

населения), а первичная – на 19,4 % (с 131,7 до 157,3 случаев на 100 тыс. населения).

Общая заболеваемость трудоспособного населения г. Гомеля острым инфарктом мозга с 2001 по 2011 гг. уменьшилась на 4,8 % (с 269,1 до 256,1 случаев на 100 тыс. населения), а первичная увеличилась на 119,9 % (с 96,6 до 212,4 случаев на 100 тыс. населения). Коэффициент соотношения трудоспособного населения к населению старше трудоспособного у жителей г. Гомеля с 2004 по 2011 гг. увеличился с 0,28 до 0,33, который показывает, что с каждым годом на одного работающего человека увеличивается количество лиц пенсионного возраста.

### **Заключение**

Обобщая приведенные данные, можно сделать вывод, что:

1. В последнее десятилетие в г. Гомеле отмечается рост заболеваемости болезнями системы кровообращения у лиц трудоспособного возраста.

2. Высокий уровень заболеваемости БСК в 2008 г. связан, прежде всего, с особенностями в организации выявления, учета больных БСК в связи с исполнением инструкции «О порядке организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь» постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 октября 2007 г. № 92.

3. Рост числа больных с БСК в г. Гомеле с 2004 по 2011 гг. обусловлен уменьшением численности населения трудоспособного возраста и увеличением лиц старше трудоспособного возраста.

4. Рост заболеваемости БСК требует разработки новых подходов к профилактике БСК.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Комаров, Ю. М.* Высокая смертность как ведущая причина депопуляции / Ю. М. Комаров // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2007. — № 5. — С. 4–7.

2. *Мрочек, А. Г.* Достижения кардиологической службы Республики Беларусь / А. Г. Мрочек // Кардиология в Беларуси. — 2012. — № 4. — С. 6–21.

3. *Щавелева, М. В.* Роль всеобщей диспансеризации в повышении качества жизни населения / М. В. Щавелева, Т. Н. Глинская, Э. А. Вальчук // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2010. — № 3. — С. 65–69.

**УДК 616.1:614.212**

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

***Будник Я. И., Чешик И. А., Шаршакова Т. М.***

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Ключевой составляющей процесса депопуляции в Беларуси является высокий уровень смертности, в том числе среди граждан, находящихся в трудоспособном возрасте. При этом уровень смертности мужчин в 3 раза превышает уровень смертности женщин. По данным Всемирной организации здравоохранения, в Республике Беларусь смертность мужчин в возрасте 15–60 лет в 3–4,5 раза выше, чем в странах Европейского союза. В существующей системе организации медицинской помощи в первичном звене здравоохранения пациентам с болезнями системы кровообращения трудоспособного возраста амбулаторному этапу уделяется особое внимание.

### **Цель**

Провести экспертную оценку диспансерного наблюдения пациентов трудоспособного возраста с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца на терапевтическом участке.

### ***Материалы и методы исследования***

Экспертная оценка диспансерного наблюдения пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца проводилась по карте-схеме, разработанной авторами в соответствии с инструкцией «О порядке организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь» постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 октября 2007 г. № 92 (в редакции постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.06.2011). Необходимые сведения выкопировывались из формы N 025/у-07 «Медицинская карта амбулаторного больного» в экспертную карту-схему и переносились в электронную базу данных. Всего проанализирована медицинская документация 300 пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца, которые находились на амбулаторном наблюдении в городской поликлинике г. Гомеля (200 пациентов) и в Петриковском районе (100 пациентов). Исследование проводился на персональном компьютере с использованием программы «Microsoft Excel 2011».

### ***Результаты и обсуждение***

Среди пациентов Петриковского района, находившихся на диспансерном учете по поводу артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца, преобладали мужчины — их было 53,0 %, среди пациентов в г. Гомеле, женщин — 58,7 %. Средний возраст мужчин составил  $43 \pm 5,6$  года, женщин —  $49 \pm 5,5$  года. При этом артериальной гипертензией страдало 81,7 % пациентов, сочетанной патологией (АГ + ИБС) — 18,3 %. Проведенный анализ карт амбулаторного больного показал, что уже при постановке на диспансерный учет у пациентов с БСК был недостаточно собран анамнез, не у всех выявлялись причины и факторы риска рецидивирования заболевания. Так, только у 4 % пациентов районной поликлиники в 2009 г., 4,2 % — в 2011 г. присутствовал первичный эпикриз взятия на диспансерный учет. Результаты исследования показали, что в Петриковском районе у 95,8 % пациентов в 2011 г. он отсутствовал, в г. Гомеле — у 13,9 % ( $p < 0,001$ ). Присутствие участкового врача-терапевта отсутствовало у пациентов с АГ в 2009 г. в Петриковском районе у 24 %, в г. Гомеле — 10,2 % ( $p < 0,05$ ), в 2011 г. — 13,9 и 9,2 % соответственно. У пациентов с сочетанной патологией (АГ + ИБС) в 2009 г. не было осмотра участкового врача-терапевта в районном центре — у 28,6 %, в г. Гомеле — 4,8 % ( $p < 0,05$ ), а в 2011 г. в г. Гомеле все были осмотрены участковым врачом-терапевтом, в Петриковском районе осмотр отсутствовал у 8,0 % пациентов. Из всех пациентов городской и районной поликлиник, которые наблюдались по поводу АГ, 25,3 % были осмотрены 1 раз в году участковым врачом-терапевтом, 64,0 % — 2 и более раза.

У 95,4 % пациентов с АГ поликлиники г. Гомеля в 2011 г. не было осмотра врача-кардиолога, поликлиники районной — 90,3 %, у пациентов с сочетанной патологией чаще отсутствовал осмотр в Петриковском районе — 76,0 % ( $p > 0,05$ ), что противоречит инструкции «О порядке организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь». Биохимическое исследование показателей периферической крови и мочи не проводилось у 29,2 % пациентов районной поликлиники с АГ в 2011 г., у 22,5 % — поликлиники г. Гомеля. Биохимический анализ крови в 2011 г. отсутствовал у 54,2 % пациентов с АГ районной поликлиники, 39,3 % — городской поликлиники. У трети всех пациентов с сочетанной патологией биохимический анализ крови вообще отсутствовал.

Как показали данные экспертной оценки, ЭКГ в 2011 г. не проводилась у 48,6 % районных и 28,9 % городских пациентов с АГ ( $p < 0,05$ ), 36,0 и 28,0 % пациентов с АГ + ИБС ( $p > 0,05$ ) соответственно.

Еще реже назначалось ультразвуковое исследование почек, щитовидной железы, Эхо-КГ.

В 2011 г. у 43,1 % пациентов Петриковского района с АГ, которые были осмотрены врачом-терапевтом, отсутствовали записи в амбулаторных картах о медикаментозном лечении, у 26,6 % пациентов — в г. Гомель ( $p < 0,05$ ). У трети всех наблюдаемых пациентов с сочетанной патологией в 2011 г. отсутствовали медицинские рекомендации. Терапия современными препаратами, комбинированная терапия назначалась крайне редко и контроль за ее выполнением участковыми врачами-терапевтами не проводился. Почти во всех дневниках наблюдения не указывалась дата следующей явки пациента.

В 2011 г. у 84,0 % пациентов с сочетанной патологией районной поликлиники отсутствовали немедикаментозные рекомендации, у 48,0 % — городской поликлиники, у 84,7 % пациентов с АГ районной поликлиники, 70,5 % — в г. Гомеле ( $p < 0,05$ ).

У большинства пациентов в дневниках наблюдения отсутствуют рекомендации по диетической коррекции, модификации образа жизни.

### **Заключение**

1. Уже на этапе постановки на диспансерный учет значительная часть пациентов не получили должного внимания со стороны врача-терапевта. Как в городской, так и в районной поликлиниках, у пациентов отсутствовал первичный эпикриз взятия на диспансерный учет. В районных поликлиниках многие пациенты осматривались нерегулярно, некоторые вообще не были осмотрены, не проводились консультации узкими специалистами.

3. Не в полном объеме осуществлялось необходимое лабораторное и инструментальное обследование. Даже при наличии соответствующих лабораторных исследований врачами-терапевтами не контролируется функциональное состояние органов и систем в динамике.

4. В городской и районной поликлиниках врачами-терапевтами не проводился контроль за назначением лечебно-профилактических рекомендаций пациентам с БСК.

Таким образом, результаты экспертной оценки диспансерного наблюдения пациентов с БСК на терапевтическом участке свидетельствуют о недостаточной работе с этой группой пациентов.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гланц, С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. — М.: Практика, 1999. — 459 с.
2. Щавелева, М. В. Роль всеобщей диспансеризации в повышении качества жизни населения / М. В. Щавелева, Т. Н. Глинская, Э. А. Вальчук // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2010. — № 3. — С. 65–69.

УДК 616-002.5:616.98:578.828НIV]-091

## **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА**

*Буйневич И. В., Буринский Н. В., Логинов Р. А.*

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

Пандемия ВИЧ/СПИДа открыла новую эру превалирования возбудителей медленных бактериальных и вирусных инфекций как основного этиологического фактора заболеваемости и смертности. Наиболее частой и опасной инфекцией является туберкулез (ТБ). ТБ является одной из ведущих оппортунистических инфекций, приводящих к смерти. По оценкам ВОЗ, в мире 30 % смертей среди ВИЧ-инфицированных лиц обусловлены ТБ [1, 2]. Современная неблагоприятная ситуация по ВИЧ-инфицированию способствует распространению туберкулеза и увеличивает риск заболевания туберкулезом для всего населения. Сочетание ВИЧ и туберкулеза характеризуется своеобразным течением заболевания с наличием как легочных, так и внелегочных поражений и тенденции к генерализации процесса [2, 3, 4]. Не только ВИЧ оказывает неблагоприятное влияние на те-