

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
**«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации

НАУЧНЫЙ ДОКЛАД

ЕНАЛДИЕВА СВЕТЛАНА СЕРГЕЕВНА

Многофакторный анализ болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани у детей в Республике Северная Осетия - Алания и пути совершенствования медицинской помощи.

**Группа научных
специальностей**

Профилактическая медицина

Научная специальность

3.2.3 Общественное здоровье, организация
и социология здравоохранения.

Научный руководитель

доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой общественного здоровья
здравоохранения и социально-экономических наук,
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России
Аликова Зара Рамазановна

Владикавказ, 2024

Введение

Охрана здоровья детей является приоритетной государственной задачей, а повышение доступности и качества медицинской помощи для сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения - главной целью российского здравоохранения. Нарушения костно-мышечной системы занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости детского населения, как в Российской Федерации, так и во всем мире. В Российской Федерации ежегодно регистрируется до 55 тыс. случаев впервые выявленных ревматических заболеваний у взрослых и до 17 тыс. случаев - у детей до 17 лет.

Важность рассматриваемой проблемы определяется ростом удельного веса болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС и СТ) среди хронических неинфекционных заболеваний, высокой распространенностью практически во всех возрастных группах, прогрессирующим характером течения, приводящим к потере трудоспособности, инвалидизации и снижению качества жизни больного. Основную часть БКМС детского населения составляют: ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА), реактивные артропатии (РеА), узловатая эритема (УЭ), системная красная волчанка (СКВ), склеродермия и др. Обозначенные проблемы, связанные с БКМС и СТ, требуют определенных подходов к планированию и качественному оказанию специализированной помощи детям на региональном уровне. Это становится возможным при определении эпидемиологических, медико-социальных и экономических аспектов распространенности данной патологии.

В связи с вышеизложенным проведение исследования, направленного на разработку научно обоснованных предложений по совершенствованию организации медицинской помощи детям с БКМС и СТ представляет научный и практический интерес и определяет актуальность работы.

Цель исследования. На основе комплексного подхода изучить особенности болезней костно-мышечной системы в детской популяции

Республики Северная Осетия-Алания, научно обосновать и разработать систему мероприятий по совершенствованию ревматологической помощи детям.

В соответствии с целью исследования были поставлены следующие задачи:

1. Изучить эпидемиологические и структурные особенности болезней костно-мышечной системы среди детского населения (0-17 лет) в РСО-Алания.

2. Изучить показатели инвалидности детского населения с БКМС и СТ в РСО-Алания;

3. Провести анализ госпитализированной заболеваемости у детей по БКМС.

4. Проанализировать состояние ресурсной обеспеченности ревматологической помощи детям.

5. Определить субъективные параметры качества жизни больных ревматологического профиля среди детского населения (0-17 лет) в РСО-Алания;

6. Научно обосновать и разработать практические рекомендации по улучшению медико-социальной помощи детям с БКМС и СТ.

Материалы и методы. Для достижения цели научного исследования и решения всех поставленных задач была разработана методика, определен план и программа работы, основные этапы которой представлены на схеме

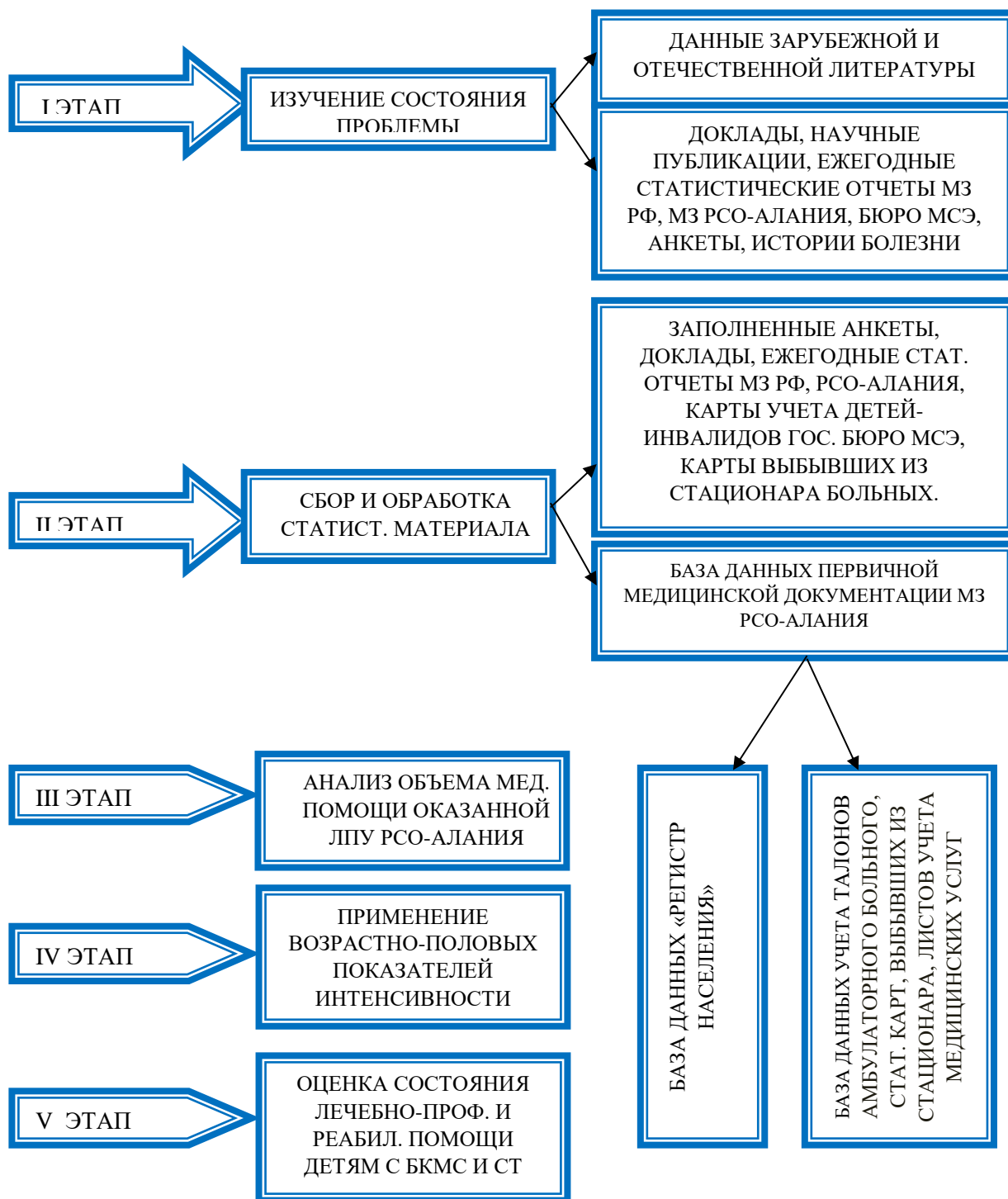


Схема: Этапы научного исследования.

Исходным материалом для разработки является первичная медицинская документация: учетная форма N 066/у-02 «Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому», отобранная за 4 равных периода времени в различные сезоны года (всего около 10 тысяч карт), а также форма № 003/у «Медицинская карта стационарного больного».

При проведении исследования были изучены и проанализированы следующие данные: отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у детей, проживающих в районе обслуживания. Проведен анализ 3633 истории болезни детей, выписанных из кардиоревматологического отделения ДРКБ (ф. - № 003/у) за период 2007-2012 гг. В разработку включены 662 карты детей с БКМС. На основании разработки «Статистических карт выбывшего из стационара» (ф. 066/у) и годовых отчетов рассчитаны относительные (интенсивные, экстенсивные показатели), средние величины, ошибки их репрезентативности, критерии степени достоверности полученных результатов Стьюдента (t), критерии достоверности различия сравниваемых величин. Показатели общей и первичной заболеваемости рассчитывались на 100 тыс., госпитализированной – на 10 тыс. населения соответствующего возраста. Величины инвалидности представлены числом впервые признанных инвалидами на 10 тыс. населения в возрасте от 0-17 лет. На основании разработки «Статистических карт выбывшего из стационара» и годовых отчетов рассчитывались показатели госпитализированной заболеваемости: уровень госпитализации, степень госпитализации, частота госпитализации по поводу данного заболевания, структура (состав) госпитализированной заболеваемости, состав госпитализированных больных по полу и возрасту, средняя длительность госпитализации. Динамические ряды анализировались с помощью расчетов темпа роста и темпа прироста.

При проведении работы были изучены и проанализированы за 2010-2022 гг. следующие данные:

- Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у детей, проживающих в районе обслуживания медицинской организации (ф. № 12);

- Отчет Государственного Бюро медико-социальной экспертизы по первичному и повторному освидетельствованию детей с БКМС в РСО-Алания (ф. № 7д);

- Сведения о медицинских кадрах (ф. № 17);

- Отчетная документация медицинской организации (ф. № 30 и №14);

- Отчет о сети и деятельности медицинских организаций (ф. № 47);

Для определения качества жизни была применена русская версия опросника SF-36 (созданная и рекомендованная Межнациональным центром исследования качества жизни), который относится к неспецифическим опросникам при проведении исследований качества жизни у различных контингентов населения.

Методом случайной выборки проведено анкетирование детей с использованием опросника MOS- SF-36. В исследование были включены 432 респондента с патологией опорно-двигательного аппарата, активно обратившихся за медицинской помощью.

При проведении анкетированной самооценки, пациенты заполняли опросники (с участием родителей и участковых педиатров), после чего проводился анализ его отдельных частей по специальным шкалам, либо по обобщающему индексу.

Опросник MOS-SF-36 является наиболее распространенным в клинических исследованиях и индивидуальном мониторинге, общим опросником качества жизни. Опросник MOS- SF-36 состоит из 36 вопросов, которые формируют 8 шкал, его вопросы формируют два компонента здоровья: физический и психологический. После проведения шкалирования результаты исследования КЖ с помощью опросника MOS- SF-36 выражали в

баллах от 0 до 100 по каждой из восьми шкал. Чем выше балл по шкале опросника MOS- SF-36, тем лучше показатель КЖ.

Научная новизна исследования: впервые в популяции детского населения дана развернутая эпидемиологическая характеристика БКМС и СТ РСО-Алания; проведено медико-географическое картографирование и ранжирование территории региона по выраженности костно-мышечной патологии среди детей как младшего, так и старшего возраста; получены данные о значимых факторах риска развития БКМС у детского населения республики; проведен факторный анализ внешних детерминантных связей, определяющих параметры заболеваемости БКМС, который позволил получить научно обоснованные подходы к совершенствованию организации медицинской помощи детям с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани с учетом региональных особенностей; обоснованы и разработаны инструктивно-методические рекомендации к организации и управлению медико-социальной помощью детям с БКМС в РСО-Алания.

Результаты собственных исследований.

Проведен сравнительный анализ распространенности БКМС и СТ в разных возрастных группах населения РСО-Алания, РФ, ЮФО и СКФО.

Показатели общей заболеваемости в РСО-Алания среди детей старшего возраста (15-17 лет) составили 248020,1 (на 100 тыс. населения) что значительно превышает показатели по РФ (17250,4) и по ЮФО (99277,4), среди детей младшего возраста (0-14 лет) также показатели в РСО-Алания (7757,7) превышают общероссийские (7659,4) и ЮФО (7326,2), при этом среди взрослой популяции показатели распространенности БКМС и СТ по РФ (13120,6) выше чем по ЮФО (10790,3), и в 2 раза превышают данные по СКФО (7429,8) и РСО-Алания (6039,0).

Повозрастной анализ динамики общей заболеваемости в РСО-Алания за 2011-2022 гг. позволил выявить рост показателей среди детей старшего возраста (15-17 лет), их снижение среди детей младшего возраста (0-14) и во

взрослой популяции. За анализируемый период (2011-2022 гг.) общая заболеваемость БКМС и СТ среди подростков выросла на 25,2 % (с 14917,6 в 2011 г. до 18679,2 в 2022 г. на 100 тыс. соответствующего населения), тогда как среди детей (0-14 лет) отмечено снижение данного показателя на 25,2 % (с 7567,5 до 5658,5 соответственно). Также снижение показателя (на 19,9 %) произошло среди взрослой популяции (с 5561,4 в 2011 г. до 4453,5 в 2022 г. на 100 тыс. взрослого населения). Следует обратить внимание на снижение во всех возрастных группах показателей первичной заболеваемости БКМС у детей.

В структуре общей заболеваемости болезни костно-мышечной системы среди детского населения (от 0-14 лет) в РСО-Алания все годы стабильно занимали 3-е ранговое место среди всех регистрируемых классов болезней, а в 2022 г. сместилась на 4-е место и составили 4,1%. Первое место принадлежит болезням органов дыхания (58,7 %), второе - болезням глаза и придаточного аппарата (6,3%); на третьем месте - болезни кожи и подкожной клетчатки (4,7%). При этом в структуре общей заболеваемости среди подростков (15-17 лет), по всем регистрируемым классам в 2022 г. БКМС заняли второе ранговое место, доля их составила 10,2%, на первом месте - болезни органов дыхания (43,2%); третьем – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (9,9%).

Проведенный нами анализ динамики общей и первичной заболеваемости в РСО-Алания, г.Владикавказ и в районах республики в разных возрастных группах выявил характерные территориальные особенности. В двух из восьми районах республики зафиксировано повышение общей заболеваемости (в Ардонском +72,0% и Кировском +29,7%). В остальных районах наблюдается его снижение, наибольшее снижение отмечается в Дигорском и Ирафском районах (-85,3% и -60,0% соответственно). В Ардонском и Кировском районах регистрируется повышение первичной заболеваемости, в шести остальных районах –

снижение. Наибольшее повышение - в Ардонском районе +169,9%, а наибольшее снижение зафиксировано в Дигорском районе -92,4%.

При этом среди подростков (15-17 лет) общее количество зарегистрированных больных с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани в РСО-Алания и в г.Владикавказ повысилось, темп прироста составил +25,2% и +23,7% соответственно. В пяти из восьми сельских районов отмечается рост показателей. Наибольший рост зафиксирован в Кировском районе (+362,5%), в Моздокском районе (+72,8%) и Ардонском районе (+67,4%). В Алагирском, Дигорском и Пригородном районах отмечается снижение уровня общей заболеваемости -67,6%, -64,3% и -3,6% соответственно.

В показателях первичной заболеваемости БКМС и СТ, среди подростков 15-17 лет отмечается снижение как в РСО-Алания (-22,0%), так и в г.Владикавказ. Результаты анализа первичной заболеваемости БКМС среди данного контингента больных позволили выделить сельские районы с наиболее высокими уровнями показателей: Кировский, Ардонский и Ирафский. При этом в Алагирском, Правобережном, Дигорском, Моздокском и Пригородном районах отмечается снижение впервые выявленной заболеваемости среди подростков (15-17 лет на 100 тыс. населения).

Сравнительный анализ заболеваемости детей БКМС среди городского и сельского населения показал, что в Республике Северная Осетия-Алания за период (2011-2022 гг.) зафиксированы высокие показатели как общей, так и первичной заболеваемости БКМС и СТ среди детского населения (0-17 лет), как в городских, так и в сельских поселениях. При этом показатели заболеваемости и распространенности среди детей в городских поселениях выше, чем в сельских. Данное явление может быть связано с доступностью специализированной медицинской помощью; грамотностью (осведомленностью) населения; с загрязнением окружающей среды промышленными отходами (соли тяжелых металлов).

С целью выявления контингента детей-инвалидов по возрастнополовому составу и месту жительства нами собраны, обработаны и проанализированы сводки Государственного Бюро медико-социальной экспертизы по РСО-Алания, отражающие количественный и возрастнополовой состав детей-инвалидов по XIII классу классификации болезней - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Всего было изучено 3014 актов первичного освидетельствования детей. В разработку включены 188 карт детей-инвалидов по БКМС, из них:

- мужского пола 61 чел. (32,4%); женского пола 127 чел. (67,6%);
- городское поселение 115 чел. (61,2%); сельское поселение 73 чел. (38,8%);
- по возрастным группам: 0-3лет - 14 чел. (7,4%), 4-7лет – 28 чел. (14,9%), 8-14лет – 97 чел. (51,6%), 15-17лет – 49 чел. (26,1%).

В Республике Северная Осетия-Алания отмечается рост первичной инвалидности среди детского населения (0-17 лет) вследствие БКМС на 200,0 %. Пик уровня первичной инвалидности (на 10 тыс. соответствующего населения) зафиксирован в 2015 г. (2,0). В структуре детской первичной инвалидности среди общего количества инвалидов от всех причин БКМС и СТ стабильно занимают 5 ранговое место и превышают данные РФ (1,3 на 10 тыс. детей от 0-17 лет). Число детей-инвалидов городского поселения (61,2 %) превалирует над сельским (38,8 %). Инвалидность чаще фиксировалась у девочек (67,6 %), чем у мальчиков (32,4 %). В возрастной структуре инвалидности превышают дети в группе (8-14 лет) и составляют 51,6 %. В структуре повторно-признанных инвалидами за анализируемый период БКМС увеличились на 1,4 %.

На основании изучения первичной медицинской документации кардиоревматологического отделения (истории болезни детей, учетная форма №066/у-02 «Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания») проведен анализ показателей, характеризующих динамику,

структуру и возрастно-половые особенности болезней костно-мышечной системы среди детского населения РСО-Алания (0-17 лет).

Госпитализация детей с БКМС и СТ осуществлялась в кардиоревматологическое отделение РДКБ на 28 коек, существовавшее в РСО-Алания с 2004 г. по 2012 г. С 2012 г. в ДРКБ функционирует ревматологическое отделение на 5 коек.

Согласно среднемноголетним значениям в структуре госпитализации детей (от 0-17) лет с БКМС в ДРКБ наиболее высокий удельный вес имеют реактивные артропатии (РеА) (53,5%) и ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) (35,2%). Склеродермия составила 11,3,0%, узловатая эритема -7,0%, системная красная волчанка (СКВ) – 2,8%. На другие нозологические формы приходится 5,6%. Отмечается значительный рост уровня госпитализации с ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА), составивший 2,9 на 10 тыс. детского населения. Темп прироста показателя достиг 70,6%. Вместе с тем все годы наиболее высокими показателями госпитализации отличались реактивные артропатии.

В возрастной структуре госпитализированных с БКМС и СК превалируют дети в возрасте 8-14 лет. Отмечается рост госпитализации детей (от 0-17 лет) из сельских районов. Девочки госпитализируются чаще, чем мальчики того же возраста.

Выявлена сезонность госпитализации, пик которой приходится на осенний и весенний периоды. Выявленные закономерности в госпитализации детей по поводу БКМС и СТ полностью коррелируются с литературными данными, указывающими на обострение хронической патологии БКМС и СТ в осенне-весенний сезон.

При планировании стационарной помощи общепринятым измерителем является «больничная койка», а измерителем потребности населения в стационарной помощи принято считать число коек на 10000 обслуживаемого населения. При составлении территориального плана здравоохранения следует учитывать характер и особенности местных условий, которые могут

значительно изменить потребности населения в медицинской помощи, в частности потребность детей 0-17 лет в стационарной помощи. При определении потребности в больничных койках исходным является фактический объем стационарной помощи, определяемый как процент случаев госпитализации населения или процент отбора на койку из числа обратившихся за медицинской помощью, составляющий 18-20%.

Нами проведены расчеты необходимого количества коек для лечения детей с БКМС, с учетом уровня госпитализации с данной патологией в РСО-Алания, данных о средней длительности лечения, среднего числа дней работы ревматологической койки в году.

Потребность населения в стационарной помощи определялась по формуле: $K = \frac{A \cdot R \cdot P}{D \cdot 100} = \frac{916,7 \cdot 2,9 \cdot 16,1}{340 \cdot 100} = 1,3$ на 10 тыс. детского населения от 0-17 лет.

где А – уровень заболеваемости (на 10000 населения);

Р – процент отбора больных на госпитализацию;

Р – средняя длительность пребывания больного на койке;

Д – среднегодовая занятость койки (число койко-дней).

Расчеты показали, что для обеспечения специализированной ревматологической больничной помощью 163852 человека (детей от 0-17 лет) республики необходимо иметь: $163852/10000 \cdot 1,3 = 21,3$ коек. Дефицит составляет 16,3 коек.

Несмотря на существующий дефицит ревматологических коек с 2013 гг. в республике функционируют только 5 самостоятельных ревматологических коек, составляющие 0,8 % от детского коечного фонда республики. О востребованности детских ревматологических коек в РСО-Алания свидетельствует показатель занятости койки в году, составивший 390,6 дня, значительно превышающий нормативные значения. Оборот койки составил 25,3, а средняя длительность пребывания на койке - 15,5 дня. В динамике интенсивность использования коечного фонда вырьировала и показатель

занятости койки в году достигал максимальных значений до 390 дней в году, значительно превышающий нормативные значения. Результаты нашего исследования выявили достаточно большой процент госпитализации детей с болезнями костно-мышечной системы на непрофильные койки, достигающий 61,8 %. Полученные данные свидетельствуют о высокой востребованности в республике в детских ревматологических койках, обусловленной распространенностью патологии костно-мышечной системы и соединительной ткани среди детей.

С учетом высокой заболеваемости и востребованности в госпитализации детей по поводу БКМС и СТ актуальным является рациональное планирование соответствующего коечного фонда. Выделение самостоятельных детских ревматологических коек позволит обеспечить доступность специализированной медицинской помощи детскому населению и повысить качество лечения больных. При этом обращает на себя внимание низкий процент госпитализации детей на специализированные койки по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани. Данная работа должна проводиться в амбулаторно-поликлинических условиях, в которые обращаются больные. Реализация таких подходов по организации ревматологической помощи детскому населению связана в значительной степени с развитием стационарозамещающих технологий, подразумевающих организацию дневных стационаров для данной категории больных в поликлиниках и больничных учреждениях.

Внедрение стационарозамещающих форм медицинской помощи позволяет здравоохранению достичь высокой медицинской, а также экономической эффективности обслуживания больных ревматологического профиля.

Для достижения высокого качества оказания ревматологической помощи следует привести объемы стационарной помощи в соответствие с потребностями республики. С целью определения необходимого объема медицинской помощи детскому населению РСО-Алания при БКМС и СТ нами

проведены расчеты потребности в организации дневных стационаров при медицинских организациях.

Согласно нашим расчетам в РСО-Алания для оказания стационарной помощи детям от 0 до 17 лет с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани имеется 0,3 койки на 10 тыс. населения, тогда как для удовлетворения потребности детского населения в стационарной помощи необходимо иметь 1,3 коек на 10 тыс. населения. В связи с этим, с учетом современных тенденций по сокращению общего числа больничных коек, нами предпринята попытка формирования коечного фонда. В предлагаемой нами схеме распределения недостающих коек основной акцент сделан на расширении коек дневных стационаров.

Необходимость данного подхода объясняется также тем, что, несмотря на высокую востребованность детских ревматологических коек в республике, койки дневных стационаров для данной категории больных при поликлиниках отсутствуют. С учетом этого предполагается организация дневных стационаров (ДС) ревматологического профиля в амбулаторно-поликлинических учреждениях РСО-Алания. При распределении коек ДС при детских поликлиниках г. Владикавказа, а также в поликлиниках ЦРБ и районных больниц необходимо учитывать уровень заболеваемости и численность обслуживаемого детского населения республики.

Наряду с этим целесообразно усилить ревматологическое отделение ДРКБ еще на 5 коек, что повысит доступность ревматологической помощи для населения г. Владикавказа и сельских районов, особенно для больных с острой и тяжелой формами патологии опорно-двигательного аппарата.

Актуальным является определение необходимого числа врачебных кадров по ревматологии для полного удовлетворения потребностей детского населения в данном виде специализированной помощи. В результате исследования выявлена необоснованная тенденция к снижению числа должностей врачей ревматологов, что никак не согласовывается с ростом заболеваемости населения и возрастающей, в связи с этим, потребности в

ревматологической помощи. Одним из главных вопросов ревматологической службы в этих условиях является обеспечение подготовки детских ревматологов.

Учитывая высокий уровень распространения данной патологии среди детского населения РСО-Алания, следует с особой осторожностью относиться к врачебным должностям ревматологов, создавать условия для их работы, а также необходимо обратить внимание на вопросы совместительства, позволяющие часто дробить должности до 0,5 ставок, что негативно отражается на качестве оказания необходимой медицинской помощи данному контингенту больных. Желательным является, чтобы врач-ревматолог занимал не менее 0,5 врачебной должности.

Результаты исследования показывают, что подавляющее большинство детей с патологией костно-мышечной системы наблюдаются у педиатров, ортопедов, а также у врачей ревматологов, обслуживающих взрослое население. Данное положение подтверждается отсутствием детских врачей ревматологов для осуществления необходимого объема диспансерной работы с детьми (от 0-17 лет), страдающими БКМС, состоящими на диспансерном учете в РСО-Алания.

Результаты нашего исследования позволяют рекомендовать МЗ РСО-Алания выделить 3,0 должности детских ревматологов, врача методиста и среднего медицинского работника в помощь главному внештатному ревматологу республики по детству, что позволит на более высоком уровне проводить профилактические осмотры с целью раннего выявления детей с патологией опорно-двигательного аппарата, диспансеризацию, своевременное лечение, госпитализацию и организационно-методическую работу в детских ЛПУ. Основными направлениями данной работы должны стать: повышение квалификации врачей-педиатров и ревматологов; организация научно-практических конференций, семинаров; улучшение диспансерной работы среди детского населения; улучшение качества лечебно-диагностической работы; совершенствование традиционных и внедрение в практику новых

методов диагностики и лечения детей с болезнями костно-мышечной системы, разработка методических рекомендаций, а также информационное обеспечение ЛПУ; анализ ревматологической помощи детскому населению республики; повышение санитарной грамотности населения.

Таким образом, материалы нашего исследования убеждают в необходимости внесения существенных корректив при планировании развития детской ревматологической помощи в современных условиях.

Предлагаемые нормативы – ориентиры больничной (5,0 коек на 10 тыс. населения в год) и внебольничной помощи (109 посещений на 1000 населения в год, включающей диспансеризацию, лечебно-консультативную и консультативную помощь врача-ревматолога), можно рассматривать как ориентиры для обоснования развития ревматологической помощи, особенно в связи с современными условиями формирования здоровья детского населения и его прогнозированием.

Актуальным становится вопрос о создании самостоятельного лечебно-диагностического центра по ревматологии для детского населения РСО-Алания, как структурного подразделения ДРКБ. Ревматологический центр детского профиля с соответствующим оборудованием и лабораторной службой позволит более эффективно осуществлять диагностику и лечение подрастающего поколения с патологией опорно-двигательного аппарата.

В настоящее время актуальной проблемой является организация медицинской помощи детям с ревматическими заболеваниями на уровне первичного звена здравоохранения - в детских городских поликлиниках. В связи с этим наши исследования обосновывают создание единой структуры, объединяющей в многопрофильной больнице амбулаторно-поликлинический и стационарный этапы, в организационном и клинико-диагностическом аспектах, поддерживаемые научно-исследовательской лабораторией, а также усиления горизонтальных связей в работе различных лечебно-профилактических учреждений административного территориального округа

разработана Организационная модель детского Республиканского Центра ревматологии и артрологии (рис. 1).

Основной принцип, который был заложен в создании этой модели - обеспечение детского населения Республики Северная Осетия-Алания бесплатной, доступной, качественной ревматологической помощью.

По нашему мнению, помощь детям с БКМС и СТ должна оказываться в условиях государственного учреждения здравоохранения, которое имеет возможности для обеспечения на высоком уровне специализированных медицинских услуг в полном объеме (при необходимости на уровне хирургических вмешательств). Предлагаемая модель способствует сохранению основных принципов в организации специализированной медицинской помощи детям с патологией опорно-двигательного аппарата, разработанных учеными республики, заключающихся в этапности лечения (поликлиника – стационар – реабилитационное отделение – санаторий).

Центральным звеном разработанной нами модели является Центр детской ревматологии и артрологии, либо самостоятельный, либо в рамках многопрофильных клинических больниц (рис. 1).

Целесообразно создавать Центры на базе лечебных учреждений уже имеющих достаточно хорошо оснащенную базу для проведения диагностических и лечебных мероприятий. Последнее обстоятельство позволит начать работу подобных центров быстро и без больших финансовых затрат со стороны органов здравоохранения.

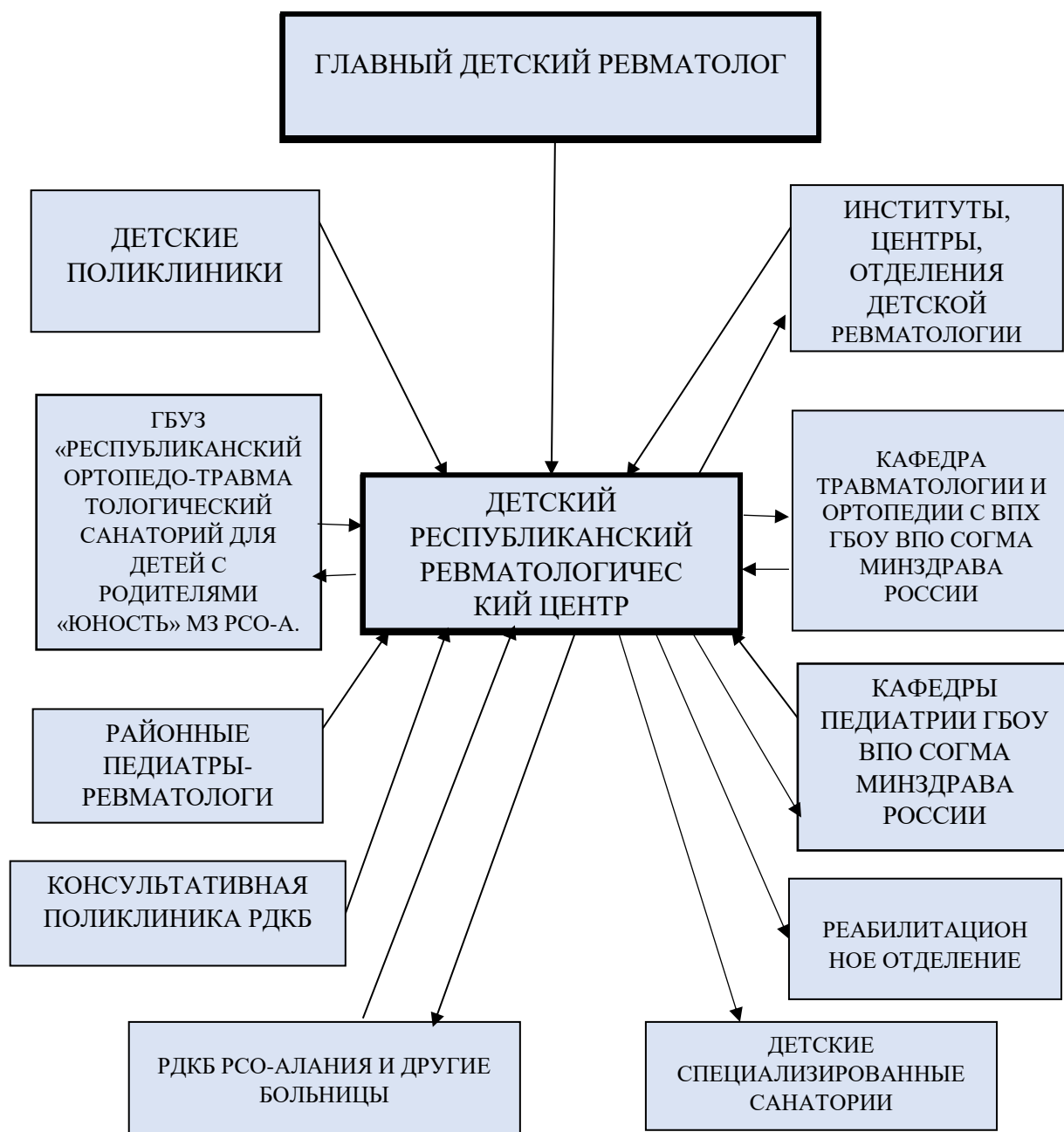
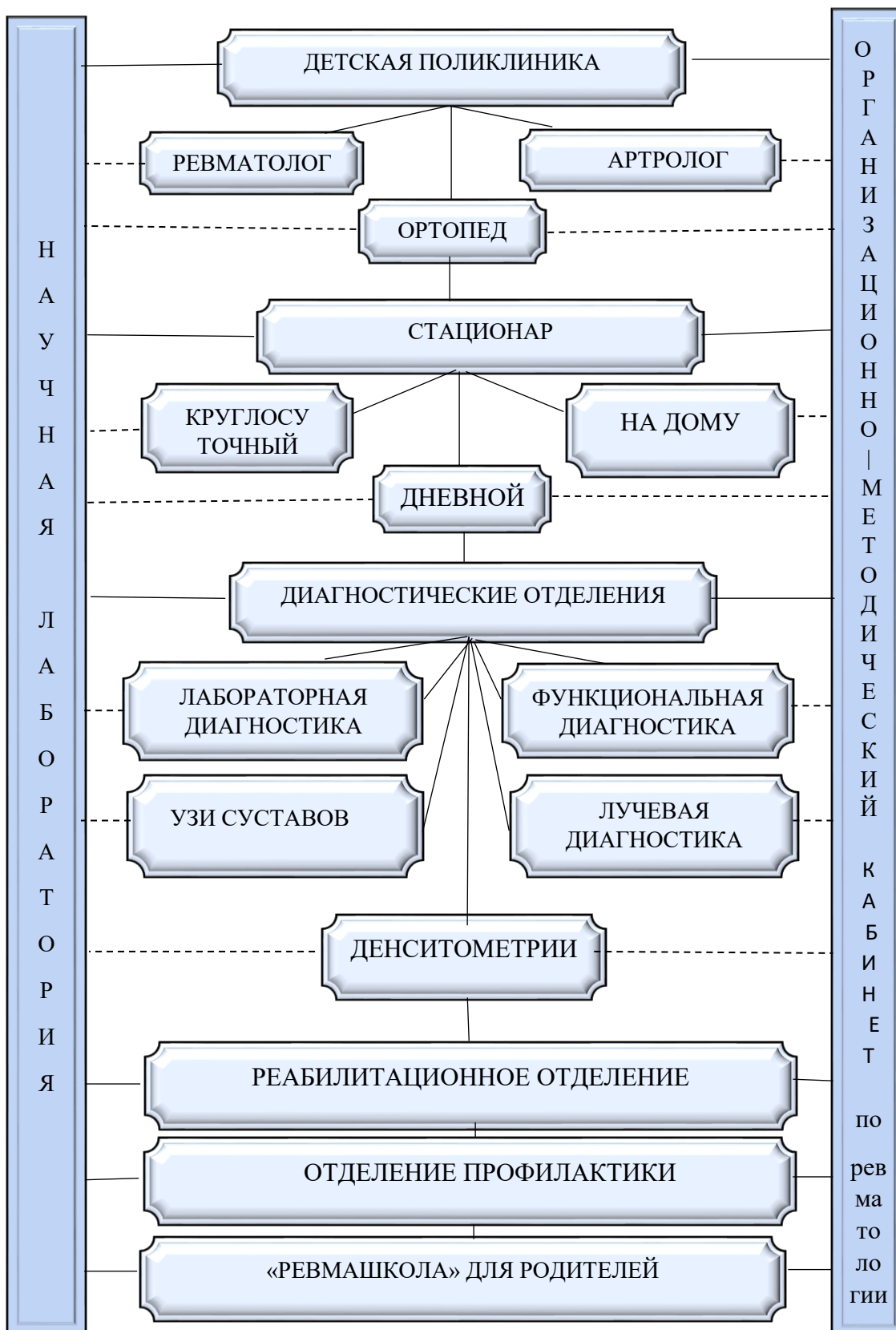


Рисунок 1. Схема организационной модели

Итак, основными задачами центра являются: стационарное лечение детей с ревматическими заболеваниями, консультации больных, диспансерное наблюдение, обучение больных и их родителей, повышение квалификации врачей по диагностике и лечению ревматических заболеваний, организационно–методическая работа по анализу эпидемиологической ситуации и качеству медицинской помощи детям с ревматическими заболеваниями в городах и районах республики, отбор и направление больных в федеральные центры.

Рисунок 2. Структура детского ревматологического Центра.



В соответствии с основными задачами Центр должен выполнять ряд функций:

- разработка и внедрение мероприятий по совершенствованию организации профилактики, ранней диагностики, эффективного лечения, диспансеризации и реабилитации, детей с ревматическими заболеваниями.

- оказание квалифицированной консультативно-лечебной помощи детям с патологией опорно-двигательного аппарата, а также консультативной помощи ревматологам и врачам смежных специальностей.

- диспансерное наблюдение за группой детей особо тяжелыми системными ревматическими заболеваниями, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях по месту жительства.

- осуществление постоянной связи с органами и учреждениями трудовой экспертизы и социального обеспечения с целью рационального трудоустройства и медико-социальной реабилитации детей с РЗ.

- участие в разработке и осуществлении мероприятий по медико-социальной реабилитации детей с ревматологическими заболеваниями.

- организация и проведение санитарно-просветительной работы среди населения по соблюдению здорового образа жизни, профилактике ревматических заболеваний.

- анализ состояния медицинской помощи детям с РЗ, качества диагностики, лечения и диспансерного наблюдения за ревматическими больными и разработка предложений по его улучшению для органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

- внедрение в практику ревматологических отделений, кабинетов новых методов, форм организации, современных технологий диагностики и лечения ревматологических больных.

- координация деятельности детских амбулаторно-поликлинических и стационарных ревматологических подразделений.

- участие в работе по усовершенствованию врачей-ревматологов детского профиля и врачей других специальностей в области ревматологии, в работе аттестационных комиссий органов управления здравоохранением.

- определение потребности, участие в составлении заявок и распределении фондов на лекарственные препараты и медицинскую технику структурным подразделениям детской ревматологической службы.

- участие в разработке нормативных правовых актов местных органов управления здравоохранением, территориальных стандартов объема и качества медицинской помощи детям с заболеваниями костно-мышечной системы, базовых программ обязательного медицинского страхования, территориальных целевых программ по ревматологии.

- создание организационно-методических отделов в подобных структурах дает возможность расширять круг знаний врачей и пациентов о патологии и, будет способствовать успешному лечению, профилактике и реабилитации больных.

Оценка качества жизни детей.

Хроническое, рецидивирующее течение заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани у детей приводит к детской инвалидности, ухудшению нервно-психического здоровья и физического развития детей. Страдает качество жизни.

Существующие проблемы требуют непрерывного мониторинга здоровья детского населения с использованием методов комплексной оценки, в том числе изучения качества жизни. Включение оценки качества жизни (КЖ) в программу обследования позволяет получить интегральную характеристику физического, эмоционального и социального функционирования ребенка. Важное значение приобретают исследования качества жизни детей с хронической патологией, позволяющие акцентировать внимание врача на наиболее проблемных возрастных группах и обеспечить полноценное динамическое наблюдение и своевременную коррекцию лечебной тактики. Результаты исследований качества жизни детей, проведенных в отдельных

регионах, могут стать ценным материалом для разработки перспективных программ развития детского здравоохранения с учетом специфики конкретной территории.

С целью изучения качества жизни детей с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани проведено анкетирование.

Исследование проведено среди 432 детей 6-17 лет с болезнями костно-мышечной системы на базе кардиоревматологического отделения Республиканской детской клинической больницы и детских поликлиник Республики Северная Осетия-Алания. Использована русская версия опросника SF-36, включающая 11 вопросов. Физическое и эмоциональное состояние исследовано в 4 возрастных группах: 6-8 лет (8,56 %), 9-11 лет (20,14 %), 12-14 лет (35,65 %), 15-17 лет (35,65 %). Средний возраст детей составил $13,06 \pm 3,9$ лет. Выявлено значительное влияние ревматических заболеваний на параметры качества жизни больных: страдает физическое, психологическое состояние детей, нарушается социальная адаптация. По результатам оценки своего здоровья наиболее проблемной возрастной группой являются дети 15-17 лет, характеризующие свое состояние как посредственное (35,1%). Особого внимания требует факт отсутствия улучшения состояния здоровья в течение года у значительной доли больных (65,3%). Полученные результаты свидетельствуют об ограничении физического состояния здоровья респондентов в 78,5 % случаев, наиболее заметное в старшей возрастной группе 15-17 лет. Выявлена прямая корреляционная связь увеличения болевого синдрома с возрастом больного. Во всех возрастных группах отмечается снижение эмоционального состояния, нарастающее с возрастом. Показатели физического компонента здоровья во всех возрастных группах достоверно ниже психического. Существенных половых различий в оценке качества жизни респондентами нет. Показатели качества жизни детей характеризуются в целом как низкие и не достигают по 100-бальной шкале 50 баллов.

Выявленные проблемные возрастные группы, требуют повышенного внимания со стороны педиатрической службы республики. Тревогу вызывает нарастание негативной симптоматики в старших возрастных группах. Результаты исследования указывают на необходимость усиления внимания диспансерной работе с данным контингентом больных на ранних этапах заболевания.