

УДК 614. 253.1/254.3/254.7

**ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА В ГОРОДСКИХ
И СЕЛЬСКИХ ОБЩИХ ВРАЧЕБНЫХ ПРАКТИКАХ****Авершина Е.М., Архипова Е.А.***Государственный медицинский университет, Курск, e-mail: avrora2226@mail.ru*

В статье проведен сравнительный анализ деятельности общих врачебных практик с населением пожилого и старческого возраста в городе и селе. Ввиду приоритета профилактической работы амбулаторно-поликлинических служб особое внимание уделяется качеству диспансерного наблюдения. Изучены данные учетно-отчетной документации. Представлен анализ объемов деятельности ВОП с населением старших возрастных групп. Изучены показатели частоты приема ВОП населения старшего возраста, распределения приема пожилых лиц по основным видам нозологий, заболеваемость лиц пожилого и старческого возраста, показатели диспансерного наблюдения, частота госпитализации прикрепленного населения пожилого и старческого возраста. Изучены показатели эффективности диспансерного наблюдения ВОП в городе и селе. Обоснована потребность в профилактической работе ВОП в сельской и городской местности.

Ключевые слова: служба врачей общей практики, амбулатория общей врачебной практики, лица пожилого и старческого возраста

**MANAGEMENT OF SENIOR AGE PATIENTS IN URBAN
AND RURAL GENERAL PRACTICE****Avershina E.M., Arkhipova E.A.***State Medical University, Kursk, e-mail: avrora2226@mail.ru*

The article includes the analysis of the general practices in towns and villages with population of elderly and senile age people. The records and reports are examined. The article represents the analysis of general practitioners working with population of older age groups. The article includes the examination results showing how often older age people visit general practitioners as well as distribution of visits by types of nosologies, morbidity of elderly and senile age people, success rate of dispensary observation and hospitalization frequency of linked elderly and senile age people. The article also justifies the demand in preventive work in villages and towns that shall be carried out by the general practitioners.

Keywords: general practitioner service, general practice clinic, people of elderly and senile age

Этапный процесс реорганизации оказания медицинской помощи по принципу общей врачебной практики (семейной медицины), начатый в 1992г., был ориентирован на подготовку специалистов, способных самостоятельно оказывать многопрофильную амбулаторную помощь при наиболее распространенных заболеваниях и неотложных состояниях разным группам населения. К 2017 г. государственный проект считается завершенным, что предоставляет возможность оценить промежуточный результат эффективности работы врача общей практики, ее медицинскую и социальную составляющие. Сообразно демографической тенденции лица старшего возраста составляют основной контингент пациентов врача общей практики (ВОП) как в центрах оказания многопрофильной помощи, так и в условиях врачебной амбулатории [1]. Динамика состояния здоровья населения старшего возраста, в том числе и сельского, имеет негативную направленность, поэтому работа ВОП с пожилым населением становится первостепенной [2,3].

Цель исследования. Оценка особенностей ведения пациентов старшего возраста

врачом общей практики в городской и сельской местности.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ данных учетно-отчетной документации ВОП по работе с пожилым и старым населением. Базы исследования – отделение общей врачебной практики (ОВП) в городе и амбулатория ОВП в селе. Полученные данные систематизированы и сравнены между собой.

**Результаты исследования
и их обсуждение**

Изучение распределения прикрепленного к общим врачебным практикам контингента по возрастным группам необходимо для определения перспектив роста населения, воспроизводства трудовых ресурсов, анализа данных о заболеваемости и смертности. Уровень старения населения влияет на процессы воспроизводства населения, характер патологии и распространенность хронических заболеваний, величины потребности населения в медицинской и социальной помощи. Число лиц пожилого и старческого возраста, обслуживаемых врачами общей практики в сельской местности и городе, было соизмеримо высоким

(34,8% и 30,2% соответственно от общей численности прикрепленного населения). Демографическое старение (увеличение пожилых людей в общей численности населения) в популяции измеряется по шкале Ж. Божье-Гарнье-Э. Россета – определяется доля лиц в возрасте 60 лет и старше. Страны, в которых доля лиц в возрасте 60 лет и старше составляет свыше 18%. во всем населении, относятся к очень высокому уровню демографической старости. Интерполируя данный показатель на изучаемый контингент, можно сделать вывод, что обе общие врачебные практики соответствовали очень высокому уровню демографической старости.

С социально-экономической точки зрения важно не только определение доли лиц старшего возраста, но и выделение в составе населения трех основных возрастных групп (по участию населения в трудовом процессе). Так как к общим врачебным практикам в городе и сельской местности относилось и детское население, изучали общие структурные сдвиги, ассоциированные с возрастом, рассчитывали удельный вес лиц в возрасте 0–14, 15–19, 50 лет и старше. По показателям удельного веса различных возрастных групп в общей численности населения городская ОВП соответствовала стационарному типу населения, сельская – регрессивному.

Наибольшее количество населения старшего возраста в обеих группах отмечалось в возрастном диапазоне 60–64 года – 64,8% и 41,39%, с преобладанием в городской общей врачебной практике. Возрастная группа населения 71–74 лет в городской ОВП отсутствовала, в сельской местности – составляла 2,3%. В отличие от результатов в группе пожилых, доля лиц в возрасте 75–80 лет в городе и селе составил 13,7% и 23,8% соответственно, 81–89 – 2,7% и 5,7% соответственно. Следовательно, с увеличением возраста пациентов, в сельской местности число старых людей становится значительно больше, чем в городе, что свидетельствует о более длительном периоде дожития у селян, по сравнению с городским населением [1]. При изучении гендерной структуры исследуемого населения установлено, что в группе 75–80-летних селян численно преобладали мужчины, в остальных возрастных группах обеих ОВП – женщины.

Определение врачом общей практики рациональной тактики ведения пожилого больного (стационар круглосуточного пребывания, стационар на дому, дневной ста-

ционар, поликлиника) представляет серьезную проблему, постоянно возникающую в гериатрической практике. Врачу необходимо учитывать возможность использования оптимального и адекватного объема диагностического и терапевтического процесса, ориентируясь при этом не только на проявления заболевания, но и возрастной аспект, а также на такие социальные компоненты, как условия проживания прикрепленного населения. Установлено, что доля расширенных семей в сельской местности была 12,8%, в городе – 1,2%, нуклеарных семей в сельской местности – 38,6%, а в городе – 9,2%. Данные показатели врачу общей практики следует учитывать при организации такой стационаророзмещающей технологии как стационар на дому, патронажа, при планировании взаимодействия с социальными службами.

Доступность медицинской помощи, как показатель качества оказания первичной медико-санитарной помощи, для лиц старших возрастных групп во многом зависит от территориального приближения и напрямую связана с удалением их места жительства от лечебного учреждения, так как для этой категории пациентов характерно снижение мобильности, особенно в период заболевания. Значительная удаленность места жительства пожилых и старых больных от лечебного учреждения может привести и к запаздыванию необходимой медицинской помощи не только при хронических заболеваниях, но и неотложных ситуациях. Значимо большая территория обслуживания ВОП в селе, чем в городе (27 км² и 3 км² соответственно), низкая плотность населения в разных его частях, которая отличается в десятки раз, несомненно, снижает уровень посещаемости сельских жителей, увеличивая тем самым число консультаций пожилых пациентов на дому (14% против 11,9% в городе) [1]. Нагрузка вызовов на дом в сельской местности возрастает, в основном, за счет пациентов с хроническими заболеваниями, такими как ИБС, артериальная гипертензия, церебро-вазкулярные заболевания (10,1%, 32,2% и 19,8% соответственно). Примечательно, что в 66,2% случаев вызовы на дому к сельским жителям были не одноразовыми, а повторными (2–3 раза к одному и тому же пациенту по одному случаю заболевания), а в городе повторные вызовы отмечены значительно реже, только в 28,4% случаях. Следовательно, в сельской местности территориальная отдаленность пациентов старших возраст-

ных групп в определенной мере может компенсироваться увеличением уровня обслуживания на дому данного контингента.

По данным ЕМИС, основная категория пациентов пожилого и старческого возраста – больные, обращающиеся за медицинской помощью терапевтического профиля – 75% – в городской ОВП и 70% – в сельской ОВП. Первое ранговое место в причинах обращений терапевтического профиля в обеих группах (76% и 70%) были связаны с патологией сердечно-сосудистой системы, при этом в городе обращаемость за год была выше, чем в сельской местности (56% и 40% соответственно). Вторую по числу посещений группу в сельской ОВП составляют пациенты эндокринологического профиля (больные сахарным диабетом) – 15%, в то время, как в городе этот показатель составил всего 8%. Обосновать выявленные отличия можно тем, что в городских условиях пациентов с сахарным диабетом ведут эндокринологи, чем, по всей видимости, пользуются ВОП. В городской ОВП второе место по числу обращений принадлежало пациентам пульмонологического профиля – 14% против 10% в сельской ОВП. При этом различий в количестве пожилых больных пульмонологического профиля в городских и сельских ОВП не выявлено, что может свидетельствовать о большей приверженности городских жителей с пульмонологической патологией к лечебному процессу. Возможность «самонаправления» городских пожилых пациентов к специалистам уменьшало частоту больных со смежной патологией на приеме ВОП – 3% в городе и 5% в селе. Большая часть патологии неврологического профиля (20% от всех посещений) в сельской ОВП обусловлена остеохондрозом позвоночника с выраженным болевым синдромом (90%). В городе из 17% от всех обращений в практически равных соотношениях зафиксированы диагнозы: остеохондроз с умеренным болевым синдромом, динамическое наблюдение после ОНМК, дисциркуляторная энцефалопатия. Обращаемость пациентов хирургического профиля в обеих ОВП ограничено низкой как в городе, так и в селе (3% и 2,8% соответственно), процент травматологических больных выше в сельской местности (1% и 2% соответственно), отмечается сезонный характер травматизма. Уровень посещений по поводу смежных специальностей (офтальмологии, оториноларингологии) низкий в обеих общих врачебных практиках, с преобладанием в сельской ОВП – 3,1%

и 5,3% соответственно. Обосновать полученные результаты можно тем, что городе, при наличии возможностей оказания многопрофильной помощи, жители самостоятельно обращаются к специалисту, в то время как в сельской местности ограничено самообращение пациентов в иные медицинские учреждения, поэтому ВОП решает многие вопросы самостоятельно. В течение года люди старшего возраста достоверно активнее посещали ВОП в городе, чем в селе ($4,7 \pm 2,1$ и $1,3 \pm 0,9$, $p \leq 0,05$). В условиях сельской местности жители ограничивают себя в посещении врача ввиду удаленности расположения ОВП и снижения возможности передвижения лиц старшего возраста. В течение года городские жители пожилого и старческого возраста посещали ВОП в равной степени по поводу дестабилизации хронического заболевания, выписки рецептов, дообследования и профилактического наблюдения. В сельской местности люди старшего возраста посещали ВОП, в основном, по причинам дестабилизации заболевания и выписки рецептов.

Под диспансерным наблюдением ВОП находилось 25% пожилого и старческого населения в городе и 15,6% в селе, преимущественно с эндокринологической патологией (37,6%) в селе и сердечно-сосудистой в городе (39,1%). Ведущим диагнозом среди эндокринологических больных отмечен сахарный диабет 2 типа. Среди кардиологической патологии первое ранговое место занимали гипертоническая болезнь и ИБС. Доля гастроэнтерологических пациентов в городе была выше – 4,1% против 1,09% в селе, что, возможно, обусловлено большим пищевым разнообразием. Доля неврологических больных в городе и сельской ОВП была равна 10%, представлена, в основном, пациентами, проходящими наблюдения после острого нарушения мозгового кровообращения. Уровень онкологических пациентов в городе был выше, чем в сельской местности – 11,6% против 4,9%. В сельской местности были выявлены случаи новообразований кожи в виде меланомы, что не отмечалось в городе. Это может быть связано с избыточной инсоляцией сельских жителей.

Среднее число диспансерных посещений в городе составляло $4 \pm 1,3$, а в селе – $2,2 \pm 0,8$, эффективность диспансерного наблюдения в городе была достоверно выше, чем в селе ($t=5,5$ при $p \leq 0,05$). Суммарное количество госпитализаций в течение месяца в городе было достоверно выше, чем

в селе и составило $1,7 \pm 2$, в сельской ОВП – $0,3 \pm 0,1$ ($t = 3,9$ при $p \leq 0,05$).

Выявлен более низкий уровень профилактической направленности работы сельской общей врачебной практики – 14,2% городской и 1,8% – сельской. При суммарной оценке качества диспансерного наблюдения в городской и сельской ОВП показатель эффективности диспансерного наблюдения в городе был выше и составлял 12,8, а в селе – 6,7 ($p \leq 0,05$).

Показатель первичной инвалидности диспансерных пациентов за год на 100 человек, находившихся под диспансерным наблюдением в сельской ОВП, – 4,9, в городе – 7,0 ($p \leq 0,05$), что может быть объяснено не только состоянием здоровья граждан, но и материальной возможностью контролирующей организации.

Таким образом, особенности работы ВОП с прикрепленным населением пожилого возраста в городской и сельской местности, а также профилактическую направленность работы ВОП необходимо учитывать при планировании мероприятий по повышению эффективности амбулаторно-поликлинической помощи.

Список литературы

1. Профилактика и ранняя диагностика в деятельности врача общей практики: учеб. пособие // под ред. Н.К. Горшунной – Курск: КГМУ. – 2009. – 209 с.
2. Развитие первичной медико-санитарной помощи в России: метод. рекомендации / под ред. И.Н. Денисова. – М. 2008. – С. 67–77.
3. Калининская А.А., Дзугаев А.Г., Чижикова Т.В. Анализ деятельности общих врачебных практик в условиях села // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – №2. – С.35–39.