

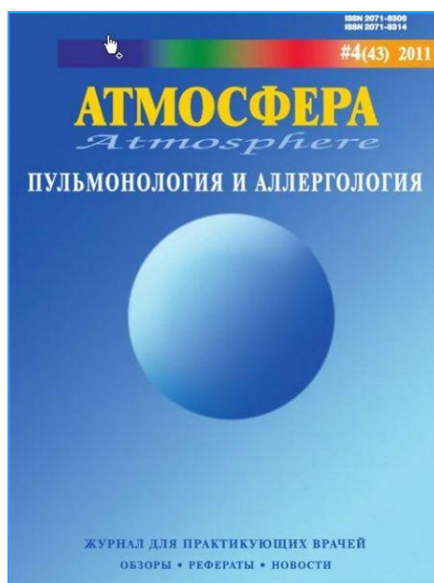


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№8 (август), 2016



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	13
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	19

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Щеглов, К. Здравоохранение: новый взгляд и новый проект // Медицинская газета. – 2016. – №58. – С. 4.

Дмитрий Медведев посетил Морозовскую детскую городскую клиническую больницу Москвы. Председатель Правительства РФ напрямую пообщался с врачами и пациентами и предложил использовать успешный опыт этой медицинской организации в других регионах страны.

Д. Медведев осмотрел действующие отделения и строящийся корпус больницы и отметил работу её персонала и высокое качество оборудования.

Морозовская детская городская клиническая больница является одним из крупных лечебных учреждений столицы и включает стационар на 1020 коек с 24 лечебными отделениями. У больницы 17 профилей. Здесь работают 7 вспомогательных отделений и служб, а также консультативно-диагностическая поликлиника.

К концу 2016 г. на территории больницы завершится строительство 7-этажного многопрофильного лечебного корпуса на 500 коек. В новом корпусе палаты будут одно- или двухместными. Их оборудуют «тревожными кнопками» и системой наблюдения за детьми, проходящими лечение. На этажах будут созданы специальные игровые зоны. В здании разместятся отделения эндокринологии, пульмонологии, нейрохирургии и нейроонкологии, травматологии, ортопедии, а также клиничко-диагностическая лаборатория.

Лечебный корпус сможет ежегодно принимать для оказания стационарной и амбулаторной помощи около 80 тыс. детей.

Премьер-министр РФ Д. Медведев встретился с её активом.

В ходе встречи были подняты важнейшие проблемы здравоохранения.

Развивать труд и быт врачей.

– Власти России продолжают уделять внимание улучшению условий труда в сфере здравоохранения, – заявил на встрече Д. Медведев.

По его словам, в последнее время был принят ряд мер по поддержке медицинского персонала в стране и эта работа будет продолжена. «Она связана с такой непростой темой, как оптимизация сети и с другими непростыми задачами, которые приходится решать в регионах», – подчеркнул глава Правительства РФ.

Реабилитацию недоношенных детей – на особый контроль.

Д. Медведев поддержал предложение главного врача Томского областного перинатального центра о необходимости дальнейшего развития специальных программ в сфере здравоохранения. «Так, выхаживание недоношенных детей на поздних стадиях и создание для них специальных реабилитационных центров должно занять особое место в здравоохранении», – полагает премьер.

Вопрос о развитии этого направления работы подняла главный врач центра Ирина Евтушенко. Она передала благодарность жителей за строительство в регионе специального центра для новорождённых. «Большое достижение – одна из самых низких смертностей в Сибирском регионе», – отметила врач.

При этом она подчеркнула, что при выхаживании недоношенных детей особенно важны последние этапы выхаживания, когда ребёнок уже набрал вес, долгое время находится в стационаре, но ещё требует особого ухода, и прекращение медпомощи может перечеркнуть всю кропотливую работу. Эту проблему, по мнению И. Евтушенко, могут решить специальные реабилитационные центры.

Сократить бюрократическую нагрузку.

Д. Медведев уверен, что работа медиков с документами не должна превышать 20% их рабочего времени. Любая непроизводительная нагрузка вызывает недовольство врачей и необходимо сделать всё, чтобы её минимизировать.

Снять бюрократический «довесок» с врачей предложил заведующий кафедрой детской хирургии и урологии-андрологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Дмитрий Морозов. Врач ведёт приём, но львиную долю времени, которое он мог бы посвятить пациентам, тратится на заполнение самых разных форм отчётности, заметил он. Речь идёт о том, что нередко документы дублируются и создают

огромное напряжение. По словам Д. Морозова, сейчас 60-70% времени уходит на заполнение бумажных и электронных форм отчётности. От этого страдает качество помощи пациентам.

Глава Правительства РФ вспомнил, что об этой проблеме говорят и учителя. «Любая непроизводительная нагрузка вызывает злость и у врача, в том числе. Кстати, то же самое говорят педагоги. Они, вместо того, чтобы заниматься делами, пишут отчёты», – сказал он. Поэтому нужно сделать всё, чтобы оптимизировать процессы отчётности.

Премьер напомнил об усилиях правительства по внедрению электронного документооборота. «Нужно сделать электронный оборот грамотным, доступным, технологичным, понятным, чтобы общение с бумагами, даже в электронной форме, у специалистов занимало 20% времени, а всё остальное уходило на пациентов. Это будет лучше и для медработников, и для пациентов», – считает Д. Медведев.

Правительство будет заниматься этим вопросом «в рамках тех решений, которые принимаются Министерством здравоохранения и региональными властями», добавил премьер, подчеркнув, что работа по совершенствованию электронного документооборота будет продолжена. Необходимо переходить на него, максимально упростив электронные платформы.

Учитывать мнение людей.

– Правительство поддержит законопроект об общественном обсуждении судьбы сельских медицинских учреждений. При закрытии больниц в этой местности необходимо учитывать мнение людей, – считает премьер РФ.

– Если решение о судьбе единственного медицинского учреждения на селе принимается без учёта мнения людей, то это может иметь самые тяжёлые последствия, – заявил Д. Медведев.

Заведующая отделом по связям с общественностью Молодёжного комплексного центра «Победа» городского округа Домодедово Московской области Альбина Таишева обратила внимание на то, что в регионах поступает много жалоб на сокращение числа амбулаторий и сельских больниц, закрытие отделений. Она попросила премьера уделить особое внимание этой проблеме, чтобы закрытие медучреждений на селе было возможно только на основании решения сельского схода.

На помощь скорой помощи.

Д. Медведев лично проконтролирует отправку новых автомобилей скорой помощи в регионы. С середины августа в субъекты Федерации начнут поступать 1100 карет скорой помощи и более 100 реанимобилей. При этом глава кабинета министров не исключил, что этот объём автомобилей может быть увеличен. В результате, выбывающая часть автопарка устаревших автомобилей скорой помощи будет замещена новой техникой. Это позволит загрузить и мощности российского автопрома.

«А что такое новые автомобили скорой помощи? Не мне вам говорить – это просто спасённые жизни, – подытожил Д. Медведев – Это количество может быть увеличено», – заявил премьер!

В ходе встречи главный врач Люберецкой станции скорой медицинской помощи Любовь Орлова подняла проблему оснащённости станций автомобилями. Она рассказала о том, что парк машин скорой помощи в регионах сильно изношен.

Сейчас размещён заказ на новые автомобили, однако поставки затягиваются.

Д. Медведев напомнил, что ранее было принято решение о выделении дополнительного финансирования на обеспечение медицинских учреждений страны машинами скорой помощи. «Мы приняли решение, несмотря на текущие сложности, всё-таки выделить дополнительное финансирование для того, чтобы загрузить наш автопром и добавить новых автомобилей (и обычных автомобилей скорой помощи и реанимобилей) во все регионы нашей страны...»

Премьер добавил, что с 15 августа эти автомобили начнут доставляться в регионы. «Я рассчитываю на то, что смогу лично убедиться в том, что эти автомобили пошли туда, куда они направляются», – подчеркнул он.

Премьер подчеркнул, что для оказания медицинской помощи в густонаселённых и труднодоступных районах страны необходимо использование вертолётов. Правительство готово закупать отечественную вертолётную технику для нужд санитарной авиации, заявил Д. Медведев, отвечая на вопрос о необходимости закупок вертолётов для доставки больных в регионах.

Председатель Координационного совета Ассоциации председателей советов многоквартирных домов Московской области Юлия Белехова отметила, что в области зачастую из-за пробок на дорогах значительно увеличивается время эвакуации больного. Она предложила включить в программы развития здравоохранения отдельным направлением развитие санитарной авиации с обязательным условием закупки только отечественных вертолётов, чтобы поддержать российских производителей в кризис.

Глава Правительства подчеркнул, что «Россия без санитарной авиации не может жить», и рассказал о своей поездке на Камчатку, где пострадавших доставляли в больницу течение 6 часов на вездеходе. «На Дальнем Востоке и в Сибири авиация могла бы решить эту проблему», – считает он.

При этом, по его мнению, санавиация должна обеспечиваться именно авиатехникой российского производства. «Мы будем стараться изыскивать какие-то дополнительные финансы и загружать наших производителей, тем более, что у нас появились хорошие образцы российских вертолётов, которые специально для этого приспособлены», – сказал Д. Медведев.

«Элементы национального проекта по здравоохранению рассмотрит президиум президентского Совета по стратегическому развитию и приоритетным проектам. Его заседание состоится в ближайшее время», – сообщил Д. Медведев.

«Либо на первом, либо на втором заседании этого президиума мы будем детально обсуждать составные элементы нового национального проекта по здравоохранению», – сказал председатель правительства.

Шестаков, Г. С. Современное состояние нормативно-правового регулирования деятельности станций и отделений скорой медицинской помощи / Г. С. Шестаков, И. Х. Байсултанов, Р. Р. Карагулян // Главврач. – 2016. – № 6. – С. 21-28.

В 1919 году на заседании коллегии Врачебно-санитарного отдела Московского совета было принято постановление об организации в городе скорой медицинской помощи при несчастных случаях на фабриках, заводах, на улицах и в общественных местах. На этом заседании были выработаны и утверждены основные положения работы станции, согласно которым скорая помощь должна существовать как отдельная специальная врачебная служба.

Задача этой организации – только оказание первой медицинской помощи и дальнейшее направление пострадавшего по усмотрению врача; скорая медицинская помощь должна оказываться круглосуточно, всем без исключения и бесплатно; для оказания медицинской помощи на месте и для транспортировки пострадавших должны быть специально оборудованные транспортные средства; станция должна быть в состоянии оказывать медицинскую помощь при массовых несчастных случаях; все больницы города обязаны беспрекословно принимать всех доставленных скорой помощью больных; в основу организации был положен принцип сосредоточения всех отправок в одном центре (Л.Г. Овасапов, 1928). Эти организационные принципы по настоящее время являются основой деятельности не только станции скорой медицинской помощи г. Москвы, но и всех станций в нашей стране.

Создание системы охраны здоровья населения в стране привело к расширению сети станций скорой медицинской помощи в том числе. Уже в 1927 году количество станций скорой помощи достигло 50, а к 1934 году насчитывалось 174 станции и продолжалось создание новых, прежде всего в индустриальных центрах и национальных республиках, вошедших в состав СССР. В 1939 году в стране имелось 1049 станций, в 1950 году – 1622, а в 1958 году – 1889 станций. В настоящее время в Российской Федерации насчитывается более 3000 станций и отделений скорой медицинской помощи, в составе которых работают около 20 тыс. врачей и свыше 70 тыс. средних медицинских работников.

За более чем 80-летний период своего существования служба скорой медицинской помощи в результате своего развития организационно сформировалась в одно из важнейших направлений здравоохранения.

На протяжении всего периода деятельности службы скорой медицинской помощи происходил не только рост количества станций и отделений скорой помощи, но и уделялось большое внимание организации их деятельности. Совершенствование организационных форм

работы станций и методов управления бригадами находило свое отражение в нормативных документах.

Наряду с увеличением количества станций скорой медицинской помощи и совершенствованием организации их работы много внимания уделялось оснащению станций средствами связи, автотранспортом, медицинской аппаратурой. В связи с этим в 1961 году Минздравом СССР было утверждено новое Положение о станции скорой помощи, которое определило необходимый перечень оснащения бригад скорой помощи.

В 1968 году в приказе министра здравоохранения СССР № 608 было определено направление на объединение станций; скорой медицинской помощи и пунктов неотложной медицинской помощи, создание больниц скорой помощи и специализированных бригад в составе станций I скорой помощи.

Создание единой службы экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе после объединения станций I скорой помощи больших городов с пунктами неотложной помощи поликлиник | потребовало изменения порядка работы в новых условиях. Такие изменения были определены в 1972 году приказом Минздрава СССР № 452, утвердившим Положение о городской станции скорой медицинской помощи.

В новой России станции скорой медицинской помощи получили в наследство недостаточное оснащение, нехватку квалифицированных кадров, нецелевое использование ресурсов. Новым документом, призванным повысить качество оказания экстренной медицинской помощи, явился приказ Минздрава России от 26.03.1999 № 100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации».

Очевидно, что при его написании авторы попытались максимально использовать опыт предыдущих аналогичных нормативных актов. Однако нельзя назвать документ проработанным и отвечающим актуальным проблемам современности. В результате уже в редакции 2004 года утратили силу первые пять положений.

Другим важнейшим документом в системе государственно-правового регулирования деятельности станций скорой медицинской помощи стал приказ Минздравсоцразвития России от 01.11.2004 № 179 (ред. от 30.01.2012) «Об утверждении Порядка оказания скорой медицинской помощи», который определил функции скорой медицинской помощи, порядок оказания, финансирование, требования к оснащению, структуре и др.

Необходимо отметить приказ Минздравсоцразвития России от 01.12.2005 № 752 (в ред. от 31.03.2008) «Об оснащении санитарного автотранспорта», который определил оснащение и требования к санитарным автомобилям.

Активное реформирование системы здравоохранения, а вместе с ней и службы скорой медицинской помощи в первое десятилетие нового века отмечено принятием нескольких нормативно-правовых актов:

— приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2008 № 176н «О Номенклатуре специальностей специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации» в ред. приказа Минздравсоцразвития России от 30.03.2010 № 199н был дополнен специальностью «Скорая и неотложная помощь»;

— приказ Минздравсоцразвития России от 07.07.2009 № 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения»;

— приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

В 2012 году были изданы различные приказы Минздрава России, утверждающие порядок и стандарты первичной медико-санитарной помощи при некоторых внезапных заболеваниях и состояниях, в том числе приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1079н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при анафилактическом шоке», приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 927н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком».

Существует также множество других отраслевых и межотраслевых документов:

– приказ Минздрава России от 14.10.2002 № 313 «Об утверждении отраслевого стандарта «Салоны автомобилей скорой медицинской помощи и их оснащение. Общие технические требования»;

– ГОСТ Р 52567-2006 «Автомобили скорой медицинской помощи. Технические требования и методы испытаний»;

– постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 № 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»;

– приказ Минздравсоцразвития России от 02.12.2009 № 942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи»;

– приказ Минздрава России от 12.11.1997 № 330 «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических средств и психотропных веществ» и др.

Таким образом, процесс государственно-правового регулирования деятельности скорой медицинской помощи в последние годы получил динамическое ускорение.

В данной статье представлены лишь основные направления государственно-правового регулирования деятельности станций скорой медицинской помощи.

Одним из последних документов нормативно-правового регулирования деятельности станций скорой медицинской помощи стал приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи». Настоящий приказ вступил в силу с 1 января 2014 года.

Новый Порядок подробно регламентирует отдельные этапы и виды экстренной медицинской помощи, в том числе медицинскую эвакуацию при оказании скорой медицинской помощи, организацию деятельности выездной бригады скорой медицинской помощи, организацию деятельности станции скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи поликлиники (больницы, больницы скорой медицинской помощи), организацию деятельности оперативного отдела медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, организацию деятельности стационарного отделения скорой медицинской помощи больницы (больницы скорой медицинской помощи), организацию деятельности отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи больницы (больницы скорой медицинской помощи, центра медицины катастроф), а также организацию деятельности (функции) врача скорой медицинской помощи.

Установлены также стандарты оснащения перечисленных медицинских организаций, учитывающие появление новых видов медицинской техники и новых медицинских технологий.

Однако при практической реализации положений приказа возникает много вопросов. Приказ предполагает создание отделения экстренной медицинской помощи как структурного подразделения медицинской организации, в том числе отделения скорой медицинской помощи поликлиники, больницы, больницы скорой медицинской помощи. При этом не определено, какого типа бригады будут входить в состав этих отделений (фельдшерские, врачебные, специализированные, консультативные).

В станции скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи поликлиники (больницы, больницы скорой медицинской помощи) рекомендуется предусматривать: помещение оперативного отдела, помещения отдела связи (радиопоста), помещение подразделения по обеспечению перевозки инфекционных больных, помещение хозрасчетного отдела, помещения аптеки (аптечного склада), помещения дистанционно-консультативного поста (центра), помещения транспортного подразделения, помещения отдела информатизации и вычислительной техники, помещения организационно-методического отдела скорой медицинской помощи, помещения отдела линейного контроля (линейно-контрольной службы), помещения отдела (кабинета) статистики с архивом, помещения отдела госпитализации, помещения подстанции скорой медицинской помощи, помещения филиалов (постов, трассовых пунктов) скорой медицинской помощи, помещения для кабинета подготовки к работе медицинских укладок, кабинет для приема амбулаторных больных, помещения для хранения медицинского оснащения выездных бригад скорой медицинской помощи, помещения для хранения запаса лекарственных препаратов и медицинских изделий, включая наркотические, психотропные, сильнодействующие и ядовитые препараты, кабинет (комнату) заполнения документов, комнаты отдыха для медицинских работников и водителей автомобилей скорой медицинской помощи, помещения для приема пищи дежурными медицинскими работниками,

учебный(ые) класс(ы) (при количестве выездных бригад скорой медицинской помощи пять и более), кабинет психологической разгрузки (при количестве выездных бригад скорой медицинской помощи пять и более), административно-хозяйственные помещения (помещения для сбора медицинских отходов, для хранения баллонов с газами), помещение для автономного источника электропитания, кабинет старшего водителя, отапливаемый гараж, крытые стоянки-боксы, огороженную площадку с твердым покрытием для стоянки санитарного автотранспорта, санитарно-бытовые помещения для медицинских работников, включая душевые комнаты.

Таким образом, отделение скорой помощи поликлиники должно иметь такой же набор помещений, как и самостоятельная станция скорой медицинской помощи. Для выполнения этого положения приказа необходимо занять половину или все помещения поликлиники.

Все так же неясно, как будет определяться количество выездных бригад скорой медицинской помощи по муниципальному образованию с учетом прогнозируемой численности населения, показаний для оказания скорой медицинской помощи, средней нагрузки на одну бригаду в сутки и обеспечения круглосуточной посменной работы.

Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» предполагает, что «структура и штатная численность станции скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи поликлиники (больницы, больницы скорой медицинской помощи) устанавливаются главным врачом (руководителем медицинской организации) исходя из объема рекомендуемых штатных нормативов...». Однако Минздрав России не предлагает главным врачам никаких методик оптимального определения количества бригад.

Станции и отделения скорой медицинской помощи оказывают экстренную помощь внезапно заболевшим и пострадавшим вне учреждения на месте вызовов, поступающих от населения, проживающего на определенной территории. Многообразие условий, обусловленных особенностями района обслуживания (протяженность, состояние дорог, средств связи, уровень обращаемости и др.), значительно затрудняет сравнительную оценку деятельности бригад, подстанций, станций скорой медицинской помощи.

Для характеристики деятельности станций и отделений скорой медицинской помощи применяют такие понятия, как эффективность, своевременность, адекватность, доступность, оперативность, качество, объем, своевременность, оптимальность и т.п., в то время как качество скорой медицинской помощи включает три составляющие: качество организации (оптимально необходимое количество бригад и их распределение по территории обслуживания), качество управления (своевременное выполнение поступающих вызовов) и качество медицинской помощи внезапно заболевшему или пострадавшему.

Качество управления работой выездных бригад скорой помощи обеспечивается своевременным приемом и передачей вызовов, оно зависит от оснащения станции средствами связи и системами автоматизированной обработки поступающих вызовов. Значительную роль в обеспечении качества управления бригадами играет рациональное использование рабочего времени, что достигается активным поиском свободных от выполнения вызовов бригад, определением оптимальных путей следования к месту вызова и базам госпитализации.

Основным критерием эффективности деятельности станции являются максимально быстрое прибытие к месту вызова и оказание помощи внезапно заболевшим и пострадавшим в достаточном объеме. Для выполнения основной задачи необходимо наличие соответствующего количества бригад скорой помощи. Решение этой задачи не будет достаточно эффективным без учета всех сторон работы станции.

Организационные мероприятия, направленные на улучшение качества организации экстренной медицинской помощи, могут быть обеспечены при снижении значительного пробега автотранспорта, сокращении длительности времени выполнения вызовов, снижении уровня обращаемости.

Снижение пробега автотранспорта может быть достигнуто при уменьшении радиуса района обслуживания и сокращении расстояния между местом вызова и местом выезда.

Время выполнения вызова состоит из двух частей. Одна часть — время движения автотранспорта, другая — время непосредственного оказания медицинской помощи. Сокращение времени выполнения вызовов при неизменном пробеге автотранспорта может быть достигнуто только за счет ограничения применения диагностического оборудования и уменьшения перечня

лечебно-диагностических мероприятий, проводимых бригадами скорой помощи на догоспитальном этапе, и не может рассматриваться как желательный способ сокращения времени выполнения вызовов. Время выполнения может быть уменьшено только за счет сокращения времени перемещения бригады.

До настоящего времени нет общепринятых показателей работы станций и бригад скорой медицинской помощи, что не позволяет определить оптимальное количество бригад для станций, планировать необходимые объемы финансирования, а также осуществлять дифференцированную оплату труда медицинского персонала в зависимости от объемов выполняемой работы.

Для выявления закономерности формирования потока поступающих на станцию скорой медицинской помощи вызовов Э.С. Антипенко применил метод теории массового обслуживания для определения необходимого количества бригад и распределения их по подстанциям. Однако метод теории массового обслуживания учитывал только уровень обращаемости на станцию. При расчетах не учитывались сезонные колебания обращений, различный уровень обращений в разные дни недели и время суток, а также все многообразие факторов, влияющих на передвижение бригад по району обслуживания, что не позволяло определить необходимое количество бригад, которые могли своевременно выполнять поступающие вызовы от населения конкретного населенного пункта.

В методических рекомендациях расчета показателей экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе А.П. Татаровский, В.З. Кучеренко, А.П. Матвеева систематизировали показатели, характеризующие работу станций и отделений скорой медицинской помощи. Было определено около 130 показателей, в том числе показатели обеспеченности, показатели объема деятельности станции, показатели оперативности, показатели адекватности, то есть соотношения достигнутых результатов к затраченным средствам, показатели качества работы скорой медицинской помощи, показатели состояния преемственности, показатели качества преемственности. Перечень показателей, характеризующих работу станции, подстанций, бригад скорой помощи и медицинского персонала, может быть уменьшен или увеличен по усмотрению администрации станции, но они будут непригодны для сравнительной оценки показателей деятельности других станций или подстанций.

Радиус района обслуживания и качество управления бригадами в значительной степени определяют затраты на транспортные услуги при выполнении одного выезда. Доля расходов на транспортные услуги занимает второе место в структуре всех расходов в зависимости от условий передвижения бригад скорой помощи по территории обслуживания и на разных станциях составляет от 14,4 до 79,6%.

Основную долю составляют расходы на заработную плату и начисления на заработную плату (38,6-70,4%). Стоимость медикаментов и перевязочных материалов, используемых при выполнении одного выезда, составляет 1 2-5% от всех затрат для выполнения вызова.

Для определения эффективности деятельности станций и отделений скорой медицинской помощи, сравнительной оценки работы станций, подстанций, бригад скорой помощи и медицинского персонала нами применен метод математического моделирования, который позволил определять показатель средне-суточного объема работы, выполняемой " станцией, подстанциями, бригадами скорой помощи и медицинским персоналом. Такой показатель характеризует объем работы, выполненной станцией (подстанцией), бригадой скорой помощи или медицинским персоналом в среднесуточном исчислении при имеющихся условиях, и позволяет осуществлять сравнительную оценку работы станций, подстанций, бригад скорой помощи и медицинского персонала независимо от различия условий районов обслуживания.

Наибольший объем работы (количество выполненных выездов) в течение смены бригада может выполнить при наименьшем пробеге санитарного автотранспорта, что может быть достигнуто при определении логистики передвижения бригад диспетчером оперативного отдела станции.

Необходимую оценку результатов позволяет провести получаемый при математическом моделировании комплексный показатель. Комплексный показатель работы станции, подстанций и бригад скорой помощи дает возможность сделать вывод о неравномерном объеме выполняемой работы как различными станциями, подстанциями, так и бригадами, работающими на различных подстанциях.

Моделирование работы станции (подстанции) скорой медицинской помощи позволяет оценить способность системы реагировать с определенной скоростью на поступающие сигналы с определенной территории. При этом параметры самой территории могут быть самыми различными (радиус территории и возможность передвижения автотранспорта с определенной скоростью).

Оптимальное размещение сети подразделений скорой медицинской помощи должно обеспечить 15-минутную транспортную доступность бригад, а их оптимально необходимое количество – обеспечивать выполнение без опозданий более 95% вызовов.

Таким образом, применение при моделировании деятельности станции скорой помощи ограниченного количества параметров, характеризующих работу бригад, позволяет получить один комплексный показатель объема работы станции (подстанции) скорой помощи в течение суток в определенном промежутке времени (месяц, квартал, год).

Для обеспечения своевременного выполнения поступающих вызовов станция скорой медицинской помощи должна управляться как транспортная организация.

Можно обозначить еще несколько вопросов. Чем отличается экстренная форма от неотложной? Если помощь оказывается в соответствии со стандартами, то зачем нужны бригады различного типа? Тогда необходимы стандарты для фельдшерских, врачебных и специализированных бригад.

Что такое фельдшер-водитель? Можем ли мы отказать водителю в приеме на работу, если он не имеет диплома фельдшера? Может быть, в консерватории должен работать водитель-скрипач? А кто будет нести ответственность за нанесение материального ущерба в случае порчи или угона автомобиля во время отсутствия водителя на вызове?

Вопросов можно задавать еще много. Пожелание авторам приказа – предварительно ознакомиться с существовавшими ранее организационными формами оказания экстренной медицинской помощи в городах и населенных пунктах различного типа, которые имели как отрицательные, так и положительные стороны в своей деятельности.

В дореформенный период изменения в нормативно-правовое регулирование деятельности станций скорой медицинской помощи проводили после предварительного научного обоснования предполагаемых преобразований. Этот опыт надо использовать и сегодня.

Папырин, А. Пациент ставит оценку // Медицинская газета. – 2016. – № 59. – С. 4.

Анкетирование направлено на улучшение качества медицинской помощи.

На основании полученных результатов будет формироваться рейтинг лечебных учреждений, который поможет пациентам выбрать лучшую клинику. В статье представлено интервью с председателем совета, главным врачом Института коронарной и сосудистой хирургии Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева Минздрава России, профессором Владимиром Семеновым.

— Владимир Юрьевич, Общественный совет при Минздраве России ответственен за создание в нашей стране системы независимого мониторинга качества медицинской помощи. Расскажите немного подробнее, как он проводится?

Контроль качества медицинской помощи специалистами существует уже несколько десятилетий. Сегодня речь идёт о независимой оценке со стороны пациентов. Президент РФ в 2012 г. дал поручение о введении новой системы. Выполняя его, Министерство здравоохранения РФ издало соответствующие приказы. Очевидно, что сам пациент оценить результаты лечения не может. Даже доктор, являющийся специалистом в одной из областей медицины, будет в большом затруднении, если ему доверят анализировать правильность диагностики и лечения заболевания, которое относится к компетенции другой врачебной специальности. Кроме того, медицина быстро меняется, ведутся научные исследования, внедряются технологии, которые ещё совсем недавно выглядели фантастическими. Но пациент вполне может высказать своё мнение о современных условиях оказания ему медицинской помощи.

Работа началась в 2014 г. По её результатам были издан приказ Минздрава России № 240 от 14.05.2015. Я считаю, что в нём детально, содержательно и конструктивно прописан регламент проведения экспертизы в новом формате. Таким образом, был создан методический инстру-

ментарий для проведения независимого мониторинга, который «заточен» на понятные каждому моменты: насколько внимателен и доброжелателен был персонал, выполнялись ли все исследования и назначения вовремя или с задержкой, предоставлялась ли необходимая правовая информация, как можно охарактеризовать санитарные условия.

— В нём участвуют только поликлиники или в стационарах больные также могут заполнить соответствующие анкеты?

Да, экспертиза проводится в отношении медицинских организаций, оказывающих как поликлиническую, так и стационарную помощь. Но ещё предстоит подключить к этой системе службы скорой и паллиативной помощи, службу крови и некоторые другие. Сейчас разрабатываются вопросы, которые можно было бы задать гражданам в отношении этих служб. Составить их не так просто. Например, при сдаче крови не система здравоохранения приходит на помощь гражданину, а наоборот, донор сам приезжает на станцию переливания крови с желанием помочь совсем незнакомым ему людям.

— А могут ли частные медицинские организации, не участвующие в выполнении программы государственных гарантий, включиться в систему независимой оценки качества?

Система является открытой. Соответственно, любая медицинская организация, если ею будет это востребовано, может подключиться и участвовать в мониторинге, сравнить свои результаты с оценками других клиник, которые работают в системе государственных гарантий. Для этого достаточно обратиться в органы управления здравоохранением или в общественные советы региональных министерств, чтобы получить в электронном виде специальную анкету, которая утверждена приказом Минздрава России. Разместить её на сайте частной клиники. Это можно сделать и сейчас, как говорится, было бы желание.

Другое дело лечебные учреждения, которые участвуют в выполнении программы государственных гарантий. Они обязаны проводить такой мониторинг по приказу Минздрава России.

— Вы уже сказали, что специалист и пациент находятся в разных «весовых категориях». Врач знает о болезни принципиально больше рядового больного. На ваш взгляд, насколько всё-таки важна психологическая атмосфера и комфорт пациентов при диагностике и лечении? Не получится ли так, что вместе с водой выплеснут и ребёнка, то есть главным станет, как в крылатом выражении про такси: «шашечки, а не желание быстро добраться до дома»?

Я считаю, что пациентская и профессиональная оценка должны сочетаться. Уточню, что единая система мониторинга качества медицинской помощи во всех лечебных учреждениях только разрабатывается. Минздрав России уделяет этому вопросу много внимания, поскольку качество медицинской помощи – принципиально важный вопрос. И повысить его, действительно, можно опираясь на клинические рекомендации (протоколы лечения) и порядки оказания медицинской помощи. Сейчас в Минздраве России обсуждается новый проект приказа о проведении такой экспертизы по чётким правилам и конкретным критериям. Рассматривать его придётся уже новому составу Общественного совета министерства, который сейчас формируется. И это довольно трудная работа, учитывая, что качество лечения надо оценить при различных нозологиях.

— Как реагируют организаторы здравоохранения на непочётное решение – признать их больницы и поликлиники, по мнению пациентов, отстающими? Существуют ли какие-то стимулы, чтобы регионы и лечебные учреждения стремились стать победителями мониторинга?

Говорить о том, что уже составлен пациентский рейтинг лечебных учреждений, нельзя. По программе, которая сейчас реализуется, все медицинские учреждения, работающие в системе государственных гарантий, получают первую оценку в течение 2015-2017 гг. В настоящее время в Общественный совет Минздрава России поступило для обработки всего 70 тыс. анкет. В основном, электронных, которые анализирует созданная компьютерная программа. Этого крайне мало (учитывая, сколько россиян обращается в лечебные учреждения за медицинской помощью), чтобы составить репрезентативную выборку. Соответственно, будет безосновательным утверждать, что поликлиника, например, А лучше по оценкам пациентов, чем В, а С является

вообще победителем рейтинга в нашей стране. Думаю, что такой документ не удастся составить раньше конца 2017 г.

Единственное, что мы смогли сделать в отношении всех подведомственных министерству медицинских учреждений – оценить в 2014 г., с точки зрения информации для пациентов их сайты. То есть, насколько они соответствуют тем требованиям, которые предъявляются нормативными документами к медицинским организациям. Это позволило их ранжировать. В результате, в большинстве случаев сайты были дополнены необходимыми сведениями и анкетами, что контролировалось членами совета в 2015 г. и продолжалось в 2016-м.

Хочу напомнить, отвечая на вторую часть вашего вопроса, что значение слова «стимул» появилось от названия острого наконечника на шесте, которым пользовались, чтобы заставить быка, запряжённого в повозку, двигаться быстрее. Уверен, что для нормального руководителя «попадание» его лечебного учреждения в нижний раздел списка-рейтинга заставит задуматься, почему это произошло. Ведь каждый главный врач не лишён, в хорошем понимании этого слова, профессиональных амбиций. Безусловно, он будет стараться, стремиться к тому, чтобы вверенная ему клиника выглядела если не лучшей, то, по крайней мере, была «на хорошем счету». Поэтому не думаю, что потребуются какие-то специальные награды и премии. Попадание в нижние строчки мониторинга будет в прямом смысле обладать тонизирующим эффектом, заставляющим коллектив лечебного учреждения улучшать показатели своей работы.

— На ваш взгляд, нуждается ли внедрённая система мониторинга в дальнейшем совершенствовании?

Конечно, какая-то коррекция её неизбежна. Мы уже вносили изменения в приказ Минздрава России о проведении независимой оценки. Серьёзно были доработаны вопросы анкеты для пациентов. Изменилась форма оценки сайтов.

Не думаю, что сейчас нужно что-то менять, поскольку сопоставлять можно сравниваемое. Нельзя оценить, что лучше: круглое или жёлтое. Поэтому нужно дождаться конца 2017 г., когда все медицинские организации, участвующие в реализации программы госгарантий, будут оценены по единой методике, и тогда решать, нуждается ли система в переменах.

— Почему пациенты ещё не очень активно пользуются возможностью высказать своё мнение о лечебных учреждениях?

Любая система, как самолёт при взлёте, нуждается в каком-то времени для полноценного старта. Скажу честно, если пациенты каких-то поликлиник или больниц недостаточно активно заполняют анкеты, то задействуется административный ресурс. Распечатываются анкеты на бумажном носителе и раздаются пациентам для заполнения в анонимном формате. Затем они направляются в соответствующий Общественный совет. Я хочу воспользоваться возможностью и через «МГ» призвать коллег: объясняйте пациентам, что у них есть право высказать свою оценку работы поликлиники или больницы – для этого надо заполнять анкеты. Чем больше их будет отправлено, тем более объективная картина будет получена.

Кстати, интересный факт, всего 7% пациентов, заполнивших анкеты, написали, что воспользовались в лечебных учреждениях платными услугами.

— Может, стоит поручить подобную разъяснительную работу страховым поверенным, которые появились в лечебных учреждениях с 1 июля...

Как профессор кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, я читаю лекции курсантам, которым предстоит руководить этими специалистами страховых медицинских организаций. И всегда обращаю внимание на необходимость участия пациентов в независимой оценке качества медицинской помощи. Мне кажется, представители СМО прекрасно понимают важность этого раздела работы. А потому обязательно проинформируют пациентов о возможности высказать своё мнение о поликлинике или больнице, в которой они прошли лечение.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Лалаянц, И. Рак 3D // Медицинская газета. – 2016. – № 54. – С. 13.

В калифорнийском Институте Солка для слежения за нарождающимися в мозгу нейронами в черепе мыши сделали окошко, прикрытое прозрачной пластинкой. Нервные стволовые клетки и предшественники нейронов сидят в отвечающем за память гиппокампе. А в Йеле у зародышей аквариумной рыбки увидели, что нервные клетки мозга появляются через 48 часов после оплодотворения икринки. Большую роль в этом процессе играет одна из микроРНК (miR), которых в клетках насчитывается до 2 тыс. Интересно, что нейронов поначалу образуется довольно много, они активно двигаются и дают ветвящиеся отростки, а затем указанная РНК начинает их «отсев». Выключение её гена привело к резкому увеличению нервных клеток и их предшественников. Нечто подобное наблюдается на ранних стадиях болезни Альцгеймера с её нарушениями памяти. В Институте Солка подтвердили избыточность нейрогенеза, показав, что выключение одного из генов эмбрионального развития также приводит к увеличению числа неродившихся нейронов и ветвлению их отростков. Более 10 лет назад было открыто, что мышата после выключения этого гена рождаются с мозгом в 2-3 больше обычного. А в журнале *Neuron* описана ещё одна miR, которая хорошо известна молекулярным онкологам, изучающим метастазирование. Эта РНК регулирует уровни других miR, оказывая тем самым действие на движение нервных предшественников и их ветвление.

Клеточное развитие – это прежде всего взаимодействие структурных и ферментативных белков. «Внедрение» вирусов нарушает и изменяет это взаимодействие, перенаправляя его на свою репродукцию. Слизистая называется так по наличию в ней одноклеточных слизистых железок-«аден», которые инфицируются аденовирусами (широко используемыми для переноса генов в нейроны, например AAV – Adeno-Associated Virus). Сотрудники Пенсильванского университета в Филадельфии показали, что один из белков аденовируса способен замещать протеин белковых «шпuleк»-нуклеосом, на которые навита хромосомная ДНК. Тем самым приоткрыт механизм молекулярного паразитизма, который используется некоторыми вирусами для раковой трансформации клеток. *Nature* описал действие нового противоопухолевого «кандидата», полученного бостонской фармкомпанией, который в культуре успешно подавляет ферментативный сигнал к делению раковых клеток.

Интересно, что вещество вмешивается в молекулярный каскад, начинающийся с действия внеклеточного белка, рецептируемого белками оболочки. Рецепторы передают сигнал в цитоплазму, в результате чего он достигает ДНК митохондрий и ядра. В том же Пенсильванском университете показали, что митохондрии при гипоксии, что характерно для бурно делящихся стволовых и раковых клеток, посылают собственный сигнал. Он активирует белок кальцинейрин, открытый поначалу в нервных клетках, откуда и его название. Последний активирует в ядре более сотни генов, и в частности белка p53, считающегося «охранителем» генома и протеином-защитником от раковой трансформации вследствие ДНК-повреждения. Так в цитоплазме происходит «перекрёст» сигналов и путей нервного и ракового развития. Недаром *Nature* поместил статью сотрудников Кёльнского и Гарвардского университетов, в которой говорится об участии одной из miR в возникновении нейробластомы – опухоли мозга у детей.

К сожалению, пришлось остановить клинические испытания терапии, направленной на лечение острой лейкемии с помощью ГМ-лимфоцитов, несущих рецепторы раковых антигенов (CAR – Chimeric Antigen Receptors). Лимфоциты с такими рецепторами активнее атакуют злокачественные клетки, но после добавления химио-терапевтика флударабина (Fludarabine) 3 пациента моложе 25 лет погибли от отёка мозга. Статья с описанием результатов испытаний появилась в *Science*. А в приложении *Nature* специалисты Корнеллского университета в Итаке, штат Нью-Йорк, описали получение 3D-модели колоректального рака, развитие которого в течение недель проходит путь до инвазивного роста.

Хочется надеяться, что «прорубленное» в мозг окно позволит учёным быстрее разобраться в хитросплетениях протеиновых взаимодействий, связывающих воедино то, что ещё недавно называли клеточной физиологией.

Гудкова, О. Чудо-стельки и радионяня // Аргументы и факты. – 2016. – № 31. – С. 15.

Мягко стелют.

«Парнями со стельками» – так прозвали Ильдара Зинатуллина и его коллег из Самарского научно-производственного центра «Компьютерная биомеханика» на прошлогодней летней «iВолге».

Разработка молодых учёных направлена на устранение тех дисфункций, которые есть в человеческой стопе. Проблемы возникают по многим причинам: неправильная и не качественная обувь, малоподвижный образ жизни, лишний вес, возрастные изменения. По этим причинам стопа теряет свою функциональность, и своды уплощаются. Работа по производству ортопедических стелек ведётся с использованием программного обеспечения английской фирмы. Но в саму технологию постоянно вносятся новшества, изменения. На приёме у врача-ортопеда пациент рассказывает о проблемах со стопой, проходит анализ биомеханики, сканирует обе стопы на 3D-сканере и отправляет заказ в лабораторию. Робот вырезает каждую пару, и ручную приклеивается укывочный слой. За сутки стельки готовы. По словам директора центра Ильдара Зинатуллина, проект существует уже третий год.

У нас есть лицензия, наши специалисты постоянно стажируются, чтобы усовершенствовать технологию обследования пациентов и производство. Уже несколько сотен самарцев с удовольствием носят индивидуальные ортопедические стельки-супинаторы и даже сандалии разработки «биомехаников». Кстати, если взять профессиональный спорт, то, например, футбольный клуб ЦСКА заказывает такие индивидуальные стельки в Испании.

«Ухо» для глухих.

Универсальное устройство «Радио-няня» для людей с нарушениями слуха придумала студентка Политеха Жанара Алиева.

Как-то раз, сидя в поликлинике, я заметила молодую семейную пару с грудным ребёнком, – рассказала Алиева. – Родители малыша были глухо немыми. И я задумалась, а как они могут узнать, что ребёнок, находящийся в детской комнате, плачет? Так возник замысел создать устройство «Радионяня» для глухих людей.

Аналогов устройства существует много, но в них используются другие принципы работы. Обычно оно состоит из двух блоков: передающего и принимающего. Передающий, «детский», устанавливается рядом с кроваткой малыша и улавливает любые шорохи и шумы. «Родительский» блок может действовать в радиусе более 100 м от передатчика. Основные части «няни» Алиевой – приёмопередатчик и водонепроницаемый браслет, который можно носить на руке. Именно он подаёт сигнал о том, что заплакал ребёнок, или позвонили в дверь, или возник ещё какой-то шум. Это гораздо удобнее, чем использование двух приёмопередатчиков. По началу инженеры планировали предложить «Радионяню» только людям с нарушениями слуха, но, когда приступили к разработке проекта, поняли, что такая вещь может пригодиться не только им. В большом доме даже человеку с хорошим слухом трудно услышать плач малыша или призыв инвалида, немощного старика. А браслет посредством вибрации сообщит о сигнале помощи.

Важно, что самарские разработчики применили новый эффективный метод обработки сигналов, который они, само собой, держат в секрете, ведь вполне вероятно, что со временем он будет запатентован.

Все оттенки нездорового.

В настоящее время точность диагностики рака кожи в районной больнице составляет 50%, в специализированных центрах – 80%. Делается это при помощи биопсии. А при меланоме любые повреждения тканей противопоказаны. Поэтому врачам приходится вырезать подозрительный участок полностью.

Учёные Самарского национального исследовательского университета разработали новый метод ранней диагностики онкозаболеваний. Он даёт врачам возможность обходиться без биопсии тканей и позволяет быстро и с очень высокой точностью определить наличие или отсутствие патологии, не требует использования химических реагентов. Последнее особенно важно, взятие пробы может спровоцировать рост метастаз. С помощью разработанных на кафедре технологий учёные предлагают врачам методы обнаружения границ опухоли и определения её типа с точностью более 90%.

Достигается это визуализацией биотканей с помощью лазерных технологий и спектроскопических методов. Гиперспектральная видеокамера может «видеть» сотни и даже тысячи оттенков различных цветов.

– Если есть подозрение на онкологию, это значит, что клетки изменены, в этом случае они различаются по цвету, – объясняет метод заведующий кафедрой лазерных и биотехнических систем Самарского университета, профессор Валерий Захаров. – Когда мы смотрим в диапазоне, доступном нашему глазу, мы их не видим по той простой причине, что наш глаз их не фиксирует, а гиперспектральная камера их заметит.

Сейчас идёт накопление информации – обследованы сотни пациентов, аппаратура опробована в онкоцентре. Но в идеале этот метод постановки диагноза должен быть использован в каждой поликлинике. Удручающая ситуация с ранней диагностикой онкозаболеваний в нашей стране может измениться кардинально.

Владимирский, А. В. Мессенджер WhatsApp в клинической медицине: риски и преимущества // Здравоохранение. – 2016. – № 8. – С. 42-46.

В СМИ и соцсетях разгорелась дискуссия по поводу прокурорской проверки телеконсультации, которую хирург провел с помощью мобильного приложения WhatsApp. Так врач заменил очный осмотр. Пока с этим разбирается прокуратура, рассмотрим опыт применения WhatsApp в мировой медицине.

WhatsApp используют в кардиологии, ортопедии, травматологии, стоматологии, хирургии, комбустиологии, лабораторной диагностике, дерматологии, интенсивной терапии. Статьи на эту тему опубликовали врачи из Бразилии, Великобритании, Израиля, Индии, Испании, Италии, Китая, Саудовской Аравии и Турции.

WhatsApp применяют для дистанционного обучения и информационной поддержки среднего медицинского персонала, в частности сельских акушеров.

С помощью мессенджеров проводят телеконсультации между сельскими больницами и профильными центрами. Например, решают, нужно ли переводить пациента из стационара общего профиля в специализированный. Если госпитализация не показана, врачу-абоненту дают рекомендации по терапии и уходу.

Телемедицинская сеть университетской клиники.

Рассмотрим дистанционное взаимодействие с помощью WhatsApp в территориально-распределительной сети медицинских организаций университетской клиники. Телеконсультации проводили между дежурными врачами приемных отделений и врачами-специалистами.

В исследование включили 519 телеконсультаций. Участвовали только взрослые пациенты. Транслировали 510 фотографий, 517 текстовых описаний, 59 видеороликов с КТ и МРТ, 10 голосовых сообщений с аускультативной картиной.

Данные для WhatsApp-консультации представляли по утвержденной форме. Материалы телеконсультаций вносили в медицинскую карту пациента.

Консультант получал запрос в среднем 4 минуты, а ответ абоненту приходил 3 минуты. В большинстве ситуаций врач-консультант был за пределами медорганизации или перемещался по ней (56%).

Чтобы принять окончательное решение, в 60% случаев очный осмотр не требовался. Если врач находился за пределами медорганизации, удельный вес завершенных по WhatsApp консультаций был выше.

Результаты телеконсультаций:

- пациенты ортопедического профиля: 53% – закрытая репозиция, фиксация гипсовыми повязками, выписка на амбулаторное лечение; 36% – госпитализация в ортопедическое отделение; 8% – хирургическое лечение; 3% – перевод в другую медорганизацию;
- кардиологические больные: 68% – экстренная госпитализация для чрескожных коронарных вмешательств; 30% – госпитализация в кардиологическое отделение; 24% – направлены на амбулаторное лечение.

В результате авторы исследования пришли к выводу, что клиническая и организационная эффективность синхронных телемедицинских консультаций по WhatsApp достаточно высока.

Специализированная медпомощь в районах с низкой плотностью населения.

Максимально быстрая и качественная помощь пациенту с коронарным синдромом – фактор снижения смертности.

В сельской медорганизации соблюдения «золотой стандарт» D2B проблематично. Чтобы решить проблему, организовали телемедицинскую сеть на основе WhatsApp. Сеть объединила сельских врачей, которые оказывают неотложную помощь, и медицинский центр третьего уровня – врачей-кардиологов, которые проводят чрескожные коронарные вмешательства.

Чтобы оценить проект, проанализировали 108 пациентов, которых госпитализировали в сельскую больницу по поводу инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST. По месту первичного поступления была возможность провести интенсивную терапию, но ангиографического оборудования не было. В основной группе пациентов диагностические изображения и иные медицинские данные передавали по WhatsApp. А в контрольной группе тактику лечения согласовывали по телефону, основываясь на устном описании клинической картины и изменениях на ЭКГ.

В итоге все пациенты успешно прошли инвазивную лечебную процедуру. Однако в основной группе время D2B составило 109 минут, а в контрольной – 130.

Таким образом, с помощью WhatsApp удалось провести раннюю диагностику и наладить эффективное взаимодействие врачей в удаленных медорганизациях.

Это позволило обеспечить быструю, обоснованную и подготовленную транспортировку пациента в специализированное учреждение. А достоверное сокращение времени D2B повышает шансы благоприятного прогноза.

По мнению авторов исследования, WhatsApp-телеконсультации – дешевый, быстрый и простой способ, чтобы принимать клинические и организационные решения в экстренных ситуациях.

Защита персональных данных.

Если соблюдать методику, любое средство коммуникаций подходит для телемедицинского консультирования. Трансляция медицинских данных в анонимном виде обеспечивает информационную безопасность.

Чтобы защитить персональные данные и обеспечить конфиденциальность WhatsApp-телеконсультаций, нужно:

- получить от пациента письменное информированное согласие на проведение телемедицинской консультации;
- транслировать медицинскую информацию в анонимном виде. Чтобы идентифицировать пациента, использовать инициалы, пол и возраст;
- документировать результаты телеконсультаций в установленном порядке;
- вести двойную авторизацию – на смартфоне и в мобильном приложении;
- удалять медицинскую информацию со смартфона.

Делать это нужно в конце рабочей смены и после того, как перенесли данные в медицинскую информационную систему, на защищенные, в том числе твердые, носители;

– включить правила конфиденциальности телеконсультаций в этический кодекс медорганизации. Телемедицинское взаимодействие с помощью мобильных приложений-мессенджеров повышает эффективность команд врачей, в том числе мультидисциплинарных. WhatsApp-инструмент телемедицины, который позволяет повысить качество медицинской помощи как в плановых, так и в экстренных клинических ситуациях.

Невинная, И. Лекарство от рака // Российская газета. – 2016. – № 172. – С. 26-27.

В последнее время ученые и медики заговорили о прорыве в лечении многих форм рака. Главная новость, что появились препараты, которые помогают больным на поздней, запущенной стадии онкозаболевания, когда уже образуются метастазы. Новые биологические, иммунологические лекарства, спасающие больных, вчера считавшихся абсолютно безнадежны-

ми, – панацея они или нет? Что нужно сделать, чтобы за эффективным лечением больные стремились не в США, Германию или Израиль, а спокойно получали его дома, в России? Как сделать неизмеримо дорогие противораковые лекарства более доступными? На вопросы «РГ» ответил замдиректора НИИ клинической онкологии Российского онкологического центра им. Блохина, председатель Российского общества клинической онкологии профессор Сергей Тюляндин.

Привычная химиотерапия – тяжелое испытание для больного, ведь лекарство уничтожает не только раковые клетки, оно токсично и для здоровых клеток тоже. Самый наглядный результат – выпадение волос после «химии». В чем главное отличие иммунологических препаратов? Почему их появление называют прорывом?

Сергей Тюляндин: Потому что действие этих препаратов принципиально иное. Иммунотерапия «запускает» собственные защитные силы организма для борьбы с раком. Изначально наша иммунная система нацелена защищать нас от внешних врагов – вирусов, бактерий, токсинов. А рак – это враг внутренний. Происходит генетический сбой, и своя, родная клетка изменяется, становится агрессивной, начинает бесконтрольно делиться. В здоровом организме иммунные клетки Т-лимфоциты постоянно отслеживают возникновение таких единичных поврежденных клеток и уничтожают их. Но раковые клетки «маскируются», вырабатывая особые белки, например, белок PD-L1, и они становятся «невидимыми» для иммунной системы. Иммунные клетки просто не распознают в них опасного чужака. Опухоль начинает расти.

Препараты, о которых мы говорим, помогают иммунным клеткам снова «видеть» опухоль и атаковать ее, обеспечивая иммунный ответ.

Получается, что лекарство «срывает» с раковых клеток «шапку-невидимку» и дает иммунной системе команду «фас» на их уничтожение, не нанося вреда здоровым клеткам?

Сергей Тюляндин: Да, сами изменения, которые происходят в поврежденных клетках, являются мишенью для этих препаратов. И что очень важно, они работают, уничтожая раковые клетки по всему организму. То есть эти лекарства эффективны даже на поздних стадиях болезни, при метастазировании.

Кроме того, у иммунопрепаратов есть еще два превосходных качества: во-первых, их большая универсальность по сравнению с химией. Мы привыкли, что препарат X работает при такой-то опухоли, но бесполезен при другой. Иммунологические лекарства – мы сейчас говорим о целой группе препаратов – работают при раке легкого, раке яичника, раке мочевого пузыря и так далее, в том числе и при тех разновидностях, когда химиопрепараты неэффективны.

Второй момент – длительность лечебного эффекта. Химиопрепараты, безусловно, воздействуют на опухоль. Эффект есть. Но он короткий. Иммунопрепараты дают длительный период ремиссии. Конечно, они новые, и опыт наблюдений еще невелик, по многим видам рака – пока только 3-4 года. Но, например, по метастатической меланоме – один из самых агрессивных видов рака – мы имеем опыт уже десятилетних наблюдений. У 18-20% таких больных удается добиться стойкой ремиссии. Люди возвращаются к активной жизни, работе. Если бы мне еще пять лет назад сказали, что больной с метастатической меланомой будет жить дольше пяти лет, я бы не поверил.

Значит, на самом деле прорыв?

Сергей Тюляндин: Иммунотерапия, особенно в сочетании с другими методами лечения, действительно мощный шаг вперед к победе над раком. И все-таки я остерегаюсь таких громких слов. За 35 лет работы онкологом я уже не раз сталкивался с ситуацией, когда мы думали, что решение вот оно, буквально рядом. Но биологические процессы сложные, и мы часто обманывались.

Вы сказали, что иммунопрепараты очень эффективны. Но не во всех случаях, многим пациентам они не показаны. Почему?

Сергей Тюляндин: Все новейшие препараты имеют особенность: они воздействуют на определенную мишень в опухоли. Для того чтобы конкретное лекарство было эффективно, надо знать: содержит ли опухоль именно эту мишень или нет. Мишеней много, они разные, многие мы уже изучили и хорошо знаем. Тот же пример с меланомой, когда за последние годы достигнуты фантастические результаты. Пациентам делают тест, определяющий вполне конкретную «поломку» в гене, и в зависимости от результата назначают лекарство. Но эта мутация имеется

только у 50% больных. Поэтому, диагностируя эту мутацию, мы определяем тех пациентов, кому препарат поможет, и тех, кому препарат назначать не следует.

Звучит наивно, и все же: как же помогать тем пациентам, у кого нет нужной «мишени» – только старыми методами?

Сергей Тюляндин: Потому ученые и находятся в постоянном поиске новых мишеней у разных видов опухолей и способов на них воздействовать. И, конечно, продолжается накопление клинического опыта, многие препараты и их комбинации пробуются для лечения других разновидностей рака. Например, один из последних препаратов, который до 2018 года должен появиться и в нашей стране, хорошо себя проявил при немелкоклеточном раке легкого (более 85% всех случаев рака легкого) и раке мочевого пузыря, у которого на метастатической стадии очень плохой прогноз, а выбор вариантов лечения драматически ограничен.

В целом же это огромная и очень сложная работа. Рак многолик и изменчив, к тому же работа иммунной системы у каждого пациента индивидуальна, поэтому, мы никогда не придумаем единой вакцины от рака и какого-то одного универсального лекарства.

Для того чтобы врач лечил не вслепую и выбрал «правильное» лекарство, пациенту необходимо выполнить генетическое исследование. В Израиле такие тесты, например, уже введены в стандарты оказания помощи. А у нас?

Сергей Тюляндин: Выполнение генетических исследований для определения мишеней и проведения лекарственного лечения доступно и в России. Нам необходимо сузить круг пациентов, у которых есть та или иная мишень, чтобы определиться с тактикой лечения. Иначе мы просто будем терять и время, и деньги, назначая больному заведомо неподходящий в его случае препарат. В онкологии эта проблема особенно остра, потому что онкологические препараты очень дороги. Именно поэтому Российское общество клинических онкологов и Российское общество патологоанатомов при поддержке фармкомпаний начинают такие стандарты разрабатывать. Но одних стандартов мало. Речь ведь идет об очень сложных методах диагностики. В федеральных центрах такие исследования, пусть и не в полном объеме, выполняются. В большинстве онкодиспансеров таких возможностей нет – нет ни лабораторий, ни подготовленного персонала. А лекарства на рынке есть, и наши больные справедливо требуют от нас современного лечения. Поэтому мы задумались о том, чтобы создать какой-то механизм, чтобы любой доктор любому своему больному, вне зависимости от того, где он живет, мог выполнить этот тест уже сегодня. Пока проблему осознают и начнут решать на государственном уровне, наше общество проводит свой собственный проект: программу молекулярно-генетического тестирования. Для пациентов, подчеркну, оно бесплатно – мы работаем со спонсорами, которые оплачивают выполнение анализов. На сегодняшний день сделано уже более 30 тысяч тестов – это пациенты из 83 регионов. То есть проектом охвачена вся страна.

Как пациенту «попасть» в эту программу?

Сергей Тюляндин: Есть специальный портал – www.cancergenome.ru. Сегодня на нем зарегистрировались, то есть заявили, что готовы участвовать в проекте, уже более 1600 онкологов, Доктор присылает данные своего пациента, которому необходим тест, приходит курьер, забирает биоматериал, отправляет его в одну из сертифицированных лабораторий. Срок выполнения – около недели. Результаты появляются в базе данных. Спектр тестов постоянно расширяется – сейчас мы выполняем исследования по обнаружению шести различных мутаций при раке яичников, легких, меланоме и некоторых других видах рака.

Тестирование определяет круг пациентов, которым это лечение показано, – это раз. А во-вторых, результаты программы крайне важны и для органов здравоохранения: благодаря накопленным данным можно получить объективную картину о заболеваемости и планировать закупки лекарств. Мы пытаемся провести пилотный проект по такой оценке с регионами, в которых сильна онкологическая служба и которые активно участвуют в программе тестирования.

Многие известные люди и неизвестные, которым позволяют средства, узнав о диагнозе, улетают на лечение в США, Израиль, Германию. У нас получить лечение современными препаратами крайне сложно. Как сделать их доступнее?

Сергей Тюляндин: Хорошее лечение стоит дорого. Эта проблема волнует практически все страны, и надо сказать, что простого решения нет. Понятно, что для обеспечения всех больных современными лекарствами требуется адекватное финансирование системы здравоохранения. Но это не означает, что мы не должны работать над снижением стоимости лечения. Один из спосо-

бов решения проблемы – организовать производство современных препаратов в России в рамках лицензионных соглашений с иностранными фармкомпаниями. Кроме того, и отечественные компании разрабатывают собственные оригинальные противораковые лекарства. Также снижения стоимости лечения можно ожидать от программы разделения рисков. Над этой идеей сейчас работает Минздрав. Суть такой программы состоит в том, что когда больному нужно лечение дорогим препаратом, кроме государства в лекарственном обеспечении принимает участие также компания – производитель препарата. То есть действует принцип софинансирования.

При чем же тут разделение рисков?

Сергей Тюляндин: В качестве примера, как может работать такая программа, можно привести одну из возможных моделей такого софинансирования. Есть дорогое лекарство. Фармкомпания обеспечивает бесплатно всех больных, кому оно показано, в течение определенного срока. В дальнейшем, если лечение эффективно, обязанность финансирования переходит к государству. Таким образом, получается, что государство будет оплачивать терапию только у тех больных, у которых был лечебный эффект. Расходы по лечению тех пациентов, у кого препарат не работал, будет нести фармкомпания. Ни в одной стране государство не способно в полной мере финансировать дорогостоящее лечение. Поэтому важно развивать еще одно направление — программы добровольного медицинского страхования. В этом случае разделять финансовый груз проводимого лечения будет пациент и его семья – за счет страховки.

Попытки сделать программы страхования конкретно от онкозаболеваний в нашей стране уже были, но пока не очень-то успешные.

Сергей Тюляндин: Это правда, такие программы не очень востребованы населением, соответственно, и предлагаемые объемы страхового покрытия не велики. Но развивать это направление все равно надо. И еще хотел бы сказать о роли государства. Мне кажется, что государство в лице Минздрава, Минфина, Фонда обязательного медицинского страхования должно более активно участвовать в определении цены на современные лекарства, которые были бы не только клинически эффективны, но и экономически выгодны для государства при проведении госзакупок. Обычно это делается через включение в списки жизненно важных лекарств или лекарств, которые закупаются в рамках действующих федеральных и региональных программ по лекарственному обеспечению.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Еременко, С. Движение – жизнь // Аргументы и факты. – 2016. – № 30. – С. 15.

Болезни появляются не только от нервов, но и от лени. Выбрался из тёплых домашних берлог. Вышли из душного офиса? Хочется размять руки и ноги? Поработаем на грядках? Но садово-огородная возня разве что плечи разовьёт, да поясницу натрудит! А без хорошей и, главное, сбалансированной нагрузки скучают сердце, лёгкие и селезёнка.

Разбуди мышцы.

В XXI веке средняя физическая нагрузка городского жителя почти в 50 раз уменьшилась по сравнению с предыдущим столетием. Как ни странно, больше всего гиподинамии способствует бешеный ритм современной жизни. Везде и всюду надо успеть, потому до метро – на маршрутке, в магазин – на машине, на пятый этаж – на лифте. Люди мало двигаются, больше времени сидят за компьютером. Да и после работы общественный и личный транспорт освобождает нас от движений.

Между тем, как объяснил Юрий Малыпин, заместитель главного врача Самарского центра медпрофилактики, гиподинамия ведёт к заболеваниям сердечно-сосудистой системы, остеопорозу, ожирению. Плохо работают лёгкие – их объём постепенно снижается, ведь для сидячего образа жизни глубокие вдохи не требуются. Страдает и селезёнка.

Постепенно круг замыкается. Нарушается весь обмен веществ, что ведёт к полноте и нагрузке на сердце. Человек считает себя больным и практически перестаёт двигаться. Как результат – куча болезней.

Это действительно кажется парадоксом, но от малоподвижного образа жизни своего обладателя сердце устаёт ещё больше. В то время, как нагружаясь, оно начинает биться чаще, увеличивается и выталкиваемый им в сосуды объём крови. Сердце – тоже мышца. И если вы регулярно плаваете, бегаєте, прыгаете или хотя бы быстро ходите, ваше сердце бьётся в упоении, что им наконец-то занялись.

Здоровые порции.

Чтобы избежать развития гиподинамии и снизить риск возникновения множества болезней, нужно активно двигаться. Необязательно делать упражнения непрерывно в течение 30 минут. Занятия можно разбить на «порции». Быстрым шагом пройдите к автобусной остановке, в течение 10 минут прогуляйтесь днём, 15 минут вечером. Если вы ездите на машине, старайтесь парковаться так, чтобы пройти лишние 100-200 м. Участвуйте в активных играх своих детей. Если ежедневно набираете полчаса умеренной физической нагрузки – вы укрепляете своё здоровье.

Основное правило оздоровительных нагрузок – их регулярность. Врачи рекомендуют тратить не менее 2 тыс. килокалорий только за счёт физической активности. Выбрать частоту тренировок и продолжительность разовой нагрузки можно по таблице. Приступая к тренировкам, соблюдайте умеренность. Оптимальная нагрузка – это 80-85% от максимальной частоты Цульса (МЧП). А её можно рассчитать по простой формуле: 220 минус ваш возраст.

Умеренную физкультуру медики называют ещё аэробной, то есть ежедневные несложные упражнения направлены на развитие выносливости, укрепление сердца и легких и сжигание жира. Но не более того. Тренировка с 85-90% МЧП – жёсткая. После неё вы ощутите лишь усталость, боль, истощение и одышку. А если вы хотите быть просто здоровым, никогда не тренируйтесь в этой «зоне». Просто со временем, когда занятия станут для вас привычными, можно увеличить их интенсивность.

Мирская, Н. Б. Формирование здорового образа жизни как необходимое условие профилактики нарушений и заболеваний органа зрения младших школьников / Н. Б. Мирская, А. Д. Синякина, А. Н. Коломенская // Гигиена и санитария. – 2016. – № 5. – С. 466-470.

На протяжении уже более чем двадцатилетнего периода сохраняется тенденция снижения показателей здоровья детского населения. Данные официальной статистики и показатели профилактических обследований ежегодно свидетельствуют о негативных тенденциях в состоянии здоровья подрастающего поколения.

Значительную распространенность среди школьников имеют нарушения зрения, частота встречаемости и степень тяжести которых увеличивается с возрастом. Профилактика возникновения и предотвращение прогрессирования расстройств зрения становятся все более острой проблемой.

Организация детей в коллективы и их длительное пребывание в образовательных учреждениях позволяет на протяжении всего периода обучения эффективно осуществлять профилактические мероприятия, в том числе оздоровительные программы и формирование здорового образа жизни (ЗОЖ).

Усиление профилактической направленности современного здравоохранения предусматривает формирование ответственности детей, подростков и их родителей за свое здоровье и здоровье окружающих.

Отношение к здоровью и ЗОЖ являются одним из важнейших составляющих элементов культуры общества. ЗОЖ предполагает поведение и стиль жизни, способствующие сохранению, укреплению и восстановлению здоровья. ЗОЖ связан с выбором личностью позитивного в отношении здоровья стиля жизни, что предполагает высокий уровень гигиенических знаний, гигиенической культуры отдельных субъектов и общества в целом. Одной из составных частей ЗОЖ является воспитание культуры населения в отношении собственного здоровья.

В формировании санитарной культуры ведущая роль принадлежит комплексу мероприятий по гигиеническому воспитанию и обучению, что закреплено в законодательном

порядке. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» содержит специальную статью 36 «Гигиеническое воспитание и обучение». В ней определено, что с целью повышения санитарной культуры населения, профилактики заболеваний, для распространения знаний о ЗОЖ должны проводиться гигиеническое воспитание и обучение граждан. К гигиенически рациональным формам поведения относится поведение, способствующее повышению защитных свойств организма, а также поведение, направленное на борьбу с факторами риска, влияющими на здоровье.

Применительно к детям необходимо постоянно иметь в виду, что не всегда сам ребенок может обеспечить соответствующий способ жизнедеятельности. Многие зависят от родителей, организаторов образования, педагогов. В этом смысле ребенок пассивен, но от того, как организована его жизнедеятельность, во многом будет зависеть и его будущее поведение.

В настоящее время актуальной медико-социальной проблемой является высокое распространение среди школьников факторов риска, которые ВОЗ рассматривает как ключевые индикаторы здоровья.

Особое беспокойство вызывает высокая распространенность неблагоприятных факторов риска, обусловленных образом жизни, которые формируются уже в начальной школе. Факторы риска, обусловленные образом жизни, являются управляемыми. В связи с этим важным направлением профилактики заболеваний среди учащихся является формирование у детей и подростков стереотипов ЗОЖ, тогда как дефицит знаний у обучающихся по вопросам ЗОЖ способствует распространению факторов риска, провоцирующих возникновение функциональных расстройств, неинфекционных и инфекционных заболеваний.

Установлено, что наличие двух и более факторов риска, обусловленных образом жизни, повышает риск формирования функциональных отклонений глаза и его придаточного аппарата в 3,5 раза уже в младшем школьном возрасте.

Материал и методы.

Важным показателем сформированности ЗОЖ является распространенность основных факторов риска нарушения здоровья среди школьников. Этот показатель позволяет оценить существующую ситуацию для определения направлений и объема профилактических мероприятий.

С целью изучения образа жизни и выявления поведенческих факторов риска, негативно влияющих на орган зрения младших школьников ряда общеобразовательных школ Москвы, нами была разработана анкета для их родителей. Методом сплошного опроса было проанкетировано 384 родителя ранее обследованных школьников.

Особенности образа жизни и поведенческие зрительные факторы риска оценивались по следующим позициям: имеются ли в режиме дня ребенка прогулки на свежем воздухе, в том числе в светлое время суток; какова продолжительность этих прогулок в течение дня и кратность в течение недели; сколько времени ребенок тратит на приготовление домашних заданий; занимается ли ребенок за компьютером, смотрит ли он телевизор, и какова продолжительность этих занятий и просмотров; умеет ли ребенок контролировать правильность своей посадки, и делает ли он это, сидя за рабочим столом, компьютером, при просмотре телепередач; соблюдает ли ребенок требования к освещенности рабочего места при зрительной работе и во время просмотра телепередач; имеются ли у ребенка привычки читать лежа, в транспорте, и как часто он это делает (всего 13 вопросов и 53 варианта ответов).

Результаты и обсуждение.

Результаты анкетного опроса родителей показали, что необходимые для сохранения хорошего зрения, а также предупреждения воспалительных заболеваний глаз прогулки на свежем воздухе, особенно в светлое время суток, присутствуют в режиме дня большинства младших школьников Москвы (99,4 и 98,8% соответственно). Однако ежедневно гуляют на свежем воздухе, в том числе в светлое время суток, 53,6 и 48,4% учащихся, т.е. около половины. Мальчиков среди них несколько больше, чем девочек (61,3% против 44,2% и 53,8 % против 41,9% соответственно).

Ежедневное присутствие в режиме дня прогулок на свежем воздухе, в том числе в светлое время суток, и их частота от 1-го класса к 4-му уменьшается с 61 до 41,7% и с 58,5 до 37,5% соответственно. Эта тенденция отмечается как среди мальчиков, так и среди девочек.

Существующую норму для этого возраста продолжительности ежедневного пребывания на свежем воздухе, составляющую 1,5-2 ч, соблюдают всего 32,8% учащихся. Большинство среди них оказались школьники 4-х классов (43,8%), а меньшинством первоклассники (17,1%).

Более чем у половины младших школьников (57,2%) время ежедневного приготовления домашних заданий превышает гигиенические требования, которые должны составлять для 1-2-х классов не более 1 ч и для 3-4-х классов – не более 2-х часов. Причем 16,1% из них затрачивают на это 3 ч и более.

Особое беспокойство вызывает тот факт, что с возрастом, уже к 3-му классу таких школьников становится большинство. Так, если среди первоклассников на приготовление домашних заданий тратят 2 ч 14,6% учащихся, а 3 ч и более отсутствуют, то уже в 3-м классе их становится 60,4 и 36,4% соответственно, что в сумме составляет 96,8%. Как следует из данных представленных в табл. 2, более чем 2/3 младших школьников (75,5%) ежедневно занимаются за компьютером. Число таких школьников увеличивается с 65,9% в 1-х классах до 89,6% в 4-х. Более чем у 1/3 из них (39,5%) продолжительность занятий за компьютером превышает гигиеническую норму, которая для этого возраста должна составлять ежедневно не более 45 мин. Выявлена возрастная динамика роста этого показателя. Так, если в 1-х классах эту норму превышают 24,4% учащихся, то в 4-х классах – 60,4%, причем 20,8% из них ежедневно проводят за компьютером 2 ч и более.

Ежедневно 94,3% младших школьников смотрят телепередачи. Больше положенного времени на просмотр тратят почти 45% учащихся. Среди них 2 ч ежедневно сидят у телевизора 30,7%, а 3 ч и более – 14,1%. Возрастных различий по этому показателю выявлено не было.

На вопрос, касающийся соблюдения младшими школьниками правильной посадки во время занятий за рабочим столом, компьютером, а также при просмотре телепередач положительный ответ дали 58,9, 63,0 и 59,3% родителей соответственно. Однако постоянно следят за своей посадкой за рабочим столом всего 9,4% учащихся, за компьютером 15,6%, при просмотре телепередач 20,8%. Таким образом, среди постоянно следящих за своей посадкой оказалось больше тех, кто сидит у телевизора, чем за компьютером и рабочим столом.

Следует обратить внимание на то, что с возрастом становится больше учащихся, которые не следят за своей посадкой при занятиях на компьютере. Их оказалось в 3 раза больше в 4-х классах (37,5%), чем первоклассников (12,2%).

Кроме того, не знают о состоянии посадки своих детей за рабочим столом, телевизором и компьютером от 8 до 12% родителей. Наиболее низкая их информированность о посадке ребенка за рабочим столом была выявлена в 3-х классах (11,3%), а за компьютером и телевизором – в 1-х (19,5 и 14,6% соответственно) (табл. 3).

Среди младших школьников требования к правильной освещенности своего рабочего места при учебных занятиях постоянно соблюдают почти 68% учащихся, при просмотре телепередач – около 21%, что в 3 раза меньше.

Что касается чтения лежа и в транспорте, то постоянное наличие этих вредных привычек среди младших школьников минимально (2 и 0,5% соответственно). Однако значительно больше оказалось учащихся, предпочитающих эти способы чтения «иногда» (45,8 и 9,9%). Причем число таких школьников увеличивается с возрастом от 1-х классов к 3-м и 4-м. Среди читающих «иногда лежа» - от 24,4 до 58,5%, среди читающих «иногда в транспорте» – от 4,9 до 16%.

Таким образом, результаты проведенных исследований показали, что образ жизни младших школьников Москвы имеет существенные недостатки в виде поведенческих факторов риска, негативно влияющих на их орган зрения.

Высокая распространенность среди младших школьников Москвы поведенческих факторов риска, негативно влияющих на орган зрения, требует устранения этих факторов методами гигиенического воспитания и формирования ЗОЖ у школьников, начиная с 1-х

классов. С этой целью нами разработано учебное пособие «Профилактика и коррекция нарушений и заболеваний органа зрения детей и подростков: методология, организация, технологии». Пособие предназначено для врачей, специалистов в области школьной медицины и работников общеобразовательных учреждений. Помимо описания клинических и инструментальных методов для проведения профилактических осмотров в пособии подробно освещены вопросы, касающиеся формирования хорошего зрения у школьников и создания необходимых для этого условий, среди которых:

- требования к освещению;
- виды зрительной деятельности и ее возрастное нормирование по времени;
- техника чтения и письма;
- требования к качеству типографского шрифта;
- правильная посадка во время учебных занятий за рабочим столом, компьютером, при просмотре телепередач;
- соответствие размеров ученической мебели ростовым показателям школьника;
- необходимые виды и объем двигательной активности;
- рациональное питание и др.

В приложениях пособия приведены обширные материалы для чтения лекций, проведения обучающих семинаров, мастер-классов и уроков здоровья. Это комплексы физических упражнений, подвижные и спортивные игры, специальные упражнения для коррекции нарушений и заболеваний органа зрения и костно-мышечной системы; памятки и иллюстративный материал.

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», «Виртуальная справочная служба»), по электронному адресу sonmb@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 <http://medlan.samara.ru> – раздел «Услуги»).

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

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

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

Воскресенье – выходной день

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

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

 тел./факс: (846) 372-39-38 – заведующий библиотекой

 sonmb@medlan.samara.ru

 sonmb-sbo@medlan.samara.ru

Сайт: <http://medlan.samara.ru>