

УДК 614.1

ТЕНДЕНЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗА 2012-2016 ГОДЫ

Я.П. САНДАКОВ

ГБУ Диагностический центр №3 Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

Резюме: Анализ сведений за период 2012-2016 года о диспансерном наблюдении показал, что произошло уменьшение относительного числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением на конец отчетного года: 2012 – 558,1‰, 2016 – 183,4‰; достоверное изменение доли состоящих под диспансерным наблюдением от числа пациентов с зарегистрированными болезнями по некоторым классам болезней; выход на третьем месте в структуре диспансерной группы пациентов с заболеваниями глаза и его придаточного аппарата. Обнаружена интенсификация снятия с диспансерного учета по всем нозологиям и отдельным классам, в том числе на фоне снижения смертности и при необходимости пожизненного наблюдения по аналогичным причинам.

Ключевые слова: диспансерное наблюдение, диспансерный учет, диспансерные группы.

Введение

Одна из важнейших задач отечественного здравоохранения – воздействие на болезни, определяющие смертность в нашей стране и одновременно относящихся к предотвратимым причинам [1]. Данная задача отразилась в частности в закреплении федеральным законом принципа приоритета профилактики в сфере охраны здоровья, увеличение нормативов объемов и финансовых затрат на профилактическую помощь [2], поддержке и контроле на государственном уровне за проведением всеобщей диспансеризации взрослого населения. Вместе с тем диспансерное наблюдение, являющееся наиболее действенным механизмом обеспечения приверженности лечению, контроля факторов риска, и как следствие, снижения смертности от управляемых причин, привлекает меньший интерес. Сведения отчетов медицинских организаций, представляемые в органы управления здравоохранением, свидетельствуют о хорошем качестве диспансерного наблюдения. Уменьшение числа состоящих на диспансерном учете, увеличение лиц, снятых с диспансерного наблюдения исторически считаются позитивными показателями медицинской помощи пациентам диспансерных групп [3]. Однако продолжающийся рост смертности от ряда управляемых причин и необъяснимый рост смертности от неуточненных причин определили цель настоящего исследования: изучение тенденций диспансерного наблюдения взрослого населения за 2012-2016 годы.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе диагностического центра №3 Департамента здравоохранения города Москвы. Был выполнен анализ сведений, представленных в отчетных формах №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» 2012-2016 годов. Статистическая об-

работка данных проводилась с использованием программного продукта Microsoft Excel 2010 «Пакет анализа». Оценка достоверности различия относительных показателей определялась по критерию Стьюдента, где достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

За период с 2012 по 2016 год выявлен рост абсолютного числа и уменьшение относительного числа (на 1000 прикрепленного населения) лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, на конец отчетного года: 2012 – 9 575 и 558,1‰, 2016 – 22 673 и 183,4‰. Одновременно видна тенденция увеличения доли взятых под диспансерное наблюдение среди лиц с зарегистрированными заболеваниями: 2012 год – 12,8%, 2013 – 10,8%, 2014 – 15,6%, 2015 – 17,4%, 2016 – 15,8%. Подобная картина наблюдается в отношении взрослого населения в возрасте 18-55 лет и старше 55 лет.

В структуре диспансерной группы по заболеваниям самой многочисленной группой являются пациенты с болезнями сердечно-сосудистой (I00-I99), за ними следуют пациенты с болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ (E00-E89). Но, в 2012 году на третьем месте находятся пациенты, страдающие болезнями пищеварения (K00-K92), а в 2016 году – пациенты с болезнями глаза и его придаточного аппарата (H00-H59). Надо отметить, что за период с 2012 год по 2016 год в структуре диспансерной группе произошло уменьшение доли пациентов с болезнями системы кровообращения, если в 2012 году она превышала долю пациентов с болезнями эндокринной системы в 2 раза, то в 2016 году – в 1,3 раза.

К 2016 году обнаружено достоверное ($p < 0,05$) снижение относительного числа пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, с болезнями системы кровообращения, эндокринной системы, органов пищеварения, органов дыха-

ния, костно-мышечной системы. При этом за пять лет доля лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, от числа пациентов с зарегистрированными болезнями системы кровообращения, эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ подвергалась колебаниям, но достоверно не изменилась. Тогда как доля состоящих под диспансерным наблюдением от числа лиц с зарегистрированными болезнями органов пищеварения и костно-мышечной системы достоверно ($p < 0,05$) снизилась, а с болезнями органов дыхания – достоверно ($p < 0,05$) выросла. Заметим, что данные изменения происходят на фоне снижения общей и первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения, эндокринной системы, органов пищеварения, органов дыхания, костно-мышечной системы за обозначенный период. Достоверное изменение доли состоящих под диспансерным наблюдением от числа лиц с зарегистрированными болезнями может свидетельствовать об изменении структуры внутри классов болезней, а именно уменьшении/увеличении доли состояний, подпадающих под диспансерный учет, или трансформацией порядка диспансерного наблюдения. Учитывая, что порядок диспансерного наблюдения за рассматриваемый период не изменился, то об изменении структуры классов болезней скажет доля взятых под диспансерное наблюдение из числа лиц с впервые установленным диагнозом. То есть, снижение доли взятых под диспансерное наблюдение из числа лиц с впервые установленным диагнозом свидетельствует об уменьшении доли состояний, нуждающихся в диспансерном наблюдении, и наоборот – рост об увеличении. Формат отчетов 2015 и 2016 года позволяет проанализировать ситуацию с постановкой на диспансерный учет из числа лиц с впервые установленным диагнозом и со снятием с диспансерного наблюдения (Таблица 1).

Таблица 1

Сведения о диспансерном наблюдении

Болезни	Доля снятых с Д-наблюдения из числа лиц с зарегистрированным заболеванием		Доля взятых под Д-наблюдение из числа лиц с впервые установленным диагнозом	
	2015	2016	2015	2016
все	1,6	4,4	4,1	3,3
системы кровообращения	3,4	8,8	28,6	32,5
эндокринной системы	2,2	7,6	66,9	70,3
органов пищеварения	1,5	13,6	1,9	1,5
органов дыхания	0,8	2,1	1,2	0,7

Заметно, что доля взятых под диспансерное наблюдение из числа лиц с впервые установленным диагнозом за год по всем заболеваниям, а также по болезням органов пищеварения, органов дыхания падает, а по болезням системы кровообращения, эндокринной системы растет. Отсюда можно сделать вывод, что доля состояний, подлежащих диспансерному наблюдению, уменьшается в классе болезней органов пищеварения и органов дыхания. Однако для болезней органов дыхания при уменьшении доли состояний, нуждающихся в диспансерном наблюдении, и достоверной ($p < 0,05$) интенсификации снятия с диспансерного учета отмечается рост доли состоящих под диспансерным наблюдением от числа лиц с зарегистрированными болезнями. Подобный рост может возникнуть за счет накопления случаев диспансерного наблюдения за предыдущие годы нарастающим итогом. Заметим, что только бронхиальная астма из класса болезней органов дыхания подлежит пожизненному наблюдению, а длительность диспансерного наблюдения иных болезней органов дыхания определяется рекомендацией пульмонолога. То есть, можно сделать вывод, что результат диспансерного наблюдения неудовлетворительный, врачам не удается добиться улучшения здоровья, позволяющего прекратить диспансерное наблюдение. В этой ситуации следует проанализировать причины более активного снятия с диспансерного учета.

Внимания требует и ситуация с диспансерным наблюдением пациентов, страдающих болезнями системы кровообращения и болезнями эндокринной системы. Судя по увеличению доли взятых под диспансерное наблюдение из числа лиц с впервые установленным диагнозом, доля состояний, нуждающихся в диспансерном наблюдении, в структуре данных классов болезней растет. Учитывая, что диспансерное наблюдение для большинства состояний двух рассматриваемых классов болезней пожизненное, то должно происходить накопление случаев диспансерного наблюдения этих групп пациентов. Вместе с тем, доля состоящих под диспансерным наблюдением от числа лиц с зарегистрированными болезнями за 5-летний период не меняется. Описанное развитие ситуации возможно при активном снятии с диспансерного учета. Действительно снятие с учета при болезнях системы кровообращения и болезнях эндокринной системы даже за 1 год достоверно увеличилось. Но при условии пожизненного наблюдения могут быть только две причины снятия с диспансерного учета: смена медицинской организации и смерть пациента. Действительно, показатели смертности по причине ИБС, например, достоверно выросли: 2015 – 16,9‰, 2017 (1 квартал) – 44,6‰.

Вообще, следует отметить, что доля снятых с диспансерного наблюдения от числа лиц с зарегистрированными заболеваниями за один год увеличилась по всем заболеваниям и рассматриваемым классам болезней. Самое активное снятие с диспансерного наблюдения наблюдается

в отношении диспансерных пациентов, страдающих болезнями пищеварения. Смертность по причине болезней пищеварения статистически не менялась: 2015 г. – 0,65‰, 2016 – 0,61‰, 2017 – 0,61‰. Значит интенсификация снятия с диспансерного учета происходит за счет пациентов, не нуждающихся в пожизненном наблюдении. Напомним, что в данной группе чуть больше половины нозологий подлежат пожизненному диспансерному наблюдению, а другая половина – временному, 3-5 лет с момента последнего обострения. Можно надеяться, что существенное увеличение случаев стойких долготелетних ремиссий стало результатом диспансерного наблюдения. Однако, увеличение абсолютного числа снятых с диспансерного наблюдения за год пациентов в 7,8 раз, на фоне статистически одинаковых относительных величин числа лиц, состоящих на диспансерном учете в 2012 и 2013 годах (65,1% и 66,4%, соответственно), наталкивает на мысль о нарушении порядка диспансерного наблюдения.

Отдельно следует рассмотреть диспансерное наблюдение лиц, страдающих болезнями костно-мышечной системы. В соответствии с общим порядком диспансерного наблюдения постановке на учет из числа, страдающих костно-мышечной патологией, подлежат только лица с остеопорозом. По московскому регламенту проведения диспансерного наблюдения при оказании первичной медико-санитарной помощи перечень болезней костно-мышечной системы, подлежащих наблюдению, расширен и включает 17 нозологий. Как было сказано, последние пять лет отмечается падение относительного числа лиц, находящихся под диспансерным наблюдением по данному классу болезней, на 1 000 прикрепленного населения, а также достоверное уменьшение доли состоящих под диспансерным наблюдением среди лиц с зарегистрированным заболеванием класса M00-M99. В то время как заболевания данного класса являются третьей по частоте причиной первичной инвалидности. Обращает внимание, что за один год с 2015 по 2016 произошло учащение случаев снятия с диспансерного учета (2015 – 0,36%, 2016 – 0,81%) и увеличение доли снятых с Д наблюдения среди лиц с зарегистрированными заболеваниями костно-мышечной системы (2015 – 0,1%, 2016 – 0,7%). Притом, что большинство нозологий болезней костно-мышечной системы по московскому регламенту нуждаются в пожизненном наблюдении.

Также отдельно рассмотрим группу с заболеваниями класса C00-D48 (новообразования) в связи с ростом общей и первичной заболеваемости прикрепленного населения за рассматриваемый период. За 5-летний период произошёл достоверный рост относительного числа состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года (2012 – 0,74%, 2016 – 2,87 %), а также наметилась тенденция к росту доли пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением, среди лиц с зарегистрированным заболеванием класса

C00-D48 (2012 – 12,8%, 2016 – 15,4%). Между тем удивляет рост частоты и увеличение доли снятия с диспансерного наблюдения среди лиц с новообразованиями только за последние 2015, 2016 годы при обязательности пожизненного наблюдения при онкопатологии и доброкачественных новообразованиях и на фоне снижения смертности по данной причине (Таблица 2).

Таблица 2

Сведения о диспансерном учете при новообразованиях

	2015	2016
Снято с Д-наблюдения, на 1 000 прикрепленного населения	0,41‰	0,64‰
Доля снятых с Д-наблюдения из числа лиц с зарегистрированным заболеванием	1,6%	3,4%
Смертность на 100 тыс. взрослого населения	35,8‰	7,9‰

Заключение

Полученные сведения о диспансерном учете в целом и по классам болезней вызывают сомнения в соблюдении порядка диспансерного наблюдения, установленного федеральным и региональным нормативными правовыми актами, и могут косвенно свидетельствовать о неудовлетворительных результатах первичной медико-санитарной помощи в отношении диспансерных групп. В тоже время, только экспертиза случаев диспансерного наблюдения по нозологиям с обязательным рассмотрением случаев снятия с учета по причине смерти позволит решить вопрос качества диспансерного учета, а также выявить эпизоды и причины нарушения порядка диспансерного наблюдения.

Список литературы

1. **Предотвратимая смертность в России и пути ее снижения** / под ред. Ю.В. Михайлова, А.Е. Иванова – М.: ЦНИИОИЗ, 2006. – 308 с.
2. **Кочубей, А.В.** Особенности нормативного правового регулирования организации профилактической помощи при реализации программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи /А.В. Кочубей, А.Г. Ластовецкий, Е.А. Цветкова // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – №3. – С.64-66.
3. **Случанко И.С., Церковный Г.Ф.** Статистическая информация в управлении здравоохранением. 2-е изд. М., Медицина, 1983.

Сведения об авторах

Сандаков Я.П. – ГБУ Диагностический центр №3 Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия (109444, Москва, ул. Сормовская, 9), e-mail: sand2000@mail.ru

TRENDS OF FOLLOW-UP CARE OF ADULTS IN 2012-2016

SANDAKOV YA.P.

Diagnostic center №3 Moscow Health Department, Moscow, Russia

Abstract: Analysis of data of follow up care for the period 2012-2016 showed that there was a decrease in the number of people under observation at the end of the reporting year: 2012 – 558.1%, 2016 – 183.4%. There was a statistical meaningful change in the proportion of patients undergoing dispensary follow-up from the number of patients with registered diseases for some classes of diseases. Patients with diseases of the eye and its adnexa moved to the third place in the structure of the dispensary group. Intensification of withdrawal from dispensary registration for all nosologies and separate classes was detected, despite a decrease in mortality and mandatory life-long observations for similar reasons.

Key words: follow-up care, dispensary registration, dispensary group.

Information about the authors

Sandakov Ya.P. – Diagnostic center №3 Moscow Health Department, Moscow, Russia, (109444, Moscow, Sormovskaya str., 9), e-mail: sand2000@mail.ru