**УДК: 616.61-002.3**

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ**

*Кулмаганбетова Л.Д.*

*Городская поликлиника №6 г. Тараз*

В статье представлена методика комплексного социально-гигиенического исследования, которая способствовала изучению основных показателей общественного здоровья населения, определению групп риска возникновения заболеваний, влияющих на продолжительность и качество жизни населения с последующей разработкой и реализацией эффективных технологий диспансеризации. В качестве маркеров инновационных технологий диспансеризации целесообразно рассматривать пациентов с установленным риском и диагнозами: артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет, так как эти заболевания возникают на фоне достаточно управляемых факторов риска, они чаще всего приводят к временной и стойкой утрате трудоспособности, преждевременной смертности пациентов от осложнений.

**Ключевые слова:** диспансеризация, поликлиника, инновационные технологии, профилактика

**INNOVATIVE TECHNOLOGIES OF MEDICAL EXAMINATION**

**IN THE CONDITIONS OF CITY POLICLINIC**

*Kulmaganbetova L.D.*

In article the technique of complex social and hygienic research which promoted studying of the main indicators of public health of the population, definition of groups of risk of emergence of the diseases influencing duration and quality of life of the population with the subsequent development and realization of effective technologies of medical examination is presented. As markers of innovative technologies of medical examination it is expedient to consider patients with the established risk and diagnoses: the arterial hypertension, coronary heart disease, a chronic obstructive illness of lungs, diabetes as these diseases arise against enough operated risk factors, they lead to temporary and permanent disability, premature mortality of patients from complications more often.

**Key words:** medical examination, policlinic, innovative technologies, prevention

**ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯНЫҢ ИННОВАЦИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ ҚАЛАЛЫҒЫ ЕМХАНА ШАРТТАРЫНДАҒЫ**

*Л.Д.Құлмағанбетова*

Бапта тұрғынның қоғамдық денсаулығының негiзгi көрсеткiштерiнiң зерттеуiне мүмкiндiк туғызатын кешендi әлеуметтiк - гигиеналық зерттеудiң әдiстемесi келесi өңдеуi бар тұрғынның ұзақтық және тұрмыс сапасына және диспансеризацияның тиiмдi технологияларының iске асыру ықпал ететiн ауруларды пайда болудың қатер топтарының анықтауына елестеткен. Таңбалағыштар ретiнде инновациялық технологиялардың диспансеризациялары қойылған тәуекелi бар емделушiлер және диагноздармен орынды қарау: жеңiл, сусамыр тамыр гипертониясы, жүректiң ишемия ауруы, созылмалы обструктивтiсi ауру, бұл аурулар өйткенi фондарда пайда болады белгiнiң факторлардың басқарылулары, олар жеткiлiктi кедергiлерден уақытшаға және еңбек ету қабiлетiнен айырылуға, емделушiлердiң мезгiлсiз өлiм-жiтiмiнiң бағандарымен жиiрек алып келедi.

**Негiзгi сөздер**: диспансеризация, емхана, инновациялық технологиялар, профилактика

Здоровье населения играет важнейшую роль в экономическом, социальном и культурном развитии общества. Сохранение здоровья – важнейшая государственная задача. Утрата здоровья и трудоспособности создает множество медицинских, социальных, экономических и демографических проблем, требующих решения [1]. Ухудшение показателей здоровья населения, особенно ярко проявившееся в начале 90-х годов прошлого столетия, связано как с трудностями решения социально-экономических реформ, так и с накопившимися проблемами в самом здравоохранении. Такими проблемами для здравоохранения являлись и остаются недостаточное финансирование, низкий уровень качества медицинской помощи, недостаточная квалификация медицинских работников, устаревшая материально-техническая база, низкая заработная плата, недоверие населения качеству оказываемой помощи [2].

В последнее время состояние здоровья населения вызывает озабоченность государственных институтов, широкой общественности и органов управления здравоохранением [3]. Поэтому общественное здоровье рассматривается как ведущий системообразующий фактор национальной безопасности [4].

Свертывание профилактической деятельности в лечебно-профилактических учреждениях повлекло за собой значительную потерю людских и материальных ресурсов. Отсутствие программ всеобщей диспансеризации сказалось, прежде всего, на снижении контроля за состоянием здоровья трудоспособного населения и особенно работающего контингента [5]. В сложившихся социально-экономических условиях, как никогда, возникает острая потребность разработки и внедрения инновационных технологий охраны и укрепления здоровья населения [6]. Важную роль в решении рассматриваемой проблемы призвана сыграть диспансеризация населения, основанная на инновационных технологиях профилактики, диагностики, лечения и реабилитации [7].

Концепция развития системы здравоохранения в Республике Казахстан в числе основных функций амбулаторно-поликлинического уровня провозглашает диспансеризацию населения с выделением групп риска по развитию социально-значимых неинфекционных заболеваний и разработку индивидуальных программ профилактики (коррекция образа жизни, превентивное лечение), а также диспансерное наблюдение (и углубленные осмотры) за лицами, относящимися к группам риска и хроническими больными.

**Цель исследования** – улучшение общественного здоровья путем разработки и внедрения инновационных технологий диспансеризации населения с последующей оценкой эффективности.

**Материалы и методы исследования.** В целях изучения влияния инновационных технологий диспансеризации на эффективность здравоохранения в качестве маркеров рассматривались пациенты амбулаторно-поликлинического учреждения с установленными диагнозами заболеваний: артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет.

Важное место при оценке эффективности диспансеризации отводилось динамике заболеваемости, первичному выходу на инвалидность, смертности в трудоспособном возрасте.

В основу разработки инновационной модели диспансеризации населения легли данные о состоянии здоровья населения. Формирование рассматриваемой модели предусматривало разработку концепции медицинской профилактики заболеваний, влияющих на продолжительность и качество жизни населения, включая стандарты профилактики, определение реальной потребности населения в диспансеризации, в том числе профилактических и реабилитационных технологиях.

В целях разработки, апробации и внедрения конкретных технологий диспансеризации важное место отводилось изучению распространенности факторов риска возникновения у пациентов таких заболеваний, при которых возможна коррекция риска их развития.

При этом оценивалась существующая система диспансеризации. Особое внимание уделялось вопросам организации, финансирования и эффективности использования ресурсов. Для определения реальной потребности в инновационных технологиях диспансеризации применительно к рассматриваемым видам заболеваний и оценке эффективности использовались стандарты профилактики, диагностики и лечения заболеваний. Оценка эффективности инновационных технологий диспансеризации проводилась в двух аспектах путем определения медицинской, социальной эффективности.

Изучение общественного здоровья и организации медицинской помощи, в том числе диспансеризации, разработка инновационных моделей ее организации с последующей оценкой эффективности осуществлялась на основе системного подхода.

Системный анализ использован при разработке комплекса мероприятий по совершенствованию амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению на принципы врача общей практики. Он включал в себя такие методы, как: информационно-аналитический, статистический, социологический. Весь статистический материал обработан по общепринятым в статистике методам.

При обработке базового материала использован современный статистический пакет прикладных программ «Statistica» V.6.0 for Windows. Форматирование и обработка банка данных осуществлялась на персональных компьютерах IBM PC с использованием прикладных программ MS Office.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В структуре причин смертности в течение пятилетнего периода наблюдения (2005-2010 гг.) преобладали болезни системы кровообращения (9,30‰±3,05‰), несчастные случаи, отравления и травмы (3,28‰ ±0,80 ‰), новообразования (2,10‰ ±0,51 ‰), болезни органов дыхания 0,92‰ ±0,31‰), болезни органов пищеварения (0,68‰ ±0,04 ‰).

Изучение общей заболеваемости населения позволило установить, что ее уровень увеличился с 1340‰ в 2005 г. до 1549‰ – в 2010 г. Анализ структуры общей заболеваемости показал, что наибольшее число обращений было обусловлено болезнями органов дыхания (317,4‰ ±8,0 ‰), системы кровообращения (153,3‰ ±5,5 ‰), костно-мышечной системы (129,7‰ ±5,1 ‰), несчастными случаями, отравлениями и травмами (127,0‰ ±5,0 ‰), болезнями глаза и его придаточного аппарата (105,3‰ ±4,6 ‰).

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности имела тенденцию к снижению с 61,7 случаев в 2005 г. до 42,7 случаев в 2010 г. на 100 работающих. Изучение структуры распространенности заболеваемости с временной утратой трудоспособности (в расчете на 100 работающих) свидетельствовало, что наиболее часто утрата трудоспособности наступала в результате заболеваний органов дыхания (27,8 ±2,4), травм и отравлений (15,3±1,7), болезней костно-мышечной системы (15,3±1,9), системы кровообращения (6,7±1,4), органов пищеварения (5,7±1,1).

Показатель первичного выхода на инвалидность на 10 тыс. взрослого населения имеет тенденцию к повышению с 91,6 в 2005 г. до 181,0 – в 2010 г. В структуре первичного выхода на инвалидность превалируют болезни системы кровообращения (52,0±10,1), новообразования (15,2 ±1,8), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (12,8 ±2,7), травмы и отравления (9,0±0,7).

Анализ основных показателей здоровья населения и их структуры позволил оценить сложившуюся потребность изучаемого контингента в медицинской помощи, в том числе диспансеризации населения.

Объем посещений в поликлинике и на дому увеличился с 9877,2 в 2005 г. до 9941,0 – в 2010 г. в расчете на 1000 населения. Число посещений на жителя в рассматриваемый период соответствовало 9,8-10,8.

Произошло увеличение удельного веса посещений поликлиники с профилактической целью с 28,5 % в 2005 г. до 36,8% - в 2010 г.

На основании данных профосмотров разрабатывалась программа проведения оздоровительных мероприятий. В соответствии с потребностями лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, в условиях стационара было пролечено 95,4% - 96,6%. То есть, потребность в стационарной помощи была удовлетворена практически полностью. Санаторно-курортное лечение получили 7,0% - 12,4% диспансеризуемых.

Определенный интерес представляет изучение динамики количества лиц с хроническими заболеваниями, находившихся под диспансерным наблюдением. Рассматриваемый показатель увеличился с 221,0 в 2005 г. до 286,0 – в 2010 г.

Научной основой профилактики заболеваний является концепция факторов риска. Доказано, что распространенность отдельных форм неинфекционной патологии (ишемической болезни сердца, инфаркт миокарда, инсульт, сахарный диабет и др.) значительно выше, чем это определяется на основе клинических наблюдений и данных обращаемости за медицинской помощью, что напрямую связано с факторами риска, воздействие которых на организм достоверно повышает вероятность возникновения и развитие этих болезней.

Теория факторов риска позволяет выдвинуть и приступить к реализации концепции конструирования, создания здоровья (promotion of health), состоящее из двух фаз: фазы преодоления, уменьшения действия факторов риска и фазы создания здоровья, его формирования (собственно promotion). В целях апробации инновационных технологий диспансеризации с использованием стандартов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации с последующей оценкой эффективности разрабатывались стандарты медицинских технологий профилактики заболеваний, влияющих на уровень смертности, продолжительности и качества жизни.

В процессе практической реализации технологий профилактики заболеваний в поликлинике большое внимание отводилось центрам медицинской профилактики или отделению медицинской профилактики. Работа по медицинской профилактике проводилась на массовом, групповом и индивидуальных уровнях.

Особое внимание при организации школ здоровья уделялось пациентам с факторами риска и больным, у которых выявлялись заболевания. В поликлинике функционирует школы здоровья по артериальной гипертонии, по сахарному диабету, по бронхиальной астме и по хроническим обструктивным болезням легких. Установлено, что из числа лиц с впервые выявленной артериальной гипертонией прошли обучение в школе – 85,8%; сахарным диабетом – 91,5%; бронхиальной астмой – 86,7%.

На этапе вторичной профилактики неинфекционных заболеваний с целью раннего их выявления предусмотрены дополнительные углубленные обследования пациентов с выявленными факторами риска. Дополнительные исследования проводились лицам, имеющим факторы риска по артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, хронических обструктивных болезнях легких и сахарному диабету.

Выделение лиц, имеющих факторы риска по указанным заболеваниям, проводилось преимущественно при дополнительной диспансеризации работающих.

На 1000 прошедших диспансеризацию к группе риска возникновения артериальной гипертонии отнесено 385,4 обследованных; ишемической болезни сердца – 261,4; сахарным диабетом – 616,8; хроническими обструктивными болезнями легких – 117,9 обследованных.

Среди обследованных к группе риска на каждую 1000 обследованных выявлено 327,9 случаев артериальной гипертонии, из них у 251,4 обследованных заболевание выявлено в ранней стадии.

Распространенность ишемической болезни сердца составила 169,8 на 1000 обследованных. У 134,4 прошедших диспансеризацию из группы риска заболевание выявлено в ранней стадии.

Частота возникновения сахарного диабета в группе риска составила 138,6. При этом все случаи выявлены в ранней стадии.

Определенный интерес представляют данные о распространенности хронических обструктивных болезней легких. На 1000 обследованных группы риска выявлено 102,5 случая рассматриваемых заболеваний, в том числе 62,5 случая – в ранней стадии.

Все лица с впервые выявленными заболеваниями прошли амбулаторно–поликлиническое или стационарное лечение. Направление на лечение осуществлялось в соответствии со стандартами медицинских технологий. Лечение проводилось на этапах, адекватных состоянию здоровья лиц с выявленными заболеваниями.

В процессе работы проводилась оценка эффективности дополнительной диспансеризации. Для определения эффективности диспансеризации в качестве индикаторов внедрения стандартов медицинской профилактики использовались стандарты профилактики по следующим нозологиям: артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, хронические обструктивные болезни легких и сахарный диабет.

Реализованный комплекс лечебно–оздоровительных мероприятий способствовал тому, что среди лиц группы риска с впервые в жизни установленным диагнозом артериальная гипертония 11,5% отказались от вредных привычек (курение, употребление спиртных напитков); с диагнозом ишемическая болезнь сердца - 20,4%; с сахарным диабетом – 32,5 %; с диагнозом хронических обструктивных болезней легких – 23,4%.

Из числа диспансеризуемых показатели конечных результатов деятельности при реализации стандартов профилактики артериальной гипертонии были достигнуты в 98%; ишемической болезни сердца – 64,7%; сахарного диабета – в 72%; хронических обструктивных болезнях легких – в 75,2%.

Разработанная концепция профилактики заболеваний, влияющая на продолжительность и качество жизни населения, позволила обеспечить доступность мероприятий по экспресс-оценке состояния здоровья и оздоровлению населения вне зависимости от социального статуса, уровня доходов и места жительства; сочетание общих мероприятий по профилактике заболеваний, влияющих на продолжительность и качество жизни, и коррекции факторов риска среди населения; непрерывность оздоровительных мероприятий в течение всей жизни человека; ответственность человека за свое здоровье и здоровье своих близких; направленность на количественную оценку резервных возможностей организма и их коррекцию для реализации человеком потенциалом здоровья; многоуровневого подхода к организации оздоровительных и профилактических мероприятий с учетом потребности населения, отдельных социальных, профессиональных и возрастных групп; единства всей системы охраны здоровья населения независимо от территориальных разграничений; использования опыта межсекторального сотрудничества с целью разработки оптимальных подходов к решению проблем сохранения и укрепления здоровья, повышения качества жизни; использование результатов научных исследований при разработке и реализации программ медицинской профилактики заболеваний, влияющих на продолжительность и качество жизни, с учетом необходимости выявления и устранения основных факторов риска, оказывающих негативное влияние на здоровье населения и отдельных его групп; единства медико-профилактической и экономической эффективности системы медицинской профилактики.

Изучение динамики показателей общественного здоровья населения свидетельствует о том, что уровень первичной заболеваемости увеличился с 771,3±0,5 до 819,3±0,6 (р=0,031), общей заболеваемости с 1435,6±0,7 до 1542,3±0,6 (р=0,042).

Показатели, характеризующие госпитализированную заболеваемость имели противоположную тенденцию и были соответственно равны 227,5±1,8 и 225,4±1,7 на 1 000 населения (р=0,045).

Показатели с временной утратой трудоспособности, также как и показатели госпитализированной заболеваемости имели тенденцию к снижению. Количество случаев утраты составило 51,2±0,06 и 50,5±0,06 (р=0,038); дней утраты трудоспособности 744,1±0,2 и 726,0±0,2 (р=0,041) на 100 работающих при средней продолжительности одного дня соответственно 14,6±0,01 и14,6±0,01 (р=0,021).

Первичный выход на инвалидность трудоспособного населения характеризовался уменьшением соответствующих показателей, с 78,3±0,7 до 75,7±0,7 в расчете на 10 000 изучаемого контингента (р=0,039).

Смертность в трудоспособном возрасте составила 10,3±0,08 (2005-2010 гг.), тогда как в 2011 г. - 9,0±0,07 (р=0,042) на 1000 населения трудоспособного возраста

Таким образом, сформированная методика комплексного социально-гигиенического исследования способствовала изучению основных показателей общественного здоровья населения, определению групп риска возникновения заболеваний, влияющих на продолжительность и качество жизни населения с последующей разработкой и реализацией эффективных технологий диспансеризации. При изучении влияния перспективных технологий диспансеризации на эффективность здравоохранения в качестве маркеров целесообразно рассматривать пациентов с установленным риском и диагнозами: артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет, так как эти заболевания возникают на фоне достаточно управляемых факторов риска, они чаще всего приводят к временной и стойкой утрате трудоспособности, преждевременной смертности пациентов от осложнений.

Группа риска возникновения артериальной гипертонии составила 38,54%±1,5 % обследованных, в том числе в возрасте до 30 лет - 4,86%±0,7%; ишемической болезни сердца -26,14%±1,4%, в том числе в возрасте до 50 лет - 5,79±0,7%; сахарного диабета – 6,68±1,5%; хронических обструктивных болезней легких – 11,79±1,02%. Полученные данные позволили определить реальную потребность населения в реализации перспективных технологий диспансеризации.

Показатели конечных результатов реализации перспективных технологий диспансеризации больных артериальной гипертоний были достигнуты в 98% случаях, в том числе в возрасте до 30 лет - в 82,5%, ишемической болезни сердца - в 64,7%, в том числе в возрасте до 50 лет – в 57%, сахарного диабета - в 72%, в том числе в возрасте до 30 лет -в 18 %, хронической обструктивной болезни легких - в 75,2%.

**Список использованной литературы:**

1 Аксенов В.А. Доказательная профилактика или диспансеризация: что же нам нужно? // Профилактическая медицина. 2007. Т. 10. № 2. С. 40-47.

2 Гасанова А.З. Качество диспансеризации работающего населения в городских поликлиниках // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2011. № 4. С. 38-40.

3 Алексеева С.В., Кореннова О.Ю. Дополнительная диспансеризация работающего населения как способ выявления факторов риска развития и ранних стадий сердечнососудистых заболеваний // Российские медицинские вести. 2009. Т. 14. № 3. С. 56-61.

4 Юбрина И.В., Немышева О.А. Дополнительная диспансеризация: вопросов больше, чем ответов // Российский семейный врач. 2008. Т. 12. № 1. С. 35-38.

5 Шильникова Н.Ф., Сенижук А.И., Томских Э.С. Дополнительная диспансеризация работающего населения в рамках приоритетного Национального проекта «Здоровье» в регионах России // Забайкальский медицинский вестник. 2010. № 2. С. 51-55.

6 Квасов С.Е., Исаева Л.И., Тарадайко В.С., Кадникова Е.А., Вавилычев А.С. Инновационная модель системы диспансеризации работающих // Медицинский альманах. 2010. № 1. С. 20-23.

7 Беганова Т.В. Эффективность диспансеризации населения в новых экономических условиях // Вестник Медицинского стоматологического института. 2009. № 3-4. С. 18-22.