

## Организация выездной медицинской помощи населению северных районов Томской области

Соломатина Т.В.<sup>1</sup>, Чернова Н.А.<sup>1</sup>, Першина С.А.<sup>1</sup>, Энгель Е.Э.<sup>1</sup>, Капилевич Л.В.<sup>2</sup>

## Organization of field medical aid for the population of northern areas of Tomsk region

Solomatina T.V., Chernova N.A., Pershina S.A., Engel Ye.E., Kapilevich L.V.

<sup>1</sup> МО «Здоровье», г. Томск

<sup>2</sup> Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Соломатина Т.В., Чернова Н.А., Першина С.А. и др.

Выездная медицинская помощь является наиболее эффективной в плане обеспечения населения северных районов Томской области качественными медицинскими услугами. Развитие такой организационной формы является наиболее перспективным путем совершенствования системы здравоохранения в регионе. Наибольший эффект будет достигнут при обеспечении взаимодействия и координации деятельности территориальных лечебно-диагностических учреждений и выездных медицинских бригад. Выездные формы помощи должны дополнять деятельность районных больниц, обеспечивать доступность медицинских услуг в отдаленных районах, выравнивать качество медицинской помощи по территориям, особенно в отношении высокотехнологичных лечебно-диагностических процедур.

**Ключевые слова:** север, общественное здоровье, выездная медицинская помощь.

Field medical aid is most effective in providing the population of northern areas of Tomsk region with qualitative and accessible medical services. Development of such organization form is the most perspective way of health protection system perfection in the region. The most results will be achieved while providing the interaction and coordination of the activity of territorial treatment-and-diagnostic institutions and field medical teams. The field forms of aid should complete the activity of regional hospitals, provide the accessibility of medical services in remote areas and equalize the quality of medical aid in areas particularly regarding high-tech treatment-and-diagnostic procedures.

**Key words:** North, social health, field medical aid.

УДК 614.2 (571.16)

Население северных районов Сибири подвергается воздействию целого ряда неблагоприятных факторов как природного (климато-географические условия), так и антропогенного (экологическое неблагополучие, загрязнение окружающей среды в результате деятельности нефтегазодобывающей отрасли, вредные условия труда и др.) происхождения [2, 5, 7]. В современных экономических условиях ситуация усугубляется снижением доступности медицинской помощи для населения севера [1, 3, 4, 6]. Орга-

низационная недоступность связана с тем, что вся система здравоохранения на севере создавалась по аналогии с таковой в центральных районах страны и привязывалась к поселкам и городам, в которых фактически проживает меньшая часть населения региона. К организационной недоступности относится и высокая текучесть медицинских кадров. Большие расстояния, суровый климат, отсутствие дорог и надежной радиотелефонной связи ведут к недоступности географической. Отсутствие постоянного транспортного

сообщения и недостаток средств для оплаты транспорта лежат в основе экономической недоступности. Экономические условия часто не позволяют людям покидать рабочее место даже в случае крайне болезненного состояния, что обуславливает производственную недоступность, и в связи с этим обостряется проблема психологической недоступности.

Особую тревогу вызывает состояние здоровья детей и подростков. Уровень заболеваемости детей (0—14 лет) на территории северных районов в расчете на 1000 человек возрос с 956,3 в 1991 г. до 2036,2 в 2000 г. (прирост 123,3%). Сведения о состоянии здоровья этой возрастной группы крайне важны, так как она в будущем является резервом для пополнения числа рабочих, занятых в сфере профилирующих в Томской области нефтяной и газовой промышленности, что актуально в экономическом отношении, обуславливает необходимость разработки программы оздоровления населения северных регионов.

Среди всех возрастных групп во много раз возросла доля болезней эндокринной системы, онкологических заболеваний, психических расстройств, болезней системы кровообращения, осложнений беременности, родов и послеродового периода [2, 3].

В рамках настоящего исследования были организованы выезды мобильных врачебных бригад в северные районы Томской области. Обследовались жители всех возрастных категорий (дети, подростки и взрослые) 15 поселков, расположенных на реках Обь, Нюролька, Тым и Васюган. Всего за период с 2001 по 2004 г. было обследовано 13 236 человек (в том числе 2 770 женщин и 1 860 детей).

Выезды совершались ежегодно в весенне-летний период. В состав бригады входили квалифицированные специалисты: терапевт, невропатолог, окулист, кардиолог, хирург, отоларинголог, гинеколог. Бригады оснащались современной диагностической аппаратурой, позволяющей проводить исследование состояния сердечно-сосудистой системы, УЗИ-контроль органов брюшной полости (печень, почки, поджелудочная железа, желчный пузырь, органы малого таза), щитовидной железы. Спектр лабораторных иссле-

дований включал экспресс-методы оценки важнейших лабораторных, биохимических и цитологических показателей.

Для обследуемого контингента была заранее разработана диспансерная книжка, куда заносились паспортные данные пациентов и результаты диспансерного обследования специалистов того или иного профиля, включая лабораторно-инструментальные методы исследования. Пациенты, нуждающиеся в стационарном лечении либо в оперативном вмешательстве (врожденные пороки сердца, аномалии развития и т.д.), направлялись в специализированные лечебные учреждения г. Томска.

Анализ полученных результатов позволил определить основные закономерности в формировании структуры заболеваемости населения северных районов Томской области. Первое место в структуре выявленных патологий занимали эндокринные заболевания (66,5% от числа обследованных), доля которых находилась в прямой зависимости от давности проживания на севере. В общей структуре болезней эндокринной системы наиболее часто встречаются заболевания щитовидной железы (диффузное увеличение щитовидной железы — 37%; узловой зоб — 9%; аутоиммунный тиреоидит — 17%). Лабораторные анализы позволили получить аналогичную картину. У 14% обследованных отмечались нарушения гормонального баланса (Т3, Т4, ТТГ) с преобладанием гипотиреоза. У 67% обследованных наблюдалось снижение экскреции йода с мочой.

Причина такой высокой встречаемости патологии щитовидной железы связана с недостатком йода в воде и пище. Профилактика данного заболевания в северных районах является одной из самых актуальных проблем современной эндокринологии. Возможны формы профилактики массового характера (производство и реализация продуктов питания с повышенным содержанием йода — поваренной соли, специальных сортов хлебо-булочных изделий и др.). В сложных случаях показана индивидуальная профилактика — регулярный прием йодсодержащих препаратов, пищевых добавок на основе морепродуктов.

Следует отметить высокую информированность населения о факторах риска развития патологии щитовидной железы, о зобной эндемии района проживания. Однако информированность отнюдь не реализуется в виде эффективных мер профилактики. Большинство населения, зная о риске данной патологии, не принимают никаких мер (особенно это касается низкооплачиваемых категорий населения), в результате чего преобладает выраженная гипоиодурия. В то же время часть обследуемых (сюда преимущественно относятся обеспеченные слои населения) чрезмерно увлекается приемом различных пищевых добавок без консультаций и контроля со стороны врача. У них нередко выявляется гипероидурия (свыше 500 мкг/л), что также создает опасность развития осложнений.

На втором месте в структуре заболеваемости были болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (класс XIII (M)), среди которых преобладали остеохондроз позвоночника, сколиоз и артроз различной локализации (52,3% от числа обследованных). По всей видимости, это связано с условиями труда (поднятие и перемещение тяжестей, работа на открытом воздухе, длительное вынужденное неудобное положение). Профилактика данных заболеваний должна быть связана с улучшением условий труда.

Нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы страдали 50,8% обследованных. Высокую частоту встречаемости имела гипертоническая болезнь (14,5% обследованных). Вегетососудистую дистонию по гипертоническому типу (15,5% обследованных) следует рассматривать как фактор риска развития гипертонической болезни. У вахтовиков частота встречаемости данной нозологии заметно выше (23%), хотя гипертоническая болезнь, напротив, регистрировалась значительно реже (3—5%). По-видимому, это связано с более молодым возрастом рабочих-вахтовиков. В то же время высокий уровень вегетососудистой дистонии — тревожный признак, свидетельствующий о формировании факторов риска гипертонической болезни.

В патогенезе данной группы заболеваний ведущую роль играют факторы образа жизни и психоэмоционального стресса. Следовательно, для

профилактики необходимы популяризация и стимулирование здорового образа жизни, занятий спортом, избавления от вредных привычек, а также консультативная помощь психолога и психотерапевта. Важное место в профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы занимают рекреационные мероприятия — санаторно-курортное лечение, курсы восстановительного лечения в профилакториях.

Болезни нервной системы (класс VI (G)) выявлены у 28,5% обследованных. В структуре патологии преобладали сосудистые заболевания нервной системы. Основной причиной развития этой группы заболеваний являются возрастные изменения сосудистой стенки. Несомненно, определенную роль играют климатические условия северных районов, физические, психоэмоциональные перегрузки и, как следствие, нестабильность артериального давления. Выявлено много случаев, когда люди не знали о наличии у них повышенного артериального давления или длительное

время занимались самолечением гипертонической болезни. Профилактика этих нарушений в основном должна быть связана с изменением образа жизни и режимом питания.

Болезни органов дыхания (класс X (J)) диагностировались у 25,4% обследованных. В структуре выявленной патологии преобладали хронические воспалительные заболевания дыхательных путей (хронический обструктивный бронхит, бронхопневмония и др.). Вероятно, данная патология определяется природно-климатическими условиями северных районов. Профилактика их должна быть направлена преимущественно на коррекцию иммунной системы.

Болезнями органов пищеварения (класс XI (K)) страдали 35,9% обследованных. Существенное место в структуре данной патологии занимают проявления описторхозной инвазии. Однако многие исследователи [5, 7] отмечают факт резистентности аборигенного населения севера к патогенному воздействию описторхиса. В то же время среди мигрантов частота заболеваемости описторхозом была значительно выше.

Факторы риска развития болезней мочеполовой системы (класс XIV (N)), которые в северных

районах Томской области выявлялись у 22,5% обследованных, традиционно связывают с низким качеством питьевой воды. Микроэлементный состав питьевой воды на севере далек от оптимального, особенно высок уровень содержания в ней железа. Современные технологии позволяют обеспечить очистку воды, но отсутствие необходимых финансовых ресурсов делает это весьма проблематичным.

В заключение можно отметить, что обусловленный северными геофизическими и климатическими условиями обитания хронический стресс при воздействии дополнительных социальных и техногенных негативных факторов переходит в предпатологические, а затем и патологические состояния. При этом даже у молодых людей истощение резервных возможностей организма происходит очень быстро, и хронические болезни у многих жителей севера развиваются в молодом возрасте. Полученные результаты позволяют определить приоритеты в формировании системы оказания медицинской помощи населению северных районов Томской области, в реализации комплекса профилактических мероприятий.

Выездная медицинская помощь в северных районах является наиболее эффективной в плане обеспечения качества и доступности медицинских услуг. Развитие данных организационных форм, на наш взгляд, является наиболее перспективным путем совершенствования системы здравоохранения в регионе. Наибольший эффект будет достигнут при обеспечении взаимодействия и координации деятельности территориальных лечебно-диагностических учреждений и выездных медицинских бригад. Выездные формы помощи должны дополнять деятельность районных больниц, обеспечивать доступность меди-

цинских услуг в отдаленных районах, выравнивать качество медицинской помощи по территориям, особенно в отношении высокотехнологичных лечебно-диагностических процедур. Не менее важен информационный обмен между территориальными медицинскими учреждениями и выездными бригадами.

Была оценена экономическая эффективность выездного медицинского обслуживания. Несмотря на высокую (до 15%) долю командировочных и транспортных расходов, удалось вдвое увеличить финансирование на лекарственные препараты и диагностические реактивы, а также направить 15% выделенных средств на развитие материальной базы (прежде всего на покупку современного лечебно-диагностического оборудования).

#### Литература

1. Агаджанян В.В., Семенихин В.А., Федоров Ю.С., Красулина Г.П. Медико-санитарное обслуживание работающего населения // Здравоохранение РФ. 2000. < 3. С. 9—11.
2. Капилевич Л.В. Охрана здоровья женщин и детей малочисленных народов севера Томской области // Здравоохранение РФ. 1998. < 4. С. 48—50.
3. О состоянии и мерах по улучшению медицинской помощи сельскому населению Российской Федерации / Решение коллегии МЗ РФ. 22 мая 2001 г. 17 с.
4. Овчаров Е.А. Охрана здоровья нефтяников Западной Сибири в производственном объединении // Здравоохранение РФ. 1998. < 4. С. 29—31.
5. Труфакин В.А., Бабенко А.И. Медико-демографические проблемы формирования населения Сибири // Бюл. СО РАМН. 2001. < 3. С. 60—65.
6. Шевченко Ю.Л. О первоочередных мерах по развитию системы здравоохранения в Российской Федерации // Здравоохранение РФ. 2000. < 2. С. 3—6.
7. Шеенко О.Н. Состояние здоровья населения районов Крайнего Севера, проблемы и перспективы его сохранения и укрепления // Здравоохранение. 2001. < 11. С. 30—41.

Поступила в редакцию 01.10.2004 г.