

ПРИОРИТЕТЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

¹ В.Н.Ростовцев, ² О.А.Скугаревский, ¹ Т.И.Терехович

¹ Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ), ул. П.Бровки, 7а, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

² Белорусский государственный медицинский университет, пр. Дзержинского, 83, 220116, г. Минск, Республика Беларусь

В статье рассматриваются иерархии приоритетов развития системы здравоохранения.

Ключевые слова: здравоохранение; приоритеты; первичная медицинская помощь.

Введение. Система здравоохранения, кроме собственно отрасли здравоохранения, включает органы политического руководства страны, отрасль образования, СМИ, негосударственные организации здравоохранения и предприятия медицинской промышленности.

Здравоохранение как система и как часть социально-политической системы страны обеспечивает воспроизводство ресурса здоровья населения и, как следствие, – воспроизводство трудового ресурса страны.

Формирование системы приоритетов здравоохранения зависит от понимания природы здоровья, закономерностей его формирования и факторов его утраты.

Понимание здоровья. Хорошее здоровье индивида является результатом его нормального и достаточно гармоничного индивидуального развития (онтогенеза). На всех этапах индивидуального развития от момента зачатия и до смерти главными детерминантами здоровья являются ментальность и генотип.

Что касается ментальности, то для внутриутробного, младенческого и раннего детского периодов это, преимущественно, ментальность родителей, а для последующих периодов важную роль играет социальная ментальность, если до этого не воспитаны и не выработаны стереотипы самостоятельного мышления.

Генотип индивида определяют особенности брачного выбора его предков в последних пяти поколениях, а этот выбор непосредственно связан с особенностями ментальности предков. Наличие в родовом анамнезе межэтнических браков гарантирует высокий уровень сегрегационного генетического груза и риски наличия мутационного генетического груза.

Генетический груз, то есть груз неблагоприятных для здоровья сегрегаций и мутаций, приво-

дит к тем или иным морфофункциональным дефицитам или дефектам. Аналогично, ментальный груз, то есть груз неблагоприятных для здоровья понятийно-ценностных структур, приводит к поведенческим дефицитам или дефектам, а также к эффектам самовнушения и психосоматическим эффектам.

Совокупность ментального и генетического грузов детерминирует здоровье, как минимум, на 80%. Чем больше совокупный груз, тем хуже здоровье.

Системный подход к пониманию здоровья предполагает взаимозависимость всех его компонентов. Современные представления о психическом здоровье позволяют интегрировать механизмы индивидуального онтогенеза, реализующегося в культурно-исторической перспективе, с одной стороны, и генетических факторов, ответственных за их реализацию в настоящем и трансляцию в будущие поколения, – с другой. Речь идет об эпигенетических механизмах регуляции генной активности. Они обеспечивают реализацию в фенотипе некоторой результирующей от взаимодействия внешних условий и обстоятельств жизни индивидуума и его внутренних ресурсов совладания и адаптации. Важным является тот факт, что эпигенетические механизмы представляют собой активацию «спящей» до этого момента генетической информации (модификации ДНК без изменения нуклеотидных последовательностей ДНК) под влиянием внешних (биологических и психосоциальных) обстоятельств. При этом, будучи активированными, эти генетические механизмы транслируются в следующие поколения, реализуя генетическую память ментальных влияний у потомков.

Принципиальные приоритеты. К основным компонентам здоровья относятся:

1. Ментальное здоровье.

2. Генетическое здоровье.
3. Психозэмоциональное здоровье.
4. Физическое здоровье.

Ментальное здоровье – это здоровое мышление, основанное на здоровых смыслах, которые определены в координатах базовых жизненных ценностей (здоровья, выживания и развития) и уровней природной гуманитарной системы (индивида, семьи, рода, народа и общества) [1]. Ментальное здоровье формируется на основе традиционных семейно-родовых и социальных нравственных и духовных ценностей, знаний и убеждений.

Ментальное здоровье занимает первую позицию и имеет высший приоритет в силу его значимости не только для индивида и общества здесь и сейчас, но и потому, что оно влияет на брачный выбор и на воспитание детей, определяя тем самым, здоровье будущих поколений.

Аналогично, генетическое здоровье необходимо не только самому индивиду. Оно влияет на здоровье нескольких поколений потомства. И поэтому имеет второй приоритет.

Психозэмоциональное здоровье занимает третью позицию и соответствующий приоритет по причине его существенного влияния на физическое здоровье, на заболеваемость и смертность, в частности, по психо-депрессивному механизму.

Физическое здоровье имеет четвертый приоритет, поскольку оно является, в основном, следствием и производным ментального, генетического и психозэмоционального здоровья.

Выделение психозэмоциональной компоненты здоровья позволяет рассматривать конструкт ментального здоровья в его приближении к когнитивным механизмам психической деятельности, обеспечивающим эффективное функционирование индивида в социуме, для которого качество мышления стоит во главе угла.

Эмоциональная (аффективная) сфера, как важный компонент человеческой индивидуальности, несет в себе энергообеспечивающее начало любой деятельности. Будучи тесно связанной с волевой регуляцией деятельности, она закономерно обеспечивает уровень успешности начинаний, в частном случае приводя индивида к депрессивному механизму реагирования.

Разумеется, что ментальное здоровье только условно может быть отделено от психозэмоционального, поскольку и мышление (когнитивные механизмы) и эмоциональные механизмы – взаимосвязанные компоненты психики. Хорошо известны многочисленные примеры, когда ментальное здоровье талантливого индивида не находило своей реализации, искажалось или теряло свои

достижения на фоне эмоционально-волевой дисрегуляции, например, алкоголизации.

Технологические приоритеты. Сфера здравоохранения (в широком смысле этого понятия) имеет три класса технологий с соответствующими подклассами:

1. Здравосозидания:

- 1.1. воспитания;
- 1.2. образования;
- 1.3. пропаганды.

2. Здравоохранения:

- 2.1. оздоровления;
- 2.2. профилактики, включая санитарно-эпидемиологическую защиту населения.

3. Здравовозвращения:

- 3.1. лечения;
- 3.2. реабилитации.

Первый приоритет. Технологии здравосозидания направлены на созидание ментального и генетического здоровья, прежде всего, в интересах здоровья детей и внуков.

Второй приоритет. Технологии здравоохранения (в узком смысле этого понятия) направлены на сохранение конституциональных уровней всех видов здоровья индивида. Соответственно – индивидуальные технологий оздоровления и профилактики заболеваний.

Третий приоритет. Технологии здравовозвращения направлены на полное или частичное восстановление здоровья, утраченного вследствие заболевания или аномалии онтогенеза.

Указанные выше классы технологий реализуют частично на популяционном уровне и, в основном, на индивидуальном уровне. Ниже, в порядке приоритетности, перечислены основные индивидуальные и популяционные технологии.

Приоритеты популяционных технологий включают:

1. Преподавание основ здоровья и основ культуры здоровья [2; 3].

2. Пропаганду основ здоровья и основ культуры здоровья.

3. Санитарно-эпидемиологическую защиту населения.

4. Пропаганду здорового образа жизни.

В качестве основных, приоритеты индивидуальных технологий включают:

1. Воспитание:

- 1.1. нравственное;
- 1.2. гигиеническое;
- 1.3. физическое.

2. Диагностику системных рисков (рисков перенапряжения или истощения тех или иных систем организма).

3. Оздоровление (снижение системных рисков).

4. Диагностику нозологических рисков (рисков развития болезни).

5. Профилактику (снижение рисков заболеваний).

6. Раннюю диагностику заболеваний (диагностику латентной стадии развития болезни).

7. Раннее лечение.

8. Диагностику заболеваний (диагностику манифестной стадии развития болезни).

9. Лечение.

10. Диагностику вторичных рисков (рисков рецидивов и осложнений).

11. Вторичную профилактику (рецидивов и осложнений).

12. Реабилитацию.

Обсуждение. Все перечисленные выше приоритетные технологии имеют сегодня достаточное технологическое (в том числе, диагностическое) обеспечение.

Так, позиции 2, 4, 6, 8 и 10 индивидуальных технологий обеспечивает технология функциональной спектрально-динамической диагностики (ФСД-диагностики) [4]. Разумеется, что для позиции 6 (ранняя диагностика) в отдельных случаях имеются другие диагностические технологии, а для позиции 8 (диагностика манифестных стадий) имеется множество иных диагностических технологий. Вместе с тем, даже для позиции 8 применение ФСД-диагностики оправдано в случаях скрининга, условий первичной медицинской помощи, сельских условий и работы на отдаленных территориях. Существенно, что ФСД-диагностика ориентирована на распространенные инфекционные и неинфекционные заболевания.

Важно понимать, что системные и нозологические риски, выявляемые с помощью ФСД-диагностики, являются функциональными рисками и принципиально отличаются от генетических рисков. Генетические риски являются сугубо потенциальными, а функциональные риски – реальными индивидуальными рисками.

Генетический риск, с учетом приведенных выше представлений об эпигенетических механизмах, теоретически имеет свои градации. Однако, практические методы оценок уровней генетических рисков пока не разработаны. Функциональный риск (системный или нозологический) принято оценивать в процентах с выделением уровней низкого, среднего (актуального) и высокого риска.

На основе оценок системных и нозологических рисков необходима организация оздоровительно-

профилактического консультирования в отделениях профилактики амбулаторно-профилактических организаций. Следует отметить, что несомненные перспективы формирования и развития имеет оздоровительно-профилактическое консультирование в форме негосударственного здравоохранения, в том числе, частной врачебной практики.

Очевидно, что первоочередного внимания заслуживают первые приоритеты, включая нравственное, гигиеническое и физическое воспитание в семье, детских дошкольных учреждениях и в учреждениях общего среднего образования, а также преподавание и пропаганда основ здоровья и основ культуры здоровья.

Следует обратить внимание на тот факт, что медицинская помощь в стационарных условиях опирается на технологические позиции 8 и 9 – диагностику и лечение заболеваний. К первичной медицинской помощи относятся позиции 2–11 и, частично, 12. Это наглядно показывает роль и необходимость развития первичной медицинской помощи. Можно утверждать, что развитие первичной медицинской помощи – это главный организационный приоритет отрасли здравоохранения.

Заключение. Задачи диагностики и лечения заболеваний уже вполне обеспечены ресурсами и достаточно успешно решаются. Далее нужно снижать заболеваемость и сверхсмертность. Поэтому сегодня наиболее актуальны приоритеты и процессы организационного оформления и технологического развития здравосозидательной и оздоровительно-профилактической медицины. Препятствуют этим процессам, в основном, недостаточное осознание их важности управленческим сообществом и отсутствие критического осмысления политики ВОЗ.

Изложенная система приоритетов здравоохранения показывает, что всей системе здравоохранения, включая отрасль здравоохранения, руководство страны, отрасль образования и СМИ, необходимы взаимосогласованные усилия, прежде всего, в реализации двух первых технологических приоритетов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ростовцев, В.Н. Логика здравого смысла / В.Н.Ростовцев // Вести института современных знаний. – 2021. – №2. – С.122–124.
2. Ростовцев, В.Н. Основы здоровья / В.Н.Ростовцев. – Минск: РУП «Минсктиппроект», 2002. – 109 с.
3. Ростовцев, В.Н. Основы культуры здоровья / В.Н.Ростовцев, В.М.Ростовцева. – Минск: Национальный институт образования, 2008. – 118 с.
4. Комплекс медицинский спектрально-динамический [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kmsd.su>. – Дата доступа: 30.11.2020.

PUBLIC HEALTH PRIORITIES

¹ V.N.Rostovtsev, ² O.A.Skugarevsky,

¹ T.I.Tserakhovich

¹ Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health (RSPC MT), 7a, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

² Belarusian State Medical University, 83, Dzerzhinski Ave., 220116, Minsk, Republic of Belarus

Hierarchies of healthcare system development priorities are considered in the article.

Keywords: healthcare; priorities; primary healthcare.

Сведения об авторах:

Ростовцев Владимир Николаевич, д-р мед. наук, профессор; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, ин-

форматизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория организационных технологий первичной медицинской помощи, главный научный сотрудник; тел.: (+37529) 6139315; e-mail: vnrost@rambler.ru.

Скугаревский Олег Алексеевич, д-р мед. наук, профессор; УО «Белорусский государственный медицинский университет», зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии; тел.: (+37517) 2898181.

Терехович Татьяна Ивановна, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», зав. лабораторией организационных технологий первичной медицинской помощи; тел.: (+37517) 2923191; e-mail: tterehovich@belcmt.by.

Поступила 14.10.2021 г.