

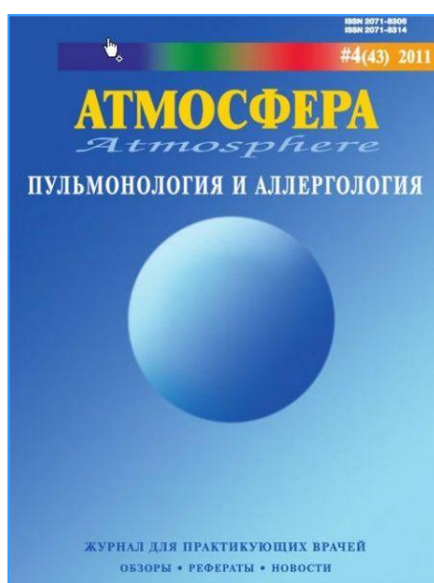


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№3 (март), 2015



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

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

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Улумбекова, Г. Э. О доступности высокотехнологичной медицинской помощи в России [Текст] / Г. Э. Улумбекова // Заместитель главного врача. – 2015. – № 3. – С. 6-14.

В настоящее время мнения по поводу доступности высокотехнологичной медицинской помощи в нашей стране диаметрально расходятся. По информации Минздрава России, объемы высокотехнологичной медицинской помощи стабильно растут и будут расти, и повода для беспокойства нет. Так, вице-премьер Правительства РФ О. Ю. Голодец в прошедшем году во время посещения нового высокотехнологичного центра педиатрии и детской хирургии Научного центра здоровья детей РАМН объявила, что «практически вся высокотехнологичная помощь сегодня может быть оказана в РФ». Однако российские пациенты с этим не согласны, о чем свидетельствуют многочисленные высказывания о доступности медицинской помощи в нашей стране в сети Интернет. Для того чтобы разобраться в сложившейся ситуации, необходимо прежде всего обратиться к цифрам и ответить на ряд важных вопросов.

В ст. 34 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-03 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» указано, что высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВМП) «включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения...». Иными словами, ВМП – это современное и дорогостоящее лечение. В 2006 г. ВМП была выделена из перечня других видов медицинской помощи и получила собственную строку финансирования в федеральном бюджете. Объемы этой медицинской помощи всегда квотировались, т. е. на каждый год устанавливалось ограниченное число квот, или пациентов, которые имели право на получение ВМП. Квоты подразделялись на виды (т. е. определенные методы лечения), каждый из которых имел фиксированный тариф (т. е. стоимость, по которой государство компенсировало лечение пациентов медицинскому учреждению). Квоты или талоны на получение ВМП, распределялись Минздравом России по субъектам РФ согласно их заявкам. С этим талоном пациент поступал в лечебное учреждение.

Всего в России применяются почти 1,5 тыс. методов, или видов, ВМП. Более половины из них составляют операции по профилям: сердечнососудистой хирургии – 29%, травматологии и ортопедии – 18% и онкологии – 15%. По профилю «сердечнососудистая хирургия» наиболее распространенные вмешательства – это операции по восстановлению проходимости сосудов сердца (аорто-коронарное шунтирование (АКШ) и ангиопластика со стентированием), по травматологии и ортопедии – замена (эндопротезирование) коленного и тазобедренного суставов.

Перечень учреждений, в которых можно получить ВМП, утверждается Минздравом России. Первоначально это были исключительно учреждения федерального подчинения – в 2006 г. 93 учреждения, большинство из которых расположены в Москве и Санкт-Петербурге. В 2014 г., по данным Минздрава России, перечень учреждений, имеющих право на оказание ВМП по квотам из федерального бюджета, расширился до 428, в основном за счет клиник регионального подчинения.

С одной стороны, регионализация ВМП позволяет больным получать помощь по месту жительства, с другой – такое расширение участников ВМП должно сопровождаться одновременным увеличением объемов (т. е. числа пациентов) и финансирования ВМП, в противном случае ограниченное финансирование распределяется тонким слоем по всем клиникам, и от этого страдают в первую очередь федеральные учреждения, в которых ВМП – главная статья бюджета.

До 2014 г. ВМП финансировалась преимущественно за счет средств федерального бюджета, затем дополнительно за счет средств бюджетов некоторых «богатых» регионов (в 2013 г. их доля в общем объеме финансирования ВМП составила около четверти).

С 2006 по 2013 г., если считать в текущих ценах, общие расходы на ВМП выросли в 7,4 раза (с 9,9 до 72,9 млрд. руб.), а в постоянных ценах (т. е. в ценах 2006 г. или за вычетом официальной инфляции – в среднем 9% в год) – только в 3,8 раза.

За этот же период одновременно с ростом финансирования ВМП в 3,7 раза увеличилось и число выделенных квот (с 137,4 тыс. до 505 тыс.). В результате расходы на одного пролеченного больного увеличились в текущих ценах в 2 раза, а в постоянных – остались практически на уровне 2006 г.

Следует уточнить, что в большинстве развитых стран ВМП как отдельный вид помощи не выделяется, и практически все методы лечения, которые в Российской Федерации классифицируются как ВМП, включены в специализированную медицинскую помощь. Поэтому общие расходы на ВМП в России и за рубежом сравнивать сложно, это можно сделать только по отдельным операциям.

Расчеты показывают, что стоимость медицинских услуг внутри российской экономики по отношению к средней стоимости всех товаров и услуг занижена в 2,3 раза (26 руб. / 11,2 руб.; где 26 руб. – цена 1 евро ППС по всей корзине ВВП, а 11,2 руб. – цена 1 евро ППС только по корзине медицинских услуг). Получается, что в России нарушен баланс между стоимостью товаров и услуг различных секторов экономики.

Региональные тарифы на ВМП (т. е. те, которые устанавливаются в субъектах РФ за счет средств консолидированных бюджетов или ОМС) еще меньше федеральных. Так, в зависимости от региона они в 1,3-2 раза ниже, чем федеральные. Например, в Республике Чувашия стоимость эндопротезирования коленного или тазобедренного сустава составляет 120,6 тыс. руб. а на федеральном уровне – 152,4 тыс. руб., операции стентирования сосудов сердца в Липецкой области – 45 тыс. руб., а на федеральном уровне – около 100 тыс. руб.

Из этого следует, что тарифы на 459 видов ВМП (которые с 2014 г. финансируются из системы ОМС) будут значительно ниже федеральных и заведомо не смогут компенсировать реальные расходы учреждения на ВМП. Соответственно федеральным учреждениям неизбежно придется брать недостающие средства с пациентов.

Для оценки доступности ВМП в странах Евросоюза используются объективные показатели – число наиболее распространенных и дорогостоящих операций в расчете на 100 тыс. населения и время ожидания этих операций. Практически в каждой стране ведется жесткий контроль объемов и сроков их получения, проводятся сравнения со значениями аналогичных показателей в других странах. Это позволяет управлять объемами ВМП – избегать слишком долгого ее ожидания пациентами, с одной стороны, и перерасхода средств на ее оказание – с другой.

Сравнение доступности ВМП в Российской Федерации проведено с Германией, а также «новыми» странами Евросоюза (Венгрия, Польша, Словакия и Чехия), где уровень экономического развития, оцененный через ВВП на душу населения в год – 25 тыс. долл. ППС, близок к уровню РФ. Германия рассматривается, поскольку в этой стране сложились самые низкие сроки ожидания плановых хирургических вмешательств из всех стран Евросоюза.

Расчеты показывают, что операций по восстановлению проходимости сосудов сердца в Российской Федерации проводят в 2,9 раза меньше, чем в «новых» странах Евросоюза, и в 4,8 раза меньше, чем в Германии. Операций по замене коленного и тазобедренного суставов – в 3,2 раза меньше, чем в «новых» странах Евросоюза, и в 8,5 раза меньше, чем в Германии. Диагностических исследований на компьютерном томографе делают в 2,7 раза меньше, чем в «новых» странах Евросоюза, и в 3,2 раза меньше, чем в Германии. Это означает, что если равняться на «новые» страны Евросоюза, то операций ВМП в Российской Федерации должно проводиться в среднем в 3 раза больше, или 1,5 млн. пациентам вместо 505 тыс. в 2013 г.

При этом данные цифры не учитывают значительно большую потребность российского населения в медицинской помощи по сравнению с европейскими странами. Эта потребность обусловлена худшими показателями здоровья населения в нашей стране. Так, стандартизованный коэффициент смертности от всех причин в Российской Федерации в 1,5 раза выше, чем в «новых» странах Евросоюза, и в 2,2 раза выше, чем в Германии (соответственно 1147, 792 и 545 случаев на 100 тыс. населения). Это означает, что в России большие потоки больных, соответственно должны быть и большие объемы медицинской помощи.

Для оценки сроков ожидания плановых операций в странах ОЭСР разработана единая методика. При этом важно учитывать массу деталей, например, время, затраченное пациентом с момента обращения к врачу первичного контакта до момента непосредственного включения в лист ожидания, в т. ч. время, потраченное на сбор анализов, консультации со специалистами и др. Для каждого листа ожидания надо различать среднее (среднеарифметическое) значение времени ожидания пациентами назначенного лечения, срединное значение – срок, в течение которого 50% пациентов получили доступ к лечению, и предельное значение – срок, в течение которого 90-95% пациентов получили доступ к лечению.

В России методика расчета этого показателя не установлена, так же как и нет единой методики определения потребности в ВМП. Соответственно, насколько заявки из регионов отражают реальную потребность населения в этом виде помощи, оценить невозможно. На практике же объемы ВМП, представленные в заявках, подгоняются под объемы квот, планируемых для выделения данному региону.

Правда, Минздравом России определен порядок направления и учета больных, нуждающихся в ВМП. До 2015 г. пациенты направлялись на ВМП по итогам заседания врачебной комиссии, для нее установлен срок рассмотрения документов – не более 26 дней. С 2015 г. общий нормативный срок рассмотрения документов от момента направления врачом документов в орган управления здравоохранением до решения о проведении ВМП в лечебном учреждении составляет 22 рабочих дня. Затем, в случае наличия показаний, пациент должен пройти необходимые обследования и только потом попадает в очередь. С этого момента и начинается отсчет срока ожидания ВМП.

Минздравом России опубликованы данные о фактических средних сроках ожидания плановых операций: для взрослых – 21 день, для детей – 14 дней. При этом с момента установления необходимости ВМП может пройти до 6 мес. и более.

В самых успешных по этим показателям странах Евросоюза ситуация следующая. Все плановые операции в Германии 75% пациентов получают в сроки до 1 мес., а 100% пациентов – в сроки до 4 мес. В Нидерландах, Швейцарии и Франции доля пациентов, которые получили назначенное плановое лечение в сроки до 4 мес., составляет 95%, а в Великобритании – 85%.

Если рассматривать конкретные виды операций, то меньшие сроки ожидания населением стран Евросоюза – для АКШ и стентирования сосудов сердца. В большинстве этих стран средние сроки ожидания составляют до 1 мес., для операций по поводу катаракты немного больше – до 1,5 мес., а для операций по замене коленного и тазобедренного сустава – от 1,5 до 3 мес.

Объяснить такую разницу в сроках ожидания ВМП в Российской Федерации и Европе можно тем, что объемы финансирования бесплатной медицинской помощи даже в «новых» странах Евросоюза в 1,5 раза больше, чем в Российской Федерации, а в «старых» странах Евросоюза – в 3,2 раза больше. Операций ВМП в расчете на 100 тыс. населения в этих странах делают в 3-8 раз больше, чем в Российской Федерации.

Часть показателей качества медицинской помощи, принятых международным медицинским сообществом (ОЭСР), в России не измеряется, а те, которые измеряются, значительно отличаются. Например, по данным Федерального фонда ОМС (ФФОМС), отклонения от рекомендаций по лечению (согласно порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи) регистрируются в каждом 6-м случае – против каждого 20-го случая в развитых странах. Септические осложнения в стационарах происходят в 2-3% случаев (только по данным летальных исходов) – против 0,8% в развитых странах. Смертность пациентов от инфаркта миокарда в стационарных условиях составляет 20% – против 6,5% в развитых странах.

С 1 января 2014 г. согласно Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» примерно треть методов (459 методов, которые получили название Перечня № 1) из общего перечня методов ВМП перешли в обычные специализированные методы лечения и стали оплачиваться за счет средств ОМС. А поскольку это решение не было подкреплено подзаконными нормативными актами, где было бы

установлено, сколько пациентов получают эти виды помощи, по какой цене и в каких именно учреждениях, то регионы самостоятельно решали эти вопросы.

В результате этих нововведений финансирование федеральных клиник серьезно пошатнулось. Последствия не заставили себя ждать – в этих клиниках простаивают койки и не хватает средств на выплату заработной платы высококвалифицированному персоналу. Летом 2014 г. только после личного вмешательства Президента РФ В.В. Путина было принято решение о выделении дополнительных финансов для федеральных учреждений из средств нормированного страхового запаса ОМС.

Следует отметить, что и сама система ОМС дефицитна: в 2013 г., по данным Счетной палаты РФ, ее дефицит составил 26,1 млрд. руб., в 2014 г. – 55,3 млрд. руб.

С 2015 г. все виды ВМП и остальные расходы федеральных учреждений перейдут в систему ОМС. Средства на оплату по Перечню № 1 (459 методов) будут направлены через ФФОМС в территориальные фонды ОМС и далее в медицинские организации. Однако пока не приняты решения о том, какому числу пациентов и по какой цене будет оказана эта помощь, нет и никаких гарантий в ее доступности хотя бы на прежнем уровне.

Средства по Перечню № 2 (1 тыс. методов) в размере 82,1 млрд. руб. будут направлены из ФФОМС в федеральный бюджет, а затем в федеральные и другие медицинские организации (которые включены в специальный перечень учреждений, утвержденный Минздравом России). Причем 77,1 млрд. руб. из указанных средств будет направлено в федеральные клиники на лечение 322 тыс. пациентов. По уровню финансирования это на 40% больше, чем в 2013 г. (в связи с переходом на оплату по полному тарифу, учитывающему все статьи затрат учреждения), а по числу больных – на 5% меньше. Оставшиеся 5 млрд. руб. пойдут на субсидии регионам для оказания ВМП 165,4 тыс. пациентам. По объему финансовых средств это в 3,5 раза меньше, чем в 2013 г., а по числу больных – на 1 тыс. чел. меньше. Предполагается, что регионы добавят к выделенным 5 млрд. руб. недостающие средства. Оказание ВМП пациентам, которые получали ее в региональных учреждениях, – не гарантировано.

Получается, что в 2015 г. ВМП реально гарантирована только для 322 тыс. пациентов, которые получают медицинскую помощь в федеральных клиниках, вместо 505 тыс. в 2013 г., получивших лечение в федеральных и региональных учреждениях.

Справедливости ради следует отметить, что в 2015 г. запланирован рост объемов финансирования ФФОМС на 38% (с 1240 до 1712 млрд. руб.). Этот рост планируется как за счет перехода от регрессивной на плоскую шкалу взимания страховых взносов (дополнительный доход – 182,5 млрд. руб.), так и за счет роста на 30% поступлений из бюджетов регионов на неработающее население (с 478,3 до 617,3 млрд. руб.).

Из всего вышесказанного можно сделать следующие выводы.

Доступность (число операций на 100 тыс. населения) ВМП в Российской Федерации в 3 раза ниже, чем в «новых» странах Евросоюза. Соответственно, если равняться на эти страны, которые так же экономически развиты, как и Российская Федерация, то операции ВМП должны проводиться не 505 тыс., а как минимум 1,5 млн. пациентов в год.

Качество медицинской помощи в Российской Федерации в 3-4 раза ниже, чем в странах Евросоюза.

С 2006 г. тарифы по ВМП в постоянных ценах не выросли, и на сегодняшний день они как минимум в 2 раза занижены, в результате российским пациентам приходится доплачивать за лечение.

Управление очередностью на ВМП не соответствует международным стандартам, как следствие, не известны число реально нуждающихся в этой помощи пациентов и сроки ее ожидания.

С 2014 г. финансовое обеспечение и число больных, которые получают ВМП в федеральных учреждениях, сократились. В 2015 г. ВМП реально гарантирована только для 322 тыс. пациентов, которые получают лечение в федеральных учреждениях (вместо 505 тыс., которые имели гарантии в 2013 г.).

Это произошло потому что, во-первых, не хватает средств на оказание бесплатной медицинской помощи: на сегодняшний день ежегодные государственные расходы на здравоохранение РФ в 1,5 раза ниже, чем в «новых» странах Евросоюза (3,7 и 5,5% ВВП). Во-вторых, перевод финансирования федеральных учреждений из федерального бюджета в систему ОМС. Для этого нужно не снижать, а увеличивать объемы финансирования ВМП в федеральном бюджете и сохранить жесткое квотирование этой помощи (т. е. установить ежегодные объемы и тарифы для ВМП) для всех перечней ВМП.

Разработать и внедрить единую методику, принятую в странах Евросоюза, как для выявления пациентов, нуждающихся в ВМП, так и для мониторинга сроков ожидания этой помощи.

Щеглов, К. В здравоохранении будет единый этический кодекс [Текст] / К. Щеглов // Медицинская газета. – 2015. – 3 марта (№ 16). – С. 4.

Создать и внедрить единый этический кодекс работников здравоохранения поручила Минздраву России вице-премьер РФ Ольга Голодец, курирующая в правительстве социальные вопросы.

Проблема медицинской этики стала одной из основных тем на заседании Совета при Правительстве Российской Федерации по вопросам попечительства в социальной сфере. Министерство здравоохранения с помощью общественности подготовило документы и смогло реализовать правила этики в отношении беременных женщин, рожениц, молодых мам.

Теперь пришло время создать и внедрить единый этический кодекс работников здравоохранения. По мнению О. Голодец, сегодня такие документы должны быть внедрены на всех его уровнях, начиная от регистратуры в поликлинике и заканчивая стационарными медучреждениями, где людям приходится проводить длительное время.

По словам О. Голодец, речь идёт и о тех, кто работает в медучреждениях, но при этом не является медиком, – работниках регистратуры, водителях машин скорой помощи, дворниках и др.

В ходе заседания принято решение проработать кодекс медицинской этики с привлечением общественности.

Как сообщила директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Татьяна Семёнова, 23-25 марта в рамках IV Всероссийского форума студентов медицинских, фармацевтических вузов России, который пройдёт в Санкт-Петербурге, будет представлен проект этического кодекса обучающегося студента-медика. Он разработан членами совета студентов при Министерстве здравоохранения.

На 4-й конференции Ассоциации врачей России в ноябре 1994 г. уже был принят Этический кодекс российского врача. Он декларирует определяющую роль в системе здравоохранения, учитывая особый характер взаимоотношений доктора с пациентом, и дополняет механизмы правового регулирования этих отношений нормами врачебной этики. Каждый врач несёт моральную ответственность перед медицинским сообществом за свою врачебную деятельность, а медицинское сообщество – за своих членов перед обществом в целом.

А в сентябре 2010 г. правлением Ассоциации медицинских сестёр России была разработана новая редакция Этического кодекса медицинской сестры России (его первая редакция принята на 3-й Всероссийской конференции по сестринскому делу в июне 1996 г.). До этого новый вариант документа был представлен для обсуждения и рецензирования и одобрен Всероссийской конференцией Ассоциации медицинских сестёр России.

Остаётся надеяться, что указанные кодексы будут действовать и после того, как вступит в силу единый этический кодекс работников здравоохранения.

Щеглов, К. Цены на лекарства контролирует Президент [Текст] // Медицинская газета. – 2015. – № 14. – С. 4.

Президент РФ Владимир Путин поручил правительству до 12 марта провести мониторинг розничных цен на лекарства и потребовал в последующем ежемесячного отчёта по этому вопросу.

«Правительству Российской Федерации обеспечить: мониторинг розничных цен на лекарственные препараты, входящие в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и лекарственные препараты, не входящие в указанный перечень», – прописано в списке поручений главы государства по итогам совещания с членами кабинета министров.

Вместе с региональными властями Президент поручил правительству до 15 апреля рассмотреть вопрос «о целесообразности создания государственных (муниципальных) аптечных организаций в целях обеспечения доступности для населения лекарственных препаратов, в том числе низкого ценового сегмента и сильно действующих обезболивающих препаратов». К середине апреля должен быть представлен и механизм поддержки таких организаций.

Ещё одно поручение кабинету министров – издать до 15 марта правовые акты, предусматривающие создание национальных научно-практических медицинских центров. К этому же сроку предстоит передать Минздраву России федеральные государственные бюджетные учреждения, находящихся в ведении Федерального агентства научных организаций (ФАНО).

Минздраву предстоит вплотную заняться контролем качества лекарственных препаратов. Президент потребовал разработать и внедрить автоматизированную систему мониторинга движения лекарств от производителя до потребителя с использованием маркировки (кодификации) и идентификации упаковок. Как отмечается в распоряжении, адресованном главе Минздрава России Веронике Скворцовой, такая система должна обеспечить эффективный контроль качества лекарственных препаратов, находящихся в обращении, и борьбу с фальсификацией. Об исполнении этого пункта министерству предстоит доложить к 1 декабря 2015 г.

Как известно, 20 февраля Госдума РФ приняла в первом чтении и в целом два антикризисных закона, один из которых разрешает правительству устанавливать особенности госрегулирования предельных отпускных цен на ЖНВЛП в зависимости от экономических и социальных критериев. Речь идёт об изменении условий, порядка и стоимости производства лекарств, использовании новых форм, методов и способов госрегулирования цен на них, в том числе на основе референтного ценообразования, изменения порядка оказания медицинской помощи. Этим же законом переносится дата вступления в силу норм о порядке индексации зарегистрированных предельных отпускных цен на лекарства, включённые в перечень ЖНВЛП, с 1 июля 2015 г. на 1 марта.

Напомню, что ранее председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев заявил: цены на лекарства, по экспертным оценкам, вырастут в целом по России в 2015 г. на 20%. При этом премьер-министр констатировал, что рост цен отчасти связан с колебанием валютного курса, а отчасти – «просто со спекуляцией».

Кстати, второй принятый Госдумой РФ закон предусматривает госрегулирование цен на медицинские изделия, которые имплантируются в организм человека в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Как считают разработчики закона, он позволит в условиях усиления внешнеэкономической неопределённости поддержать цены на рынке медизделий и ограничит спекуляцию.

Дело в том, что, согласно закону, предельные отпускные цены производителей на медизделия будут рассчитываться в соответствии с методикой, утверждённой федеральным правительством. При этом зарегистрированные цены будут пересматриваться с учётом инфляции.

Проекты обоих законов были внесены в Госдуму РФ членами её Комитета по охране здоровья.

Типичные ошибки при разработке и внедрении системы менеджмента качества [Текст] // Главный врач. – 2015. – № 2. – С. 13-14.

Перед тем, как приступить к разработке системы менеджмента качества (СМК) в медицинской организации необходимо обсудить все возможные проблемы ее внедрения. А также обратить внимание на типичные ошибки и постараться их не допустить, в противном случае СМК будет внедряться неэффективно. Рассмотренные ниже ошибки характерны для организаций всех форм собственности и видов деятельности.

Основными типичными ошибками при внедрении СМК в любой организации являются:

- ограждение или устранение первого лица (главного врача, руководителя медицинской организации) от принятия решений по вопросам внедрения СМК. Без его деятельной поддержки проект по формированию СМК гарантированно обречен на провал;
- создание СМК без пересмотра всей системы управления организацией;
- непонимание принципиальной новизны СМК как системы качественного менеджмента (эффективного управления) организацией;
- назначение на должность «ответственного представителя руководства в области качества» не из числа высшего руководства;
- непроведение на этапе разработки СМК обучения всех руководителей организации, служб и подразделений по СМК. Направление на обучение только внутренних аудиторов и рядовых сотрудников службы качества. Нерегулярность и не всеобщий охват внутреннего обучения;
- формальное обучение, без сдачи объективных экзаменов специалистами всех уровней;
- разработка документов СМК подразделениями без предварительного обучения с жестким и объективным экзаменом;
- отрыв процесса разработки документов СМК от реальной производственной (лечебно-диагностической) деятельности;
- применение формальных подходов при разработке документов СМК:
 - «косметическая» доработка существующей системы контроля качества;
 - применение готовых (типовых) документов СМК, взятых у других организаций и консультантов, без квалифицированной адаптации их к реальным условиям деятельности организации;
 - поручение разработки документов СМК исключительно отделу качества или ответственному за качество;
 - нетворческий подход к написанию документов СМК, когда невозможно написать организационный документ или процедуру СМК руководителем подразделения так, как надо его подразделению для реального эффективного управления деятельностью его подразделения, включая управление всеми ресурсами и обеспечения бесконфликтной взаимосвязанности с другими подразделениями;
- неэффективные процедуры разработки, оформления и внесения изменений в документы СМК, приводящие к консерватизму, неактуальности документов СМК («тройному стандарту - думаем одно, пишем другое, а делаем третье»);
- предоставление права на внесение изменений в документы СМК исключительно отделу качества;
- нечеткие, непонятные, неконкретные, недоходчивые цели и задачи в политике и целях в области качества;
- формальное проведение внутренних проверок;
- негативное отношение к выявленным несоответствиям;
- отсутствие инициативы по выявлению несоответствий со стороны самих сотрудников подразделений.
- непонимание того, что выявление несоответствий и проведение соответствующих корректирующих и предупреждающих действий, то есть запуск механизма постоянного «самоочищения» и самосовершенствования - одно из важнейших положений СМК;
- неприятие и неприменение даже простейших статистических методов;
- планирование и проведение корректирующих действий без решения сути проблемы (с обеспечением предупреждения возникновения этих проблем в будущем);
- установление недостаточного статуса службы качества;
- усложненный допуск специалистов службы качества к принятию решений о распределении финансовых средств, премий, участию в конференциях, семинарах по качеству;
- неиспользование всего комплекса стандартов менеджмента качества, а также соответствующей научно-методической литературы.

- постоянное противопоставление производственной (лечебно-диагностической и иной) деятельности работе по построению СМК, разделение планов развития производства и СМ; Непонимание того, что СМК должна прежде всего служить повышению эффективности и качества оказания медицинской помощи или иных услуг;
- построение СМК не увязывается с вопросами автоматизации управленческой деятельности учреждения, с проектным стилем управления, с трудовыми отношениями, с организационной структурой, с управлением производственными (лечебно-диагностическими) процессами. Непонимание того, что концептуальной основой стандартов менеджмента качества является обеспечение всемерной управляемости всех процессов и ресурсов, а также их постоянное улучшение;
- постановка цели внедрения СМК - только для получения сертификата (лицензии);
- непонимание того, что СМК - основа (методология) совершенствования общей системы управления организацией;
- в организации не создается внутренняя социально-психологическая среда, благоприятная для стимулирования у работников стремления постоянно улучшать работу свою и своих коллег.

Политов, Ю. Врач уйдет [Текст] / Ю. Политов // Российская газета. – 2015. – 26 февр. (№ 39). – С. 3.

Зарплата врачей и среднего медицинского персонала в 2015 году не уменьшится, сообщила министр здравоохранения Вероника Скворцова, выступая в Госдуме на «правительственном часе».

«На основе предварительных данных можно сказать, что в 2014 году достигнуты целевые показатели по среднемесячным зарплатам врачей и среднего медицинского персонала. Не вызывает опасений задача удержать достигнутые значения в 15-м году», – сказала министр. По ее словам, постепенно удастся преодолеть и разницу в средней зарплате врачей в разных регионах: если в 2012 году она составляла 3,2 раза, то сейчас сократилась до 1,4 раза.

Министр рассчитывает на то, что не сократятся и объемы оказываемой гражданам высокотехнологичной медпомощи. По итогам 2014 года они оказались даже гораздо больше ожиданий: вместо 505 тысяч человек, предусмотренных планом, высокотехнологичную медпомощь получили до 705 тысяч пациентов. «По расчетам, проведенным с учетом всех средств, выделенных на высокотехнологичную помощь, в 2015 году мы сможем сохранить и даже повысить объемы высокотехнологичной помощи до 715 тысяч человек, — сказала Скворцова. – Однако это возможно при условии удержания цен на импланты, лекарственные препараты и запчасти к медицинской технике, что входит в число важнейших антикризисных мер». Напомним, правительство выделило 5 млрд. рублей на высокотехнологичную медицинскую помощь, еще 21,1 млрд. на эти цели должно быть направлено из региональных бюджетов.

Что касается цен на жизненно важные препараты, то минздрав здесь внимательно контролирует ситуацию, заверила депутатов глава ведомства. Мониторинг идет еженедельно, и, по данным министра, цены в январе повысились на 3,4 процента, ниже уровня инфляции. Географически жизненно важные лекарства также остаются доступными: «выпадение ассортимента в стране нет ни в одном регионе», подчеркнула Скворцова. Кроме того, по данным министра, примерно половину дорогих препаратов, цены на которые государство не может, регулировать, можно заменить на жизненно важные лекарства, стоимость которых находится под контролем государства.

Заверила министр депутатов и в том, что граждане могут рассчитывать на медпомощь и сейчас, и в будущем. «Не планируется сокращение государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи ни сегодня, ни завтра, ни в перспективе до 2030 года», – сказала она. Скворцова подчеркнула, что оптимизация системы здравоохранения в регионах России нацелена исключительно на повышение доступности и качества медицинской помощи.

Затронула министр и еще одну важную тему – обезболивание тех больных, кто в этом нуждается. Кое-что уже сделано: врачи уже сейчас могут выписывать значительно большее количество лекарств за один раз, препараты можно выдавать не только родственникам, но и социальным работникам, ухаживающим за больными, изменены подходы к обеспечению наркотическими обезболивающими средствами людей, живущих в сельской местности или

удаленных районах. Но проблема остается, признала министр. Частично она вызвана тем, что «у врачей есть страх выписки этих препаратов и боязнь повышенной ответственности в том случае, если произойдет какая-то случайность, не зависящая от медицинского работника». Но лишь частично. Чтобы снять проблему полностью, Минздрав уже разработал комплексную программу по борьбе с острой хронической болью. «Эта программа касается не только наркотического звена, она касается вообще правильного ведения больных с болью и с необходимостью полного обезболивания любого человека в том случае, если это требуется», – пояснила министр. В ответ на вопрос о том, когда эта программа будет внедрена, Скворцова сказала: «Я так думаю, что где-то через месяц Минздрав с ней уже выйдет широко».

2015 год – это национальный год борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, напомнила министр. Наиболее эффективный способ борьбы с такими болезнями – это профилактика и предотвращение. «Мы планируем с начала апреля провести волну массовых акций по всей стране, начиная с Сахалина и заканчивая Калининградом, которые направлены на привлечение внимания населения к проблеме сосудистой патологии», – сообщила Скворцова.

Симонова, А. К. Современные проблемы управления медицинскими организациями в Российской Федерации: эффективный контракт [Текст] / А. К. Симонова // Медсестра. – 2015. – №1-2. – С. 27-31.

Эффективный договор предложен Правительством России. Программой поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы установлена примерная форма трудового договора (примерная форма эффективного контракта) с работником государственного (муниципального) учреждения. Эффективный контракт – прежде всего трудовой договор с работником, в соответствии с которым условия получения вознаграждения должны быть понятны работодателю и работнику и не допускать двойного толкования. Как следует из примерной формы эффективного контракта, в эффективном контракте должны быть уточнены и конкретизированы трудовая функция каждого работника, показатели и критерии оценки эффективности его деятельности, установлен размер вознаграждения, а также размер поощрения за достижение коллективных результатов труда.

В Российском экономическом университете им. Г.В. Плеханова в формате круглого стола состоялось заседание дискуссионного клуба по теме «Современные проблемы управления и экономики медицинских организаций Российской Федерации». Его организаторами выступили ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России и ФГБОУ ВПО «РЭУ им. Г.В. Плеханова». Мероприятие проводилось при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Участники заседания обсудили современные системы и методы управления медицинскими организациями; механизмы повышения экономической эффективности их деятельности; формы изменения системы оплаты труда медицинских работников в условиях внедрения «эффективного контракта». С докладами выступили сотрудники Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова, в том числе первый заместитель генерального директора Д. Н. Никитенко. В работе дискуссионного клуба также приняли участие руководители региональных органов здравоохранения, федеральных государственных учреждений Минздрава России, муниципальных учреждений здравоохранения. Докладчики обратили внимание присутствующих на актуальность проблематики заседания и выразили надежду на дальнейшую плодотворную работу организаторов и участников круглого стола по вопросам экономики здравоохранения. Открыл конференцию ректор ФГБОУ ВПО «РЭУ имени Г.В. Плеханова», д-р экон. наук, профессор В.И. Гришин. Во вступительном слове Н.З. Ковязиной, заместителя директора Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России, было раскрыто основное направление в пересмотре подходов к заработной плате по данным «дорожной карты».

Уже по результатам первого полугодия текущего года у нас средняя заработная плата врачей стала 45 тысяч рублей, это примерно 143 процента от средней по экономике, по среднему медицинскому персоналу – 26 тысяч рублей, это примерно 83 процента от средней по экономике. Существенно уменьшилась вариативность заработных плат у специалистов одного

профиля, занимающих схожую должность. Если в 2011 году разница была примерно в 2,5-3,2 раза, то в этом году уже в 1,5-1,6 раза. В 2014 году мы предприняли шаги к тому, чтобы убрать необоснованную дифференциацию заработных плат. Для этого вместе с руководителями субъектов Российской Федерации мы подвели итоги пилотных проектов, обсудили их с профсоюзами и увеличили базовый оклад заработных плат с 20-25 процентов до 55-60. Таким образом, это позволит нам с учетом высокого уровня стандартизации отрасли практически прийти к тому, чтобы адекватная заработная плата была на одинаковых должностях.

Екимова К. В., д-р экон. наук, профессор, начальник Управления организации НИР ФГБОУ ВПО «РЭУ имени Г.В. Плеханова» раскрыла тему «Проблемы разработки целевой нормативно-справочной информационной базы для медицинских учреждений». Обухова О.В., заведующая отделением экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, рассказала о направлениях развития эффективного контракта.

Эффективный контракт – это трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки.

Алгоритм внедрения эффективного контракта.

1. Идеологическое обоснование (Бюджетные послания, предвыборные статьи, Распоряжение № 2190-р);
2. Нормативная база;
3. «Дорожные карты» на федеральном уровне:
 - План мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения», утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012г. №2599-р;
4. Рекомендации по разработке «дорожных карт» на уровне субъектов Российской Федерации:
 - Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1706 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации».

О. Я. Гембара, ведущий специалист по мотивации ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России раскрыла тему «Система мотивации и оплаты труда медицинских работников». Первый заместитель генерального директора ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, ведущий специалист НИИ «Современные системы управления организациями здравоохранения» ФГБОУ ВПО «РЭУ имени Г.В. Плеханова» Д.Н. Никитенко обсудил в своем докладе экономическую эффективность деятельности подразделения медицинской организации.

Актуальность введения эффективного контракта была признана всеми участниками заседания, так как в 2011 году средняя заработная плата работников федеральных государственных учреждений и государственных учреждений субъектов Российской Федерации в сфере образования составила 22 тыс. рублей, муниципальных учреждений – 12,2 тыс. рублей. В сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг средняя заработная плата работников федеральных государственных учреждений составила 22,5 тыс. рублей, государственных учреждений субъектов Российской Федерации – 18,8 тыс. рублей, муниципальных учреждений – 14,7 тыс. рублей.

При этом отмечается высокая межрегиональная дифференциация в оплате труда работников учреждений. По данным Федеральной службы государственной статистики за январь – июль 2012 г., соотношение средней заработной платы работников отраслей социальной сферы и средней заработной платы по субъектам Российской Федерации отличается в 1,5-2,8 раза. Так, например, в образовании это соотношение составляет от 57 процентов в Магаданской области до 88 процентов в г. Москве, в здравоохранении и предоставлении социальных услуг - от 53 процентов в Чеченской Республике до 97 процентов в г. Москве, в сфере организации

отдыха и развлечений, культуры и спорта – от 47 процентов в Амурской области до 132 процентов в Республике Дагестан.

Практика применения новых условий оплаты труда показала, что в полной мере решить задачу стимулирования работников с учетом результатов их труда удалось не всем учреждениям.

Во многих случаях показатели и критерии эффективности деятельности работников учреждений недостаточно проработаны, а их применение носит формальный характер. В системах оплаты труда работников учреждений во многих случаях сохранились ранее применявшиеся выплаты стимулирующего характера, имеющие низкую эффективность в современных условиях (например, добросовестное выполнение обязанностей, интенсивность труда, качество труда и др. без указания конкретных измеримых параметров).

В ряде учреждений стимулирующие выплаты применяются в качестве гарантированной части заработка, которая не увязана с результатами труда.

Основной причиной этого является низкий размер тарифной части заработной платы, а также низкая конкурентоспособность учреждений на региональных рынках труда. В результате учреждение вынуждено премировать персонал вне зависимости от результатов труда в связи с необходимостью удержания имеющихся работников.

Введение новых систем оплаты труда привело к значительным, не всегда обоснованным различиям в оценке сложности и результатов труда, увеличению дифференциации между заработной платой руководителя и работников учреждения. Так, среднемесячная заработная плата отдельных руководителей федеральных государственных учреждений существенно (более чем в 10 раз) превышает заработную плату работников основного персонала этих учреждений.

Анализ внедрения новых систем оплаты труда свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования системы оплаты труда с целью:

- сокращения разрыва между средним уровнем оплаты труда работников учреждений и средним уровнем заработной платы по субъекту Российской Федерации;
- устранения необоснованной дифференциации в уровне оплаты труда руководителей и работников учреждений; совершенствования системы критериев и показателей эффективности деятельности учреждений и работников, установления указанных критериев и показателей в учреждениях, где они в настоящее время отсутствуют; отмены стимулирующих выплат, устанавливаемых без учета показателей эффективности деятельности учреждений и работников;
- определения оптимального соотношения гарантированной части заработной платы и стимулирующих надбавок.

Ветлугин, И. Правительство «отрегулирует» закон [Текст] / И. Ветлугин // Медицинская газета. – 2015. – 25 февр. (№ 13). – С. 4.

Во исполнение плана мероприятий («дорожной карты») «Развитие биотехнологий и генной инженерии» Минздрав России разработал проект федерального закона «О биомедицинских клеточных продуктах». Он был одобрен на заседании Правительства РФ. Распоряжение о его внесении на рассмотрение Госдумы РФ подписано премьер-министром Дмитрием Медведевым.

Будущий закон призван определить основы государственного регулирования в сфере обращения биомедицинских клеточных продуктов. Это отношения, возникающие в связи с их разработкой, доклиническими исследованиями, экспертизой, госрегистрацией, клиническими исследованиями, производством, хранением, утилизацией, транспортировкой, продажей, ввозом в нашу страну и вывозом из России.

Законопроектом вводится актуализированный терминологический аппарат, включающий такие основные понятия, как «биологический материал», «клеточная линия», «разработчик биомедицинского клеточного продукта», «донорство биологического материала», «аутологичный биомедицинский клеточный продукт», «аллогенный биомедицинский клеточный продукт».

Определяются также субъекты обращения клеточных продуктов (физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели, и юридические лица, занимающиеся обращением клеточных продуктов), их права и обязанности в сфере такого обращения.

Кроме того, устанавливаются принципы государственного контроля (надзора) за обращением клеточных продуктов, включающие в себя лицензионный контроль в сфере их производства и федеральный госнадзор в сфере обращения.

Законопроектом также устанавливаются полномочия экспертного учреждения по проведению экспертиз клеточного продукта и требования, предъявляемые к экспертам при проведении экспертизы таких продуктов, их права и обязанности.

Кроме того, устанавливаются порядок представления разработчиком клеточного продукта документов в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти для государственной регистрации клеточного продукта, а также порядок и размер уплаты государственной пошлины при выполнении государственной регистрации клеточных продуктов.

Законопроектом определяются условия и порядок получения биологического материала у донора для производства клеточного продукта, вводятся нормы, позволяющие производить и использовать в медицинской деятельности персонифицированные (аутологичные) клеточные продукты, содержащие собственные клетки пациента.

Минздрав России наделяется, в частности, полномочиями по утверждению правил доклинических исследований клеточных продуктов, их госрегистрации, утверждению порядка проведения мониторинга безопасности применения клеточных продуктов, лицензированию их производства.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Искусственная селезёнка [Текст] // Медицинская газета. – 2015. – 4 марта (№ 15). – С. 13.

Специалисты по биоинженерии из Гарвардского университета (США) разработали так называемую «искусственную селезёнку» – высокотехнологичное экстракорпоральное устройство, предназначенное для быстрой и эффективной очистки крови от любых патогенных микроорганизмов и предотвращения развития сепсиса.

Как известно, сепсис представляет собой потенциально жизнеугрожающее состояние, вызываемое избыточным иммунным ответом на возбудителя инфекции, что влечёт за собой системную воспалительную реакцию, мультиорганную дисфункцию, септический шок и смерть. Как правило, поскольку выявление конкретного патогена, вызвавшего септическую реакцию, занимает слишком много времени, в качестве метода терапии применяются антибиотики широкого спектра действия, что снижает эффективность лечения и ведёт к развитию антибиотикоустойчивости бактерий.

В поисках решения этой проблемы группа под руководством клеточного биолога и биоинженера Дональда Ингбера взяла за образец селезёнку – орган, действующий, в том числе, как фильтр, очищающий кровь от различных чужеродных агентов. В созданном ими экстракорпоральном устройстве используются магнитные шарики нано-размера, покрытые модифицированной версией маннозасвязывающего лектина (MBL) – белка, играющего важнейшую роль в системе врождённого иммунитета человека.

MBL распознаёт и связывает молекулы моносахарида маннозы на поверхности более чем 90 видов патогенных микроорганизмов (бактерий, вирусов, грибов) и продуктов их жизнедеятельности. Именно выделяемые ими в кровь эндотоксины запускают приводящую к септическому шоку реакцию избыточного иммунного ответа.

По аналогии с процедурой диализа, кровь пациента поступает в «искусственную селезёнку» – устройство размером не больше колоды карт, где проходит через слой покрытых MBL магнитных шариков, «собирающих» практически все присутствующие в ней патогены и эндотоксины. Затём с помощью магнита кровь освобождается от шариков и в уже очищенном состоянии возвращается в организм пациента.

Тестирование устройства на крысах, инфицированных бактериями *E.coli* или *Staphylococcus aureus*, продемонстрировало его высокую эффективность – в течение часа «искусственная селезёнка» удалила более 90% бактерий и продуктов их жизнедеятельности из крови животных. Спустя 5 часов после заражения 89% крыс, чья кровь была профильтрована через устройство, осталось в живых в сравнении лишь с 14% тех, кто был лишён подобной терапии. При этом фильтрация позволила снизить уровень воспалительной реакции в лёгких и других органах, что защитило животных от сепсиса.

Эффективность «искусственной селезёнки» была также проверена на человеческой крови – через устройство «прогнало» около 5 л, что составляет примерный объём крови, циркулирующей в организме взрослого человека. Кровь была заражена смесью бактерий, грибов и эндотоксинов и прокачивалась через устройство со скоростью около 1 л в час. В течение 5 часов «искусственная селезёнка» практически полностью очистила кровь от патогенов. Такой уровень эффективности работы устройства, полагает Д. Ингбер, вполне достаточен для контроля над инфекцией – то, что не уберёт «искусственная селезёнка», «добьют» антибиотики и сама иммунная система. Ингбер также отметил, что принцип действия устройства позволяет использовать его в терапии таких серьёзных вирусных заболеваний, как, например, ВИЧ и лихорадка Эбола, при которых выживание зависит от качественного снижения уровня вирусной нагрузки в крови.

В настоящее время группа Ингбера проводит испытания «искусственной селезёнки» на свиньях, механизмы развития сепсиса у которых похожи на человеческие. Эксперты ожидают начала клинических испытаний устройства в ближайшие 3 года.

Инновационная вакцина «Совигрипп» для защиты от гриппа [Текст] // Медицинская газета. – 2015. – 25 февр. (№ 13). – С. 12.

На предприятии «Иммунопрепарат», филиале НПО «Микроген» в Уфе, разработана новая высокоэффективная и безопасная вакцина последнего поколения для профилактики гриппа «Совигрипп».

На уфимском фармпредприятии гриппозные вакцины выпускаются полвека. Его специалисты владеют опытом промышленного производства живых гриппозных вакцин, адсорбированных химических, цельновирионных, инактивированных элюатно-центрифужных, тривалентной полимер-субъединичной, а также вакцин против птичьего и свиного гриппа.

Успешное освоение промышленного выпуска инактивированной субъединичной вакцины «Совигрипп» стало результатом начатой в 2013 г. работы по масштабированию производства препарата, ранее выпускавшегося только в экспериментальных объёмах.

Основное отличие новой вакцины: антигены вирусов гриппа актуальных, ежегодно обновляемых штаммов соединены с уникальным адъювантом «Совидон» (сополимер N-винилпирролидона и 2-метил-5-винилпиридина). Целесообразность использования адъювантов в вакцинах заключается в повышении иммуногенности антигенов, изменении характера иммунного ответа, снижении количества антигена, необходимого для успешной иммунизации, уменьшении кратности введения вакцины и повышении интенсивности иммунного ответа у лиц со сниженной иммунологической активностью, в том числе у пожилых людей.

Включение адъюванта в состав препарата значительно повышает эффективность вакцинации людей со слабой иммунной системой, в том числе групп риска.

Субъединичные вакцины, к которым относится «Совигрипп», являются наиболее безопасными и ареактогенными в связи с проведением при их производстве дезинтеграции вируса и многоступенчатой последовательной очистки. У вакцин отсутствуют токсичность и пирогенность.

Клинические испытания «Совигриппа» подтвердили его выраженную иммуногенную активность, хорошую переносимость, высокий уровень безопасности и стойкую профилактическую эффективность.

Препарат предназначен для активной ежегодной профилактической иммунизации против сезонного гриппа людей в возрасте от 18 до 60 лет.

Особенно вакцина рекомендована лицам, часто болеющим ОРВИ, страдающим болезнями и пороками развития сердечно-сосудистой, дыхательной и центральной нервной систем, почек; сахарным диабетом, хронической анемией, аллергопатологией (кроме аллергии к куриному белку), а также врожденным или приобретенным иммунодефицитом, в том числе инфицированным ВИЧ.

«Совигрипп» соответствует всем требованиям Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Лихтерман, Л. Преодолевая черепной барьер [Текст] / Л. Лихтерман // Медицинская газета. – 2015. – 25 февр. (№ 13). – С. 10.

Природа основательно «укрыла» головной мозг. Роль своеобразной «брони» играет череп. Этот мощный костный панцирь окружает мозг со всех сторон, оставляя лишь маленькие отверстия и щели, через которые проходят кровеносные сосуды и нервные стволы. Благодаря такой глухой защите от воздействия внешней среды мозг может с высокой надёжностью функционировать в самых различных ситуациях – эволюция работала «на норму», на здоровье, на совершенство. При травмах же и болезнях защита мозга – череп превращается в непреодолимое препятствие для прямого распознавания патологии.

Истина не может быть тройственной.

Вся диагностика заболеваний мозга многие десятилетия строилась преимущественно на косвенных признаках – на симптомах и синдромах нарушения движений, чувствительности, координации, статики, зрения, речи, интеллекта и других мозговых функций, выявляемых неврологом путём расспроса, а также с помощью молоточка и иголки. Однако точное распознавание таким путём нередко весьма затруднительно, так как большинство неврологических симптомов многозначно. Например, парез конечностей может быть обусловлен поражением лобной, или теменной доли, подкорковых узлов, ствола мозга или мозжечка. Тот же парез может быть первичным симптомом, – симптомом «по соседству» либо «на отдалении», может зависеть от смещения мозга, отёка или нарушений его кровоснабжения. Наконец, тот же парез может быть вызван десятками самых различных заболеваний как хирургического, так и нехирургического характера.

Понятно, что высшее искусство врача – установление истинной локализации и происхождения того или иного признака при диагностике в трудных случаях доступно лишь мэтрам неврологии и нейрохирургии. И даже они порой могут ошибаться;

Вспоминается давний эпизод, когда к одному больному с неясным диагнозом были приглашены на консилиум три крупнейших, столичных невролога. Один из них занимался сосудистыми заболеваниями и решил, что у пациента тромбоз средней мозговой артерии. Другой изучал энцефалиты, и его заключение констатировало воспаление мозга. Третий, посвятивший жизнь нейрохирургической патологии, предположил опухоль. Каждый из учёных имел основания для своего диагноза. Однако истина не могла быть тройственной: у больного оказалась опухоль правой височной доли.

Тенденции.

В помощь врачу нужны доступные методы прямого видения мозговой патологии, способные бескровно неинвазивно преодолевать черепной барьер.

Благодаря технологическому прогрессу они появились в конце XX века и их число непрерывно растёт. Но как объективно оценить достоинства и недостатки каждого из них, как вынести вердикт – хороший или плохой метод диагностики?

Царят субъективизм, односторонние подходы. Говорят, этот метод хороший, потому что безопасный. Ну, а если он малоинформативен, что толку в его безвредности? Опасности самого исследования, всегда ли оправдано его применение?

Очевидно, нужны общедоступные критерии, которые охватывали бы все стороны задачи и полностью исключали волюнтаризм.

Мы разработали комплекс критериев идеального метода диагностики нейрохирургической патологии мозга. При этом выявили следующие тенденции в развитии новых методов:

- от дающих косвенные представления – к прямой визуализации;
- от кровавых и болезненных, – к бескровным и безболезненным;
- от чреватых осложнениям к полностью безопасным;
- от выявляющих отдельные церебральные образования – к способным одновременно воспроизводить все слагаемые внутричерепного содержимого;
- от требующих специальной подготовки больного и динамического прослеживания – к немедленно выдающим однозначную диагностику;
- от дающих изолированное представление о структуре или функции мозга к сочетанно характеризующим анатомо-топографические картины и функциональное состояние центральной нервной системы;
- от основанных на активной локации (воздействие на организм) - к основанным на пассивной локации (использование информации, продуцируемой организмом в процессе его жизнедеятельности).

Критерии:

1. Информативность:
 - а) прямое видение патологического процесса через закрытый череп;
 - б) одновременное получение структурных и функциональных представлений о состоянии мозга
2. Безвредность для пациента.
3. Безопасность для персонала.
4. Бескровность.
5. Безболезненность.
6. Отсутствие каких бы то ни было противопоказаний к применению метода.
7. Отсутствие необходимости в специальной подготовке больного к исследованию (проба на переносимость, премедикация, бритьё волос и т.д.).
8. Простота получения информации:
 - а) минимум персонала (1-2 человека);
 - б) минимум дополнительных манипуляций (кнопочный принцип управления аппаратурой, отсутствие многозвенности и т.п.);
 - в) доступность исследования и расшифровки полученных данных любому врачу.
9. Быстрота получения однозначной информации (в пределах минут).
10. Использование в качестве носителя информации физических и иных факторов, постоянно продуцируемых самим мозгом (биотоки, теплоизлучение, радиоволны и др.).
11. Возможность неограниченной повторяемости исследования.
12. Полная воспроизводимость результатов исследования в любое нужное время и их надёжное длительное хранение (видеозапись, персональные компьютеры и др.).
13. Техническая эстетичность (размеры, форма, вес, портативность, мобильность аппаратуры, удобства для пациентов и персонала во время исследования и др.).
14. Возможность и надёжность применения не только в стационарных, но и в различных условиях (на месте происшествия, в поликлинике, на дому, в очагах массового поражения и т.д.).
15. Доступность:
 - а) техническая (наличие серийно выпускаемой аппаратуры, предприятий по монтажу и ремонту, специалистов по эксплуатации и др.);
 - б) экономическая (стоимость аппаратуры, стоимость строительства или подготовки специальных помещений, стоимость одного исследования и др.).

Аналитический обзор.

Требования к диагнозу в нейрохирургической клинике резко возросли. Теперь надо, в прямом смысле этого слова, видеть патологический процесс до операции, разумеется, через

интактные мягкие покровы головы, через кости черепа. Возможность визуализации очага болезни в мозгу с указанием долевого локализации, размеров, формы, природы, его влияния на корковые центры и проводниковые системы, крово- и ликворообращение – главное содержание критерия «информативность метода». Хотя череп отнюдь не становится прозрачным, появились новые методы, которые, используя достижения научно-технического прогресса, отвечают этому требованию, прежде всего компьютерная рентгеновская и магнитно-резонансная томография, включая и такие модальности, как КТ-ангиография, КТ-перфузия, Flair, SWAN, DWI, DTI и др.

На совмещение анатомического и функционального состояния мозга направлены такие методы неинвазивной нейровизуализации, как, например, функциональная МРТ и позитронно-эмиссионная томография.

Нередко для уточнённого диагноза необходимо знать различные биохимические показатели. Здесь незаменима магнитно-резонансная спектроскопия.

Перейдём к следующим критериям. Конечно, метод должен быть безвреден для пациента и столь же, бесспорно, безопасен для тех, кто применяет этот метод, - врачей и их помощников. Как мы уже говорили, следует стремиться к исследованиям бескровным и безболезненным для человека, таким, при которых отсутствуют какие бы то ни было противопоказания к применению. В последние годы подобные методы созданы - это методы диагноза на расстоянии, без вторжения в организм. Однако необходимо помнить и изучать возможные вредоносные эффекты малых доз ионизирующей радиации, и магнитных полей большой напряжённости.

А необходимость специальной подготовки к исследованию? Тут и проба на переносимость препарата (как, например, при ангиографии), и премедикация (введение снимающих реакции препаратов перед исследованием), и бритьё головы (как, например, при тепловидении). На это уходит время, усложняются условия и т.д. Ясно, что методы исследования надо освободить от подобных наслоений. И это уже осуществлено в ряде современных методов экспрессвизуализации.

Чрезвычайно важна простота и быстрота получения информации. Например, при нейросонографии всё исследование занимает 5-10 минут. Его проводит один врач, который сам же и оценивает полученные данные.

При всей практической безопасности, скажем, компьютерной, магнитно-резонансной и ультразвуковой томографии всё же имеет место активная локация - воздействие на организм рентгеновскими лучами, магнитным полем или ультразвуком. Особенно чреваты последствиями первые. Конечно, физиологичнее использовать в качестве носителей информации физические факторы, постоянно продуцируемые самим мозгом в процессе жизнедеятельности. Сам о себе мозг может сказать гораздо больше, чем нам это кажется. Я имею в виду его биоэлектрическую активность, магнитное поле, тепловое излучение, радиоволны и т.д.

На абсолютно безвредном принципе пассивной локации мозга основаны многие методы - электроэнцефалография, тепловидение, радиометрия, магнитоэнцефалография. Позволяя углублённо судить о функциональном состоянии мозга, эти методы пассивной локации пока мало информативны с точки зрения видения его структур.

Есть большие и малые методы диагностики. Большие – это, например, магнитно-резонансная томография и позитронно-эмиссионная томография. Аппаратура для них технически эстетична, удобна во время исследования и для пациентов, и для врачей. Но она не мобильна, требует значительных площадей и доставки к ней больного. Несчастье может случиться на улице и дома, в геологической партии и в океане. Вольной может оказаться в поликлинике или маленьком стационаре. И диагноз порой должен быть срочным. В таких ситуациях нужно доставить аппарат к пострадавшему. Вот тут-то вне конкуренции малые методы экспресс-диагностики, прежде всего нейросонография. Приборы для её осуществления мобильны, портативны. Их форма, размеры и вес рассчитаны на лёгкость передвижения в любых условиях. Есть достаточно доказательный немедленный диагноз на месте исследования, будь это даже квартира или асфальт дороги. В считанные минуты становится ясно, что надо делать, как действовать врачу, а при черепно-мозговой травме это главная предпосылка для успеха в лечении пострадавших. Нейросонография по таким своим качествам, как мобильность и информативность, простота и безвредность, незаменима для ургентной диагностики и скрининга, особенно у детей. Надо сказать, что появляются и передвижные компьютерные рентгеновские томографы.

Есть великолепные методы бескровного видения мозга через кожу и кости черепа. А доступны ли они? И ответ на него, пожалуй, наиболее сложен. Здесь есть две стороны: техническая и экономическая. Обе в равной степени определяют доступность того или иного метода исследования. Метод разработан, эффект получен, но есть только один лабораторный образец прибора в руках автора. Доступен ли он технически лечебным учреждениям? Безусловно, нет – до тех пор, пока не будет запущен в серийное производство. Поэтому техническая доступность подразумевает и наличие специалистов по её эксплуатации, мастеров по монтажу, ремонту и т.д.

Часто на пути внедрения метода в широкую практику встают не менее (а может быть, и более) серьёзные препятствия – экономические. Стоимость современной медицинской аппаратуры повсеместно растёт.

Серийный отечественный быстродействующий тепловизор так же, как и портативный нейросонограф, способно приобрести каждое лечебно-профилактическое учреждение. Но компьютерный томограф, а тем более магнитно-резонансный томограф, часто для них недоступен. Такие дорогостоящие приборы рассчитаны на научно-исследовательские и диагностические центры и крупные больницы.

При объективно существующих экономических барьерах чрезмерно дорогой метод диагностики – уже не идеальный. Отвечая всем предложенным критериям, метод может стать идеальным только через свою полную техническую и экономическую доступность. Это и составляет одну из главных проблем новой медицинской техники.

Итак, выдвигая последовательно каждый из изложенных критериев, можно чётко оценить достоинства и недостатки любого из существующих или развивающихся методов диагностики патологии головного и спинного мозга и, следовательно, сделать обоснованный вывод о перспективах применения.

Очевидно, что пока ещё не создан способ исследования поражений центральной нервной системы, отвечающий всем требованиям идеального метода диагностики, но эта цель представляется принципиально достижимой. Здесь философское искание идеального метода смыкается с прагматическим его осуществлением.

Винтер, М. С помощью перца [Текст] / М. Винтер // Медицинская газета. – 2015. – 13 марта (№ 18). – С. 13.

Исследователи из Калифорнийского университета предположили, что людям, склонным к развитию рака толстой кишки, может быть полезно регулярно употреблять в пищу стручковый перец. Свои выводы они сделали на основании полученных данных о том, что хроническая активация рецепторов клеток кишечного эпителия, вызываемая содержащимся в перце алкалоидом капсаицином, подавляет рост опухолей у мышей.

Капсаицин представляет активный ингредиент плодов растения рода *Capsicum*. Больше всего его содержится в остром (горьком) перце. Известно, что капсаицин является агонистом (активатором) рецепторов TRPV1, которых называют молекулярными болевыми рецепторами. Считается, что эти рецепторы, расположенные на окончаниях сенсорных нейронов ганглиев дорсальных корешков, играют ключевую роль в возникновении болевых ощущений при воспалительных процессах. Способность капсаицина постоянно стимулировать рецепторы TRPV1, благодаря чему происходит их дезактивация и, как следствие, обезболивание, используется при терапии различных воспалительных заболеваний.

Группа под руководством профессора Эйала Раца обнаружила, что рецепторы TRPV1 присутствуют также на эпителиальных клетках кишечника, где в основе механизма их активации лежит рецептор эпидермального фактора роста EGFR. От активности этого рецептора зависит пролиферация клеток, составляющих выстилающий кишечник слой эпителия, который полностью обновляется примерно за 4-6 дней. Базовый уровень активности EGFR обеспечивает поддержание нормального уровня сменяемости эпителиальных клеток.

Однако в случае бесконтрольного усиления активности EGFR и, соответственно, роста уровня пролиферации клеток, происходит повышение риска образования в кишечнике злокачественных опухолей.

Э. Рац и его коллеги установили, что ключевую роль в регуляции активности EGFR играют как раз эпителиальные рецепторы TRPV1, которые, будучи однажды активированы EGFR, затем выступают в качестве сдерживающего начала.

Эксперименты на генетически модифицированных мышах с дефицитом эпителиальных рецепторов TRPV1 показали, что у таких животных уровень распространённости новообразований в кишечнике значительно превышает средние значения. Таким образом, пришли к выводу учёные, TRPV1 фактически является супрессором опухолевого роста в этом отделе пищеварительного тракта.

Такой вывод заставил авторов предположить, что постоянная длительная активация этих эпителиальных рецепторов с помощью капсаицина может повлечь за собой снижение риска развития опухолей в кишечнике. Эта гипотеза была подтверждена в экспериментах на генетически модифицированных мышах, склонных к образованию множественных опухолей в желудочно-кишечном тракте.

Терапия капсаицином привела к снижению опухолеобразования и увеличению продолжительности жизни животных более чем на 30%. При этом эффект от терапии был более выражен в комбинации с нестероидным противовоспалительным препаратом целекоксиб (celecoxib), применяемым при лечении остеоартрита и ревматоидного артрита, а также при острой боли воспалительного происхождения.

«Полученные нами данные позволяют предположить, что людям с высоким риском образования опухолей в кишечнике будет полезна хроническая активация TRPV1», – отметил Э. Рац. В то же время, подчеркнул он, изучение связи между функцией TRPV1 и колоректальным раком у человека – дело будущих клинических исследований.

Адамов, Б. «Умный бинт» [Текст] / Б. Адамов // Медицинская газета. – 2015. – 13 марта (№ 18). – С. 12.

Любую рану следует обработать, перевязать и лечить. Для этого нужны врач, медсестра и время, проведённое в ожидании своей очереди на приём. Но в будущем все эти функции сможет выполнять один-единственный «умный» бинт.

Журналисты Би-би-си посетили американскую лабораторию, которую совместно основали Массачусетский технологический институт и Гарвардский университет. Работающие в ней учёные занимаются разработкой новых, более эффективных методов предоставления медицинской помощи. Одним из проектов стала разработка «умного» бинта.

Если оставить рану слишком долго без внимания, в ней может развиваться инфекция. А постоянная смена перевязок тоже повышает шанс проникновения болезнетворных бактерий. И в том и другом случае процесс заживления идёт медленно и с трудом. Идея использовать электронику для создания высокотехнологичных перевязок становится всё более популярной. В случае успеха они решат главную проблему стандартных бинтов.

Электронный бинт способен без непосредственного участия врача контролировать процесс заживления раны. В бинт встроены многочисленные датчики, которые следят за количеством кислорода в ране, уровнем pH и температурой. «Умный» бинт вмешается, если что-то пошло не так.

На внутренней стороне бинта располагаются небольшие контейнеры с лекарствами. Лекарства доставляются в рану по мере необходимости. По команде бинта включается специальный нагревательный элемент. В результате подогрева сквозь оболочку лекарственного кармана препарат начинает поступать прямо к месту назначения.

И это не всё: бинт посылает сигналы на компьютер лечащего врача. Если с раной что-то не так, например, возникла бактериальная инфекция, врач простым нажатием кнопки сразу отправляет в рану антибиотик. Антибиотик изначально находится в одном из лекарственных карманов, но в рану поступает только в случае необходимости.

Пока не ясно, станут ли «умные» бинты частью врачебной рутины. Учёным требуется найти дополнительное финансирование для усовершенствования модели и доведения её до коммерческого образца. Если испытания пройдут успешно, «умный» бинт станет реальностью уже через 2 года.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Яновский, Я. Солнечное закаливание [Текст] / Я. Яновский // Медицинская газета. – 2015. – 18 марта (№ 19). – С. 13.

Исследование австралийских учёных показало, что чем больше времени подростки и люди молодого возраста проводят на свежем воздухе под воздействием солнечных лучей, тем ниже у них риск развития миопии (близорукости).

Для выяснения связи между миопией и активностью человека на свежем воздухе исследователи из Университета Нового Южного Уэльса изучили степень ультрафиолетовой аутофлуоресценции конъюнктивы – показатель, характеризующий степень воздействия ультрафиолета на ткани глаза. Этот метод является более объективным и точным, чем обычный опрос участников о времени, которое они проводят на улице, отмечают учёные.

В исследовании с участием 1344 человек молодого возраста была использована специально созданная фотокамера для получения ультрафиолетовых фотографий глаз участников испытания. Затем с помощью этих снимков учёные оценили уровень повреждения тканей глаза солнечным светом.

Как показал анализ полученных данных, у людей, проводивших больше времени на свежем воздухе, он был выше, но при этом риск развития миопии – гораздо ниже.

По словам профессора Дэвида Маккея, хотя до сих пор до конца не ясно, почему солнечный свет предохраняет от развития близорукости, существует несколько теорий, объясняющих эту взаимосвязь. Согласно одной из них, попадание ультрафиолета на переднюю часть глаза положительно влияет на состояние глазного дна (внутренней поверхности глаза). По другой теории, воздействие солнечного света на сетчатку глаза способствует выделению дофамина, предотвращающего удлинение глазного яблока, которое наблюдается при миопии.

Тем не менее Д. Маккей обращает внимание на то, что излишнее солнечное излучение может повысить риск развития меланомы и такой глазной патологии, как птеригий, который представляет собой поверхностное зарастание роговицы тканью конъюнктивы с образованием треугольной складки. В связи с этим, по словам учёного, необходимо найти баланс между необходимостью находиться достаточное количество времени на свежем воздухе и не нанести вред своему организму.

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 <http://medlan.samara.ru> – раздел «Услуги»).

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

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

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

Воскресенье - выходной день

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

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

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

✉ miac@medlan.samara.ru

✉ sonmb@inbox.ru

Обособленное подразделение областной научной медицинской библиотеки МИАЦ (в здании МБУЗ «ЦГБ г.о. Чапаевск»)

Адрес: 446100, г.о. Чапаевск, ул. Медицинская, д. 3а

Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота, воскресенье - выходные дни

☎ (84639) 2-49-26

✉ biblchap@yandex.ru

Сайт: <http://medlan.samara.ru>