

УНИФИКАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ К ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Ш. М. Вахитов

*Научно-производственное объединение «Татмединформ»
(генеральный директор — Ш. М. Вахитов) МЗ Татарстана*

Актуальность проблемы, вынесенной в заголовок, обусловлена несколькими причинами.

Во-первых, это необходимость развертывания действенной системы мер, позволяющих предупреждать заболевания. Здоровье людей всех возрастов и социальных групп в настоящее время не имеет, к сожалению, тенденции к улучшению, а во многих случаях и ухудшается. Происходит это в основном за счет хронических неинфекционных заболеваний, на профилактику которых в первую очередь и следует нацеливать здравоохранение.

Во-вторых, традиционная (на протяжении десятилетий) ориентация врачей на лечение больных привела к тому, что иной деятельности многие из них для себя просто не представляют. Это положение усугубляется сейчас по крайней мере еще двумя обстоятельствами: а) переходом к страховой медицине, ибо в процессе этого перехода объективно требуется много времени и внимания организации лечебного процесса и профилактики как бы отходит на второй план; б) профессиональной неподготовленностью медиков к проведению и организации профилактической работы с учетом специфических особенностей различных контингентов и слоев населения, мест проживания и работы. В вузах подобные вопросы если и затрагиваются, то никак не в связи с практической работой по предупреждению заболеваний и сохранению здоровья людей.

В-третьих, специалистам в области управления здравоохранением, видно, что пора серьезно приниматься за проблемы профилактики. И целесообразно, а с научно-практической точки зрения и более эффективно придерживаться при этом определенных единых правил, которые позволили бы в дальнейшем сопоставлять итоги работы как по качеству профилактики, так и по разным патологическим состояниям и среди различных

контингентов населения. Это возможно при создании унифицированных схем (подходов) к проведению профилактики различных заболеваний.

Исходя из изложенного, была предпринята попытка сформулировать общие принципы организации профилактической работы, составить унифицированную схему ее проведения, определить возникающие при этом трудности и разработать рекомендации по организации профилактической работы на современном уровне.

1. Общие принципы. Распространенные рекомендации оздоровительного характера (свежий воздух, витамины, правильный режим питания) имеют определенную ценность для привития людям навыков здорового образа жизни. Однако при профилактике конкретных заболеваний на первый план выходят экологические, генетические, конституциональные, социальные, экономические, демографические и иные факторы. Только комплексная их оценка у конкретного человека позволит определить риск возникновения того или иного заболевания и дать соответствующие индивидуальные рекомендации.

Даже индивидуализированная профилактическая работа не даст эффекта, если не будет контроля за выполнением рекомендаций с последующей оценкой динамики здоровья и коррекцией поведения человека.

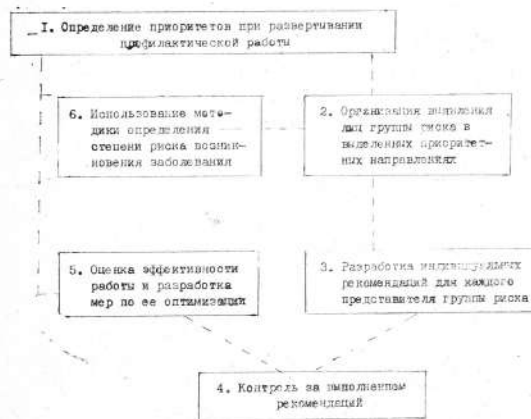
Вся работа по сохранению и укреплению здоровья среди определенных контингентов населения должна быть измеряема.

Невозможно проводить профилактику всех заболеваний сразу у всего населения. С позиций экономики здравоохранения и с учетом чисто физических возможностей работников отрасли целесообразно выявление приоритетных (для отдельных административных территорий, контингентов населения) направлений профилактики, выделение лиц группы риска (ЛГР) по соответствующим заболева-

ниям и целенаправленная работа по предупреждению у них заболеваний.

Можно назвать следующие основные принципы организации профилактической работы: индивидуализация, контроль за выполнением рекомендаций, измеримость, работа с ЛГР.

2. Унифицированная схема организации профилактической работы. Перечисленные выше принципы позволяют построить унифицированную схему, которую можно использовать для организации профилактики многих заболеваний (см. рис.). Части 1—5 схемы соответствуют приведенным принципам. Часть 6 выделена из части 2, так как по внутреннему содержанию они различны и изменять их можно по отдельности. Вообще характерной чертой предлагаемой схемы является то, что каждая составляющая ее часть, оставаясь инструментом достижения вполне конкретной цели, может по своему содержанию изменяться в зависимости от имеющегося научно-практического потенциала, вида патологии, характеристик лечебно-профилактического учреждения, особенностей населения и т. п.



3. Трудности реализации схемы. Нами проводилась работа по созданию систем профилактики определенных заболеваний (например, сахарного диабета) в соответствии со схемой. Все связанные с ее реализацией трудности можно разделить на две группы: общего характера и обусловленные конкретизацией схемы, ее

«привязкой» к той или иной патологии.

Трудности общего характера связаны с необходимостью вложения значительных средств без получения в ближайшей перспективе ощутимых сдвигов в здоровье населения, с плохим обеспечением оргтехникой, в первую очередь современными компьютерами, отсутствием постоянного учета сведений о каждом человеке из оздоравливаемого контингента. Оценка реалий сегодняшнего дня, основанная на учете названных трудностей общего характера, показывает, что целенаправленная профилактика хронических неинфекционных заболеваний возможна, в первую очередь, в форме целевых комплексных программ, объединяющих усилия представителей многих отраслей экономики и властных структур.

Трудности, связанные с конкретизацией схемы, главным образом обусловлены тем, что оптимальное ее использование возможно в режиме экспертной системы (ЭС). Однако их создание и общение с ними требуют определенной квалификации и навыков, которыми работники здравоохранения, представители администрации и общественных организаций в большинстве своем не располагают. Выход из положения видится лишь в привлечении (по крайней мере, на первых порах) специалистов, которые могли бы разработать ЭС, и обучить будущих пользователей взаимодействию с ними.

4. Рекомендации по созданию ЭС на базе унифицированной схемы организации профилактической работы. основополагающим звеном в схеме является часть 5. Это обусловлено тем, что до последнего времени фактически не существовала система оценки профилактической работы, позволяющая измерять ее качественные и количественные параметры, а также интегрировать их. Эта система должна обеспечить единообразие оценок и возможность сопоставлять и сравнивать профилактические работы как между собой, так и в динамике.

Все остальные части схемы могут значительно варьировать в зависимости от многих обстоятельств. Важно сохранить их взаимоотношения и логическую последовательность [1]. При этом часть 1 реализуется преим-

щественно органами здравоохранения или руководителями медицинских учреждений с учетом данных о специфике заболеваемости населения, часть 2 — организаторами здравоохранения (скорее всего, с использованием инструмента выборочного и эпидемиологического обследования). Для наполнения содержанием частей 3 и 6 необходимо привлечение высококвалифицированных врачей — специалистов и лиц, умеющих формулировать для них вопросы, формализовать полученные ответы, строить логические структуры методов выявления риска и выработки рекомендаций, — так называемых инженеров знаний. В разделах 3 и 6 найдут отражение и вопросы, касающиеся влияния на здоровье людей факторов окружающей среды. Часть 4 в плане реализации на практике может представлять, пожалуй, самые большие трудности. Для создания правил контроля понадобятся

ся те же специалисты, что и для частей 3 и 6. Но непосредственный контроль за выполнением рекомендаций может и будет осуществляться очень разными способами: в форме самоконтроля, контроля представителями общественных организаций и врачей, администрации предприятий и пр.

Таким образом, для сохранения здоровья людей необходима целенаправленная профилактическая работа по специальным программам в масштабах каждого учреждения и органа здравоохранения административной территории с вложением денежных средств, привлечением материальных и людских ресурсов, построением оздоровительных комплексов, специальным организационно-управленческим обеспечением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вахитов Ш. М./Сов. здравоохран. — 1988. — № 3. — С. 45 — 48.

Поступила 22.09.93.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 615.453

ПЕРОРАЛЬНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ

Р. И. Мустафин

Кафедра технологии лекарств (зав. — проф. Л. А. Поцелуева)
Казанского медицинского университета

Применение пролонгированных средств позволяет получить длительный терапевтический эффект при однократном приеме, избежать колебания концентрации лекарственных веществ (ЛВ) в организме, снизить их токсичность и побочное действие, что в конечном итоге удобно для больного и медицинского персонала. Кроме того, применение пролонгированных лекарственных препаратов (ЛП) дает возможность уменьшить суточную дозу ЛВ, а следовательно, и потребность в них, что соответственно делает лечение более экономичным.

Наиболее обширной и широко представленной как на зарубежном, так и на отечественном фармацевтическом рынке группой пролонгированных ЛП являются пероральные системы доставки, выпускаемые чаще всего в виде капсул или таблеток.

К настоящему времени в научной и патентной литературе используется несколько терминов, обозначающих лекарственные формы (ЛФ) пролонгированного действия, причем такое же разнообразие терминов существует и в англоязычных публикациях [5, 6]. Ввиду крайней затруднительности в дифференцировании имеющихся ЛП, а также поступающих из-за рубежа мы посчитали целесообразным привести перечень терминов и дать характеристику наиболее часто встречающимся (см. табл.).

Терминология пролонгированных лекарственных препаратов

Английский термин	Русский аналог
Prolonged* release preparations formulations	ЛП с пролонгированным высвобождением
Controlled* release	ЛП с контролируемым (регулируемым, программируемым) высвобождением
Sustained*, slow, delayed, extended release	ЛП с замедленным высвобождением
Timed release, long acting	ЛП продленного действия
Repeat* action	ЛП повторного действия
Depo-preparations	депо-препараты

* наиболее употребляемые термины.

Существующие термины далеко не все равнозначны. Так, наиболее часто встречающееся обозначение «sustained» подразумевает ЛП, в котором высвобождение ЛВ из ЛФ начинается по истечении определенного (заданного) времени с момента ее введения. В случае использования ЛП пролонгированного действия