

УДК 616.1:615.85+616.12

З. А. Саркисян

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ КАК ВАЖНЫЙ ЭТАП ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Изучены структура и качество диспансеризации больных, находящихся под диспансерным наблюдением в поликлиниках г. Еревана, Октемберяна, Эчмиадзина, Севана и др. При определении эффективности диспансерного наблюдения использованы конкретные показатели, основные из которых: показатель выздоровления, смертности, инвалидности, случаев временной нетрудоспособности, дней временной нетрудоспособности. Был изучен объем лечебно-оздоровительных мероприятий по фактическим данным и экспертной оценкой. Сделаны конкретные выводы о дальнейшем развитии и совершенствовании диспансеризации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В 1970 г. в Армянской ССР среди диспансеризуемых больных первое место отводилось больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Цель диспансеризации больных, как и здоровых, — снижение заболеваемости, инвалидности, сохранение трудоспособности / 1, 7, 8 и др. /.

Нами изучены структура и качество диспансеризации 1660 больных, находящихся под диспансерным наблюдением в поликлиниках г. Еревана, Октемберяна, Эчмиадзина, Севана; из них страдающих гипертонической болезнью — 1000 (мужчин 418, женщин 582), ревматизмом — 548 (мужчин 235, женщин 313), атеросклерозом — 108 (мужчин 71, женщин 37).

Возрастно-половой и социальный состав исследованных нами диспансеризуемых больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, соответствует показателям по данным общей заболеваемости (по обращаемости) и отражает основные ее тенденции. Большую часть диспансеризуемых составляют женщины в возрастных группах 30-39, 40-49, 50-59 лет. По социальному положению первое место среди диспансеризуемых кардиологических больных занимают рабочие, второе — служащие, далее — пенсионеры и учащиеся.

Распределение диспансеризуемых кардиологических больных по нозологическим формам соответствует распространенности этих заболеваний (наиболее многочисленную группу составляют больные гипертонической болезнью в возрасте 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 лет).

В первую очередь диспансеризуются лица, страдающие начальными обратимыми формами заболеваний, так как оздоровление больных гипертонической болезнью следует начинать возможно раньше и в начальном периоде заболеваний. Этим и объясняется высокий процент охвата диспансеризуемых больных, страдающих гипертонической болезнью I и II "А" стадии и значительно меньший процент охвата во II "Б" и III стадиях.

Второе место среди диспансеризуемых занимают больные ревматизмом в возрастных группах до 20, 20-29, 30-39 лет. Среди диспансеризуемых по поводу атеросклероза преобладают лица более пожилого возраста (50-59, 60 лет и старше), что соответствует и более высокой распространенности атеросклероза в этих возрастных группах.

В последнее время появилось значительное число работ, указывающих на целесообразность дифференцировать больных по состоянию патологического процесса [2, 3, 6 и др.]. Разделяя мнение этих исследователей, мы сочли целесообразным по характеру клинического течения процесса и степени выраженности функциональных нарушений разделить диспансеризуемых кардиологических больных на III группы (IY группу составляют здоровые): I - тяжелые больные в стадии клинической декомпенсации, II - больные в стадии субкомпенсации, III - больные с легкой формой заболевания в стадии компенсации.

По длительности диспансерного наблюдения контингент диспансеризуемых кардиологических больных распределяется следующим образом: 5 лет и более; от 3 до 5 лет; от 1 до 3 лет; наименьшую долю составили лица, наблюдавшиеся до одного года. Тяжесть течения заболевания и длительность диспансерного наблюдения играют весьма важную роль при определении эффективности диспансеризации.

Для выявления ранних стадий заболевания и своевременного взятия под диспансерное наблюдение используются различные пути. Большое значение придается профилактическим осмотрам - предварительным, периодическим и целевым. Основной формой выявления лиц, нуждающихся в диспансерном наблюдении, являются обращения в поликлинику или вызов врача на дом. При проведении данного исследования обнаружено, что 13,9% всех лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, выявлено при медицинских осмотрах, 61,2% - при обращении в поликлинику, 24,9% - в стационаре.

Весьма существенным моментом в проведении диспансеризации следует считать выработку единых сравнимых показателей диспансерного наблюдения. Такие показатели помогут в сравнительной оценке качества работы лечебно-профилактического учреждения в определении лучшего опыта, заслуживающего распространения. Нами изучены основные показатели, характеризующие качество диспансеризации: условия труда, быта, амбулаторное, стационарное, противоречивое, санаторно-курортное лечение, трудоустройство, диетпитание. Анализ полученных данных свидетельствует о том, что условия труда и быта изучаются врачами в недостаточной степени, неполностью обследуются и консультируются больные. Необходимые обследования условий труда проведены лишь в 61,2%, условия быта - в 60,3% случаев, из числа нуждающихся в консультациях врачей-

специалистов проконсультировано 85,1%, в недостаточной мере используются клинико-диагностические исследования (80,4%).

Весьма существенное значение имеет амбулаторное лечение больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Показатель выполнения назначенного амбулаторного лечения составляет 72,8% по всем изученным нозологическим формам, в том числе по ревматизму 94,5%, гипертонической болезни 89,4%, атеросклерозу 86,6%.

Велика роль стационарного лечения в оздоровлении больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Из всех больных, нуждающихся в госпитализации, госпитализировано 89,6%. Наибольший показатель выполнения плана госпитализации при гипертонической болезни — 100%, при ревматизме — 89,8%, наименьший при атеросклерозе — 33%.

С профилактической целью было госпитализировано 90% всех состоящих под диспансерным наблюдением больных, нуждающихся в профилактической госпитализации. Ничто так не восстанавливает силы больного, страдающего сердечно-сосудистыми заболеваниями, как отдых в спокойной обстановке с правильно налаженным режимом. В связи с этим при диспансеризации больных особое внимание уделяется санаторно-курортному лечению, пребыванию в доме отдыха, в профилактории. Из всех диспансеризуемых больных, нуждающихся в санаторно-курортном лечении, получили всего 50,2% (51,5% из всех нуждающихся в этом больных ревматизмом, 60,6% — больных гипертонической болезнью и 34,0% — больных атеросклерозом).

Важнейшими показателями диспансерного наблюдения являются показатели эффективности диспансеризации. Несмотря на то, что в последние годы предложено много различных показателей для изучения эффективности диспансеризации, они неоднородны, не унифицированы и трудно сравнимы. Это затрудняет объективную оценку качества и эффективности диспансеризации населения в работе учреждений здравоохранения, а также не дает возможности врачам учитывать результаты своего труда и сравнивать качественные показатели диспансеризации /1, 6 и др. /.

Наиболее применимы, на наш взгляд, показатели эффективности, предложенные И. Д. Богатыревым /2/ :

а) заболевания с временной утратой трудоспособности по каждой нозологической форме (по числу больных и дней) на 100 человек, взятых под диспансерное наблюдение;

б) процент диспансеризуемых, имеющих в эпикризе к концу года оценку состояния здоровья: "улучшение", "без перемен", "ухудшение".

С. Я. Фрейдлин /7/ считает, что "основным показателем результатов диспансеризации надо считать состояние здоровья обслуживаемого населения". Показателями состояния здоровья некоторые авторы предлагают считать: стойкое улучшение, отсутствие улучшения, ухудшение. Стойкое улучшение здоровья — когда больные ревматизмом, стенокардией, инфарктом миокарда в течение года имеют менее двух рецидивов при полном или частичном отсутствии симптомов болезни. Временное улучшение — когда приступы или обострение в процессе лечения купируются, улучшается общее состояние, симптомы болезни выражены слабо. В период между приступами эти симптомы опять проявляются, но не прогресси-

руют. Отсутствие улучшения — когда в состоянии здоровья нет улучшения, но и ухудшения нет. И, наконец, ухудшение — болезнь развивается, симптомы обостряются.

При изучении эффективности диспансеризации мы считаем необходимым учесть следующие показатели: 1. Число снятых с диспансерного наблюдения с полным восстановлением трудоспособности. 2. Число снятых с учета по выздоровлению с частичным восстановлением трудоспособности. 3. Число лиц, в состоянии здоровья которых не было перемен. 4. Число лиц, у которых наступило явное ухудшение. Наряду с этим считаем целесообразным учитывать динамику инвалидности, а именно первично получивших группу инвалидности или изменивших группу на более тяжелую.

Данные исходов в состоянии здоровья исследуемых нами при изучении эффективности диспансеризации показывают, что из всех лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, снято с учета ввиду выздоровления с полным восстановлением трудоспособности 27,7% и с частичным восстановлением трудоспособности — 27,1% больных. Состояние здоровья без перемен было у 22,8% больных, ухудшение наступило у 26,4%, из которых 22,7% впервые признаны инвалидами или им дана более высокая группа инвалидности.

Пользуясь показателями для оценки результатов диспансеризации, мы считаем необходимым проследить изменения в состоянии здоровья в зависимости от сроков наблюдения. Чем дольше наблюдаются больные, тем выше эффективность диспансеризации. По срокам наблюдения все диспансеризуемые больные были разделены на 4 группы: до 1 г., от 1 до 3 лет, от 3 до 5 лет и от 5 лет и более. Анализируя число больных, снятых с учета по выздоровлению с полным восстановлением трудоспособности, следует отметить, что при сроке наблюдения до 1 г. таких лиц не отмечено вообще, от 1 до 3 лет снято с диспансерного наблюдения 17,2%, при длительности наблюдения от 3 до 5 лет снято с учета в связи с выздоровлением 37,7%, при сроке наблюдения от 5 лет и более — 45,1%. Такая же закономерность выявлена в случаях снятия с учета по выздоровлению с частичным восстановлением трудоспособности. Выявить какие-то закономерности в группе "без перемен" в связи со сроком диспансерного наблюдения нам не удалось; чем больше наблюдаются больные, тем меньшая доля лиц имеет "ухудшение" в состоянии здоровья. Все полученные нами закономерности были подтверждены статистически методом корреляции. Получена прямая высокая корреляционная зависимость между длительностью наблюдения и выздоровлением с полным или частичным восстановлением трудоспособности. Коэффициент корреляции (r) соответственно равен 0,89, 0,01, 0,93, 0,01. При длительности наблюдения в 8 лет и более выявленная закономерность исчезает. Полученные данные позволяют сделать вывод о целесообразности диспансерного наблюдения в течение 10 лет и более. В случаях, когда нет рецидивов, достаточно наблюдение в течение 5 лет, и такие больные могут быть переведены в группу здоровых, которым также следует уделять должное внимание. Мы разделяем в этом вопросе мнение ряда исследователей, что при переходе к сплошной диспансеризации больных по выздоровлении не следует снимать с диспансерного наблюдения, а нужно переводить в группу здоровых /7, 9 и др. /.

Таким образом, при определении эффективности диспансерного наблюдения использовались конкретные показатели, основными из которых являлись следующие:

1. Показатель выздоровления – число лиц (в %), снятых с диспансерного учета по выздоровлению. Данный показатель рассчитывался по поликлиникам в целом (на основании этапного эпикриза или экспертной оценки) и по основным нозологическим формам. Он конкретно характеризует работу данного учреждения или соответствует определенной структуре заболеваемости и диспансеризации. Учитывалась также динамика этого показателя по годам (в зависимости от срока наблюдения).

2. Показатель смертности (в %) диспансеризируемых больных, обслуживаемых поликлиникой (учитывались только те случаи, когда смерть наступила от основного заболевания, по поводу которого больной состоял под диспансерным наблюдением).

3. Показатель инвалидности (в %). Этот показатель включает в себя перевод на инвалидность диспансеризируемых больных и получение более высокой группы инвалидности. Его следует рассчитывать по поликлинике в целом, а также по основным нозологическим формам.

4. Показатель случаев временной нетрудоспособности по основному заболеванию и по сопутствующим на 100 диспансеризируемых больных по всем нозологическим формам в целом и отдельно по каждой.

5. Показатель дней временной нетрудоспособности по группе диспансеризируемых 100 больных. Эти два показателя анализировались в динамике за несколько лет.

Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности, рассчитанные на 100 диспансеризируемых больных с наблюдением в динамике за 3 г. (1968–1970), явно показывают уменьшение числа случаев временной нетрудоспособности в целом по всем изученным нозологическим формам (по ревматизму с 53,4 до 34,8, гипертонической болезни с 52,5 до 43,8, атеросклерозу с 61,5 до 48,7). Наряду с этим отмечается также уменьшение числа всех дней нетрудоспособности по основному заболеванию.

Исходя из структуры общей заболеваемости (по обращаемости) диспансеризируемого контингента, мы изучили объем лечебно-оздоровительных мероприятий по фактическим данным, которые в дальнейшем были дополнены экспертной оценкой. Проведенные расчеты показали, что на 100 диспансеризируемых необходимо планировать 92,9 амбулаторно-поликлинических случаев лечения, 42,3 – госпитализации, 30,3 – санаторно-курортного лечения, 10,8 – лечения в доме отдыха, 5,9 – в профилактории, 43,3 – диетпитания, 16,2 – трудоустройства. Эти показатели несомненно сыграют важную роль при планировании объема лечебно-оздоровительных мероприятий.

Для определения объема работы по диспансеризации больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, потребуется четко определить: число лиц, подлежащих диспансеризации, частоту систематических освидетельствований при различных заболеваниях, степень участия в этой работе врачей разных специальностей. Эти задачи являются первоочередными.

Дальнейшее развитие и совершенствование диспансеризации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями позволит:

- 1) выявить больных с начальными формами заболевания;
- 2) установить связь между появлением ранних признаков болезни и условиями труда и быта;
- 3) проводить более эффективные меры по купированию болезни в самом начале, а также предотвратить дальнейшее развитие уже возникшей болезни и инвалидности;
- 4) применять конкретные меры к предотвращению появления различных форм сердечно-сосудистых заболеваний.

Центральный институт курортологии
и физиотерапии МЗ СССР

Поступила 9/УП 1973г.

2. Ա. ՍԱՐԳՍՅԱՆ

ԿԱՐԴԻՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԻԽՍՊԱՆՍԵՐԻԶԱՑԻԱՆ
ԻՐԻՆԿ ՍԻՐՏ-ԱՆՈԹԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՊՐՈՑԵՍԻՆԿԱՑԻԱՅԻ
ԿԱՐԵՎՈՐ ԷՏԱՊ

Ա մ փ ո փ ու մ

Սիրտ-անոթային համակարգության հիվանդությունները կանխելու նպատակով ձեռնարկվող միջոցներից կարևորը՝ այդ հիվանդների դիսպանսեր հսկողության ճիշտ կազմակերպումն է: Հանրապետության բուժարոճիկատիկ հիմնարկներում բնակչության դիսպանսեր հսկողության և նրանց առանձին խմբերի դիսպանսերիզացիան կազմակերպելու գործը դարձել է ներառյց հիմնական ֆունկցիաներից մեկը: Մեր կողմից կատարված հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ սիրտ-անոթային համակարգության հիվանդություններով տառապող հիվանդների դիսպանսերիզացիան ժամանակին կազմակերպելու դեպքում աշխատունակությունը վերականգնվում է 23,7 %-ի մոտ լրիվ, իսկ 27 %-ի մոտ՝ մասնակի:

1968—1970 թթ. մեր կատարած ուսումնասիրությունները ցույց են տրվել, որ դիսպանսեր հսկողության տակ գտնվողների անաշխատունակության օրերի թիվը առողջացուցիչ միջոցառումները ժամանակին կազմակերպելու դեպքում զգալի շափով իջնում է: Այսպես, 1968 թ. այն կազմել է 51,5 %, 1969 թ.՝ 42,2 և 1970 թ.՝ 31,8 %:

Բուժարոճիկատիկ միջոցներից իր ուրույն տեղն ունի սանատոր-կուրորտային բուժումը: Սիրտ-անոթային համակարգության հիվանդների 40,3% կարիք ունի սանատոր-կուրորտային բուժման:

Սիրտ-անոթային համակարգության հիվանդների դիսպանսեր հսկողության ճիշտ և ժամանակին կազմակերպումը հզոր միջոց է նրանց կանխարդիման, հաշմանդամության նվազեցման, աշխատունակության բարձրացման գործում:

1. Богатырев И. Д. Здравоохранение Российской Федерации, 1963, 11, стр. 10.
2. Богатырев И. Д. Советское здравоохранение, 1969, 5, стр. 56.
3. Гудошников Ф. Ф. Советское здравоохранение, 1963, 6, стр. 13.
4. Евстигнеева В. Н. Советское здравоохранение, 1962, 6, стр. 17.
5. Лекарев Л. Г. Здравоохранение Российской Федерации, 1963, 11, стр. 10.
6. Паи А. Г. Опыт работы четвертой больницы Октябрьского района г. Киева. Киев, 1956.
7. Фрейдлин С. Я. Диспансеризация городского населения. М., 6, 1964.
8. Фрейдлин С. Я. Советское здравоохранение, 1971, 1, стр. 3.
9. Эльштейн Н. В. Советское здравоохранение, 1961, 10, стр. 16.