

## ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ НА ПРИМЕРЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОСТНО- МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

А.Н.Бараева, Л.В.Бекаева

*ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия  
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»  
150000, Россия, г. Ярославль, ул. Революционная, д.5; Тел.: +7 (4852) 30-56-41*

**Введение.** Основными задачами здравоохранения являются повышение уровня общественного здоровья, качества и эффективности медицинской помощи. Рекомендации, принятые 18-й Всемирной медицинской ассамблеей (Хельсинки, Финляндия, 1964 г.) и дополненные 35-й Всемирной медицинской ассамблеей (Венеция, Италия, 1983 г.), констатируют, что качество медицинской помощи на селе должны соответствовать наивысшему национальному стандарту и не отличаться от качества медицинской помощи, доступной жителям городов. Особое внимание уделено обеспечению интеграции программ развития профилактической и лечебной помощи при заболеваниях, характерных для сельской местности. Необходимое условие работы сельского здравоохранения – планирование работы в зависимости от потребностей жителей данной местности. Однако, большинство рекомендаций в нашей стране пока не реализованы [8].

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани являются серьезной проблемой, т.к. в структуре заболеваемости по обращаемости этот класс заболеваний занимает третье место после болезней органов дыхания и болезней системы кровообращения и в большинстве случаев представляет собой хроническую патологию. Всемирная Организация Здравоохранения рекомендовала период с 2000-2010 годы определить как «десятилетие изучения и предупреждения заболеваний костей и суставов» [3].

**Целью исследования** явилось изучение динамики заболеваемости взрослого населения болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани и выявление особенностей оказания медицинской помощи на современном этапе в сельской местности.

**Материалы и методы.** Данное исследование проведено в Ярославском муниципальном районе Ярославской области. Материалом исследования послужили данные государственных статистических отчетов лечебно-профилактических учреждений изучаемого района за период 2004-2005 годы и 2360 статистических талонов амбулаторного больного в поликлинику центральной районной больницы. В ходе исследования рассчитывались показатели уровня и структуры заболеваемости населения,

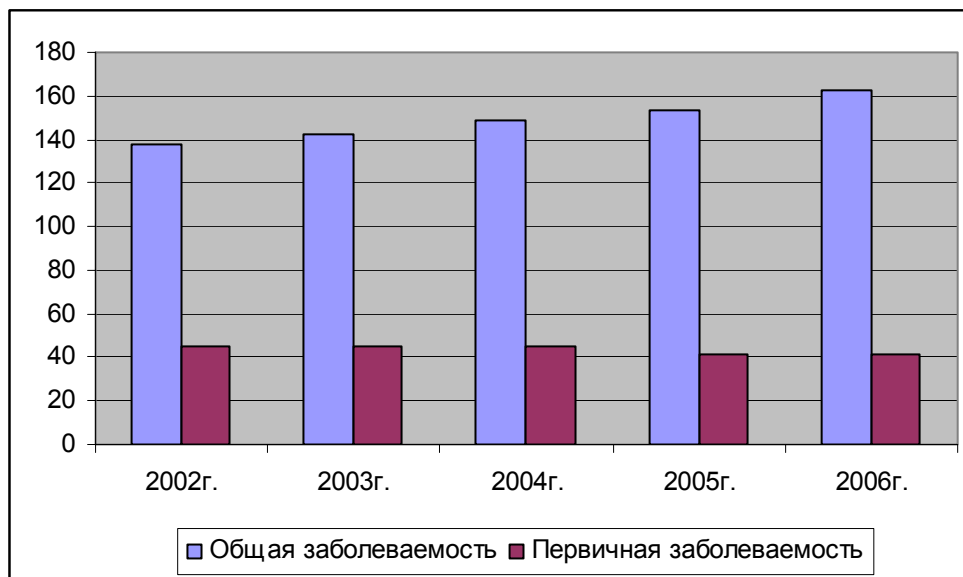
возрастной структуры населения, уровень госпитализации населения в стационары различных этапов оказания медицинской помощи сельскому населению.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием методов расчета средних величин, интенсивных и экстенсивных показателей, оценки достоверности различий показателей по критерию t.

**Результаты исследования.** В 2006 году в структуре заболеваемости по обращаемости Ярославской области болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани занимают четвертое место и составляют 7,8% от общего числа зарегистрированных заболеваний.

Уровень общей заболеваемости болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани в Ярославской области в 2006 г. среди взрослого населения составил 162,9 ‰, первичной – 41,4‰, что значительно превышает общероссийский показатель (114,2‰).

Анализ динамики показателей заболеваемости болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани в Ярославской области за период с 2002 по 2006г.г. выявил рост данной патологии на 18,6% (рис.1), а также увеличение доли хронических форм заболеваний с 67,1% в 2002 г. до 74,6% в 2006г.



**Рис.1 Динамика показателей общей и первичной заболеваемости болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани населения Ярославской области за период 2002-2006 г.г.**

Среди причин временной утраты трудоспособности данная патология в 2006 году заняла второе место после болезней органов дыхания (рис.2) и составила 16,8% от общего числа случаев нетрудоспособности.

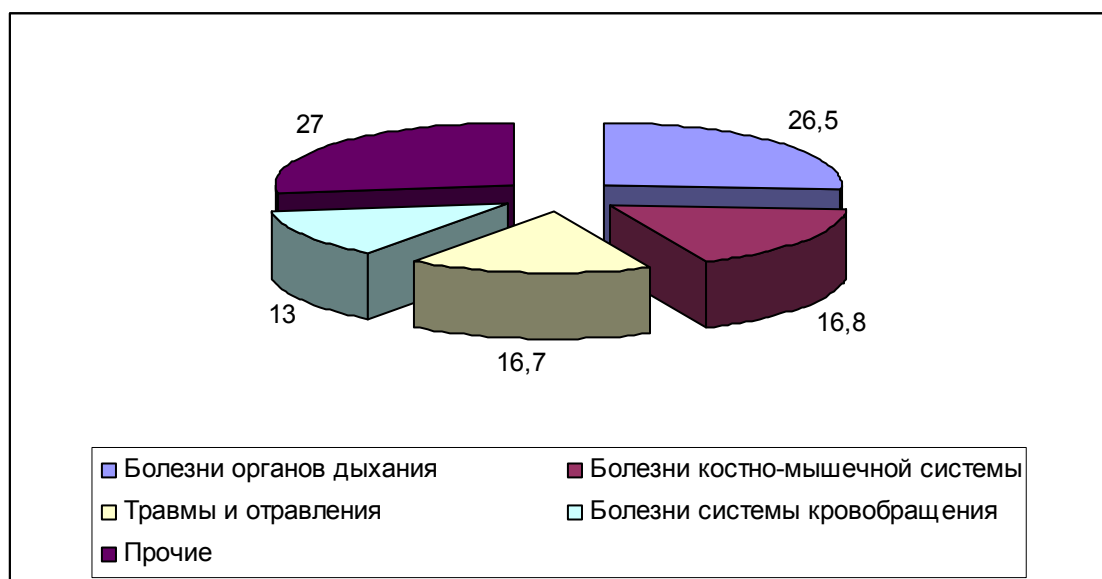


Рис.2 Структура заболеваемости с временной утратой трудоспособности Ярославской области 2006 г

Длительно протекающие прогрессирующие заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани в конечном итоге приводят к инвалидизации населения. В структуре инвалидности взрослого населения патология опорно-двигательного аппарата занимает третье место и составляет 10,7% (рис.3)

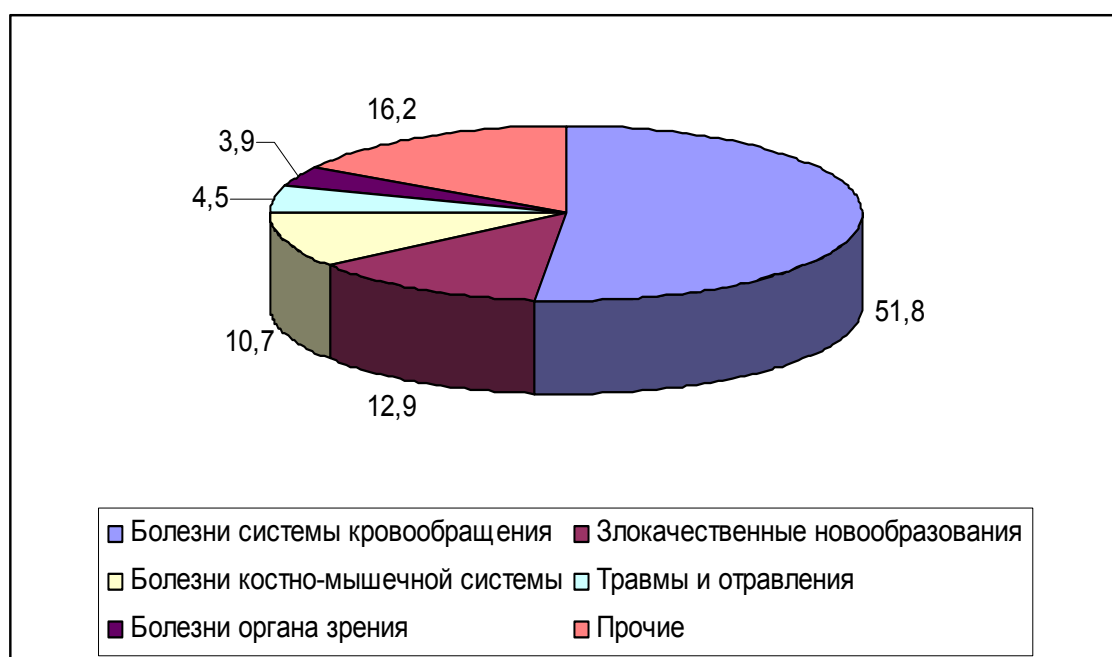
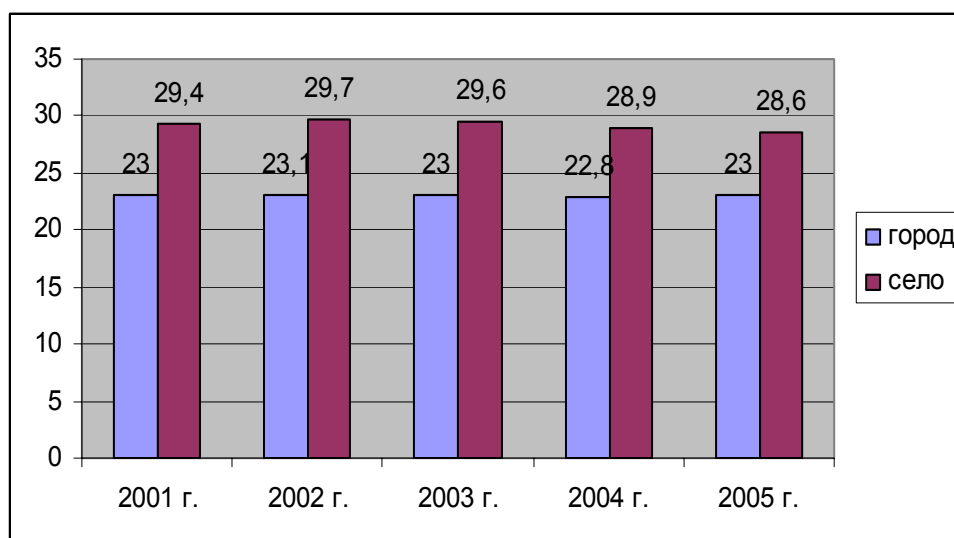


Рис.3 Структура инвалидности взрослого населения в Ярославской области (%)

Высокий уровень распространенности заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани в Ярославской области в значительной степени обусловлен возрастной структурой населения, которая относится к регрессивному типу и находится в устойчивом состоянии «демографической старости», обусловленном увеличением до 24,0% лиц старше трудоспособного возраста. Наиболее выражены процессы старения населения в сельской местности (рис.4), где доля лиц старше трудоспособного возраста составляет 28,6% от общего числа жителей.

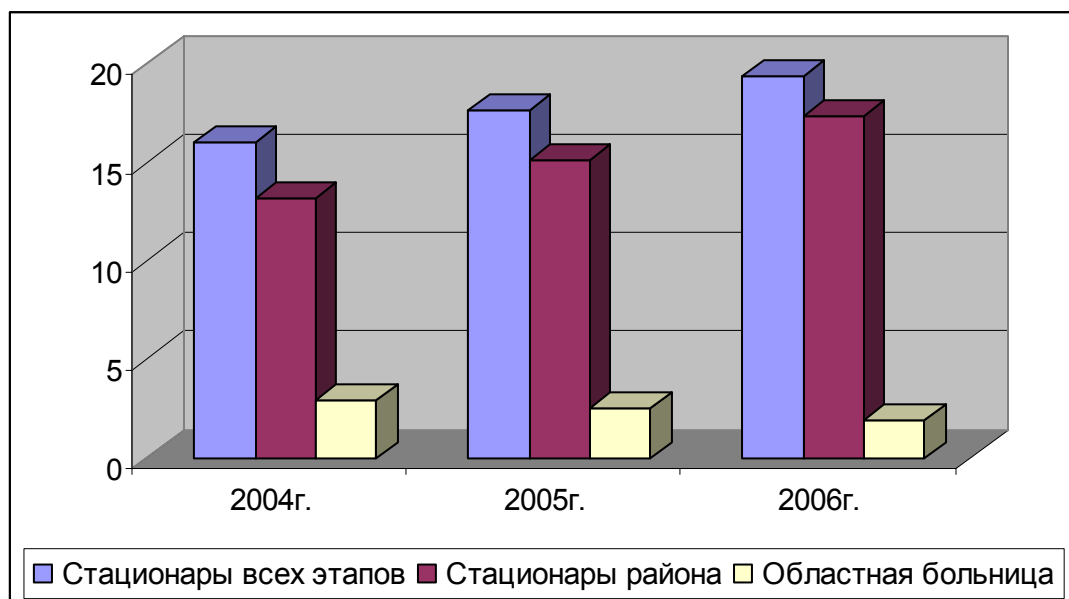
Подтверждением этого служат результаты исследования заболеваемости обратившихся в поликлинику центральной районной больницы. Так, из общего числа пациентов в возрасте 30-60 лет болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани были зарегистрированы у 17,4( $\pm 0,7$ )% мужчин и 30,4( $\pm 0,7$ )% женщин, а в группе старше 60 лет данная патология выявлена у 14,8 ( $\pm 1,1$ )% мужчин и 21,6 ( $\pm 0,8$ )% женщин. Полученные результаты свидетельствуют о том, что данная заболеваемость среди сельского населения намного выше среднеобластных показателей как в трудоспособном возрасте, так и в возрасте старше 60 лет.



**Рис. 4** Доля лиц старше трудоспособного возраста среди городского и сельского населения Ярославской области за период 2001-2005 г.г.

Для оценки качества медицинского обслуживания данной категории больных определенным интересом представляет сопоставление данных об уровнях заболеваемости и госпитализации населения. Нами установлено, что уровень госпитализации данных больных увеличился с 16,0 до 19,3 на 100 зарегистрированных заболеваний (рис.5), что может свидетельствовать о тяжести патологии. Следует отметить, что стационарную помощь пациенты с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани

получают в стационарах всех этапов оказания медицинской помощи сельскому населению.



**Рис.5** Уровень госпитализации при заболеваниях костно-мышечной системы и соединительной ткани (на 100 зарегистрированных заболеваний) за 2004-2006 г.г.

Анализ распределения больных по этапам медицинского обеспечения выявил, что в основном госпитализация проводится в стационары первого (сельские участковые больницы) и второго (центральная районная больница) этапов и составила  $85,8 (\pm 3,4)\%$  от общего числа госпитализированных. Соответственно, в стационар областной больницы госпитализировано лишь  $14,2\%$  больных, причем доля больных сократилась за период 2004-2006 г.г. с  $18,4\%$  до  $10\%$ . Следовательно,  $90\%$  больных в настоящее время получают стационарную помощь в медицинских учреждениях муниципального сельского района.

Лечение данной патологии требует комплексности, непрерывности, соблюдения принципа преемственности на всех этапах оказания медицинской помощи. Физиотерапевтическая помощь является важной составляющей комплекса восстановительного лечения, сохранения функций опорно-двигательного аппарата больных. Показатель средней длительности лечения в стационарах среди взрослых составил  $15,9 \pm 0,3$  дней, что выше областного показателя (14,4 дня). Однако, за период 2004-2006 г.г. наблюдается снижение длительности лечения с 16,3 до 15,6 дней, что обусловлено сроками лечения больных в соответствии со стандартами качества лечения. Поэтому после курса стационарного лечения пациенты с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани направляются в сельские участковые больницы и сельские врачебные амбулатории по месту жительства на долечивание,

включающее и продолжение физиотерапевтического лечения, поскольку применение физических факторов должно носить длительный, систематический характер [1,2,5].

Принять считать, что качество медицинской помощи включает в себя три основных компонента: структурное качество, качество технологии и качество результата. Структурное качество, прежде всего, характеризует кадровое обеспечение и квалификацию кадров, а также наличие, состояние и рациональность использования медицинского оборудования[3]. Анализ условий оказания физиотерапевтической помощи населению района показал следующее.

В районе функционируют 18 физиотерапевтических кабинетов. Физиотерапевтические кабинеты ЛПУ района оснащены 224 аппаратами, представляющие основные физические методы лечения. Аппаратура в основном приобретена в 70-е,80-е годы прошлого столетия. Отмечается большой износ физиотерапевтической техники (около 80% аппаратов имеют срок эксплуатации более 15 лет), особенно в физиотерапевтическом кабинете центральной районной больницы. Так, в физиотерапевтическом кабинете стационара ЦРБ за последние 5 лет списано 54,8% оборудования, а взамен приобретено лишь 9,5%.

Показатели, характеризующие объемы оказанной физиотерапевтической помощи, свидетельствуют об активной работе физиотерапевтических кабинетов в центральной районной и сельских участковых больницах (таблица 1). Так, в 2006 году частота применения физиотерапевтического лечения в стационаре центральной районной больницы составила 19,9 на 100 выбывших из стационара, в СУБ этот показатель равен 7,3. Показатель Число физиотерапевтических процедур на 100 выбывших из стационара соответствует среднеобластному показателю, однако среднее число физиотерапевтических процедур на 100 посещений в поликлинике ниже среднеобластного уровня на 20,9%.

Таблица 1

**Показатели работы физиотерапевтической службы сельского муниципального района за период 2004-2006 г.г.**

Наименование показателя	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Число физиотерапевтических процедур на 100 посещений в поликлинике	26,3	19,9	17,8
Число физиотерапевтических процедур на 100 выбывших из стационара	465,5	359,9	431,7

Неотъемлемым условием качества медицинской помощи является наличие квалифицированного персонала. Обеспечивают физиотерапевтическое лечение района 1 врач-физиотерапевт и 12 медицинских медсестер. Уровень укомплектованности составил 93,4%, при общем показателе укомплектованности средним медицинским персоналом района 94,9 %.

При анализе кадрового состава службы района установлено, что высшую и первую квалификационную категорию имеют 68,8% среднего медицинского персонала. Однако отмечается постарение кадрового состава: 75% медицинских сестер имеют возраст старше 45 лет (табл.2)

В связи с выходом на пенсию и увольнение среднего медицинского персонала, а также отсутствием желающих занять вакантные ставки, с 2005 года закрыто 5 физиотерапевтических кабинетов, что составляет 27,8%, и по этой причине простаивает 78 физиотерапевтических аппаратов (32%).

Таблица 2.

**Распределение медицинских сестер физиотерапевтических кабинетов медицинских учреждений Ярославского района по возрасту и наличию категории (%)**

Категория специалиста	Возраст			Всего
	моложе 35 лет	36-45 лет	старше 45 лет	
Высшая	-	-	6,25	6,25
Первая	-	18,75	43,75	62,5
Вторая	-	-	-	-
Нет	-	6,25	25	31,25
Итого	-	25	75	100

Главной причиной отказа медицинских сестер от работы в физиотерапевтических кабинетах является самая низкая заработная плата среди медицинского персонала. Так, средняя заработная плата медицинской сестры физиотерапевтического кабинета на 31,8% ниже, чем в стационаре и на 77,4%, чем в поликлинике. Несмотря на то, что в восстановительном лечении больных, выявленных при проведении дополнительной диспансеризации населения, большая доля участия приходится на физиотерапевтическое лечение, ни одним из нормативных документов [5,6,7] не предусмотрено материальное стимулирование специалистов восстановительного лечения.

**Выводы.** Таким образом, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани можно в определенной степени отнести к группе социально значимых заболеваний, т.к. от данной патологии общество несет большие потери в социальном и экономическом аспектах. Анализ динамики показателей заболеваемости болезнями костно-мышечной

системы и соединительной ткани выявил рост общей и первичной заболеваемости, высокую долю хронических заболеваний данной патологии.

Наиболее остро проблема лечения этих заболеваний стоит в сельской местности из-за высокого числа лиц старше трудоспособного возраста и недостаточной доступности сельского населения во всех видах медицинской помощи.

Основная часть сельского населения медицинскую помощь получает в медицинских учреждениях района, в связи с чем необходимо совершенствование всех звеньев амбулаторной и стационарной медицинской помощи, в том числе и физиотерапевтической. Несмотря на то, что арсенал физических методов лечения пополнился современными лечебными методиками, новыми аппаратами и устройствами, большинство из них недоступно сельскому жителю, получающему медицинскую помощь в лечебно-профилактических учреждениях сельского района.

Развитие физиотерапевтической помощи в сельской местности в современных условиях необходимо проводить поэтапно:

1. Обеспечение лечебно-профилактических учреждений специалистами физиотерапевтической службы путем дополнительной специализации терапевтов, врачей общеврачебной практики, семейных врачей, а также привлечение среднего медицинского персонала в медицинские учреждения районов.
2. Оснащение сельских врачебных амбулаторий, участковых больниц, офисов общеврачебной практики физиотерапевтическим оборудованием при наличии в нем специалиста.

В целях эффективного использования имеющихся ресурсов важным организационным моментом является возможность передачи оборудования в другие медицинские учреждения района, т.к. в противном случае аппараты не используются и морально устаревают.

Для повышения роли физиотерапевтического лечения в профилактике заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани необходимо обеспечить возможность проведения процедур в вечернее время для работающего населения сельских районов.

Решение проблемы обеспечения качества медицинской помощи населению путем обеспечения технического обновления лечебного процесса, применение адекватного материального стимулирования медицинских работников сократит отток специалистов из физиотерапевтической службы.

Литература:



1. Григорьева В.Д., Шавианидзе Г.О. Медицинская реабилитация больных остеоартрозом // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры.- 2007.-№6.-с.46-50.
2. Курортология и физиотерапия: Руководство./ Под.ред. В.М.Боголюбова.: В 2 т.- М.,1985
3. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть III. Экономика и управление здравоохранением. -М.: Медицина, 2003. – 392 с.:ил.
4. Огрызко Е.В. Динамика показателей заболеваемости болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани и состояние ортопедической помощи// Проблемы социальной медицины -2007, №6, с. ..
5. Постановление Правительства РФ от 24.12.2007г. №921 «О порядке предоставления в 2008-2009 годах бюджета Федерального Фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации граждан»
6. Приказ Минсоцразвития России от 17.01.2007 №47 «О проведении дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях»
7. Приказ Минсоцразвития России от 5.02.2008 №51 «О порядке расходования средств, связанных с оплатой услуг государственных и муниципальных учреждений здравоохранения по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовой период, также по диспансерному (профилактическому) наблюдению детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до трёх месяцев на диспансерный учет»
8. Рогожников В.А., Стародубов В.И., Орлова Г.Г. Проблемы охраны здоровья сельского населения/ Под. ред. В.И.Стародубова.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004 –448 с.
9. Частная физиотерапия/ Под ред. Г.Н.Пономаренко.- М.: Медицина, 2005.-744с.: ил.