

# ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КАК ВАЖНЕЙШИЙ ИНСТРУМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Татьяна Владимировна Яковлева

Несмотря на то что в России наблюдается устойчивая тенденция к снижению смертности, всё же она продолжает оставаться на очень высоком уровне, что отчетливо видно при сравнении с показателями европейских стран. Именно поэтому Президент Российской Федерации В.В. Путин при постановке задачи по решению демографической проблемы, наряду с повышением рождаемости, в качестве первоочередной обозначил задачу снижения смертности, и в первую очередь среди трудоспособного населения.

На 76% смертность населения в нашей стране обусловлена неинфекционными заболеваниями, при этом на лиц, не достигших возраста 60 лет, приходится 39,7% всех смертей. К неинфекционным заболеваниям относятся болезни системы кровообращения (вклад в структуру смертности – 56,7%), злокачественные новообразования (14,4%), болезни органов дыхания (3,7%) и сахарный диабет (1,5%).

Только от болезней системы кровообращения суммарный экономический ущерб составляет 1 трлн рублей, или 3% ВВП.

Особенностью неинфекционных заболеваний является то, что они имеют единую структуру факторов риска, которые можно разделить на две группы:

- биологические (повышенное артериальное давление и гиперхолестеринемия);
- поведенческие (курение, злоупотребление алкоголем, нездоровое питание, ожирение, низкая физическая активность).

Анализ опыта целого ряда стран, добившихся значительного снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, показал, что вклад профилактических мероприятий в достижение успеха составляет 55%, а лечебных – 37% (для 8% факторы не были определены). Отсюда следует, что профилактика является обязательным, причем наименее затратным, механизмом

снижения смертности населения. Все мероприятия по профилактике неинфекционных заболеваний можно разделить на две группы:

- формирование здорового образа жизни;
- раннее выявление заболеваний и факторов риска их развития.

Неслучайно первый и один из самых больших разделов Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» посвящен профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни. Особенное место в решении этих задач занимает первичное звено здравоохранения, потому что именно там оказывается более 60% всей медицинской помощи, причем более 30% от ее объема должно быть посвящено профилактике и формированию здорового образа жизни.

В качестве целей в области формирования здорового образа жизни, профилактики неинфекционных заболеваний и развития первичной медико-санитарной помощи Министерством здравоохранения Российской Федерации в рамках реализации этой государственной программы обозначены:

- увеличение продолжительности активной жизни населения за счет формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний;
- снижение заболеваемости инфарктом миокарда и инсультами;
- увеличение доли лиц, у которых злокачественные новообразования выявлены на 1–2-й стадии;
- повышение доли больных, у которых туберкулез выявлен на ранней стадии;
- снижение заболеваемости алкоголизмом, наркоманией.

Эти цели должны быть достигнуты посредством решения задач по уменьшению распространенности повышенного уровня артериального давления и холестерина, уменьшению распространенности потребления табака, уменьшению потребления населением соли и повышению потребления фруктов и овощей, уменьшению распространенности низкого уровня физической активности и снижению потребления алкоголя.

В комплексе мероприятий по раннему выявлению заболеваний и факторов риска их развития в качестве основных Минздравом России обозначены проведение профилактических осмотров и диспансеризация населения, в том числе детей. Согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан» «диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации». В рамках исполнения плана по реализации положений данного закона Минздравом России разработаны порядки проведения диспансеризации, профилактических медицинских осмотров и диспансерного наблюдения.

К особенностям диспансеризации, начатой с 2013 года, относятся:

- широкий охват населения (диспансеризация должна проводиться среди лиц старше 21 года, один раз в 3 года, при этом за год планируется осматривать до 23 млн человек);
- оплата через ОМС (для граждан Российской Федерации процедура диспансеризации является абсолютно бесплатной, а труд врачей оплатят по отдельному тарифу);
- дифференцированный подход к обследованию с учетом пола и возраста (например, известно, что у женщин от 40 лет повышается риск заболевания раком молочной железы, значит, именно с этого возраста будет проводиться соответствующее обследование);
- коррекция факторов риска в процессе диспансеризации;
- медико-экономическое обоснование применяемых методов;
- территориальный принцип организации, без ущерба для текущей работы поликлиники.

Прежде чем начать диспансеризацию на всей территории Российской Федерации, был проведен пилотный проект в Московской области. За 5 недель в 5 поликлиниках было осмотрено 3082 человека. Пилот показал хорошую потенциальную эффективность диспансеризации. При этом на обследования пришли не только пожилые люди, но и люди среднего возраста, молодежь, что явилось следствием правильно организованной разъяснительной работы с населением.

Этот опыт был растиражирован на всей территории Российской Федерации. В каждом регионе была проделана большая работа: проведены мероприятия по подготовке медицинских организаций в плане обеспечения оборудованием и кадрами, включая их обучение. В проведении



диспансеризации участвуют 3732 медицинские организации, более 38 тыс. участковых терапевтов и 10 тыс. врачей общей практики, более 2 тыс. выездных врачебных бригад (сельской медицине уделяется особое внимание, потому что на селе доступность медицины хуже, чем в городе). Более 700 тыс. граждан специальным транспортом доставят из сел в лечебные учреждения.

Средний норматив объема медицинской помощи (на 1 застрахованного), оказываемой с профилактической целью, и норматив финансовых затрат в амбулаторных условиях в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования составят:

- в 2013 году 2,04 посещения (266,3 рубля);
- в 2014 году 2,24 посещения (318,4 рубля);
- в 2015 году 2,3 посещения (348,4 рубля).

Диспансеризация состоит из двух этапов. Цель первого этапа заключается в раннем выявлении у граждан признаков инфекционных заболеваний, факторов риска их развития, а также в определении показаний к дополнительным обследованиям у специалистов на втором этапе. Программа обследования первого этапа включает в себя: анкетирование (опрос, направленный на выявление неинфекционных хронических заболеваний, факторов риска их развития, туберкулеза, потребления наркотических средств и психотропных веществ), антропометрию, измерение артериального давления, измерение уровня общего холестерина в крови, глюкозы в крови, определение суммарного сердечно-сосудистого риска, электрокардиографию, осмотр фельдшера (акушерки), включая взятие мазка с шейки матки на цитологическое исследование, флюорографию легких и маммографию.

В заключительной фазе этапа участковый терапевт индивидуально для каждого обследуемого определяет группу здоровья и выстраивает программу коррективки факторов риска, дополнительного обследования или лечения.

Если требуется дальнейшее уточнение диагноза, человека направляют на второй этап диспансеризации, состоящий из более сложных диагностических методов. На данном этапе по показаниям могут быть выполнены дуплексное сканирование брахицефальных артерий, эзофагогастродуоденоскопия, осмотр врача-невролога, врача-хирурга или врача-уролога, врача-колопроктолога, врача акушера-гинеколога, врача-офтальмолога, колоноскопия или ректороманоскопия, определение липидного спектра крови, определение концентрации гликированного гемоглобина в крови или тест на толерантность к глюкозе. Важным компонентом второго этапа является индивидуальное или групповое углубленное профилактическое консультирование, которое проводится в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья.

Заключает второй этап также прием терапевта, предполагающий определение или уточнение группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, направление граждан на индивидуальное или групповое углубленное профилактическое консультирование, а также при необходимости направление для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи или на санаторно-курортное лечение.

Вопросы организации и контроля за ходом диспансеризации имеют ключевое значение. Для этого ежемесячно проводятся селекторные совещания со всеми регионами страны. Не реже чем каждые три месяца специалисты и сотрудники Минздрава России выезжают в регионы.

Создан интернет-портал, на который поступает для обработки статистическая информация о том, сколько человек прошли обследование (с разбивкой по полу и возрасту), у скольких человек выявлены неинфекционные болезни (ишемическая болезнь сердца, высокий риск инсульта, онкологические заболевания, хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет), туберкулез и сколько из числа обследованных употребляют наркотики. На портале также размещаются данные о количестве человек с I, II и III группой здоровья, с выявленными факторами риска развития неинфекционных болезней.

В задачи диспансеризации входит не только выявление тех или иных заболеваний у людей и факторов риска их развития. Не менее важным является проведение краткого, а при необходимости углубленного профилактического консультирования, организация динамического наблюдения за состоянием лиц, имеющих доказанные заболевания. При необходимости пациенты получают направление на специализированную медицинскую помощь или на санаторно-курортное лечение.



Как ожидается, результатом диспансеризации станет повышение не менее чем на 25% выявляемости хронических неинфекционных заболеваний. Значительно увеличится выявляемость онкологических заболеваний.

Конечно, реальный эффект диспансеризации проявится лишь через 3–5 лет. Однако первые результаты можно будет ощутить уже через несколько месяцев. Это в первую очередь касается контроля над артериальной гипертензией и повышением уровня холестерина – важнейшими биологическими факторами риска.

Важным критерием качества организации диспансеризации являются результаты анкетирования граждан, которое было проведено с помощью общественных организаций и при поддержке «Единой России». По данным анкетирования, 141 тыс. человек – в большинстве случаев (в 44,5%) граждане, пришедшие на диспансеризацию, – получают информацию от медицинской сестры участкового врача по телефону, по почте и во время поквартирных/подворовых обходов. В 34,3% случаев их приглашают пройти диспансеризацию во время посещения поликлиники по другому поводу. Через СМИ люди узнают информацию только в 9,2% случаев. Важно то, что в 6% случаев информация поступает от работодателя. Ну и в 6% – от членов семьи и знакомых.

За одно посещение диспансеризацию удастся пройти только 11,9% граждан. В основном это молодые люди, у которых небольшая программа обследования. В большинстве случаев (в 50%) гражданам приходится посещать поликлинику дважды, что в основном обусловлено сроком выполнения анализов крови и мочи и реже необходимостью проходить такие виды обследования, как маммография и флюорография, в других медицинских организациях. Гражданам, проживающим в сельской местности, а их было 28% от общего числа, тоже часто приходится посещать медицинскую организацию дважды. В 29,5% случаев для прохождения диспансеризации требуется три посещения, а в 8,6% – и более того. В основном это касается граждан, приглашенных на второй этап диспансеризации. С помощью мобильных комплексов диспансеризацию прошли 3,8% граждан.

Затруднения в отношении прохождения диспансеризации в рабочее время, связанные с нежеланием работодателя отпустить работника, имели место у 12,3% граждан. Среди опрошенных 29,9% проходили диспансеризацию в рабочее время, 23,7% – в нерабочее время, 34,1% – не работают. Среди молодежи 2,8% составили обучающиеся очно.

Содержанием и результатами диспансеризации удовлетворены 89,3% граждан, организацией – 72,6%. Наличием очередей недовольны 18,6% граждан, необходимостью неоднократного посещения – 8,8%.

Очень важно понимать, каков экономический эффект диспансеризации. Не является ли она чрезмерно затратной? Пока мы можем говорить только о прогнозировании соотношения экономической выгоды и прямых расходов. Расчеты показывают, что итоговый экономический эффект за счет предотвращенных случаев смерти на каждые 10 млн осматриваемых человек составит 7,7 млрд рублей за 10 лет.

Уже на настоящий момент времени можно полагать, что диспансеризация взрослого населения, наряду с профилактическими медицинскими осмотрами и динамическим наблюдением за больными и лицами с высоким риском смерти, должна привнести профилактический аспект в практику участкового врача и стать действенным инструментом влияния на заболеваемость и смертность на его участке.

Безусловно, существует еще достаточно много проблем, связанных с организацией и качеством проведения диспансеризации. В настоящее время проводится анализ целого ряда параметров диспансеризации, что поможет в дальнейшем осуществить ее оптимизацию.

Хотелось бы также подчеркнуть, что диспансеризация нуждается в хорошей информационной поддержке для максимально широкого привлечения населения. И участвовать в этом должны не только медики, но и региональные власти, и общественные организации.