



**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия**

***Медико-социальные аспекты инвалидности вследствие  
болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани  
взрослого населения ЮКО***

**Научный руководитель:** д.м.н., доцент Анартаева М.У

**Научный консультант:** д.м.н., профессор Булешов М.А.

**Соискатель:** Ширинова М.К.

**Специальность:** 6М110200 – “Общественное  
здравоохранение”

## **Актуальность**

Одной из актуальных медико-социальных проблем на рубеже XXI века не только в Республике Казахстан, но и мирового уровня является болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани в связи с широкой распространенностью и инвалидизацией в основном лиц трудоспособного возраста, что приводит к значительным экономическим потерям общества.

Основной задачей общественного здравоохранения и служб социального обеспечения является эффективная организация профилактической и лечебно-реабилитационной помощи пациентам с болезнями опорно-двигательного аппарата, направленная на снижения прямой и косвенной утраты трудоспособности населения путем снижения показателя заболеваемости и инвалидности.

***Цель исследования.*** Внедрение научно обоснованной системы организации медико-социальной помощи и профилактики болезней костно-мышечной системы.

### ***Задачи исследования:***

- 1.** Изучить уровень и динамику инвалидности болезней костно-мышечной системы (БКМС) и особенности их структуры.
- 2.** Провести сравнительный анализ основных показателей официальной статистики БКМС в Республике и ЮКО с учетом внешних воздействующих факторов.
- 3.** На основании определения эпидемиологических аспектов, медико-социального бремени БКМС обосновать значимость этой патологии в состоянии здоровья населения в современных условиях.
- 4.** Проанализировать современное состояние медицинской помощи пациентам с БКМС на этапах медико-санитарной помощи.
- 5.** Обосновать современные требования к организации и управлению мероприятиями медико-социальной помощи пациентам с БКМС.
- 6.** Научно обосновать и разработать организационную модель комплексной профилактики инвалидности БКМС.

### ***Научная новизна исследования:***

- 1.** дана развернутая характеристика инвалидности БКМС в крупном городе Шымкент и районах области;
- 2.** проведен факторный анализ внешних детерминантных связей, определяющих параметры заболеваемости БКМС, который позволил получить научно обоснованные подходы к совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с поражениями костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также прогнозировать ситуацию по БКМС с учетом региональных особенностей;
- 3.** изучена динамика инвалидности в связи с БКМС на региональном уровне, рассчитан прогноз инвалидности по Республике Казахстан;

**4.** дан критический анализ современного состояния медико-социальной помощи пациентам с БКМС; обоснованы и разработаны инструктивно-методические требования к организации и управлению медико-социальной помощью пациентам с патологией костно-мышечной системы и соединительной ткани;

**5.** разработана организационная модель комплексной реабилитации инвалидности по болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

**1**

- **Медико-социальное значение заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани в современных условиях**

**2**

- **Типологические, половозрастные и профессиональные особенности БКМС.**

**3**

- **Шкала наиболее социально-значимых форм БКМС**

**4**

- **Результаты прогноза роста инвалидности вследствие БКМС в ЮКО**

**5**

- **Основные положения информационно-методического комплекса по обеспечению организации и управления мероприятиями медико-социальной помощи пациентам с БКМС.**

**6**

- **Разработка, научное обоснование и внедрение организационной модели комплексной профилактики БКМС**

# ***Практическая значимость***

**Материалы исследования позволяют:**

**1.** использовать эпидемиологические данные для организации и планирования медицинской помощи пациентам с БКМС в связи с особенностями эволюции патологии в области, в сравнении с другими регионами Республики;

**2.** на основе составленных медико-географических картограмм визуализировать территориальное распределение костно-мышечной патологии, выявить зоны высокого риска, требующие первоочередных мер по профилактике костно-мышечной патологии;

**3.** внедрить в практику здравоохранения региона современные информационные, организационные и управленческие технологии оказания медико-социальной помощи пациентам с БКМС;

**4.** внедрить в практику здравоохранения рекомендации по активному выявлению костно-суставных поражений на ранних стадиях процесса, у населения разных половозрастных групп с высоким риском БКМС и составлению адекватных профилактических и реабилитационно-оздоровительных программ.



# *Материалы и методы исследования*

## **1 этап**

Литературный  
обзор

## **2 этап**

изучался уровень инвалидности  
вследствие различных причин и  
вследствие БКМС по всей  
территории ЮКО

на основании статистической отчетности  
Главного бюро медико-социальной  
экспертизы по ЮКО и данных годовых  
разработочных таблиц Территориального  
органа Республиканской службы  
государственной статистики по ЮКО

**Единица наблюдения** - каждый  
случай инвалидности вследствие  
различных причин и вследствие БКМС



### **3 этап**

проведения выборочного исследования с целью изучения организации медицинского обслуживания инвалидов вследствие БКМС на уровне поликлинической службы с использованием метода типологической выборки и направленного отбора.

**Исследование проводилось** в г. Шымкенте, г. Туркестане, Отрарском, Ордабасинском, Сайрамском районах Южно-Казахстанской области.

**Единица наблюдения** - инвалид вследствие БКМС, состоящий на учете и получающий пенсию в органах социальной защиты.

**Объект исследования** - диагнозы, поставленные в ЛПУ ЮКО и зафиксированные в «Медицинской карте амбулаторного больного» (форма №025/у), а также в форме 088/у «Направление на медико-социальную экспертизу». Полученные данные регистрировались в специально разработанной «Карте изучения инвалидности взрослого населения ЮКО».

Период наблюдения:  
2014-2015 гг.

Объем выборочной совокупности составил 879 человек.

**4 этап**  
**Анкетирование**

**В 1-ю группу (основную)** вошли инвалиды вследствие БКМС, их число составило 498 человек (10% от общего числа инвалидов вследствие БКМС).

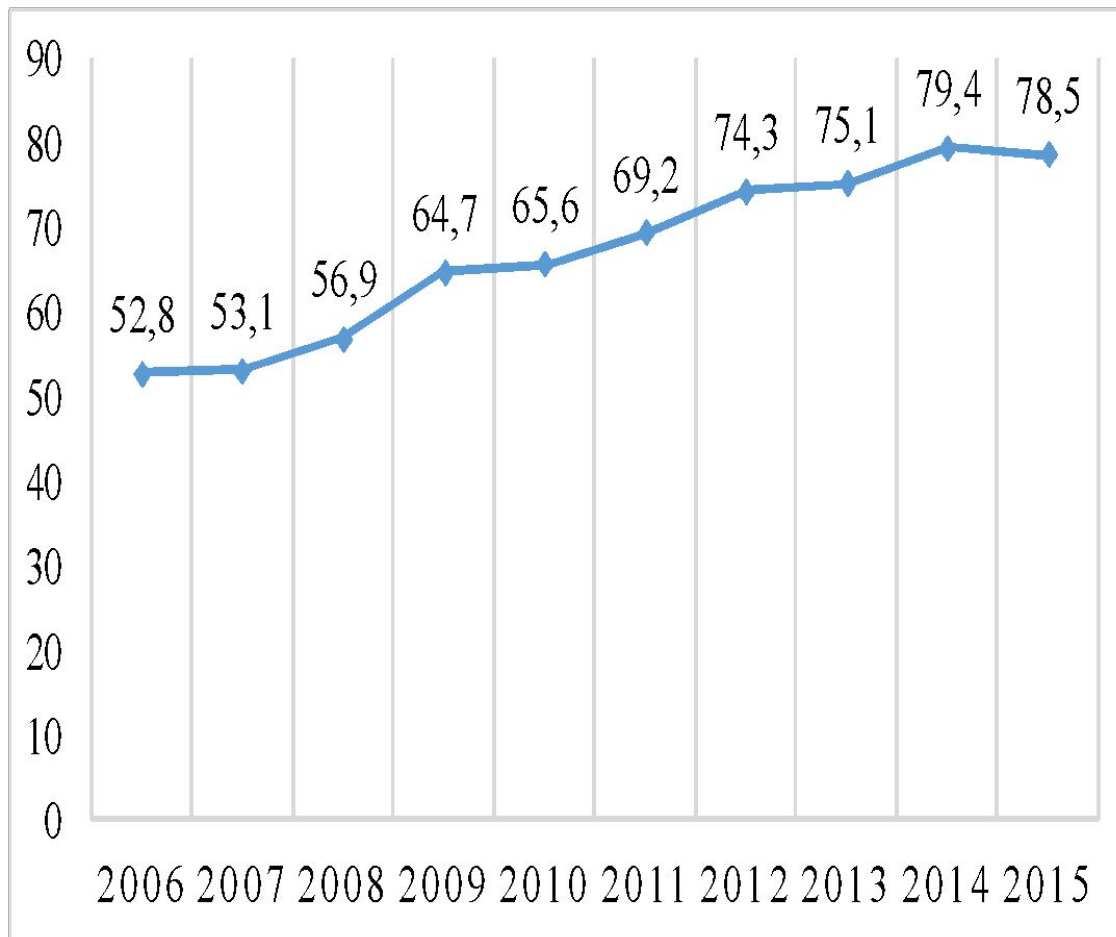
**Во 2-й группе (контрольной)** были лица, признанные инвалидами вследствие других причин, их число 601 человек.

**В 3-й (контрольной группе)** опрашивалось население, не являющееся инвалидами, их было 558 человек.

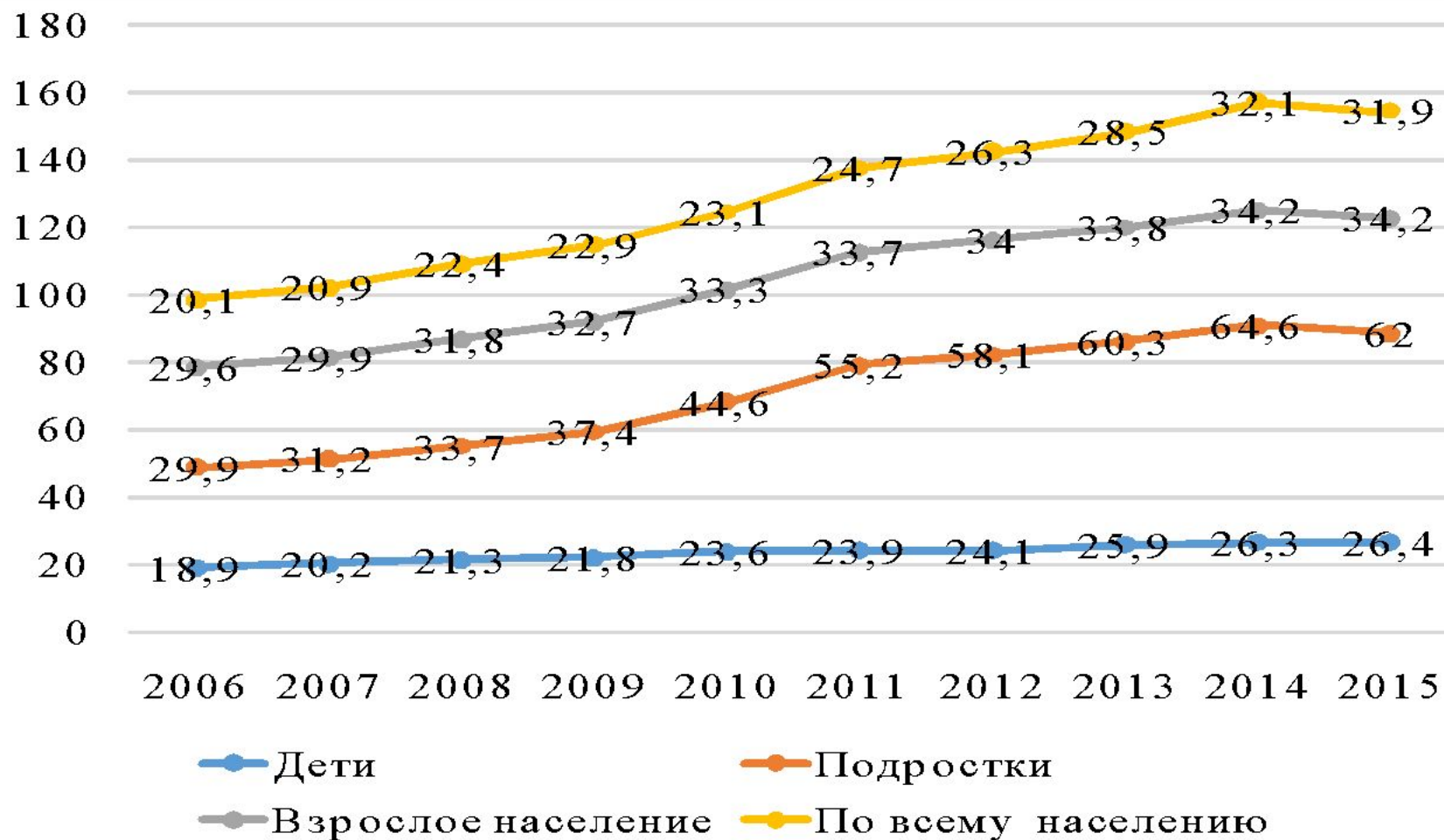
использование прикладных программ Statistica for Windows (Release 5.1); Statgraphics Plus for Windows 3.0, Microsoft Excel.

## Результаты исследований

Установлено, что за годы изучения в Южно-Казахстанской области отмечается существенный рост числа пациентов с БКМС, зарегистрированных в ЛПО: показатель общей заболеваемости БКМС в 2006 году составлял 52,8 ‰, а в 2015 - 78,5‰. Общая заболеваемость БКМС увеличилась с 144 533 человек в 2006 г. до 208 570 в 2015 г. (на 44,3%): среди взрослых с 121 802 до 139 874 (на 14,8%); среди детей - с 16 715 до 41 680 (на 149,4%); среди подростков - с 6016 до 27 016 (349,1%)



Количество впервые диагностированных БКМС в расчете на 1000 населения возросло среди всего населения с 20,1 случаев в 2006г. до 31,9 в 2015 г.(на 58,7%): среди взрослых с 29,6 до 34,2 ( на 3,0%), среди детей - с 18,9 до 25,4 (на 71,4%), среди подростков - с 29,9 случаев в 2006 г. до 62,0 случаев в 2015 г. (130,5%)

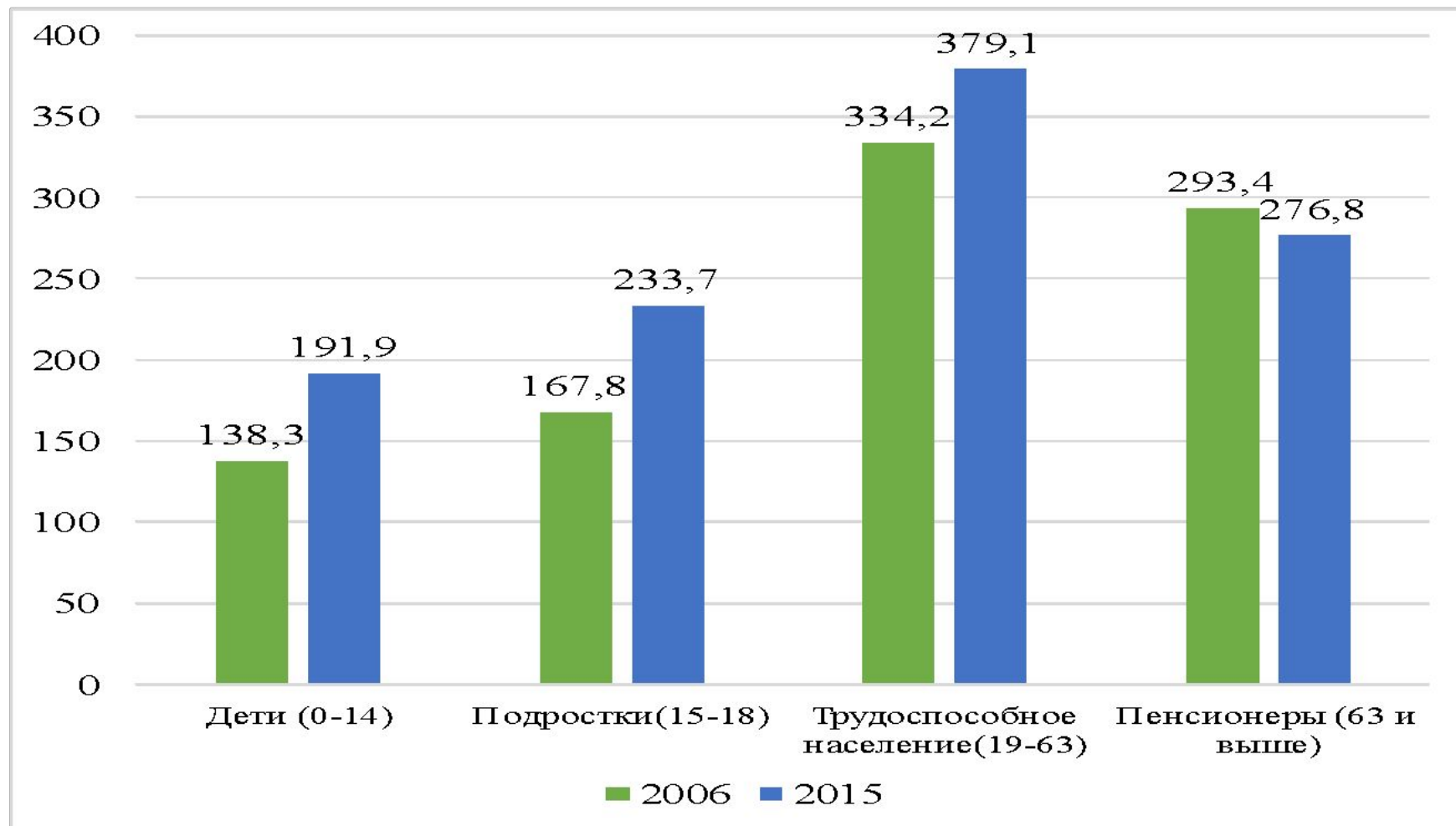


Наглядный рост общей заболеваемости БКМС отмечен как в крупных городах (Шымкент, Туркестан, Кентау), так и в большинстве районов области. Анализ среднегодовых показателей общей и первичной заболеваемости БКМС по данным обращаемости населения в ЛПО на всей территории области показал, что во всех возрастных группах наибольшие значения регистрировались преимущественно в крупных городах - областного и районного подчинения, наименьшие — в небольших сельских и отдаленных районах. Полученные данные отчасти могут быть объяснимы разным уровнем организации, качества и доступности оказания медицинской помощи населению - лучшей обеспеченностью медицинской помощью в крупных городах и более высоким уровнем выявляемости патологии.

Территориями с наиболее высокими показателями инвалидности в связи с БКМС в Южно-Казахстанской области явились: Сайрамский район (9,6 на 1000 населения), Ордабасинский (7,7), Байдыбекский (6,5) и Отрарский (6,3 на 1000 населения) районы, в основном характеризующиеся напряженностью в социально-экономической сфере - низким уровнем денежных доходов населения, падением уровня жизни.

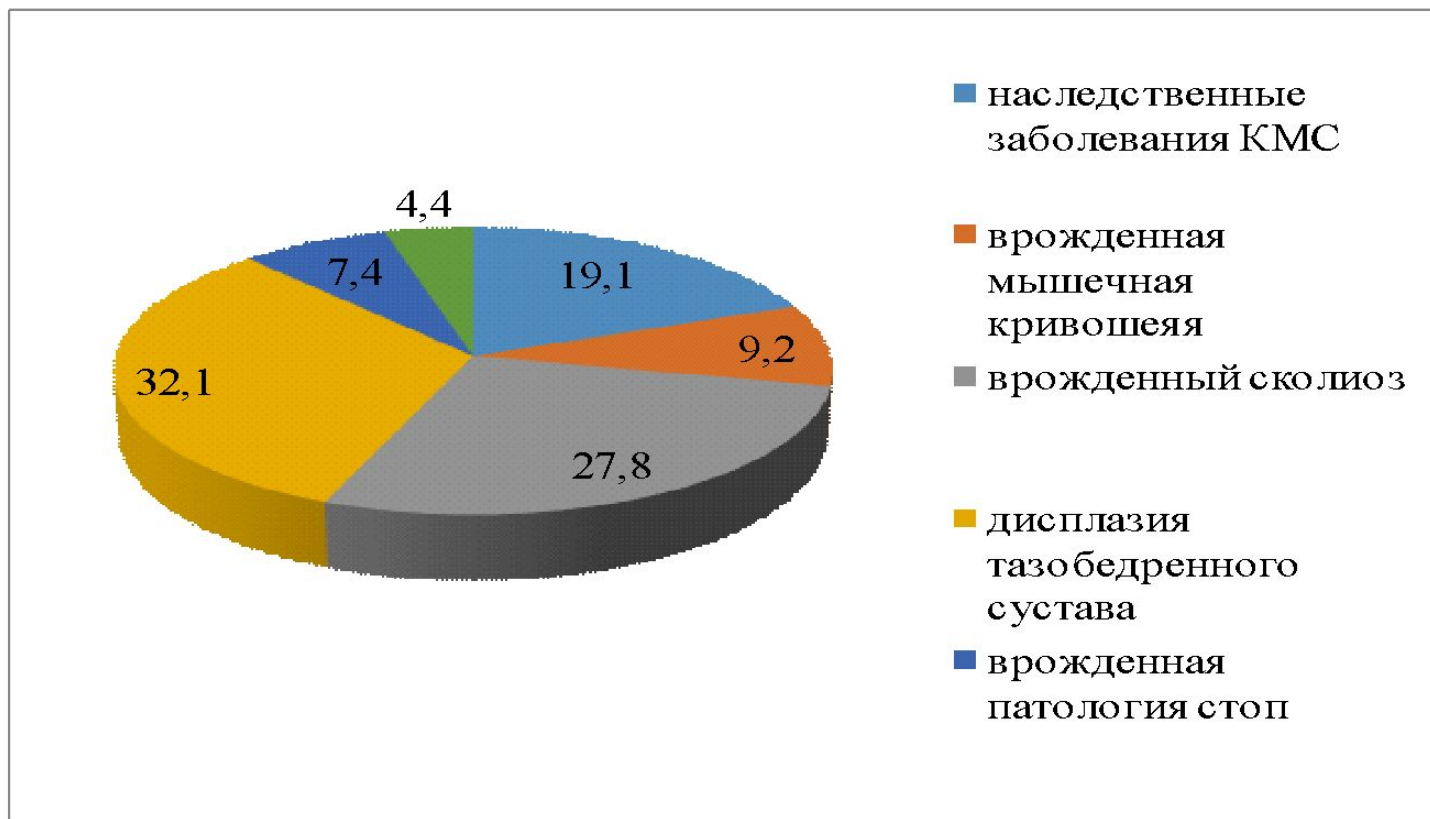
Полученные данные свидетельствуют, что в течение года в области по причине БКМС теряется в различных отраслях экономики от 649729 до 754 635 рабочих дней, что, несомненно, подтверждает важное социально-экономическое значение БКМС. Расчет экономических потерь от заболеваемости с ВУТ работников, страдающих БКМС, выполненный с макроэкономических позиций, показал, что экономический ущерб огромен и исчисляется величиной более 70,9 млрд.тенге. Экономические потери от заболеваемости работников БКМС обусловлены не только выплатой пособий по временной нетрудоспособности, но прежде всего, отрицательным влиянием на производство валового внутреннего продукта, уровень национального дохода государства, уменьшением экономического потенциала Республики Казахстан.

**Уровень инвалидизации населения в динамике за 2015 г.  
в сравнении с 2016 г. по возрастным категориям  
(на 10 000 населения)**

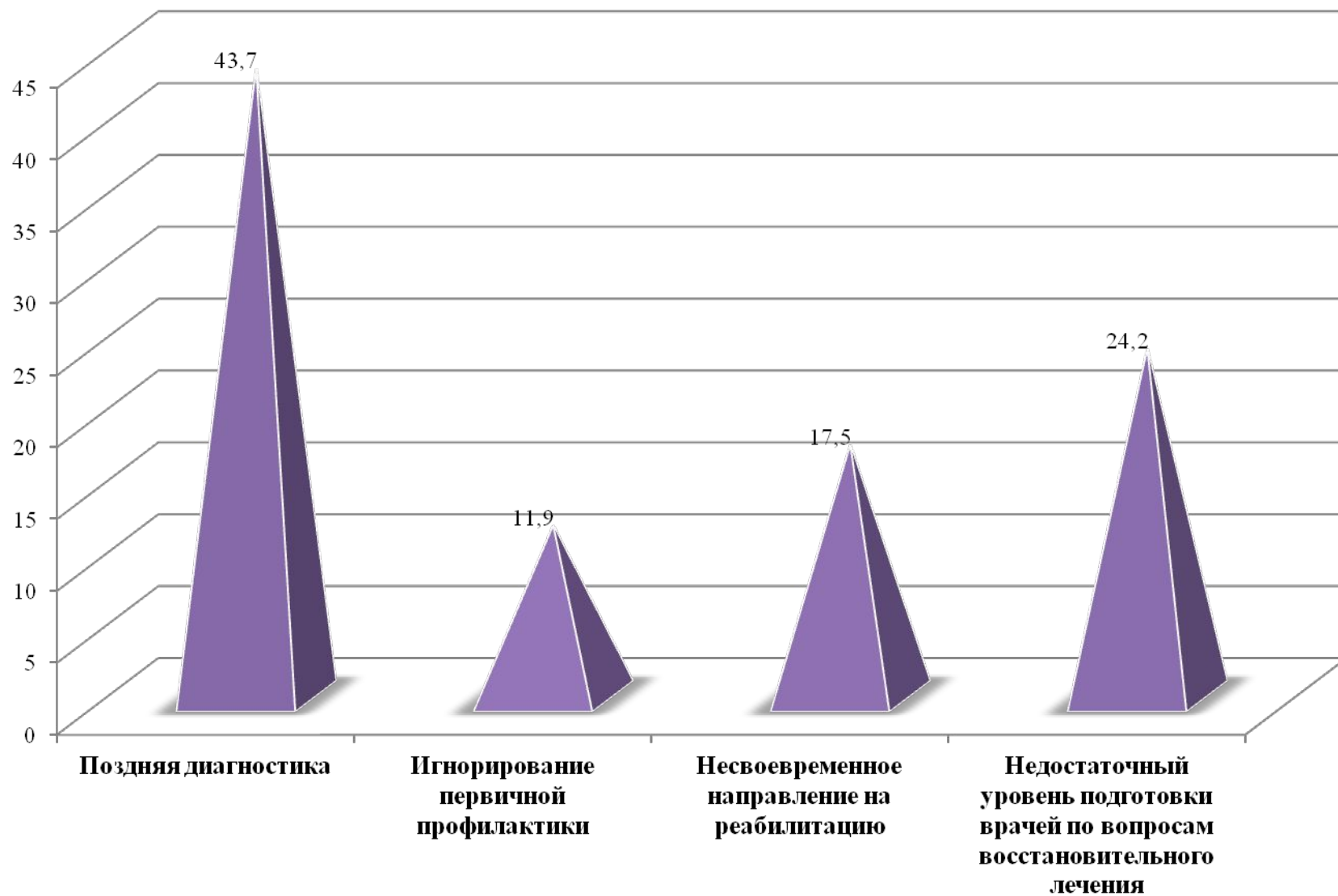




Учитывая половой признак, чаще всего встречается инвалидность среди девочек (62,9%), а показатель среди юношей составил (37,1%). Также было проведено исследование на выявление причин роста инвалидности среди детей: наследственные заболевания КМС (19,1%); врожденная мышечная кривошея (9,2%); врожденный сколиоз (27,8%); врожденная дисплазия тазобедренного сустава (32,1%); врожденная патология стоп (7,4); другие наследственные заболевания КМС (4,4).

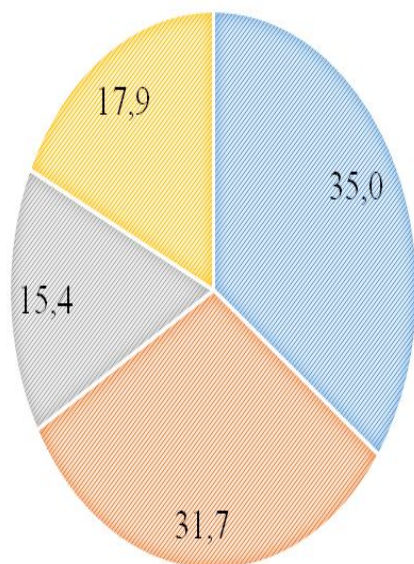


Проведенное исследование выявило целый ряд недостатков в организации медицинской помощи пациентам с БКМС, среди них, прежде всего такие, как:

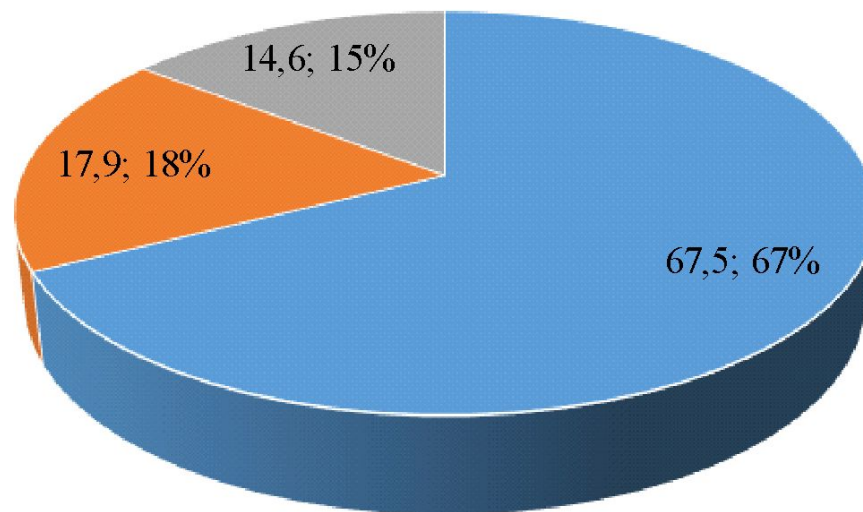


## Распределение диспансеризуемых инвалидов по врачебным специальностям

- у ортопеда
- у врача общей практики
- у невропатолога
- у ревматолога

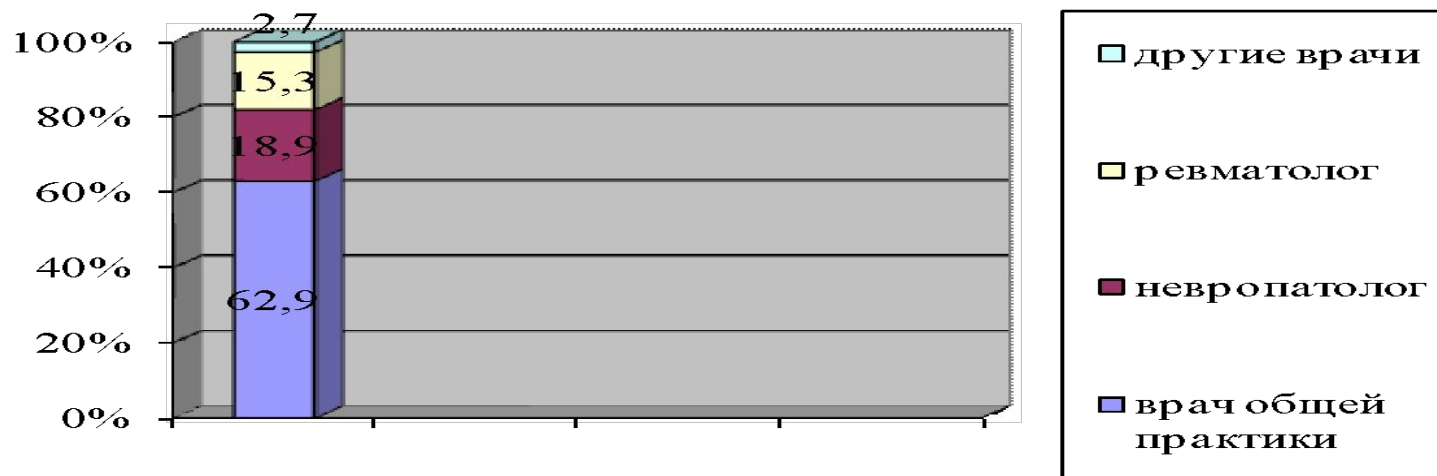


## Форма обращения инвалидов в амбулаторно-поликлинические организации

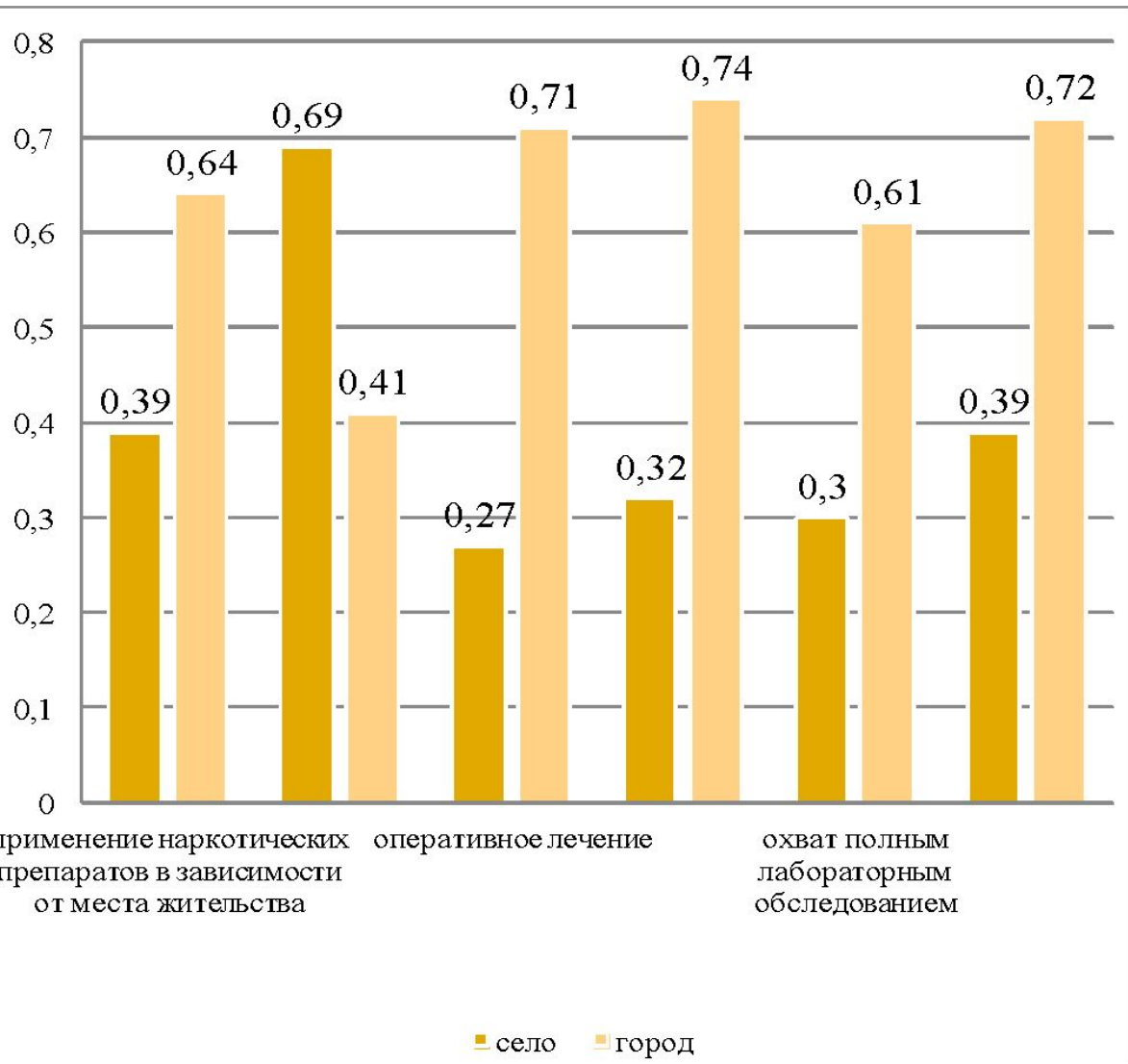


- посещение поликлиники
- вызов на дому
- использование обе формы обращения

# Частота обращения инвалидов к врачам в состоянии ухудшения здоровья

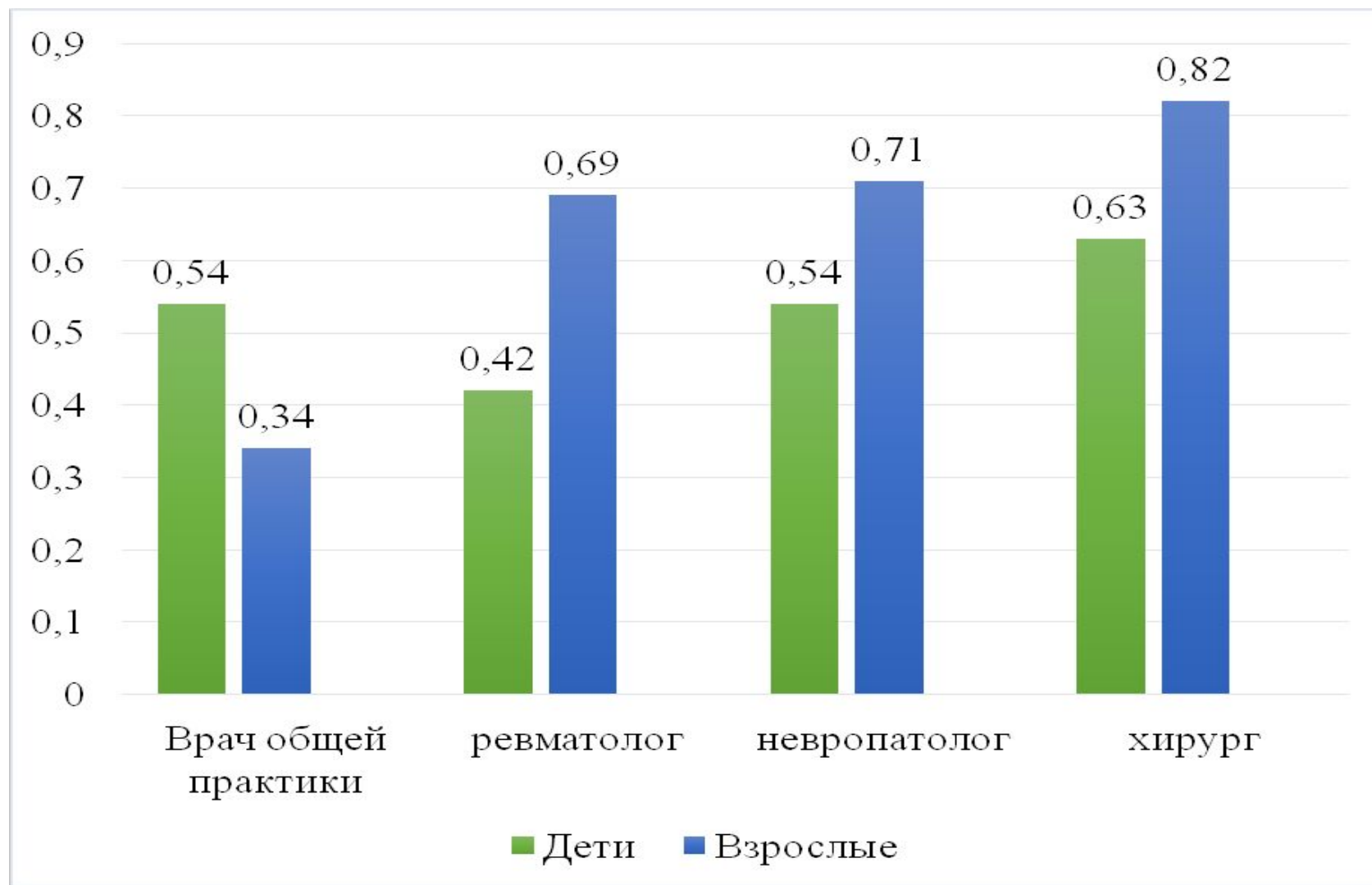


# Корреляционная связь между качеством оказания медицинской службы и местом проживания пациента

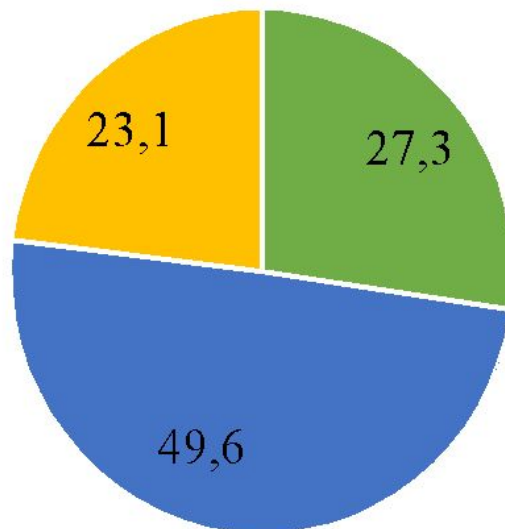


Максимальная прямая связь установлена между признаками местом проживания и использование в лечении сильнодействующих или обезболивающих или наркотических препаратов (0,325542). Максимальная обратная связь установлена между местом проживания и длительностью инвалидности (-0,521907).

## Корреляционная связь между возрастом пациента и обращением к врачебному кадру



## Основные причины ухудшения состояния здоровья пациентов



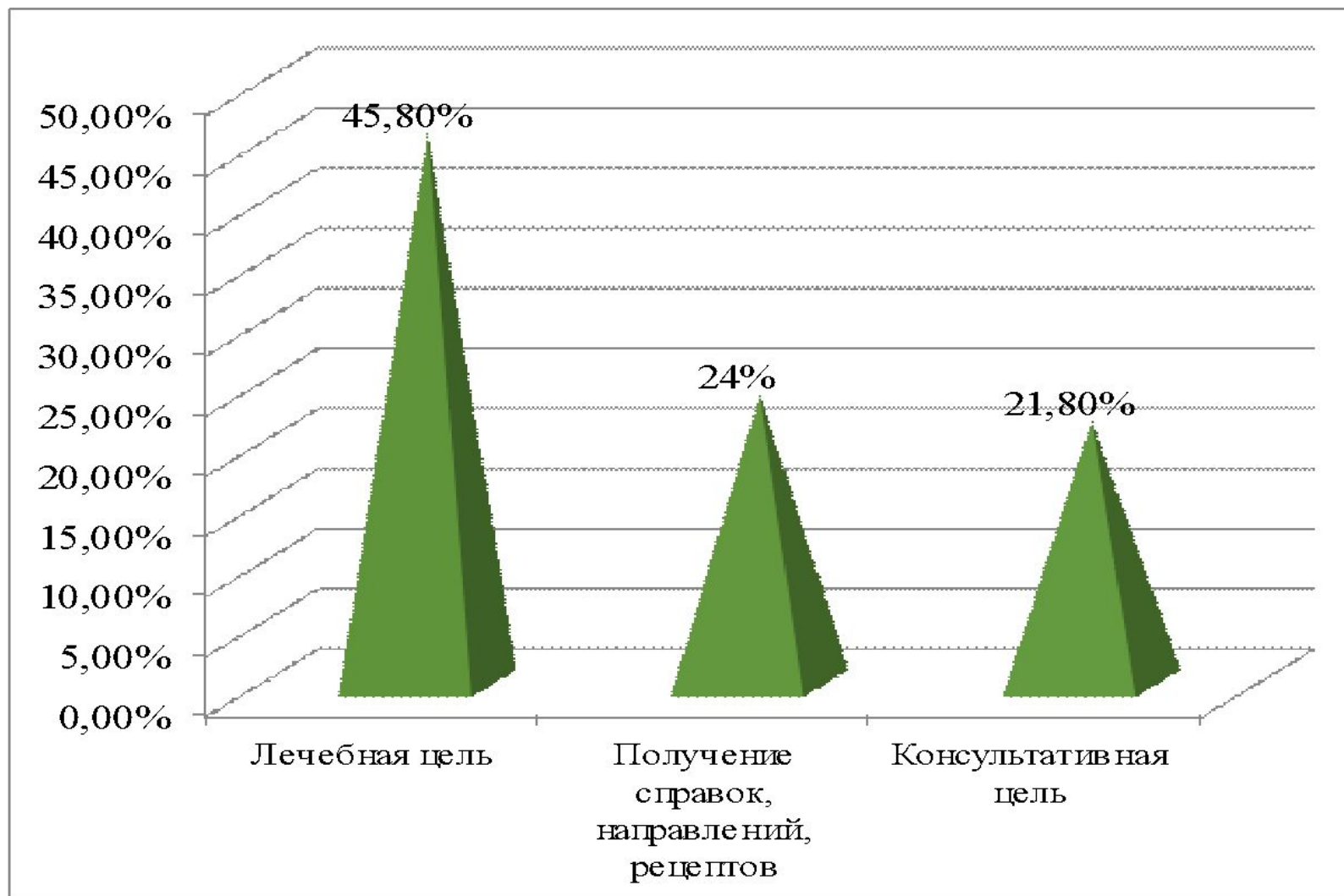
■ отсутствие возможности регулярного отдыха

■ невнимательное отношение к своему  
здоровью

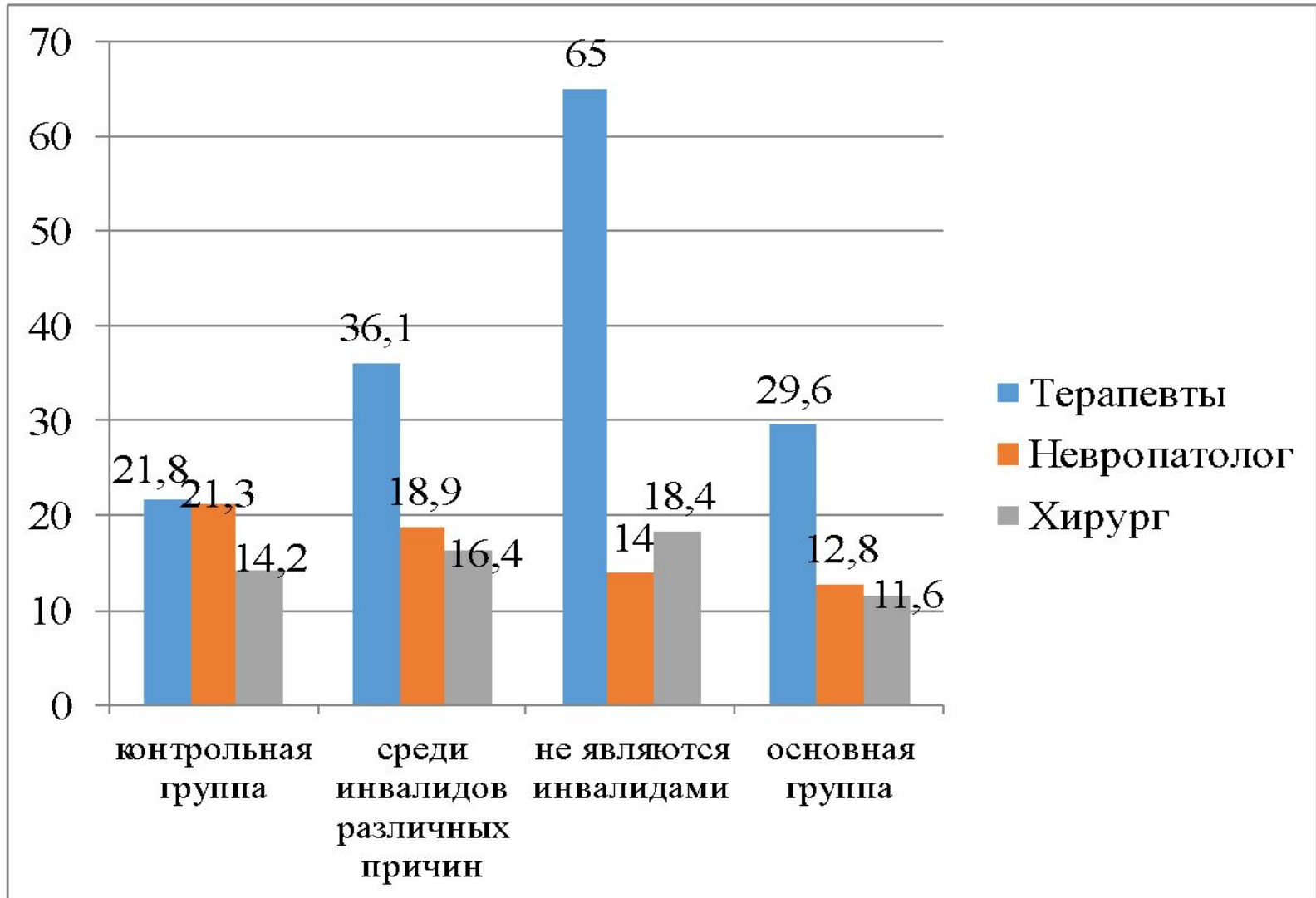
■ рабочая перегрузка



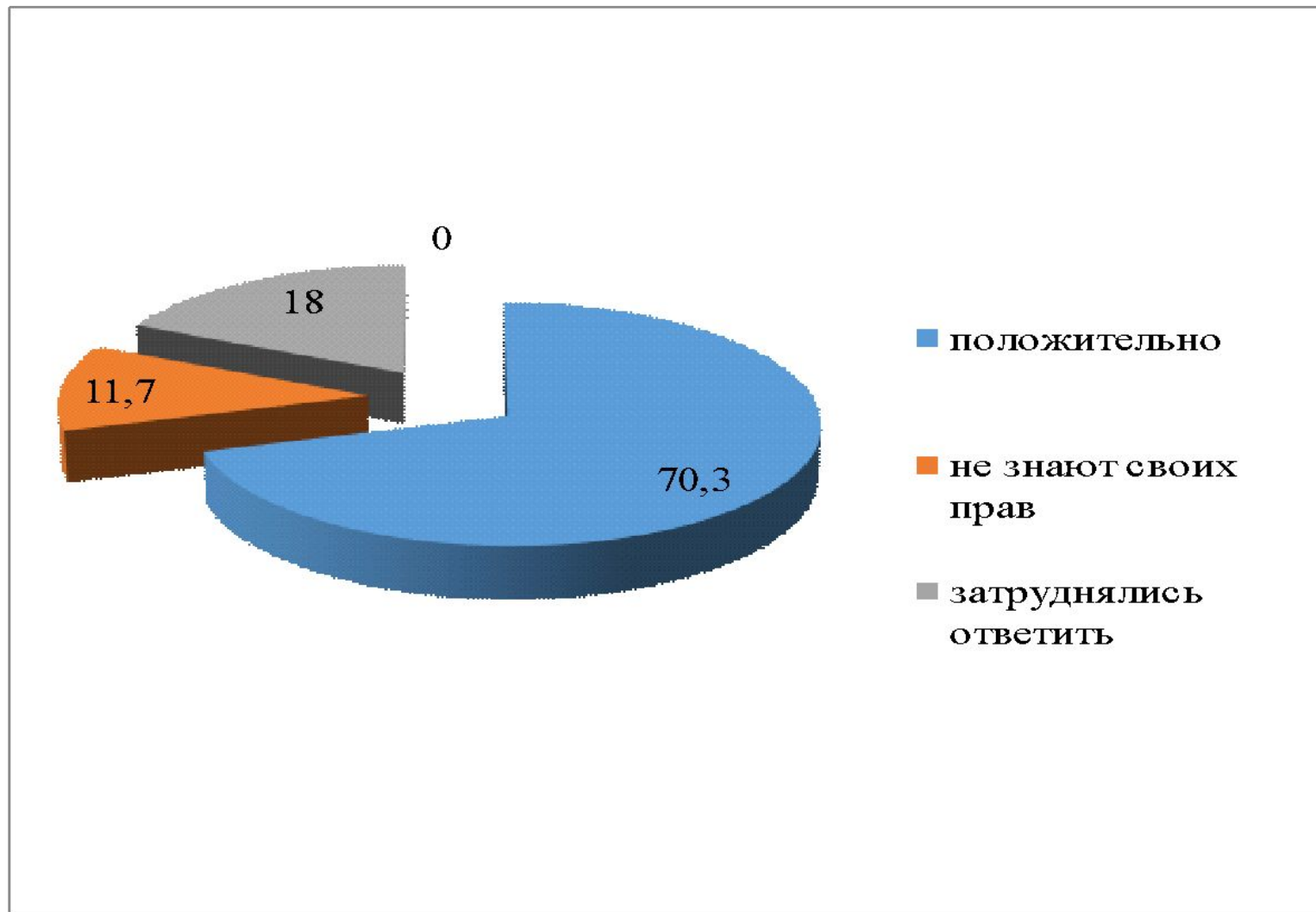
## Цели посещения в поликлинику



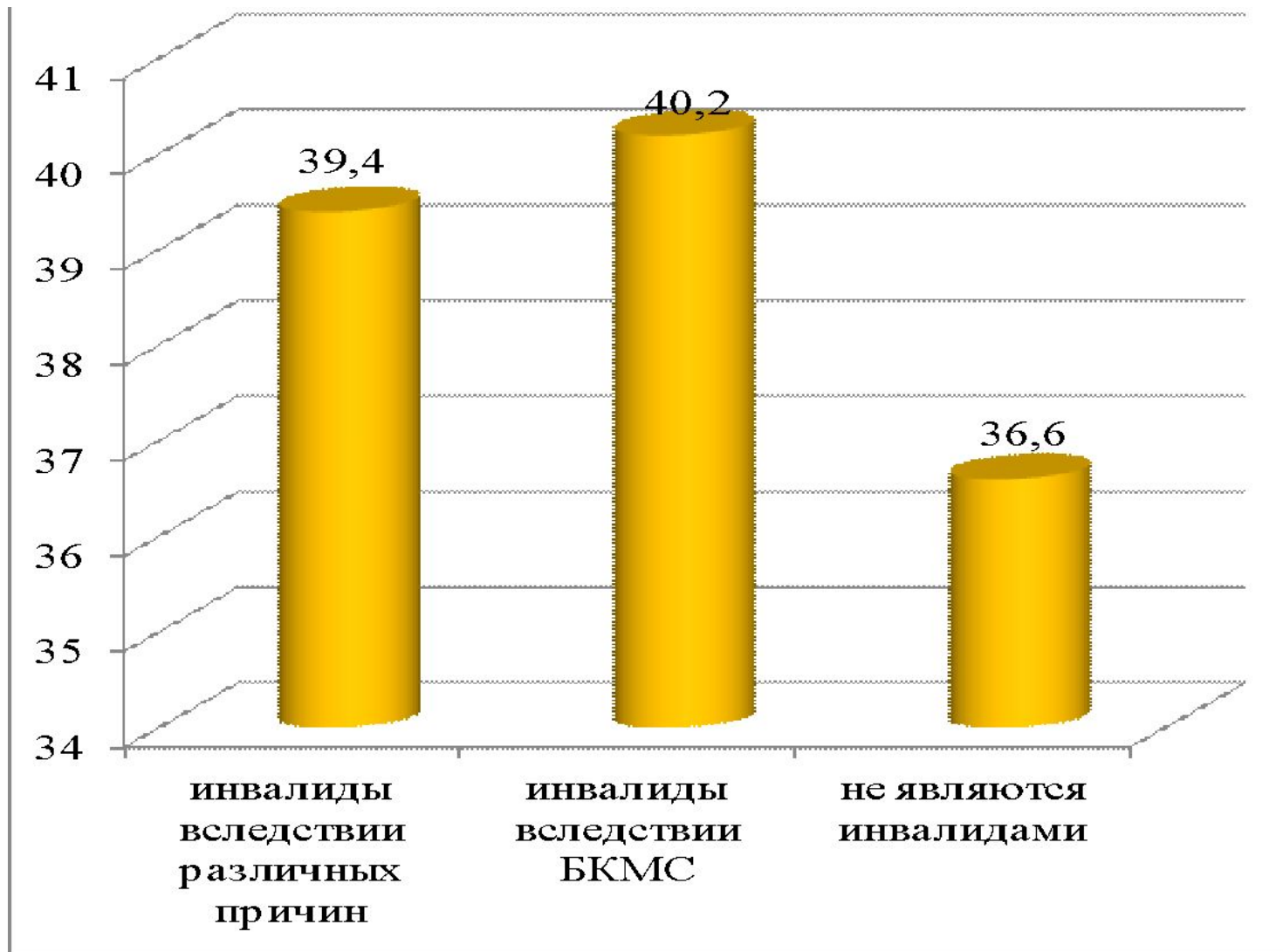
## Востребованность специалистов



## Показатель просвещенности в отношении своих прав



# Уровень осведомленности источником информации о правах с помощью СМИ



### ***Медико-социальный портрет инвалидов вследствие БКМС:***

женщины - 55,4%; возраст - 55-55 лет - 34,5%; среднее специальное образование - 26,2%; проживают в городе - 66,3%; женаты (замужем) - 79,1%; имеют детей до 18 лет - 20,9%; среднемесячный доход - 15000-25000 - 55,2%.

Нами проведен корреляционный анализ описанных признаков.

Статистически значимая корреляционная связь (значения на уровне  $p < 0,05000$ ) в основной группе определяется доход и место жительства (-0,476845). Существует достаточно сильная корреляционная связь во всех группах среднемесячного дохода с местом проживания, особенно уязвимы в этом плане инвалиды вследствие БКМС сельской местности, так как эта корреляционная связь у них представлена в единственном виде.

Для того чтобы улучшить организацию и качество медицинского обслуживания населения в сельских районах Южно-Казахстанской области мы провели мероприятия образовательно-организационного характера с врачами первичного звена здравоохранения. Была внедрена методика активного выявления пациентов с костно-суставно-мышечными поражениями путем анкетного и инструментального компьютеризированного скрининга, дающая возможность ранней диагностики патологии, своевременного назначения пациентам с высоким риском БКМС оздоровительно-коррекционных программ, а больным с впервые выявленной патологией - индивидуальных программ восстановительного лечения.

*Спасибо за  
внимание!!!!*

*Ширинова М.К*

*SeaPearla92@mail.ru*