УДК 614.2:616-082

С.В. Колбасников, О.В. Нилова, А.Г. Кононова, Н.О. Белова, В.Э. Авакова

ОСНОВНЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И ОБЩИХ ВРАЧЕБНЫХ ПРАКТИК В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ В 2015 ГОДУ И ПРИОРИТЕТНЫЕ ЗАДАЧИ НА 2016 ГОД

Кафедра общей врачебной практики (семейная медицина), интернатуры, ординатуры ФГБОУ ВО Тверской ГМУ МЗ России

Итоги 2015 года свидетельствуют о сохраняющейся высокой заболеваемости и смертности населения Тверской области от хронических неинфекционных заболеваний. Поэтому диспансеризация и диспансерное наблюдение рассматривается как наиболее рациональные организационные технологии медицинской профилактики, которые необходимо внедрять в первичном звене здравоохранения. Переход к широкой диспансеризации взрослого населения сопряжен с ростом численности не только выявленных хронических больных, но и лиц с риском развития заболевания, что требует активного диспансерного наблюдения.

Ключевые слова: *итоги работы, терапевтические службы, первичное звено здравоохранения, смертность, заболеваемость, диспансерное наблюдение.*

MAIN RESULTS OF THERAPEUTIC SERVICES AND GENERAL MEDICAL PRACTICES IN TVER REGION IN 2015 AND PRIORITIES FOR 2016

S.V. Kolbasnikov, O.V. Nilova, A.G. Kononova, N.O. Belova, V.E. Avakova

Tver State Medical University

The results of 2015 indicate continued high morbidity and mortality of the Tver region population for chronic noncommunicable diseases. Therefore, clinical examination and clinical supervision is regarded as the most rational organizational preventive medical technologies that should be implemented in primary care. The transition to the medical examination of the total adult population is associated not only with an increase in the number of identified chronic patients, but also those with the disease risk, which requires the active dispensary observation.

Key words: *the outcome of therapeutic services, primary care, mortality, morbidity, clinical supervision.*

Тверская область является самой обширной в Центральном федеральном округе и ее территория составляет 84,1 тыс. км². С запада на восток область протянулась на 450 км, а с севера на юг на 250 км, и 50% ее площади занимают леса. Область характеризуется низкой плотностью населения (16 человек на 1 квадратный километр) и высокой дисперсностью. Тверская область имеет в составе 2 закрытых административно-территориальных образования; 36 муниципальных районов; 44 городских поселения; 318 сельских поселений. В 17 муниципальных районах проживает менее 15 тысяч жителей, а в 22 – менее 25 тысяч.

Социально-демографические проблемы в Тверской области характеризуются постарением населения, депрессивной демографической ситуацией, низкой продолжительностью жизни, многолетним оттоком населения в столичные города, высоким уровнем заболеваемости населения, распространенностью алкоголизма, наркомании, табакокурения.

На общероссийском фоне наша область выделяется наиболее неблагоприятной демографической ситуацией. Причем сокращение численности населения и депопуляционные процессы начались намного раньше, чем в других регионах России. Естественная убыль населения отмечается с середины прошлого века.

Как видно из данных, приведенных в таблице 1, рождаемость в Тверской области среди городского населения в 2015 году остается на прежнем уровне, однако среди сельского населения имеется тенденция к снижению рождаемости. Показатели смертности как городского, так и сельского населения не изменились в 2015 году по сравнению с предыдущим годом. Естественная убыль городского населения имеет тенденцию к снижению и ниже, чем сельского. Отмечается рост естественной убыли населения среди сельских жителей.

Таблица 1

Естественное движение (на 1000) населения Тверской области

Демографические показатели	Годы	
	2014	2015
Городское население		
Рождаемость	11,2	11,9
Смертность	17,2	17,1
Естественная убыль	-6,0	-5,2
Сельское население		
Рождаемость	11,4	9,4
Смертность	19,5	19,5
Естественная убыль	-8,1	-10,1

Вопрос снижения смертности россиян от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) чрезвычайно актуален. Одним из первых указов, который подписал президент, вступив в должность, стал Указ «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», в котором среди прочих содержится поручение снизить смертность от ССЗ до 649,4 случая на 100 тыс. населения к 2018 году. Как видно из рисунка 1, в 2015 году показатель смертности населения Тверской области от болезней системы кровообращения составил 941,8 на 100 тыс. человек, что ниже, чем в 2014 году, однако этот показатель выше, чем в ЦФО.

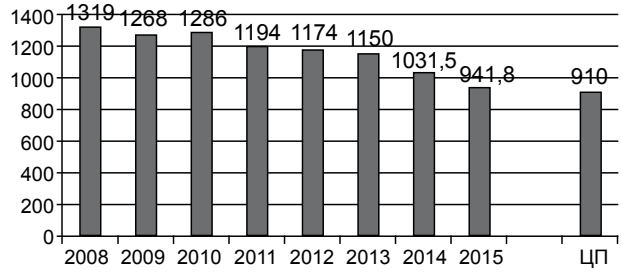

Рис. 1. Смертность (на 100 тысяч населения) от болезней системы кровообращения

На втором месте в структуре смертности населения Тверской области − смертность от новообразований (рисунок 2), которая в 2015 году была ниже, чем в 2014 году, однако на 14% выше, чем целевой показатель по ЦФО.

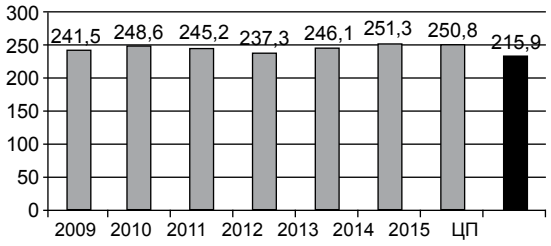

Рис. 2. Смертность населения Тверской области от новообразований

В связи с этим необходимо усилить работу первичного звена здравоохранения (участковых терапевтов, врачей общей практики) с целью ранней диагностики онкозаболеваний, особенно видимых локализаций, в том числе путем внедрения системы обязательной всеобщей диспансеризации взрослого населения.

Третье место среди причин смертности населения Тверского региона прочно удерживают внешние причины. Так, по сравнению с 2014 годом отмечалось снижение смертности от внешних причин, однако этот показатель на 21% превышает уровень по Российской Федерации и на 32% − по ЦФО.

При детальном изучении смертности от внешних причин (рис. 3) видно, что смертность от дорожно-транспортных происшествий остается высокой как в 2014-м, так и в 2015 годах, на 22% превышая целевой показатель. Смертность от суицидов в 2015 году снизилась по сравнению с 2014 годом на 8%, но превышает показатель по ЦФО на 50%. На базе ГБУЗ Тверской области «Областной клинический психоневрологический диспансер» создан координационный Центр суицидальной превенции. Комплекс мероприятий, направленных на профилактику суицидов, предполагает разработку пошаговой программы или алгоритма действий, возможных в исполнении других специалистов, в том числе и первичного звена: от информирования в раннем подростковом возрасте и мониторинга ситуации в отдельном заведении или населенном пункте до медико-психологического сопровождения в специализированных учреждениях.

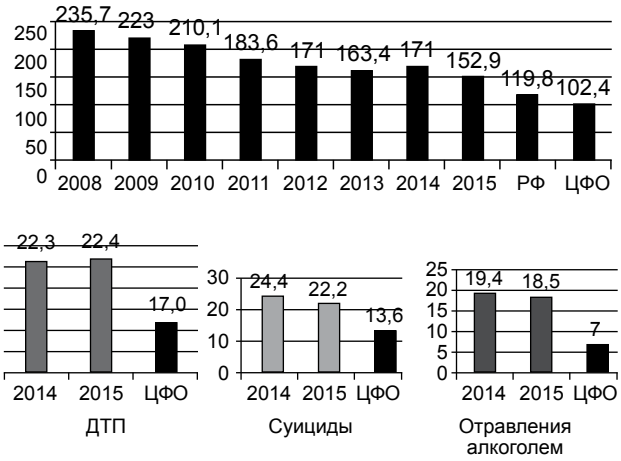

Рис. 3. Смертность населения Тверской области от внешних причин

Большое влияние на смертность оказывает злоупотребление алкоголем. Смертность от причин, непосредственно связанных с алкоголем (алкогольная кардиомиопатия, случайные отравления алкоголем, алкогольная болезнь печени, хронический алкоголизм, алкогольные психозы, дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем, хронический панкреатит алкогольной этиологии), снизилась в 2015 году по сравнению с 2014 г., однако этот показатель превышает целевой в среднем на 62%.

Среди терапевтической патологии в Тверском регионе лидирующее место занимает смертность от болезней системы кровообращения (табл. 2), причем в 2015 году отмечается снижение этого показателя, по сравнению с предыдущим годом. Снизилась смертность от ишемической болезни сердца на 15%, а от цереброваскулярной болезни – на 4%.

Остается высоким показатель смертности от болезней органов дыхания, занимая второе место в структуре смертности по основным классам заболеваний. В 2015 году отмечается тенденция к снижению смертности от ОРЗ, однако вызывает тревогу рост смертности на 11,8% от пневмоний.

Кроме того, в 2015 году отмечен рост смертности от язвенной болезни и сахарного диабета по сравнению с предыдущим годом.

Таблица 2

Смертность (на 100 тысяч населения) по основным классам терапевтической патологии

Нозологические формы	Годы	
	2014	2015
Болезни системы кровообращения		
Ишемическая болезнь сердца	472,1	400,03
Цереброваскулярные болезни	396,3	380,7
Болезни органов дыхания		
Пневмонии	43,3	49,1
ОРЗ	0,5	0,2
Болезни органов пищеварения		
Язвенная болезнь	10,4	12,8
Болезни эндокринной системы		
Сахарный диабет	6,4	8,4

Таблица 3

Заболеваемость (на 100 тысяч населения) по основным классам терапевтической патологии

Нозологические формы	Годы	
	2014	2015
Болезни системы кровообращения		
Инфаркт миокарда	149,3	181,9
Артериальная гипертония	9681,0	10 324,4
Болезни органов пищеварения		
Язвенная болезнь	978,4	979,8
Болезни органов дыхания		
Пневмонии	424,0	442,1
ХОБЛ	566,6	534,4

В структуре заболеваемости лидирующие позиции занимают болезни системы кровообращения. Как видно из данных таблицы 3, в 2015 году отмечается рост заболеваемости инфарктом миокарда и артериальной гипертонией. Заболеваемость в связи с поражением органов пищеварения (язвенная болезнь) остается на прежнем уровне.

Среди болезней органов дыхания имеется незначительный по сравнению с прошедшим годом рост заболеваемости пневмонией. Следует отметить, что в 2015 году сравнительно с 2014 годом отмечена тенденция к снижению заболеваемости хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), что свидетельствует о недостаточной активности работников первичного звена здравоохранения в диагностике этого патологического состояния. Причем, данные эпидемиологических исследований свидетельствуют, что распространение ХОБЛ в популяции составляет от 11 до 20% [1].

В 2015 году терапевтическая помощь жителям Тверской области оказывалась 472 терапевтами (в 2014 г. – 495), 100 кардиологами (106), 8 ревматологами (8), 13 гастроэнтерологами (14), 43 эндокринологами (39), 2 диабетологами (2), 13 аллергологами (13), 11 пульмонологами (12), 7 гематологами (8), 17 нефрологами (15), гериатром не оказывалась.

Укомплектованность терапевтическими кадрами (занятые должности/штатные должности в %) составила сравнительно с 2014 годом: соответственно терапевтами (83,5%), участковыми терапевтами (82,8%), врачами общей практики (90,6%), кардиологами (86%), ревматологами (83,3%), гастроэнтерологами (77,9%), пульмонологами (83,3%).

Количество терапевтических коек уменьшилось в 2015 г. на 79. В 2010 г. этот показатель составил 1580, в 2011 г. – соответственно 1377, в 2012 г. – 1386, в 2013 г. – 1252, в 2014 г. – 1096, в 2015 г. – 1017. Среднее число дней использования терапевтической койки круглосуточного пребывания: в 2011 г. – 303,9; в 2012 г. – 305,1; в 2013 г. – 297,8; в 2014 – 294,2; в 2015 г. – 283,3 при том, что целевой показатель (ЦП) составляет 332,0. Как видно из данных, приведенных на рисунке 4, низкая работа терапевтической койки в 2015 году отмечалась в Молоковском, Конаковском, Кесовогорском и Кимрском районах.



Рис. 4. Среднее число дней использования терапевтической койки круглосуточного стационара в 2015 году

Среднее число дней пребывания больного на круглосуточных терапевтических койках: в 2010 г. – 11,5; в 2011 г. – 13,0; в 2012 г. – 13,2; в 2013 г. – 10,9; в 2014 г. – 10,2; в 2015 г. – 9,9 (ЦП – 10,1). Как видно из рисунка 5, превышение этого показателя отмечается в терапевтических отделениях г. Твери, что связано как с сокращением коечного фонда, так и с госпитализацией пациентов в декомпенсированном состоянии.

Среднее число посещений, выполненных врачом, на 1 жителя за год: терапевтом в 2014 г. – 1,13, в 2015 г. – 1,14; врачом общей практики в 2014 г. – 0,78, в 2015 г. – 0,84. Фактическая функция врачебной должности участкового врача: терапевт в 2014 г. – 3967,4, в 2015 г. – 3805,8; врач общей практики в 2014 г. – 3695,5, в 2015 г. – 401.

Объем медицинской помощи в 2014 году составил 0,206 случая госпитализации на 1 жителя (в 2013 году – 2,717 койкодня на 1 жителя) впервые с 2014 г.

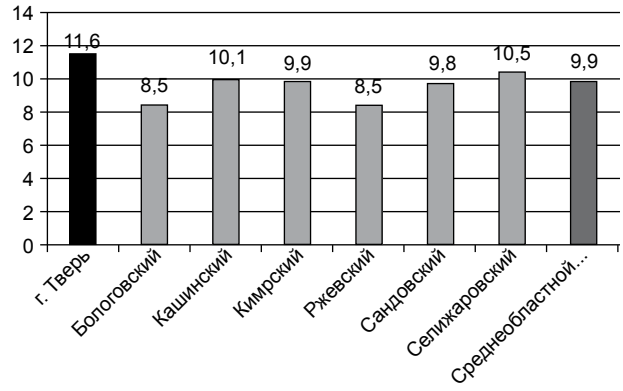

Рис. 5. Среднее число дней пребывания больного на круглосуточных терапевтических койках

Основные направления деятельности терапевтической службы в 2015 году:

- развитие первичной медицинской помощи;
- развитие профилактики заболеваемости;
- повышение доступности специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

Одним из приоритетных направлений развития первичной медико-санитарной помощи, особенно в сельской местности, является развитие института врачей общей практики (сельских врачей) [2]. В Тверской области количество офисов врачей общей практики (ВОП) в 2012 году составило 237, в 2013 – 255, в 2014 – 261, в 2015 – 263. Расположение кабинетов ВОП: на сельских врачебных участках – 207 (78%), на базах поликлиник ЦРБ – 43 (17%), на базах поликлиник г. Твери – 13 (5%). Охват офисами врачей общей практики сельского населения Тверской области: 100% (Бельский, Весьегонский, Жарковский, Западнодвинский, Зубцовский, Конаковский, Кувшиновский, Молоковский, Нелидовский. Пеновский, Сандовский районы); 75–90% – (Бежецкий, Болговский, Калининский, Рамешковский, Селижаровский, Спировский, Старицкий, Торопецкий, Фировский районы); 50–75% – (Калязинский, Кашинский, Кесовогорский, Кимрский, Краснохолмский, Максатихинский, Лихославльский, Оленинский, Торжокский, Удомельский, Лесной районы); 25–50% – (Ржевский, Вышневолоцкий, Сонковский районы).

Всего врачи общей практики обслуживают 385 654 жителей Тверской области. Из них работающие – 196 432 человека, неработающие – 187 242, дети – 39 123 (до года – 2181), сельские жители – 276 350 человек.

Эффективность работы врачей общей практики оценивается по таким показателям: число больных, состоящих на диспансерном (Д) учете, на 1 врача (в 2014 г. – 327, в 2015 г. – 356); число больных, взятых на Д-учет впервые, на 1 врача (2014 г. – 24, 2015 г. – 27), охват вакцинацией (2014 г. – 82%, 2015 г. – 83%), общее количество вызовов СМП на 1 врача (2014 г. – 79, 2015 г – 74), количество больных, направленных в стационар, на 1 врача (2014 г. – 30, 2015 г. – 26).

Одним из важных элементов профилактического направления является диспансеризация взрослого населения [3–5]. В проведении диспансеризации взрослых в 2015 году участвовали 49 медицинских учреждений. Закончили диспансеризацию 171 433 человека (82,4%) из 208 000 человек, взято на диспансерное наблюдение – 17 539 человек, направлено на дополнительное диагностическое исследование – 4127 человек, направлено на получение высокотехнологичной медицинской помощи 96 человек, на санаторно-курортное лечение – 1333 человека. Впервые во время всеобщей диспансеризации у 150 769 человек выявлены факторы риска развития заболевания; у 38 961 человека – хронические заболевания.

Структура факторов риска, впервые выявленных во время диспансеризации: у 30 448 человек (23,9%) – нерациональное питание; у 22 403 человек (17,6%) – избыточная масса тела; у 20 414 человек (16,1%) – низкая физическая активность; у 20 103 человек (15,8%) – курение табака; у 18 439 человек (14,5%) – высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.

Структура заболеваний, впервые выявленных во время диспансеризации: у 8895 человек (22,8%) − болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ; у 4363 человек (11,2%) – болезни системы кровообращения; у 1078 человек (2,7%) − болезни органов пищеварения; у 558 человек (1,4%) – болезни органов дыхания.

Основные недостатки в профилактической работе связаны с недостаточным охватом диспансерным наблюдением впервые выявленных больных; малой кратностью посещений поликлиники, офиса ВОП в расчете на одного диспансерного больного; формализмом в работе и нарушениями в оформлении медицинской документации. Следует отметить, что Министерство здравоохранения РФ определило целевые показатели профилактики среди взрослого населения: охват диспансеризацией определенных групп населения − 80% от подлежащих осмотру в текущем году; доля лиц с впервые выявленной АГ, взятых под диспансерное наблюдение, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения – не менее 80%; доля лиц с впервые выявленной ИБС, взятых под диспансерное наблюдение, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения – не менее 80%.

Как видно из данных, представленных в таблице 4, в 2015 году имеется недостаточный охват диспансерным наблюдением больных с артериальной гипертонией, стенокардией и ХОБЛ из числа лиц с IIIа группой диспансерного учета. Низкие выявляемость и охват диспансерным наблюдением больных артериальной гипертонией отмечены в Калязинском, Андреапольском, Молоковском, Лесном, Торопецком, Кашинском районах; хронической обструктивной болезнью легких – в Кесовогорском, Андреапольском, Весьегонском, Спировском, Пеновском, Оленинском, Бежецком районах, в ЗАТО «Озерный».

Таблица 4

Охват диспансерным наблюдением (IIIа группа) впервые выявленных больных

Нозологические формы	Выявлено больных	Взято больных на Д-учет
Болезни, характеризующиеся повышением кровяного давления	9252	4897 (52,9%)
Стенокардия	4476	3302 (73,0%)
Сахарный диабет 2-го типа	2648	2321 (88,0%)
Пневмония	4798	4798 (100%)
ХОБЛ	563	241 (43%)

Данные, приведенные в таблице 5, также свидетельствуют о низком охвате диспансерным наблюдением лиц с IIIб группой диспансерного учета.

Таблица 5

Охват диспансерным наблюдением (IIIб группа) впервые выявленных больных

Нозологические формы	Выявлено больных	Взято больных на Д-учет
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	943	490 (51,9%)
Болезни поджелудочной железы	1157	162 (14,0%)
Артрозы	8244	397 (4,9%)
Ревматоидный артрит	450	130 (29%)
Гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек	1754	352 (20%)

Следует отметить, что именно от участкового врача во многом зависит реализация этой концепции, которая в итоге направлена на снижение числа обострений заболеваний и, соответственно, на снижение обращений за медицинской помощью по поводу обострений, в конечном итоге ведущее к снижению предотвратимой преждевременной смертности населения. Вместе с тем важно с пониманием относиться к росту нагрузки на первоначальном этапе. В перспективе реализация стратегий высокого риска и вторичной профилактики через систематическое активное диспансерное наблюдение позволит на каждом терапевтическом участке изменить структуру амбулаторных посещений путем увеличения числа посещений с профилактической целью при условии качественного выполнения всего комплекса медицинской помощи (диагностической, лечебно-профилактической), предписанных стандартами и клиническими рекомендациями. В соответствии с рекомендациями министерства здравоохранения РФ [5] ежегодно у врача первичного звена должно возрастать число лиц, состоящих на диспансерном наблюдении. Так, если в 2015 году в Российской Федерации среднее количество лиц, состоящих на диспансерном учете, наблюдающихся у врача-терапевта и врача общей практики, составляло 470, то к 2020 году оно должно достичь 800.

Таким образом, диспансеризация и диспансерное наблюдение следует рассматривать как неразрывные и наиболее рациональные организационные технологии медицинской профилактики. Понимание этого позволит преодолеть возможные объективные и субъективные барьеры и сопротивления при широком внедрении этих технологий в практику, прежде всего обусловленные опасениями роста рабочих нагрузок. Безусловно, переход к широкой диспансеризации взрослого населения сопряжен с ростом численности выявленных больных и лиц с риском развития заболевания, что и является одной из основных целей диспансеризации.

Мероприятия по снижению предотвратимой смертности на врачебном участке:

- выявление заболеваний и факторов риска их развития;
- формирование здорового образа жизни;
- увеличение группы диспансерного наблюдения;
- увеличение числа посещений с профилактической целью;
- эффективный контроль целевых показателей здоровья.

К критериям эффективности работы участковых терапевтов, ВОП относятся следующие показатели и их целевые значения:

- число лиц, умерших на дому от болезней системы кровообращения в возрасте до 60 лет и не наблюдавшихся в течение последнего года жизни (0 случаев);
- выявление больных в запущенных стадиях заболеваний (туберкулез; онкологические заболевания видимых локализаций, выявленные в 3–4-й клинических стадиях) – 0 случаев;
- число лиц, прошедших обучение в школе здоровья, от числа лиц, состоящих на диспансерном наблюдении (артериальная гипертония, ИБС, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма) – 40%;
- доля больных АГ, находящихся под диспансерным наблюдением, достигших целевого уровня АД – 60%;
- частота обращений за скорой медицинской помощью по поводу гипертонических кризов на 1000 прикрепленного населения – 30;
- доля больных ишемической болезнью сердца, находящихся на диспансерном наблюдении, достигших целевого уровня холестерина – 60%;
- число посещений прикрепленного населения с профилактической целью от числа всех посещений – 40%;
- охват вакцинацией от числа подлежащих – 95%.

Приоритетные направления работы терапевтической службы в 2016 году:

- усиление профилактической направленности работы первичного звена здравоохранения, особенно по выявлению и коррекции факторов риска развития заболеваний;
- активное внедрение углубленного профилактического консультирования («школ здоровья»)

для больных артериальной гипертонией, ИБС, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, ХОБЛ на участках врачей первичного звена и фельдшерских медицинских пунктах;
- увеличение на 25% охвата диспансерным наблюдением больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, ХОБЛ, сахарным диабетом 2-го типа;
- повышение эффективности диспансеризации больных, перенесших пневмонию (через 1, 3, 6 месяцев и 1 год);
- проведение вакцинации антигриппозной и антипневмококковой вакцинами по эпидемическим показаниям в группах высокого риска (ХОБЛ, ССЗ, СД тяжелого течения);
- продолжение работы по внедрению и выполнению стандартов и клинических рекомендаций;
- продолжение внедрения в лечебно-профилактических учреждениях области организации медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) и открытие 10 офисов врачей общей практики;
- непрерывное повышение образовательного уровня специалистов терапевтического профиля.

Литература/Referenses

1. *Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., Айсанов З.Р. и др.* Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких // Пульмонология. − 2014. − № 3. – С. 15–54.

Chuchalin A.G., Avdeev S.N., Ajsanov Z.R. i dr. Federal'nye klinicheskie rekomendacii po diagnostike i lecheniju hronicheskoj obstruktivnoj bolezni legkih // Pul'monologija. − 2014. − № 3. – S. 15–54.

2. Постановление администрации Тверской области от 07.07.2005 г. № 230-па «Об организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) в Тверской области».

Postanovlenie administracii Tverskoj oblasti ot 07.07.2005 g. № 230-pa «Ob organizacii pervichnoj medicinskoj pomoshhi po principu vracha obshhej praktiki (semejnogo vracha) v Tverskoj oblasti».

3. *Бойцов С.А., Вылегжанин С.В., Гамбарян М.Г. и др.* «Организация и проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения». Методические рекомендации. − М., 2013. − 86 с.

Bojcov S.A., Vylegzhanin S.V., Gambarjan M.G. i dr. «Organizacija i provedenie dispanserizacii i profilakticheskih medicinskih osmotrov vzroslogo naselenija». Metodicheskie rekomendacii. − Moskva, 2013. − 86 s.

4. Приказ МЗ РФ от 03.02.2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Prikaz MZ RF ot 03.02.2015 g. № 36an «Ob utverzhdenii porjadka provedenija dispanserizacii opredelennyh grupp vzroslogo naselenija».

5. Приказ МЗ и социального развития РФ от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Prikaz MZ i social'nogo razvitija RF ot 15.05.2012 g. № 543n «Ob utverzhdenii polozhenija ob organizacii okazanija pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshhi vzroslomu naseleniju».

Нилова Оксана Владимировна (контактное лицо) – к. м. н., ассистент кафедры общей врачебной практики (семейной медицины), интернатуры, ординатуры ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России. 170100, г. Тверь, ул. Советская, д. 4. Тел. 8-915-708-22-29; e-mail: tevirp69@mail.ru.