

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Р.С. Бакиров, А.Х. Яруллин, Р.А. Зарипов*

*Кафедра гигиены, медицины труда с курсом медэкологии ФПДО  
(зав. — чл.-корр. РАМН, проф. Н.Х. Амиров) Казанского государственного медицинского  
университета, городская клиническая больница № 18 (главрач — Р.С. Бакиров), г. Казань*

Диагностика заболеваний в современных условиях требует не только комплексного, но и интегрированного решения возникающих проблем, что усложняет ее и увеличивает время обследования [1, 2]. В то же время диагностический процесс должен совмещать научную и практическую необходимость с экономическими возможностями [2, 4].

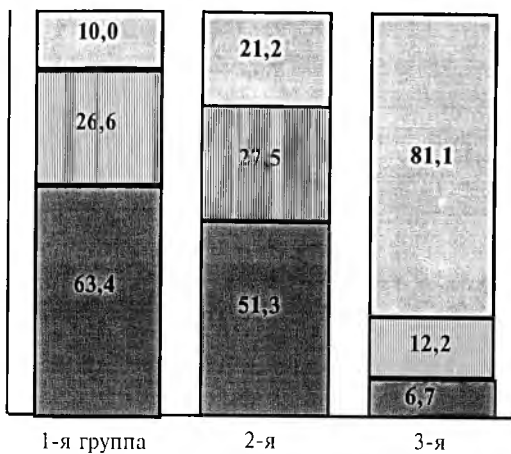
В Республике Татарстан качество диагностики реализуется благодаря наличию диагностических центров (ДЦ) при крупных больницах в городах республиканского подчинения (Набережные Челны, Нижнекамск, Елабуга, Чистополь, Альметьевск, Бугульма, Лениногорск, Азнакаево) и в Казани. На сегодня существуют две формы организации диагностических центров — ДЦ при мощных амбулаторно-поликлинических учреждениях и консультативно-диагностические центры (КДЦ) при многопрофильных городских и республиканских учреждениях. В структуре каждого из них имеются центры лучевой диагностики, представленные кабинетами (отделениями) рентгенодиагностики, УЗИ, МРТ и КРТ.

Филиалов диагностических центров (ФДЦ), которые функционируют, по данным Ю.И. Ципури и др. [5], в Тульской губернии, в Республике Татарстан не имеется, поскольку в них нет необходимости. Указанные выше города в республике расположены по территории довольно равномерно; следовательно, функции ФДЦ выполняют здесь ДЦ, имеющиеся при крупных больницах этих городов.

Этапность обследования больных в Республике Татарстан, в том числе служ-

бы лучевой диагностики, несмотря на отсутствие ФДЦ, представлена тремя уровнями: 1-й — районные лечебно-профилактические учреждения, поликлиники; 2-й — диагностические центры при городских больницах городов республиканского подчинения и городских больниц г. Казани; 3-й — КДЦ городских и республиканских крупных многопрофильных больниц. Через первый уровень проходят 80% больных, через второй — 45,5%, через третий — 14,4%. Около 20% больных в силу разных причин, среди которых основной является приезд больных в республиканские учреждения, минуя 1-й уровень, находятся на обследовании 2 и 3-го уровней.

В целях выявления эффективности существующей технологии в области лучевой диагностики была проанализирована медицинская документация 658 пациентов, прошедших комплексное обследование в КДЦ городских и республиканских многопрофильных больниц. Среди них выделены 3 группы: больных 1-й (164 чел.) направляли в ДЦ без четких показаний и первичного обследования; больных 2-й (221) — после частичного, без первичного обследования в ДЦ городов республиканского подчинения и городских больниц г. Казани, 3-й (273) — после полного обследования с использованием всех доступных методов лучевой диагностики. Анализ позволил выделить 3 основных варианта конечных результатов диагностических обследований: первый — патологии не выявлено; второй — отмечены незначительные уточнения, обнаружены изменения, не представляющие



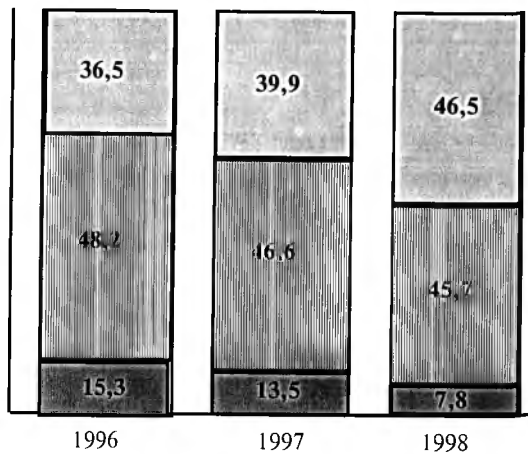
- — патология не выявлена
- ▨ — незначительные уточнения диагноза, не имеющие значения для лечения
- — новый диагноз или выявление изменений, существенных для лечения.

Рис. 1. Варианты конечных результатов диагностических исследований по лучевой диагностике в КДЦ.

ценности при выборе лечения; третий — определены отклонения, имеющие существенное значение для ранней диагностики заболеваний, постановки нового диагноза, адекватного и своевременного лечения.

Конечные результаты анализа представлены на рис. 1. У большинства больных 1-й группы были первый и второй варианты —  $90,0 \pm 2,3\%$ , то есть эффективность проведения обследования оказалась наименьшей. У больных 2-й группы первый и второй варианты составили  $78,8 \pm 2,7\%$  ( $P < 0,01$ ), в 3-й группе — только  $18,9 \pm 2,3\%$  ( $P < 0,001$ ). Число больных 3-й группы, у которых конечные результаты обследования имели существенное значение для постановки диагноза и лечения, составило  $81,1 \pm 2,3\%$ , во 2-й —  $21,2 \pm 2,7\%$ , в 1-й —  $11,0 \pm 2,4\%$  с вероятностью ошибки не более  $P < 0,001$ .

Анализ диагностики в КДЦ при различных методах исследования показал неуклонное повышение показателя выявляемости заболеваний, что отражает рост эффективности функционирования лучевой диагностической службы республики в целом. Нами отмечено нарастание выявляемости заболеваний при



- — заболевания, обнаруженные на ранней стадии, со стойкими положительными результатами лечения.
- ▨ — впервые выявленная патология, лечение которой дает неполный эффект.
- — впервые выявленная патология на поздних сроках без существенного эффекта лечения.

Рис. 2. Структура впервые выявленных в КДЦ патологических состояний по значимости их для прогноза эффективности лечения и жизни в динамике.

всех методах лучевой диагностики. Так, при использовании УЗИ произошел рост этого показателя с  $48,3$  до  $76,7\%$  всех случаев, в том числе имеющих существенное значение для диагноза и лечения (третьего варианта) в 1,9 раза. При эндоскопии патологию обнаружили в 1,5 раза чаще (а при третьем варианте — в 2,6 раза), при РКТ — соответственно в 1,5 и 1,7 раза.

С целью углубленного изучения эффективности деятельности службы лучевой диагностики после организации в 1995 г. диагностических центров нами проведена оценка структуры впервые выявленных заболеваний. По степени нарастания их значимости для прогноза, лечения и жизни мы выделили следующие группы: впервые обнаруженное заболевание на поздней стадии без существенного эффекта лечения; впервые выявленное заболевание, лечение которого дает неполный эффект; заболевание, диагностированное на ранней стадии, со стойкими положительными результатами лечения.

Как видно из рис. 2, за 1995—1998 гг. в структуре впервые выявленных в ди-

агностических центрах патологических состояний произошли существенные изменения. Так, частота первой группы заболеваний снизилась в 2 раза, второй — осталась относительно стабильной (в пределах 48,2—45,7%), третьей — значительно повысилась (на 10%).

Таким образом, создание и функционирование диагностических центров лучевой диагностики дает положительные результаты в оказании медицинской помощи населению. Соблюдение уровней системы лучевой диагностики на этапах поликлиник, диагностических, консультативно-диагностических центров повышает качество диагностики заболеваний, позволяет увеличить число больных, прошедших законченное обследование. Четкое функционирование звеньев диагностического процесса в лучевой диагностике способствует снижению числа больных с впервые выявленной патологией на поздних сроках без существенного эффекта лечения, повышает число больных с ранней диагностикой заболеваний со стойкими положительными результатами лечения.

1. Барт Б.Я. и др. // Тер. арх. — 1994. — № 1. — С. 57—60.

2. Манусян и др. // Мед. визуализация. — Июль-сентябрь, 1997. — С. 4750.

3. Цкипури Ю.И. // Здравоохран. Российской Федерации. — 1993. — № 10. — С. 28—29.

4. Цкипури Ю.И. и др. // Здравоохран. Российской Федерации. — 1993. — № 2. — С. 6—7.

5. Цкипури Ю.И. и др. // Здравоохран. Российской Федерации. — 1994. — № 1. — С. 9—11.

Поступила 24.12.93.

## RADIATION DIAGNOSTIC CENTERS IN HEALTH CARE SYSTEM

*R.S. Bakirov, A.Kh. Yarulin, R.A. Zaripov*

### S u m m a r y

The decrease of the number of patients from 15,3 to 7,8% with the first revealed pathology late in the course of the disease without essential treatment effect and their growth from 36,5% to 46,5% with early diagnosis and steady positive treatment results are due to the organization in 1995 of the diagnostic centers in Tatarstan Republic. The positive results obtained show the high treatment efficiency, medical, social and economic profitability of diagnostic centers as one of the important subsystems of health protection.