Категория: Терминология профилактической медицины
Просмотров: 4767

Необходимость написания данной работы обусловлена формированием в настоящее время достаточно новой (в историческом аспекте) идеологии, целеполагания и дальнейшего поэтапного развития методологии профилактической медицины (ПМ), всех её функциональных разделов. Прежде всего это связано с реализацией по инициативе правительства Российской Федерации новых направлений приоритетного национального проекта (ПНП) «Здоровье», на широкое развитие мер первичной медицинской профилактики и социальной медицины, сочетанных с новым импульсом оснащения и развития элементов и инфраструктуры профилактической медицины регионального и муниципального уровней отечественного здравоохранения.

При этом на повестке дня не только бюджетное обеспечение деятельности медико-профилактических структур и организаций, нарастающим темпом увеличивается количество частных превентологических организаций, пока выполняющих преимущественно рекреационную функцию. В настоящее время можно говорить о вновь создающихся и совершенствующихся современных суботраслевых элементах отечественной службы профилактической медицины и даже донозологической диспансеризации.

На первом этапе было необходимо подготовить специалистов более чем для пятиста центров здоровья РФ. Это только на первом этапе, потому что количество центров здоровья в стране возросло более чем в два раза – добавились центры здоровья для детей и подростков. Кроме того, следует учитывать и частные медико-профилактические структуры и организации, количество которых в последнее время возросло. Акцент на усиление роли частных медицинских организаций в формировании общественного здоровья за последние пять лет сформирован вполне отчётливо.

Министром В.И. Скворцовой утверждён Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Согласно приложению к приказу министра «… диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации».

Диспансеризация взрослого населения проводится в целях:

1) раннего выявления заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, а также основных факторов риска их развития (повышенного уровня артериального давления, дислипидемии, курения табака, чрезмерного потребления алкоголя, нерационального питания, низкой физической активности, избыточной массы тела и ожирения, потребления наркотических средств и психоактивных веществ без назначения врача) и туберкулеза;

2) определения группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан, имеющих заболевания (состояния) или факторы риска их развития, а также для здоровых граждан;

3) проведения краткого профилактического консультирования больных и

Phoca PDF

здоровых граждан, а также углубленного индивидуального профилактического консультирования и групповых методов первичной и вторичной профилактики (школ пациентов) для граждан с высоким риском развития заболеваний или осложнений уже имеющихся заболеваний;
4) определение группы диспансерного наблюдения граждан, имеющих заболевания (состояния), требующих постоянного медицинского наблюдения, а также здоровых граждан, имеющих очень высокий риск развития заболеваний (состояний) и их осложнений.
Диспансеризация взрослого населения (кратность диспансеризации) проводится 1 раз в 3 года. Первая диспансеризация проводится гражданину в календарный год, в котором ему исполняется 21 год, последующие – с трехлетним интервалом на протяжении всей жизни.
Понятно, что правительством РФ впервые столь комплексно сформулированы фактически новые суботраслевые постановочные задачи охраны здоровья населения в системе первичного звена здравоохранения на доклиническом (донозологическом), медико-профилактическом и медико-социальном этапе.
Сформулированы задачи и перед системой последипломного образования: необходимо в весьма сжатые сроки разработать и внедрить обновлённые, отвечающие современному уровню требований, образовательные программы, учебно-тематические планы и методические материалы для подготовки специалистов, работающих в сфере социальной медицины, диспансеризации и медико-профилактического консультирования населения. Такой подход к активизации и интенсификации деятельности отечественного здравоохранения, действительно, уникален для отечественного здравоохранения, а цели, поставленные правительством страны, заметно расширяют ранее сформированные представления о прикладных, практических возможностях и социальной функции медицинской науки.
По сути, отечественное здравоохранение находится на этапе формирования нового, пока не во всём современного, но достаточно активного подхода к многоплановому пониманию собственной функциональности здравоохранения, возможной позитивной трансформации научного и производственного уклада данной медико-социальной системы, и можно сказать, на уровне отрасли в целом. То есть хотелось бы надеяться, что нозологический принцип в здравоохранении, как доминирующий, постепенно себя изживает и его место занимает принцип превентологической (донозологической) диагностики и диспансеризации.
При известном объединении усилий и заинтересованности федерального центра, регионов и муниципалитетов будет сформирована существенно обновлённая система подготовки медицинских кадров, ориентированных на медицинскую практику в диапазоне доклинических изменений в организме человека, на этапе формирования нозогенных дисфункций, дисбалансов и нозогенного напряжения адаптации.
Важно подчеркнуть, что принципы медицины, основанной на доказательствах, при этом будут ориентированы на выполнение профилактических задач новой интегративной медицины, изучающей патогенез не с появлением диагноза, а в период его формирования.
Логично предположить, что примитивный (но такой лёгкий и такой

Phoca PDF

доказательный принцип) отбора пациентов по признаку «болен – не болен», превратятся в дальнейшем в тотально распространённый принцип: «данная совокупность признаков соответствует данной совокупности лекарств и тестов», себя изживёт. Псевдорационализация здравоохранения, берущая своё экономическое начало с времён индустриализации общества и оптимизации всех видов расходов на единицу производимой продукта, – это тупиковая ветвь развития медицины. Пациентам не совсем интересно слушать разговоры о том сколько можно сэкономить на «рационализации» врачебной деятельности и что мнение пациента будет решительно учитываться при выборе тактики лечения.
Настоящая монография направлена на актуализацию, развитие и унифицированное совершенствование образовательного, информационного и учебно-методического обеспечения программ и планов по основным профилактическим разделам подготовки специалистов центров здоровья (ЦЗ), центров профилактической медицины, отделений, кабинетов и иных подразделений медицинской профилактики. Не останутся в стороне и врачи, работающие в сфере диспансеризации населения, а также специалисты семейной медицины и общей врачебной практики, роль которых авторы монографии оценивают исключительно высоко.
Кроме того, монография призвана способствовать дальнейшему совершенствованию системы непрерывного последипломного образования, самообразования всех заинтересованных в развитии превентологии и медико-профилактического сектора медицины специалистов терапевтического профиля.
Монография, по мнению авторов, является важным образовательным и методическим элементом для следующих образовательных программ:
«Основы первичной медицинской профилактики и формирование здорового образа жизни граждан РФ»;
«Диспансеризация и профилактические осмотры населения» в формате цикла тематического усовершенствования врачей.
Данные программы ориентированы на врачей и разработаны на базе кафедры общественного здоровья и здравоохранения в отделе профилактической медицины ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования». В соответствующей модификации программы ориентированы на фельдшеров и средний медицинский персонал, работающий в центрах здоровья и сфере диспансеризации населения.
Очевидно, что указанные образовательные программы существенно расширили тематический спектр и содержание практики непрерывного последипломного образования ординаторов, аспирантов, организаторов здравоохранения и врачей различных специальностей, излагая систематизированные научные знания по ключевым проблемам профилактической медицины и её разделам – социальной медицине и первичной медицинской профилактики.
Часть программ в обновлённом и унифицированном варианте запланирована к применению при подготовке в ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» специалистов создающихся кабинетов первичной медицинской профилактики

Phoca PDF

цереброваскулярной патологии в Иркутской области.
Не секрет, что первоочередным и, возможно, ключевым вопросом деятельности созданных центов здоровья является внедрение и практическая реализация современной системы социальной медицины. В неё включены индивидуальное и коллективное обучение, а также консультирование всех групп населения по самому широкому спектру медицинских профилактических проб¬лем, программ и вопросов валеологии и сайнологии (приказ Минздравсоцразвития РФ от 19 августа 2009 г. № 597н смотри ниже). По мнению авторов данной работы, формирование разноформатной, обновлённой и актуализированной системы медико-профи¬лак¬ти¬ческого консультирования населения необходимо рассматривать как вменённую правительством РФ современную отраслевую задачу.
Отдельной, достаточно мощно и чётко обозначенной проблемой, является необходимость формирования современных комплексных программ донозологической диагностики и мониторинга факторов риска (ФР) основных неинфекционных заболеваний (ОНЗ).
Предметом и методологией данного мониторинга являются выявление и коррекция дисфункциональных изменений в организме, пока они не состоялись в виде морфологического изменения органа и не оформлены в диагноз в последующем уже в формате клинического скрининга и мониторинга нозологических состояний.
Приказом Минздравсоцразвития России от 19 августа 2009 г. № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» определено, что формирование здорового образа жизни – это комплекс мероприятий, направленных:
на сохранение здоровья, пропаганду здорового образа жизни;
мотивирование граждан к личной ответственности за своё здоровье и здоровье своих детей;
разработку индивидуальных подходов по формированию здорового образа жизни, в том числе детям;
борьбу с факторами риска развития заболеваний; просвещение и информирование населения о вреде употребления табака и злоупотребления алкоголем;
предотвращение социально значимых (социально-обуслов-лен¬ных) заболеваний, в том числе среди детского населения;
увеличение продолжительности активной жизни».
Раздел 9 приказа № 597 обособленно выделяет специфические функции центров здоровья (далее цитируется текст приказа):
информирование населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах;
групповая и индивидуальная пропаганда здорового образа жизни;
профилактика возникновения и развития в ФР различных заболеваний (курение, алкоголь, гиподинамия и другие);
формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих детей и близких;

Phoca PDF

формирование у населения принципов «ответственного родительства»;
обучение граждан, в том числе детей, гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включая медицинскую помощь в отказе от потребления алкоголя и табака;
обучение граждан эффективным методам медицинской профилактики заболеваний с учетом возрастных особенностей; динамическое наблюдение за пациентами группы риска развития неинфекционных заболеваний;
оценка функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей, прогноз состояния здоровья;
консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха;
разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, в том числе с учетом физиологических особенностей детского возраста;
осуществление мониторинга реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни, факторов риска развития заболеваний.
Очевидно, что консультирование, индивидуальные программы оздоровления, мониторинг ФР ОНЗ имеет исключительно важное медико-профилактическое значение.
Это связано с тем, что именно мониторинг изменений целевых показателей состояния здоровья пациента ЦЗ является ключевым критерием оценки эффективности и, в конечном счёте, результативности работы каждого в отдельности центра здоровья и их медицинского персонала. Суммарные показатели данного мониторинга могут продемонстрировать качество организационно-методического обеспечения деятельности центров здоровья в отдельном субъекте и муниципалитете (если, конечно, статистика показателей правдива, честна и не работает в угоду отраслевой конъюнктуры).
Исходя из вышесказанного, мы можем с определённой степенью уверенности заключить следующее.
Практическая реализация идеологии, проблематики, целей и задач деятельности центров здоровья в части обеспечения широкого медицинского профилактического консультирования населения Российской Федерации действительно может приобрести характер глобального влияния на медико-социальные и био-социальные процессы в нашей стране при условии внедрения комплексной превентологической методологии и специальной подготовки кадров в формате профессиональной переподготовки.
Несмотря на определённые успехи в деятельности регионального здравоохранения и рост показателей эффективности по ряду направлений, состояние здоровья населения Иркутской области продолжает вызывать озабоченность. Сохраняются довольно высокая заболеваемость, болезненность и смертность населения. Критично высока в РФ и Иркутской области разница возраста смерти между мужчинами и женщинами (около 10 лет). Д.А. Медведев будучи президентом страны 22 декабря 2011 г. в послании президента Федеральному собранию РФ подчеркнул, что средняя

Phoca PDF

продолжительность жизни населения России составляет 69 лет, что, по его мнению, превышает все советские показатели. При этом продолжительность жизни женщин составляет 74 года.
По мнению правящей партии "Единая Россия», отраженному в программном обращении партии, в 2013 г. ожидаемая средняя продолжительность жизни в России впервые превысит 70 лет. Более того, 20 января 2012 года (в то время премьер-министр России) В. В. Путин заявил, что средняя продолжительность жизни в России для обоих полов в 2011 году уже превысила 70 лет. Официального (от Росстата) подтверждения данному факту пока не имеется. Министр здравоохранения и социального развития России Т. А. Голикова 1 ноября 2011 г. со ссылкой на средний демографический прогноз Росстата сообщила, что к 2020 г. ожидаемая средняя продолжительность жизни в России увеличится и составит 71, 8 года.
Это, безусловно, положительный и отраслевой, и национальный прогноз, демонстрирующий несколько возрастающие потенциальные возможности поступательного экономического и социального развития нашей страны, определённую уверенность в биологическом потенциале нации. В то же время отмечается, что структура продолжительности жизни следующая: у женщин – 77, 3 года, у мужчин – 66, 2 года. То есть перспективный демографический прогноз существенного уменьшения разницы возраста смерти мужчин и женщин в РФ правительством объективно пока не предусматривается; по-видимому, не может быть экономически и социально обеспечен, не может быть контролируем и потому пока остаётся катастрофическим. Основной причиной смертности по классам заболеваний за последние три года продолжают оставаться болезни органов кровообращения (в среднем более 55 %), на втором месте внешние причины (16 %), на третьем месте новообразования – более 14 %.
Только по вышеперечисленным и суммированным трём классам заболеваний в Иркутской области показатели потерь населения составили в среднем – 79 % относительно всех остальных причин смерти, что, в общем отражает общую сложившуюся тенденцию по Российской Федерации и обуславливает основные причины существующих и сохраняющихся в течение последних 18 лет признаков демографической деградации в России.
Около половины смертей в возрасте 20-40 лет обусловлено злоупотреблением алкоголя. 59 % мужчин и 33 % женщин умирают от отравления алкоголем, алкогольных заболеваний, несчастных случаев или самоубийств, совершенных в состоянии алкогольного опьянения.
Будет уместно сказать, что алкоголизация населения приводит к снижению индекса его здоровья и потому приобретает особое значение для медицинской социологии.
Актуальность мер первичной медицинской профилактики и выявления ранних клинических форм зависимости и от пивного алкоголизма, сформировавшегося у лиц, злоупотребляющих любой продукцией с низким содержанием этанола (в частности пивом и энергетическими напитками), обусловлена постоянно растущей долей этого контингента больных в России и в развитых зарубежных странах.

Phoca PDF

В структуре основных продаж спиртсодержащих напитков (правда сезонно) около 80 % приходится на пиво (Т. А. Голикова, 2009). Регулярно или часто употребляют пиво (особенно в тёплое время года) до 76 % населения РФ.
По сей день злоупотребление алкоголем и преодоление алкоголизма во всех его формах является важнейшей проблемой охраны общественного, группового и индивидуального здоровья в России, проблемой и медицины, и здравоохранения, и иных социальных институтов страны, проблемой политической.
Вызывает озабоченность психологов, медиков и социологов, что треть лиц с ранее уже установленным диагнозом артериальной гипертонии продолжают регулярно злоупотреблять спиртными напитками и более половины из них продолжают курить: 52 % мужчин и 64 % женщин сохраняют повышенную массу тела.
Первичная заболеваемость хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами в Иркутской области в конце 2010 г. составляла 185,4 на 100 тыс. населения – первое место среди субъектов Сибирского федерального округа (122,4 на 100 тыс.) и 9 – по Российской Федерации (108,5 на 100 тыс.).
Показатель первичной заболеваемости хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами в Иркутской области в последние годы, несмотря на тенденцию к его снижению, превышал общероссийский уровень на 71 %, региональный (по Сибирскому федеральному округу) – на 51 %.
В 2010 г. в Иркутской области было зарегистрировано 4 639 новых клинических случаев хронического алкоголизма и алкогольных психозов.
Кризисный характер сложившейся алкогольной ситуации в настоящее время обусловлен, прежде всего, высоким уровнем потребления алкоголя в привычном поведенческом стереотипе населения и низким качеством алкогольной продукции.
Как известно, уровень алкоголизации в стране определяется количеством потреблённого абсолютного алкоголя (проще говоря – спирта) на душу населения. По данным Иркутскстата потребление только учтенного в обороте алкоголя на душу населения ежегодно снижается; в 2011 г. официально составило только 9,1 л из расчета 100 %-го этилового спирта на душу населения.
Однако это по-прежнему существенно выше тех 8 л, которые являются контрольным критерием Всемирной организации здравоохранения, после которых наступает необратимая биологическая деградации населения. При потреблении более 8 л чистого спирта на душу населения (считают эксперты ВОЗ) происходят генетические (а поэтому необратимые) потери в здоровье нации и следовательно разрушение её генофонда. Естественно возникает вопрос. А сколько алкоголя находится в торговом обороте вне его официального учёта? Экономисты и социологи (отечественные и зарубежные) полагают, что приведённую выше цифру (9,1 л) следует умножить, по крайней мере, на 2,5. То есть фактическое потребление абсолютного спирта приближается к показателю в 23 л на каждого гражданина России от первого до последнего дня жизни. При этом весь

Phoca PDF

спирт «чёрного оборота» имеет крайне низкий уровень качества и химической очистки, содержит кроме этанола пропанол и бутанол в недопустимых концентрациях.
Для чёткого осмысления содержания текущего этапа деятельности медицины следует повторить, что указанный временной отрезок времени в десять лет с 1997 по 2012 гг. – это по настоящему эволюционный этап развития стратегии, качества, содержания и самоидентификации отечественной профилактической медицины, обуславливающий интегративный подход в охране здоровья населения.

Интегративный подход в охране здоровья населения – в широком понимании – современная стратегия здравоохранения, направленная на укрепление здоровья на уровне индивидуума, семьи, корпоративной группы, территориальной группы населения, общины или популяции.

Прежде всего, интегративный подход в медицине направлен на осуществление долгосрочного динамического контроля (мониторинга) за различными, но при этом ведущими или основными реальными факторами риска ОНЗ, которые повышают вероятность развития психосоматических дисбалансов, дисфункций, и как следствие, – развитие ОНЗ населения. Это основа интегративного подхода в ПМ, реализуемая в виде многофакторных исследований ОНЗ в условиях дифференцированных групп населения, но объединенных целевой идеологий и стратегией исследования, а также тактикой последующей коррекции факторов риска ОНЗ.
Формирование и развитие ценностей здорового образа жизни является стратегическим приоритетом государственной политики. В соответствии с федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации от 21.11.2011 N 323-ФЗ приоритетом в сфере охраны здоровья является профилактика (см. Глава 2 «Основные принципы охраны здоровья», статья 12. «Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья»).
Следует подчеркнуть наличие существенной нормативной базы для развития социальной и профилактической медицины в Иркутской области. В частности предусмотрена поэтапная реализация в Иркутской области и РФ государственной политики в сфере формирования здорового образа жизни, региональной системы профилактики, гигиенического воспитания населения Иркутской области, системный комплексный подход работы и отлаженное взаимодействие всех заинтересованных структур. Этому способствовали задачи и целевые показатели концепции социально-экономического развития Российской Федерации до 2025 года.
Также этому способствовали требования «Концепции демографической политики Российской Федерации до 2025 года» основных направлений деятельности Минздравсоцразвития России, «Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010-2015 гг.», в том числе снижению потребления алкоголя и табака населением Иркутской области.

Phoca PDF

Основными принципами охраны здоровья являются:
соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
приоритет охраны здоровья детей;
социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
доступность и качество медицинской помощи;
недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
соблюдение врачебной тайны.
Законодательно приоритет профилактической медицины обозначен впервые, что, по-видимому, призвано изменить в сторону позитивного и заинтересованного отношение региональных и муниципальных властей к деятельности подразделений профилактической медицины, включая центры здоровья.

Опубликовано в составе монографии:

УДК 616-084

ББК 51.1(2)5

А23

Терминология профилактической медицины: **моногр. / А.Е. Агапитов, Д.В. Пивень**. – 2-е изд., перераб. и доп. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, **2013**. – 172 с.

© Агапитов А.Е., Пивень Д.В., кафедра общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ДПО "ИГМАПО Минздрава России, **2013**

Веб-публикация: **Андрей Таевский** в составе проектов:

ЭкспертЗдравСервис

Миссия профилактической медицины

Все права защищены. При копировании материала ссылка на источник обязательна.

Phoca PDF