

Жапаров К.А., Таирова Ж.С., Абдырасакова Г.З.

КАЛЫПТАНДЫРУУЧУ ЖАРДАМДЫ БИРИНЧИЛИК ДЕНГЭЭЛДЕ ӨНУКТҮРҮҮ

Жапаров К.А., Таирова Ж.С., Абдырасакова Г.З.

**УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ
НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ**

K.A. Zhaparov, Zh.S. Tairova, G.Z. Abdyrasakova

IMPROVING REHABILITATION CARE AT THE PRIMARY LEVEL

УДК: 614.2+ 26.89

Ош шаарындагы үй-бүлөлүк медицина борборунун хирургиялык бөлмөлөрүндө каттоодо турган майыптардын нозологиялык түрлөрү боюнча изилдөөнүн, травматологиялык-ортопедиялык оорулар боюнча майыптардын жыныстык-жаштык өзгөчөлүктөрүн изилдөөнүн негизинде биринчилик деңгээлде калыптандыруучу жардамды өнүктүрүү жолдору изилденди.

Негизги сөздөр: калыптандыруу, майыптар, биринчилик звено, медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгү.

На основании изучения структуры инвалидностей по нозологическим формам хирургических кабинетов центра семейной медицины города Ош, анализа половозрастных особенностей инвалидов по травматологическим и ортопедическим патологиям представлен состав инвалидов по нозологическим формам и их возрастная структура, в частности по ортопедическим заболеваниям. Предложены пути совершенствования оказания реабилитационной помощи инвалидам на уровне первичного звена.

Ключевые слова: реабилитаци, инвалиды, первичное звено, доступность медицинской помощи.

Based on the study of the structure of disability by nosologic forms of surgical clinics of the family medicine center of Osh city, analysis of the age and sex characteristics of persons with disabilities in trauma and orthopedic pathologies of the composition of the disabled according to nosological forms and their age structure, in particular for orthopedic diseases. Suggested ways of improving the provision of rehabilitation assistance to persons with disabilities at the level of primary care.

Key words: rehabilitatsi, disabled, primary healthcare, access to medical care.

Актуальность исследования. Основной целью любого государства в области медицины является создание оптимальных условий для охраны жизни и здоровья населения и каждого гражданина в отдельности [1,8]. В настоящее время даже в самых развитых странах мира, в том числе и в США приоритетом развития медицинской помощи считается амбулаторно-поликлиническая помощь, где по данным многих авторов начинают и заканчивают получают медицинскую помощь 80% из всех зарегистрированных больных [2,7].

Амбулаторно-поликлиническая служба в современном мире считается перспективной, экономически выгодной организационной формой медицины [3]. Несмотря на огромные средства, которые выделяются из разных источников, в том числе из государственного бюджета (от 50% до 80% средств выделенных на здравоохранение) на стационарную по-

мощь, показатели заболеваемости, смертности, первичного выхода на инвалидность оставляют желать лучшего [2]. Обеспечение доступности качественной медицинской помощи каждому гражданину стало целью и Национальной программы реформирования сектора здравоохранения «Ден-Соолук» (2012-2016 гг.). Уже в течение 20 лет, с момента принятия Национальной программы реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас» (1996) здравоохранение в нашей стране переживает период реформирования, поиска новых путей, способных обеспечить его устойчивое развитие. Неоднократно подчеркивалось, что наиболее эффективные (с точки зрения социальных потребностей и издержек) организационные методы более полно реализуются на уровне первичной медико-санитарной помощи [5,9,10]. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является первым уровнем контакта населения с национальной системой здравоохранения, она максимально приближает медицинскую помощь к месту жительства и работы граждан и оказывается в амбулаторных условиях [4]. Особое значение на современном этапе приобретает оказание в рамках ПМСП первичной специализированной медико-санитарной помощи (ПСМСП) как наиболее востребованной населением [6].

Потеря трудоспособности хоть временного, тем более стойкого характера, у детей и у лиц трудоспособного возраста большая трагедия не только для близких людей больного, но и для всего общества в целом. Поэтому в таких случаях первостепенная задача общества и государства – скорейшая реабилитация больных в самом широком смысле этого понятия.

С каждым годом количество травматолого-ортопедических больных в структуре общей заболеваемости растет в геометрической прогрессии. И отсюда тенденции неуклонного роста инвалидности по этим патологиям. Зачастую начальным пунктом отправки и конечным пунктом остановки для таких больных в долгом процессе лечения и оздоровления являются Центры семейной медицины. Так как именно они проводят диспансерное наблюдение, лечение, ведут контроль за ходом обследования и реабилитационных мероприятий. Поэтому анализ работы ЦСМ даст более наглядную картину проблем травматологических и хирургических инвалидов,

выявить недостающих цепочек в длинной цепи лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий, выработать оптимальные пути комплексного восстановления трудоспособности инвалидов и последующее их трудоустройство, а также разработать меры по устранению причин роста инвалидности. Несмотря на кажущееся ясность организации медицинской реабилитации больных, именно на первичном уровне имеются много неиспользованных ресурсов. Огромное поле деятельности и усовершенствование методов оказания реабилитационной помощи в учреждениях ПМСП максимально приближает медицинскую помощь к месту жительства и работы граждан, обеспечивает доступности качественной медицинской помощи каждому гражданину, в особенности малообеспеченным слоям населения.

Цель исследования. На основе изучения структуры инвалидности в ЦСМ г. Ош, выявить неиспользованные резервы предоставления реабилитационной помощи на первичном уровне для обеспечения доступности медицинской помощи в первую очередь уязвимым слоям населения.

Материалы исследования. При изучении работы хирургических кабинетов Центра семейной медицины №2 г. Ош установлен наличие у них 156 инвалидов по хирургическим и травматолого-ортопедическим заболеваниям, что составляет 6,44% от числа всех инвалидов (всего инвалидов-2422 чел.), и 0,11% всего населения, проживающих на их территории. Из всех инвалидов хирургических кабинетов - инвалиды по травматолого-ортопедическим заболеваниям составили -85 больных (54%), а дети -58 больных (37%).

Таблица 1

Состав инвалидов по нозологическим формам

№	Нозологические формы	Абс. число	В %
1.	Сосудистые заболевания	20	12,8
2.	Травматологические больные	14	8,9
3.	Ортопедические больные	71	45,5
4.	Остеомиелиты	19	12,1
5.	Проктологические болезни	1	0,64
6.	Резекция желудка и кишечника	5	3,2
7.	Незаращение неба	11	7,05
8.	Болезнь Гиршпрунга	1	0,64
9.	Эхинококкоз, альвеококкоз.	4	2,56
10.	Опухоли головного и спинного мозга	3	1,96
11.	Спаечные болезни	5	3,2
12.	Урологические болезни	1	0,64
13.	Поликистоз легких	1	0,64
	Всего:	156	100,0

Структура инвалидности по ортопедическим заболеваниям

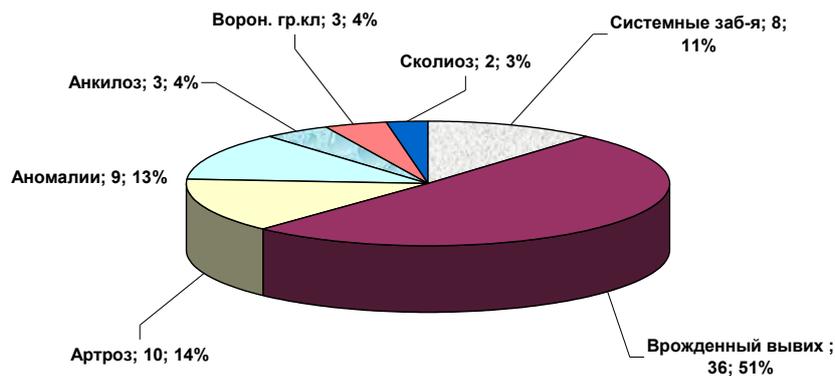


Таблица 2

Возрастная структура инвалидов по ортопедическим заболеваниям

№	Заболевания	Дети	Взрослые
1.	Врожденные вывихи бедер	32	4
2.	Системные заболевания костной системы	4	4
3.	Врожденные аномалии развития	3	6
4.	Артрозы	-	10
5.	Сколиозы	1	1
6.	Анкилозы	-	3
7.	Воронкообразные грудные клетки	3	-
	Всего:	43	28

В том числе:

- дети от 0 до 1 года – 1.
- от 1 до 7 лет – 30.
- от 7 лет до 18 лет – 19.
- от 18 лет до 65 лет – 21.

Женщин детородного возраста (от 16 до 45 лет) – 8 больных.

Как показывают данные этих таблиц в общей структуре инвалидности хирургических кабинетов ЦСМ №2 г.Ош единичное лидирующее место занимает – ортопедические заболевания – 71 больной (45,5%), а следом идут костно-суставные патологии – остеомиелиты – 19 больных (12,1%) и посттравматические состояния в виде переломов, ампутаций конечностей – 14 больных (8,9%). В совокупности инвалиды по костно-суставным патологиям составляют более 65,0% из всех инвалидов хирургических кабинетов.

Эти данные доказывают того, что в настоящее время патологии костно-суставной системы являются одним из самых искалечивающих заболеваний. И требуют они длительного и упорного труда, как со стороны медицинских работников, так и самих больных и их родственников. В плане лечения, оздоровления таких больных, важное значение имеет широкий комплекс реабилитационных мероприятий. От качества этих мероприятий зависит дальнейшая судьба больного, т.е. сроки выздоровления и восстановления трудоспособности и активности образа жизни и т. д.

Анализ инвалидности по возрастам показывает, что основной контингент по данной категории составляют дети дошкольного возраста – 43,6%, затем школьники и подростки – 26,7%. Основной причиной ограничения возможности здоровья у них является врожденные вывихи бедер и их последствия. Нужно подчеркнуть, что данная возрастная и нозологическая категория должна получать курсы реабилитационного лечения 2 раза, а то и ежеквартально в течение года. 29,5% составляет люди трудоспособного возраста (18-65 лет), которым по возрасту показано активный образ жизни. 11,2% – это женщины детородного возраста, продолжатели нации (16-45 лет). В настоящее время картина такова: больной или инвалид, которому показано противорецидивное или реабилитационное лечение (обычно от одного до 4-х раз в год) взяв от врача ГСВ направление, госпитализируется в отделении ортопедии и травматологии территориальных больниц, которого зачастую положат в одну палату с острыми или послеоперационными больными, что вызывает определенный дискомфорт. Плюс к этому финансовые затраты на приобретение лекарств, отсутствующих в отделении, ежедневные хлопоты родственников больного по доставке питания к нему, а также весь спектр услуг оказываемых в отделении врачами, медсестрами, санитарками в десятки раз завышают цены доступного всем, дешевого реабилитационного лечения на уровне первичного звена.

При правильной организации работы реабилитационных кабинетов и отделений учреждений

ПМСП можно добиться максимум результатов при минимуме затрат, как со стороны больного, так и со стороны государства. Поэтому обеспечение учреждений ПМСП современными физиоаппаратурами, тренажерными снарядами, обучение медицинского персонала разным видам массажа, широкое внедрение лечебной физкультуры, водолечения и других видов доступных методов лечения – должно стать приоритетной задачей организаторов здравоохранения. Мы считаем целесообразным организацию реабилитационных отделений именно в ЦСМ, а не как отдельную структуру для всего города или района, как предлагают наши некоторые коллеги. Реабилитационные кабинеты или отделения в составе ЦСМ будут функционировать более эффективно по той простой причине, что дети, инвалиды, хронические больные, которые нуждаются в регулярном реабилитационном лечении, находятся под непосредственным наблюдением семейного врача и других нескольких специалистов ЦСМ. И проведение лечебных мероприятий под наблюдением лечащих врачей, которые ведут этих больных годами, а иногда даже целое поколение – от дедов до внуков, без всякого сомнения, даст хороший результат. Более того приближенность лечебного учреждения дает возможность получения оздоровительного лечения не отрывая детей от возможности посещения школы и детских дошкольных учреждений, взрослых – от работы, а инвалидам и престарелым людям добраться до учреждения и обратно легче.

Думается, что для оборудования реабилитационных кабинетов можно использовать любые средства: бюджетные, спонсорские, фармацевтических компаний и даже профсоюзные, по мере их возможности с согласия коллектива. Потому что в течение рабочего дня, после трудовых будней эти оборудования служат для восстановления трудоспособности и лечения самих сотрудников. А в дальнейшей перспективе, при хорошем менеджменте эти кабинеты принесут реальные дивиденды этому лечебному учреждению. Все-таки занятие спортом, физкультурой под присмотром медицинского работника, особенно хроническим больным, инвалидам, лицам с проблемами костно-суставной системы более предпочтительно, нежели чем в обычных тренажерных залах.

На заре кардинальных преобразований в отечественной медицине, реабилитационной службе на уровне первичного звена незаслуженно уделяется недостаточно внимания. Изучение структуры инвалидностей по нозологическим формам хирургических кабинетов ЦСМ г. Ош, анализ половозрастных особенностей инвалидов по травматологическим и ортопедическим патологиям показывает высокой востребованности реабилитационного лечения на первичном уровне, доказывает его медицинской и экономической эффективности.

Выводы:

- в реабилитационной помощи нуждаются в основном дети дошкольного и школьного возрастов, а также определенная часть трудоспособного возраста

та населения, у которых проблемы с опорно-двигательной системой.

- организация и усиление реабилитационной помощи на первичном уровне максимально приближает медицинскую помощь к месту жительства и работы граждан, обеспечивает доступности качественной медицинской помощи каждому гражданину, в особенности малообеспеченным слоям населения.

- проведение реабилитационных мероприятий на амбулаторном уровне под наблюдением семейного врача, с помощью средств ПТГ показывает свою медицинскую и экономическую эффективность для государства и больного по сравнению с дорогостоящим стационарным лечением.

- оснастил кабинеты восстановительного лечения Центров семейной медицины, согласно программе государственно-частного партнерства, современными физиотерапевтическими аппаратами, тренажерными оборудованями, массажными приборами и прочими, организовав вечерних платных групп здоровья можно приумножить средства специального счета.

- поле деятельности первичного звена по реабилитационному лечению инвалидов, хронических больных будет еще шире, полезнее и экономически выгоднее больным, если пользоваться местными ресурсами с учетом их особых целебных свойств: лекарственные растения, воды, соли, грязи и прочее.

Литература:

1. Джемуратов К.А. Пути и механизмы оптимизации стационарной медицинской помощи населению в условиях реформирования отрасли. - 2010.
2. Пилипцевич П.П., Павлович Т.П. Первичная медико-социальная помощь в системе медицинского обслуживания населения. - Минск.
3. Первичная медико-санитарная помощь. Межд. конференция по медико-санитарной помощи, Алмата, 1978.
4. Кучеренко В.З., Вялков А.И., Денисов И.И и др. Организация и анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях ОМС: Учебное пособие - М., ММА им. И.М. Сеченова, Федеральный фонд ОМС). - 2000.
5. Каратаев М.М., Айдаралиев А.А. Развитие первичной медико-санитарной помощи в Кыргызской республике и проблемы эффективного менеджмента // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. - Алмата, 2001.
6. Найговзина Н.Б. Реформирование здравоохранения – объективная реальность / Н.Б. Найговзина // Советник бухгалтера в здравоохранении. - 2005. - №1.
7. Вишняков Н.И., Дедков Е.Д., Клюковкин К.С. Результаты анкетирования организаторов здравоохранения о проблемах последипломной подготовки врачей и руководителей медицинских учреждений // Бюллетень Сибирского отделения РАМН. - 2002. - № 4. - С. 110-112.
8. Шестаков В.П., Вишняков Н.И., Пенюгина Е.Н., Клюковкин К.С. Методические подходы к обеспечению качества медицинской реабилитации инвалидов // Проблемы городского здравоохранения: Сб. научных трудов. - Вып. 9. - СПб.: СПбГМУ, 2004. - С. 388-392.
9. Шестаков В.П., Вишняков Н.И., Пенюгина Е.Н., Клюковкин К.С. Проблемы планирования комплексной реабилитации инвалидов. Медикосоциальная экспертиза и реабилитация. // «Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации»: Сб. науч. статей к научно-практической конференции с международным участием (Минск, 26-28 мая 2005 года) / Под пред. проф. В.Б. Смычка - Выпуск 7. - Минск, 2005. - С. 172-176.
10. Клюковкин К.С., Бойков А.А. Изучения мнения сотрудников об эффективности управления работой службы скорой медицинской помощи // Актуальные проблемы реформирования здравоохранения на современном этапе. Сборник научных трудов. - СПб, 2006. - С. 22-25.

Рецензент: к.м.н., доцент Джемуратов М.А.