

ГІГІЄНА

УДК 613:616-092.12

*В.М. Лісовий, В.О. Коробчанський, О.В. Веремієнко**Харківський національний медичний університет***МЕДИЦИНА ГРАНИЧНИХ СТАНІВ ТА НОВА ПАРАДИГМА
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

На підставі аналізу стану та тенденцій розвитку світової та вітчизняної медицини обґрунтована неминучість зміни існуючої парадигми охорони здоров'я. Власні наукові розробки теоретичного та експериментального характеру дозволяють стверджувати, що найбільш перспективною методологічною основою моделі майбутньої вітчизняної системи охорони здоров'я є медицина граничних станів.

Ключові слова: медицина граничних станів, охорона здоров'я, нова парадигма, донозологія, профілактична медицина.

*Будущее принадлежит
медицине профилактической.
Н.И. Пирогов*

У теперішній час констатація та невиконання реформ у галузі охорони здоров'я стало поганою традицією. На нашу думку, ключову негативну роль у даній ситуації відіграє відсутність сучасної методології медицини. Це призводить до намагання шляхом перестановки або ліквідації окремих структурних підрозділів вітчизняної охорони здоров'я (на тлі максимального урізання його фінансування) утиснути всю систему у прокрустове ложе власних уявлень про її європейську (а точніше «західну», євро-американську) модель.

Але слід зазначити два принципових аспекти. По-перше, сама «західна» модель охорони здоров'я знаходиться у кризі, що від світового медичного співтовариства вимагає термінового перегляду її методичних засад [1–5].

По-друге, не можна нехтувати власним вітчизняним досвідом та доробками у галузі методичних підходів до перегляду існуючої системи охорони здоров'я, а також досвідом інших пострадянських держав [6–11].

В обох випадках мова йде про перегляд існуючої парадигми охорони здоров'я.

Слід зазначити, що у методології науки під поняттям парадигми розуміють усіма визнані наукові досягнення, які дозволяють науковому співтовариству протягом певного часу мати модель постановки проблем та їх рішень [12].

Медицина не виняток.

Суть парадигми охорони здоров'я полягає у сукупності прийнятих суспільством і професійним медичним співтовариством знань та методологічних підходів до вирішення проблем здоров'я. При цьому способи досягнення цієї мети змінювалися протягом століть, охоплюючи весь спектр підходів – від емпірики до системного аналізу.

У ХХ столітті в розвинених країнах стратегія охорони здоров'я неодноразово переглядалася. До 60-х років в її основі лежала боротьба з епідемічними інфекціями, а пізніше – захист від хронічних захворювань неінфекційної природи. У наші дні центр уваги переноситься не тільки на пацієнта або людину з групи ризику, а і на відтворення здорового населення, турботу про народження

© В.М. Лісовий, В.О. Коробчанський, О.В. Веремієнко, 2015

здорової дитини. В останні роки на державному рівні в розвинених країнах стали визнавати міжгалузевий характер охорони здоров'я громадян. У рамках цих стратегій формувалася нині діюча парадигма охорони здоров'я, а також чинники та умови, що призвели до її кризи.

Підсумовуючи дію численних факторів, що зумовлюють зміну парадигми існуючої охорони здоров'я і, відповідно, необхідність її реформування, слід виділити такі напрямки: 1) зміни в системі медико-біологічних і демографічних чинників, середовища проживання, ментальності людини; 2) підвищення ролі соціально-економічних факторів і добробуту у формуванні суспільного здоров'я; 3) зростання вартості медичної допомоги, перевищення потреб охорони здоров'я у фінансуванні над можливостями держави; 4) зміна ролі охорони здоров'я в системі охорони громадського здоров'я; 5) становлення правової та доказової медицини, стандартизація медичної діяльності [13].

Становлення нової парадигми охорони здоров'я відбувається не тільки в Україні чи у постсоціалістичних країнах. Це характерно для всіх держав світу.

Становлення нової парадигми завжди відбувається в рамках старої парадигми завдяки появі нових альтернативних теорій і ідей, коли консенсус щодо старої парадигми (яка існувала раніше) порушений, а нові фактори зовнішнього і внутрішнього середовищ зумовлюють необхідність нової парадигми.

До подібної нової альтернативної теорії ми відносимо методологію медицини граничних станів. Ця ідея була сформульована в нашому університеті у 2013 році [14]. Вона заснована на понятті донозологічної діагностики, сформульованому на початку 80-х років минулого століття представниками лєнінградської наукової медичної школи [15]. Ідея отримала творчий розвиток у працях вітчизняних фахівців: Бачерікова Н.Є., Воронцова М.П., Сердюка А.М., Трахтенберга І.М., Бардова В.Г., Сергети І.В., Вітрішак С.В. та ін. [16–20]. В історичному аспекті ідея походить своїми коріннями з уявлень К. Галена [21] про «третій стан людини» (не хвороба, але й не здоров'я), у якому, за спостереженням видатного лікаря античності, довгий час знаходиться більшість людей.

В основі теорії медицини граничних станів лежить поняття донозологічної діагностики, яке являє собою систему мислення та практичних дій, спрямовану на встановлення і корекцію граничних станів у контексті їх виникнення під впливом факторів ризику (чинників довкілля та успадкованих чинників).

Протягом останніх двадцяти років ідея сформувалася в теорію, підтверджену в результаті планових лабораторних і натурних експериментів, які на основі міжкафедральної інтеграції та за замовленням МОЗ України проводилися в ХНМУ [22–27]. Досліджувалися процеси і явища, які супроводжували як зворотна реакція різні види зовнішнього впливу. Розглядалися різні за походженням чинники довкілля, виробничого та соціального середовищ. Оцінювали силу зворотної реакції організму залежно від ступеня вираженості чинників ризику (від надвисокої до малої інтенсивності) та їх сполучення (ізолюваного, сполученого, комбінованого характеру). Враховували індивідуальні, видові, спадкові, статеві та гендерні особливості досліджуваних.

Науковий продукт, отриманий у результаті всіх цих інноваційних досліджень, дозволив прийти до нового розуміння закономірностей патогенезу – побачити здоров'я і хворобу, як критичні прояви одного процесу – саногенезу, між якими лежить широкий діапазон донозологічних станів.

Для визначення всього комплексу діагностичних, профілактичних та запобіжних заходів, спрямованих на зниження ризику і попередження захворювань різної етіології, нами був уведений принципово новий термін – *медицина граничних станів* (англ.: *medicine of borderline conditions*; рос.: *медицина пограничных состояний*).

Кардинальні зміни наших уявлень про формування здоров'я, що виникли у зв'язку з цим, неминуче привели до перегляду існуючої парадигми охорони здоров'я, зміни самої його концепції.

Традиційна модель охорони здоров'я заснована на чіткому безальтернативному розумінні категорій «здоров'я» і «хвороба», що передбачає нібито стрибкоподібний перехід від одного стану до іншого (від фізіологічного до патологічного), рис. 1.

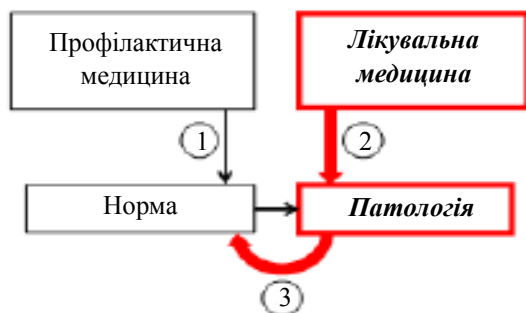


Рис. 1. Існуюча парадигма охорони здоров'я:
1 – виявлення та усунення чинників ризику;
2 – клінічна діагностика, лікування, реабілітація; 3 – відновлення здоров'я

Але, як показує лікарський досвід, це не зовсім так. Розвитку клінічних форм захворювань (різного генезу: психічних, психосоматичних, соматичних) передують дисфункціональні порушення, які є наслідком безпосереднього та (або) опосередкованого впливу на організм певного кола чинників ризику, яким людина протистоїть із захисними силами індивідуально набутого та генетично зумовленого характеру. Для цього процесу характерним є «ефект накопичення», який відповідає діалектичному принципу переходу від кількісних змін до якісних.

При традиційній методології мав місце необґрунтований поділ медицини на профілактичну та лікувальну галузі, що, у свою чергу, формалізувало і вихолостило термін лікувально-профілактичний заклад (зробивши їх фактично «лікувальницями») і призвело до реформування (шляхом фактичної ліквідації) санітарно-епідеміологічну службу. Врешті-решт ми традиційно лікуємо не хворого, а хворобу – нозологічну одиницю за шаблонними протоколами.

Нова парадигма охорони здоров'я заснована на теорії медицини граничних станів (рис. 2).

На підставі науково обґрунтованих даних стверджується, що розвитку клінічних форм захворювань різного генезу передують дисфункціональні порушення, що носять донозологічний характер. Дані відхилення можуть бути виміряні, оцінені та систематизовані.

При цьому своєчасне виявлення даних граничних станів, виявлення та усунення факторів ризику їх виникнення та їх медична корекція сприяють збереженню і зміцненню здоров'я.

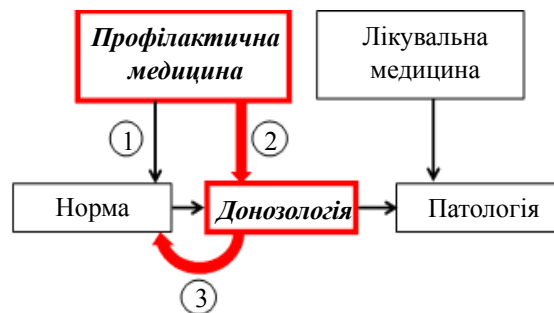


Рис. 2. Нова парадигма охорони здоров'я:
1 – виявлення та усунення чинників ризику;
2 – донозологічна діагностика та корекція функціонального стану; 3 – відновлення здоров'я

Особливо слід відмітити, що матеріальні витрати на донозологічну діагностику, які включають оцінку ризиків виникнення захворювання (вимір чинників ризику, дослідження функціонального стану організму), а також упровадження спрямованих профілактичних заходів (громадського та індивідуального характеру) незрівнянно менше, ніж на весь комплекс лікувально-діагностичних та реабілітаційних заходів у разі розвитку захворювання. Крім того, попереджувальні заходи, на відміну від лікувальних, проводять без відриву працюючого від виробництва, а адресний їх характер передбачає спрямованість фінансування на конкретні індивідууми та популяції, які відносяться до груп ризику.

Мова йде про нову парадигму медицини, яка передбачає зміщення акцентів від понять норми і патології до поняття донозонологія, а також від лікувального напрямку медицини до профілактичного.

Реалізація запропонованої концепції можлива при виконанні ряду обов'язкових загальноприйнятих вимог.

I. Широка диспансеризація населення з використанням сучасних високочутливих методів оцінки функціонального стану організму та якості середовища мешкання; запровадження та стандартизація експрес-методів і скринінгових методів обстеження населення та виміру чинників ризику.

II. Моніторинг здоров'я населення на індивідуальному, популяційному та державному рівнях з обов'язковим короткостроковим та вірогідним довгостроковим прогнозуванням його розвитку у зв'язку із якістю та безпекою довкілля та умов праці.

III. Проведення адресних (виключно за об'єктивними показаннями) особистих та громадських заходів з первинної профілактики захворювань, спрямованих на усунення чинників ризику та підвищення неспецифічної стійкості та специфічної опірності організму.

Викладена концепція відповідає сучасним уявленням про нову «західну» модель охорони здоров'я, в основу якої передбачається покласти принципи доказової та страхової медицини [28, 29].

Крім того, і це, мабуть, найважливіше, запропонована нова парадигма охорони здоров'я орієнтована не на хвору, а на здорову людину, а отже, наповнює реальним змістом термін «охорона здоров'я».

Таким чином, медицина граничних станів, – це найбільш прогресивна і перспективна

на сьогодні модель управління здоров'ям, в основі якої лежить принципово нова концепція – цілеспрямована профілактика на основі діагностики та корекції передпатологічних станів.

Висновки

1. Результати аналізу стану та тенденцій розвитку світової і вітчизняної медицини свідчать про неминучість зміни парадигми охорони здоров'я.

2. Медицина граничних станів є науково обґрунтованою методологічною основою побудови нової моделі охорони здоров'я, яка відповідає реаліям ХХІ століття.

3. Практична реалізація концепції медицини граничних станів передбачає виконання таких принципів, як диспансеризація населення, моніторинг громадського здоров'я та первинна профілактика захворювань.

Список літератури

1. Health policy responses to the financial crisis in Europe / P. Mladovsky, D. Srivastava, J. Cylus [et al.] // World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. – 2012. – Режим доступу : <http://www.euro.who.int>.
2. Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ (заключительный доклад). – Копенгаген, 2014. – 274 с.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2012 г.: Курс на благополучие / Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро. – 2012. – 45 с. – Режим доступа : euro.who.int.
4. EUROSTAT 2013. Statistics database [Онлайн]. European Commission. – Available : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.
5. Vlachadis N. Increase in stillbirths in Greece is linked to the economic crisis / N. Vlachadis, E. Kornarou. – BMJ. – 2013. – V. 346. – P. f1061.
6. Таранюк Г. П. Кризис здравоохранения в Украине: институциональный аспект / Г. П. Таранюк // Часопис Академії адвокатури України. – 2014. – № 1. – С. 167–168.
7. Досвід розбудови регіональних систем охорони здоров'я: Дніпропетровська область / В. Г. Гінзбург, В. М. Лехан, Я. С. Березницький [та ін.] // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2009 рік. – К., 2010. – С. 254–268.
8. Крячкова Л. В. Медико-соціальне обґрунтування системи забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / Л. В. Крячкова. – Харків, 2015. – 44 с.
9. Шарабчиев Ю. Т. Новая парадигма здравоохранения: причины, обуславливающие необходимость смены парадигмы / Ю. Т. Шарабчиев // Медицинские новости. – 2005. – № 3. – С. 11–22.
10. Комаров Г. А. От новой парадигмы здравоохранения к государственно-общественной системе здравоохранения / Г. А. Комаров // Медицинский онлайн журнал для врачей и пациентов. – Режим доступа : <http://www.medcom.spb.ru/publ/info/1056>.
11. Шарман А. Персональная медицина: новая парадигма здравоохранения: Выступление на TEDx Nazrabayev University, 30 января 2013 г. / А. Шарман. – Режим доступа : <http://www.zdrav.kz>.

12. Кун Томас. Структура наукових революцій / Томас Кун. – К. : Port-Royal, 2001. – 228 с.
13. Шарабчиев Ю. Т. Новая парадигма здравоохранения и основные направления адекватных реформ / Ю. Т. Шарабчиев, Т. В. Дудина // Медицинские новости. – 2006. – № 11. – С. 66–79.
14. Лісовий В. М. Медицина граничних станів: теорія і практика донозологічної діагностики / В. М. Лісовий, В. А. Капустник, В. О. Коробчанський // Науковий журнал МОЗ України. – 2013. – № 2 (3). – С. 49–60.
15. Кошель Н. Ф. Проблемы гигиенической донозологической диагностики в современной медицине / Н. Ф. Кошель, М. П. Захаренко, Г. В. Селюжицкий // Гигиена и санитария. – 1992. – № 11 (12). – С. 14–17.
16. Бачериков Н. Е. Психогигиена умственного труда учащейся молодежи / Н. Е. Бачериков, М. П. Воронцов, Э. И. Добромиль. – К. : Здоров'я, 1988. – 165 с.
17. Сердюк А. М. Гігієнічна наука – від сучасності до майбуття / А. М. Сердюк // Гігієнічна наука та практика: сучасні реалії : матеріали XV з'їзду гігієністів України (21 вересня 2012 р., Львів). – Львів, 2012. – С. 5–8.
18. Трахтенберг И. М. Очерки физиологии и гигиены труда пожилого человека / И. Трахтенберг, А. Поляков. – К. : Авіценна, 2007. – 272 с.
19. Сергета І. В. Донозологічні зрушення у стані психічного здоров'я: сучасні психогігієнічні підходи до тлумачення, діагностики та оцінки / І. В. Сергета // Науковий журнал МОЗ України. – 2013. – № 3 (4). – С. 36–49.
20. Вітрищак С. В. Гігієнічні основи психодіагностики та реабілітації соціально дезадаптованих дітей : автореф. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.02.01 «Гігієна та професійна патологія» / С. В. Вітрищак. – К., 2009. – 37 с.
21. Солопова М. А. Гален / М. А. Солопова // Античная философия: Энциклопедический словарь. – М., 2008. – С. 245–251.
22. Биохимические аспекты экологической патологии, связанной с химическим загрязнением поверхностных источников водоснабжения / Н. Г. Щербань, В. И. Жуков, В. В. Мясоедов, Ю. К. Резуненко. – Харьков : Раритеты Украины, 2011. – 176 с.
23. Капустник В. А. Інтенсивність вільнорадикальних процесів та ендогенної інтоксикації у хворих на професійні пилові захворювання бронхолегеневої системи / В. А. Капустник, О. Г. Мельник // Медицина сьогодні і завтра. – 2012. – № 3–4 (56–57). – С. 158–162.
24. Завгородній І. В. Кріотоксикологія – право на існування / І. В. Завгородній, Р. О. Бачинський // Сучасні проблеми токсикології. – 2011. – № 5 (55). – С. 41.
25. Коробчанський В. А. Биохимические критерии донозологической и ранней клинической диагностики вибрационной болезни под действием локальной вибрации / В. А. Коробчанский, И. В. Новикова, О. И. Герасименко // Медицина сьогодні і завтра. – 2011. – № 4 (53). – С. 139–144.
26. Коробчанський В. О. Психогігієнічна характеристика властивостей особистості студентів вищих медичних навчальних закладів / В. О. Коробчанський, О. Г. Резниченко // Проблеми інтеграції української медичної освіти у світовий простір : матеріали Всеукр. навч.-наук. конференції (21–22 травня 2009 р., Тернопіль). – Тернопіль : ТДМУ «Укрмедкнига», 2009. – С. 93–95.
27. Старусева В. В. Проблема організації системи гігієнічного контролю за функціонуванням шкіл сприяння здоров'ю в Україні / В. В. Старусева // Гігієна населених місць. – 2004. – Вип. 43. – С. 26.
28. Ключин Д. А. Доказательная медицина. Применение статистических методов / Д. А. Ключин, Ю. И. Петунин. – М. : Диалектика, 2007. – С. 320.
29. Алексеев В. А. Проблемы здравоохранения США и предпринимаемая реформа / В. А. Алексеев, К. Н. Борисов, С. В. Рожецкая // Научно-практический медицинский журнал. – 2011. – Т. 2 (1). – Режим доступа : <http://www.rosmedportal.com>.

В.Н. Лесовой, В.А. Коробчанский, О.В. Веремienko

МЕДИЦИНА ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ И НОВАЯ ПАРАДИГМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

На основании анализа состояния и тенденций развития мировой и отечественной медицины обоснована неизбежность смены существующей парадигмы здравоохранения. Собственные научные разработки теоретического и экспериментального характера позволяют утверждать, что наиболее перспективной методологической основой модели будущей отечественной системы здравоохранения является медицина пограничных состояний.

Ключевые слова: медицина пограничных состояний, охрана здоровья, новая парадигма, донозоология, профилактическая медицина.

V.N. Lesovoy, V.A. Korobchanskiy, O.V. Veremienko

MEDICINE OF BORDERLINE CONDITIONS AND NEW PARADIGM OF HEALTH CARE

Inevitability of change of health care paradigm is substantiated based on analysis of national and foreign medicine state and tendencies. Own scientific theoretical and experimental concept formation allows asserting that medicine of borderline conditions is the most perspective methodological basis for the future national system of health care.

Key words: medicine of borderline conditions, health care, new paradigm, prenozology, preventive medicine.

Поступила 16.06.15