

том числе интернет. Уровень компьютеризации выше в городской местности, чем в сельской, вследствие чего здесь ниже уровень в плане информатизации о ранних методах диагностики рака молочной железы.

Сохраняется уровень незнания женщин о таком методе как самообследование молочных желез, о том, что необходимо посещать маммолога и проходить регулярно маммографию женщинам старше 50 лет. Всё это говорит о необходимости повышения онкологической грамотности женского населения.

#### Литература

1. Полойко, Ю. Ф. Маммография как метод ранней диагностики рака молочной железы / Ю. Ф. Полойко. – Минск, 2013. – С. 37.
2. Путырский, Л.А. Рак молочной железы / Учебное пособие. – Минск: Высшая школа, 1998. – С. 82.
3. Путырский, Ю.Л. Профилактическое обследование молочных желез / Ю.Л. Путырский., В.Л. Силява, Т.А. Сержан, Л.А. Путырский – Минск, 2003. – С. 60.
4. Хайленко, В. А. Диагностика рака молочной железы / В. А. Хайленко, Д. В. Комова, В.Н. Богатырева – М.: МИА, 2005. – С. 240.

## ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОГО ИНДЕКСА ОБРАТИМОСТИ

*Щавелева М.В., Глинская Т.Н.*

Белорусская медицинская академия последипломного образования,  
РНПЦ трансфузиологии и медицинских биотехнологий

Оценка состояния здоровья лиц старших возрастных групп, особенно диспансерных контингентов, с позиций оценки возможного влияния проводимых профилактических и диспансерных мероприятий - непростая задача. Использование модифицированного индекса обратимости (МИО) позволяет оценить риск смертельных исходов и выживаемость в группах диспансерных контингентов, а также косвенно судить об эффективности проводимой диспансерной работы.

**Материалы и методы.** Материалом для исследования служили официальные статистические данные (форма «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов в возрасте 18 лет и старше, проживающих в районе обслуживания организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь») о числе лиц в возрасте старше трудоспособного (женщины 55 лет и старше, мужчины 60 лет и старше), состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года (2008-2014), в том числе по причинам, данные о числе случаев смерти в этой же возрастной группе по причинам за 2009-2014 годы. Для анализа были взяты данные об основных классах заболеваний (в соответствии с международной классификацией бо-

лезней X пересмотра) с более подробным рассмотрением основных причин болезней системы кровообращения (таблица 1).

Рассчитывалась среднегодовая численность диспансерных контингентов путем вычисления полусуммы предыдущего и последующего годовых значений. Основной показатель – МИО – вычисляли как простое отношение численности среднегодового диспансерного контингента по причинам к числу смертельных случаев по тем же причинам [1]. Показатели анализировали в динамике за период 2009-2014 годы.

Минимальное возможное значение индекса – 1,0 означает, что имеет место летальный исход всех случаев заболевания, взятых на диспансерный учет. Показатель МИО  $\leq 10,0$  свидетельствует о крайне высоком риске смертельных исходов, менее 50,0 о достаточно высоком риске, менее 100,0 - о высоком риске. Рост значений МИО отражает растущую «вероятность выживаемости» диспансерного контингента.

Результаты и обсуждение. Понятно, что смертность в группе лиц в возрасте старше трудоспособного наиболее высока и вносит основной вклад в формирование общего коэффициента смертности всего населения. Значения МИО для всей совокупности классов болезней у лиц в возрасте старше трудоспособного составляли в течение периода наблюдения от 13,9 до 19,6. Для сравнения те же показатели у взрослого населения в возрасте 18 лет и старше имели диапазон колебаний от 24,9 до 31,0. В таблице приведены показатели МИО по причинам в динамике.

Таблица - Динамика изменения модифицированного индекса обратимости (МИО) населения Республики Беларусь в возрасте старше трудоспособного в 2009-2014 годах по причинам

Классы болезней, группы заболеваний	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Темп прироста МИО в 2014 к 2009, %
Всего	13,9	14,8	16,1	17,6	18,5	19,6	41,0
Новообразования,	13,5	14,1	15,9	17,0	17,7	17,9	32,6
Болезни крови	76,5	97,7	126,3	150,1	196,5	173,0	126,1
Болезни эндокринной системы	786,6	860,0	1000,4	1550,1	1679,0	1849,8	135,2
Сахарный диабет	509,8	615,3	718,6	1168,5	1292,8	1393,0	173,2
Болезни нервной системы	11,2	8,8	8,7	7,6	8,0	6,2	-44,6
Болезни системы кровообращения	9,6	10,6	12,2	13,3	14,0	14,0	45,8

Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	330,0	610,7	806,8	1294,4	1620,2	2041,4	518,6
Ишемическая болезнь сердца	7,3	8,2	9,6	10,3	10,8	10,6	45,2
Цереброваскулярные болезни (ЦВЗ)	6,0	6,7	7,9	9,1	10,0	10,3	71,7
ЦВЗ на фоне артериальной гипертензии	5,9	6,4	7,5	8,6	9,6	9,8	66,1
Болезни органов дыхания	26,8	32,0	39,5	49,7	60,2	70,2	161,9
Пневмония	33,8	33,7	32,3	45,1	42,2	56,1	66,0
Другая хроническая обструктивная легочная болезнь	8,2	10,7	14,6	17,5	22,0	25,9	215,9
Астма, астматический статус	350,9	475,8	574,2	1096,0	1434,1	1320,3	276,3
Болезни органов пищеварения	43,5	44,7	46,6	56,4	60,7	65,8	51,3
Язва желудка и 12-перстной кишки	266,4	297,7	302,1	353,3	416,7	519,6	95,0
Болезни костно-мышечной системы	364,0	397,8	370,8	442,2	556,0	631,7	73,5
Болезни мочеполовой системы	67,2	67,6	79,9	101,9	118,5	138,7	106,4
Болезни почек	290,2	241,4	340,7	512,8	431,9	548,9	89,1
Мочекаменная болезнь	77,4	85,9	76,3	94,4	112,3	139,0	79,6

Крайне высокий риск неблагоприятных исходов (значения индекса менее 25,0) выявлен для следующих классов и групп причин, являющихся основанием для постановки на диспансерный учет лиц в возрасте старше трудоспособного: болезни нервной системы; болезни системы кровообращения, включая ишемическую болезнь сердца и цереброваскулярные болезни с особенно неблагоприятными значениями индекса (менее 10,0); новообразования; другая хроническая обструктивная болезнь легких.

Значения МИО в диапазоне 26,0-70,0, что соответствует также достаточно высокому риску, были установлены для классов болезней органов пищеварения, класса болезней органов дыхания и пневмонии, как отдельной причины, болезней мочеполовой системы в начале периода наблюдения.

Высокий риск (значения МИО 71,0-100,0) имел место при мочекаменной болезни и при болезнях крови.

Умеренный риск смертельных исходов (значения МИО в диапазоне 101,0-1000,0) установлен для болезней эндокринной системы, а также сахарного диабета; болезней системы кровообращения, характеризующихся повышенным кровяным давлением; астмы, астматического статуса; болезней костно-мышечной системы; гломерулярных, тубулоинтерстициальных болезней почек и мочекаменной болезни, болезней мочеполовой системы в конце периода наблюдения; язвенной болезни желудка.

Низкий риск смертельных исходов (значения МИО 1001,0 и выше) был отмечен для классов болезней глаза, болезней уха, болезней эндокринной системы.

Негативная динамика МИО за анализируемый период (темпы прироста к базовому уровню 2009 года) была выявлена для класса болезней нервной системы (минус 44,2%). Позитивная динамика МИО была характерна для абсолютного большинства причин, при этом максимальный темп прироста был отмечен для группы болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением (+518,6%), астмы (+276,3%), хронической обструктивной болезни легких (+215,9%), сахарного диабета (+173,2%), болезней органов дыхания (+161,9%), болезней эндокринной системы (+135,2%), болезней мочеполовой системы (+106,4%). Темпы прироста МИО в диапазоне +45,0-+89,0% были зарегистрированы для остальных причин, за исключением новообразований (+32,6%).

Выводы. Проведенный анализ иллюстрирует положительный эффект проводимой диспансерной работы (2009-2014 годы) в том числе с таким сложным контингентом, как лица в возрасте старше трудоспособного. Отмечено заметное снижение риска смертельных исходов у лиц данной возрастной группы, взятых на диспансерный учет (за исключением болезней нервной системы).

#### **Литература**

1. Глинская, Т.Н. Методологические аспекты оценки здоровья населения при помощи демографических индексов: модифицированный индекс обратимости / Т.Н. Глинская, М.В. Щавелева // Медицинские новости. – 2015. - №9. – С. 32-35.

## **МЕСТО ОПЕРАЦИИ РАЙХА В ЛЕЧЕНИИ ОЛЕОГРАНУЛЕМЫ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА**

**Юцевич Г.В.**

Гродненский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Первое упоминание об олеогранулеме связано с именем К.Неншен, который впервые в 1914 году обнаружил в половом члене у больного опухолевидное образование после введения камфорного масла и назвал его олеогранулемой полового