Сведения об авторах

Батукаева Заира Макановна — соискатель кафедры общественного здоровья и здравоохранения, ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова МЗ РФ.

Адрес: 119991, г. Москва, ул. Б. Пироговская, г. 2, стр. 2; тел. 89298886971; e-mail: umar1924@mail.ru.

Алексеева Вера Михайловна — доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения, ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова МЗ РФ.

Адрес: 119991, г. Москва, ул. Б. Пироговская, г. 2, стр. 2; тел. 84992487288; e-mail: masha-med@mail.ru.

Микерова Мария Сергеевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова МЗ РФ.

Адрес: 119991, г. Москва, ул. Б. Пироговская, г. 2, стр. 2; тел. 89152258689; e-mail: masha-med@mail.ru.

Authors

Batukaeva Zaira Makanovna — Applicant for a PhD degree, The Department of Public Health and Medical Care Organization, The State Educational Institution of Higher Professional Training The I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 2-2, Bolshaya Pirogovskaya Str., Moscow, RF, 119991; Phone: 8(929) 8886971; e-mail: umar1924@mail.ru.

Alekseeva Vera Michailovna — Dr.Med.Sc., Professor, The Department of Public Health and Medical Care Organization, The State Educational Institution of Higher Professional Training The I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 2-2, Bolshaya Pirogovskaya Str., Moscow, RF, 119991; Phone: 8(499) 2487288; e-mail: masha-med@mail.ru.

Mikerova Maria Sergeevna — Cand.Med.Sc., Associate Professor, The Department of Public Health and Medical Care Organization, The State Educational Institution of Higher Professional Training The I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 2-2, Bolshaya Pirogovskaya Str., Moscow, RF, 119991; Phone: 8 (915) 2258689; e-mail: masha-med@mail.ru.

© ЭККЕРТ Н. В., МИХАЙЛОВСКИЙ В. В.

УДК 614.2

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ)

Н. В. Эккерт, В. В. Михайловский

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, ректор — член-корр. РАН П. В. Глыбочко; кафедра общественного здоровья и здравоохранения, зав. — д. м. н., проф. В. А. Решетников.

Цель исследования. Выявление особенностей динамики показателей первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения у населения Тульской области и оценка состояния службы медико-социальной экспертизы.

Материалы и методы. При проведении исследования были применены аналитический и статистический методы. Использовались данные государственной статистики численности населения и данные Главного бюро медико-социальной экспертизы Тульской области.

Результаты. В структуре причин первичной инвалидности взрослого населения в Тульской области, также как и в Российской Федерации, ведущее место занимают болезни системы кровообращения.

Заключение. Проблема медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие болезней системы кровообращения требует комплексного дифференцированного подхода с учетом различных нозологических форм сердечно-сосудистых заболеваний, а также с учетом возраста больных.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, медико-социальная экспертиза, инвалиды, реабилитация.

CURRENT PROBLEMS AND INCREASING THE EFFICIENCY OF MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF INVALIDS DUE TO CIRCULATORY DISEASES (ON THE EXAMPLE OF TULA REGION)

N. V. Eckert, V. V. Mikhailovsky

I. M. Sechenov First Moscow State Medical University

The aim of the research. To identify the features of the dynamics the indicators of primary disability due to cardiovascular diseases in the population of Tula region and assessment of medical and social service expertise.

Materials and methods. During the study were used analytical and statistical methods. Were taken national statistics and population data of Bureau Chief Medical and Social Expertise of the Tula region.

The Results. In the structure of the causes of primary disability in the adult population in Tula region, as well as in the Russian Federation, the leading place is occupied by cardiovascular diseases.

Conclusion. The problem of medical and social rehabilitation of persons with disabilities due to diseases of the circulatory system requires a complex differentiated approach taking into account various nosological forms of cardiovascular disease, as well as the age of the patients.

Key words: diseases of the circulatory system, medical-social examination, persons with disabilities, rehabilitation.

Введение

Сохранение и укрепление здоровья населения является приоритетным направлением государственной политики, рассматривается как один из важнейших факторов повышения эффективности трудовых ресурсов, которые определяют экономическое развитие и национальную безопасность страны.

Вторая половина XX в. и начало XXI в. во многих странах мира наряду с реальными позитивными достижениями в профилактике и лечении многих заболеваний отмечены ростом показателей заболеваемости и инвалидизации населения (в т.ч. — в связи с заболеваниями системы кровообращения).

Болезни системы кровообращения (БСК) занимают ведущее место в структуре причин заболеваемости, инвалидности и смертности населения Российской Федерации и представляют одну из наиболее актуальных проблем современной медицины.

Негативное влияние на уровень заболеваемости сердечно-сосудистыми болезнями и показатели смертности в РФ оказывают социально-экономические условия и образ жизни населения, недостаточно эффективная программа первичной профилактики заболеваний системы кровообращения, а также целевых инвестиций, направленных на совершенствование системы медицинской профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с данной патологией.

Актуальность проблем медико-социальной реабилитации пациентов с БСК обусловлена тем, что сердечно-сосудистые заболевания приводят к значительному экономическому ущербу для общества, так как ими болевают преимущественно лица трудоспособного возраста и следствием этого может быть возникновение различной степени инвалидизации.

В современных условиях большое значение придается мероприятиям, способствующим интеграции инвалидов в общество на основе функционирования государственных систем медико-социальной экспертизы и реабилитации, их тесного взаимодействия с различными медицинскими организациями.

Целью настоящего исследования явилось выявления особенностей динамики показателей первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения у населения Тульской области и оценка состояния службы медико-социальной экспертизы.

Материалы и методы

При проведении исследования были применены аналитический и статистический методы.

В качестве источника информации использовалась база данных численности населения Территориального органа государственной статистики по Тульской области, база данных Главного бюро медико-социальной экспертизы Тульской области за 2014 год.

Описательная статистика в статье представлена в виде абсолютных величин и относительных интенсивных и экстенсивных коэффициентов.

Результаты и обсуждение

При изучении динамики показателей первичной инвалидности вследствие сердечно-сосудистых заболеваний у населения Тульской области были выявлены основные факторы, влияющие на данные показатели, проанализированы социально-гигиенические особенности контингента инвалидов вследствие болезней системы кровообращения, проживающих в Тульской области, а также деятельность медико-социальной экспертизы и подразделений, осуществляющих реабилитацию пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в данном регионе.

На территории Тульской области расположены 21 город и 50 поселков городского типа. По данным официальной статистики, численность населения Тульской области на 1 января 2014 года составила 1 521 497 человек. В г. Тула на 1 января 2014 г. проживало 490 508 человек. В структуре населения доля городского населения составила — 78,7%, сельского — 21,3% (рис. 1).

Рис. 1. Распределение населения Тульской области в зависимости от места проживания (по данным 2014г.) (в % к итогу).

Полученные данные свидетельствуют о значительном преобладании городских жителей, среди которых основной удельный вес приходится на лица старше трудоспособного возраста.

Доля населения трудоспособного возраста, проживающего в Тульской области, за изучаемый год составила 57,5%, не достигшие трудоспособного возраста составили 15,1%, а доля лиц пенсионного возраста составила 27,4% (рис.2).

Рис. 2. Распределение населения Тульской области по возрастным группам (в % к итогу) (по данным 2014 г.).

Учитывая преобладание доли лиц в возрасте старше 60 лет по сравнению с детьми и подростками в возрасте 0-17 лет, можно сделать вывод о регрессивном типе

возрастной структуры населения Тульской области. При этом необходимо учитывать, что пациенты пожилого и старческого возраста, имеющие различные хронические заболевания, нуждаются в комплексной медико-социальной помощи, проведении длительной реабилитации, санаторно-курортного лечения и др. В связи с этим проблемы инвалидов, лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями должны занимать приоритетное место среди важнейших социально-экономических проблем, имеющих общегосударственное значение, в данной области.

Анализ структуры причин первичной инвалидности взрослого населения Тульской области в 2014 г. продемонстрировал, что первое ранговое место занимают болезни системы кровообращения (33,3%), на втором месте находятся злокачественные новообразования (22,4%), на третьем месте — болезни костно-мышечной системы (12,7%) (рис.3).

Таким образом, в структуре причин первичной инвалидности взрослого населения в Тульской области, также как и в Российской Федерации, ведущее место занимают болезни системы кровообращения (в 2014 г. — 33,3% при частоте 24,1 сл. на 10 тыс. населения). Данный класс болезней формируется в основном за счет ишемической болезни сердца (ИБС) и сосудистых заболеваний головного мозга (ЦВБ) (удельный вес которых среди всех болезней системы кровообращения составляет 30,61%).

Инвалидность населения в трудоспособном возрасте наносит обществу значительный социально-экономический ущерб, так как именно в этом возрастном интервале жизни сосредоточен весь «трудовой ресурс», а также «ресурс», обеспечивающий воспроизводство населения. В Тульской области на протяжении последних четырех лет идет процесс сокращения численности населения в трудоспособном возрасте. В связи с этим сохранение и укрепление здоровья, профилактика инвалидности населения трудоспособного возраста, которое обеспечивает социально-экономическое развитие страны, является одним из приоритетных направлений социальной политики в регионе.

Анализ структуры причин первичной инвалидности населения трудоспособного возраста показал, что в 2014 г. наибольший удельный вес приходился на болезни системы кровообращения (29,4%), злокачественные новообразования (17,2%), болезни костно-мышечной системы (14,5%) и последствия травм и отравлений (9,0%) (рис. 4).

Инвалиды вследствие болезней системы кровообращения нуждаются в проведении комплексных реабилитационных мероприятий для устранения или уменьшения выраженности имеющихся у них функциональных нарушений с целью восстановления утраченного социального и профессионального статуса. Однако достичь значительных положительных результатов от реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями бывает весьма сложно. Это связано с прогрессивным течением заболевания, генерализованным поражением

сосудистого русла, возрастом пациентов, наличием сопутствующей патологии и другими факторами. Достичь максимальных результатов от проводимых реабилитационных мероприятий инвалидам вследствие болезней системы кровообращения можно только при длительном адекватном системном лечении, при этом мероприятия должны быть подобраны индивидуально, сочетаться с индивидуальной социально-психологической реабилитацией, рациональным трудоустройством.

Эффективность реабилитационных мер можно оценивать по различным показателям: степени компенсации или восстановления нарушенных функций систем кровообращения, по достижению адаптации на рабочем месте, восстановлению социальной-средового статуса, изменению качества жизни и др. Однако при любом способе оценки эффективность от проводимой медико-социальной реабилитации будет ниже, если реабилитационные меры подбираются без учета особенностей реабилитируемого. Необходимо учитывать, что даже внутри достаточно однородной группы пациентов с болезнями системы кровообращения перечень используемых реабилитационных мер бывает различным и определяется индивидуальной программой реабилитации (ИПР) инвалида, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ №379н от 04.08.2008 г.[1].

Индивидуальная программа реабилитации инвалида содержит разделы медицинской, профессиональной, социальной и психологической реабилитации.

Медицинская реабилитация направлена на восстановление нарушенных функций организма с помощью проведения лечебных и коррекционных мероприятий, приспособляющих инвалида к жизни и общественно полезной деятельности.

Рис. 3. Структура причин первичной инвалидности взрослого населения в Тульской области в 2014 г. (в % к итогу).

Рис. 4. Структура причин первичной инвалидности населения трудоспособного возраста в Тульской области в 2014 г. (в % к итогу).

Социальная реабилитация – восстановление способности инвалида к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности. Данный вид реабилитации включает социально-средовую ориентацию и социально-бытовую адаптацию. Социально-средовая ориентация представляет собой индивидуальный подбор доступных для инвалидов видов общественной и семейно-бытовой деятельности. Социально-бытовая адаптация определяет оптимальные режимы общественной и семейно-бытовой деятельности в конкретных социально-средовых условиях и приспособление к ним инвалидов.

Психологическая реабилитация направлена на выработку активной жизненной позиции и положительной трудовой установки у инвалида, в основном средствами психотерапии.

Профессиональная реабилитация представляет собой комплекс мероприятий профессиональной ориентации, профессиональной подготовки и переподготовки, подбор подходящей профессии, обеспечение условий труда, отвечающих состоянию здоровья, приспособление рабочего места к особенностям инвалида.

Следует отметить, что реализация Федеральной целевой программы «Социальная поддержка инвалидов на 2006-2010 гг.», которая ставила своей основной задачей расширение социальной интеграции людей с ограниченными возможностями, требовала внедрения новых инновационных механизмов, обеспечивающих доступность для инвалидов различных услуг и среды жизнедеятельности в современном российском обществе (организацию безбарьерной среды и др.), вызвала существенные затруднения при реализации на практике [2].

Имеющиеся проблемы в организации реабилитации больных и инвалидов в нашей стране нашли своё отражение в проекте «Концепции развития системы здравоохранения в РФ до 2020 года», в которой отмечено, что в настоящее время в Российской Федерации отсутствует стройная система восстановительного лечения и реабилитации инвалидов, в том числе и необходимая нормативно-правовая база.

Необходимо отметить, что оценка результатов проведенных реабилитационных мероприятий для инвалидов, страдающих различными заболеваниями системы кровообращения, представляет значительные затруднения и может включать различные аспекты.

Так, например, можно оценивать результаты реализации индивидуальных реабилитационных программ инвалидов с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями следующим образом:

- полная интеграция инвалида в общество;
- частичная интеграция;
- отсутствие или низкий результат интеграции инвалида.

Однако, необходимо отметить, что достигнутый уровень интеграции инвалида в общество не всегда адекватно отражает эффективность проведенных реабилитационных мероприятий по реализации реабилитационных возможностей конкретного инвалида с БСК. При этом возможна высокая эффективность отдельных реабилитационных

мероприятий в рамках реализации исходно низких реабилитационных возможностей, что не приводит к значительному повышению уровня интеграции инвалида в общество. Эффективность реабилитационных мероприятий оценивается также в зависимости от степени реализации реабилитационного прогноза для каждого инвалида с БСК [3].

Таким образом, в зависимости от уровня эффективности реабилитационных мероприятий по реализации реабилитационных возможностей инвалида с БСК необходимо выделить:

- *высокую степень эффективности* реабилитационных мероприятий, предусматривающую полную или почти полную реализацию реабилитационных возможностей и соответствующую реабилитационному прогнозу;
- *умеренную степень эффективности* реабилитационных мероприятий, предусматривающую частичную реализацию реабилитационных возможностей;
- *низкую эффективность* реабилитационных мероприятий, отражающую отсутствие или незначительную реализацию реабилитационных возможностей инвалида.

Заключительным этапом реабилитации является переосвидетельствование инвалида с заболеванием сердечно-сосудистой системы в Бюро медико-социальной экспертизы по Тульской области в соответствии со сроком переосвидетельствования. В случае продления группы инвалидности индивидуальная программа реабилитации и реабилитационный маршрут для каждого больного разрабатываются вновь.

В случае снятия группы инвалидности индивидуальная программа реабилитации передается кардиологу в медицинскую организацию по месту жительства или наблюдения больного. Данная программа является основой для разработки лечебно-профилактических мероприятий для больного, состоящего на диспансерном наблюдении по поводу заболевания сердечно-сосудистой системы.

В реабилитационном заключении могут быть отражены конкретные затраты и экономическая эффективность реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида.

Нарушения различных видов жизнедеятельности, их сочетания, реабилитационные возможности у инвалидов вследствие заболеваний системы кровообращения разнообразны и обусловлены в ряде случаев особенностями патологии. При этом наряду с общими принципами медико-социальной реабилитации, имеются определенные различия в подборе, проведении реабилитационных мероприятий и контроле за их эффективностью при различных заболеваниях системы кровообращения.

Заключение

В связи с этим следует отметить, что проблема медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие болезней системы кровообращения требует комплексного дифференцированного подхода с учетом различных нозологических форм сердечно-сосудистых заболеваний, а также с учетом возраста больных. Для интеграции инвалидов с БСК в общество необходима поэтапная многокомпонентная

реабилитация — вначале медицинская, социальная и психологическая реабилитация, а завершающей должна быть профессиональная реабилитация, особенно для инвалидов молодого и среднего возраста с различными заболеваниями системы кровообращения.

Литература

1. Гусева Н.К., Соколов В.А., Дюютова М.В. Современное состояние организации реабилитации больных и инвалидов в Российской Федерации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2010. — № 1 — С. 9-12.

2. Трифонова Н.Ю., Касапов К.И., Ененкова Е.А. Анализ качества оказания медико-социальной и реабилитационной помощи в ЛПУ на современном этапе // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. — 2012. — № 4 — С. 9-12.

3. Черкасова О.А. Организация ранней реабилитации больных трудоспособного возраста, перенесших церебральный инсульт, в Тюменской области // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. — 2012. — № 4 — С. 17-19.

References

1. Guseva N.K., Sokolov V.A., Doyutova M.V. The current state of the organization of rehabilitation of sick and disabled people in the Russian Federation // Medical-Social Examination and Rehabilitation. — 2010. — № 1 — P. 9-12.

2. Trifonova N.Yu., Kasapov K.I., Enenkova E.A. Analysis of the quality of medical and social care and rehabilitation in hospitals at the present stage // Bulletin of the All-Russian Society of Medical and Social Examination, Rehabilitation and Rehabilitation Industry. — 2012. — № 4. — P. 9-12.

3. Cherkasova O.A. Organization of early rehabilitation of patients in working age who underwent cerebral stroke, in the Tyumen region // Bulletin of All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Examination, Rehabilitation and Rehabilitation Industry. — 2012. — № 4. — P. 17-19.

Сведения об авторах

Эккерт Наталья Владимировна — доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения, ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова МЗ РФ.

Адрес: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; тел. 8(499) 2483033; e-mail: natekk@mail.ru.

Михайловский Виктор Викторович — ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова МЗ РФ.

Адрес: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; тел. 8(916) 6281282; e-mail: buzzdoc@yandex.ru.

Authors

Ekkert Natalia Vladimirovna — Dr.Med.Sc., Professor of the Department of Public Health and Health Care Organization GBOU VPO First Moscow State Medical University. I. M. Sechenov.

Address: 8, 2, Trubetskaya Str., Moscow, RF, 119991; Phone: 8(499) 2483033; e-mail: natekk@mail.ru.

Mikhaylovski Viktor Viktorovich — Assistant of the Department of Public Health and Health Care Organization GBOU VPO First Moscow State Medical University. I. M. Sechenov.

Address: 8, 2, Trubetskaya Str., Moscow, RF; Phone: 8(916) 6281282; e-mail: buzzdoc@yandex.ru.

© ОПЕЙКИНА Н. Н., СКУДАРНОВ С. Е., КУРТАСОВА Л. М., ШУЛЬМИН А. В., ВАСИЛЬЕВА А. А.

УДК 616.831-002-022.913 (571.16)

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КЛЕЩЕВЫМ ВИРУСНЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ ЖИТЕЛЕЙ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Н. Н. Опейкина¹, С. Е. Скударнов¹, Л. М. Куртасова^{1,2}, А. В. Шульмин², А.А. Васильева²

¹КГБУЗ Красноярский краевой центр профилактики и борьбы со СПИД, гл. врач — д. м. н. С. Е. Скударнов;

²ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра клинической иммунологии, зав. — д. м. н., проф. Н. И. Камзалакова; кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной работы, зав. — д. м. н., доцент А. В. Шульмин; кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО, зав. — д.м.н., доцент М.Ю. Галактионова.

Цель исследования. Провести ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости клещевым вирусным энцефалитом (КВЭ) в Красноярском крае.

Материалы и методы. Анализ заболеваемости КВЭ был основан на изучении 6326 случаев заболеваний (генеральная совокупность).

Результаты. Выявлено, что за период 2003-2012 гг. показатели заболеваемости КВЭ на 100 тыс. населения в Красноярском крае колебались от $16,34 \pm 0,75$ (2010 г.) до $33,67 \pm 1,08$ (2004 г.) при среднемноголетнем $23,1 \pm 0,92$. Динамика заболеваемости КВЭ взрослых и детей в Красноярском крае имеет умеренную тенденцию к снижению ($T_{сн.} = -3,35\%$, $p < 0,001$). Установлено, что активизация эпидемиологического процесса начинается в мае, достигая максимума в июле, заканчивается в сентябре и длится в целом 5 месяцев.

Заключение. Эпидемиологический процесс КВЭ в Красноярском крае характеризуется высоким уровнем заболеваемости, внутригодовой цикличностью с весенне-летним периодом наиболее высокого риска заболевания, преимущественным поражением взрослых и детей в возрасте 7-14 лет.

Ключевые слова: клещевой вирусный энцефалит, Красноярский край, заболеваемость.