

УДК 616-08-039.57+362.147

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА

¹Зуйкова А.А., ¹Романова М.М., ²Нехаенко Н.Е., ²Остроушко Н.И.

¹ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»

Министерства здравоохранения РФ, Воронеж, e-mail: mmromanova@mail.ru;

²Департамент здравоохранения Воронежской области, Воронеж

В статье изложены результаты изучения, оценки и анализа некоторых особенностей результатов проведения диспансеризации в первичном звене здравоохранения региона Российской Федерации. Проведенное исследование позволяет утверждать, что всеобщая диспансеризация позволит оптимизировать комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий в отношении пациентов всех возрастных, социальных и нозологических групп; работу врачей общей практики и участковых терапевтов по оказанию первичной медико-санитарной помощи населению; организацию и качество медицинской помощи на всех этапах и уровнях системы отечественного здравоохранения. Это все приведет в перспективе к уменьшению распространенности и смертности от хронических неинфекционных заболеваний и улучшению демографической ситуации в стране.

Ключевые слова: население, диспансеризация, факторы риска, группа здоровья, хронические неинфекционные заболевания, здравоохранение

ASSESSMENT OF SOME FEATURES OF RESULTS OF MEDICAL EXAMINATION OF THE POPULATION IN PRIMARY LINK OF HEALTH CARE OF THE REGION

¹Romanova M.M., ¹Zuykova A.A., ²Nekhayenko N.E., ²Ostroushko N.I.

¹Voronezh State Medical Academy of N.N. Burdenko of Ministry of Health of the Russian Federation,

Voronezh, e-mail: mmromanova@mail.ru;

²Department of health care of the Voronezh region, Voronezh

In article results of studying, an assessment and the analysis of some features of results of carrying out medical examination in primary link of health care of the region of the Russian Federation are stated. The conducted research allows to claim that general medical examination will allow to optimize a complex of preventive, medical and diagnostic and rehabilitation actions concerning patients of all age, social and nosological groups; work of general practitioners and local therapists on rendering primary medical and sanitary help to the population; the organization and quality of medical care at all stages and levels of system of domestic health care. Everything will lead it in the long term to reduction of prevalence and chronic noninfectious diseases mortality and improvement of a demographic situation in the country.

Keywords: population, medical examination, risk factors, group of health, chronic noninfectious diseases, health care

«Глобальное бремя и угроза неинфекционных заболеваний – это один из основных вызовов развитию в XXI веке, который подрывает социально-экономическое развитие во всем мире и ставит под угрозу достижение согласованных на международном уровне целей в области развития...» – записано в политической декларации совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, принятой резолюцией 66/2 Генеральной Ассамблеи от 19 сентября 2011 года [1].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) поставила перед мировым сообществом цель – охрана и укрепление здоровья населения за счет «обеспечения ориентиров для развития устойчивых действий на общинном, национальном и глобальном уровнях, которые, взятые воедино, приведут к сокращению показателей заболеваемости и смертности, связанных с нездоровым рационом питания и недоста-

точной физической активностью», что отмечено в Глобальной стратегии ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья [1, 15]. При этом определены основные задачи, в том числе «сокращение факторов риска неинфекционных болезней в результате нездорового рациона питания и недостаточной физической активности за счет решительных действий в области общественного здравоохранения, а также мер по укреплению здоровья и профилактике болезней; расширение общего осознания и понимания роли рациона питания и физической активности как детерминантов здоровья населения и положительного потенциала профилактических мероприятий» и ряд других [3]. Все это претворяется в жизнь в нашей стране и на законодательном, и на исполнительном уровне [2, 4-6,8].

Создание целой сети Центров здоровья в нашей стране – одно из ключевых мер по реализации мероприятий, направленных

на формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации [4]. Центры здоровья «рассчитаны на здорового человека, повышая уровень его знаний, информированности и практических навыков по ведению здорового образа жизни», их работа «направлена на развитие у населения приверженности к лечению заболеваний, соблюдению рекомендаций врача для повышения качества жизни, продления жизни, сохранения и восстановления трудоспособности и активного долголетия» [2, 7, 10, 11].

В 2012 году приказом Министерства здравоохранения РФ N 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» [4] определены цели диспансеризации: 1) раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ основных ФР их развития (повышенный уровень АД, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая ФА, избыточная масса тела или ожирение), 2) определение группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными ХНИЗ – и (или) факторами риска их развития, с иными заболеваниями (состояниями), для здоровых граждан; 3) проведение краткого профилактического консультирования граждан с выявленными ХНИЗ – и (или) факторами риска их развития, здоровых граждан, индивидуального углубленного профилактического консультирования и группового профилактического консультирования (школ пациента) граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском; 4) определение

группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными ХНИЗ, иными заболеваниями (состояниями), с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском.

Цель исследования – изучение, оценка и анализ некоторых особенностей результатов проведения диспансеризации в первичном звене здравоохранения Воронежской области в 2013 году.

Материалы и методы исследования

Нами были проанализированы статистические отчетные данные итогов и результатов проведения диспансеризации населения различных возрастных групп в первичном звене здравоохранения Воронежской области в 2013 году. Всего обследовано 380 157 пациентов, из них 172 178 мужчин, 207 979 женщин. В настоящем исследовании использовались клинические данные и методы исследования, анкетированный опрос, статистические отчетные формы, статистические методы исследования. Анкетированный опрос, проводимый в ходе проведения диспансеризации в первичном звене здравоохранения Воронежской области, осуществлялся по специально разработанной анкете, заполняемой пациентами. Анкета включала 10 вопросов с различными вариантами ответов. Полученные данные обрабатывали статистически с помощью программ «Microsoft Excel» 5.0 и «Statistica» 6.0 for Windows.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно полученным данным по итогам диспансеризации населения распределение по группам здоровья по гендерным признакам тмело некоторые особенности., Так, среди мужского населения первая группа здоровья была установлена у 34,82% обследованных, вторая – у 19,34%, третья – у 45,84% (рис. 1.А), а среди женского населения 50,1% – установлена третья группа здоровья и лишь 31,21% и 18,44% (соответственно) первая и вторая группы здоровья (рис. 1.Б).

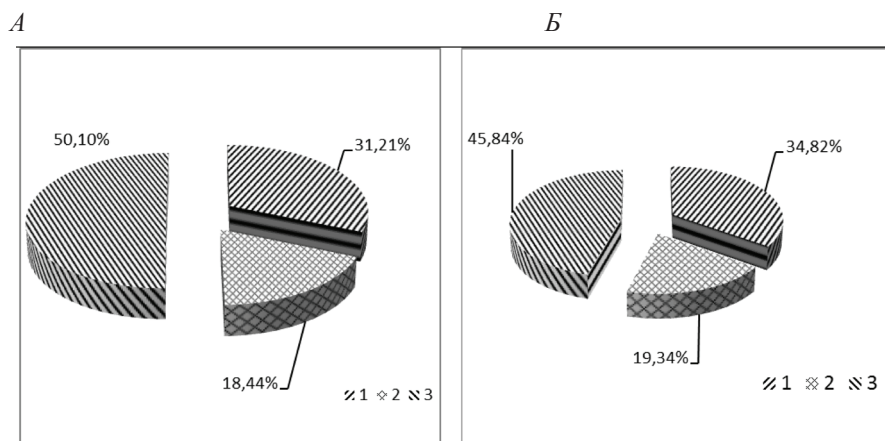


Рис. 1. Особенности распределения по группам здоровья мужского (А) и женского (Б) населения: 1 – первая группа здоровья, 2 – вторая группа здоровья, 3 – третья группа здоровья

Оценка структуры населения, прошедшего диспансеризацию, показала, что около половины из них (48,96%) – работающие граждане, неработающих – 45,45%, обучающихся в образовательных учреждениях – около 4% (рис. 2). При анализе структуры направления населения по итогам диспансеризации выявлено, что по 28% из числа прошедших диспансери-

зацию (соответственно) были направлены на лечение и диспансерное наблюдение, 38,9% направлены на дополнительное диагностическое обследование (для уточнения диагноза), 2,4% направлены для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, 1,67% направлены на санаторно-курортное лечение (рис. 3).

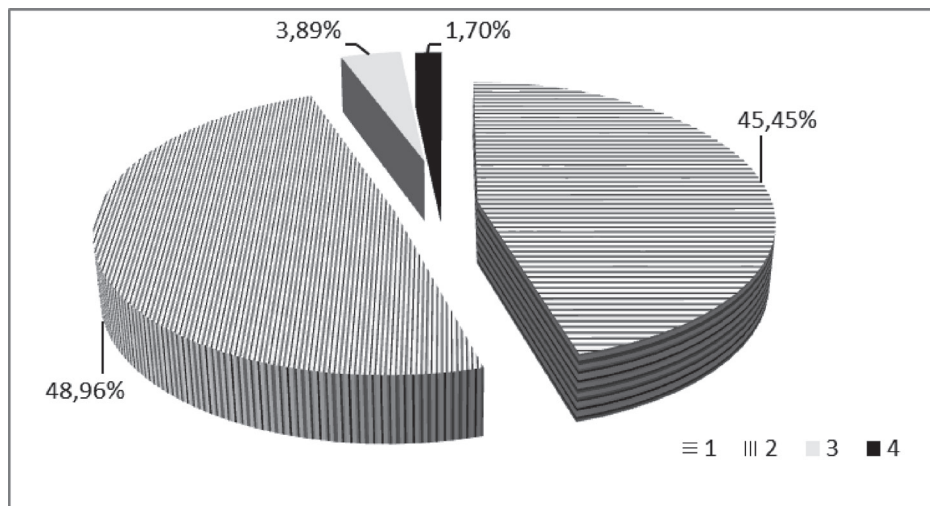


Рис. 2. Структура населения, прошедшего диспансеризацию:
1 – работающие граждане, 2 – неработающие граждане, 3 – обучающиеся в образовательных организациях по очной форме, 4 – инвалиды Великой Отечественной войны

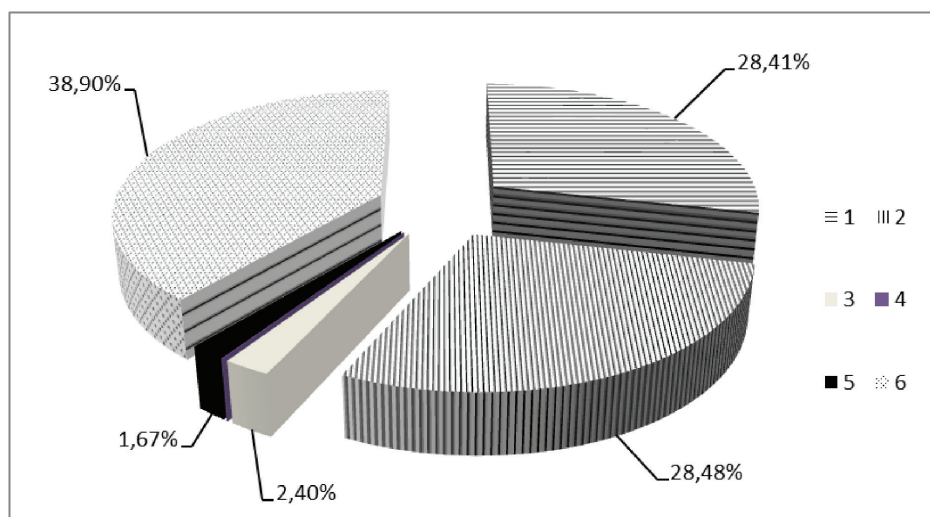


Рис. 3. Структура направления по итогам диспансеризации населения:
1 – установлено диспансерное наблюдение, 2 – назначено лечение, 3 – направлено на дополнительное диагностическое исследование, не входящее в объем диспансеризации, 4 – направлено для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, 5 – направлено на санаторно-курортное лечение

Структура пациентов, направленных на лечение и подлежащих диспансерному наблюдению, по гендерным и возрастным особенностям представлена на рис. 4 и рис. 5.

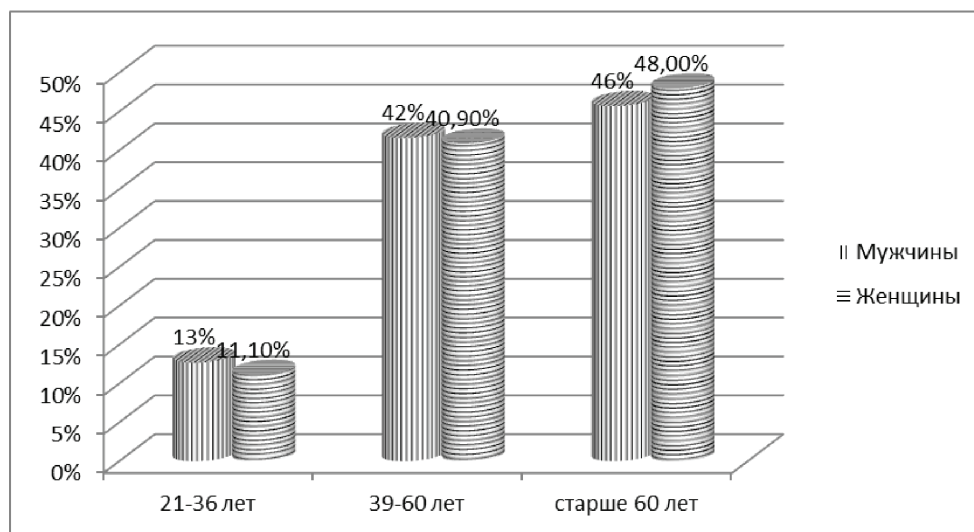


Рис. 4. Структура контингента пациентов, которым назначено лечение

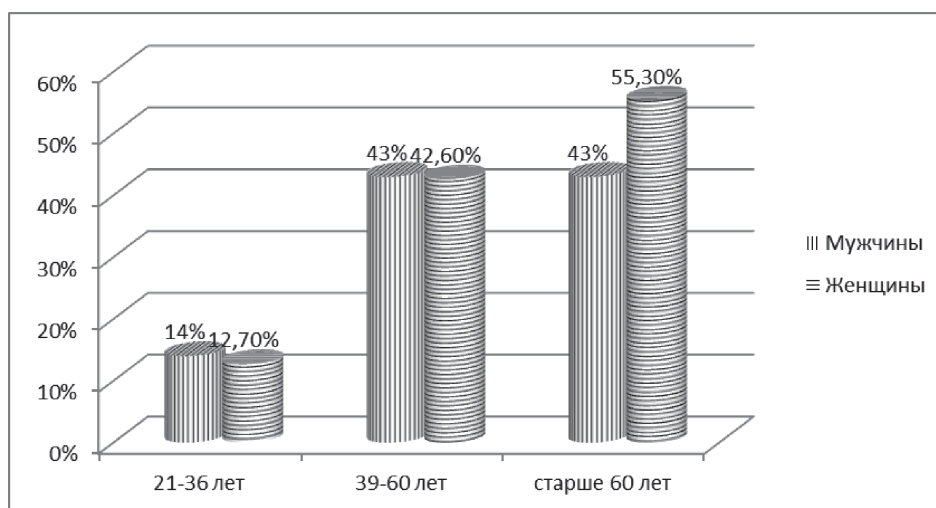


Рис. 5. Структура контингента пациентов, которым установлено диспансерное наблюдение

Согласно статистической обработке данных, полученных в ходе анкетированного опроса, 41% пациентов рассматривают цели диспансеризации как «выявление всех имеющихся заболеваний», 30% – как «выявление факторов риска». 95% пациентов удовлетворены организацией и результатами диспансеризации, что является, безусловно, важнейшей позитивной позицией. У 98% пациентов в ходе диспансеризации проведено профилактическое консультирование. 93% и 94% пациентов (соответственно) намерены выполнять врачебные предписания и вести здоровый образ жизни, что свиде-

тельствуют о высокой мотивации пациентов к сохранению своего здоровья.

Повышение мотивации населения на здоровье, на ответственное отношение к собственному здоровью должно проводиться не только при проведении диспансеризации, но и на всех этапах и уровнях оказания медицинской помощи населению, и в том числе в первичном звене здравоохранения, в Центрах здоровья, отделениях и кабинетах медицинской профилактики. А результаты такой работы свидетельствует об эффективности мероприятий первичной, вторичной и третичной профилактики,

в том числе психологического консультирования и работы Школ здоровья [8, 9, 12, 13,14].

Заключение

Таким образом, при анализе выявлены определенные гендерные и возрастные особенности итогов и результатов проведенной диспансеризации населения в первичном звене здравоохранения Воронежской области. Полученные данные позволяют предположить, что всеобщая диспансеризация способна оптимизировать комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий в отношении пациентов всех возрастных, социальных и нозологических групп, работу врача общей практики и участкового терапевта по оказанию первичной медико-санитарной помощи населению, организацию и качество медицинской помощи на всех этапах и уровнях системы отечественного здравоохранения. В результате диспансеризации, профилактических осмотров и динамического диспансерного наблюдения должно произойти на отдельных территориальных участках и в целом по стране увеличение количества граждан I группы здоровья и снижение количества пациентов с 3 группой здоровья. Это все приведет к уменьшению распространенности и смертности онкоинфекционных заболеваний и улучшению демографической ситуации в стране.

Список литературы

1. Глобальная стратегия ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья, утвержденная Всемирной ассамблеей здравоохранения, резолюция 57.17 от 22 мая 2004 года. www.who.int/hpr/global.strategy.shtml.
2. Голикова Т.А. Здоровый образ жизни нации: проблемы и перспективы. Вестник ассоциации заслуженных врачей. 2009; 1 (6): 8-13.

3. Политическая декларация Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, резолюция 66/2 Генеральной Ассамблеи от 19 сентября 2011 года. www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/diseases_politdecl.shtml.

4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 г. N 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».

5. Приказ Министерства здравоохранения РФ N 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»

6. Распоряжение правительства РФ от 25 октября 2010 г. №1873-р «Об утверждении Основ государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года».

7. Романова М.М., Панюшкина Г.М., Гладышева Е.С., Веденина Г.Д. Анализ распространенности избыточной массы тела и ожирения среди населения, в том числе детского Воронежской области. // Вопросы детской диетологии. 2012; т.10, 3: 47-49.

8. Романова М.М. Ретроспективный анализ организации лечебного питания: теоретические и практические аспекты. // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2010; т.9, 2: 401-409.

9. Романова М.М., Махортова И.С. Способ коррекции избыточной массы тела. // Патент на изобретение RU 2491967 16.04.2012.

10. Романова М.М., Погожева А.В., Гладышева Е.С., Веденина Г.Д. Особенности фактического питания и пищевого статуса разных групп населения, в том числе детского, по данным посещений Центров здоровья // Вопросы детской диетологии. 2013; т.11, 1: 15-18.

11. Романова М.М., Погожева А.В., Гладышева Е.С., Веденина Г.Д. Особенности совершенствования медицинской помощи по профилю Диетология в Воронежской области // Вопросы питания. 2013; т.82, 1: 59-63.

12. Романова М.М., Махортова И.С. Оценка возможностей организации Школ здоровья с участием психиатра и диетолога // Прикладные информационные аспекты медицины. 2012; т. 15, 2-2: 61-64.

13. Романова М.М., Зуйкова А.А. Анализ гастроэнтерологической патологии, пищевого поведения, фактического питания среди населения по данным посещений Центра здоровья // Фундаментальные исследования. 2014; 2: 151-155.

14. Романова М.М., Алексенко А.С., Музалькова Т.И., Степанова Л.А. Оценка возможностей модификации факторов риска развития неинфекционных заболеваний в Центре здоровья // Профилактическая медицина. 2012; т. 15, 2: 122.

15. WHO: Obesity: preventing and managing the global epidemic // Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000.