

# ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Т.Н. Глинская<sup>1</sup>, М.В. Щавелева<sup>2</sup>

<sup>1</sup>РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, glinsky@tut.by,

<sup>2</sup>Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Республика Беларусь, mvsch@tut.by

**Введение.** Медико-демографические проблемы современного общества обусловили целый ряд мероприятий на государственном уровне, направленных на устранение демографических угроз, укрепление здоровья населения. В 2010 году завершилось выполнение Национальной программы демографической безопасности на 2007-2010 годы, реализация которой совпала во времени с проведением кампании по массовой диспансеризации населения Республики Беларусь.

Медицинскими работниками была проведена значительная работа по диспансеризации населения, к концу 2009 года на диспансерном учете состояло 3,45 млн. человек взрослого населения. Проведение целенаправленных мероприятий по выявлению факторов риска и диагностике на ранних стадиях, в первую очередь, патологии с неблагоприятными исходами, позволило снизить риск и сроки наступления таких исходов (хронизация, инвалидизация, смерть). Хотя не все целевые показатели Национальной программы демографической безопасности были достигнуты, следует отметить, что усилия медицинских работников привели к объективному улучшению показателей, характеризующих исходы хронических неинфекционных заболеваний.

**Методы исследования.** Материалом для исследования служили статистические данные за 2007-2009 годы о зарегистрированных у пациентов (в возрасте 18 лет и старше) случаях заболеваний; о случаях первичной инвалидности; о распределении умерших по причинам смерти; данные о числе лиц, стоящих на диспансерном учете. Для оценки результативности медицинской деятельности в отношении хронических форм патологии с высоким риском смертности рассчитывали индекс накопления: отношение численности накопленных контингентов пациентов (больных новообразованиями, туберкулезом, диагностированными в предыдущие годы) к числу пациентов с впервые зарегистрированными заболеваниями в текущем году. С целью оценки результативности медицинской деятельности в отношении хронических форм патологии с высоким риском смертности и/или инвалидности рассчитывался показатель первичной инвалидизации как отношение числа случаев первичной инвалидности к числу зарегистрированных случаев заболеваний. В качестве критерия качественной и количественной эффективности проводимой диспансерной работы использовали «индекс обратимости» (ИО), который является производным от зарегистрированной заболеваемости и отражает число зарегистрированных заболеваний на один случай смертности [1].

**Результаты исследования и их обсуждение.** Расчет индексов, являющихся предикторами исходов заболеваний, показал, что за анализируемый период (2007-2009) в целом для всех форм патологии наметилась тенденция к снижению риска первичной инвалидизации с 0,45% до 0,39% (или на 13,3%) и нарастанию индекса обратимости с 70,29 до 80,65 (рост на 14,7%).

Таблица – Динамика индекса накопления, показателя первичной инвалидизации и индекса обратимости взрослого населения Республики Беларусь (2007-2009 годы)

Класс болезней	Год	Индекс накопления (ИН)	Показатель первичной инвалидизации, % (ППИ)	Индекс обратимости (ИО)
Всего, в т.ч.	2007	0,61	0,45	70,29
	2008	0,70	0,41	75,18
	2009	0,68	0,39	80,65
БСК	2007	3,47	0,91	25,14
	2008	3,94	0,77	30,82
	2009	9,31	0,75	31,68
Туберкулез	2007	2,88	2,89	15,66
	2008	2,81	3,18	15,73
	2009	2,88	4,43	16,73
Новообразования	2007	3,23	2,68	21,81
	2008	3,26	2,62	22,32
	2009	3,42	2,44	24,21
Болезни крови	2007	1,85	0,20	321,26
	2008	1,98	0,20	382,95
	2009	2,06	0,20	419,98
Болезни эндокринной системы	2007	7,60	0,30	777,57
	2008	6,41	0,24	1175,36
	2009	7,71	0,24	1217,95
Болезни органов дыхания	2007	0,08	0,04	386,61
	2008	0,10	0,04	494,02
	2009	0,09	0,03	601,42
Болезни органов пищеварения	2007	2,35*	0,15	149,51
	2008	2,37*	0,13	148,83
	2009	5,52*	0,13	136,00
Болезни мочеполовой системы	2007	0,63	0,07	555,06
	2008	0,74	0,06	635,52
	2009	0,80	0,06	685,28
Врожденные аномалии	2007	7,62	1,74	103,59
	2008	7,45	1,21	108,97
	2009	7,85	1,12	102,46

\* без болезней полости рта, слюнных желез, челюстей

Данный факт свидетельствует о снижении риска инвалидизации заболевших за счет увеличения числа случаев заболеваний, выявленных на ранних стадиях, и, соответственно, более благоприятных с прогностической точки зрения. Тот же факт обуславливает рост индекса обратимости, благоприятно сказываясь на числе случаев заболевания, приходящихся на один случай смертельного исхода. В течение указанного периода времени индекс накопления находился в диапазоне 0,61-0,70, что свидетельствует о преобладании случаев первичных заболеваний над заболеваниями, диагностированными впервые и в предыдущие годы, являющихся основанием для постановки на диспансерный учет.

Однако, обобщающие показатели, рассчитанные для совокупности всех классов болезней, не дают представления о влиянии нозологических причин на формирование приведенных индексов. Расчет показателей для отдельных классов болезней и нозологических форм приведен в таблице.

Наиболее неблагоприятные исходы (с крайне низкими значениями индекса обратимости, менее 50,0) характерны для таких классов заболеваний и нозологий как болезни системы кровообращения (БСК), туберкулез, новообразования. Высокий риск смертельных исходов (значение индекса обратимости менее 150,0) отмечается также для врожденных аномалий и болезней органов пищеварения.

В течение трехлетнего периода наметилась тенденция к росту индекса обратимости для большинства классов болезней. Особенно значим факт увеличения показателя для классов болезней с высоким риском смертельных исходов (БСК – в 1,26 раза; новообразования – в 1,11 раза; туберкулез – на 6,8%). Для классов болезней со средним риском смертельных исходов, со значением индекса обратимости до 500,0 (болезни крови, болезни органов дыхания, болезни мочеполовой системы) также был отмечен рост показателя и опосредованное снижение риска смертельных исходов. Индекс уменьшился в 1,31 раза для болезней крови; в 1,56 раза для болезней органов дыхания; в 1,23 раза для болезней мочеполовой системы.

У двух классов болезней с высоким риском смертности: болезней органов пищеварения и врожденных аномалий, - положительная динамика отсутствовала. Для класса врожденных аномалий показатель колебался в диапазоне значений 102,46–108,97. Отсутствие динамики исходов заболеваний данного класса связано с генезом патологии, трудностями коррекции моно- и полиорганной недостаточности при длительном течении патологического процесса. Неблагоприятная динамика индекса обратимости для класса болезней органов пищеварения (снижение на 9,0%), возможно, обусловлена утяжелением патологии (особенно связанной с употреблением алкоголя). Для данного класса болезней наиболее проблемными являются такие формы патологии как болезни печени, болезни поджелудочной железы, неинфекционные энтериты и колиты.

Индекс накопления – динамичный показатель, зависящий от интенсивности выявления заболеваний, взятия на диспансерный учет, снятия с диспансерного учета (в том числе по причине выздоровления, по причине смерти, при прекращении обслуживания в данной организации здравоохранения). При заболеваниях с пожизненной постановкой на учет или длительном нахождении на диспансерном учете (новообразования, туберкулез) показатель является более информативным. Анализ свидетельствует о тенденции к росту индекса для таких классов болезней как БСК (почти в 3,0 раза); болезни органов пищеварения (в 2,35 раза, что следует расценить как благоприятный фактор, связанный с выявлением патологии и постановкой на диспансерный учет); болезни мочеполовой системы (в 1,26 раза); новообразования (на 5,9%).

Динамика отсутствует для врожденных аномалий, туберкулеза (в связи с тяжестью патологии), болезней эндокринной системы и болезней органов дыхания. В последнем случае индекс менее информативен из-за интенсивного снятия с диспансерного учета по причине выздоровления.

Показатель инвалидизации имеет максимальные значения при туберкулезе и новообразованиях (в 2007 году 2,89% при туберкулезе и 2,68% при новообразованиях). Далее следуют врожденные аномалии – 1,74% и БСК – 0,91% (данные 2007г., приведены в таблице). Менее значим риск наступления первичной инвалидности при болезнях эндокринной системы (0,30%), болезнях крови (0,20%), болезнях органов пищеварения (0,15%). Риск незначителен при болезнях мочеполовой системы и болезнях органов дыхания (менее 0,10%).

Заметный рост риска инвалидизации отмечен за анализируемый период для туберкулеза. За трехлетний период показатель вырос с 2,89% до 4,43% (в 1,53 раза), такая динамика отмечена на фоне устойчивого снижения показателя смертности от туберкулеза лиц в возрасте 18 лет и старше (2007 год – 11,39 на 100 тыс. населения; 2008 – 10,52 на 100 тыс. населения; 2009 – 9,68 на 100 тыс. населения) и определенной стабилизации показателя первичной заболеваемости взрослого населения (2007 год – 62,00 на 100 тыс. населения; 2008 – 58,82 на 100 тыс. населения; 2009 – 56,28 на 100 тыс. населения). Причиной высокого риска инвалидизации является и значимый удельный вес в структуре заболеваемости туберкулезом случаев заболевания с множественной лекарственной устойчивостью, полирезистентных к химиотерапии. В 2009 году завершилось выполнение государственной программы «Туберкулез». Реализация мероприятий программы наряду с массовой диспансеризацией позволила снизить смертность от туберкулеза, при этом сохранился высокий риск инвалидизации.

На протяжении анализируемого периода произошло снижение показателя инвалидизации для таких классов болезней как врожденные аномалии (на 35,6%), болезни эндокринной системы (на 20,0%), БСК (на 17,6%), болезни органов пищеварения (снижение на 13,3%), новообразования (на 9,0%). Такая динамика связана как с увеличением числа случаев заболеваний, выявляемых на ранних стадиях, так и с более широким использованием современных технологий лечения и реабилитации (в том числе восстановительной хирургии). Части пациентов с врожденными аномалиями первичная инвалидность устанавливается в возрасте до 18 лет, чему способствует развитие диагностических технологий.

Колебания показателя инвалидизации были незначимы для болезней органов дыхания (малые значения показателя из-за высоких цифр заболеваемости), крови.

Динамика анализируемых индексов свидетельствует об их информативности и перспективах использования для оценки состояния здоровья населения при проведении массовых организационных мероприятий. При анализе показателей по причинам необходимо дифференцированно оценивать уровни индексов и их изменения в динамике с учетом типа патологии, учитывая прогноз класса болезней, группы заболеваний, отдельной нозологической формы для жизни (риск смертности) и ее качества (риск перехода патологии в хроническую форму и риск наступления инвалидности).

#### **Выводы.**

1. Проведение массовых диспансерных мероприятий внесло вклад в сохранение здоровья населения Республики Беларусь в части улучшения исходов зарегистрированных случаев заболеваний.

2. За период 2007-2009 годы для большинства классов болезней отмечен рост индекса обратимости, свидетельствующий о снижении риска смертельных исходов; имеет место снижение показателя инвалидизации, свидетельствующего о снижении риска наступления первичной инвалидности.

3. К наиболее проблемным классам (формам) болезней с высоким риском неблагоприятных исходов следует отнести новообразования, туберкулез, врожденные аномалии, болезни системы кровообращения. Неблагоприятная динамика показателей, характеризующих исходы заболеваний, отмечена для туберкулеза и болезней органов пищеварения.

4. Необходимо дальнейшее проведение диспансеризации с концентрацией усилий на решении, прежде всего, проблемных моментов, что позволит внести дополнительный вклад в улучшение показателей здоровья населения.

#### Литература:

1. Гулицкая, Н.И. Методические подходы к оценке зависимости смертности и заболеваемости / Н.И. Гулицкая, Т.Н. Глинская // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2007. – №3. – С. 33-35.