

Литература

1. Борцов В.А. с соавт. Современные технологии первичной медицинской профилактики на региональном уровне // Бюллетень национального НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2016. - № 1-1. - С. 175-178.
 2. Зулин, Я.В., Борцов В.А. О повышении доступности амбулаторно-поликлинической помощи населению // Бюллетень национального НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2012. - № 4. - С. 54-56.
 3. Фомичева, М.Л., Борцов В.А., Хихлич О.С. Информированность населения Новосибирской области в вопросах первичной медицинской профилактики / Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. Материалы V международной научно-практической конференции, посвященной 25-летию социальной работы в России. - 2016. - С. 313-314.
-

Хабриев Р.У., Киргизова Н.С.

НОВЫЙ КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», Москва

Хабриев Рамил Усманович – академик РАН, д.м.н., д.фарм.н., профессор, директор; institute@nrph.ru,

Киргизова Наталья Сергеевна – аспирант.

Резюме. Комплексная система охраны здоровья граждан включает в себя профильную работу системы здравоохранения, личную заинтересованность и заботу о своем здоровье самого гражданина, контроль его взаимодействия с внешней средой. Результирующим показателем эффективности системы является новый критерий общественного здоровья.

Ключевые слова: комплексная система, охрана здоровья, пациентоцентрированность, критерий здоровья.

Khabriev R.U., Kirgizova N.S.

A NEW CRITERION OF PUBLIC HEALTH

Abstract. A complex system of the public health includes substantive work of health care system, individual's self-interest in health, control of his interaction with environment. A new criterion of public health is a result indicator of system's efficiency.

Key words: complex system, public health, focus on patient, health criterion.

Начало третьего тысячелетия характеризуется углублением интереса общества к системе охраны здоровья граждан. Развитие технологий надзора и контроля в сфере здравоохранения, а также разработка новых технологий должны базироваться на понимании того, что в центре всей системы здравоохранения находится пациент и именно его благополучие является целью медицины [5, 7].

На протяжении последнего десятилетия, в связи с успехами таких направлений биологии и медицины, как геномика, эпигеномика, протеомика, метаболомика, активно предлагаются новые методики оценки здоровья населения. Известны работы одного из основателей метода секвенирования биолога Лероя Худа, президента Института системной биологии в Сизтле. По его мысли, постоянный мониторинг генома и протеома позволяет очень быстро и точно оценить состояние здоровья индивидуума и предсказать развитие наиболее опасных заболеваний. Впервые эту идею Лерой Худ презентовал в 2007 г. Планировалось разработать систему, оценивающую примерно 2,5 тыс. маркеров крови и позволяющую в процессе мониторинга собирать информацию, обрабатывать ее, проводить оценку здоровья, обсуждать с пациентом результаты и далее разрабатывать стратегию и тактику лечения и оздоровления, вовлекая в процесс пациента как равноправного партнера. Таким образом, был сформирован и предложен принцип «медицины четырех П»: предсказательной (predictive), превентивной (preventive), персонализированной (personalized) и партисипативной (participatory) [11, 12].

В России генетик Д. Худ неоднократно докладывал о своих разработках в 2011 г. Предполагалось, что в течение 10 лет, начиная с 2007 г. будут получены практические результаты внедрения предложенной системы. По разным причинам система «медицина четырех П» в том виде, в котором была предложена изначально, с накоплением больших массивов цифровых данных, находится пока на этапе становления. Предложенные же принципы «медицины четырех П» нашли применение в качестве базовых в современной медицинской и биологической науках, здравоохранении.

Российские ученые доработали модель охраны общественного здоровья и представили как «медицину пяти П». В центре внимания новой системы при планировании, осуществлении и оценке эффективности мероприятий, находится человек, а медицина становится не только предсказательной, упреждающей, индивидуализированной, партнерской, но и пациентоцентрированной. Один из аспектов пациентоцентрированности - возможность использовать систему электронного здравоохранения, предоставляющая пациенту большую свободу выбора и позволяющая на основе полученной информации принимать ответственные решения, а также способствовать формированию но-

вой модели взаимоотношений врача и пациента, основанной на принципах партнерства, коллегиальности [6, 10].

Многокомпонентная модель охраны общественного здоровья - структура, в центре которой находится сам гражданин с определенной жизненной позицией активного участника социума и игрока на рынке трудовых ресурсов, на помощь которому приходят технологии самоконтроля и самонаблюдения в процессе мониторинга состояния здоровья. Важным элементом поддержания здоровья является возможность постоянной связи с лечащим врачом, который находится на постоянной связи и может оперативно проконсультировать пациента по мере необходимости, определяемой гражданином. На вооружении врача находятся возможности телемедицины, информационных технологий BigData в качестве системы поддержки принятия клинических решений. Внешний слой многокомпонентной модели поддержания здоровья - это отношение «гражданин - социум». Состояние человека в процессе этих взаимоотношений описывает аллостаза – динамическое колебание гомеостаза человека под влиянием совокупности всего того, что его окружает, и того, с чем человек близко контактирует: пища, вода, климат, работа, привычки, устойчивые связи, психологический комфорт и многое другое. Эта сфера, как видно, также не медицинская, но важная с точки зрения влияния на здоровье человека. Социум оказывает значительное влияние на поведение человека, на его стремление сохранять свое здоровье.

Таким образом, многокомпонентная модель сохранения здоровья включает возможности и потребности личности, ресурсы профессиональной медицинской науки и определенный социальный заказ государства и общества [5, 6]. В рамках нее чрезвычайно важно иметь такой критерий оценки здоровья человека, который может дать объективную независимую оценку ресурсов здоровья и возможностей человека в условиях значительного совокупного влияния факторов внешней среды с превалирующей активностью социальных компонентов, уменьшить риски здоровья [4].

Исследование адаптационных ресурсов человека с использованием специальных автоматизированных программных комплексов позволяет получить такой критерий и оценить состоятельность аллостаза человека, обнаружить и локализовать признаки функциональных и морфологических нарушений, оценить влияние экологических факторов, проанализировать переносимость воды, пищи, лекарственных препаратов, эмоциональных и социальных нагрузок, оценить состояние статического и динамического баланса опорно-двигательной системы.

Критерий оценки аллостаза был получен при синтетическом подходе с использованием тысячелетнего опыта применения традиционной философии здоровья и возможностей современных отечественных

аппаратно-программных комплексов. Механизм информационно-функциональных связей между определенными биологически активными зонами кожи и внутренними органами благодаря кортико-висцеральным, висцеро-висцеральным, висцеро-кутанным взаимодействиям и влиянием психоэмоциональных состояний дает возможность оценить биохимические, биоэлектрические и другие процессы с помощью приходящих к этим зонам электрических сигналов. Осуществляется оценка динамики кровенаполнения и феномена электропроводности отдельных зон тела до и после стандартизированной функциональной нагрузки [1, 2].

Предложенный количественный показатель - интегральный коэффициент нестабильности (ИКН), позволяет оценить динамику адаптационных ресурсов человека по степени отклонения от показателей, принятых за нормальные, и по вектору, указывающему возрастание либо депрессию показателей [3].

1 группа объединяет исследуемых с исходно нормальными показателями, после нагрузки сохраняющих нормальные значения ИКН. Показатели характеризуют нормальную адаптацию.

2 группа объединяет исследуемых, имеющих исходные показатели ИКН, отклоняющиеся от нормы, которые после функциональной нагрузки входят в коридор нормы. Показатели характеризуют компенсированные резервы адаптации.

3 группа объединяет исследуемых, имеющих исходно нормальные показатели ИКН, которые после функциональной нагрузки отклоняются от нормальных в сторону низких либо высоких, выходящих за пределы коридора нормы показателей. Показатели характеризуют наличие скрытых проблем и снижение адаптационных резервов.

4 группа объединяет исследуемых, имеющих ИКН с исходно отклоняющимися от нормы показателями, после функциональной нагрузки отклонения усиливаются, в сторону низких или высоких показателей. Показатели характеризуют выраженное истощение адаптационных резервов.

5 группа объединяет исследуемых, имеющих исходно отклоняющиеся от нормы показатели, которые после функциональной нагрузки переходят через коридор нормы в крайние противоположные значения. Показатели характеризуют острую ситуацию срыва адаптации.

Функциональные нагрузки в процессе диагностической сессии позволяют смоделировать специальные ситуации, имитирующие локальные, системные, эмоциональные, социальные и другие виды воздействий.

В рамках современной системы охраны и развития общественного здоровья эффективно использование предлагаемой оценки адаптационных ресурсов как объективного критерия, характеризующего уровень здоровья.

Литература

1. Баевский, Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. - М.: Медицина, 1979. — 256 с.
 2. Баранов В.М., Баевский Р.М., Берсенева А.П., Михайлов В.М. Оценка адаптационных возможностей организма и задачи повышения эффективности здравоохранения. - <http://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-adaptatsionnyh-vozmozhnostey-organizma-i-zadachi-povysheniya-effektivnosti-zdravoohraneniya>
 3. Киргизова Н.С., Мельник А.В., Мизиева З.М. Исследование ресурсов адаптационной функции вегетативной нервной системы у пациентов с острым и хроническим болевыми синдромами: научное издание // Традиционная медицина - 2009. - № 4. - С. 49-53.
 4. Линденбратен А.Л., Гришина Н.К. Вопросы управления инновационными процессами в здравоохранении. - <http://elibrary.ru/item.asp?id=23880472>
 5. Мурашко М.А. Современные подходы к обеспечению качества медицинской помощи. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения // Вестник Росздравнадзора – 2015. - № 6. – С. 7-11.
 6. Попович Л.Д. О проблеме расходов в сфере здравоохранения. - http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Z_16/Z16-2015-Popovich.pdf
 7. Хабриев Р.У. Контроль и надзор в сфере обеспечения качества медицинской помощи гражданам Российской Федерации. - <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/l/xabrieiev.pdf>
 8. Хабриев Р.У. Оценка технологий здравоохранения обязательна при принятии управленческих решений. - <http://digital.mcfr.ru/mp92/46139/article/42869.php>
 9. Хабриев Р.У., Ягудина Р.И., Правдюк Н.Г. Оценка технологий здравоохранения. - М.: МИА, 2013. 416 с.
 10. Declaration on Patient-Centred Healthcare. - http://armss.ru/upup/VSP/Declaraciya/deklaraciya_o_pacient_centralizovan_nom_zdravoohranenii.pdf
 11. Luke D.A., Stamatakis K.A. Systems Science Methods in Public Health: Dynamics, Networks, and Agents // Annual review of public health. - 2012. - № 33. – P. 357-376.
 12. Sagner M. et al. The P4 Health Spectrum - A Predictive, Preventive, Personalized and Participatory Continuum for Promoting Healthspan. - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Han%20ZG%5BAuthor%5D&sort=ac&from=/27546358/ac>
-