

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

УДК 614.2-053.8

Ф.И. Бадаев, Н.Л. Коган

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В статье рассмотрен один из основных профилактических методов, применяемых для предупреждения заболеваний и выявления факторов риска заболеваний, являющихся основной причиной смертности населения, — диспансеризация.

Ключевые слова: диспансеризация, профилактика, факторы риска заболеваний.

MEDICAL EXAMINATION OF THE ADULT POPULATION AS A METHOD OF DISEASE PREVENTION

F.I. Badaev, N.L. Kogan

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The article considers one of the main preventive methods used to prevent diseases and identify risk factors for diseases that are the main cause of death of the population – medical examination.

Keywords: medical examination, prevention, risk factors of diseases.

На современном этапе политического и социально-экономического развития Российской Федерации перед отечественным здравоохранением стоит важнейшая из задач — сохранение и укрепление здоровья населения страны и поиск путей совершенствования организации системы предупреждения, выявления заболеваний на более ранних стадиях, факторов риска этих заболеваний и оказание качественной медицинской помощи. Стратегия профилактики в здравоохранении хорошо разработана, и ее широко используют в профилактических программах. На протяжении последних лет на территории Российской Федерации реализуются федеральные, региональные и муниципальные программы и проекты, которые вносят огромный позитивный вклад в решение проблем, влияющих на здоровье населения. В этих условиях принципиально важным является подход, который основывается на повышении роли профилактической составляющей в оздоровлении населения — диспансеризации. Изначально это медицинское определение означало систему мер, направленных на сохранение здоровья населения, предупреждение развития заболеваний, снижение частоты обострений хронических заболеваний, развития осложнений, инвалидности, смертности и повышение качества жизни.

Концепция развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года в числе основных функций амбулаторно-поликлинического звена выделяет диспансеризацию населения с определением групп риска по развитию социально-значимых неинфекционных заболеваний и раз-

работку индивидуальных программ профилактики: коррекцию факторов риска, образа жизни, а также дальнейшее диспансерное наблюдение и более углубленные осмотры граждан, относящихся к определенным группам риска и хроническим больным.

Порядок проведения диспансеризации разрабатывался не только с учетом отечественного опыта проведения диспансеризации, но и с учетом международных практик проведения диспансеризации.

Основными особенностями нового порядка диспансеризации являются:

1) участковый принцип проведения диспансеризации;

2) проводится медицинскими организациями независимо от организационно-правовой формы, участвующими в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части оказания первичной медико-санитарной помощи, при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей работы при проведении диспансеризации;

3) граждане проходят диспансеризацию 1 раз в 3 года, начиная с 21 года, в возрастные периоды, которые определены порядком проведения диспансеризации; годом прохождения диспансеризации считается календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста;

4) ежегодно, вне зависимости от возраста, проходят диспансеризацию следующие категории:

- инвалиды Великой Отечественной войны, а также участники ВОВ, ставшие инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин;

- лица, награжденным знаком «Житель блокадного Ленинграда» и признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин;

- бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданные фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны, признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин. Для этих категорий диспансеризация проводится в том объеме, который соответствует объему диспансеризации для граждан ближайшей возрастной группы;

5) ответственность на организацию и проведение диспансеризации возлагается на руководителя организации, работников отделения (кабинета) медицинской профилактики, также на участкового врача, цехового врача или врача общей врачебной практики (семейного врача). При этом определяется круг ответственных лиц и подразделений, участвующих в планировании, организации, проведении диспансеризации, с разработкой задач и схемой взаимодействия всех участников для эффективного проведения всех этапов диспансеризации;

6) двухэтапный принцип проведения диспансеризации. Первый этап диспансеризации (скрининг) проводится 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 дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза на втором этапе диспансеризации. К хроническим неинфекционным заболеваниям (ХНИЗ), являющимся основной причиной инвалидности и смертности населения в нашей стране, относятся:

- болезни системы кровообращения, в первую очередь ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания;

- злокачественные новообразования;

- сахарный диабет;

- хронические болезни легких (бронхит, ХОБЛ, бронхиальная астма).

Очень важно, что все эти заболевания имеют общую структуру факторов риска их

развития, и причем все они поддаются коррекции.

Определение факторов риска является основным отличием нового порядка проведения диспансеризации. В данном случае оценивался опыт большого числа стран, в которых показано, что воздействия в течение 7–10 лет, направленные на снижение распространенности факторов риска, обуславливают снижение смертности в среднем на 50%.

Делая выводы по анализу проведения диспансеризации, можно отметить что с каждым годом подход к проведению диспансеризации должен становиться более упорядоченным и стандартизированным, работа как участковой службы, так и отделений (кабинетов) медицинской профилактики — менее формальной, более нацеленной на результат: предотвратить заболевание как можно раньше, выявить факторы риска и замотивировать пациента на изменение образа жизни и если нужно — лечение. Но на практике этот принцип не срабатывает из-за ряда причин:

- регулярное обновление нормативно-законодательной базы;

- уменьшение объемов проводимых обследований;

- несовершенство учетно-отчетной документации;

- увеличение плановых объемов.

Назрела необходимость разработать алгоритмы инновационных подходов к проведению диспансеризации с применением современных организационных технологий, и одна из главных задач, которую необходимо решить, — это налаживание системы дальнейшего наблюдения и лечения пациентов, которые были выявлены в ходе проведения диспансеризации как с заболеваниями, так и с факторами риска этих заболеваний. Свести в единый электронный нормативный документ перечень профилактических мероприятий — «Профилактический паспорт пациента», куда возможно объединить профилактические мероприятия в течение года, которые дублируют друг друга: проведение скрининг-программ, таких как «Урологическое здоровье», «Профилактический медицинский осмотр по факторам труда», «Вакцинация», «Диспансеризация», «Периодические медицинские осмотры».

Таким образом, повышая эффективность и качество проведения диспансеризации взрослого населения, снижаем воздействие факторов риска и усиливаем профилактическую направленность в сохранении и укреплении здоровья населения, соответственно выполняем государственную политику в области здравоохранения.

Литература

1. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. [Электронный ресурс]. Режим доступа: /http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/5c2f5b1d790a1f82d0ca1f2fa0d72e968e6349e7/.
2. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. — 4-е изд., перераб. и доп. — М., 2017.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 октября 2017 г. № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

ПИТАНИЕ ОРГАНИЗОВАННЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ВОСПИТЫВАВШИХСЯ В СЕМЬЯХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ МАТЕРИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ

УДК 612.39-053.4:

Л.В. Богданова, А.Г. Закроева, А.В. Бессонова

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Уровень материального благополучия семьи может оказать влияние на организацию питания ребенка в домашних условиях и в дальнейшем отразиться на формировании пищевого поведения ребенка. Цель работы — оценить режим и качество рациона питания организованных детей в возрасте от 3 до 7 лет в условиях семей с различным социально-экономическим статусом. Проведено кросс-секционное исследование, в которое было включено 190 организованных детей дошкольного возраста, 1-ю группу составили 83 ребенка с достаточным уровнем материального положения семьи, 2-ю группу — 107 детей с недостаточным уровнем семейного дохода. Было выявлено, что в группе детей из семей с достаточным уровнем материального положения доля использования в рационе питания фруктов была в 1,5 раза выше ($p = 0,02$), а число дефектов режима питания было в 2 раза меньше ($p = 0,0003$), чем у детей с недостаточным уровнем семейного дохода. При этом все обследованные дети дошкольного возраста недостаточно употребляли в пищу рыбу, мясо, овощи, крупяные продукты, фрукты.

Ключевые слова: дети, рацион питания, уровень материального благополучия, семья.

DIET PECULIARITIES OF ORGANIZED PRESCHOOLERS LIVING IN FAMILIES WITH DIFFERENT MATERIAL WELL-BEING STATUS

L.V. Bogdanova, A.G. Zakroyeva, A.V. Bessonova

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The family well-being can affect the approaches to the organization of the child's nutrition and its future health. The aim of this study was to evaluate the style and quality of diet among children ages 3 to 7 years in families with different financial status according to the parents' self-assessment. The cross-section study included 190 organized preschool children that were divided into the 2 groups. The first group included 83 children with a sufficient family income; the 2nd group included 107 children with an insufficient level of family income. We revealed that the children in families with higher social and financial status consumed the fruits 1.5 times more often and had the defects of diet 2 times less than children with lower economic status. At the same time all children not enough eat fish, meat, vegetables, cereals, fruits.

Keywords: children, diet, level of material well-being, family.

Введение

Согласно свидетельству научной литературы последних десятилетий, в России прослеживается устойчивая тенденция к снижению числа здоровых детей всех возрастных групп. [1; 2]. В дошкольном возрасте у детей выявляются патологические и функциональные изменения во многих органах и системах, связанные с воздействием многочисленных факторов риска, одним из которых является питание. Питание относится к ведущим модифи-

цируемыми предикторам, способствующим развитию метаболических нарушений, таких как избыточная масса тела, ожирение, сахарный диабет 2 типа, дисбаланс или недостаточность витаминов и микроэлементов. В детской практике дефекты питания могут обуславливать развитие функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта, пищевой аллергии [4]. Семья играет ключевую роль в практике здорового питания среди детей и подростков: семейные традиции питания форми-