



МАТЕРИАЛЫ XXII МЕЖДУНАРОДНОЙ ЗАОЧНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

**СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА:
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ**

Новосибирск, 2013 г.

УДК 61
ББК 5
С56

С56 «Современная медицина: актуальные вопросы»: материалы XXII международной заочной научно-практической конференции. (26 августа 2013 г.) — Новосибирск: Изд. «СибАК», 2013. — 122 с.

ISBN 978-5-4379-0328-5

Сборник трудов XXII международной заочной научно-практической конференции «Современная медицина: актуальные вопросы» отражает результаты научных исследований, проведенных представителями различных школ и направлений современной медицины.

Данное издание будет полезно аспирантам, студентам, исследователям в области практической медицины и всем интересующимся актуальным состоянием и тенденциями развития медицины.

Рецензенты:

- канд. мед. наук Архипова Людмила Юрьевна;
- канд. мед. наук Волков Владимир Петрович;
- канд. мед. наук Лебединцева Елена Анатольевна.
- д-р. мед. наук Стратулат Петр Михайлович

ББК 5

ISBN 978-5-4379-0328-5

© НП «СибАК», 2013 г.

ТЕХНОЛОГИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НА ОСНОВЕ СПЕКТРАЛЬНО-ДИНАМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Ростовцев Владимир Николаевич

*д-р мед. наук, профессор,
главный науч. сотр. ГУ РНПЦ медицинских технологий,
г. Минск*

E-mail: vnrost@rambler.ru

PROPHYLACTIC MEDICAL EXAMINATION TECHNOLOGY BASED ON SPECTRAL-DYNAMIC DIAGNOSTICS

Vladimir Rostovtsev

*doctor of Medicine (M.D.), Professor, Senior Researcher,
Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies,
Minsk*

АННОТАЦИЯ

Предложена технология диспансеризации, отличающаяся надежностью, высокой производительностью и простотой скрининга, возможностями выявления нозологических рисков и обеспечения индивидуальной первичной и вторичной профилактики.

ABSTRACT

A prophylactic medical examination technology characterized by reliability, high efficiency and screening simplicity as well as by possibility of detecting nosological risks and providing individual primary and secondary prevention was presented.

Ключевые слова: диспансеризация; скрининг; спектрально-динамическая диагностика.

Keywords: prophylactic medical examination, screening, spectral-dynamic diagnostics.

Диспансеризация и диспансерный метод применялись и применяются в медицинской практике многих стран (СССР, РФ,

СНГ, Западная Европа и др.), однако ни теоретического, ни технологического завершения они пока не получили.

В качестве этапов диспансеризации необходимо рассматривать следующие: 1) диагностический скрининг; 2) первичное обследование; 3) углубленное обследование; 4) диспансерное наблюдение; 5) контроль эффективности процессов профилактики и/или лечения; 6) оценки этапного индивидуального результата профилактики и лечения; 7) оценки популяционного результата диспансеризации.

Недостатками существующих технологий диспансеризации являются: 1) акцент на выявление болезней; 2) опора на концепцию факторов риска, не обеспечивающей выявления нозологических рисков [2, 3]; 3) вопросы индивидуальной медицинской профилактики, входящие в понятие диспансерного наблюдения, остаются в тени; 4) нет технологической реализации контроля эффективности; 5) большие затраты времени пациентов и врачей на диспансеризацию.

Указанные недостатки позволяют преодолеть применение Комплекса Медицинского Спектрально-Динамического (КМСД) [1]. КМСД технологически может полностью обеспечивать три основных этапа диспансеризации, включая этап диагностического скрининга, этап первичного обследования и этап диспансерного наблюдения. Кроме этого, КМСД частично обеспечивает этап углубленного обследования и всегда позволяет определить четкие показания для применения тех или иных методов углубленного обследования. Также обеспечиваются этапы контроля эффективности и оценки результатов.

В контексте задач диспансеризации важно, что КМСД позволяет диагностировать высокие риски, латентные формы и ранние стадии распространенных заболеваний по основным системам организма, включая пищеварительную, сердечно-сосудистую, мочеполовую, бронхо-легочную, ЛОР-органов, нервную, костно-суставную и эндокринную. Наряду с высокими рисками, латентными формами и ранними стадиями КМСД позволяет диагностировать актуальные риски, манифестные формы заболеваний и комплементарность лекарственных средств (Табл. 1).

Таблица 1.

Основные диагностические объекты КМСД

Объект диагностики	Характеристика	Показания
Актуальный риск	невысокая вероятность манифестации	для плановой профилактики
Высокий риск	высокая вероятность манифестации	для активной профилактики
Латентная стадия или форма заболевания	бессимптомная стадия или форма патологического процесса	для профилактического лечения
Ранняя стадия заболевания	наличие первых симптомов	для активного лечения
Манифестное заболевание	наличие основных симптомов	для планового лечения
Комплементарность лекарственных средств	индивидуальная безвредность и эффективность	для назначений препаратов в профилактических или терапевтических дозах

1. На этапе диагностического скрининга наиболее важным является выявление лиц с высокими рисками, латентными формами и ранними стадиями заболеваний. Максимальную эффективность диагностического скрининга КМСД может обеспечить после создания Систем Автоматической Оценки Рисков (САОР), которые будут осуществлять автоматическую диагностику высоких рисков, латентных форм и ранних стадий заболеваний. На сегодняшний день КМСД целесообразно использовать для диагностического скрининга в неавтоматическом (ручном) режиме. В этом режиме возможны два технологических варианта применения КМСД.

Первый технологический вариант диагностического скрининга на основе КМСД отличается разделением процедуры спектрально-динамического обследования (записи пакета динамических спектров) и процедуры экспресс-диагностики. В этом варианте процедуру обследования выполняет медицинская сестра на отдельном рабочем месте или на выезде, то есть в дошкольных, школьных, средних и высших учебных заведениях, на предприятиях, в организациях и учреждениях. На выезде удобно использовать переносное исполнение КМСД.

До обследования пациент заполняет краткую анкету. Кроме паспортных данных анкета содержит четыре обязательных вопроса: 1) жалобы, 2) перенесенные операции, 3) имеющиеся заболевания, 4) принимаемое лечение.

Обследование на КМСД занимает 3—4 минуты, соответственно, его производительность составляет 15—20 человек в час. При этом для каждого пациента записывают пакет из пяти динамических спектров.

Отметим, что диагностический скрининг занимает у пациента (вместе с заполнением анкеты) до 10 минут.

Записанные в процессе обследования динамические спектры пациентов позволяют врачу проводить экспресс-диагностику по всем системам организма в любое удобное время.

Процедуру экспресс-диагностики выполняет врач с помощником (медицинская сестра) на своем рабочем месте по записанным в процессе обследования динамическим спектрам пациентов. Экспресс-диагностика по одной системе организма занимает 2—3 минуты, соответственно, производительность составляет 20—30 человек в час.

По одним и тем же однократно записанным пакетам динамических спектров пациентов можно проводить экспресс-диагностику в разное время по различным системам организма.

Последовательность действий в первом технологическом варианте диагностического скрининга показана на Рис. 1.

Первый технологический вариант применим также, когда в определенной ситуации требуется проведение диагностического скрининга по конкретной нозологической позиции или по конкретной инфекции (моноскрининг). Например, скрининг риска, латентных и ранних стадий менингита у детей в период вспышки соответствующей инфекции. В этой ситуации наилучшей является следующая организационная схема моноскрининга (Рис. 2.).

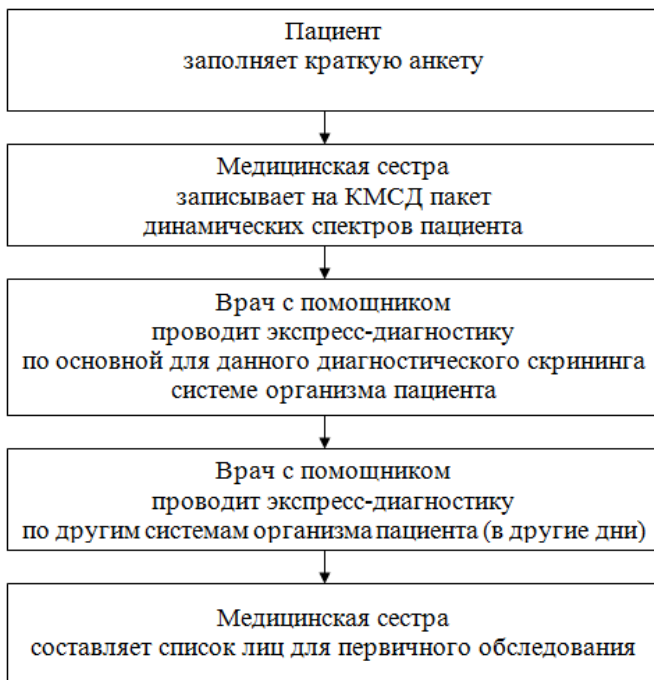


Рисунок 1. Последовательность действий в первом технологическом варианте диагностического скрининга для диспансеризации

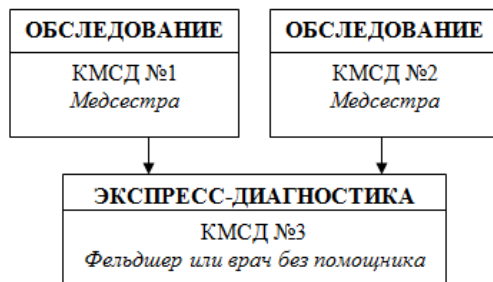


Рисунок 2. Организационная схема моноскрининга на основе КМСД

При организации моноскрининга согласно схеме (Рис. 2), его производительность может (при двусменной работе персонала) превышать 500 человек в день. Важно, что данная организационная схема реализуема без участия врача.

Второй технологический вариант диагностического скрининга отличается тем, что его от начала и до конца осуществляет врач, последовательно проводя процедуру записи пакета динамических спектров пациента и процедуру экспресс-диагностики. Последовательность действий во втором технологическом варианте диагностического скрининга показана на Рис. 3.

Важно понимать, что оба варианта организации диагностического скрининга не исключают модификаций.

При любом технологическом варианте диагностического скрининга по результатам экспресс-диагностики на КМСД, помощник врача формирует список лиц для первичного обследования.

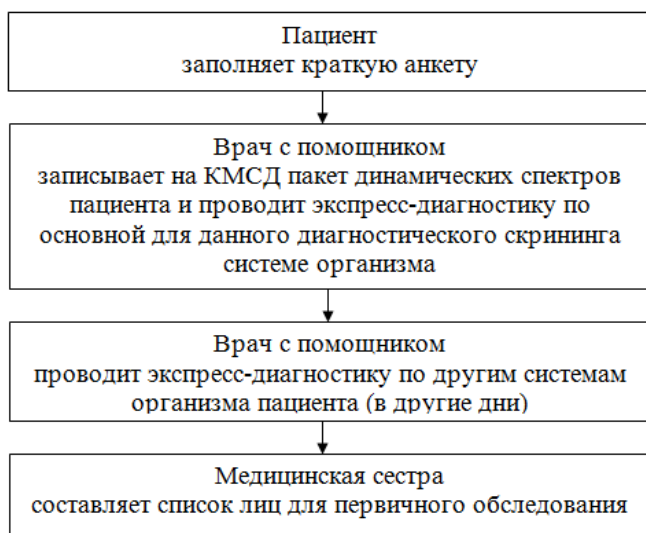


Рисунок 3. Последовательность действий во втором технологическом варианте диагностического скрининга для диспансеризации

2. На этапе первичного обследования врач повторно записывает на КМСД пакет динамических спектров пациента и проводит (с помощником) обследование по тем системам организма, для которых на этапе диагностического скрининга были выявлены высокие риски или наличие патологических процессов. Первичное обследование по одной системе организма занимает до 10 минут. Присутствие пациента обязательно ввиду возможных вопросов врача и возможной необходимости диагностического тестирования.

По итогам первичного обследования пациента оформляют диспансерную карту и другие необходимые документы. В результате первичного обследования пациент получает конкретные рекомендации, а также медикаментозные назначения в соответствии с диагностикой комплементарности лекарственных средств. Врач определяет и сообщает пациенту сроки следующего визита в порядке диспансерного наблюдения. При необходимости врач проводит углубленное обследование с помощью КМСД или направляет пациента на углубленное обследование по конкретной нозологической позиции в профильное медицинское учреждение.

Технологический процесс первичного обследования пациента занимает у врача и у пациента до 20 минут, при условии, что первичное обследование проводится в среднем по двум системам организма, для которых диагностический скрининг выявил высокие риски или патологические процессы. При двусменной работе производительность первичного обследования будет составлять 40 человек в день на один КМСД.

3. На этапе диспансерного наблюдения врач обследует пациента с помощью КМСД с периодичностью, диктуемой состоянием пациента. Обычно периодичность визитов пациента варьирует в диапазоне 1—12 месяцев. При каждом визите врач с помощью КМСД оценивает эффективность профилактики или лечения, уточняет индивидуальные профилактические рекомендации и делает назначения комплементарных лечебно-профилактических средств. Возможность контроля эффективности профилактики и лечения является важным достоинством КМСД.

На этапе диспансерного наблюдения врач может выявлять у пациента новые риски и латентные состояния, которые сформировались со времени последнего визита и, соответственно, может проводить своевременную активную профилактику.

В заключение отметим, что технология диспансеризации на основе КМСД является гибкой технологией и позволяет организаторам здравоохранения планировать и реализовывать различные технологические варианты диспансеризации в зависимости от региональной приоритетности тех или иных задач. При этом организатор здравоохранения всегда будет решать задачу построения оптимального технологического варианта для конкретных возрастных и профессиональных групп.

Важным технологическим вариантом является совмещение в рамках одного врачебного приема этапов диагностического скрининга и первичного обследования. В этом варианте, как и в других, врач

работает с помощником. Такой технологический вариант целесообразно использовать в составе мобильных медико-диагностических комплексов (автомобильных и водных), что в несколько раз увеличит диагностическую мощность комплекса в целом.

Список литературы:

1. Комплекс Медицинский Спектрально-Динамический [Электронный ресурс]. — Режим доступа. — URL: <http://www.kmsd.su> (дата обращения 01.09.2009).
2. Ростовцев В.Н. Физиологический полиморфизм и физиологические риски/В.Н. Ростовцев, В.С. Улащик // Новости медико-биологических наук. Научно-практ. и научно-теоретический журнал. — 2011. — Т. 3. — № 2. — С. 213—220.
3. Ростовцев В.Н. Классификация медицинских рисков [Электронный ресурс] — Режим доступа. — URL: <http://www.kmsd.su> (дата обращения 29.05.2011).