



♦ актуально ♦

## Директора ТФОМС УрФО обсудили актуальные вопросы обязательного медицинского страхования

На площадке информационного агентства «ТАСС Урал» в г. Екатеринбурге состоялся круглый стол, посвященный актуальным вопросам развития сферы обязательного медицинского страхования.

Текст: Дина Кравченко  
Фото предоставлено РИЦ «ИТАР-ТАСС Урал»

Руководители фондов Свердловской, Челябинской, Тюменской областей, Ямало-Ненецкого автономного округа и Республики Башкортостан поделились опытом внедрения новых способов оплаты медицинской помощи, обсудили оптимизацию сети медицинских учреждений, процесс информатизации здравоохранения, вопросы лекарственного обеспечения медицинских организаций и то, как изменения в сфере ОМС влияют на доступность и качество бесплатной медицинской помощи.

В 2014 году система финансирования здравоохранения России перешла на принципиально новые способы оплаты медицинской помощи. Главным изменением стал переход от оплаты по медико-экономическим стандартам к клинко-статистическим группам (КСГ) — системе, которая уже доказала свою эффективность во многих развитых странах мира. Принципиальное отличие КСГ от усредненных стандартов заключается в том, что клинически схожие заболевания, сопоставимые по затратам на лечение, объединяются в группы с целью расчета единой стоимости. Это позволяет повысить заинтересованность руководителей больниц в развитии современных медицинских технологий и обеспечить оптимальную длительность пребывания пациента на койке круглосуточного стационара.

В 2014 году Свердловская область приняла участие в пилотном проекте по переходу на новые способы оплаты медицинской помощи. Директор ТФОМС Свердловской области Валерий Шелякин поделился первыми результатами работы: «К переходу на КСГ мы готовились заранее, внимательно изучая опыт Томской, Липецкой и Кировской областей, которые первыми начали внедрять эту модель еще в 2012 году. В переходный период у медицинских учрежде-



ний, конечно, возникало много вопросов, поэтому была проведена тщательная работа с главными врачами и экономистами медицинских учреждений, которая, в конечном итоге, позволила перейти на новый способ оплаты практически безболезненно».

По итогам первых месяцев работы в новой системе специалисты фонда сформулировали предложения по совершенствованию модели КСГ. В частности, с целью компенсировать медицинским учреждениям расходы на проведение операций с использованием дорогостоящих расходных материалов, манипуляции по некоторым наиболее затратным профилям — травматологии, офтальмологии, онкологии, реабилитации неврологических больных — были выделены в отдельные подгруппы КСГ. В результате специалисты отметили увеличение количества сложных операций, доступности и качества данных видов медицинской помощи.



«Здравоохранение Тюменской области перешло на КСГ с середины 2014 года, — рассказывает директор ТФОМС Тюменской

области Татьяна Чирятьева. Безусловно, в ходе работы возникли определенные вопросы. Существующая стоимость КСГ не полностью покрывает расходы на лечение некоторых сложных заболеваний, например, ревматоидного артрита, проведение гемодиализа и ЭКО. Наверное, причина в том, что мы пытаемся внедрять новшества достаточно быстро. Например, если в Европе к переходу на КСГ готовились годами и даже десятилетиями, то мы освоили новую схему финансирования буквально за год».



Опытом работы в новых экономических условиях делится директор ТФОМС Челябинской области Ирина Михалевская: «Перед переходом на КСГ мы провели подготовительную работу, проанализировали данные медицинских организаций. Сегодня введение нового способа оплаты вызывает определенные вопросы. Клинко-статистические группы усреднены и, действительно, не всегда покрывают дорогостоящие виды лечения, которые имеют свою специфику. Тем не менее мы оцениваем дан-

ный способ финансирования как имеющий более четкий и систематизированный подход к оплате страховых случаев. Оплата через КСГ — это правильное направление, которое необходимо совершенствовать и развивать. Когда главные врачи будут располагать четкими правилами оплаты, появится больше эффективных и понятных для них методов экономии и оптимизации имеющихся у них ресурсов».



По словам директора ТФОМС Башкортостана Алексея Меньшикова, переход на оплату стационарной помощи через КСГ в республике произошел в 2014 году. Совместно с Министерством здравоохранения были созданы рабочие группы, которые объехали территории и провели обучающие семинары для работников медучреждений.

Переход на новые способы оплаты должен положительно сказаться на конечном результате — качестве и доступности медицинской помощи пациентам. Директора фондов поделились своими наблюдениями. По словам Валерия Шеляки-

на, после перехода на КСГ сроки ожидания медицинской помощи, утвержденные Территориальной программой, сокращаются, госпитализация пациентов осуществляется «с колес» — в течение одного-двух дней. Таким образом, все сложности, связанные с переходом на КСГ, касаются не пациентов как потребителей медицинских услуг, а скорее, сотрудников медицинских организаций, ведущих соответствующую отчетность.

По мнению Ирины Михалевской, для того чтобы снизить нагрузку на работников медучреждений, одновременно с КСГ необходимо развивать информатизацию здравоохранения. Создание единого информационного пространства позволит решить большое количество задач: уменьшить «бумажную» работу врачей, уделять больше времени пациентам, сократить время ожидания приема врача и госпитализации, сократить очереди.

«На сегодняшний день около 80% медицинских организаций Челябинской области, работающих в ОМС, внедряют электронную карту пациента, — говорит Ирина Михалевская, — и перед нами стоит задача распространить информатизацию на все остальные больницы».

Эффективность использования средств ОМС во многом зависит от организации здравоохранения в регионах. В этой связи оптимизация сети медицинских учреждений — один из наиболее обсуждаемых процессов, который зачастую вызывает неоднозначную реакцию со стороны общественности.

Большой практический опыт в данном направлении существует в Тюменской области. «С 2006 года мы работаем в условиях одноканального финансирования и параллельно занимаемся оптимизацией сети медучреждений, — рассказывает директор ТФОМС Тюменской области Татьяна Чирятьева, — все медицинские учреждения, в том числе участковые больницы и ФАПы, вошли в структуру областных больниц, на которых замкнули финансовые потоки. Сегодня происходит объединение уже крупных областных больниц, продолжается оптимизация коечного фонда».

► Продолжение на стр. 2



## + актуально +

## &gt; Начало на стр. 1

По мнению Ирины Михалевской, оптимизация имеет ряд объективных причин: естественная миграция, которая приводит к уменьшению численности сельского населения, развитие прогрессивных технологий с использованием сложного диагностического оборудования, которое может быть сосредоточено в специализированных центрах, и дефицит квалифицированных медицинских кадров, особенно в сельской местности.

Жители отдаленных сельских территорий должны обеспечиваться доступной медицинской помощью путем приобретения передвижных фельдшерско-акушерских пунктов (ФАПов), расширения службы скорой медицинской помощи и санавиации.

Одним из самых распространенных опасений, связанных с оптимизацией сети учреждений, является возможное сокращение медицинских работников. По словам Валерия

Шелякина, оптимизация здравоохранения не предполагает сокращения специалистов, которые непосредственно оказывают медицинскую помощь — врачей и медицинских сестер, они-то как раз остаются в учреждениях и продолжают свою работу. Вопрос оптимизации — это прежде всего вопрос высвобождения административного персонала.



«К примеру, в некоторых небольших медицинских учреждениях количество заместителей главного врача доходило до десяти. Понимая, что разумно и справедливо направлять дополнительные средства на оплату труда медицинских работников, многие главные врачи уже пошли на оптимизацию своего штатно-

го расписания. Это нормальный объективный процесс», — добавил Валерий Шелякин.



По словам директора ТФОМС ЯНАО Александра Голуба, в процессе оптимизации сети медицинских учреждений главным является соблюдение баланса между оптимизацией и приближением медицинской помощи к населению: «В нашем регионе объединение медицинских учреждений практически невозможно, поскольку расстояния между населенными пунктами слишком большие, и один город, как правило, обслуживает только одна больница».

В некоторых населенных пунктах местные больницы являются градообразующими предприяти-

ями, обеспечивающими работой местных жителей. Поэтому в ходе оптимизации лечебной сети необходимо учитывать и социальный аспект, а также потребности и специфику населенного пункта.

В связи с ростом цен на медикаменты на фоне изменившегося курса валют отдельное внимание регионы уделяют вопросу лекарственного обеспечения медицинских учреждений. В каждом регионе разработаны планы мероприятий, которые ориентированы на сохранение доступности и качества бесплатной лекарственной терапии для пациентов. Прежде всего это развитие импортозамещения, сохранение государственной аптечной сети, оптовых складов, организация совместных торгов и централизованных поставок медикаментов в медицинские учреждения. В некоторых регионах больницы обеспечены годовым объемом медикаментов, приобретенных по ценам 2014 года, реализуются программы по социально значимым заболеваниям, которые

предполагают закуп медикаментов через местные органы управления здравоохранением и т. д.

Несмотря на сложившуюся сложную экономическую ситуацию и опасения, которые возникли у участников системы ОМС, директора фондов сошлись во мнении, что в целом ситуация в здравоохранении достаточно стабильная. В качестве основной задачи на 2015 год участники круглого стола определили повышение эффективности расходования средств ОМС на фоне сохранения тенденций 2014 года: развитие стационарзамещающих технологий, повышение доступности высокотехнологичных видов медицинской помощи, совершенствование новых способов оплаты медицинской помощи, грамотной оптимизации сети медицинских учреждений. Постоянного контроля требуют вопросы лекарственного обеспечения, модернизации имеющихся ресурсов, развития информационных технологий в сфере здравоохранения.

## + Достоинно. Доступно +

# Диспансеризация нужна каждому

«Ничего не болит — к врачу можно не обращаться», — таково мнение многих из нас. Но болезни могут протекать бессимптомно и, в конечном итоге, привести к тяжелым последствиям. К примеру, часто врачи выявляют у пациентов высокое давление, когда те о нем даже понятия не имеют, и если вовремя не начать лечение, то возникает риск развития инсульта или инфаркта миокарда. Поэтому очень важно регулярно проходить диспансеризацию (комплекс медицинских осмотров и обследований).

Текст: Ольга Титова

## + Почему диспансеризация необходима?

Многие из нас относятся к диспансеризации скептически, а зря. Если внимательно следить за своим здоровьем и регулярно проходить медицинские осмотры, хронические заболевания, наиболее часто приводящие к инвалидности или смерти (к примеру, сердечно-сосудистые, онкологические, сахарный диабет), а также факторы риска их развития могут быть выявлены на ранней стадии. Раннее выявление и своевременная терапия позволят держать болезнь «под контролем» длительное время.

## + С какого возраста и как часто нужно проходить медицинские осмотры?

Диспансеризация взрослых граждан (от 18 лет и старше) проводится в соответствии с прика-



зом Минздрава РФ от 3 февраля 2015 №36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» один раз в три года в определенном возрасте (в 21 год, 24, 27, 30, 33, 36, 39 лет и т. д.). Инвалиды и участники Великой отечественной войны, инвалиды боевых действий, бывшие узники концлагерей, лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда», признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин, проходят диспансеризацию ежегодно вне зависимости от возраста.

## + Где и как проводится диспансеризация?

С паспортом и полисом ОМС вы можете обратиться для прохождения медосмотра в поликли-

нику, к которой прикреплены. В регистратуре вас направят к терапевту либо в кабинет медицинской профилактики, где заполняют карту прохождения медосмотров, выдадут направления на необходимые обследования.

Диспансеризация проходит в два этапа. Первый этап называется «скрининг» и проводится с целью выявления хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, а также определения медицинских показаний для назначения дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами.

На первом этапе вы заполните анкету из 40 вопросов о самочувствии и имеющихся вредных привычках. Вам измерят рост, вес, окружность талии — для расчета индекса массы тела, измерят артериальное давление. На этом этапе вам нужно сдать кровь

на клинический анализ, на холестерин и уровень глюкозы, сделать анализы мочи и кала на скрытую кровь (для граждан старше 48 лет). Также на первом этапе пациентам выполняется электрокардиография в покое; флюорография легких, УЗИ, взятие мазка на цитологическое исследование (для женщин); маммография молочных желез (для женщин в возрасте 39 до 75 лет); измерение внутриглазного давления (для граждан в возрасте 39 лет и старше).

Затем нужно вновь прийти на прием к терапевту, где по итогам всех обследований врач определит вашу группу здоровья, даст рекомендации по питанию, уровню физической активности, отказу от вредных привычек. При подозрении на заболевание вас направят на второй этап диспансеризации для углубленного обследования и уточнения диагноза.

На этом этапе выполняются дополнительные диагностические исследования, а также при необходимости осмотры неврологом, хирургом, урологом, колопроктологом, гинекологом, оториноларингологом, офтальмологом и терапевтом. Все обследования назначаются индивидуально, с учетом пола, возраста, факторов риска и группы здоровья. Данные о состоянии здоровья записываются в Паспорт здоровья, который будет храниться у вас до следующей диспансеризации.

По результатам двух этапов при наличии медицинских показаний пациента берут под диспансерное наблюдение с целью контроля выявленных заболеваний, при необходимости направляют на дополнительные обследования, не включенные в диспансеризацию, а также на получение медицинской помощи по профилю заболевания.

## + справка +

В 2014 г. диспансеризацию в медицинских организациях Челябинской области прошли 495 286 человек. У 31 272 впервые выявлены серьезные заболевания: патологии сердечно-сосудистой системы, злокачественные новообразования, туберкулез. На диспансерный учет поставлено 28 867 человек. Выявленные факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний: артериальная гипертония — 13,5%, курение — 17%, избыточная масса тела — 25%, высокий риск сердечно-сосудистых патологий — 12%. По итогам диспансеризации индивидуальное краткое профилактическое консультирование проведено 465 150 пациентам, по итогам второго этапа — углубленное групповое профилактическое консультирование — 9 172 пациентам, индивидуальное профилактическое консультирование — 103 233 пациентам.



✦ на страже здоровья ✦

# Важнее печени бывает только... печень

**Печень — один из самых главных органов человека, выполняющий одновременно целый ряд различных функций. Ее нормальная работа определяет здоровье всего организма и потому заслуживает пристального внимания.**

Текст: Ольга Титова

Рассказывает ведущий хирург ГКБ №8, заведующий центром хирургии печени и поджелудочной железы, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач России Сергей Александрович Пышкин.

## ✦ Как работает печень

На Древнем Востоке печень называли «воротами жизни». И это не случайно: печень выполняет около 80 функций, и перечислить их в полном объеме сложно, поскольку орган участвует в 97% всех процессов в организме. Это уникальная, сложно устроенная биохимическая лаборатория, где происходят обезвреживание и удаление различных токсических веществ; обмен гормонов; пополнение и хранение энергетических резервов и некоторых витаминов и ряда микроэлементов; синтез желчных кислот и билирубина, продукция и секреция желчи; у плода орган выполняет функцию кроветворения и т. д.

## ✦ Если печень «заболела»

Печень человека имеет большой запас прочности. И поэтому, если ее сознательно не «убивать», как правило, она долго остается здоровой. Печень обладает удивительной способностью к регенерации: даже при удалении 70% печеночной ткани (к примеру, при опухолях) оставшиеся 30% вполне справляются со своими функциями, а со временем орган способен «отрастать» почти до первоначального размера.

Тем не менее заболевания печени — тема настолько серьезная, что ее хотя бы в общих чертах должен знать каждый человек. Спектр болезней печени чрезвычайно широк: от самых простых, часто не требующих медицинской помощи, и до тяжелых, порой угрожающих жизни состояний, где нужно сложное длительное лечение, как хирургическое, так и консервативное.

Условно заболевания печени делятся на диффузные, поражающие всю печеночную ткань (паренхиму), и объемные, когда поражается только ее часть. Диффузные заболевания, поражающие весь орган, это, прежде всего, гепатиты — острые и хронические, а также цирроз, которые являются исходом при



злоупотреблении алкоголем, наркомании, различных инфекциях (гепатиты «В», «С» и др.). Также сюда относятся жировые гепатозы, изменения при метаболическом синдроме, возникающие из-за неправильного питания, избыточной массы тела, при сахарном диабете. Объемные заболевания, когда поражается только часть печени, могут быть злокачественными и доброкачественными. К примеру, при небольших кистах, гемангиомах (сосудистых опухолях) никакого лечения не требуется, необходимо только постоянный контроль. При злокачественных образованиях в печени чаще всего показано хирургическое лечение. Есть и наследственные заболевания печени, но они, как правило, не позволяют человеку долго жить, либо это врожденные доброкачественные дефекты ферментных систем (синдром Жильбера), не требующие лечения.

Печень не имеет нервных окончаний, поэтому сама по себе в принципе не болит. У человека ухудшается общее состояние, появляются слабость, вялость, утомляемость, тошнота. Но эти симптомы не специфичны, они могут быть и при массах других болезней. На поздних стадиях заболевания печени проявляются снижением ее функций. Возникает желтушность кожи и склер; при объемных поражениях, больших опухолях возможно чувство дискомфорта в правом подреберье — так называемый масс-эффект.

Если возникло подозрение на заболевание печени, нужно обязательно обратиться к врачу (для начала к терапевту), который правильно интерпретирует симптомы и после обследования поставит диагноз. Если подтвер-



## Сергей Александрович Пышкин,

ведущий хирург ГКБ №8, заведующий центром хирургии печени и поджелудочной железы, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач России

дится заболевание, требующее лечения, нужно обращаться к гастроэнтерологу, хирургу.

В настоящее время многие болезни печени мы успешно лечим, и даже рак печени — совсем не приговор. Но надо понимать, что для каждого больного прогноз течения заболевания индивидуален, все зависит от своевременности обращения к врачу, характера, степени тяжести болезни. Самые плохие прогнозы, конечно, при декомпенсированном циррозе печени, онкологических заболеваниях на поздних стадиях.

## ✦ Алкоголь начинает и выигрывает

Алкогольные поражения печени составляют около 40% среди всех

ее заболеваний, развивающихся вследствие длительного употребления спиртного. Алкоголь — прямой гепатотоксический яд. При этом токсический эффект не зависит от вида спиртных напитков: пиво при его «слабоалкогольности» и кажущейся безобидности действует на печень абсолютно так же, как и водка. «Безопасных» для печени доз алкоголя не существует.

При алкогольной болезни происходит гибель ткани печени и постепенная замена ее на грубую фиброзную (рубцовую) ткань. Механизм разрушения прост: алкоголь накапливается в печени, и ее клетки — гепатоциты постепенно погибают. Структура органа меняется, печень перестает справляться

со своими функциями.

Как следствие формируются алкогольные гепатиты, жировой гепатоз, цирроз печени, печеночная недостаточность. Алкогольная болезнь печени зачастую приводит к развитию желудочно-кишечных кровотечений, печеночной энцефалопатии (токсические вещества, которые накапливаются в организме в результате снижения функциональной активности, откладываются в тканях головного мозга), нарушению работы почек. Люди, страдающие алкогольной болезнью, входят в группу риска развития рака печени. Часто пациенты приходят к врачу на поздних стадиях заболевания, и, как правило, у многих изменения уже необратимы.

Некоторые любители алкоголя тешат себя надеждами, что «волшебные» лекарства — гепатопротекторы — помогут защитить печень от вредного воздействия алкоголя. На самом деле все немного не так. Если вы выпили стакан водки и «закусили» таблеткой эссенциале с уверенностью, что печень будет в порядке, — это иллюзия. Препараты для печени, называемые гепатопротекторами, на самом деле очень неплохие, способствуют улучшению обмена веществ, но позволяют лишь замедлить разрушение клеток печени — от серьезных токсических воздействий они не спасают. Восстановление тканей печени у пьющего человека происходит исключительно при здоровом образе жизни, когда новые порции токсинов не поступают, поэтому главное в лечении алкогольных поражений печени — это отказ от употребления спиртных напитков, и тогда при определенных состояниях возможно обратное развитие патологического процесса.

## ✦ Как заботиться о печени

Профилактика заболеваний печени очень проста. Прежде всего это здоровый образ жизни, оптимальное питание, адекватные физические нагрузки, соблюдение правил гигиены. Контролируйте массу тела: не допускайте как избытка веса, так и резкого его снижения, избегайте экстремальных диет. Не принимайте бесконтрольно медикаменты. Нужно ограничить или полностью отказаться от употребления алкоголя. Важно избежать заражения гепатитами «В» и «С» (чаще всего это происходит при введении инъекционных наркотиков, а также беспорядочной половой жизни). Если вы относитесь к группе риска заболеваний печени, не поленитесь сделать прививку от гепатита. Профилактика поможет укрепить защитные силы организма и сохранить печень здоровой надолго без помощи врачей и лекарств.



+ укрепление здоровья и профилактика заболеваний +

# Программа физической культуры — путь к здоровью

Движение — путь к здоровью. Его успешно можно пройти при наличии программы. Индивидуальная программа двигательной активности должна быть гармонизирована с питанием, полноценным отдыхом и сном.

Текст: Нина Калева



**Нина Калева,**  
кандидат медицинских наук,  
член-корреспондент Петровской академии наук и искусств,  
декан факультета «Здоровая семья» общества «Знание» России

Как составить такую программу? Начнем с **оценки уровня двигательной активности**. Определите продолжительность, частоту и интенсивность физических тренировок в неделю. Об интенсивности физических упражнений судят по учащению пульса, частоты дыхательных движений в минуту и появлению потливости. Это проявления аэробных нагрузок средней и высокой интенсивности. Обычная неинтенсивная ходьба полезна, однако она не оказывает тренирующего эффекта. При оценке движений необходимо учитывать также включение в работу крупных мышц ног и рук, что способствует укреплению здоровья и профилактике сахарного диабета, сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний.

Можно выделить пять степеней физической активности. **Гипокинезия**, или очень низкая физическая активность, у лиц с сидячей работой более пяти часов в день, не занимающихся регулярно зарядкой, физическими упражнениями и ходьбой в течение недели. **Низкая физическая активность**, когда человек при сидячей работе занимается физическими тренировками средней и высокой интенсивности только по выходным дням (один раз в неделю). Такие импульсивные тренировки высокой интенсивности по выходным дням, при гипокинезии в течение осталь-



ных пяти дней, могут быть даже опасными в отношении риска развития гипертонических кризов, острого коронарного синдрома, инфаркта миокарда или инсульта. К **недостаточной физической активности** относятся лица, выполняющие физические нагрузки средней и высокой интенсивности два раза в неделю, общей продолжительностью менее двух часов в неделю. **Оптимальными для здоровья являются физические нагрузки три и более раз в неделю продолжительностью два часа и больше**. Это соответствует нагрузке по 30 минут четыре раза в неделю, или по 40 минут как минимум три раза в неделю. Физические нагрузки можно осуществлять ежедневно, если есть время и желание. **Пятая степень физических тренировок представлена спортом**. Это чрезвычайно интенсивные физические тренировки, которые находятся под контролем специалистов по спортивной медицине. Перед началом занятий в спортивных секциях молодым людям необходимо пройти углубленное профилактическое обследование для определения возможности заниматься физкультурой и спортом с чрезмерными нагрузками и перегрузками.

Рассмотрим физические нагрузки средней и высокой интенсивности в повседневной практике. **Высокая физическая активность** включает такие нагрузки, как бег, бег трусцой, быстрая езда на велосипеде, аэробика, плавание, теннис, бадминтон, спортивные игры и другие виды. Любая физическая активность относится к высокой,

если она заставляет работать так, как бег трусцой, и длится не менее 20 минут. **Средняя физическая активность** включает ходьбу, скандинавскую ходьбу с палками, работу в саду, медленную езду на велосипеде, танцы, работу по дому (уборка территории, пила и колка дров, уборка снега и т. д.). К средней относится также любая другая нагрузка, если по тяжести она соответствует быстрой ходьбе продолжительностью не менее 30 минут.

Цель программы привести двигательную активность к оптимальному уровню, т. е. устранить гипокинезию, низкую или недостаточную двигательную активность. Выбрать удобное для нагрузок время и фиксированные дни. **При плохом сне или повышенном давлении крови лучше двигаться во второй половине дня после работы**. Любая нагрузка должна состоять из трех частей: пятиминутной разминки с разогреванием тела и мышц путем постепенного увеличения нагрузки, 20-ти минутной аэробной нагрузки с учащением пульса, дыхания и появлением пота, пятиминутный переход с уменьшением нагрузки до исходного состояния. График интенсивности нагрузки аналогичен графику скорости движения поезда от станции до станции. Скорость или интенсивность во второй части физической тренировки определяется по частоте пульса или частоте сердечных сокращений (ЧСС) в минуту, которая находится в прямой зависимости от мощности физической нагрузки. У здорового человека целевая ЧСС при нагрузке не должна превышать аэробную,

соответствующую 75% от максимальной. **Максимальная ЧСС**, может быть рассчитана по формуле: 220 минус возраст в годах. Например, вам 35 лет. Максимальная ЧСС:  $220 - 35 = 185$ . Целевая частота сердечных сокращений при 75% от максимальной равна:  $185 \times 0,75 = 139$  в минуту. ЧСС можно определить по пульсу на лучевой артерии за шесть секунд и умножить на 10. Например, по секундомеру, за шесть секунд пульс равен 14 ударам, умножаем на 10 и получается 140 ударов в минуту.

Есть понятие **субмаксимальная физическая нагрузка** при целевом уровне ЧСС 170 в минуту, составляющему 87% от максимальной. С такой высокой нагрузкой проводят исследования в кабинетах функциональной диагностики для диагностики ИБС, определения переносимости физических нагрузок и физической работоспособности. Такие исследования, выполненные на велоэргометре (аппарат типа велосипеда) или тредмиле (бегущая дорожка), позволяют более точно определять рекомендуемый уровень ЧСС при физических тренировках. Велоэргометрия и тредмилметрия проводятся под контролем ЭКГ. Эти важные обследования при наличии показаний можно пройти бесплатно в центрах здоровья. Обследование в центрах комплексное, оплачивается Территориальными фондами обязательного медицинского страхования.

План физических тренировок должен включать также время приема пищи, часы работы, отдыха, сна. Программа двигательной активности предусматривает ве-

дение дневника, в котором отмечается самочувствие, в зависимости от состояния здоровья, АД и пульс. Вид тренировочных занятий вы выбираете сами, можете посоветоваться с врачом. В настоящее время все большее распространение получают организованные тренировки в спортивных залах, на стадионах, в плавательных бассейнах, в фитнес-клубах и т. д. В нашей стране большую популярность приобретает так называемая танцевально-двигательная терапия. За рубежом накоплен более чем полувековой опыт такой ценной во всех отношениях двигательной активности. Мы рекомендуем также семейные физические тренировки любого вида. Они способствуют интеллектуальному, духовно-нравственному и культурному развитию и укреплению семьи.

В школьном возрасте оценка физической активности проводится по данным вопросника о занятиях спортом, танцами, другими видами физических упражнений или нагрузок в школе и во внеучебное время в соответствии с программой Всемирной организации здравоохранения СИНДИ «Здоровые дети в здоровых семьях». Анкета включает три вопроса:

1. Занимаетесь ли Вы в спортивной секции, спортивной школе или танцевальном кружке?
2. Как часто в свободное от занятий в школе время Вы занимаетесь физической активностью, которая вызывает учащение дыхания, пульса и потливость?
3. Сколько часов в неделю в свободное от занятий в школе время Вы обычно занимаетесь физической активностью, которая вызывает учащение дыхания, пульса и потливость?

Низкая физическая активность выявляется при физических тренировках вне школы продолжительностью менее двух часов в неделю. К физически активным относятся школьники, которые занимаются регулярно физическими тренировками достаточной интенсивности не менее четырех часов в неделю (два часа в школе и два часа и более вне школы).

В данном уроке мы не касались большой специальной темы, которая представлена лечебной физкультурой. При наличии любых заболеваний надо посоветоваться с лечащим врачом в отношении программ лечебной физкультуры. Их значение трудно переоценить. Однако базисный уровень двигательной активности показан всем. Двигайся и победишь! Будь активен во всем!

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

Группа в «ВКонтакте»: [www.vk.com/foms74](http://www.vk.com/foms74)

№5 (41), май 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 №1771  
Подписано в печать: 16.04.2015 г. по графику — 17-00, фактически — 17-20.  
Дата выхода: 20.04.2015 г.