В отношении межрегиональных особенностей комплексной оценки здоровья получены результаты, согласующиеся с оценками, полученными в предыдущих региональных исследованиях здоровья населения России. Наилучшая ситуация отмечена в 19 регионах, большей частью европейской части страны, наихудшая – в шести национальных регионах Северо-Кавказского, Южного и Сибирского ФО. Обращает внимание наибольшая среди округов страны разнородность ситуации в Южном и Северо-Кавказском округах, имеющих сравнительно небольшую площадь, компактность заселения и схожие условия среды обитания. Сформулирован перечень из 39 регионов, качество комплексной оценки здоровья детей в которых признано низким.

В заключение следует отметить, что настоящее исследование будет продолжено и в направлении выявления причин установленного разброса данных в России, и в плане уточнения ситуации в отношении каждого региона страны. ЕМИСС предоставляет обширную информацию, позволяющую исследовать влияние на здоровье детей (школьников) среды образовательных учреждений (микроклимат, освещение и пр.) и среды обитания в целом, организации медицинского обеспечения школьников, социально-экономического развития регионов и ряда других. Все это позволит, на наш взгляд, содействовать и реализации последних распорядительных документов в сфере диспансеризации детей, и разработке основ СГМ по разделу гигиены детей и подростков, и научному обоснованию регионально-ориентированных программ профилактики нарушений здоровья детей. Хотелось бы также подчеркнуть, что новые возможности получения полезных знаний в отношении здоровья детей имеются, на наш взгляд, также и при использовании не только новых источников информации, но и современных способов ее обработки – методов Data Mining, в частности кластерного анализа.

Уважаемые коллеги!

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

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

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

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

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

Воскресенье - выходной день

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

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

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

✉ sonmb-sbo@medlan.samara.ru

Сайт: <http://medlan.samara.ru>