



Рис. 2. Рентгенография аорты больного Тиграна



Рис. 3. МКТС аортография больного Тиграна

**МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ
ПРОБЛЕМ ГЕОХИМИЧЕСКОЙ ЭКОЛОГИИ
БОЛЕЗНЕЙ И ИСХОДНЫЕ ПРИНЦИПЫ
ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ**

Сусликов В.Л., Субеди Д., Тхакур Б.
ФГОУ ВПО «Чувашский государственный
университет имени И.Н. Ульянова», медицинский
институт, кафедра профилактической
медицины
Чебоксары, Россия

Общеизвестно, что термин «профилактика» происходит от греческого – *prophylaktikos* – предохранительный - в медицине – это система мер по предупреждению болезней, сохранению здоровья и продлению жизни человека. Выделяют следующие виды профилактики: 1) местная; 2) общая; 3) индивидуальная; 4) общественная; 5) первичная; 6) вторичная; 7) третичная. В последние десятилетия остро дискутируются вопросы методологии и принципов первичной профилактики широко распространенных хронических неинфекционных заболеваний (ХНЗ): язвенной болезни (ЯБ), рака легкого (РЛ) и ишемической

болезни сердца (ИБС). Клиническая медицина без достаточного методологического обоснования рекомендует осуществлять первичную профилактику ХНЗ путем коррекции модифицируемых факторов риска (курение, потребление алкоголя и поваренной соли, гиподинамия, гипертония, ожирение, нерациональное питание, и др.). Широко пропагандируются и внедряются новые профилактические технологии для больных ХНЗ. Например, новый подход к первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) предлагает основные принципы определения суммарного сердечно-сосудистого риска с использованием электронной версии системы SCORE – SCORECARD. По данным М.Н. Мамедова в 2004 г Центром профилактической медицины (г. Москва) была проведена апробация этой электронной версии, которая наглядно демонстрирует больному его суммарный риск. Эта модель позволяет повысить мотивацию больного к выполнению рекомендаций по здоровому образу жизни и лечению, показать возможность воздействия на отдельные факторы риска [3]. Таким образом, отечественные и зарубежные ученые

руководствуются концепцией факторов риска как методологической основой первичной профилактики ХНЗ.

Гигиеническая наука и санитарная практика утверждает о том, что массовая, первичная профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний осуществима за счет строгого санитарно-гигиенического контроля качества среды обитания в соответствии с действующими санитарными нормами и правилами. Таким образом, в методологии первичной профилактики ХНЗ ярко оголилась парадоксальная ситуация о которой писал ещё в 1976 году известный отечественный гигиенист И.И.Беляев: « Принято думать, что первичная профилактика должна быть предметом забот врачей-гигиенистов, а вторичная – врачей – лечебников. Однако такое представление нельзя считать правильным, так как методы первичной и вторичной профилактики в значительной степени совпадают вследствие того, что мероприятия, рекомендованные врачами-гигиенистами и врачами лечебного профиля взаимосвязаны. Не представляется возможным определить те границы, за которыми кончается прерогативы гигиениста и начинается компетенция лечебника, и наоборот. Только в содружественной работе специалистов разного профиля могут быть получены положительные конечные результаты в деле первичной профилактики» [1].

Общезвестно, что профилактический принцип отечественного здравоохранения, служивший примером для подражания во всех странах мира до глубокой перестройки социально-экономической политики Российского государства, так и не завоевал статус приоритетного. Сегодня, как никогда, нужен реальный приоритет первичной профилактики, необходимо переходить от лозунговой, рекламной профилактики к методологически обоснованной стратегии массовой, первичной профилактики, заложенной ещё российской земской медициной и доказавшей высокую эффективность в деле массового предупреждения развития и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний.

Выдающийся организатор здравоохранения З.П. Соловьёв, выступая на V Всероссийском съезде здраводелов в 1924 году, подчеркнул: « Нам придется свою тактику в области профилактических начал не раз пересмотреть, не раз углубить, не раз тщательно обдумать, связывая с текущей развивающейся действительностью» [4].

В.З. Кучеренко и Л.Е. Сырцова [2], глубоко анализируя сильные и слабые стороны проблемы профилактики, выявили и рекомендовали конкретные пути реализации программы профилактики в условиях реформирования отечественной системы здравоохранения. Авторы совершенно обоснованно подчеркивают, что несовершенство профилактической деятельности отече-

ственной системы здравоохранения может привести к резкому ухудшению здоровья населения России, а соответственно и к увеличению финансовых, материальных и социальных затрат на те виды медицинской помощи, которые фактически обеспечивают только поддерживающую терапию.

Одной из немаловажных причин несовершенства отечественной системы здравоохранения, по нашему мнению, является отсутствие единой методологически обоснованной концепции первичной массовой профилактики заболеваемости, смертности и инвалидизации населения.

Медицинская профилактика в системе отечественного здравоохранения находится в начальной стадии организации. В положении о Федеральном центре медицинской профилактики, являющемся самостоятельным

практическим учреждением здравоохранения, предусматривается работа по коррекции поведения различных групп населения с целью оздоровления.

Фактически медицинская профилактика в современном представлении декретируется в качестве комплекса мероприятий, направленных только на изменение образа жизни населения.

Однако стратегия медицинской профилактики, ограниченная рамками формирования здорового образа жизни, недостаточно полна с методологической точки зрения, так как образ жизни – это условие, т.е. пассивный причинный фактор. А первичная, массовая профилактика, возможна только в том случае, если известны:

1) главная «пусковая» причина – активно действующий фактор и главная «пусковая» антипричина – активно противодействующий фактор;

2) специфические причинные и антипричинные факторы в виде системы «антиген↔антитело»;

3) поддерживающие причинные и антипричинные факторы в качестве условий и антиусловий, как необходимые факторы для запуска процесса «причина-следствие» или «здоровье-болезнь» (рис. 1).

Причинно-следственные связи при формировании хронических неинфекционных заболеваний (ХНЗ), вышедших в последнее время на первое место среди причин смертности, заболеваемости и инвалидизации населения, имеют точно такую же методологическую основу, поэтому первичную, массовую профилактику ХНЗ следует рассматривать в качестве комплексной программы действия, как клиницистов, так и гигиенистов. Отечественный опыт первичной профилактики острых инфекционных заболеваний свидетельствует о том, что только в совместной, активной работе клиницистов и гигиенистов можно получить позитивные сдвиги в состоянии здоровья населения.

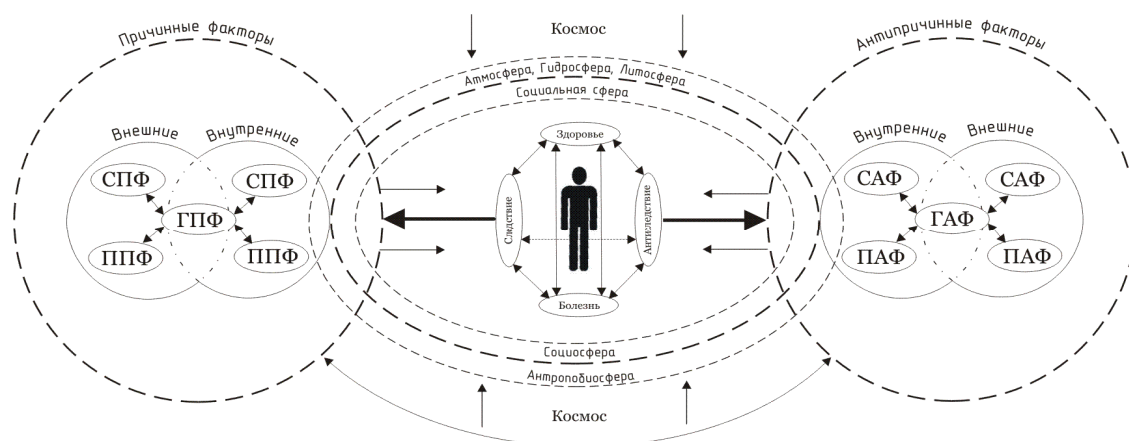


Рис. 1. Модель причинно-следственной связи процесса «здоровье↔болезнь»

Условные обозначения:

причинные факторы: СПФ – специфический, ППФ – поддерживающий, ГПФ – главный; антипричинные факторы: САФ – специфический, ПАФ – поддерживающий, ГАФ – главный.

Наши многолетние научные поиски наиболее рациональных и эффективных методов первичной профилактики ХНЗ позволили определить главную «пусковую» причину и антипричину, специфические причинные и антипричинные, а также поддерживающие причинные и антипричинные факторы в формировании процесса «здоровье-болезнь» на примере ЯБ, РЛ и ИБС.

Не вдаваясь в тонкости научного поиска причинно-следственных связей при формировании ХНЗ, которые в дополнении к утвержденному ранее методическому указанию включают целесообразность установления эколого-биогеохимических параллелей в причинно-следственных связях ХНЗ на различных территориях (Чувашия, Непал), мы попытались представить основные, исходные принципы первичной профилактики, сущность и содержание ее. По нашему мнению первичную, массовую профилактику следует рассматривать как комплексную систему общегосударственных мероприятий, направленных одновременно на:

- 1) ограничение влияния главного «пускового» причинного фактора;
- 2) изменение образа жизни;
- 3) ранняя диагностика за счет активного выявления групп высокого риска, превентивное лечение их.

Исходными принципами первичной профилактики должны быть: общедоступность, бесплатность, комплексность и одновременность реализации. Схема первичной профилактики, представленная на рис. 2 включает 3 взаимосвязанных блока мероприятий. **Главным мероприятием** является системное эколого-гигиеническое обучение и воспитание населения. Это мероприятие преследует цель воспитать современного человека так, чтобы он глубоко осознал, что здоровье почти полностью зависит от его личного от-

ношения к себе и к окружающим, а также к природной среде.

Причем, к сожалению, приходится констатировать значительное снижение показателей эколого-гигиенической грамотности воспитателей ДДУ и школ по сравнению с подобным же опросом проводимым ранее в 1989-1990 годах, несмотря на то, что курсы экологии и гигиены введены в учебные планы педагогических вузов.

Фактически неудовлетворительное состояние дел с эколого-гигиеническим обучением и воспитанием требует постоянного медицинского контроля, а так же научной разработки психолого-педагогических аспектов обучения. Эта работа должна находиться в центре внимания детской участковой службы и регулярно контролироваться руководителями лечебно-профилактических учреждений и санитарной службой. **Специальные мероприятия** (рис. 2) преследуют следующие цели:

- 1) установить главный «пусковой» причинный фактор;
- 2) провести эколого-гигиеническое нормирование главного «пускового» причинного фактора;
- 3) организовать санитарно-гигиенический контроль за соблюдением эколого-гигиенических нормативов;
- 4) осуществлять необходимые меры по охране окружающей среды от загрязнения.

Эти мероприятия возлагаются на санитарную службу Роспотребнадзора, в соответствии с действующими методическими указаниями, требованиями, законами, и правилами, так как не вызывает сомнения факт влияния эколого-биогеохимических факторов на процесс «здоровье↔болезнь». Следует восстановить систему санитарно-эпидемиологического надзора, доказавшую свою эффективность в первичной профи-

лактике инфекционных и паразитарных болезней человека и животных.

Дополнительные мероприятия должны осуществляться совместными усилиями врачей-гигиенистов и врачей лечебного профиля среди

всего обслуживаемого лечебно-профилактическими учреждениями населения в соответствии с разработанными нами методическими рекомендациями.



Рис. 2. Схема первичной профилактики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беляев И.И. К вопросу об изучении причинно-следственных связей в этиологии урлитиаза. // Беляев И.И., Сусликов В.Л. Гиг. и сан. 1976. № 4. С.81.
2. Кучеренко В.З. Проблема профилактики в условиях реформирования здравоохранения. // Кучеренко В.З., Сырцова Л.Ф. Проблемы соц. гигиены и истории медицины.- 1996. № 1. С. 42-47.
3. Мамедов М.Н. Новый подход к первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений. М. 2008. Пособие для врачей. 46 с.
4. Соловьёв З.П. Профилактические задачи лечебной помощи./ Вопросы социальной гигиены и здравоохранения. Избранные произведения. М. 1970. С. 76.

ЗНАЧЕНИЕ ТЕОРИИ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ НАУЧНОГО КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ

Тетнев Ф.Ф., Бодрова Т.Н., Калинина О.В.
*Сибирский государственный медицинский университет
 Томск, Россия*

В любой деятельности человека можно выделить два аспекта: метод и методологию. Метод означает конкретный порядок выполнения

действий и отвечает на вопрос как, каким образом они выполняются. Понятие методология отвечает на вопрос почему так и не иначе выполняется действие. Теория является синонимом методологии, хотя объем понятий теория и методология может варьировать в широких пределах и не совпадать.

Методика и теория находятся в различном соотношении. Выполняя свою повседневную работу, человек меньше всего задумывается о теоретических аспектах своей деятельности и это вполне понятно и не предосудительно. Ремесленник, например, может всю жизнь производить какой-то свой определенный продукт без развития, совершенствования результатов труда. Творчески мыслящий ремесленник создает более совершенный продукт и при этом, как правило, тоже не анализирует теорию производства и изменения, которые он в неё вносит. Над теорией задумываются люди, предрасположенные к такого рода мыслительной деятельности.

В клинической медицине сравнительно высокий процент диагностических ситуаций решается без особых затруднений. При этом создается впечатление, что в таких случаях теория не нужна как тому ремесленнику и оно довольно часто транспонируется на медицину в целом не только в немедицинской среде, но даже среди врачей. Это порождает пренебрежительное отношение к теории.