

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА: ДВЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ И ИХ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

Д. М. Н. Ростовцев В. Н.

РНПЦ медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, Минск

Rostovtsev V. N.

Republican scientific Practical Centr of Medical Technologies, Informatization, Management and Economics in Health Care, Minsk

INDIVIDUAL PREVENTION: TWO ORGANIZATIONAL FORMS AND THEIR TECHNOLOGICAL CONTENT

Резюме. Проведен сравнительный анализ технологического содержания двух организационных форм индивидуальной профилактики – Центров здоровья и кабинетов оздоровительно-профилактического консультирования. Показаны преимущества технологии нозологического риска по сравнению с технологией интегрального риска.

Ключевые слова: индивидуальная профилактика, интегральный риск, нозологический риск.

Summary. A comparative analysis on the technological content of the Health Centers as well as health-improving and prevention consulting rooms, the two organizational forms of the individual prevention, was done. Advantages of the technology on the nosological risk as compared with the technology on the integral risk were shown.

Keywords: individual prevention, integral risk, nosological risk.

Актуальность проблем профилактики растёт вместе с показателями заболеваемости и смертности населения. На протяжении столетия организаторы здравоохранения декларируют приоритет профилактики. И сегодня главные цели здравоохранения заключаются в улучшении здоровья населения, снижении заболеваемости и смертности, увеличении средней продолжительности жизни [1]. Эти цели достижимы только с помощью профилактики. Бывший министр здравоохранения Республики Беларусь И. Б. Зеленкевич по этому поводу сказал: «Высокие технологии лечения – это только 8-10% вклада в борьбе с уровнем заболеваемости и смертностью. Остальные 90% – это первичная и вторичная профилактика заболеваний [2]».

Вплоть до последних лет у организаторов здравоохранения профилактика ассоциировалась почти исключительно

с популяционными методами. Популяционные методы включают санитарное просвещение, медицинскую пропаганду, формирование культуры здоровья, работу по формированию мотиваций для здорового образа жизни, в т. ч. массовые акции, а также профильные школы вторичной профилактики. Популяционная работа необходима и очень важна, однако сама по себе она не обладает высокой эффективностью. Но если эту работу сочетать с общенациональными и общегосударственными усилиями и программами в отраслях образования, сельского хозяйства, пищевой промышленности, средств массовой информации др., то это сочетание позволяет за 20-25 лет почти наполовину снизить смертность от распространенных заболеваний. Но только смертность. На заболеваемость это сочетание почти не влияет. Все это продемонстрировал многолетний профилактический проект,

выполненный в Финляндии [3].

Популяционная профилактика необходима, но дальнейшее усиление профилактики связано с развитием технологий индивидуальной профилактики.

В настоящее время сформировались две организационные формы и, соответственно, две технологии индивидуальной профилактики. Первой два года назад появилась организационная форма государственных (Российская Федерация) центров здоровья на основе технологии интегрального риска. Интегральным или суммарным называют риск, относящийся к патологии некоторой системы организма. Как правило, речь идет о патологии сердечно-сосудистой системы, то есть о так называемом кардиоваскулярном риске. Технология основана на учете анamnестических, функциональных и поведенческих факторах, ассоциированных с кардиоваскулярным риском. Эта технология имеет погрешность прогноза порядка нескольких лет и не имеет возможности прогноза острых состояний.

В качестве технической базы технологии интегрального риска используют анализаторы ЭКГ и кардиоритма, импедансные анализаторы, доплер-анализаторы, спирометры, анализаторы общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой плотности, глюкозы, угарного газа и др., а также весы, ростомер, кистевой эспандер и тонометр. Используют также психологические и психофизиологические тесты.

Приведем типичный пример технологии интегрального риска из практики работы российских центров здоровья, созданных при учреждениях здравоохранения. Работают пять кабинетов. В первом проводят психофизиологический тест на скорость реакции, определяют емкость легких и угарный газ в выдыхаемом воздухе. Во втором определяют индекс массы тела, измеряют артериальное давление и проводят экспресс-оценку состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей. В третьем проводят исследование периферического кровотока с помощью доплер-анализатора. В четвертом берут кровь из пальца и определяют в ней содержание общего холестерина и сахара. В

пятом врач анализирует все полученные данные (порядка нескольких десятков показателей), формирует медицинское заключение и рекомендации пациенту по здоровому образу жизни. Эту технологическую цепочку пациент проходит в среднем за два часа.

Из приведенного примера видно, что технология интегрального риска опирается на экспресс-оценки уровней соматического и психофизиологического здоровья и уровней функциональных и адаптивных резервов организма, а в результате пациент получает некоторые общие рекомендации по здоровому образу жизни.

Вторая организационная форма профилактики – кабинеты оздоровительно-профилактического консультирования на основе технологии нозологических рисков. В отличие от первой технологии во второй речь идет не об интегральном (суммарном, общем) риске утраты здоровья, а о рисках конкретных заболеваний по всем системам организма, т. е. о конкретных нозологических рисках. Нозологическим риском называется риск конкретного заболевания. Технологической базой технологии нозологических рисков является комплекс медицинский спектрально-динамический (КМСД), представляющий последнее поколение аппаратуры волновой диагностики [4]. Эта технология основана на учете нескольких сотен прямых и косвенных нозологических маркеров, имеющих в маркерных базах КМСД (всего маркеров 8 тысяч). Погрешность прогноза порядка нескольких месяцев, а для острых заболеваний – порядка нескольких дней. Профилактическая работа осуществляется врачом в форме оздоровительно-профилактического консультирования пациента. Консультирование пациента при первом обращении занимает у врача до 1 часа времени, которое требуется для анализа состояния 12-16 основных систем организма. При повторном консультировании время приема сокращается в 2-3 раза.

В процессе оздоровительно-профилактического консультирования врач решает следующие задачи диагностики:

1) Всевозможных функциональных дисбалансов с целью оздоровления;

Таблица		
Сравнительная характеристика технологий интегрального и нозологического риска		
Технологическая характеристика	Технология интегрального риска	Технология нозологических рисков
Число кабинетов	4–5	1
Число врачей	1–2	1
Число средних медработников	3–4	–
Число аппаратов	5–7	1
Среднее время обследования	1,5–2,5 ч	0,5–1 ч
Число систем организма, по которым дается оценка риска	3–4	12–16
Точность диагностики	–	90–95%
Основной результат работы	Рекомендации по здоровому образу жизни	Индивидуальные профилактические назначения и рекомендации
Возможность оценки риска конкретной болезни	Нет	Есть
Возможность строго индивидуального выбора профилактических назначений	Нет	Есть
Возможность автоматизации оценок рисков	Нет	Есть

2) рисков заболеваний с целью первичной профилактики;

3) предпатологических состояний (например преддиабета);

4) латентных патологических процессов;

5) манифестных заболеваний и синдромов;

6) рисков осложнений и рецидивов с целью вторичной профилактики.

Эти шесть типов диагностических задач врач с помощью КМСД может решать для всех органов и систем организма. Отметим, что 5 их 6 типов диагностических задач относятся к области профилактической медицины и только диагностика манифестных заболеваний относится к области *лечебной медицины*. Диагностика манифестной патологии в процессе оздоровительно-профилактического консультирования важна с позиций значимости ранней диагностики заболевания и, соответственно, его своевременного лечения.

Кабинет оздоровительно-профилактического консультирования (ОПК) решает все перечисленные выше диагностические задачи, а также составления индивидуальной оздоровительной, профилактической или комплексной программы, включая диагностически обоснованные назначения комPLEMENTАРНЫХ (индивидуально соответствующих) препаратов и аналогично обоснованные рекомендации по питанию, индивидуально-гиппоаллергенной диете, а также рекомендации по режимам физической активности, психических нагрузок и отдыха.

Кабинет (ОПК) по сравнению с центром здоровья решает гораздо более широкий круг диагностических, оздоровительных и профилактических задач и на более строгой индивидуальной основе, которую обеспечивает технология нозологических рисков. Отметим, что термин «нозологические риски» отражает прикладной аспект смыслового содержания рисков, определяемых с помощью спектрально-динами-

ческой диагностики. Существует также фундаментальный аспект их смыслового содержания, согласно которому эти риски являются физиологическими, поскольку отражают функциональное состояние соответствующих органов и систем организма. Это непосредственно связано с тем, что спектрально-динамическая диагностика является методом функциональной диагностики в силу того, что она основана на распознавании волновых процессов, которые отражают физиологические и патофизиологические процессы в организме. Для более глубокого понимания этой технологии достаточно посмотреть цикл статей [4].

В центре здоровья в отличие от кабинета ОПК нет возможности оценки риска конкретной болезни, и не ставится вопрос о точности диагностики. В кабинете ОПК врач осуществляет диагностику по конкретным нозологическим позициям с точностью 90–95%. Кроме этого исключительно важен выбор комплементарных (индивидуально соответствующих) назначений. Основным результатом работы центра здоровья являются рекомендации по здоровому образу жизни с некоторым уровнем индивидуализации. Основной результат работы кабинета ОПК – профилактические назначения и рекомендации с максимальным уровнем индивидуали-

зации.

Технология нозологических рисков имеет большой потенциал развития. Этот потенциал связан с возможностью создания систем автоматизации оценок нозологических рисков [5]. Создание таких систем как минимум в два раза сократит время, затрачиваемое врачом на оздоровительно-профилактическое консультирование, а главное – позволит проводить высокоэффективный массовый скрининг нозологических рисков в учебных и производственных коллективах. Пропускная способность этого скрининга может достигать 40 человек в час, а с распечаткой оценок индивидуальных нозологических рисков пациент сможет далее обратиться в кабинет ОПК.

Сравнительная характеристика технологий интегрального риска (центры здоровья) и нозологического риска (кабинеты ОПК) приведена в таблице. Создание 700 государственных центров здоровья в Российской Федерации убедительно свидетельствует о том, что в системе здравоохранения сформировался второй вектор развития, вектор индивидуальной профилактической помощи. Вполне очевидно, что только пропорциональные вложения в оба направления развития дадут нам новое качество системы здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жарко, В. И. Здравоохранение в Республике Беларусь: достижения и перспективы / В. И. Жарко // 90-летие здравоохранения Республики Беларусь: материалы Респ. науч.-практ. конф., посвящ. 90-летию здравоохранения Республики Беларусь. – Минск: БелМАПО, 2009. – С. 4-14.
2. Лазаревич, Ю. Как высокие технологии в медицине влияют на снижение смертности белорусов? / Ю. Лазаревич // «Завтра твоей страны» [Электронный ресурс]. – 2011. – Режим доступа: <http://zautra.by>. – Дата доступа: 19.04.2011.
3. Changes in premature deaths in Finland: successful long-term prevention of cardiovascular diseases / P. Puska [et al.] // Bull. of the world Health Organization. – 1998. – Vol. 76. – P. – 419–425.
4. Комплекс медицинский спектрально-динамический [Электронный ресурс]. – Минск, 2009. – Режим доступа: <http://kmsd.by>.
5. Проект программы «Развитие медицинской помощи на основе спектрально-динамической диагностики» / В. Н. Ростовцев [и др.] // Союзное государство: Пятый Форум проектов союзных программ. – М., 2010. – Спец. выпуск: декабрь 2010. – С. 35-39.

Поступила 08.06.2011 г.