**Концепция формирования целостной системы эндоэкологической реабилитации во всех звеньях практического здравоохранения на основе принципа и методов детоксикации** **экологического пространства клетки путем управления гуморальным транспортом во внесосудистом отделе**

В новых экологических и социально-экономических условиях традиционные региональные программы "Здоровье" не дают ожидаемых результатов. Абсолютная зависимость преобразований в здравоохранении от экономических успехов в обществе, отсутствие стабильных источников финансирования, изменение медико-демографических показателей здоровья населения, особенно в малых городах (развитие их по регрессивному типу), низкая мотивация здоровья, медленное внедрение современных эффективных медицинских технологий еще больше усугубили кризис существующей системы здравоохранения.

Переход к бюджетно-страховой медицине в условиях малых городов, особенно если в них не развита промышленность, имеет существенные сдерживающие моменты. Выделяемых средств по обязательному медицинскому страхованию (по принципу подушевого финансирования), едва хватает на заработную плату медицинского персонала. Под угрозой находится дальнейшее развитие профилактического и лечебно-оздоровительного направления первичной медико-социальной помощи из-за недостаточного финансирования всей системы здравоохранения и служб социальной защиты, из-за отсутствия механизмов поощрения и заинтересованности медицинских работников в этом важном разделе работы. Большие сложности возникают при развитии специализированной медицинской помощи в связи с высокой ее стоимостью.

Но не только экономические трудности, но и качество и объем медицинской помощи играют одну из ведущих моментов в оценке эффективности реализации программ по оздоровлению населения. Анализ структуры смертности, особенно среди лиц трудоспособного возраста. снижение рождаемости, рост экологически зависимых заболеваний, экспертная оценка качесгва оказания медицинской помощи во всех звеньях медико-социальной помощи населению города Пущина и эффективности использования медицинских кадров показали, что в течение ближайших 10-15 лет приоритетными для малых городов должны стать в порядке значимости следующие направления:

1. Постепенный переход к институту врачей общей практики и развитие семейной медицины переподготовка участковых терапевтов, педиатров, акушеров-гинекологов и подготовка молодых специалистов.

2. Дальнейшее совершенствование медико-социальной помощи женщинам и детям:

а) работа АТПК

б) участкового педиатра в детских дошкольных учреждениях по принципу "единый педиатр"

в) организация общегородского школьного реабилитационно-профилактического кабинета/центра

г) создание службы психологической помощи в городе

д) постоянная работа школы "здорового образа жизни", самоконтроля и способа регуляции основных функциональных систем организма

е) организация Фонда "Здоровье детям" для экспертизы качества оказания медико-социальной помощи семьям, привлечения внебюджетных средств финансирования индивидуальных программ ЭРЛ-К.

3. Укрепление служб реанимации, интенсивной терапии, скорой медицинской помощи, лечебно-диагностических подразделений экстренной медицинской помощи, особенно их кадрового потенциала и повышение качества их медицинского и лекарственного обеспечения.

4. Организация мониторинга экологически значимых патологических состояний и разработка программ эндоэкологической иммуннореабилитации на всех уровнях организаций медико-социальной помощи. Совершенствование работы Центра клинической иммунологии и эндоэкологии

5. Перестройка стационарной медицинской службы с организацией дневного стационара, стационара на дому, стационара короткого пребывания пациентов, стационара сестринского ухода. Расширение функциональных обязанностей среднего мед.персонала.Работа фельдшерских бригад по контролю за состоянием здоровья престарелых лиц и за пациентами, имеющими тяжелые хронические заболевания и организация эндоэкологической реабилитации на дому.

6. Техническое перевооружение и укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений.

7. Децентрализация системы управления на региональном уровне, передача основных фондов звену первичной медико-социальной помощи населению города (открытие субсчетов каждому врачу общей практики и специализированным службам), оценка эффективности их деятельности по конечному результату с акцентом на профилактику.

8. Переход от преимущественно лечебной медицины к профилактической, оздоровление условий жизни людей, обеспечение заинтересованности каждого в сохранении своего здоровья. В социальном аспекте основное внимание должно быть уделено первичной профилактике, в задачи которой входит создание и разработка условий, способствующих сохранению здоровья и уменьшению негативного влияния факторов риска.

Вторичная профилактика направлена на возможно раннее выявление заболеваний путем скрининга и мониторинга. Третичная профилактика направлена на предупреждение обострений, перехода болезней из легкой стадии в более тяжелую, приводящую к инвалидности и смерти. В медицинском аспекте это профилактика болезней и других негативных последствий жизнедеятельности человека и профилактика как укрепление и совершенствование здоровья людей.

Опыт работы с населением по вопросам профилактики показывает малую эффективность вторичной и третичной профилактики, а скудное финансирование практически на нет свело усилия по первичной профилактике. Потребовался новый подход к организации лечебно-оздоровительных мероприятий уже на семейном уровне.

В основу системного подхода семейной профилактики и оздоровления заложено обучение населения основам эндоэкологии, навыкам гигиены, идеологии здорового образа жизни, принципам самоконтроля и саморегуляции основных физиологических систем организма, экологическое воспитание. Обучение ведут детей и их родителей, используя игровые приемы, красочные буклеты, музыку и т.д., не делая ставки на быстрый эффект, а постепенно изменяя сознание пациентов и повышая их ответственность за свое здоровье.

При оценке же эффективности деятельности первичной медикосоциальной помощи следует включать следующие показатели:

соответствие обследования и лечебно-оздоровительных мероприятий медико-экономическим стандартам

качество диагностики морфо-функциональных отклонений и эффективность эндочкологических реабилитационных мероприятий, снижение частоты вновь выявленных хронических заболеваний у детей и подростков:

частота и длительность обострений хронических заболеваний

расхождение поликлинических диагнозов и диагнозов стационара

удовлетворенность пациентов качеством и объемом оказанной медицинской помощи.

Статистика нарастающего ухудшения здоровья по г. Пущине согласуется с данными по Российской Федерации (Венедиктов А. В., 1994; Баранов А.А., 1995). Все новые физические, химические и биологические факторы окружающей среды ухудшают экологию клетки организма человека. Даже после кратковременного воздействия этих неблагоприятных факторов в организме накапливаются токсины и запускается патологическая цепь причинно-следственных отношений, ведущих к развитию интоксикоза и экологической болезни. Экологическая болезнь длительное время может себя не проявлять. Такое скрытое развитие делает се особенно опасной, так как клинические признаки нередко появляются тогда, когда организму нанесен значительный или непоправимый вред. Любой патогенный фактор может создать условия проявления токсического эффекта поступающих в организм других биологически чуждых веществ (Левин Ю.М., 1969-1995 гг.: Истамов X.И., 1994; Рузыбалиев Р.М. 1987 и др.). Клинические проявления экологической болезни чрезвычайно многообразны. Появляется общее недомогание, быстрая утомляемость, чувство разбитости, вялость, необъяснимая агрессивность или депрессия, нарушения аппетита, сна, снижение работоспособности. Затем присоединяются частые простудные и/или-инфекционные заболевания. Дальнейшее развитие патологического процесса зависит от нарушения эндоэкологического балланса в том или ином органе "мишени" или системе. Профилактика и лечение эндоэкологической патологии в основном базируется на общеукрепляющей и симптоматической терапии. В основе лежат средства и методы коррекции тканевого и лимфососудистого транспорта. Были созданы принципы и методы лечения путем стимуляции лимфатического дренажа тканей, лимфососудистого транспорта, барьерной функции лимфатических узлов, что повышало иммунитет. Созданная теория управления гуморальным транспортом в системе: кровеносный капилляр -интерстиций -лимфатический капилляр и разработанные средства и методы, позволили в десятки раз усилить эффект детоксикации.

По данным ведущих специалистов-лимфологов для того, чтобы приблизиться к клетке, любая поступившая из кровеносного капилляра молекула должна пройти во внеклеточном веществе путь, который если его перевести из микроскопических масштабов в макроскопические, составил бы в ряде тканей даже не сантиметры, а метры. Этот путь преодолевается с помощью молекул воды. Она же осуществляет и эвакуацию выделенных клеткой метаболитов. Обеспечение чистоты среды обитания клеток эволюционно оказалось важнее, чем обеспечение питания: последнее доставляет только одна транспортная система кровеносная, а очистительную функцию осуществляют две кровеносная и лимфатическая.

Как уже говорилось, проникшие в организм экологические яды концентрируются в межклеточном веществе. Процесс очищения складывается из двух этапов:

(1) удаления ядов из межклеточного вещества в лимфу и кровь,

(2) наружного их выведения.

За первый этап ответственен тканевой гуморальный транспорт, за второй экскреторные процессы.

Биология и медицина, токсикология и профпатология накопили колоссальный материал о реакции организма на токсичные вещества и яды. При всей специфичности экологического отравления, некоторые из накопленных сведений чрезвычайно важны. Для рассматриваемой нами проблемы особое значение имеют данные о многообразии механизмов действия ядов и, в частности, свидетельства того, что во многих случаях оно не связано с необратимым повреждением клеточной структуры или образорванием стойких комплексов "рецептор+яд". Весьма частым является вариант, когда токсичное вещество распределяется в околоклеточном пространстве и угнетает жизнедеятельность клеток опосредованно через нарушения обменных процессов. Между поступлением яда и гибелью клеток оказывается временной интервал, предоставляющий реальный шанс убрать его из околоклеточного вещества. При другом механизме комплексообразовании яда с клеточными рецепторами возникающие комплексы зачастую не отличаются стойкостью. Это позволяет, не повредив клетку, освободить ее от яда и затем очистить от него околоклеточное вещество. Кроме того, не всегда проникший в клетку яд сразу же ее убивает. Клетка самоочищается, выделяя токсичные метаболиты в межклеточное вещество. Наличие такого рода механизмов высвечивало перспективность идеи детоксикации внеклеточного сектора.

При хронической экологической интоксикации в крови, составляющей 5% массы организма, содержится весьма незначительная часть токсинов, распределившихся по всем водным фазам и составляющим 70-75% массы организма. Удаление токсинов из крови без их удаления из других водных сред не дает радикального эффекта. Токсины покидают межклеточное вещество с большим трудом. Именно это потребовало стимулирующих воздействий на водный транспорт.

Естественно, что средства и методы, входящие в лечебно-оздоровительный комплекс ЭРЛ-К, во многом отличаются от используемых в больничных условиях. На фоне воздействий на лимфатическую систему и гуморальный транспорт в определенной последовательности осуществляется оптимизация функций иммунитета, обмена веществ. пищеварительной, выделительной и других систем, проводится общеукрепляющая терапия и многие другие виды оздоровления. Из комплекса ЭРЛ-К исключены травмирующие пациента процедуры.

Использование с целью детоксикации плазмофереза и гемосорбции оказывает эффект, когда значительная часть токсинов все же проникает через грудной проток в кровь. При длительной хронической шпоксикации малых, цл лсснобиотиковэчи травмирующие методы не оказывают должного эффекта, так как кровь составляет лишь 5% массы тела.

Воздействия же на функции лимфатической системы, интерстециальный и гуморальный транспорт отличаются простотой, доступностью и высокой эффективностью.

Особое практическое значение приобрели варианты очищения экологического пространства клеток по Левину и выведение токсических метаболитов из организма, что позволило сформировать систему Атравматической эндоэкологической реабилитации (ЭРЛ-К):

осуществлять детоксикацию на клеточном уровне

улучшать метаболизм на клеточном уровне

усиливать функцию экскреторных органов и выведение из организма токсических метаболитов

усиливать функции лимфатических узлов

блокировать лимфогенное метастазирование (микроорганизмов, поврежденных и патологически измененных клеток, токсинов)

увеличивать накопление лекарственных препаратов в патологическом очаге

устранять лекарственную непереносимость, уменьшать токсическое действие лекарств

ускорять мобилизацию иммунитета

коррегировать свертываемость жидких сред (лимфы, тканевой жидкости, крови)

В процессе широкого практического применения системы эндоэкологической реабилитации автором были внесены дополнения:

санация хронических очагов инфекции (особое внимание обращалось на санацию полости рта и носоглотки)

нормализация микрофлоры кишечника

стабилизация психо-эмоционального статуса

коррекция осанки и нормализация физиологических функций организма

обучение пациентов основам рационального питания, самоконтроля за клиническими проявлениями и самокоррекции по предложенной врачом программе.

В комплекс ЭРЛ-К включены: питание и диета, очищение кишечника, прямое и непрямое дуоденальное зондирование, стимуляция гуморального транспорта и лимфатического дренажа ионофорезом террилитином и/или с помощью приема настоев лекарственных растений, усиление детоксикационной функции печени (желчегонные препараты, настои трав), энтеросорбция, ферменты, эубиотики, пищевые добавки, лечение хронических очагов инфекции с использованием не только антибиотиков, вводимых эндолимфатически или лимфотропно, но и специфической иммунотерапии (вакцины, анатоксины, фаги и др.), применение витаминов и микроэлементов, специальных видов массажа, физиои гидропроцедур, психогимнастики и психо-эмоциональной релаксации с аутотреннровкой, обучение пациентов основам рационального пивания, самоконтроля и самокоррекции.

Нарушение иммунитета является одним из ранних проявлений эндоэкологической болезни. Неспецифические воздействия на стимуляцию гуморального транспорта приводят к нормализации показателей иммунитета. К специальным средствам, стимулирующим фагоцитоз, клеточный или гуморальный иммунитет, следует прибегать только при условии сохранения иммунологических нарушений после проведения курса ЭРЛ-К.

Алгоритм применения курса ЭРЛ-К:

I. Дома поддерживающая терапия, на основе знаний, полученных в "Школе здоровья", нормализация образа жизни, фитотерапия, диета, физическая активность, гидропроцедуры, аутогенная тренировка.

II. В детских дошкольных учреждениях, школах, студенческих обшежитиях, здравпунктах "Школа здоровья", 3 раза в год профилактические 10 дневные курсы сорбентов, фитотерапии, зубиотиков, витаминов с микроэлементами.

III. В поликлинике (ОВЛ, дневной стационар) "Школа здоровья", полный курс эндоэкологической реабилитации диета, фитотерапия, стимуляция гуморального транспорта и лимфатического дренажа, сорбенты, зубиотики и т.д.

IV. В стационаре лимфотропное или эндолимфатическое введение медикаментов, специфическая иммунотерапия, курс ЭРЛ-К по полной программе.

V. В Центре эндоэкологии и клинической иммунологии подготовка кадров для первичного звена медико-социальной помощи, "Школа здоровья", весь комплекс ЭРЛ-К, неспецифические и специфические воздействия на иммунную систему.

Предложенная целостная система эндоэкологической иммуннореабилитации во всех звеньях практического здравоохранения позволяет проводить научно-обоснованную патогенетическую терапию, улучшать экологическое пространство клетки, стабилизировать показатели здоровья в регионе, научить пациентов основам саморегуляции и самоконтроля. Данный метод атравматичен, технически прост, не требует больших финансовых затрат, но значительно улучшает качество жизни пациентов данного региона. При таком подходе соблюдается преемственность в оказании лечебно-оздоровительной помощи и имеется единый организационно-методический центр, что значительно улучшает качество первичной медико-социальной помощи населению малых городов.