

Потребность взрослого населения России в медицинской реабилитации в амбулаторных условиях

¹ФГБУ Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии Минздрава России, 121069, Москва;

²ФГБУ Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, 127254, Москва

Результаты анализа статистических данных и литературы свидетельствуют о том, что в РФ помощь по восстановительному лечению и медицинской реабилитации (МР) практически отсутствует.

Цель данного исследования — определить потребность взрослого населения России в МР в амбулаторных условиях. В качестве баз исследования выбраны три типичных муниципальных образования с численностью населения около 20 000, 50 000 и 170 000. Научные сотрудники, врачи-эксперты разработали показания для последующей МР в стационарных и амбулаторных условиях после лечения острых состояний, обострения хронических заболеваний, последствий травм и операций, с учетом которых при анализе медицинской документации компетентные эксперты сделали вывод о необходимости и длительности дальнейшей МР. Для определения потребности населения РФ в МР по возрастным показателям, полученные на массиве данных, которые отображены из трех территорий, стандартизированы на население и заболеваемость в РФ в 2010 г.

Расчетное количество обращений взрослого населения РФ для проведения МР в целом составляет 695,8 на 1000 взрослого населения. В статье представлено количество обращений и дней лечения для проведения МР по всем основным классам и некоторым нозологическим формам болезней. Основные классы болезней, при которых требуется МР в амбулаторных условиях (на 1000 населения), таковы: заболевания системы кровообращения (236,2), костно-мышечной системы и соединительной ткани (129,2), органов дыхания (65,5), мочеполовой системы (61,2), эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (55,5), заболевания органов пищеварения (44,6), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (36,4), нервной системы (25,4).

С учетом предлагаемого рассчитанного количества обращений, а также числа дней лечения для проведения МР в амбулаторных условиях органы исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения любой территории могут рассчитать потребность своего региона в восстановительном лечении.

Ключевые слова: медицинская реабилитация; потребность в медицинской реабилитации; реабилитация взрослого населения; количество обращений за медицинской реабилитацией.

THE NEED OF ADULT POPULATION OF RUSSIA IN MEDICAL REHABILITATION IN OUT-PATIENT CONDITIONS

N.S. Prilipko, M.N. Bant'yeva

The Russian Research Center of Medical Rehabilitation and Balneology of the Minzdrav of Russia, Moscow, Russia; The Central Research Institute for Health Organization and Informatics of Minzdrav of Russia, Moscow, Russia

The analysis of statistical data and scientific literature testify that in the Russian Federation care of rehabilitation treatment and medical rehabilitation is factually lacking. The article deals with the determination of need of adult population in out-patient conditions. Three typical municipalities with number of population about 20 000, 50 000 and 170 000 were defined as research bases. The indications were developed by researchers and physicians-experts for further medical rehabilitation in hospital and out-patient conditions after treatment of acute conditions, exacerbation of chronic diseases, aftermath of traumas and surgery. These indicators were subjects of analysis of medical documentation. The qualified experts made conclusions about need and duration of on-going medical rehabilitation. To determine the need of population of the Russian Federation in medical rehabilitation the age specific rates derived from data array taken from three territories were standardized on population and morbidity in the Russian Federation in 2010.

The calculated quantity of visits of adult population of the Russian Federation for medical rehabilitation procedures in total comprises 695.8 per 1000 of population. The article presents quantity of visits and days of treatment for application of medical rehabilitation according all main classes and particular nosology forms of diseases. The main classes of diseases demanding medical rehabilitation in out-patient conditions (per 1000 of population) are diseases of blood circulation system (236.2), musculoskeletal system and connective tissue (129.2), respiratory organs (65.5), urino-genital system (61.2), endocrine system, nutrition disorders and metabolism disorders (55.5), digestive system (44.6), traumas, intoxications and particular other aftermath of effect of external causes (36.4) and nervous system (25.4). The authorities of subjects of the Russian Federation, subject to proposed calculated quantity of visits and also number of days of treatment for medical rehabilitation in out-patient conditions, can calculate the need of the particular region in rehabilitation treatment for any territory.

Key words: medical rehabilitation; need in medical rehabilitation; rehabilitation of adult population; number of visits for medical rehabilitation.

Введение

Содержание медицинской реабилитации (МР) можно охарактеризовать как комплекс медицинских, психотерапевтических, педагогических, профессиональных мероприятий, направленных на преодоление последствий заболеваний, улучшение эмоционального состояния, способствование социальной адаптации, тренировку коммуникативных и практически-бытовых навыков [1].

Сегодня состояние российской системы здравоохранения в целом можно охарактеризовать как кризисное [2, 3]. Отсутствие системного подхода в организации оказания реабилитационной помощи населению РФ, дефицит коечного фонда для оказания помощи по МР и взрослых, и детей как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов РФ, крайний дефицит амбулаторной формы оказания реабилитационной помощи, отсутствие патронажной формы оказания реабилитационной помощи не позволяют в полной мере обеспечить потребность в данных медицинских услугах [4].

Основная задача здравоохранения в соответствии с Конституцией РФ состоит в том, чтобы обеспечить права граждан на получение квалифицированной и доступной медицинской помощи. В РФ в 2010 г. количество посещений врачей в поликлиниках при больницах восстановительного лечения составило 435,6, уровень госпитализации на койки восстановительного лечения — 10, а обеспеченность койками восстановительного лечения — 0,65 на 10 000 населения. Полученные результаты свидетельствуют о том, что помощь по восстановительному лечению и МР в России практически отсутствует, следовательно, данный вид медицинской помощи вопреки основам концепции развития здравоохранения недоступен подавляющему большинству нуждающихся в ней пациентов.

Современная ситуация в отношении МР в России характеризуется следующими проблемами: ростом уровня заболеваемости и инвалидности из-за отсутствия системного подхода в организации оказания реабилитационной помощи населению, дефицита профильного коечного фонда на федеральном и региональном уровнях, недостатками в системе амбулаторной формы оказания реабилитационной помощи; отсутствием нормативов для МР в амбулаторных и стационарных условиях, неопределенностью места врача по МР в системе оказания медицинской помощи, отсутствием норм его нагрузки.

Одним из важнейших и сравнительно малоизученных вопросов организации здравоохранения является вопрос об определении нормативов потребности населения в МР в амбулаторных и стационарных условиях. Изучению потребности в восстановительном лечении посвящены работы многих авторов [5—9]. Однако имеющиеся данные трудно сопоставлять в связи с различиями в толковании понятий и терминов, используемых по данной проблеме, недостаточно четким представлением о том, какие контингенты больных и инвалидов в первую очередь нуждаются в МР.

При определении численности больных, нуждающихся во всех видах МР в условиях стационара, ВОЗ предлагает исходить из показателя 20—25% общего числа больных, а в условиях поликлиники — из удвоенного показателя [10].

Большое значение для развития и планирования восстановительного лечения и долечивания имеет четкое представление о потребности населения в этих видах медицинской помощи [11]. Больные, обратившиеся в стационарные или амбулаторно-поликлинические учрежде-

ния за медицинской помощью и получившие лечение в острой стадии заболевания, должны быть сразу направлены на амбулаторную или стационарную, так называемую раннюю МР, речь о которой пойдет в данной статье.

Цель — определить потребность взрослого населения России в МР в амбулаторных условиях.

Использовали следующие методы исследования: статистический, социально-гигиенический, эпидемиологический, аналитически-расчетный, сравнительного анализа, метод эталона, компонентов, экстраполяции, экспертной оценки.

Материалы и методы

В качестве баз исследования выбрали три типичных муниципальных образования Московской области (МО) с численностью населения около 20 000, 50 000 и 170 000. Организация медицинской помощи в этих населенных пунктах характеризуется хорошей обеспеченностью врачебными кадрами, полной доступностью амбулаторной и стационарной медицинской помощи населению.

Исходным материалом для разработки стала первичная медицинская документация: учетная форма № 025/у-12/у «Талон амбулаторного пациента», а также форма № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного», отобранные за четыре одинаковых временных периода каждого сезона года, что позволило обеспечить репрезентативность полученной выборки генеральной совокупности. В разработке также использовали данные отчетных форм федерального статистического наблюдения баз исследования (№ 30, 12, 14), а также анализ данных Территориального фонда обязательного медицинского страхования МО об объемах медицинской помощи, предоставленных населению базовых территорий.

В ФГБУ Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии Минздрава РФ (ФГБУ РНЦМРиК Минздрава РФ) научные сотрудники, врачи-эксперты разработали показания для МР в стационарных и амбулаторных условиях непосредственно после лечения острых состояний, обострения хронических заболеваний, последствий травм и операций. В основу разработок положен многолетний опыт работы в сфере МР больных по многим профилям медицинской помощи. Показания разработаны с учетом стадии заболевания и тяжести состояния больного, также определены условия (стационарные или амбулаторные) и длительность проведения МР. С учетом данных показаний при анализе медицинской документации компетентные эксперты сделали вывод о необходимости и длительности дальнейшей МР больных, пролеченных в стационарных и амбулаторных условиях.

Для определения потребности населения РФ в МР по возрастным показателям, полученные на массиве данных, которые отобраны из трех территорий, стандартизировали на население и заболеваемость в РФ в 2010 г.

Результаты и обсуждение

Расчетное число обращений, их структура, а также число дней лечения для проведения МР в амбулаторных условиях больных с острыми заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, последствиями травм и операций представлены в таблице.

Расчетное количество обращений взрослого населения РФ для проведения МР в целом составляет 695,8 на 1000 взрослого населения (далее на 1000 населения).

Из проанализированных классов болезней первое место по количеству обращений для проведения МР в амбулаторных условиях занимают заболевания системы кровообращения — 236,2 (33,9%) на 1000 населения. Из них наибольшее количество обращений для проведения МР отмечается при болезнях, характеризующихся повышенным кровяным давлением, — 101,3 (14,6%) на 1000 населения. Далее идут цереброваскулярные болезни — 52,7 (7,6%) на 1000 населения, из которых 28,5 (4,1%) приходится на церебральный атеросклероз, 14,8 (2,1%) — на гипертензивную энцефалопатию; ишемическая болезнь сердца — 62 (8,9%) на 1000 населения,

Расчетная потребность взрослого населения РФ в МР в амбулаторных условиях

Наименование классов, отдельных болезней	Расчетное количество обращений для проведения МР (на 1000 населения в год)	Структура обращений для проведения МР (в %)	Число дней лечения для проведения МР (на 1 случай заболевания)	Расчетное число дней лечения для проведения МР (на 1000 населения в год)
БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ	55,5	8,0	14,0	777,4
В том числе:				
болезни щитовидной железы	16,1	2,3	14,0	225,7
сахарный диабет	27,7	4	14,0	387,9
дисфункция яичников	1,3	0,2	14,0	18,3
ожирение и другие виды избыточного питания	10,4	1,5	14,0	145,5
БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	25,4	3,7	14,0	354,9
В том числе:				
эпизодические и пароксизмальные расстройства	1,0	0,1	14,0	14,0
в том числе:				
преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы	0,9	0,1	14,0	12,6
поражение отдельных нервов, нервных корешков и сплетений	5,1	0,7	14,0	70,8
полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы	1,3	0,2	13,4	17,7
другие нарушения нервной системы	17,4	2,5	14,0	243,2
в том числе:				
расстройства вегетативной нервной системы	17,1	2,5	14,0	238,7
БОЛЕЗНИ ГЛАЗА И ЕГО ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА	19,5	2,8	13,7	269,2
В том числе:				
болезни конъюнктивы	6,2	0,9	14,0	87,4
болезни сосудистой оболочки и сетчатки	4,7	0,7	14,0	65,3
глаукома	5,8	0,8	13,3	77,3
болезни зрительного нерва	2,8	0,4	14,0	39,2
БОЛЕЗНИ УША И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА	22,1	3,2	14,0	309,7
В том числе:				
болезни среднего уха и сосцевидного отростка	12,1	1,7	14,0	169,2
в том числе:				
острые и хронические средние отиты	7,8	1,1	14,0	109,1
болезни слуховой трубы	2,5	0,4	14,0	35,0
другие болезни уха	6,9	1,0	14,0	96,2
в том числе:				
кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха	6,9	1,0	14,0	96,2
БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ	236,2	33,9	14,1	3344,9
В том числе:				
болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	101,3	14,6	14,0	1418,2
ишемическая болезнь сердца	62,0	8,9	14,0	868,3
в том числе:				
стенокардия	26,8	3,9	14,0	375,2
хроническая ишемическая болезнь сердца	32,5	4,7	14,0	454,9
цереброваскулярные болезни	52,7	7,6	14,7	776,5
в том числе:				
инсульты	0,8	0,1	18,0	13,5
гипертензивная энцефалопатия	14,8	2,1	14,0	207,2
последствия инфаркта мозга	5,8	0,8	16,0	92,8
церебральный атеросклероз	28,5	4,1	14,0	398,5
болезни артерий, артериол и капилляров	5,6	0,8	14,0	78,4
болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов	11,5	1,7	14,0	161,0
в том числе:				
варикозное расширение вен нижних конечностей	10,3	1,5	14,0	144,2
БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ	65,5	9,4	14,0	917,3

В том числе:				
пневмония	4,1	0,6	14,0	57,4
другие острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей	15,1	2,2	14,0	211,8
другие болезни верхних дыхательных путей	17,2	2,5	14,0	240,7
хронические болезни нижних дыхательных путей	29,1	4,2	14,0	407,5
в том числе:				
хронический и неуточненный бронхит, эмфизема	13,4	1,9	14,0	187,8
другая хроническая обструктивная легочная, бронхоэктатическая болезнь	6,8	1,0	14,0	95,2
астма, астматический статус	8,6	1,2	14,0	120,4
БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ	44,6	6,4	14,0	622,8
В том числе:				
болезни пищевода, желудка двенадцатиперстной кишки	27,7	4,0	14,0	388,3
в том числе:				
язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	6,2	0,9	14,0	86,6
гастрит и гастродуоденит	21,2	3,1	14,0	297,5
неинфекционный энтерит и колит	2,2	0,3	14,0	31,3
болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей	5,2	0,7	13,6	70,5
болезни поджелудочной железы	8,5	1,2	14,0	119,2
БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	129,2	18,6	14,0	1809,5
В том числе:				
артропатии	40,7	5,8	14,0	569,2
в том числе:				
воспалительные артропатии	8,7	1,2	14,0	121,4
в том числе:				
ревматоидный артрит	1,9	0,3	14,0	26,5
другие артриты	6,7	1,0	14,0	93,8
артрозы	31,9	4,6	14,0	446,6
дорсопатии	75,3	10,8	14,0	1054,1
в том числе:				
деформирующие дорсопатии	46,9	6,7	14,0	657,0
болезни мягких тканей	11,6	1,7	14,0	162,1
БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ	61,2	8,8	14,0	857,8
В том числе:				
тубулоинтерстициальные болезни почек	10,3	1,5	14,0	143,5
мочекаменная болезнь	6,5	0,9	14,0	90,4
другие болезни мочевыделительной системы	8,8	1,3	14,0	124,6
болезни мужских половых органов	13,5	1,9	14,0	188,8
в том числе:				
болезни предстательной железы	10,7	1,5	14,0	149,8
воспалительные болезни женских тазовых органов	10,2	1,5	14,0	143,2
в том числе:				
сальпингит и оофорит	6,8	1,0	14,0	95,2
невоспалительные болезни женских половых органов	11,9	1,7	14,0	166,4
в том числе:				
эндометриоз	2,2	0,3	14,0	30,8
выпадение женских половых органов	3,3	0,5	13,9	45,9
нарушения менструальной функции	5,0	0,7	14,0	69,7
ТРАВМЫ, ОТРАВЛЕНИЯ И НЕКОТОРЫЕ ДРУГИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ ПРИЧИН	36,4	5,2	16,1	585,4
В том числе:				
внутричерепная травма	0,7	0,1	16,4	12,2
переломы	18,2	2,6	18,0	327,0
вывихи, растяжения и перерастяжения капсульно-связочного аппарата суставов, травмы мышц и сухожилий	12,4	1,8	14,0	174,2
В с е г о ...	695,8	100,0	14,1	9848,9

из нее 32,5 (4,7%) — это хроническая ишемическая болезнь сердца и 26,8 (3,9%) — стенокардия.

Второе место по количеству обращений для проведения МР приходится на болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани — 129,2 (18,6%) на 1000 населения. Из них наибольшее расчетное количество обращений для проведения МР отмечено при дорсопатиях — 75,3 (10,8%) на 1000 населения, из них 46,9 (6,7%) приходится на деформирующие дорсопатии; а также при артропатиях — 40,7 (5,8%) на 1000 населения, из которых 31,9 (4,6%) приходится на артрозы.

На третьем месте по количеству обращений для проведения МР болезни органов дыхания — 65,5 (9,4%) на 1000 населения. Среди них чаще МР требуется при других болезнях верхних дыхательных путей — 17,2 (2,5%) на 1000 населения, и хронических болезнях нижних дыхательных путей — 29,1 (4,2%) на 1000 населения, из которых 13,4 (1,9%) составляют хронические и неуточненные бронхиты, эмфизема.

При болезнях мочеполовой системы расчетное количество обращений для проведения МР составляет 61,2 (8,8%) на 1000 населения, где преобладают обращения по поводу болезней мужских половых органов — 13,5 (1,9%) на 1000 населения, из которых 10,7 (1,5%) составляют болезни предстательной железы; и по поводу невоспалительных болезней женских половых органов — 11,9 (1,7%) на 1000 населения, из них 5 (0,7%) приходится на нарушения менструальной функции. Расчетное количество обращений для МР при тубулоинтерстициальных болезнях почек составляет 10,3 (1,5%) на 1000 населения.

Расчетное количество обращений при болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ для проведения МР в амбулаторных условиях составляет 55,5 (8%) на 1000 населения, из которых преобладают обращения при сахарном диабете — 27,7 (4%).

При болезнях органов пищеварения расчетное количество обращений для проведения МР составляет 44,6 (6,4%) на 1000 населения, из них 8,5 (1,2%) — по поводу болезней поджелудочной железы, наибольшая доля — по поводу болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки — 27,7 (4%) на 1000 населения, из которых 21,2 (3,1%) — по поводу гастритов и дуоденитов.

Расчетное количество обращений для проведения МР по поводу травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин составляет 36,4 (5,2%) обращений на 1000 населения, из них самая высокая обращаемость при переломах — 18,2 (2,6%), из которых половина — это переломы верхней конечности.

Расчетное количество обращений для проведения МР при болезнях нервной системы составляет 25,4 (3,7%) на 1000 населения. Среди них преобладают другие нарушения нервной системы — 17,4 (2,5%) на 1000 населения, из которых 17,1 (2,5%) приходится на расстройства вегетативной нервной системы. Обращения по поводу поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений составляют 5,1 (0,7%) на 1000 населения.

При болезнях уха и сосцевидного отростка расчетное количество обращений для проведения МР составило 22,1 (3,2%) на 1000 населения, из них ведущее место занимают обращения при болезнях среднего уха и сосцевидного отростка — 12,1 (1,7%) на 1000 населения, из которых 7,8 (1,1%) приходится на острые и хронические отиты, а 6,9 (1%) — на другие болезни уха, из которых почти 100% — на кондуктивную и нейросенсорную потерю слуха.

Расчетное количество обращений по поводу болезни глаза и его придаточного аппарата для проведения МР составляет 19,5 (2,8%) на 1000 населения, из которых 6,2 (0,9%) приходится на болезни конъюнктивы, 5,8 (0,8%) — на глаукому.

Итак, наибольшее расчетное количество обращений взрослого населения для проведения МР в амбулаторных условиях на 1000 населения по отдельным заболеваниям приходится на болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (101,3), дорсопатии (75,3), ишемическую болезнь сердца (62), цереброваскулярные болезни (52,7), артропатии (40,7), хронические болезни нижних дыхательных путей (29,1), болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (27,7), сахарный диабет (27,7) и переломы (18,2).

Число дней лечения для проведения МР на 1 случай заболевания, которое рассчитано на основании рекомендаций экспертов с учетом показаний к проведению и длительности МР, разработанных в ФГБУ РНЦМРиК Минздрава РФ, составило в среднем 14 дней (от 13,3 дня при глаукоме до 18 дней при переломах) (см. таблицу, графа 4).

Исходя из расчетных данных о количестве обращений и числе дней лечения для проведения МР на 1 случай заболевания с учетом специальной методики расчета, учитывающей возрастную состав населения, определено число дней лечения для проведения МР в амбулаторных условиях на 1000 взрослого населения (см. таблицу, графа 5). Из проанализированных классов болезней первое место по числу дней лечения для проведения МР на 1000 населения занимают заболевания системы кровообращения (3344,9), второе место — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (1809,5), третье — болезни органов дыхания (917,3), далее идут болезни мочеполовой системы (857,8), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (777,4), болезни органов пищеварения (622,8), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (585,4), болезни нервной системы (354,9), болезни уха и сосцевидного отростка (309,7), болезни глаза и его придаточного аппарата (269,2).

Выводы

В условиях острого дефицита финансовых средств в здравоохранении перспективным направлением развития отрасли является повышение экономической эффективности деятельности медицинских организаций на основе внедрения современных медицинских технологий, в том числе МР, позволяющей сократить период дорогостоящего интенсивного лечения, увеличить шансы пациента на полное выздоровление, снизить период его временной нетрудоспособности, а также и показатели инвалидности в стране в целом.

По нашим данным, основные классы болезней, при которых требуется МР в амбулаторных условиях (на 1000 населения), таковы: заболевания системы кровообращения (236,2), костно-мышечной системы и соединительной ткани (129,2), органов дыхания (65,5), мочеполовой системы (61,2), эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (55,5), заболевания органов пищеварения (44,6), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (36,4), заболевания нервной системы (25,4), уха и сосцевидного отростка (22,1), глаза и его придаточного аппарата (19,5).

С учетом предлагаемого рассчитанного количества обращений, а также числа дней лечения для проведения МР в амбулаторных условиях больных с острыми заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, последствиями травм и операций руководство органами здравоохранения любой территории сможет рассчитать потребность своего региона в восстановительном лечении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Женева: ВОЗ; 2001.
2. Величковский Б.Т. Реформы и здоровье населения. Экономика здравоохранения. 2001; 4: 28—31.
3. Вишневецкий А.Г. Россия: демографические итоги двух десятилетий. Мир России: Социология, этнология. 2012; 3: 3—40.
4. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденная распоряжением Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р.
5. Белова А.Н., Радау Ю.В. Потребность в амбулаторной реабилитации больных неврологического профиля. Здравоохранение Российской Федерации. 1993; 11: 15—7.
6. Вальчук Э.А. Научное обоснование и разработка системы медицинской реабилитации (на примере сельских районов Республики Беларусь): Автореф. дис. д-ра мед. наук. М.; 1993.
7. Миняев В.А., Поляков И.В., Афонина Е.В. Организация внебольничного восстановительного лечения в условиях крупного города. Советское здравоохранение. 1984; 5: 15—9.
8. Новиков А.В. и др. Показатели потребности и медико-социальной значимости реабилитации больных ортопедо-травматологического профиля. Травматология и ортопедия России. 1998; 3: 77—80.
9. Трубилин Н.Т. Профилактика инвалидности и медицинская реабилитация больных — важнейшая задача органов здравоохранения. Советская медицина. 1980; 4: 10—5.

10. Ренкер К. Современная реабилитация детей и взрослых. Здравоохранение (Бухарест). 1979; 1: 47—56.
11. Буренков С.П. Проблемы экономики в здравоохранении в свете решений XXV съезда КПСС. В кн.: Вопросы экономики и планирования здравоохранения. М.; 1976: 10.

REFERENCES

1. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001 (in Russian).
2. Velichkovskiy B.T. Reforms and public health. *Ekonomika zdavookhraneniya*. 2001; 4: 28—31 (in Russian).
3. Vishnevskiy A.G. Russia: Demographic results of two decades. *Mir Rossii: sociologiya, ethnologiya*. 2012; 3: 3—40 (in Russian).
4. The State Program of the Russian Federation "Development of Health" approved by the RF Government Decree 24.12.2012 N 2511-p (in Russian).
5. Belov A.N. Radau U.V. The need for outpatient neurological rehabilitation. *Zdavookhranenie Rossiyskoy Federacii*. 1993; 11: 15—7 (in Russian).
6. Valchuk E.A. The scientific rationale and development of a system of medical rehabilitation (for example, rural areas of the Republic of Belarus). *Dr. med. sci. diss. Moscow*; 1993 (in Russian).
7. Minyaev V.A., Polyakov I.V., Afonina E.V. Organization of outpatient rehabilitation in a large city. *Sovetskoye zdavookhranenie*. 1984; 5: 15—9 (in Russian).
8. Novikov A.V. et al. Indicators of health needs and social significance of rehabilitation of orthopedic and traumatological profiles. *Traumatologiya i ortopediya v Rossii*. 1998; 3: 77—80 (in Russian).
9. Trubilin N.T. Prevention of disability and medical rehabilitation of patients - the most important public health problem. *Sovetskaya medicina*. 1980; 4: 10—5 (in Russian).
10. Renker K. Modern rehabilitation of children and adults. *Zdavookhraneniye (Buharest)*. 1979; 1: 47—56 (in Russian).
11. Burenkov S.P. The economic problems in health care in the afterlight of the XXV Congress KPSS. In: *Economic issues and health planning. Moscow*; 1976. 10. (in Russian).

Поступила 21.06.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 613.955:616.3-057.874]:312.6(571.52)

Т.В. ПОЛИВАНОВА, В.Т. МАНЧУК, В.А. ВШИВКОВ

Мониторинг патологии гастродуоденальной зоны у школьников Тывы

ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, 660022, Красноярск

Проведен 10-летний мониторинг распространенности, клинического течения синдрома диспепсии и ассоциированных с ним заболеваний гастродуоденальной зоны у школьников в двух населенных пунктах Республики Тыва. На первом этапе обследован 1201 ребенок (803 коренных и 398 пришлых), на втором — 1064 (558 коренных и 506 пришлых). Охват составил от 76,4 до 91% списочного состава школьников. Установлены негативные тренды распространенности синдрома диспепсии в большей мере за счет увеличения болевого варианта клинического течения. В структуре ассоциированной с ним органической патологии отмечено увеличение (эрозивного гастрита, эрозивного дуоденита, язвенной болезни). Более неблагоприятная ситуация прослеживается у детей коренных жителей.

Ключевые слова: школьники; патология; желудок; мониторинг; этнос.

MONITORING OF PATHOLOGY OF GASTRO-DUODENAL ZONE IN SCHOOLCHILDREN OF REPUBLIC OF TYVA

T.V. Polivanova, V.T. Manchuk, V.A. Vshivkov

The Research Institute of Medical Problems of the North of the Siberian branch of the Russian Academy of Medical Sciences, Krasnoyarsk, Russia

The article deals with ten-year monitoring of propagation and clinical course of syndrome of dyspepsia and associated diseases of gastro-duodenal zone in schoolchildren of two municipalities of the Republic

Контактная информация: Поливанова Тамара Владимировна; e-mail: Tamara-polivanova@yandex.ru