



+ актуально +

ТФОМС увеличил расходы на медуслуги



Соответствующее решение было принято на заседании сторон, подписывающих Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области.

Текст: Дина Кравченко

Таким образом, с первого сентября 2015 г. на 20 % увеличиваются тарифы по следующим трем направлениям:

- амбулаторно-поликлинической помощи на основе подушевого норматива финансирования;
- стоматологических услуг, оказываемых в рамках ОМС взрослому и детскому населению, с учетом проведения лабораторных и инструментальных исследований;
- консультативно-диагностической помощи, оказываемой в консультативно-диагностических центрах Челябинской области.

До конца текущего года из бюджета ТФОМС Челябинской области на эти цели будет направлено в общей сложности более 625,4 млн рублей.

Как отметила Ирина Михалевская, 2015 г. является периодом завершения перехода на страховые принципы в сфере здравоохранения, основой которых является финансирование медицинских организаций по факту

наступления страхового случая, то есть по принципу «адресного финансирования медицинской помощи». По итогам анализа работы медицинских учреждений за семь месяцев 2015 г., в том числе выполнения установленных объемов оказания медицинской помощи, было принято решение о дополнительном финансировании медицинских учреждений. В преддверии отопительного сезона полученные средства медицинского учреждения могут использовать для погашения сформированной кредиторской задолженности перед поставщиками топливно-энергетических ресурсов, а также компенсировать свои расходы в связи с ростом цен на медикаменты.

По словам руководителя фонда, в сложных экономических условиях главные врачи медицинских организаций должны быть ориентированы на бережное и эффективное использование поступающих средств, а фонд обязательного медицинского страхования и в дальнейшем будет проводить сбалансированную тарифную политику, изыскивая возможность увеличения тарифов на оплату медицинской помощи.

Напомним, что с 1 августа текущего года уже было проведено увеличение финансирования службы скорой медицинской помощи, амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи,

а также дневных стационаров. У главных врачей появилась финансовая возможность выполнить Распоряжение Правительства Челябинской области от 26 июня 2015 г. № 337-рп «О повышении заработной платы работников учреждений социальной сферы», которое предусматривает увеличение должностных окладов работников учреждений социальной сферы на 5 %.

С учетом нового этапа повышения тарифов финансовое обеспечение системы ОМС Челябинской области в течение последних двух месяцев увеличено в общей сложности более чем на 1 млрд 100 млн рублей, что обеспечивает повышение доступности и качества бесплатной медицинской помощи в регионе.

Решения об увеличении тарифов на оплату медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования принимаются коллегиально, в состав комиссии входят директор регионального ТФОМС Ирина Михалевская, Министр здравоохранения Челябинской области Сергей Кремлев, председатель Челябинской областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ Нина Ковальчук, руководители страховых медицинских организаций, работающих в сфере ОМС Челябинской области, а также представители профессионального медицинского сообщества.

Полугодовой бюджет: стабильность и тенденции роста

За шесть месяцев 2015 г. показатели бюджета ТФОМС Челябинской области исполнены в полном объеме. Это позволяет говорить об эффективной работе фонда по всем направлениям финансирования оказанной медицинской помощи в системе ОМС, а значит, и обеспечению прав граждан на ее доступность и качество.

Текст: Ольга Титова

Так, в первом полугодии 2015 г. доходы фонда составили 16,7 млрд рублей, и по сравнению с соответствующим периодом прошлого года выросли на 2,4 млрд рублей в основном за счет субвенций Федерального фонда ОМС на выполнение территориальной программы ОМС.

15,84
млрд
рублей

составило расходование средств на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования за шесть месяцев 2015 года, что на 1,13 млрд рублей больше, чем в аналогичном периоде прошлого года.

Средства при этом были направлены:

- на финансирование Территориальной программы ОМС — в размере 15,01 млрд рублей (это выше уровня соответствующего периода прошлого года на 6,9 %), в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной в Челябинской области гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, — в размере 123,2 млн рублей;
- на формирование нормированного страхового запаса фонда в целях сохранения финансовой устойчивости системы ОМС Челябинской области — в размере 814,2 млн рублей;
- на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам по программе «Земский доктор» — в размере 14 млн рублей.

С ростом финансирования расходы медицинских организаций в рамках выпонения Территориальной программы ОМС за шесть месяцев 2015 г. возросли по сравнению с соответствующим периодом прошлого года на 939,4 млн рублей, или на 7 %. При этом расходование средств на оплату труда медицинских работников увеличилось на 620,7 млн рублей (6,5 %). Также почти на 10 % (на 177,4 млн рублей) больше средств по сравнению с прошлым годом медицинские организации израсходовали на медикаменты и перевязочные средства.

Стабильное финансирование в первом полугодии 2015 г. Территориальной программы ОМС позволяет говорить о выполнении объемов оказания медицинской помощи, установленных Комиссией по разработке территориальной программы. В амбулаторном звене объем посещений увеличился на 366,6 тыс. (или 2,8 %) по сравнению с первым полугодием 2014 г., в основном за счет увеличения числа профилактических посещений на 416 тыс., а также роста объемов при оказании неотложной медицинской помощи в три раза (или на 169,3 тыс.).

Таким образом, по итогам первого полугодия 2015 г. можно отметить положительные тенденции в развитии амбулаторно-поликлинического звена в части организации профилактической работы и оказания неотложной медицинской помощи, что является приоритетными задачами в сфере здравоохранения.

Также в первом полугодии 2015 г. по сравнению с аналогичным периодом прошлого года в шесть раз (или на 2,5 тыс. случаев) больше пациентов получили в рамках обязательного медицинского страхования высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП). Это связано с расширением в 2015 г. перечня видов ВМП, оплачиваемых из средств обязательного медицинского страхования, а также увеличением до 15 (в 2014 г. — 9) количества медицинских организаций, представляющих ВМП.

+ кадры в здравоохранении +

«Кузница» профессионалов

Медицинские специальности — одни из немногих, где в течение всей профессиональной жизни требуется повышение квалификации. Медицина развивается и идет вперед так стремительно, что отказываться от привычных представлений и совершенствоваться в своем деле необходимо: не успеть, упустить новое — иногда означает попросту профессиональный провал.

Текст: Ольга Титова

Если говорить о клинических специальностях, меняются лекарственные препараты, появляются новые диагностические и лечебные методики, технологии, новое оборудование. В организации здравоохранения обновления происходят еще интенсивнее: меняется нормативная база, принимаются новые законы, стандарты и порядки, а значит, изменяется и работа руководства медицинских организаций. Быть открытыми всему новому, идти вперед — требование времени и дела, которому ты служишь.

О дополнительном образовании медицинских работников в Челябинской области рассказывает проректор Южно-Уральского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук Марина Москвичева.



+ Успешное подразделение медицинского университета

— Наш факультет является общепризнанным лидером дополнительного медицинского образования в УрФО, а также входит в число сильнейших в России подобных подразделений. ЮУГМУ имеет самое большое государственное задание на дополнительную профессиональную подготовку среди медицинских вузов округа. Ежегодно здесь проходят обучение около 7200 человек. Повышение квалификации специалистов и профессиональная переподготовка ведется на 27 кафедрах университета. Фактически мы реализуем весь возможный спектр программ подготовки в сфере дополнительного профессионального образования.

В разработке учебных программ мы отслеживаем все потребности практического здраво-



охранения. Механизм таков: появляется потребность в подготовке по новой специальности или в обучении новым медицинским технологиям, преподаватели факультета сами проходят обучение оказанию того или иного вида медицинской помощи, выполнению той или иной методики, разрабатывают образовательные программы и внедряют их в процесс обучения. К примеру, по мере развития малоинвазивной хирургии сотрудниками кафедры госпитальной хирургии и акушерства и гинекологии факультета были разработаны соответствующие учебные программы по лапароскопии и эндоскопии в хирургии, акушерстве и гинекологии. Очень важное и новое направление — оказание паллиативной медицинской помощи: в конце 2013 г. в нашем Университете был проведен первый в УрФО цикл по подготовке врачей и среднего персонала по оказанию паллиативной помощи. Сейчас мы обучаем и врачей из других областей — нигде больше в УрФО этого нет.

Организация сосудистых центров потребовала специалистов для работы в них, и на кафедре хирургии ФДПО подготовлено все необходимое для обучения сосудистых и рентгенэндоваскулярных хирургов. Очень востребованное направление, которое нужно широко внедрять в практику, — медицинская реабилитация. В прошлом году у нас прошли обучение более 80 врачей из медицинских организаций области по этой специализации. Серьезно рассматривается вопрос о начале подготовки по судебно-психиатрической экспертизе. Сегодня его проводят всего 3 вуза страны. Чтобы получить сертификат, врачи вынуждены надолго уезжать за пределы области, больницы несут большие расходы. Потребность в таких

специалистах растет, и с 2016 г. мы начинаем обучение на нашей кафедре психиатрии по судебно-психиатрической экспертизе.

Мы ищем те ниши, которые востребованы, стараемся сделать так, чтобы врачи нашей области как можно реже выезжали за ее пределы, экономя время и деньги. Все требования времени, федерального руководства, практической медицины и науки мы выполняем. У нас работают прекрасные специалисты, настоящие профессионалы своего дела, всегда готовые к новым направлениям работы. В штате факультета — около 200 профессоров и преподавателей, все кафедры возглавляют профессора, доктора медицинских наук.

Отмечу, что сегодня мы находимся на переходном этапе от дополнительного профессионального образования к непрерывному медицинскому образованию: вместо одного раза в пять лет специалисты будут повышать свою квалификацию ежегодно. Таким образом, в 2016 г. от системы сертификации специалистов мы начинаем поэтапный переход к системе аккредитации. И в этих условиях значимость системы дополнительного профессионального образования еще больше возрастает.

+ Тренинг без риска и дистанционные технологии

Важный раздел нашей работы — симуляционное обучение. Суть его в том, что различные ситуации очень достоверно моделируются с помощью сложных виртуальных симуляторов, полностью имитирующих основные функции человеческого организма. Обучение с помощью симуляторов дает возможность приобретения и доведения до автоматизма навыков выполнения всевозмож-

ных медицинских манипуляций без риска для пациента, «тренировки» действий для опытных специалистов в редких, нестандартных клинических ситуациях. Также это отличный тренинг работы в команде.

С 2016 г. обучение и экзамены в симуляционном центре будут обязательной частью аккредитационного экзамена, пока же это непереносимая часть повышения квалификации для акушеров-гинекологов, неонатологов и анестезиологов-реаниматологов. В развитых странах не допускаются к работе с пациентами, тем более с новорожденными, врачи, не сдавшие экзамен на симуляторах. Мы сейчас тоже к этому пришли. В симуляционном центре Университета находится самое современное медицинское оборудование, которому позавидовали бы «продвинутые» родильные дома. Врачи учатся принимать роды, оказывать ребенку реанимационное пособие, работать на кювезах, в которые помещаются дети для выхаживания и т. д. Учебные программы, оборудование регулярно обновляются, что позволяет расширять возможности обучения специалистов.

Также на симуляторах отрабатываются эндоваскулярные хирургические методики. Симуляционный класс малоинвазивной хирургии сердца и сосудов оборудован в Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии, где обучают самым современным методикам, которые у нас еще не используются или применяются редко. Даже опытные хирурги приходят туда, чтобы отработать навыки. Симуляторы настолько совершенны, что, по словам хирургов, в руках возникает ощущение живой ткани, полностью имитируется настоящая операция. Только после того, как хирург сдаст экзамен, его допустят к операции, причем сна-

чала в качестве ассистента.

Перечень специальностей, по которым будет проводиться симуляционное обучение, планируется расширить. Это будут все инвазивные специальности — хирургия, гинекология, оториноларингология, офтальмология, — а также педиатрия, терапия, неврология, эндоскопия и др.

Другое значимое направление нашей работы — развитие дистанционного обучения. Мы подготовили материально-техническую базу и кадры для масштабного внедрения дистанционных технологий на факультете дополнительного образования ЮУГМУ. Сегодня ряд кафедр уже проводит лекционные циклы для удаленных районов Челябинской области.

Конечно, полностью перейти на дистанционное обучение в медицине нельзя. Практическая часть в любом случае требует личного присутствия. Но читать лекции в режиме онлайн — это уже просто требование времени.

Система непрерывного медицинского образования подразумевает, что врач имеет возможность подключиться к лекционному циклу прямо в своей больнице: в кабинете в определенные часы включает компьютер и в режиме онлайн присутствует на занятии. При этом осуществляется обратная связь преподавателя с аудиторией, ведется контроль подключенных слушателей и мониторинг усвоения материала путем тестового контроля.

Дистанционные технологии в образовании экономически выгодны. Судите сами: если врач из области приедет в Челябинск на 144 часа обучения (то есть на месяц), — неизбежны командировочные расходы, нужны деньги на проживание, транспорт, одним словом, довольно большие затраты, которые должна понести медицинская организация. Эти деньги можно сохранить, если развивать технические возможности дистанционного обучения. Сейчас информатизация очень серьезно шагнула вперед, в том числе и в здравоохранении нашей области. Мы подключаемся к селекторным совещаниям, конференциям, готовим лекционный материал именно в таком виде, чтобы он воспринимался дистанционно, осуществляем дистанционный же контроль знаний. До конца 2015 г. лекционный цикл большинства специальностей будет переведен на дистанционное обучение.

+ Об управленцах в здравоохранении

Основная задача, которую мы ставим при подготовке и повышении квалификации организаторов здравоохранения, — это формирование и совершенствование у них навыков эффективного управления медицинской

♦ кадры в здравоохранении ♦

организацией. На самом деле, очень мало руководителей, которые действительно умеют это делать. Да, представление имеют все. Конкретные поручения «сверху» выполняют все. А чтобы как грамотному менеджеру самому найти и внедрить механизмы повышения эффективности своей медицинской организации — таких главных врачей единицы.

Современный главный врач, менеджер здравоохранения, должен уметь оценивать показатели финансовой деятельности, рассчитать рентабельность различных направлений, разрабатывать стратегию развития своей медицинской организации, правильно подходить к вопросам управления финансами и кадрами, владеть методами проектного управления, методиками мотивации персонала и т. д. Все вместе это складывается в эффективное управление медицинской организацией, и, следовательно, ее эффективную работу. Поэтому мы ставим перед собой задачу повышения знаний и навыков в системе управления. У нас прошли и программа модернизации здравоохранения, и нацио-

нальный проект «Здоровье», и нигде ни слова не говорилось о подготовке управленческих кадров и об изменении подходов к управлению медицинской организацией. Сейчас в государственной программе развития здравоохранения впервые за 10 лет есть отдельная подпрограмма «Управление отраслью», предполагающая внедрение проектного менеджмента, персонализированной медицины, программ сопровождения врачебных решений. Согласно этому подходу, для повышения эффективности медицинской организации необходимо



Мы ищем те ниши, которые востребованы, стараемся сделать так, чтобы врачи нашей области как можно реже выезжали за ее пределы, экономя время и деньги. мы выполняем все требования времени, федерального руководства, практической медицины и науки.

определить целевые показатели ее деятельности и разработать план действий по достижению этих показателей. Как оценить эффективность? В программе государственных гарантий ока-

зания гражданам бесплатной медицинской помощи есть методики оценки эффективности деятельности и поликлиники, и стационара. Вопрос: какой главный врач это использует

в своей работе? Практически никто. Как говорится, идет текущая работа. Может, она грамотная, правильная, но если не оценивать эффективность деятельности в динамике — значит, просто хорошо и плотно стоять на одном месте. И это в лучшем случае. А задача состоит в том, чтобы двигаться вперед, развиваться, несмотря на трудности. В периоды экономического благополучия много усилий для развития и не нужно. А вот ситуация, которая складывается сейчас, — это поле деятельно-

сти для грамотного профессионального управленца. В период экономической нестабильности доказать свою эффективность может не каждый, но такие руководители у нас есть. И у них надо учиться всем остальным.

С 2016 г. мы переходим на профессиональные стандарты. И в проекте профессиональных стандартов по организации здравоохранения прописаны требования к компетенциям: для главного врача, для заместителей, для заведующего оргметодотделом и т. д. Сейчас будет исключено назначение на руководящие должности людей, не имеющих управленческого опыта в медицине: главным врачом нельзя будет назначить человека, не проработавшего в должности заместителя главного врача; заместителем главного врача не сможет стать специалист, который минимум два года не руководил клиническим отделением или оргметодотделом. Если в 2016 г. эти стандарты вступят в силу, у нас прекратятся случаи, когда, к примеру, врача УЗИ назначают вдруг главным врачом. Сейчас субъективное назначение главных врачей будет исключено самим законодательством.

♦ ход реформы ♦

Страховые принципы = эффективное здравоохранение

На заседании комитета Законодательного Собрания директор ТФОМС Челябинской области Ирина Михалевская рассказала о приоритетных направлениях совершенствования страховой медицины в Челябинской области. Во исполнение послания Президента РФ Федеральному собранию (декабрь 2014 г.) полный переход к страховым принципам в здравоохранении должен завершиться к началу 2016 г.



Текст: Ольга Титова

«Система ОМС должна финансово обеспечить государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи. Это касается и общего объема средств, и их доведения до конкретных больниц или поликлиник. Пациент должен знать, какую помощь ему обязаны предоставить бесплатно, а врач — понимать, по каким принципам оплачивается его работа», — сказал В. Путин в Послании Федеральному Собранию. При этом, по словам Президента, одна из основных задач развития сферы ОМС — формирование заинтересованности страховых компаний в том, «чтобы медицинские учреждения предоставляли ка-

чественные услуги, следили за этим и давали финансовую оценку работы, чтобы у пациента была, наконец, возможность выбрать то медицинское учреждение, которое, по его мнению, работает лучше».

Выступая на заседании Законодательного собрания Челябинской области, Ирина Михалевская обозначила основные направления работы территориального фонда ОМС, способствующие эффективному развитию страховой медицины в Челябинской области:

- обеспечение финансовой стабильности Территориальной программы ОМС;
- совершенствование способов оплаты медицинской помощи;
- усиление роли страховых медицинских организаций;
- защита прав застрахованных

граждан на получение бесплатной медицинской помощи;

- контроль качества оказания медицинской помощи;
- контроль целевого использования средств ОМС.

В соответствии с задачами, поставленными Президентом, в вопросе полного перехода на страховые принципы в здравоохранении ключевая роль принадлежит совершенствованию деятельности страховой медицинской организации (СМО).

Сегодня основным направлением работы страховых компаний в сфере ОМС является обеспечение прав застрахованных граждан на получение бесплатной, доступной и качественной медицинской помощи, в том числе путем организации и проведения контроля качества ее оказания. В компетенцию страховых

медицинских организаций также входит разъяснение пациентам их прав и обязанностей, в том числе по телефону «горячей линии» и в сети Интернет, обеспечение досудебной защиты прав застрахованных граждан, при возникновении судебных споров — представление их интересов в суде. Эффективная работа СМО по защите прав застрахованных должна стать главным критерием выбора гражданином страховой компании.

В условиях усиления роли страховых медицинских организаций изменяется вектор экспертного контроля оказанной медицинской помощи: «количественные» критерии меняются на «качественные». В первую очередь, речь идет о развитии тематического контроля: экспертиз, позволяющих выявить «слабые места» в оказании медицинской помощи, определяющих высокую смертность или заболеваемость в регионе и требующих принятия управленческих решений в организации оказания медицинской помощи. По словам Ирины Михалевской, эта работа уже ведется в рамках Регламента межведомственного взаимодействия по снижению смертности в Челябинской области. Следующим важным моментом, отметила директор ТФОМС, является усиление целевого контроля, который направлен, в том числе, на рациональное использование

средств ОМС. Это экспертиза повторных обращений граждан за медицинской помощью и госпитализаций, а также рассмотрение жалоб застрахованных, обращений ведомственных органов. Обязательным условием деятельности страховых медицинских организаций является четкое планирование и согласование с территориальным фондом как тематических, так и целевых экспертиз.

Как подчеркнула Ирина Михалевская, для полного перехода системы обязательного медицинского страхования на страховые принципы (рисковую модель) Федеральным фондом ОМС разработан и проходит согласование проект внесения изменений в Федеральный закон «Об организации страхового дела в Российской Федерации». Прежде всего планируется укрупнить страховые медицинские организации. Во-вторых, вносятся изменения в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», предполагающие формирование резервов из финансовых ресурсов, полученных путем возврата в ТФОМС целевых средств по результатам проведенного страховыми медицинскими организациями экспертизами экспертного контроля и использование их для приобретения медицинского оборудования и образовательных сертификатов врачей.

+ укрепление здоровья и профилактика заболеваний +

Профилактика и лечение ожирения у взрослых

На предыдущем уроке по формированию здорового образа жизни мы рассказали о том, что ожирение угрожает здоровью человека. Напоминаем, что оценку веса определяют по индексу массы тела (ИМТ): — кг/м². Недостаточной массой тела (МТ) считается, когда ИМТ меньше 18,5; нормальной МТ — 18,6–24,9; предожирением — 25,0–29,9; ожирением первой степени — 30,0–34,9; второй степени — 35,0–39,9; третьей степени — 40,0 и более.

Текст: Нина Калева



Нина Калева,
кандидат медицинских наук,
член-корреспондент Петровской академии наук и искусств, декан факультета «Здоровая семья» Челябинской областной организации — Общества «Знание» России»

В ряде руководств рекомендуется выделить третью, четвертую, пятую степеней ожирения: третья степень — ИМТ 40,0–49,9; четвертая степень — 50,0–59,9; пятая степень — 60,0 и более. Это оправдано для дифференцированного подхода к лечению ожирения.

Первичная профилактика ожирения заключается в поддержании нормальной массы тела путем сбалансированного питания и энергозатрат при физической активности. Основной принцип здорового питания — обеспечение равновесия между энергозатратами и энергетической ценностью рациона питания. Это приводит к сохранению стабильного нормального веса. Энергию человек получает за счет жиров, белков и углеводов. 1 г жира при сгорании в организме дает 9 ккал, белков — 4 ккал, углеводов — 4 ккал.

Человеку нужно потреблять 0,75–0,83 г жира на 1 кг нормального веса, 1 г белка на 1 кг веса. Такое количество белка содержится в 200–250 г продуктов, относящихся к группе мяса, рыбы и др. Рацион питания считается сбалансированным, если он обеспечивается: жирами — 20–30 %, белками — 10–



25 %, углеводами — 55–70 %, при этом 10 % калорийности — за счет простых углеводов сахаров (сахароза, глюкоза, фруктоза).

Вторичная профилактика начинается при предожирении путем увеличения двигательной активности и строгом соблюдении принципов здорового питания, особенно за счет ограничения потребления алкоголя (пива, вина и крепких напитков). При высокой МТ необходимо уточнить причину ожирения. Нормальный объем жира регулируется гормоном лептином, который вырабатывается в жировых клетках и поступает к рецепторам гипоталамуса головного мозга. Под влиянием лептина в центрах голода уменьшается выработка нейропептида Y и стимулируется продукция глюкагоноподобного пептида I, которые регулируют аппетит, чувство голода и пищевое поведение. Кроме того, в регуляции жирового обмена принимают участие гормоны всех других желез и органов: щитовидной железы, коры надпочечников, половых желез, поджелудочной железы, почек и др. Поэтому при третьей, четвертой, пятой степенях ожирения требуется консультация врачей эндокринолога и диетолога (иногда психолога и пластического хирурга).

При первой и второй степени ожирения пациенты, при отсутствии сопутствующих заболеваний, могут с помощью здорового образа жизни и изменения привычек питания нормализовать свой вес. Для этого им необходимо осознать свою готовность к выполнению программы по снижению массы тела и диетических рекомендаций. Рекомендуем вести дневник питания и контролировать массу тела.

Имеются противопоказания к лечению ожирения. Согласно рекомендациям экспертов Все-

мирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), к абсолютным (временным) противопоказаниям лечения ожирения относятся: беременность, грудное вскармливание, некомпенсированные психические и соматические заболевания. К относительным противопоказаниям относятся: желчекаменная болезнь, панкреатит, остеопороз. В этих случаях необходима консультация специалистов.

При отсутствии противопоказаний следует придерживаться следующих принципов построения программы борьбы с предожирением и ожирением. Массу тела нужно снижать постепенно, равномерно, в среднем по 50 г в день (350 г в неделю, 1,5 кг — в месяц и 18 кг — за год). Для этого применяют диеты с умеренным ограничением калорийности (1200 ккал в день), что вызывает снижение массы тела через 3–12 месяцев в среднем на 8 %. Питаться следует не менее пяти раз в день, малыми порциями, не спеша, тщательно жевать пищу. Всегда завтракать, последний прием пищи — за три часа до сна, продолжительность которого должна быть 7–8 часов.

В соответствии с пирамидой здорового питания человек должен употреблять продукты питания, включающие пять групп, внося при ожирении некоторые изменения. Рекомендуется ограничить крахмалсодержащие продукты (зерновые и картофель) за счет снижения потребления черного хлеба до трех–четырёх кусочков или белого — до двух–трех в день. Можно добавить одну порцию каши и/или порцию картофеля (один средний картофель). Значительно увеличить потребление овощей, кроме картофеля, и фруктов до одного кг в день. Предпочтение следует отдавать продуктам местного происхождения (капуста, салаты, морковь,

свекла, кабачки, огурцы, помидоры, зелень, яблоки, груши, сливы, ягоды и т. д.). Возможно употребление цитрусовых.

Необходимо пересмотреть употребление продуктов, содержащих белки: мясо, рыба, птица, яйца, соя, орехи и т. д. Общее количество белковых продуктов сохраняется. Однако нужно уменьшить количество употребления плотных жиров, содержащихся в птице, красном мясе. Увеличение потребления рыбы предпочтительнее сделать за счет морской (треска, хек, минтай, скумбрия, сельдь и другие), не менее двух раз в неделю. Показано потребление жирной рыбы.

Молоко и молочные продукты (молоко, обезжиренный творог, кефир, простоквашу, ряженку и т. д.) нужно употреблять с пониженным содержанием жира до 1–2 %. Следует ограничить количество сыров, сливок, сметаны. Отказаться от бутербродов со сливочным маслом. Снизить употребление сливочного масла.

Ограничить потребление говяжьего, бараньего, свиного жиров. Предпочтение отдать подсолнечному, кукурузному, оливковому маслам. Требуется резкое ограничение легкоусвояемых углеводов (сахар до 10–15 г или трех чайных ложек в сутки, включая сахар, который содержится в вареньях, напитках, соках и т. д. Необходимо снижение соли до 5 г в сутки, т. е. должен быть недосол.

Лечение предожирения и ожирения требует отказа от потребления алкоголя или его снижения до одного–двух раз в неделю в дозе, в пересчете на чистый спирт, не превышающей 10 г для женщин и 20 г для мужчин. В ряде исследований установлено, что алкоголь в малых дозах способствует снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Мы являемся убежденными противниками рекомендаций по приему алкоголя с профилактической целью, т. к. алкоголь при регулярном употреблении вызывает развитие алкогольной зависимости (алкоголизм), снижает умственную активность человека, резко увеличивает вероятность ДТП, пожаров и других катастроф. Самое главное, что алкоголь является фактором риска предожирения и ожирения. Алкоголь увеличивает агрессию.

Для лечения ожирения также предлагаются диеты с очень низкой калорийностью 500–800 ккал в сутки, что способствует более выраженному снижению веса. Наш опыт показывает, что они отрицательно сказываются на общем самочувствии и могут применяться только после консультаций

с врачом-диетологом, а при наличии хронических заболеваний — эндокринологом и другими врачами-специалистами.

Второе направление для лечения ожирения — это увеличение физической активности. Показаны умеренные физические упражнения, ходьба, плавание, работа в саду, езда на велосипедах, лыжи, которые вызывают аэробный эффект. Аэробный эффект проявляется учащением пульса, дыхания, потливостью. Продолжительность нагрузок составляет 30–40 минут и более, частота — не менее пяти–семи раз в неделю.

Для лечения ожирения иногда предлагаются не общепринятые диеты. К ним относятся, например, «Кремлевская диета», диета Аткинса, разделенное питание, голодание, вегетарианские диеты, сыроедение и др. Мы относим их к научно необоснованным с позиций доказательной медицины. Они являются не сбалансированными по содержанию белков, жиров, углеводов, минералов, витаминов, незаменимых аминокислот и некоторых жирных кислот. Поэтому, с учетом позиций ВОЗ, где мы в свое время получили консультацию в рамках проводимой международной программы по здоровому питанию, использование для снижения массы тела таких диет не рекомендуем.

При неэффективности диеты и увеличенной физической активности в случаях ожирения третьей, четвертой и пятой степени возможна лекарственная терапия препаратами, снижающими аппетит и уменьшающими всасывание пищи, назначение которых относится к компетенции врачей эндокринолога и диетолога. При неэффективности медикаментозной терапии, а также при развитии осложнений, связанных с ожирением, применяется хирургическое лечение ожирения. Проводятся такие операции, как гастропластика, формирование малого желудка, резекция кишки и другие. Операции по удалению жира (липосакция, липорезекция с пластикой брюшной стенки и др.) проводятся по желанию пациента.

Следите за своим здоровьем! Не позволяйте себе набирать лишний вес! Люди легко его набирают, но лечение ожирения требует от человека больших волевых усилий, мотивации и терпения.

Серьезной медицинской проблемой педиатрии и общественного здравоохранения является проблема ожирения у детей и подростков, рассмотрению которой будет посвящен следующий урок.

«Горячая» линия по правам пациентов: 8-800-300-1-003

Группа в «ВКонтакте»: www.vk.com/foms74

№9 (45), сентябрь 2015
ПроФОМС
Информационное издание Территориального фонда ОМС Челябинской области

Издание зарегистрировано в Управлении Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Челябинской области. Свидетельство о регистрации СМИ ПИ №ТУ74-01084 от 12 мая 2014 г.

Учредитель и издатель: Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Челябинской области 454080, г. Челябинск, ул. Труда, 156, тел.: (351) 211-38-51, e-mail: mail@foms74.ru, www.foms74.ru Распространяется бесплатно.

Адрес редакции: 454080, г. Челябинск, ул. Труда, 156, тел.: (351) 211-38-51, pressa@foms74.ru Главный редактор: Д. А. Кравченко Дизайн и верстка: PARK creative agency тел.: (351) 210-11-62.

Отпечатано: ОАО «Челябинский Дом печати», 454080, г. Челябинск, Свердловский пр., 60 Тираж: 25 000 экз. Заказ №3313 Подписано в печать: 23.09.2015 г. по графику — 16-00, фактически — 16-00. Дата выхода: 24.09.2015 г.