

Aslanyan AA, Antoshina OV. Vneorgannaya detoksikatsiya u bol'nykh s abdominal'noy infektsiyey. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. 2009;16(2):98. Russian.

8. Strachunskiy LS, Krechikov VA. Moksifloksa-tsin – ftorkhinolon novogo pokoleniya s shirokim spektrom aktivnosti. Klinicheskaya mikrobiologiya i antimikrobnaya khimioterapiya. 2001;3(3):243-58. Russian.

9. Bartlett JG. Pneumonia. In: Management of respiratory tract infections. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.

10. Johnson J, Hirsch C. Aspiration pneumonia: recognizing and managing a potentially growing disorder. Postgrad Med. 2003;113(3):83-92.

11. Padkin A, Goldfrad C, Brady AR, et al. Epidemiology of severe sepsis occurring in the first 24 hrs in intensive care units in England, Wales, and Northern Ireland. Crit. care Med. 2003;31(9):2332-8.

12. Vincent JL, Rello J, Marshall J, et al. International Study of Prevalence and Outcomes of Infection in Intensive Care Unites. J.A.M.A. 2009;302(21):323-9.

УДК: 616.7–084(470.63)

DOI: 10.12737/7278

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ПЯТИГОРСКЕ

А.В. МИХАЭЛИС, Ю.Е.АНТОНЕНКОВ, В.П. КОСОЛАПОВ

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, ул. Студенческая, 10, г. Воронеж, Россия, 394036

Аннотация. При проведении исследования в качестве модели по организации реабилитации пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата был выбран Пятигорский курорт. Наличие в Ставропольском крае, включающем и Пятигорские курорты, санаториев с необходимыми условиями для организации лечебно-диагностической и консультативной помощи, явилось причиной такого решения. В основу организации исследования был положен программно-целевой метод. Кроме того был использован комплекс методов: статистический, методы прогнозирования заболеваемости, экспертных оценок, метод социологического опроса, клинко-экономическое исследование, функционально-организационное моделирование. Были обследованы пациенты санатория «Ленинские скалы» за 2009-2013 годы. Количество пациентов, обследованных при проведении исследования, составило 30933 человека. Во время исследования проводилось изучение демографических, медицинских, социологических, климатогеографических, социально-гигиенических и других факторов риска, влияющих на заболеваемость лиц, вошедших в категорию исследованных. Когда рассматривалось влияние факторов на эффективность лечения, проводимого в санатории, то среди факторов, особенно отличающихся в этом направлении, отмечены такие, как возраст, климатогеографические, характер предыдущего лечения и другие. Отмечая один из факторов, влияющих на эффективность санаторно-курортного лечения менее всего – это возраст пациентов более 70 лет.

Ключевые слова: заболеваемость, курорт, пациенты, опорно-двигательный аппарат, анкеты, проблемные вопросы.

REHABILITATION OF PATIENTS WITH MUSCULOSKELETAL PATHOLOGY IN THE PYATIGORSK

A.V. MICHAELIS YU.E.ANTONENKOV, V.P. KOSOLAPOV

Voronezh State N.N. Burdenko Medical Academy, Studentcheskaya str., 10, Voronezh, Russia, 394036

Abstract. In the study as a model for the organization of rehabilitation of patients with diseases of the musculoskeletal system was chosen Piatigorsky resort. The presence in the Stavropol Territory, Pyatigorsk and includes resorts, sanatoriums with the necessary conditions for the organization of medical diagnostic and counseling was the reason for the decision. The arrangement of the study was based on program-target method. The complex methods were: statistical, forecasting methods morbidity, estimated, the method of a sociological survey, clinical and economic study, functional and organizational modeling. Patients were examined in sanatorium "Lenin rocks" for 2009 - 2013 years. Number of patients examined in the study, was 30 933 person. During the study, the authors carried out a study of demographic, medical, sociological, climatic, social, hygienic and other risk factors affecting the incidence of persons. To study the effects of factors on the efficiency of their treatment in a sanatorium, the authors revealed such as age, climatic, the nature of previous treatment, and others. Factor, that less affects on the effectiveness of treatment, is the age of the patients more than 70 years.

Key words: incidence, resort, patients, musculoskeletal system, profiles, problematic issues.

Одним из приоритетных направлений на современном этапе развития отечественного здравоохранения, который характеризуется поиском возможностей укрепления здоровья и сохранения высокого жизненного баланса любого человека, является совершенствование системы восстановительной медицины, осуществляющей и профилактику заболеваний [1]. Велика роль именно санаторно-курортного лечения, в общем комплексе профилактических и лечебных мер, направленных на укрепление здоровья человека, которое базируется на достижениях современной курортологии [2].

В Российской Федерации функционирует поэтапная система медицинской реабилитации больных с опорно-двигательной патологией, включающая амбулаторный, стационарный и санаторно-курортный этапы. Реформирование здравоохранения, наряду с кардинальными социально-экономическими изменениями в обществе, определили углубление старых и возникновение новых проблем в системе санаторно-курортного лечения, как завершающего этапа взаимодействия пациента с практическим здравоохранением. Первый курортный институт в нашей стране был создан в Пятигорске 4 мая 1920 г. Произошло это потому, что именно здесь зародилась и уже 60 лет развивалась русская курортная наука. Назывался он тогда Бальнеологическим институтом на Кавказских Минеральных Водах и с первых дней продолжал традиции Русского бальнеологического общества. Семнадцать членов общества стали первыми сотрудниками молодого института, и среди них такие известные ученые, как А.А. Лозинский, С.М. Петелин, А.И. Огильви, Е.А. Ларин. Серьезное внимание ученые института уделяют этапному, преемственному, восстановительному периоду с включением курортного этапа. К настоящему времени уже разработаны вопросы этапной терапии многих хронических заболеваний, но среди многочисленных нозологических форм ими пока мало уделяется внимание заболеваниям, в основе которых лежит преимущественное поражение соединительной ткани [3]. Патологические изменения в опорно-двигательном аппарате могут быть как воспалительного (преимущественно), так и дистрофического характера. Нередки изменения в периартикулярных и мягких тканях опорно-двигательного аппарата (периартриты, миозиты, бурситы, тендовагиниты, лигаментиты, панникулиты). Выделяется группа болезней системных (чаще врожденных) поражений соединительной ткани (артрогриппоз, остеохондродистрофия, арахнодактилия, гиперэластоз и т.д.). Относительно часты изменения в костной системе типа остеохондропатии (асептический субхондральный некроз) и группа коллагеновых болезней, представляющая собой болезни с первичным прогрессирующим поражением соединительной ткани [4]. Заболевания опорно-двигательного аппарата занимают

второе место среди общего списка заболеваний. Дегенеративные заболевания суставов (остеоартроз различной локализации) представляют важнейшую медико-социальную проблему для общественного здравоохранения [5].

Важным принципом санаторно-курортного лечения является его комплектность – использование разнообразных природных лечебных факторов в сочетании с физиотерапевтическими процедурами, диетотерапией, лекарственными и другими лечебными средствами и методами. Целый ряд медицинских и социально-экономических аспектов обуславливают значимость этой патологии: распространенность, прогрессирующее течение, снижение качества жизни пациентов, значительные экономические потери в связи с временной нетрудоспособностью трудоспособного населения и т.п. [6-8]. Экономический ущерб, связанный с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и обусловленный прямыми и косвенными затратами, в ряде стран составляет от 1 до 2,5% валового национального продукта [8,9].

Таким образом, актуальность данного исследования определялась необходимостью разработки подходов и решений деятельности санатория на курорте Пятигорск, для которого характерна физиологичность лечебного воздействия природных физических факторов при реабилитации пациентов с опорно-двигательной патологией.

В связи с вышеизложенным была сформулирована цель исследования.

Цель исследования – на основе комплексного исследования лиц, проходящих санаторно-курортное лечение в пятигорском санатории «Ленинские скалы», через анкетирование социально-гигиенических и медико-биологических элементов, наметить пути улучшения лечения для пациентов с опорно-двигательной патологией.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных в диссертационном исследовании первого автора задач была включена работа с выкопированными данными годовых отчетов и проведение социологических опросов пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата санатория «Ленинские скалы» с учётом медико-социальных характеристик. Репрезентативность выборки определялась по формулам Л.Е. Полякова [10,11]. Анализ исходных анкетных данных должен выявить основные проблемные вопросы в части оказания пациентам санаторно-курортной помощи в интересах формирования в дальнейшем предложений по мерам улучшения качества их обслуживания и выработки рекомендаций по уточнению характеристик лиц, прибывающих на лечение. При этом для каждого опрошенного из числа пациентов, проходивших лечение в санатории «Ленинские скалы», рассматривались следующие данные: пол, возраст, вес, рост, место жительства, образование, наличие работы в настоящее время, место

работы, связь работы с химическими веществами, связь работы с радиоактивностью, общественно-профессиональная группа, общий трудовой стаж, оценка выполняемой работы с точки зрения физической нагрузки, преобладающий вид нагрузки, количество проходимых в день километров, семейное положение, оценка жилищно-бытовых условий, оценка материального положения, число приемов пищи, поддержание диеты, наличие запоров, характеристика сна, его длительность, курение, употребление алкоголя и количество, наличие анамнеза у родственников по заболеваниям опорно-двигательного аппарата, наличие заболеваний печени и желчевыводящих путей, сахарного диабета, в какой медицинской организации лечились до санатория, неприятные ощущения в ногах (руках, позвоночнике, шее), наличие любви к бане или горячему пару, наличие любви к тесному ремню, узким джинсам, чулкам и т.п., количество раз лечения в данном санатории и в других, а также вопросы по физическим нагрузкам. Предварительно нами был составлен алгоритм, на основе которого собран материал с использованием программно-аппаратного комплекса подвергнут математико-статистической обработке данных.

Результаты и их обсуждение. Санаторий «Ленинские скалы» расположен у подножия горы Машук, откуда открывается панорама всего города Пятигорск. На территории санатория работает канатная дорога. Санаторий принимает отдыхающих круглый год. В спальнях корпусах на 305 мест имеются одно-, двух- и трехместные номера. Лечебный профиль санатория «Ленинские скалы» - это заболевания органов пищеварения, эндокринные заболевания, аллергические и неврологические заболевания, заболевания мужской и женской половой сферы, эндокринные заболевания, заболевания щитовидной железы, сахарный диабет, а также реабилитация больных, перенесших различные травмы, болезни костно-мышечной системы и опорно-двигательного аппарата, периферических сосудов, аллергические заболевания. По лечебному профилю и прибывают большинство пациентов в санаторий, как видно из проведенного анализа.

Таблица 1

Социальный состав больных, поступивших на лечение в санаторий «Ленинские скалы» за исследуемый период

наименование \ год	2009	2010	2011	2012	2013
всего	7857	7163	6962	5343	3639
рабочие	115	180	103	53	53
служащие	658	663	584	278	278
ИТР	143	177	71	122	122
пенсионеры	572	583	949	1570	2570
учащиеся	4563	4497	4830	2632	196
лица других социальных групп	1806	1063	425	688	420

Общее количество пациентов, поступивших на

санаторно-курортное лечение в санаторий «Ленинские скалы» за период проведенного исследования, как уже указывалось, составило 30933 человек (2009 год – 7875 человек, 2010 год – 7163 человека, 2011 год – 6962 человека, 2012 год – 5343 человек, 2013 год – 3639 человек). Постепенное уменьшение общего числа прибывающих пациентов связано и с проводимой в санатории реорганизацией. Данный санаторий за период исследования принимал как взрослых пациентов, так и пациентов – детей и подростков. Количество взрослых пациентов ежегодно значительно преобладает над пациентами детьми и подростками. Социальный состав больных, поступивших на лечение в санаторий «Ленинские скалы» за исследуемый период, представлен в табл. 1. В качестве исходных данных для реализации поставленной цели использованы результаты анкетирования граждан, имеющих заболевания опорно-двигательного аппарата, которые проходят лечение в санатории «Ленинские скалы». Для принятия решения по результатам статистической обработки анкетных данных были приняты ограничения следующего содержания. Если более 80% пациентов санатория однозначно (одинаково) оценивают свое состояние здоровья, принимается решение о том, что вся исследуемая группа пациентов имеет соответствующую характеристику своего состояния здоровья/социального положения, поскольку: в анкетах не указывался критерий принятия решения о состоянии здоровья/социальной характеристике пациентов и такая высокая частота принятия пациентами соответствующего решения (даже с учетом человеческого фактора – настроения в момент анкетирования и т.п.) при 2-6 вариантах ответов (помимо ответов, предполагающих особое мнение пациентов) на вопросы анкеты свидетельствует о преобладании выбранного физиологического/социального состояния над остальными. В опросе приняли участие 160 мужчин и 450 женщин. При этом 5 человек из числа опрошенных не указали свой пол. Общее количество ответов пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата санатория «Ленинские скалы» на различные вопросы анкеты составило от 540 до 614 человек, так как часть пациентов отвечала не на все поставленные в анкете вопросы. При этом в ряде случаев пациенты выбирали несколько приемлемых для них ответов (так, например, на вопрос о расположении места боли большинство опрошенных выбрали более 1 варианта ответа). Тем не менее, данные особенности были учтены при расчете, как процентного соотношения пациентов, так и частот соответствующих решений (мнений) по результатам опроса. Результаты анкетирования показали, что пациенты делятся на возрастные группы следующим образом: до 30 лет – 1%, от 30 до 39 лет – 5%, от 40 до 49 лет – 9%, от 50 до 59 лет – 29%, от 60 до 69 лет – 38%, от 70 до 79 лет – 17%, 80 лет и старше –

1%; из числа пациентов санатория «Ленинские скалы» 86% проживают в городе, 8% – в поселке городского типа, 2% – в сельском округе и 4% – в сельском населенном пункте; по образованию пациенты санатория делятся следующим образом: высшее образование имеют 42% опрошенных, незаконченное высшее – 3%, средне-специальное – 44%, среднее – 8%, начальное – 3%; при этом работает в настоящее время 41% опрошенных, и не работают, соответственно – 59%; по месту работы пациенты санатория разделились следующим образом: производство – 11%; учреждение – 19%; сфера культуры – 2%; здравоохранение – 9%; частная фирма – 5%; домохозяйка – 4%; сельское хозяйство – 2%; учатся – 0%; работают в другом месте – 2%; не работают – 46%; у 6% пациентов санатория работа была связана с химическими веществами, а у 94%, соответственно, не была; у 1% пациентов санатория работа была связана с радиоактивностью, а у 99%, соответственно, не была; по общественно-профессиональным группам пациенты санатория разделились следующим образом: рабочий – 12%; служащий – 31%; пенсионер – 47%; инвалид – 3%; предприниматель – 3%; студентов – нет; безработный – 1%; прочее – 3%; по трудовому стажу пациенты делятся следующим образом: до 5 лет – 1%; 5-9 лет – 1%; 10-19 лет – 10%; 20-29 лет – 30%; 30-39 лет – 37%; 40 лет и более – 21%; работу с точки зрения физической нагрузки пациенты оценили следующим образом: легкая – 33%; средней тяжести – 61%; тяжелая – 6%; в работе преобладающий вид нагрузки у пациентов санатория следующий: смешанная – 54%; умственная – 27%; физическая – 12%; эмоциональное напряжение – 7%; пациенты санатория проходят в день: 1 км – 29%; 2 км – 28%; 3 км – 20%; 4 км – 7%; 5 км – 10%; 6 и более км – 6%; по семейному положению пациенты разделились следующим образом: вдовец (вдова) – 22%; женат (замужем) – 58%; не женат (не замужем) – 11%; разведен(а) – 9%; пациенты санатория оценили свои жилищные условия следующим образом: неудовлетворительные – 2%; удовлетворительные – 48%; хорошие – 50%; при этом, пациенты оценили свое материальное положение как: неудовлетворительное – 5%; удовлетворительное – 58%, хорошее – 37%; по числу приемов пищи пациенты разделились следующим образом: два – 8%; три – 65%; четыре и более – 27%; из числа опрошенных 44% поддерживают диету, и, соответственно, 56% нет; у 46% пациентов санатория бывают запоры, а у 54% пациентов не бывает; свой сон пациенты санатория характеризуют следующим образом: спокойный – 52%; беспокойный – 40%; бессонница – 8%; при этом длительность сна варьируется в пределах от 6 часов до 10 часов и более: до 6 часов – 23%; 7 часов – 37%; 8 часов – 30%; 9 часов – 8%; 10 часов и более – 2%; курят 19% опрошенных, не курят 80%, иногда курят – 1%; из числа пациентов употребляют алкоголь 23%, воздерживаются от употребления алкоголя

77%; при этом из числа употребляющих алкоголь 2-3 раза в неделю употребляют 5% опрошенных, 1 раз в неделю – 14%, 1 раз в месяц – 17%, 1 раз в квартал – 31%, реже 1 раза в квартал – 33%; у родителей или близких родственников 56% опрошенных были болезни опорно-двигательного аппарата, у 44%, соответственно, не было; из числа пациентов 57% имеют заболевания печени и желчевыводящих путей, 43% не имеют соответствующих заболеваний; из числа опрошенных 6% болеют сахарным диабетом и, соответственно 94% не болеют; по расположению места боли, с которой прибыли в санаторий, пациенты разделились следующим образом: нижние конечности – 53%; верхние конечности – 31%; спина – 76%; шея – 55%; ничего не болит у 1%; из числа пациентов 67% проходили лечение до посещения санатория в поликлинике, 10% – в амбулатории, 23% – в стационаре; по наличию неприятных ощущений до обращения в медицинскую организацию пациенты разделились следующим образом: боль – 73%; чувство затекания – 38%; онемения – 55%; покалывания – 42%; не было неприятных ощущений – 1%; любят баню или горячий пар 52% опрошенных, не любят – 48%; тесную одежду, ремни любят носить 20%, не любят – 80%; пациенты проходят лечение в рассматриваемом санатории: 1-й раз – 74%; 2-й раз – 17%; 3-й раз – 6%; 4-й раз – 2%; 5-й раз – 1%; при этом в других санаториях по данному заболеванию лечилось ранее 69% опрошенных; свое здоровье в настоящее время пациенты санатория оценили следующим образом: отличное – 2%; очень хорошее – 1%; хорошее – 11%; удовлетворительное – 79%; неудовлетворительное – 7%; по сравнению с самочувствием, которое было год назад, здоровье сейчас значительно лучше, чем год назад у 11% пациентов, несколько лучше, чем год назад у 27%, примерно так же, как год назад у 43%, несколько хуже, чем год назад у 17%, гораздо хуже, чем год назад у 2% пациентов; ограничения состоянием здоровья различных нагрузок в большей степени характеризуется следующим: тяжелые физические нагрузки – 76%; наклоны, приседания – 44%; прохождение расстояния в несколько кварталов – 39%; физическое и эмоциональное состояние пациентов совсем не мешает времяпрепровождению в коллективе у 28%, немного мешает у 26%, умеренно мешает у 43%, сильно мешает у 3% пациентов; по силе испытываемой физической боли за последний год пациенты разделились следующим образом: совсем не испытывал – 9%; очень слабую – 9%; слабую – 9%; умеренную – 61%; сильную – 10%; очень сильную – 2%; по ситуациям, когда боль мешает работе, (за последний год) пациенты разделились следующим образом: совсем не мешала – 8%; немного мешала – 24%; умеренно мешала – 58%; сильно мешала – 9%; очень сильно мешала – 1%; медицинской помощью, оказанной в санатории остались удовлетворены 73% пациентов,

11% удовлетворены не в полной мере, 11% больше удовлетворены, чем неудовлетворены, неудовлетворены – 1%, затрудняются ответить 4% опрошенных.

Из полученных данных, очевидно, что ни на один из вопросов анкеты, связанных с состоянием здоровья, пациенты однозначно не ответили (частоты встречаемости однотипных ответов не достигли 80%, следовательно, пациенты санатория однозначно (одинаково) не могут оценить свое состояние здоровья по предложенным показателям), что вполне естественно, так как в опросе принимали участия различные возрастные и социальные группы населения.

Выводы:

1. Для более эффективного планирования работы и разработки прогнозов развития и конкретных программ их реализации необходимы не разовые исследования, а исследования, проводимые в динамике, для начала была взята пятилетняя глубина изучения проблемы и создан вопросник для получения мнения пациентов опорно-двигательного профиля;

2. Необходимо обратить внимание на порядок и особенности лечения пациентов старших возрастных категорий (с более тяжелыми формами заболевания опорно-двигательного аппарата) и, при необходимости, предусмотреть «усиленное» лечение для таких пациентов;

3. Для пациентов с тяжелыми формами заболеваний упростить процедуру получения повторного направления на лечение в санаторий «Ленинские скалы», поскольку повторные посещения санатория однозначно положительно сказываются на их состоянии здоровья;

4. Усилить (при необходимости) дифференцированность подхода к лечению заболеваний различных составных частей опорно-двигательного аппарата, что обеспечит учет особенностей заболевания (лечения) именно расположения места боли.

Литература

1. Хальфин Р.А., Какорина Е.П., Михайлова Л.А. Статистический учёт и отчётность учреждений здравоохранения / Под ред. В.И. Стародубова. М.: МЦФЭР, 2005. С. 368.

2. Дмитренко Л.Б., Просветова Л.Н., Вериковская Н.В. Анализ и прогнозирование показателей процесса реабилитации для обеспечения высокого качества реализации санаторно-курортных услуг // Системный анализ и управление в медицинских системах: журнал практической и теоретической биологии и медицины. 2007. Т. 6. № 4.

3. Биржаков М.Б., Никифоров В.И. Индустрия туризма. Перевозки. СПб.: Издательский дом Герда, 2001. 87с.

4. Технология управления учреждениями здравоохранения: Руководство для профессионального образования / Под общ. ред. профессора Н.К. Гусевой; 2 изд. Н.Новгород: изд-во НГМА, 2009. 272 с.

5. Контроль качества и обеспечение качества

медицинской помощи в медицинской организации: учебное пособие /под ред. Н.К. Гусевой. Н.Новгород: изд-во НГМА, 2010. 292 с.

6. Кучеренко В.З., Яковлев Е.П., Кудрявцев Ю.Н. Некоторые подходы к оценке качества лечебно-диагностического процесса // Пробл. управления здравоохранением. 2003. №1. С. 13–17.

7. Ревматология: Национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 720 с.

8. Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф., Насонова В.А. Ревматические заболевания у населения Российской Федерации в начале XXI века // Терапевтический архив. 2007. Т. 79. № 12. С. 5–12.

9. Стародубов В.И., Флек В.О., Дмитриева Е.Д., Титова И.А. Использование системы счетов в здравоохранении /под общ. ред. д-ра мед. наук, акад. РАМН В. И. Стародубова. М.: МЦФЭР, 2007. 320 с.

10. Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика: Пособие для врачей. Л.: Медицина, 1974. 384 с.

11. Поляков Л.Е., Малинский Д.М. Метод комплексной вероятностной оценки состояния здоровья населения // Сов. здравоохран. 1973. №3. С. 34–42.

References

1. Khal'fin RA, Kakorina EP, Mikhaylova LA. Statisticheskiy uchet i otchetnost' uchrezhdeniy zdравookhraneniya. Pod red. V.I. Starodubova. Moscow: MTsFER; 2005. Russian.

2. Dmitrenko LB, Prosvetova LN, Verikovskaya NV. Analiz i prognozirovaniye pokazateley protsessа reabilitatsii dlya obespecheniya vysokogo kachestva realizatsii sanatorno-kurortnykh uslug. Sistemnyy analiz i upravlenie v meditsinskikh sistemakh: zhurnal prakticheskoy i teoreticheskoy biologii i meditsiny. 2007;6(4). Russian.

3. Birzhakov MB, Nikiforov VI. Industriya turizma. Perevozki. SPb.: Izdatel'skiy dom Gerda; 2001. Russian.

4. Tekhnologiya upravleniya uchrezhdeniyami zdравookhraneniya: Rukovodstvo dlya professional'nogo obrazovaniya / Pod obshch. red. professora N.K. Gusevoy; 2 izd. N.Novgorod: izd-vo NGMA; 2009. Russian.

5. Kontrol' kachestva i obespecheniye kachestva meditsinskoy pomoshchi v meditsinskoy organizatsii: uchebnoye posobie /pod red. N.K. Gusevoy. N.Novgorod: izd-vo NGMA; 2010. Russian.

6. Kucherenko VZ, Yakovlev EP, Kudryavtsev YuN. Nekotorye podkhody k otsenke kachestva lechebno-diagnosticheskogo protsessа. Probl. upravleniya zdравookhraneniem. 2003;1:13-7. Russian.

7. Revmatologiya: Natsional'noe rukovodstvo / pod red. E.L. Nasonova, V.A. Nasonovoy. Moscow: GEOTAR-Media; 2008. Russian.

8. Folomeeva OM, Erdes ShF, Nasonova VA. Revmaticheskie zabolovaniya u naseleniya Rossiyskoy Fede-

ratsii v nachale XXI veka. *Terapevticheskiy ar-khiv.* 2007;79(12):5-12. Russian.

9. Starodubov VI, Flek VO, Dmitrieva ED, Titova IA. *Ispol'zovanie sistemy schetov v zdrazvo-okhraneni /pod obshch. red. d-ra med. nauk, akad. RAMN V. I. Starodubova.* Moscow: MTsFER; 2007. Russian.

10. Merkov AM, Polyakov LE. *Sanitarnaya stati-*

stika: Posobie dlya vrachev. L.: Meditsina; 1974. Russian.

11. Polyakov LE, Malinskiy DM. *Metod kompleksnoy veroyatnostnoy otsenki sostoyaniya zdorov'ya naseleniya.* *Sov. zdrazvookhr.* 1973;3:34-42. Russian.

УДК: 616.233

DOI: 10.12737/7279

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ЖИТЕЛЕЙ ОТДАЛЕННЫХ РАЙОНОВ И СЕЛА В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕСПИРАТОРНОГО ЦЕНТРА САНАТОРНОГО ТИПА: ИТОГИ РАБОТЫ ЗА ДЕСЯТЬ ЛЕТ

I.N. ERMAKOVA

Тверская государственная медицинская академия Минздрава России, ул. Советская, д. 4, г. Тверь, Россия, 170100

Аннотация. Цель: совершенствование специализированной медицинской помощи детям с бронхиальной астмой, жителям отдаленных районов и села. **Материалы и методы:** обследовано 1024 ребенка с бронхиальной астмой, (сплошная выборка, 2003 г.) наблюдались (2003-2013 гг.) ежегодно. Из них 391 ребенок, сельские жители – основная группа (диспансерное наблюдение осуществлялось участковым педиатром) и 633 ребенка, жители областного города – группа сравнения (диспансерное наблюдение осуществлялось участковым педиатром совместно с пульмонологом/аллергологом). Применялись: сплошной документальный и выборочный, текущий, проспективный методы наблюдения и метод экспертных оценок. **Результаты:** показано (2003) существенное ($p=0,03$) несоответствие оценки врачами первичной медико-санитарной помощи (участковым педиатром, врачом общей практики или семейным врачом) тяжести течения бронхиальной астмы и отсутствие лечения бронхиальной астмы у 28% пациентов основной группы наблюдения. Выявлено экспертным методом (осмотр врача пульмонолога/аллерголога, клинико-инструментальное обследование, 2008) несоответствие в диагностике бронхиальной астмы легкое и среднетяжелое течение ($p=0,03$). Доказана клиническая эффективность ведения детей с бронхиальной астмой, сельских жителей в условиях регионального респираторного центра санаторного типа: за десять лет снизилось на 25% число детей с бронхиальной астмой, тяжелое течение, уменьшилось число больных бронхиальной астмой, среднетяжелое течения ($p=0,03$) и значительно увеличилось число больных с легкой бронхиальной астмой ($p=0,01$). В 2013 г. пациенты основной группы наблюдения получали адекватную базисную терапию бронхиальной астмы; почти в 2 раза ($p=0,03$) уменьшилось количество обострений бронхиальной астмы, более чем в 2 раза ($p=0,03$) вызовов СМП и потребности в госпитализации; количество детей с контролируемым течением бронхиальной астмы увеличилось с 26 до 64% ($p=0,05$).

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, региональный центр на базе санатория, жители села и отдаленных районов.

CLINICAL EFFICACY OF TREATMENT OF CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA, POPULATION IN REMOTE AREAS IN TERMS OF REGIONAL RESPIRATORY CENTRE AS SANATORIUM TYPE: WORK RESULTS FOR 10 YEARS

I.N. ERMAKOVA

Tver State Medical Academy, st. Sovetskaya, d. 4, Tver, Russia, 170100

Abstract. The purpose of this work is to improve the specialized medical care for children with bronchial asthma, people living in remote areas and villages. **Materials and methods:** The study involved 1,024 children with asthma (solid sample, 2003) which were observed in period of 2003 to 2013. There are 391 children-villagers as the main group; clinical examination was carried out by district pediatrician and 633 children as regional city residents (the comparison group); clinical examination was carried out by district pediatrician together with pulmonologist or allergist. The author used the methods of observation (solid documentary and selective, current, prospective) and the method of expert evaluations. **Results:** a significant discrepancy ($p=0,03$) in the evaluation by district pediatrician, practitioner or family doctor) of severity bronchial asthma and absence of bronchial asthma treatment in 28% of patients of the main group has been demonstrated in 2003. The discrepancy in the diagnosis of bronchial asthma of light degree and medium severe degree ($p=0.03$) were detected by a positively accepted method (examination of pulmonologist/allergist, clinical and instrumental examination, 2008). Clinical efficacy of treatment of children with bronchial asthma as residents in regional respiratory centre has been proven. For ten years the number of children with BA decreased by 25%, the number of bronchial asthma patients with moderate current ($p=0.03$) decreased and the number of patients with medium severe degree bron-