

УДК 614.2

Выявление сформировавшейся патологии и факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в ходе диспансеризации населения

В.А. Мирзонов, А.Н. Каира, Т.В. Соломай

Управление здравоохранения Администрации Мытищинского муниципального района Московской области
ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России;
Межрегиональное управление №1 ФМБА России

Резюме. Представлен анализ результатов диспансеризации населения Мытищинского муниципального района Московской области в 2013 г. по выявлению сформировавшейся патологии и донозологических факторов риска.

Ключевые слова: диспансеризация, выявление заболеваний, факторы риска, хронические неинфекционные заболевания.

IDENTIFYING FORMED PATHOLOGY AND RISK FACTORS FOR CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES IN THE CLINICAL EXAMINATION OF THE POPULATION

V.A. Mirzonov, A.N. Kaira, T.V. Solomay

Summary. Presents an analysis of the results of medical examination of the population Mytischinskogo municipal district of the Moscow region in 2013 to identify formed prenosological pathology and risk factors.

Key words: clinical examination, detection of the disease, risk factors, chronic non-communicable diseases.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Сегодня средняя продолжительность человеческой жизни в развитых странах составляет в среднем 75 лет. Основными причинами смерти населения большинства стран мира являются хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), к которым в первую очередь относятся: сердечно-сосудистая патология, злокачественные новообразования, хронические респираторные болезни, сахарный диабет. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, продолжительность жизни человека можно увеличить на 5–10 лет.

В Российской Федерации ХНИЗ являются причиной 75% всех смертей взрослого населения, при этом на долю болезней системы кровообращения приходится около 57%, на долю онкологических заболеваний 15% всех летальных

исходов. Высокий уровень смертности обуславливает более низкую продолжительность жизни и, следовательно, неблагоприятную демографическую ситуацию.

Общепризнано, что широкое распространение ХНИЗ в основном обусловлено особенностями образа жизни и связанными с ним факторами риска. Современная медицина во всем мире оперирует не только понятием «выявление заболевания», но и таким, как «фактор риска». Выявить факторы риска проще, чем симптомы болезни. Кроме того, это более эффективно: факторы риска могут быть обнаружены задолго до появления первых признаков заболевания. Скорректировав образ жизни человека так, чтобы избавиться от факторов риска или уменьшить их влияние, можно отодвинуть развитие

заболевания на многие годы или даже предупредить его возникновение. По данным ВОЗ, более 3/4 всех смертей от сердечно-сосудистых заболеваний можно предотвратить за счет оздоровления образа жизни и коррекции поведенческих факторов риска.

Указом Президента РФ от 27.05.2012 для российского здравоохранения определена задача до 2018 года: снизить смертность от основных причин вдвое. В целях реализации этого указа с 2013 г. в Российской Федерации введена диспансеризация взрослого населения. Обязательная диспансеризация населения закреплена в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Однако, согласно опросам, только 20–24 % жителей России думает и заботится о своем здоровье.

В Мытищинском муниципальном образовании показатели смертности от всех причин на протяжении последних лет стабильны и составляют: 2011 г. – 13,3; 2012 г. – 14,1; 2013 г. – 13,3 на 1000 населения. В то же время смертность от болезней системы кровообращения сохраняется на высоком уровне: 2011 г. – 798,6 (Московская область – 867,4) на 100 тыс. населения; 2012 г. – 837,1 (Московская область – 883,0); 2013 г. – 794,9; смертность от новообразований имеет тенденцию к росту: в 2011 г. показатель смертности составил – 228,5 (Московская область – 240,9); 2012 г. – 231,5 (Московская область – 233,4); 2013 г. – 237,2 на 100 тыс. населения. Поэтому проведение диспансеризации населения района с выявлением факторов риска, а также ХНИЗ с целью предупреждения или замедления развития заболевания является одним из важнейших направлений работы здравоохранения.

Целью данной работы стал анализ результатов диспансеризации населения Мытищинского муниципального района в 2013 г. по выявлению факторов риска и уже сформировавшейся патологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Порядок проведения диспансеризации был определен приказами Минздравсоцразвития России № 1006н от 03.12.2012 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», № 1011н от 06.12.2012 «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра», методических рекомендаций «Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения», приказами Управления здравоохранения муниципального образования и другими нормативно-методическими материалами. На основании указанных документов регулировался порядок проведения диспансеризации среди следующих групп населения:

- 1) работающих граждан;
- 2) неработающих граждан;
- 3) обучающихся в образовательных организациях.

Диспансеризация проводится 1 раз в 3 года в возрастные периоды 21, 24, 27, 30... 99 лет. В 2013 г. подлежали проведению диспансеризации граждане следующих годов рождения: 1992, 1989, 1986, 1983, 1980....., 1923, 1920, 1917, 1914... В Мытищинском муниципальном образовании диспансеризации подлежали 37 282 чел., в т.ч. мужчин – 15 252, женщин – 22 030.

В связи с тем, что в основу диспансеризации заложен участковый принцип, были определены лечебные учреждения района, которые должны были заниматься вопросами диспансеризации. В нашем случае это были: МБУЗ «Мытищинская городская клиническая больница», МБУЗ «Городская поликлиника № 2», МБУЗ «Мытищинская поликлиника № 3», МБУЗ «Городская поликлиника № 5».

Ответственными за организацию и проведение диспансеризации населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, являлись руководитель медицинской

организации и медицинские работники отделения (кабинета) медицинской профилактики (в том числе, входящего в состав центра здоровья). Ответственным за организацию и проведение диспансеризации населения терапевтического, в том числе цехового, участка (участка врача общей практики (семейного врача)) обслуживаемой территории являлись врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач-терапевт цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач)).

Основными задачами при проведении диспансеризации были:

1. Составление списков граждан, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году.

2. Активное привлечение населения участка к прохождению диспансеризации.

3. Проведение медицинского осмотра гражданина по итогам первого и второго этапов диспансеризации, установление диагноза, определение группы здоровья, группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), назначение необходимого лечения.

4. Проведение краткого профилактического консультирования, направление граждан с выявленными факторами риска в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для оказания медицинской помощи по коррекции факторов риска.

5. Участие в оформлении (ведении) учетной и отчетной медицинской документации, в том числе паспорта здоровья.

6. Подведение итогов диспансеризации.

Основные задачи отделения (кабинета) медицинской профилактики, в том числе находящегося в составе центра здоровья, при проведении диспансеризации:

1. Участие в информировании населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, о проведении диспансеризации.

2. Инструктаж граждан, прибывших на диспансеризацию, о порядке ее прохождения.

3. Доврачебное медицинское исследование первого этапа диспансеризации (опрос – анкетирование, антропометрия, расчет индекса массы тела, измерение артериального давления, определение уровня общего холестерина и уровня глюкозы в крови экспресс-методом, измерение внутриглазного давления бесконтактным методом).

4. Определение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний на основании диагностических критериев.

5. Формирование комплекта документов, включая заполнение учетной формы «Маршрутная карта диспансеризации (профилактического медицинского осмотра)» по результатам исследований в рамках диспансеризации.

6. Учет граждан, прошедших каждый этап диспансеризации.

7. Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) по направлению врача-терапевта для граждан II и III групп здоровья в рамках второго этапа диспансеризации.

8. Разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания или его осложнения правил действий при их развитии.

9. Заполнение паспортной части и других разделов паспорта здоровья.

Управлением здравоохранения Мытищинского района Московской области был разработан план организационно-методических мероприятий по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения, в рамках которого:

– подготовлен приказ № 23 от 15.02.13 «Об организации диспансеризации определенных групп взрослого населения Мытищинского района» и разъяснительные письма в адрес главных врачей ЛПУ;

– руководителям предприятий и организаций района независимо от правовой формы собственности направлены информационные письма по вопросам диспансеризации;

– разработаны планы-графики проведения диспансеризации для сотрудников бюджетной сферы и промышленных предприятий Мытищинского муниципального района;

– актуализирован реестр возрастных групп, подлежащих диспансеризации;

– организованы еженедельные заслушивания главных врачей амбулаторно-поликлинической сети по вопросу проведения диспансеризации, привлечения определенных контингентов и групп населения, а также проблем, возникающих в ходе проведения диспансеризации;

– с целью разгрузки терапевтической службы и для удобства населения в ряде поликлиник организованы кабинеты профилактики, размещена наглядная агитационная информация;

– в ежедневном режиме осуществлялось оповещение населения путем дозвонивания, распространения листовок, встреч, в том числе с руководителями предприятий и организаций;

– организованы выступления в СМИ с разъяснением целей и задач проводимой диспансеризации (ежемесячно на телевидении, радио, направлялись статьи в местную газету), проводились встречи главных врачей, врачей терапевтического профиля с населением.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Диспансеризация проводилась в два этапа.

Первый этап диспансеризации (скрининг) проводился с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению допол-

нительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза на втором этапе диспансеризации.

В первый этап входили:

1. Опрос (анкетирование) был направлен на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.

2. Антропометрия (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии, расчет индекса массы тела).

3. Измерение артериального давления.

4. Определение общего холестерина крови.

5. Определение глюкозы крови.

6. Определение суммарного сердечно-сосудистого риска (для граждан в возрасте до 65 лет).

7. Электрокардиография в покое (для мужчин в возрасте старше 35 лет, для женщин в возрасте 45 лет и старше, для мужчин в возрасте до 35 лет и женщин в возрасте до 45 лет – при первичном прохождении диспансеризации).

8. Осмотр фельдшера/акушерки, включая взятие мазка с шейки матки на цитологическое исследование (для женщин).

9. Флюорография легких.

10. Маммография (для женщин в возрасте 39 лет и старше).

11. Клинический анализ крови (в объеме не менее определения концентрации гемоглобина в эритроцитах, количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов).

12. Клинический анализ крови развернутый (в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет вместо клинического анализа крови).

13. Анализ крови биохимический общетерапевтический (в объеме не менее определения уровня общего белка, альбумина, фибриногена, креатинина, общего билирубина, аспарат-аминотрансминазы, аланин-аминотрансминазы, глюкозы, холестерина, натрия,

калия) (в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет вместо общего холестерина и глюкозы).

14. Общий анализ мочи.

15. Исследование кала на скрытую кровь (для граждан 45 лет и старше).

16. Определение простатспецифического антигена в крови (для мужчин старше 50 лет).

17. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (для граждан в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет).

18. Измерение внутриглазного давления (для граждан 39 лет и старше).

19. Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога (для граждан в возрасте 51 год и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет).

20. Прием (осмотр) врача-терапевта, включающий определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения, краткое профилактическое консультирование.

Второй этап диспансеризации проводился с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования и включал следующие виды исследований.

1. Дуплексное сканирование брахицефальных артерий (в случае наличия указания или подозрения на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения по результатам анкетирования, по назначению врача-невролога, а также для мужчин в возрасте 45 лет и старше и женщин в возрасте старше 55 лет при наличии комбинации трех факторов риска: повышенный уровень АД, дислипидемия, избыточная масса тела или ожирение).

2. Эзофагогастродуоденоскопия (для граждан в возрасте старше 50 лет при выявлении при анкетировании жалоб, свидетельствующих о возможном онкологическом заболевании верхних отделов желудочно-кишечного тракта или отягощенной наследственности по

онкологическим заболеваниям органов желудочно-кишечного тракта).

3. Осмотр (консультация) врача-невролога (в случае указания или подозрения на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения по результатам анкетирования у граждан, не находящихся под диспансерным наблюдением по данному поводу, а также для граждан, не прошедших осмотр врача-невролога на первом этапе диспансеризации).

4. Осмотр (консультация) врача-хирурга (врача-уролога) (для мужчин старше 50 лет при впервые выявленном повышении уровня простатспецифического антигена в крови и (или) выявлении по результатам анкетирования жалоб, свидетельствующих о возможных заболеваниях предстательной железы).

5. Осмотр (консультация) врача-хирурга или врача-колопроктолога (для граждан в возрасте 45 лет и старше при положительном анализе кала на скрытую кровь).

6. Колоноскопия/ректороманоскопия (для граждан в возрасте 45 лет и старше по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога).

7. Определение липидного спектра крови (общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды) (для граждан с выявленным повышением уровня общего холестерина в крови).

8. Осмотр (консультация) врача-гинеколога (для женщин с выявленными патологическими изменениями по результатам цитологического исследования мазка с шейки матки и (или) маммографии).

9. Определение концентрации гликированного гемоглобина в крови или тест на толерантность к глюкозе (для граждан с выявленным повышением уровня глюкозы в крови).

11. Прием (осмотр) врача-терапевта, включающий определение группы состояния здоровья, группы диспансер-

Таблица

Результаты 1-го и 2-го этапов диспансеризации

| Осмотр (консультация), исследование | Выявлены по результатам первого этапа диспансеризации, чел. | Обследовано, чел. | Выявлены заболевания (подозрение на наличие заболевания) | |
|---|---|----------------------|--|-------------------------|
| | | | случаев | % от обследо- ванных |
| Дуплексное сканирование брахицефальных артерий | 277 | 219 | 135 | 61,6 |
| Эзофагогастродуоденоскопия | 268 | 249 | 192 | 77,1 |
| Осмотр врача-невролога | 335 | 321 | 305 | 95,0 |
| Осмотр врача-хирурга/ врача-уролога | 155 | 149 | 138 | 92,6 |
| Осмотр врача-хирурга/ врача-колопроктолога | 30 | 19 | 9 | 47,4 |
| Колоноскопия | 14 | 8 | 2 | 25,0 |
| Определение липидного спектра крови | 1525 | 757 | 421 | 55,6 |
| Осмотр врача-акушера-гинеколога | 217 | 210 | 140 | 66,7 |
| Определение концентрации гликированного гемоглобина в крови | 523 | 337 | 124 | 36,8 |
| Осмотр врача-офтальмолога | 274 | 259 | 231 | 89,2 |

ного наблюдения, а также направление граждан при наличии медицинских показаний на индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента), для получения специализированной медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.

12. Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья (гражданам с выявленными факторами риска по направлению врача-терапевта).

В Мытищинском районе по результатам первого этапа диспансеризации были выявлены показания к проведению следующих обследований, относящихся ко второму этапу диспансеризации (табл.).

По итогам проведенной диспансеризации в Мытищинском муниципальном

образовании прошли диспансеризацию 34 206 чел., что составило 91,7% от числа подлежащих осмотрам.

Из общего числа прошедших диспансеризацию впервые выявлены такие заболевания, как злокачественные новообразования – 13 случаев (0,04% от числа прошедших диспансеризацию), глаукома – 64 случая (0,19%), сахарный диабет – 156 случаев (0,46%), болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, – 1069 случаев (3,13%), ишемическая болезнь сердца – 176 случаев (0,51%), язва желудка и двенадцатиперстной кишки – 35 случаев (0,1%), и др.

По результатам проведенной диспансеризации выявлены факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, являющихся причиной инвалидности и преждевременной смертности (рис.):

– повышенный уровень артериального давления – 8745 чел. (25,56% от числа прошедших диспансеризацию);

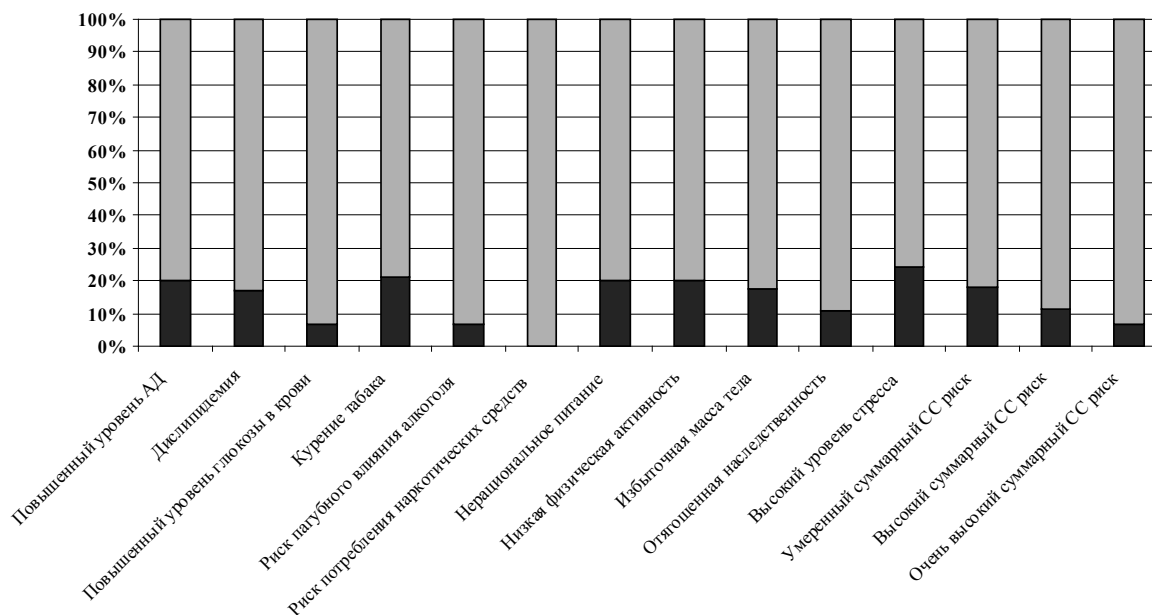


Рис. Факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, выявленные в ходе диспансеризации

- дислипидемия – 6953 чел. (20,3%);
- повышенный уровень глюкозы в крови – 2410 чел. (7,4%);
- курение табака – 9091 чел. (26,6%);
- риск пагубного влияния алкоголя – 2480 (7,2%);
- риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача – 22 (0,06%);
- нерациональное питание – 8623 (25,2%);
- низкая физическая активность – 8655 (25,3%);
- избыточная масса тела – 7337 (21,4%);
- отягощенная наследственность по хроническим неинфекционным заболеваниям – 4120 (12,0%);
- высокий уровень стресса – 11 097 (32,4%);
- умеренный суммарный сердечно-сосудистый риск – 7557 (22,1%);
- высокий суммарный сердечно-сосудистый риск – 4438 (12,97%);
- очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск – 2510 (7,3%).

По результатам осмотра, лица, прошедшие диспансеризацию, были распределены по группам здоровья.

К первой группе состояния здоровья отнесены лица, нуждающиеся в кратком профилактическом консультировании, коррекции факторов риска развития ХНИЗ врачом-терапевтом, медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья. В эту группу вошло 10 125 чел. (29,6% от числа лиц, прошедших диспансеризацию).

Вторую группу составили лица, нуждающиеся в коррекции факторов риска развития ХНИЗ в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья – 8004 чел. (23,4%).

Наиболее многочисленной оказалась третья группа – 16 077 чел. (47,0%). Данные пациенты нуждаются в постоянном диспансерном наблюдении врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий.

ВЫВОДЫ

1. Проведенная диспансеризация показала, что наряду с уже сформировавшейся патологией выявлялись факторы риска развития ХНИЗ.

2. Донозологическая диагностика позволит разработать и провести комплекс соответствующих лечебных и профилактических мероприятий, направленных в конечном итоге на снижение показателей заболеваемости, снижение смертности и увеличение продолжительности жизни населения района.

3. Учитывая низкую активность населения, кадровый дефицит и связанные с этим очереди в кабинеты узких специалистов и диагностические кабинеты, первостепенной задачей является принятие всесторонних мер по обеспечению

максимального охвата взрослого населения мероприятиями по диспансеризации.

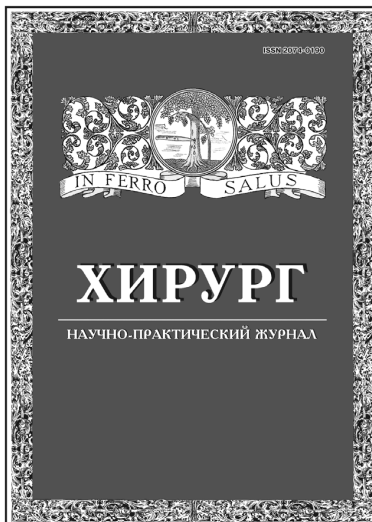
Сведения об авторах

Мирзонов Владислав Александрович – д-р. мед. наук, начальник Управления здравоохранения Администрации Мытищинского муниципального района; тел.: (495) 586-07-45

Каира Алла Николаевна – д-р. мед. наук., профессор кафедры эпидемиологии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России; e-mail: allakaira@inbox.ru

Соломай Татьяна Валерьевна – канд. мед. наук, заместитель руководителя Межрегионального управления № 1 ФМБА России; e-mail: Solomay@rambler.ru

<http://hirurg.panor.ru>



Ежемесячное научно-практическое издание

На правах рекламы.

ВСЕ О СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ

ВХОДИТ В ПЕРЕЧЕНЬ ИЗДАНИЙ ВАК.

Журнал адресован врачам-практикам, профессорско-преподавательскому контингенту, аспирантам, клиническим ординаторам и студентам.

РЕДКОЛЛЕГИЮ издания возглавляет член-корр. РАН, заслуженный деятель науки РФ, зав. кафедрой госпитальной хирургии лечебного факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова **И.В. Ярема**. Среди членов редколлегии и редсовета известные в России и за рубежом хирурги и ученые из разных городов нашей страны, Узбекистана, Беларуси, Украины.

Журнал распространяется через каталоги ОАО «Агентство «Роспечать», «Пресса России» (индекс на полугодие — 84811) и «Почта России» (индекс на полугодие — 12371), а также путем прямой редакционной подписки и на отраслевых мероприятиях (на выставках, в том числе международных, конференциях, семинарах, форумах и т.д.).

Для оформления подписки через редакцию просим отправить заявку по тел./факсу: +7 (495) 685-9368, 664-2761 или запрос по e-mail: podpiska@panor.ru. Консультации по подписке можно получить по тел.: +7 (495) 749-4273, 749-2164.

