

Новые формы организации выездной медицинской помощи жителям северных районов Сибири

Соломатина Т.В., Капилевич Л.В.

The new forms of organization of the exit medical help to the inhabitants of boreal districts of Siberia

Solomatina T.V., Kapilevich L.V.

*Медицинское объединение «Здоровье», г. Томск
Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск*

© Соломатина Т.В., Капилевич Л.В.

Наряду с экономическими проблемами развития Севера важное место занимает проблема охраны здоровья населения. Население северных районов Сибири подвержено воздействию целого ряда неблагоприятных факторов как природного (климатические условия), так и антропогенного (экологическое неблагополучие) характера. Следствием этого является высокий уровень заболеваемости, нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной и других систем организма.

Жители северных районов, работники нефтедобывающей отрасли являются группой повышенного риска по формированию патологии органов кровообращения и эндокринной системы. Данный контингент нуждается в регулярном контроле состояния здоровья (медицинских осмотрах) и своевременном оказании медицинской помощи в расширенном объеме. Оптимальной формой организации медицинской помощи населению северных районов является направление выездных врачебных бригад в пункты проживания. Такая форма работы экономически выгодна и при наименьших затратах позволяет достичь значительного социального и медико-санитарного эффекта.

Ключевые слова: Север, общественное здоровье, организация медицинской помощи.

Alongside with economic problems of development of North the important place is borrowed by a problem of guarding of health of the population. The population of Boreal districts of Siberia is subject to effect of a lot of the unfavorable factors both connatural (climatic conditions), and anthropogenic (ecological trouble) character. A corollary it is the high level of a case rate, violation on the part of cardiovascular, nervous and other systems of an organism.

The inhabitants of boreal districts, workers of oil-extracting branch are bunch of the boosted risk on creation of a pathology of organs of a circulation and endocrine system. The data quota needs a regular control of a state of health and opportune rendering of a medical care in ample volume. The optimal form of organization of a medical care to the population of Boreal districts is the direction of exit medical crews in items of their residing. Such form of work is economically favourable and at the least expenditures allows to reach appreciable social and medico-sanitary effect.

Key words: North, public health, organization of a medical care.

УДК 614.2 (571.1)

Введение

Север все более вовлекается в общегосударственные, общероссийские процессы: сокращение численности населения, демографическое старение, сокращение доли лиц младше трудоспособного возраста, рост смертности среди трудоспособного населения, сокращение числа браков и рождаемости, рост патологии беременности и периода неонатальности, числа медицинских и

«социальных» аборт, инвалидизации и др. Эти явления приобретают на Севере специфические формы и, в сочетании с остановкой предприятий и «замораживанием» поселков, грозят общенациональной катастрофой [4, 5, 7].

Для районов Севера в условиях экономических реформ характерны следующие процессы:

— дифференциация северных регионов по своему экономическому положению и перспективам;

— дифференциация политики северных регионов по темпам и направлениям реструктуризации экономической и социальной сфер, источникам средств, формам взаимодействия с экономическими агентами и т.п.;

— массовый отток населения с Севера, приводящий к уменьшению населения северных территорий при увеличении доли нетрудоспособного населения;

— усиление опасности чрезвычайных ситуаций, когда по техническим и финансовым причинам не обеспечиваются условия жизнедеятельности людей в экстремальных климатических условиях, что приводит к крупным авариям, необходимости массовой эвакуации людей и т.п.

Негативные процессы наблюдаются в естественном движении населения северных районов Томской области. Так, с 1993 г. определяется стабильное снижение рождаемости. В 1993 г. данный показатель равнялся 12,0, в 2000 г. — 9,3 на 1000 человек. Падение рождаемости ведет к снижению естественного прироста. Показатель смертности составил 13,0 на 1000 человек. Настораживает тот факт, что в половозрастной структуре смертности 72,6% мужчин умирает в работоспособном возрасте (20—59 лет). Высокая смертность среди лиц трудоспособного возраста является важным фактором снижения средней продолжительности жизни населения [3].

Таким образом, в демографической ситуации в последнее время наблюдается ряд негативных тенденций, характерных для процессов депопуляции, дальнейшее развитие которых может привести к изменению состава численности населения и переходу к стационарному типу населения.

Наряду с экономическими проблемами развития Севера важное место занимает проблема охраны здоровья населения. Население северных районов Сибири подвержено воздействию целого ряда неблагоприятных факторов как природного (климатические условия), так и антропогенного (экологическое неблагополучие) характера. Следствием этого является высокий уровень заболеваемости, нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной и других систем организма [3].

Уровень здоровья в северных районах ниже по сравнению со средними показателями здоровья населения по области в целом и прогрессивно ухудшается на протяжении последних лет. Структура заболеваемости и характер наиболее распространенных нарушений во многом специфичны для районов Севера, что обуславливает насущную необходимость разработки комплексной системы оздоровления, профилактики и реабилитации [4, 7].

В связи с изменившимися экономическими условиями население северных районов не имеет возможности регулярно выезжать для восстановления здоровья, лечения и реабилитации в другие регионы. В результате снижается качество и доступность медицинской помощи населению [5].

Целью настоящего исследования было комплексное изучение состояния здоровья населения северных районов Томской области и анализ организационных форм медицинской помощи.

Организация и методика исследования

В рамках настоящего исследования были организованы выезды врачей-специалистов в северные районы Томской области (Александровский, Парабельский, Каргасокский районы и город Стрежевой) с целью проведения медицинских осмотров, оказания лечебно-профилактической и консультативной помощи. Всего выездными бригадами было обследовано свыше 6000 человек. Наряду с врачебными осмотрами для верификации диагноза выполнялись лабораторное исследование крови методом ИФА для определения гормонов щитовидной железы (Т₃, Т₄, ТТГ) и антител к тиреопероксидазе, а также определение содержания йода в моче; кроме того, выполнялось ультразвуковое исследование органов кровообращения.

Все обследованные заполняли специально разработанную анкету, предназначенную для оценки факторов образа жизни, условий труда, режима питания и экологической обстановки на состояние здоровья и течение различных заболеваний. Одновременно оценивалось субъектив-

ное отношение обследованных к своему здоровью, качеству медицинской помощи и различным формам организации медицинского обслуживания.

Результаты исследования

В таблице приведена сравнительная характеристика структуры патологии по данным выездно-

Сравнительная характеристика структуры патологии по данным выездного обследования и медицинской статистики

Классы болезней	Количество больных		Уровень общей заболеваемости (на 1000 населения)
	Выявленных при обследовании (на 1000 обследованных)	Состоящих на «Д» учете в учреждениях практического здравоохранения (на 1000 населения)	
Болезни системы кровообращения	507,0	53,9	193,4
Болезни эндокринной системы	780,0	28,1	48,8
Болезни костно-мышечной системы	343,0	31,2	149,1

и перемещением тяжестей, работой на морозе, пребыванием в длительным вынужденным неудобным положением). Последнее может служить причиной развития заболеваний позвоночника не только у рабочих, но и у служащих, которые пользуются компьютерами. Для профилактики этой группы заболеваний требуется улучшение условий труда.

Лишь 22% обследованных не страдает патологией эндокринной системы. Наиболее часто встречаются заболевания щитовидной железы (диффузное увеличение щитовидной железы различной степени выраженности — 21%; узловые поражения тиреоидной ткани — 11%; аутоиммунный тиреоидит — 18%). По результатам лабораторных анализов, у 10% обследованных отмечаются нарушения гормонального баланса, характеризующиеся снижением биосинтетических процессов

в тиреоцитах, что проявляется в форме гипотиреоза. У 67% обследованных снижена экскреция йода с мочой. У 12% обследованных в сыворотке обнаружено повышенное содержание антител к тиреопероксидазе (свыше 30 мЕ/мл).

Причиной высокого процента встречаемости патологии щитовидной железы является недостаток йода в воде и пище. Для массовой профилактики возможны производство и реализация

го обследования и по статистическим данным учреждений практического здравоохранения.

Среди обследованного контингента преобладают заболевания костно-мышечной и периферической нервной систем (60,7%) — остеохондроз позвоночника, сколиоз и артроз различной локализации. По всей видимости, это связано с условиями труда (поднятием

продуктов питания с повышенным содержанием йода — поваренной соли, специальных сортов хлебобулочных изделий, морепродуктов и др. В более сложных случаях показана индивидуальная профилактика — регулярный прием йодсодержащих препаратов и пищевых добавок.

При обследовании удалось выявить ряд особенностей в распространении патологии щитовидной железы. Нормальные показатели либо легкая дисфункция отмечаются преимущественно у лиц, работающих вахтовым методом, недавно переехавших на Север либо регулярно выезжающих для отдыха и оздоровления в южные районы.

Следует отметить высокую информированность населения о факторах риска развития патологии щитовидной железы, о зобной эндемии района проживания, что, впрочем, не ведет к принятию эффективных мер профилактики. Большинство населения, зная о риске развития данной патологии, не принимает никаких мер. Особенно это касается низкооплачиваемых категорий работников, среди которых преобладает выраженная гипоиодурия.

В то же время обеспеченные слои населения чрезмерно увлекаются приемом различных пищевых добавок без консультаций и контроля со стороны врача. У них нередко выявляется гиперiodу-

рия (свыше 500 мкг/л), что также создает опасность развития осложнений, в частности дисфункции щитовидной железы.

Из других заболеваний эндокринной системы следует отметить сахарный диабет. Хотя в целом выявленная частота невелика (0,8%), тревогу вызывает молодой возраст больных. В аналогичной возрастной группе южных районов области встречаемость данного заболевания ниже.

Свыше 50% обследованных имеют нарушения системы кровообращения. 16,5% обследованных страдают гипертонической болезнью. Вегетососудистую дистонию по гипертоническому типу (12,5% обследованных) следует рассматривать как фактор риска развития гипертонической болезни. В патогенезе данного заболевания ведущую роль играет образ жизни и психоэмоциональный стресс. Следовательно, для профилактики необходимы популяризация и стимулирование здорового образа жизни, занятий спортом, избавление от вредных привычек, а также консультативная помощь психолога и психотерапевта. Важное место в профилактике заболеваний системы кровообращения на Севере занимают рекреационные мероприятия — санаторно-курортное лечение, курсы восстановительного лечения в профилакториях и т.д.

Важным аспектом системы охраны здоровья северян является субъективная оценка факторов, влияющих на здоровье, здоровый образ жизни и систему оздоровительных мероприятий. Все обследованные заполняли специально разработанную анкету, предназначенную для оценки факторов образа жизни, условий труда, режима питания и экологической обстановки, выявления их роли в формировании здоровья и развитии различных заболеваний. Одновременно оценивалось субъективное отношение обследованных к своему здоровью, качеству медицинской помощи и различным формам организации медицинского обслуживания.

Анализ результатов анкетирования позволил выявить следующие особенности:

— Уровень здоровья лиц, переехавших на Север и проживших здесь свыше 5—10 лет, как правило, ниже, чем у уроженцев Севера. Это свидетельствует о необходимости тщательного

медицинского контроля за процессом миграции и привлечением трудовых ресурсов.

— Субъективно большинство обследованных связывает нарушения здоровья с воздействием климатических, производственных и экологических факторов.

— Среди вредных привычек абсолютное большинство опрошенных отмечает курение, употребление алкоголя — редко и в небольших количествах. При этом большинство респондентов признает влияние вредных привычек на здоровье.

— Большинство опрошенных признает ведущую роль здорового образа жизни в поддержании здоровья, в то же время, абсолютное большинство респондентов на вопрос о занятиях физической культурой отвечает «не занимаюсь» или «занимаюсь изредка».

— Большинство обследованных оценивает качество медицинской помощи как низкое, в крайнем случае — как удовлетворительное. В то же время большинство респондентов рассматривает качество медицинской помощи как один из ведущих факторов, определяющих их здоровье.

Абсолютное большинство опрошенных оценивает выездную форму оказания лечебно-диагностической помощи как оптимальную, предлагая продолжить эту работу в дальнейшем.

Данные, представленные в таблице, позволяют высказать предположение о низкой эффективности работы учреждений практического здравоохранения по диспансеризации и выявлению хронических заболеваний. Очевидно, что количество больных, состоящих на диспансерном учете по трем ведущим классам болезней, как и уровень заболеваемости (по обращаемости) [3], значительно ниже выявленных нами показателей.

Недостаточная эффективность работы по диспансеризации имеет в основе объективные причины. Прежде всего, это рассредоточенность населения в северных районах области, отсутствие транспортной схемы. Население отдаленных поселков не имеет возможности выезжать в районный центр, где сосредоточены основные кадры местного здравоохранения, все врачи узких специальностей и имеется база для лабораторно-диагностических исследований. Выезды врачей

(тем более, узких специалистов) по району практически не осуществляются. Врачи же участковых больниц, а тем более, средний медицинский персонал, не могут обеспечить качественную диагностику.

Обсуждение результатов

Свыше 80% населения северных территорий страдают хроническими заболеваниями. Поэтому вопросы организации медицинской помощи для жителей Севера, особенно проживающих в отдаленных районах, выдвигаются на первый план.

Регистрируется процесс хронизации заболеваний у жителей Севера со смещением сроков развития патологии на более ранний возраст. Установлена выраженная связь между продолжительностью работы и проживанием на Севере и тяжестью заболеваний. Отмечен рост социогенных заболеваний и отклонений — алкоголизма, наркомании, преступности, самоубийств, производственного и бытового травматизма. Динамика девиантного (отклоняющегося) поведения отражает негативные общероссийские и региональные тенденции.

Структура показателей заболеваемости и смертности пришлого населения приближается к структуре, характерной для коренных малочисленных народов Севера, Якутии и других высокоширотных регионов России. В силу целого комплекса социально-демографических, хозяйственно-экономических, этнокультурных факторов количественные и качественные характеристики коренного и пришлого населения сближаются (межэтническая конвергенция признаков) [4]. Эта наметившаяся тенденция может служить методологической основой мероприятий, направленных на формирование жизнеспособного и работоспособного народонаселения. Для этого в основных аспектах может использоваться как положительный, так и отрицательный опыт анализа, прогноза и коррекции состояния здоровья коренных популяций российского и зарубежного Севера [1, 5, 8, 9, 10].

Ранее введенное понятие «синдрома полярного напряжения» [4, 7] как интегрального обозначения комплекса изменений состояния организма человека, начиная с молекулярного и клеточного

уровня, во время длительного пребывания в высоких широтах, требует в настоящее время существенного расширения. Помимо физиологических, медико-биологических, психологических аспектов для описания синдрома потребовались оценки из области экономики производства, культурологии, права, динамики природных биосистем. Различные формы проявления «синдрома полярного напряжения» регистрируются и анализируются специалистами различных научно-практических сфер, и наука пока не располагает методологической и организационной базой для комплексного анализа указанных выше процессов [1, 2, 6].

Проведенное исследование позволяет определить ряд приоритетов в формировании системы оказания медицинской помощи населению северных районов Томской области, в реализации комплекса профилактических мероприятий.

Для повышения качества и доступности медицинской помощи населению районов Севера и работникам нефтедобывающей отрасли необходимо:

— Организовать систематические выезды квалифицированных специалистов в населенные пункты северных районов для обследования и лечения населения.

— Улучшить снабжение лекарственными препаратами и лечебно-диагностическим оборудованием медицинских учреждений, расположенных в северных районах.

— Особое внимание обратить на эндокринологическую помощь населению северных районов, так как заболевания щитовидной железы являются эндемичными для региона.

— Необходима реализация комплекса мер по профилактике нейроинфекций — клещевого энцефалита и клещевого боррелиоза (болезни Лайма).

— Развивать психологическую и психотерапевтическую помощь жителям Севера и работникам нефтедобывающей отрасли.

Для снижения заболеваемости необходима реализация комплекса профилактических мероприятий:

— Условия труда северян, работников нефтедобывающей отрасли необходимо привести в

соответствие с гигиеническими нормативами. Это касается как работников основных производств, так и работников управленческого аппарата, работающих с компьютерами и оргтехникой.

— Необходимо обеспечить сбалансированное питание жителей северных регионов в соответствии с гигиеническими нормативами и особенностями условий Севера, с учетом образа жизни и условий труда (повышенное содержание белков и сбалансированное потребление жиров и углеводов).

— Необходимо обеспечить соответствие качества питьевой воды требованиям ГОСТа.

— Необходимо пропагандировать здоровый образ жизни, занятия физической культурой, проводить профилактику вредных привычек, что позволит в дальнейшем существенно снизить затраты на лечение.

— Актуальной проблемой на сегодняшний день является разработка и обоснование медицинских критериев оценки возможности миграции на Север и выбора оптимальных маршрутов обратной миграции северян.

Резюмируя изложенное, можно сделать вывод, что жители северных районов, работники нефтедобывающей отрасли являются группой повышенного риска по формированию патологии органов кровообращения и эндокринной системы. Очевидно, что данный контингент нуждается в регулярном контроле состояния здоровья (медицинских осмотрах) и своевременном оказании медицинской помощи в расширенном объеме.

В этих условиях оптимальной формой организации медицинской помощи является направление выездных врачебных бригад в населенные пункты северных районов. Такая форма работы экономически выгодна и при наименьших затратах позволяет достичь значительного социального и медико-санитарного эффекта.

Наиболее экономически выгодной формой организации подобного рода медицинских мероприятий является добровольное медицинское страхование (ДМС). В соответствии с действующим законодательством, до 3% от фонда оплаты труда предприятия могут отчислять на нужды ДМС, при этом указанная сумма относится на себестоимость продукции (услуг) и не облагается

социальным налогом. Благодаря этому предприятие получает двойную выгоду — экономию на налогах и обязательных платежах, с одной стороны, и сокращение потерь, связанных с ростом заболеваемости в будущем, — с другой.

Литература

1. Власов В.В. Этические проблемы прогнозирования состояния здоровья: использование факторов риска заболеваний // Терапевт. арх. 1994. Т. 64. < 10. С. 82—86.
2. Власов В.В. Эффективность диагностических исследований. М.: Медицина, 1988. 245 с.
3. Итоги деятельности учреждений здравоохранения за 2000 г. и состояние здоровья населения Томской области. Томск, 2001. 113 с.
4. Казначеев В.П. Фундаментальные закономерности динамики населения северных районов Сибири: проблемы

- перспективы // Медицинские и экологические проблемы северных районов Сибири. Томск — Стрежевой, 1998. С. 12—15.
5. Капилевич Л.В. Охрана здоровья женщин и детей малочисленных народов Севера Томской области // Здравоохранение РФ. 1998. к 4. С. 48—50.
6. Ластед Л. Введение в проблему принятия решений в медицине. Пер. с англ. М.: Мир, 1971. 282 с.
7. Хаснулин В.И. Введение в полярную медицину. Новосибирск, 1998. 337 с.
8. Eisenberg J.M. Clinical economics. A guide to the economic analysis of clinical practices. JAMA, 1989. P. 262: 2879—2886.
9. White K.L. Healing the schism. Epidemiology, medicine and public health. New York: Springer-Verlag, 1991.
10. White K.L. Healing the schism. Epidemiology, medicine and the public's health. New York: Springer-Verlag, 1991.

Поступила в редакцию 20.12.2001 г.