

В. А. Серебrenников, Е. В. Мишарина, Ж. К. Егорова

**ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ЕКАТЕРИНБУРГСКОГО  
КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА***Екатеринбургский консультативно-диагностический центр  
г. Екатеринбург***Аннотация**

Ранняя диагностика и профилактика определенных заболеваний — это главная задача Центра здоровья. Предотвращение появления патологических изменений позволяет укрепить здоровье человека и уже сегодня задуматься о будущих поколениях.

**Ключевые слова:** Центр здоровья, скрининг-обследование, консультативная поликлиника ЕКДЦ, сохранение и укрепление здоровья, отношение граждан к своему здоровью.

В последнее время в России особое внимание уделяется созданию на базе государственных учреждений здравоохранения субъектов РФ и муниципальных образований Центров здоровья, основной задачей которых является ранняя диагностика и профилактика хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ).

Сегодня в стране функционирует свыше 500 Центров здоровья, в частности, в Свердловской области функционируют 7 таких Центров, одним из которых является созданный в 2009 году на базе МБУ «Екатеринбургский консультативно-диагностический центр» (ЕКДЦ). Оснащение Центра здоровья, как структурной единицы ЕКДЦ, полностью соответствует требованиям, предъявляемым к данной структурной единице ЛПУ. Это позволяет провести скрининг-обследование пациентов с целью ранней диагностики патологических процессов, выявить основные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний, соответственно сформировать группы риска социально значимых заболеваний и организовать динамическое наблюдение за пациентами входящими в эти группы.

В случае выявления у пациента в процессе скрининг-обследования признаков заболевания (повышенное артериальное давление, гипергликемия, гиперхолестеринемия, повышенное внутриглазное давление, данные кардиовизора, спирометрии и ангиологического скрининга), врач Центра здоровья для уточнения диагноза, направляет пациента на консультацию к специалисту в консультативную поликлинику ЕКДЦ.

Используя многоступенчатую диагностическую модель при постановке диагноза «от простого к сложному» и разработанные на основании данного принципа в ЕКДЦ алгоритмы диагностического поиска при различных заболеваниях, врач-консультант проводит полное клиническое и необходимое инструментальное обследование для постановки диагноза. После постановки окончательного диагноза пациенту назначается необходимое лечение и рекомендуется обратиться в ЛПУ по месту жительства для взятия его на диспансерный учет и проведения дальнейших лечебно-профилактических мероприятий. В ряде случаев, чаще всего для оценки эффективности проводимой терапии, динамическое наблюдение за пациентами осуществляется узкими специалистами консультативной поликлиники ЕКДЦ.

При подозрении на острую патологию пациенты госпитализируются в соответствующие ЛПУ г. Екатеринбурга.

При выявлении у пациента основных факторов риска ХНИЗ, врач Центра здоровья проводит беседу, суть которой сводится к объяснению негативного влияния этих факторов на здоровье пациента, даются рекомендации по борьбе с факторами риска, согласно концепции ведения здорового образа жизни и профилактике наиболее часто встречающихся социально-значимых заболеваний. С целью динамического наблюдения пациенты приглашаются на повторный прием в Центр здоровья.

Так, например, при подозрении на ту или иную патологию сердечно-сосудистой системы при скрининг-обследовании (пато-

логические изменения на кардиовизоре, регистрация у пациента повышенных цифр артериального давления, дисритмии, подозрение на ИБС, пороки сердца, и др.) врач Центра здоровья направляет пациента на консультацию к кардиологу консультативной поликлиники для уточнения диагноза. Кардиолог для постановки окончательного диагноза проводит пациенту полное клинично-инструментальное обследование (согласно алгоритму диагностического поиска), используя возможности ЕКДЦ (клинично-лабораторные и инструментальные методы исследования, привлечение специалистов консультативной поликлиники), а также при необходимости привлекая специалистов специализированных Центров третьего уровня. При постановке окончательного диагноза, кардиологом даются рекомендации по проведению необходимых лечебно-профилактических мероприятий и пациент направляется в ЛПУ по месту жительства для взятия на диспансерный учет и дальнейшего динамического наблюдения.

При подозрении на сосудистую патологию при выполнении алгоритма ангиологической скрининга пациент направляется на консультацию к ангиохирургу, который проводит необходимое обследование пациента для уточнения диагноза. В случае выявления сосудистой патологии, ангиохирург назначает соответствующее лечение (в том числе и оперативные методы лечения), и осуществляет динамическое наблюдение за пациентом. В сложных случаях пациент может быть направлен на консультацию в Городской сосудистый центр.

При подозрении на сахарный диабет пациенты направляются на консультацию к эндокринологу консультативной поликлиники, который для подтверждения диагноза, определения лечебно-профилактических мероприятий и выявления возможных осложнений этого грозного заболевания, проводит необходимые исследования (глюкозо-толерантный тест, определение гликированного гемоглобина, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы и др.). При подтверждении диагноза «сахарный диабет» пациенту назначается сахароснижающая терапия, даются рекомендации по дальнейшему ведению и динамическому наблюдению в ЛПУ по месту жительства. В случае выявления у пациента факторов риска развития сахарного диабета также

рекомендуется наблюдение у эндокринолога по месту жительства или Центра, но в группе риска по сахарному диабету.

Присутствие у пациента жалоб, а также данные спирометрии, свидетельствующие о наличии патологии бронхо-легочной системы, являются показанием для консультации пульмонолога. Пульмонолог на основании данных клинично-инструментального исследования выносит свой вердикт о состоянии бронхолегочной системы, устанавливает окончательный диагноз, назначает соответствующую терапию, направляет для динамического наблюдения в территориальную поликлинику по месту жительства или осуществляет динамическое наблюдение в условиях Центра. В случае необходимости больной может быть отправлен на консультацию в Городской или Областной пульмонологический центр, как для уточнения диагноза, так и определения тактики ведения больного. Пациенты с факторами риска развития заболеваний органов дыхания могут состоять на диспансерном учете, как в Центре здоровья, так и в ЛПУ по месту жительства.

Немаловажное значение в деятельности Центра здоровья уделяется вопросам формирования у граждан ответственного отношения к своему здоровью, мотивации и приверженности к лечению уже имеющих у пациентов заболеваний для повышения качества и продолжения жизни, сохранения и восстановления трудоспособности; повышению уровня знаний, информированности и приобретения населением практических навыков по сохранению и укреплению здоровья. С этой целью в Центре здоровья предусмотрено проведение бесед, касающихся здорового образа жизни, профилактики наиболее часто встречающихся социально-значимых заболеваний, как на индивидуальном, так и групповом уровнях.

На базе Центра здоровья МБУ ЕКДЦ проводятся школы по артериальной гипертензии, а также школа для желающих бросить курить.

В таблице 1. представлены данные о выявленной патологии в условиях Центра здоровья за весь период его функционирования.

Таким образом, работа Центров здоровья направлена на своевременную диагностику и профилактику ХНИЗ, на сохранение и укрепление здоровья граждан и будущих поколений.

Таблица 1

**Характеристика выявленной патологии в условиях Центра здоровья за весь период его функционирования**

<i>Заболевания сердечно-сосудистой системы: всего 582, в т. ч.</i>	
АГ	359
ИБС	69
Пороки сердца	23
Нарушения ритма	24
Другая патология ссс (миокардиодистрофия, атеросклероз, дислипидемия)	107
<i>Заболевания ЖКТ: всего 256, в т. ч.</i>	
Гастрита	90
Заболевания ж. пузыря, в т. ч. холецистит, ЖКБ	33
Гепатиты	31
Панкреатит	30
ГЭРБ	21
СРК	12
Язвенная болезнь желудка и ДПК	7
Болезнь Крона	2
Язвенный колит	1
Другая патология ЖКТ	29
<i>Заболевания органов дыхания: всего 110, в т. ч.</i>	
Бронхиальная астма	43
Острые инфекции верхних дыхательных путей, в т. ч. о. бронхит	19
Хр. бронхит	18
ХОБЛ	14
Рак легкого	1
Другая патология бронхолегочной системы	15
<i>Заболевания почек и мочевыводящих путей: всего 140, в т. ч.</i>	
Пиелонефрит (острый и хронический)	47
МКБ	28
Кисты почек	28

<i>Заболевания сердечно-сосудистой системы: всего 582, в т. ч.</i>	
Цистит	24
Злокачественное образование почек, м. пузыря	2
Другая патология	11
<i>Эндокринологическая патология: всего 119, в т. ч.</i>	
Нарушенная толерантность к углеводам	25
СД 2 типа	13
СД 1 типа	3
Нетоксический узловой зоб	12
Гипотиреоз	11
АИТ	5
Доброкачественное образование надпочечников	1
Другая патология (в т. ч. ожирение)	49
<i>Заболевания системы крови: всего 32 (в т. ч. ЖДА, В12 дефицитная анемия, тромбоцитопения, нарушения свертываемости крови, агранулоцитоз)</i>	
<i>Заболевания нервной системы: всего 279, в т. ч.</i>	
Энцефалопатия	53
Остеохондроз позвоночника	46
Синдром вертебробазилярной недостаточности	27
Другая выявленная патология нервной системы составляет	153
<i>Заболеваниями органа зрения: всего 250 пациентов, в т. ч.</i>	
Ангиопатия	137
Гиперметропия	31
Миопия	27
Пресбиопия	15
Катаракта	9
Глаукома	2
Другая патология составляет	29
<i>Заболевания органа слуха (нейросенсорная тугоухость): всего 36</i>	

А. В. Слободенюк, Л. В. Семенова

## ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ГРИППА В УСЛОВИЯХ СЕЛЕКТИВНОЙ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ

*Уральский государственный медицинский университет  
Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области  
г. Екатеринбург*

### Аннотация

Случаи заболеваний гриппом и ОРВИ оценивали за эпидемические годы (1989-2012 гг.) по ординару, сезонной и эпидемической надбавкам. Для профилактики гриппа применяли инактивированные вакцины с антигенным составом вирусов А1, А3 и В. Эпидемический процесс (ЭП) гриппа в многолетней динамике характеризовался непрерывностью и гетерогенностью циркулирующих вирусов. Ведущей возрастной группой, вовлекаемой в ЭП, были дети, у которых заболеваемость гриппом и ОРВИ в сравнении с взрослыми была выше по ординару в 5,4 раза, по сезонной надбавке в 6,4 раза, по эпидемической надбавке в 5,2 раза. При селективной вакцинации против гриппа лиц различных социально-возрастных групп с охватом прививками 70%, суммарная заболеваемость гриппом и ОРВИ в этих группах снижалась в 1,6 раза.

**Ключевые слова:** эпидемический процесс гриппа, селективная вакцинация, группы риска заражения.

Результаты эпидемиологического надзора за гриппом свидетельствуют о происходящих изменениях в эпидемическом процессе этой инфекции в условиях гетерогенности циркулирующих вирусов [2, 4], что влияет на интенсивность, динамику и структуру заболеваемости населения в каждом эпидемическом сезоне года.

Проведение защитных мероприятий среди населения от гриппа, несомненно, оказывает влияние на ЭП, однако планирование и реализация их часто носит субъективный характер. Вместе с тем, несмотря на наличие официальных документов (национальный календарь профилактических прививок, региональный календарь прививок Свердловской области), тактика вакцинопрофилактики гриппа по существу окончательно не сформировалась.

**Целью** исследования являлось изучение эпидемиологических особенностей современного гриппа и обоснование тактики селективной вакцинации в социально-возрастных группах населения, подверженных риску заражения.

### Материалы и методы.

Исследования выполнены в период 1989-2012 гг. В работе использовали данные учетно-отчетной документации ФБУЗ «Центр

гигиены и эпидемиологии» в Свердловской области и компьютерные программы «АРМ-эпидемиолога», АРМ «заболеваемость 2000», АРМ «прививки», результаты серологической диагностики гриппа и ОРВИ (846 больных), ПЦР (2946 больных), выделение вирусов на культуре клеток MDSK (1145 больных).

Для анализа материалов использовали эпидемиологический метод (дескриптивный и аналитический приемы) и статистический вид исследования. Случаи заболеваний среди взрослых и детей до 14 лет выражали в показателях на 10 тыс. населения. Среднемноголетние показатели заболеваемости гриппом и ОРВИ среди детей, взрослых и всего населения оценивали по показателям ординара, сезонной и эпидемической надбавок за эпидемический год (с июля одного года по июнь следующего).

Для профилактики гриппа применяли инактивированные вакцины отечественных и зарубежных производителей с антигенным составом А (Н1N1), А (Н3N2) и В. Прививали лиц высокого риска заражения: детей ДОУ, закрытых учреждений, школьников, медицинских работников, работников образования, торговли, общественного питания, коммунальной сферы, транспорта, птицефабрик и лиц пожилого возраста. Эпидемиологическую