

В.И. Винтоник, Л.В. Бабушкина, А.П. Здециц

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ В АМБУЛАТОРНОМ ЦЕНТРЕ 432 ГВКМЦ И ПОДЧИНЕННЫХ ВОЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРАХ СИСТЕМЫ РАБОТЫ ПО РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ РАСШИРЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ДИСПАНСЕРНОГО ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

ГУ «432 Главный военный клинический медицинский центр ВС»

В решении задач по сохранению и укреплению здоровья личного состава Вооруженных Сил Республики Беларусь диспансеризации отводится ключевая роль. Она обладает высокой медицинской и экономической эффективностью, так как требует значительно меньше медицинских ресурсов и финансовых затрат, чем лечение уже имеющихся или возникших болезней, а также их обострений. Качественное проведение диспансеризации обеспечивает снижение уровня заболеваемости военнослужащих, значительно уменьшая обострения хронических заболеваний, предотвращая переход имеющегося заболевания в хроническую форму.

Министерство здравоохранения Республики Беларусь инициировало проведение диспансеризации населения республики, которая может стартовать уже в текущем году. Разработан порядок ее осуществления, соответствующий проекту постановления, обсужден на коллегии Минздрава и направлен на согласование в заинтересованные министерства. Проведенный анализ состояния диспансеризации населения Республики Беларусь показал, что ею охвачено чуть более половины населения – 56,6%. Это гораздо меньше, чем предполагалось ранее. В Беларуси ежегодно проходят диспансеризацию служащие, относящиеся к ведомственному здравоохранению – гражданская авиация, МО, МВД, МЧС, КГБ, погранвойска, Белорусская железная дорога. Под постоянным диспансерным наблюдением находятся все дети и подростки, а также около 1,5 млн граждан, пострадавших от последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС. Диспансерный периодический и обязательный медицинский осмотры проходят также люди, страдающие каким-либо хроническим заболеванием и состоящие на диспансерном учете, в том числе и беременные женщины. Вне диспансерного наблюдения остаются свыше 4 млн 249 тыс. человек. По предварительным подсчетам, диспансерный осмотр одного человека обойдется государству 36-40 тысяч белорусских рублей. В Вооруженных Силах Республики Беларусь диспансеризация не прекращалась и подтвердила свою эффективность.

Организационными формами диспансеризации в Вооруженных Силах РБ являются: 1/ расширенное медицинское обследование 2/ диспансерное динамическое наблюдение и 3/ проведение лечебно-профилактических мероприятий.

Расширенное медицинское обследование (далее – РМО) предполагает широкий перечень обязательных медицинских исследований, учитывающий наличие того или иного заболевания военнослужащего, его возраста и условий службы, в том числе профессиональной дея-

тельности, связанной с наличием вредных условий военного труда. План РМО составляет начальник медицинской службы воинской части (при его отсутствии – врач закрепленного военно-медицинского учреждения), согласовывает его сроки и объем с руководством базового военно-медицинского учреждения в соответствии со схемой закрепления гарнизонов (военных городков). При согласовании сроков РМО начальникам военно-медицинских учреждений с целью улучшения качества обследования следует планировать нагрузку на одного врача не более 40 человек в день (Приказ Министерства обороны Республики Беларусь № 48 от 19.12.2003г. «Об утверждении Руководства по диспансеризации военнослужащих Вооруженных Сил Республики Беларусь»). Ежегодное РМО не всегда заканчивается на этапе обследования в базовом военно-медицинском учреждении. Нуждающиеся военнослужащие обследуются далее на следующих более специализированных этапах оказания медицинской помощи вплоть до амбулаторного или стационарного обследования в 432 ГВКМЦ, а также специализированных медицинских учреждениях Министерства здравоохранения. Многоуровневый принцип общей системы РМО заключается в единственном принципе: обеспечение максимального обследования для установления истинного состояния здоровья военнослужащего путем использования, при необходимости, самых современных лабораторных и инструментальных методов обследования.

Каждая военно-медицинская организация несет ответственность за качество проведения диспансеризации, а также за отработку планирующих, учетных и отчетных документов в своем регионе ответственности. Полноту охвата РМО в соответствии с Уставом внутренней службы Вооруженных Сил обязан обеспечить командир воинской части. В амбулаторном центре 432 ГВКМЦ воп-

Алгоритм представления документов по окончании РМО



Схема 1.

росами проведения РМО и диспансерно-динамического наблюдения занимается созданное в июле 2005 года отделение диспансеризации. Во время расширенного медицинского обследования врачами-специалистами проводится не только обследование военнослужащего, но и определяется эффективность проведенных в прошедшем году лечебно-профилактических мероприятий с составлением краткого отчета о дефектах диспансерного динамического наблюдения в данной воинской части.

Результаты расширенного медицинского обследования, итоги диспансеризации за предшествующий очередному расширенному медицинскому обследованию год, предложения по улучшению профилактики заболеваемости и план ЛПМ представляются командиру воинской части на утверждение и оформляются приказом по воинской части.

По окончании расширенного медицинского обследования начальник медицинской службы воинской части (начальник отделения диспансеризации амбулаторного центра 432 ГВКМЦ) подводит итоги с распределением военнослужащих по группам здоровья и группам занятий по физической подготовке, а также составляет документы (схема 1):

1. План лечебно-профилактических мероприятий в отношении военнослужащих, подлежащих диспансерному динамическому наблюдению. Документ обрабатыва-

ется в двух экземплярах, один из которых представляется командиру (без указания диагноза) для утверждения и контроля, второй в электронном варианте – в базовое военное медицинское учреждение. В отделении диспансеризации амбулаторного центра 432 ГВКМЦ составляются и исполняются планы ЛПМ в отношении структурных подразделений ВС, не имеющих в штате медицинских работников. Если в штате организации есть фельдшер, то план ЛПМ составляется им совместно с начальником отделения диспансеризации амбулаторного центра 432 ГВКМЦ. Из базового военного медицинского учреждения сводный план ЛПМ представляется в военно-медицинское управление Министерства обороны.

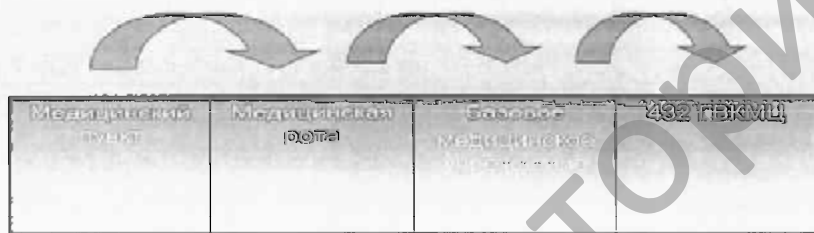
2. Списание военнослужащих, нуждающихся в консультации врачей-специалистов вышестоящего звена медицинской помощи, нуждающихся в дополнительных методах исследования. Указанный документ обрабатывается в двух экземплярах, один из которых представляется командиру для утверждения и контроля, а второй – в медицинское подразделение, учреждение, проводившее расширенное медицинское обследование для согласования сроков дополнительного обследования.

3. Список лиц, не прошедших РМО и флюорографию органов грудной клетки (ФОГК), представляемый командиру с целью достижения наиболее полного охвата подчиненных военнослужащих РМО и ФОГК.

Списки военнослужащих, нуждающихся в консультации врачей-специалистов, 432 ГВКМЦ медицинскими центрами представляются в отделение диспансеризации амбулаторного центра 432 ГВКМЦ для дальнейшего решения вопросов о сроках и порядке проведения консультативной помощи нуждающимся. Планирование консультативной помощи в зоне ответственности каждого военно-медицинского учреждения осуществляется ежемесячно. В ходе ежемесячного планирования консультативной помощи уточняется и проверяется план выполнения лечебно-профилактических мероприятий в отношении диспансерных больных.

Эффективность профилактики заболеваемости военнослужащих напрямую зависит от полноты и качества выполнения плана лечебно-профилактических мероприятий. Эффект расширенного медицинского обследования достигается в случае его индивидуальной направленности, увеличения объема и времени обследования, полноты его финансового обеспечения, а также четкого контроля за качеством диспансеризации со стороны начальников медицинской службы всех уровней. При нескольких заболеваниях у лица, взятого под диспансерное динамическое наблюдение, лечебно-профилактические мероприятия осуще-

Этапы проведения РМО



Контроль качества диспансеризации

Схема 2.

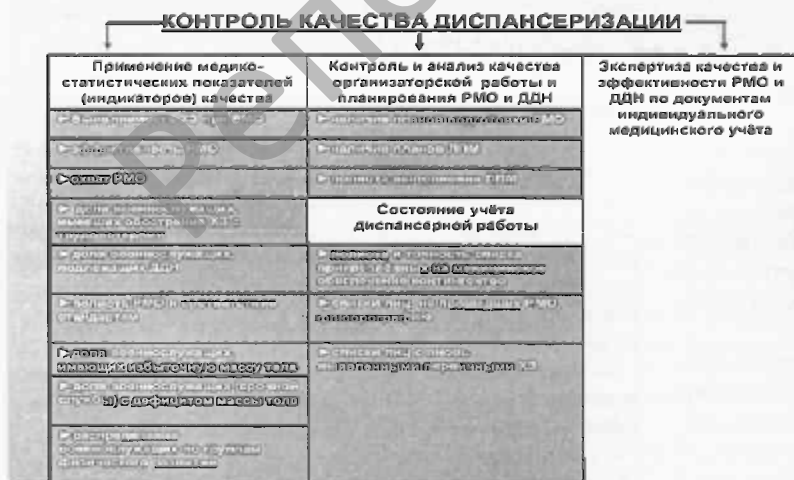


Схема 3.

ствляются в отношении каждой нозологической формы.

Контроль качества диспансеризации осуществляют начальники медицинской службы видов войск, оперативных (оперативно-тактических) командований, начальник отделения диспансеризации амбулаторного центра 432 ГВКМЦ.

Линия этапности в проведении расширенного медицинского обследования должна иметь и обратную направленность по контролю за качеством диспансеризации, что означает контроль представителей базового медицинского учреждения за качеством диспансеризации в медицинских ротах, а представителей медицинских рот за качеством диспансеризации в медицинских пунктах (схема 2).

На первом этапе контроля качества диспансеризации (схема 3) должны анализироваться такие показатели (индикаторы) контроля качества диспансеризации, как выявляемость хронических заболеваний, эффективность и охват углубленным медицинским обследованием, полнота обследования и соответствие протоколам (стандартам), доля военнослужащих, имеющих обострения хронических заболеваний с трудопотерями, доля военнослужащих, подлежащих диспансерному динамическому наблюдению, доля военнослужащих, имеющих избыточную массу тела и дефицит массы тела. Показатели состояния и эффективности диспансеризации рассчитываются отдельно для офицерского и рядового состава. Указанные выше индикаторы позволяют не только оценить объем и качество диспансеризации, но и провести ежегодный сравнительный анализ заболеваемости в каждой воинской части с выработкой предложений по профилактике заболеваемости командиру воинской части.

Второй этап контроля качества диспансеризации включает контроль и анализ качества организаторской работы и планирования расширенного медицинского обследования и диспансерного динамического наблюдения (наличие планов подготовки расширенного медицинского обследования, наличие планов лечебно-профилактических мероприятий, полнота выполнения этих планов), а также состояние учета диспансерной работы (полнота и точность списка прикрепленных на медицинское обеспечение контингентов, списки лиц, не прошедших расширенное медицинское обследование, флюорографию, списки лиц с вновь выявленными первичными хроническими заболеваниями).

На третьем этапе проводится экспертиза качества расширенного медицинского обследования и диспансерного динамического наблюдения по документам индивидуального медицинского учета.

В целях предупреждения и раннего выявления заболеваний у военнослужащих в амбулаторном центре 432 ГВКМЦ проводится расширенное медицинское обследование военнослужащих закрепленных воинских формирований Минского гарнизона, а также Воложинского, Колосовского, Красненского и Станьковского гарнизонов.

В осмотре военнослужащих принимали участие врачи – терапевт, хирург, невролог, оториноларинголог, окулист, стоматолог, при необходимости привлекались другие специалисты – уролог, аллерголог, эндокринолог, травматолог, гинеколог, дерматолог. Проводились лабораторные исследования: общий анализ крови, общий

анализ мочи, биохимическое исследование крови лицам старше 40 лет; функциональные исследования: ЭКГ, ЦГД, РЭГ, ВЭМ; УЗИ сердца и со-

судов, флюорография органов грудной клетки. Лицам, страдающим желудочно-кишечными заболеваниями, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, проводились ФГДС, УЗИ гепато-билиарной системы, почек, надпочечников. Больным с заболеваниями щитовидной железы – УЗИ щитовидной железы, больным с заболеваниями почек – радиоизотопная ренография (на базе 432 ГВКМЦ в плановом порядке).

Командиры воинских частей и подразделений своевременно обеспечили явку военнослужащих в амбулаторный центр. В результате охват РМО составил в динамике (таблица):

Некоторое снижение охвата РМО в 2006 году, вероятно, отмечалось в связи со значительным увеличением воинских формирований, закрепленных за 432 ГВКМЦ, и недостаточно отработанной обратной связью с командирами воинских частей.

По результатам РМО в 2006 году впервые выявлено с первичными хроническими заболеваниями 3,8%, в том числе по поводу нейроциркуляторной астении 0,88%, хронического гастродуоденита – 1,0%, артериальной гипертензии – 0,35%, деформирующего остеоартроза – 0,65%, ожирения 1 – 2 ст. – 0,28%, нейросенсорной тугоухости – 0,67%. Выявляемость хронических заболеваний составила 4,3%. Эффективность РМО составила 18,6%. Имеются случаи выявления таких заболеваний, как сахарный диабет, рак щитовидной железы, катаракта, глаукома, анемии различной этиологии, саркоидоз.

Лица, нуждающиеся в динамическом наблюдении, взяты на учет, им даны рекомендации по диете, режиму питания, труда и отдыха, определены соответствующие группы здоровья и группы занятий по физической подготовке с учетом возраста и имеющихся заболеваний.

От того, насколько качественно будут проведены организационные и лечебно-профилактические мероприятия по реализации расширенного медицинского обследования и диспансерного динамического наблюдения, в полной мере будет зависеть уровень физической составляющей боевой готовности военнослужащих.

Литература

1. Чиж, И.М., Гуляев, В.А., Карташов, В.Т. Организационные основы управления качеством диспансеризации в Вооруженных Силах. // Воен. – мед. журн. – 2005. – № 6. – С. 4 – 12.
2. Карташов, В.Т. Система управления качеством диспансеризации военнослужащих Вооруженных Сил РФ и офицеров запаса (в отставке). // Материалы научно – практической конференции, посвященной 30-летию 52 консультативно-диагностического центра МО РФ. – Москва, 2004.
3. Об утверждении Руководства по диспансеризации военнослужащих ВС РБ: Приказ Министерства обороны Республики Беларусь № 48 от 19.12.2003 г. – Минск, 2003.
4. Об утверждении Инструкции о порядке медицинского обеспечения ВС РБ: Приказ Министра обороны Республики Беларусь № 10 от 15.03.2004г. – Минск, 2004.

Таблица 1

Годы	Охват РМО
2005	96,1
2006	91,5
2007 (9 месяцев)	95,2