

---

---

# Проблемные статьи и обзоры

---

---

## РОЛЬ ВСЕОБЩЕЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

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

<sup>1</sup>Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

<sup>2</sup>Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск

*В статье проанализированы исторические аспекты становления диспансеризации населения в республике. Представлены данные, характеризующие охват населения диспансерным наблюдением по поводу того или иного класса заболеваний в настоящее время. Для оценки эффективности диспансерной работы предложено использование дополнительного показателя – индекса обратимости.*

31 декабря 2009 г. Президентом Республики Беларусь был подписан Указ №671 "Об объявлении 2010 года Годом качества" [1]. Основной посыл к подписанию Указа сформулирован следующим образом: "в целях дальнейшего повышения качества жизни белорусского народа ...".

Качество жизни (КЖ) принято определять через три блока индикаторов: здоровье населения и демографическое благополучие (первый блок); удовлетворенность населения индивидуальными условиями жизни, а также социальная удовлетворенность положением дел в государстве, в том числе доступность здравоохранения, экологическое благополучие (второй блок); духовное состояние общества (третий блок) [2, 3]. В какой-то мере через КЖ можно осуществлять интегральную оценку эффективности управления. Так, частичным аналогом индекса КЖ, является индекс человеческого развития (ИЧР – human development indicator – HDI) или индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП). ИЧР с 1990 года применяется ООН для построения ежегодных рейтингов государств на основе среднего уровня достижений в следующих направлениях развития: ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении, индекс образованности и размер валового внутреннего продукта на душу населения. Таким образом, КЖ и ИЧР (ИРЧП) во многом зависят от показателей здоровья населения и деятельности системы здравоохранения.

При этом улучшение показателей здоровья населения требует все большего напряжения со стороны системы здравоохранения. Как отметил профессор Российской медицинской академии последипломного образования В.А.Алексеев (2009), в начале прошлого века видимая значимость систем здравоохранения в сохранении и увеличении жизни человека была намного больше, чем в современных условиях: в первую очередь, усилия систем здравоохранения были сосредоточены на борьбе с инфекционными болезнями, уносящими миллионы человеческих жизней. Ведущую роль играли организационно-медицинские мероприятия, направленные на изоляцию больного и экстенсивное развитие систем здравоохранения: увеличение количества коек, врачей и пр. Совокупность данных мер доказала свою эффективность: ликвидация или нивелирование уровня многих инфекционных заболеваний послужили толчком к значительному росту ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ).

С начала 60-х годов прошлого века произошло существенное изменение характера патологии – от эпидемического к неэпидемическому типу, когда решающую роль в заболеваемости и смертности стали играть неинфекционные заболевания. От систем здравоохранения потребовался дальнейший поиск внутренних резервов, направленных на улучшение показателей здоровья населения, а также повышение доступности и качества медицинского обслуживания.

Именно тогда (в 1960–1980-е гг.) в Советском Союзе были заложены научные основы системы всеобщей диспансеризации населения (Д населения), прозвучавшей как адекватный ответ на произошедшую смену характера патологии. Следует отметить, что определенный опыт внедрения диспансерного метода в деятельность лечебно-профилактических учреждений к тому времени уже существовал [4, 5]. Достаточно вспомнить слова первого наркома здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко, сказанные им в 1926 г.: "Профилактика – это путь, которым мы идем, диспансеризация – метод для осуществления профилактических задач" (цит. по Ю.П.Лисицыну [5]), а также основные исторические вехи внедрения этого метода в деятельность практического здравоохранения [4–6].

Одним из важнейших документов, системно обобщивших многолетнюю работу по внедрению и проведению диспансеризации населения, был приказ Министерства здравоохранения СССР от 30 мая 1986 г. №770 "О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения" [7]. Он положил начало ежегодной диспансеризации населения. Приказом впервые утверждалась четко разработанная схема диспансеризации больных почти для 200 нозологических форм заболеваний, в большинстве своем неэпидемического типа.

Как указывалось нами ранее [6], в современном понимании документ может рассматриваться как утвержденные руководством отрасли протоколы диспансерного наблюдения за лицами с той или иной патологией.

Кроме того, содержание приказа позволяло:

а) рассматривать диспансеризацию как технологический процесс, состоящий из трех основных и взаимосвязанных фаз: осмотр, проведение лечебно-оздоровительных мероприятий, динамическое наблюдение;

б) анализировать качество диспансерной работы на высоком методическом уровне: с точки зрения структурного (наличие необходимой кадровой и ресурсной базы), технологического (наличие разработанных технологий работы с контингентами) и результативного компонента качества [8].

Возможности диспансеризации никогда не вызвали сомнения у специалистов. Многократные попытки вернуться к всеобщей диспансеризации – каждый раз на качественно новом уровне, с попыткой предложить соответствующую времени организационно-методическую ее модель – говорят о заинтересованности в ее проведении. Организаторы здравоохранения увидели в диспансеризации возможность как можно больше узнать о состоянии здоровья населения и, следовательно,

обеспечить рациональное планирование организации медицинской помощи, приблизить ее к населению через обеспечение доступности; "лечебное звено" – повысить эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий; санитарно-эпидемиологическая служба – ввести активную донозологическую диагностику и пр.

В то же время необходимо отметить проблемы, с которыми столкнулась отрасль при переходе к всеобщей диспансеризации населения в конце прошлого века. Многие авторы ищут этому самые разные причины и объяснения. По нашему мнению, ряд причин был четко обозначен в Программе развития здравоохранения Республики Беларусь на 2006–2010 годы, утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 31 августа 2006 г. №1116 [9]. Первая – социально-экономические проблемы переходного периода, вместе с которыми пришли недостаток средств, кадровый дефицит и пр.

Еще одна причина – отсутствие четко сформулированных критериев эффективности столь широкомасштабной работы. В приказе Минздрава СССР №770 указывалось, что "в результате проводимых мероприятий в последние годы наметились положительные тенденции в состоянии здоровья советских людей – повысилась рождаемость (!), снижаются заболеваемость с временной утратой трудоспособности, первичный выход на инвалидность" [7, с.11]. Однако эти изменения в состоянии здоровья населения никоим образом не специфичны для диспансеризации [5], а, следовательно, не могут характеризовать качество ее проведения.

И, наконец, еще одна, главная, на наш взгляд причина, также нашедшая отражение в указанной выше программе, – недостаточная ответственность граждан за собственное здоровье и здоровье окружающих: в большинстве случаев население Советского Союза, а теперь стран СНГ возлагало и возлагает основной груз ответственности за состояние здоровья именно на систему здравоохранения. Административное же (безмотивационное для населения) введение ежегодной всеобщей диспансеризации в начале – середине 1980-х гг. еще раз убедило население в собственной правоте: для сохранения и укрепления собственного здоровья делать ничего не надо, обо всем должна заботиться именно система здравоохранения.

В конце 2004 года в Республике Беларусь появился приказ Министерства здравоохранения "О проведении диспансерного наблюдения врачами терапевтами участковыми" (от 22 декабря 2004 г. №285) [10]. Документ официально отменил дей-

ствии на территории республики приказа №770 и обязал первичное звено усилить внимание к диспансеризации декретированных контингентов; активизировать мероприятия по пропаганде здорового образа жизни; обучать больных методам самоконтроля за течением заболеваний; проводить активное динамическое наблюдение в группах высокого риска осложнений заболеваний при согласии больного на выполнение рекомендаций врача.

Приказ №285 появился на фоне крайне неблагоприятной медико-демографической ситуации в стране. При этом резервы системы здравоохранения, включая доступность и качество медицинского обслуживания населения, в улучшении показателей здоровья населения оставались не до конца востребованными [9, 11]. Один из главных резервов – диспансеризация всего населения, так как выделение только декретированных контингентов могло оставить часть населения страны вне доступного и качественного медицинского обеспечения.

Необходимость введения в действие резервов медицинской отрасли по улучшению медико-демографической ситуации в стране привела к разработке постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 октября 2007 г. №92 "Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь" [12], а также постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 февраля 2009 г. №11 [13], внесшего некоторые изменения в вышеназванный документ. Кроме того, появился це-

лый ряд документов, дополнительно расписывающих технологию проведения диспансеризации: приказы и инструкции.

Диспансерное наблюдение взрослого населения Республики Беларусь в этих документах определено как система медицинских мероприятий, направленных на выявление заболеваний или факторов, влияющих на их возникновение, для оценки состояния здоровья каждого гражданина Республики Беларусь, которая включает: диспансерный осмотр; диспансерное динамическое наблюдение за состоянием здоровья; пропаганду здорового образа жизни, воспитание интереса и ответственности к своему здоровью [12].

Первый шаг к действительному осуществлению диспансеризации – получение среза здоровья населения республики (табл. 1). Важность этого параметра определяется необходимостью оценки эффективности проводимой работы. Еще Ю.П.Лисицын указывал, что специфическим показателем эффективности диспансеризации является переход населения из одной диспансерной группы в другую. Это предложение остается актуальным и в современных условиях [5, 6, 13].

В течение 5 лет – с 2005 г., когда проведение диспансерного наблюдения взрослого населения стало регламентироваться республиканскими документами, по 2010 г. – количество заболеваний, по поводу которых взрослое население бралось под Д-наблюдение, увеличилось на 35,5% (конец 2005 г. – 2549624 заболевания; конец 2009 г. – 3453567). Наибольший прирост по этому показа-

Таблица 1

**Число заболеваний у лиц в возрасте 18 лет и старше, по поводу которых они состоят на диспансерном учете на конец 2008–2009 гг. (на 100 тыс. взрослого населения, система Министерства здравоохранения), и региональное распределение населения по группам здоровья (2008 г.)**

Регион	Распределение населения по группам здоровья в 2008 г. (в процентах) <sup>1</sup>			Число заболеваний у лиц в возрасте 18 лет и старше, по поводу которых население состоит на Д-учете на конец 2008 года, на 100 тыс. взрослого населения	Число заболеваний у лиц в возрасте 18 лет и старше, по поводу которых население состоит на Д-учете на конец 2009 года, на 100 тыс. взрослого населения
	Первая	Вторая	Третья		
г. Минск	15,0	37,8	47,2	33464,7	37313,0
Брестская обл.	17,6	36,8	45,6	42020,6	44412,9
Витебская обл.	25,0	38,3	36,7	47875,1	49124,9
Гомельская обл.	17,4	32,9	49,7	48460,7	54360,0
Гродненская обл.	17,8	29,2	53,0	50310,8	50998,2
Минская обл.	19,1	33,5	47,4	32992,5	35598,5
Могилевская обл.	29,8	30,3	39,9	36402,6	37510,1
Республика Беларусь	19,9	34,6	45,5	41041,2	43769,0

<sup>1</sup> – данные Н.Г.Гвоздя и соавт. [14].

телю за анализируемый 5-летний период отмечен в 2008 г. (начало широкомасштабной кампании по диспансеризации населения) – 16,8% по сравнению с предыдущим 2007 г.

Из данных табл. 1 следует, что в 2008–2009 гг. по числу взятия под Д-наблюдение различных заболеваний лидировали Гродненская и Гомельская области, где в 2008 г. было зарегистрировано больше всего лиц с третьей группой здоровья (53 и 49,7% соответственно). При этом в 2009 г. по числу единиц заболеваний, взятых под Д-наблюдение, лидировала Гомельская область – 12,2%. В целом в течение 5-летнего периода наблюдений по взятию под Д-наблюдение различных заболеваний также лидировали Гродненская и Гомельская области – прирост соответственно 58,4 и 118,2%.

В конце 2009 г. 1234053 чел. взрослого населения состояли на Д-учете в организациях системы здравоохранения Республики Беларусь по поводу болезней системы кровообращения, прирост общей численности диспансерного контингента с БСК составил по сравнению с 2008 г. 12,1%; по сравнению с 2005 г. – 87,2%. Уровень взятия и охвата Д-учетом по поводу БСК достиг в 2009 г. 15639,9 на 100 тыс. взрослого населения, что достоверно превышает уровень 2005 г. ( $p < 0,001$ ).

Наиболее высока частота охвата Д-учетом по поводу БСК в Гомельской (21039,7‰), Гродненской (19668,5‰) и Витебской (18849,4‰) областях. За пятилетний период наблюдения этот показатель для БСК увеличился по различным регионам республики в 1,2–2 и даже более раз.

Далее по частоте охвата Д-наблюдением в системе Минздрава следуют лица с болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ – 5106,8‰. Следующее ранговое место (третье) принадлежит па-

циентам с болезнями органов пищеварения – 4444,9‰; за ними следуют пациенты с психическими расстройствами и расстройствами поведения 3971,9‰ и новообразованиями 3927,6‰. Вместе с тем, показатели 2009 г. отличаются от показателей 2005 г. не только по значительному росту интенсивности взятия населения под Д-наблюдение, но и по распределению ранговых мест интенсивности Д-наблюдения в зависимости от нозологии (табл. 2) [15].

В качестве критерия эффективности (качественной и количественной) проводимой Д-работы в масштабах республики (ее регионов и по отдельным нозологиям) нами дополнительно предложен к анализу такой показатель, как "индекс обратимости" (ИО) [6]. Индекс – производное от зарегистрированной заболеваемости и отражает число зарегистрированных заболеваний на один случай смертности [16]. Низкие значения индекса (менее 150,0) свидетельствуют о высоком риске смертельных исходов у заболевших. Таким образом, индекс, в первую очередь, информативен для классов болезней и отдельных нозологий, вносящих значимый вклад в формирование структуры смертности, а также в формирование одновременно структур смертности и первичной инвалидности. Нами установлено, что к классам болезней с низким ИО относятся новообразования (ИО колеблется в пределах 20–23); БСК (ИО 25–30 и выше); врожденные аномалии; болезни органов пищеварения; симптомы, признаки и отклонения от нормы (ИО особенно низок и не превышает 5). При этом для болезней органов дыхания, мочеполовой системы, эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ, психических расстройств и расстройств поведения, занимающих значимое место в интенсивности охвата на-

Таблица 2

**Ранговые места интенсивности охвата диспансерным наблюдением населения Республики Беларусь в 2005 и 2009 гг. при отдельных классах заболеваний**

Ранговое место	2005 г.	2009 г.
1	Болезни системы кровообращения	Болезни системы кровообращения
2	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ
3	<i>Психические расстройства и расстройства поведения</i>	<i>Болезни органов пищеварения</i>
4	<i>Болезни органов пищеварения</i>	<i>Психические расстройства и расстройства поведения</i>
5	Новообразования	Новообразования
6	Болезни мочеполовой системы	Болезни мочеполовой системы
7	Болезни органов дыхания	Болезни органов дыхания



селения Д-наблюдением, значения индекса превышают оценочный показатель 150 [6, 16].

В случае улучшения выявления, регистрации заболеваний и своевременного проведения их лечения индекс должен увеличиваться. В свою очередь, и это закономерно, увеличение ИО коррелирует с изменением (улучшением) показателей, характеризующих качество жизни населения. При этом следует помнить о следующей дилемме: появление новых заболеваний ведет к неизбежному снижению КЖ населения; своевременное же выявление этих заболеваний – это возможность для дальнейшего улучшения КЖ или сохранения его на приемлемом уровне. Таким образом, вспоминая слова Н.А.Семашко, необходимо отметить, что диспансеризация по-прежнему остается важнейшим методом решения не только медицинских, но и общегосударственных задач, в том числе направленных и на улучшение КЖ населения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Об объявлении 2010 года Годом качества: Указ Президента Республики Беларусь от 31.12.2009 г. №671 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО "Юрспектр". – Минск, 1992–2010.
2. Крупнов, Ю. Качество жизни / Ю.Крупнов; опубликовано в 2003 г.; режим доступа: [http://www.krounov.ru/5/178\\_1.shtml](http://www.krounov.ru/5/178_1.shtml); 24 июля 2010.
3. Калинина, Т.В. Качество жизни населения как важнейшая составляющая общественного здоровья / Т.В.Калинина // Медицина. – 2007. – №4. – С.7–9.
4. Демченкова, Г.З. Теоретические и организационные основы диспансеризации населения / Г.З.Демченкова, М.Л.Полонский. – М.: Медицина, 1987. – 288 с.
5. Лисицын, Ю.П. Социальная гигиена и организация здравоохранения: Проблемные лекции: Учеб. пособие / Ю.П.Лисицын. – М.: Медицина, 1992. – 512 с.
6. Щавелева, М.В. Диспансеризация населения: исторические и современные аспекты / М.В.Щавелева, Т.Н.Глинская, Э.А.Вальчук // Лечебное дело. – 2010. – №2. – С.29–34.
7. О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения: Приказ Министерства здравоохранения СССР от 30.05.1986 г. №770. – М., 1986. – 333 с.
8. Щавелева, М.В. К вопросу о методических критериях оценки качества диспансеризации / М.В.Щавелева // Тез. докл. пленума Белорусского о-ва терапевтов 27–28 мая 1999 г., г. Гомель. – Гомель, 1999. – С.153.
9. Об утверждении программы развития здравоохранения Республики Беларусь на 2006–2010 годы: постановление Совета Министров Республики Беларусь от 31.08.2006 г. №1116 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО "Юрспектр". – Минск, 1992–2010.
10. О проведении диспансерного наблюдения врачами терапевтами участковыми: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.12.2004 г. №285.
11. Об утверждении Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010 годы: Указ Президента Республики Беларусь от 26.03.2007 г. №135 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО "Юрспектр". – Минск, 1992–2010.
12. Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь: Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.10.2007 г. №92 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО "Юрспектр". – Минск, 1992–2010.
13. О внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.10.2007 г. №92: Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 03.02.2009 г. №11 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО "Юрспектр". – Минск, 1992–2010.
14. Гвоздь, Н.Г. Диспансеризация населения в Республике Беларусь / Н.Г.Гвоздь, С.И.Антипова, И.В.Малахова, И.И.Новик // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2009. – №1. – С.38–43.
15. Щавелева, М.В. К вопросу о методике оценки диспансеризации / М.В.Щавелева, Т.И.Атрашкевич, А.А.Донисевич // Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы: Материалы 6-й международной конф.; 6–7 апреля 2008 г., Минск. – Минск: БГУ, 2008. – С.250–252.
16. Гулицкая, Н.И., Глинская Т.Н. Методические подходы к оценке зависимости смертности и заболеваемости / Н.И.Гулицкая, Т.Н.Глинская // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2007. – №3. – С.33–35.

#### ROLE OF UNIVERSAL DISPENSARIZATION IN IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF THE POPULATION

M.V. Shchavaleva, T.N. Glinskaya, E.A.Valchuk

Historical aspects in the making of the population dispensarization in our country were analyzed. Current data on the dispensarization coverage of the population as regards this or that class of diseases were given. A reversibility index was proposed as an additional indicator in order to more effectively evaluate the follow-up process.

Поступила 02.08.2010 г.