

ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ С ЛЮДЬМИ, ИМЕЮЩИМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, В ГОРОДЕ ИРКУТСКЕ

Сердечно-сосудистые заболевания на протяжении многих лет становятся основными причинами заболеваемости, инвалидности и смертности и представляют собой важную медико-социальную проблему. Рассмотрены лица с сердечно-сосудистыми заболеваниями, как объект социальной работы и система организации социально-медицинской работы. Существующие разнообразные методы социальной работы могут эффективно применяться с данной категорией пациентов.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, социальная работа.

На протяжении многих лет сердечно-сосудистые заболевания становятся основными причинами заболеваемости, инвалидности и смертности в большинстве экономически развитых стран мира, включая Российскую Федерацию. Статистика Иркутской области и города Иркутска также неблагоприятна по данной группе заболеваний. Эти заболевания представляют собой важную медико-социальную проблему.

Социальная значимость сердечно-сосудистых заболеваний обуславливает сотрудничество социальных работников и медицинского персонала, активное применение методов социальной работы с данной категорией пациентов.

Существуют разнообразные методы социальной работы. Их можно разделить по направлениям и формам, по объектам и субъектам деятельности.

Для решения медицинских и социальных проблем лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями применимы методы социально-медицинского характера. По объектам деятельности методы индивидуальной работы с пациентом; работы с группой пациентов по одинаковым диагнозам, степени тяжести, наличию осложнений, факторам риска, работы с группой пациентов с легкой степенью нарушений и пациентов, имеющих тяжелую степень заболевания и различные осложнения; работы с семьей пациента и ближайшим социальным окружением.

Социально-медицинская работа – новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности в системе здравоохранения медицинского, психолого-педагогического, социально-правового характера, направленного на восстановление, сохранение и укрепления здоровья. Она включает в себя профилактику, диагностику, лечение, сохранение здоровья и реабилитацию [8, с. 23].

Социально-медицинскую работу можно условно разделить на две составляющие: социально-медицинская работа профилактической направленности заключается в организации и выполнении мероприятий по предупреждению со-

* Папуша Ирина Анатольевна – магистрант, кафедра социологии и социальной работы, Байкальский государственный университет экономики и права, г. Иркутск, vegowolf@yandex.ru.

циально зависимых нарушений соматического, психологического и репродуктивного здоровья, формирование установок на здоровый образ жизни, обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, участие в разработке целевых программ социально-медицинской помощи на различных уровнях. Медико-социальная работа патогенетической направленности включает в себя мероприятия по организации медико-социальной помощи, организацию и проведение медико-социальной экспертизы больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы; осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, проведение социальной работы в отдельных областях медицины и здравоохранения, коррекцию психического статуса пациента, создание реабилитационной социально-средовой инфраструктуры, обеспечение преемственности во взаимодействии специалистов смежных профессий [4, с. 298].

Основной задачей социальной работы является сохранение и поддержание человека, группы или коллектива в состоянии активного, творческого и самостоятельного отношения к себе, своей жизни и деятельности. Решение данной задачи особенно важно для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Методы используемые в социальной работе могут быть применимы для устранения факторов риска, приводящих к формированию, прогрессированию и развитию осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Согласно Европейским рекомендациям по выявлению и лечению факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, можно выделить 3 группы лиц по категориям риска развития сердечно-сосудистых заболеваний:

Пациенты 1 группы – это лица с любыми проявлениями ишемической болезни сердца, периферическим атеросклерозом, атеросклерозом мозговых артерий, аневризмой брюшного отдела аорты. Эти больные в наибольшей степени нуждаются в активных мерах по вторичной профилактике, включая медикаментозные и немедикаментозные методы.

Пациенты 2 группы – это лица, у которых на данный момент отсутствуют клинические признаки сердечно-сосудистых заболеваний, но существует высокий риск развития атеросклероза сосудов. Такие люди нуждаются в активных профилактических мероприятиях: устранение факторов риска, модификация образа жизни (прекращение употребления табака и алкоголя), соблюдение диеты, оздоровление питания, снижение избыточной массы тела, повышение физической активности.

Пациенты 3 группы – это ближайшие родственники больных с ранним началом сердечно-сосудистых заболеваний, имеющие потенциальный риск: раннее начало ишемической болезни сердца у ближайших родственников: инфаркт миокарда или внезапная смерть у мужчин моложе 55 лет, у женщин моложе 65 лет. К этой группе применимы профилактические меры социально-медицинской работы [10, с. 6].

Среди факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний можно выделить:

- 1) факторы, на которые невозможно воздействовать:
– пол (мужской);

- возраст (старше 45 лет у мужчин и старше 55 лет у женщин);
- отягощенный наследственный анамнез;
- 2) факторы, поддающиеся коррекции:
 - дислипидемия;
 - артериальная гипертензия;
 - курение;
 - употребление алкоголя;
 - абдоминальное ожирение;
 - низкая физическая активность;
 - низкий социальный и образовательный статус;
 - психосоциальный стресс;
 - нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет 2 типа.

Лица, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями, наряду с непосредственной медицинской помощью, также нуждаются в социально-медицинской помощи [4, с. 135]. Возрастание роли социально-медицинской работы с данной категорией пациентов обусловлено негативным воздействием социальных факторов на ухудшение состояния здоровья населения и медико-демографические показатели.

Изучение состояния здоровья населения и оценка эффективности функционирования системы здравоохранения основывается на статистических показателях. Одними из важнейших показателей являются заболеваемость и смертность населения. В развитых странах, добившихся существенного снижения смертности населения, большой вклад вносят мероприятия, направленные на предупреждение сердечно-сосудистых заболеваний. С этой целью можно использовать мероприятия социально-медицинской работы профилактической направленности.

Таблица 1

Структура смертности населения Иркутска в 2012 г., %
(Иркутскстат, 2012 г.)

Виды заболеваний	Удельный вес, %
Сердечно-сосудистые заболевания	49
Опухоли	17
Травмы	11
Болезни легких	6
Заболевания желудочно-кишечного тракта	5
Другие причины	11

В структуре смертности населения города Иркутска за 2012 г. на первом месте находятся сердечно-сосудистые заболевания, их удельный вес составляет 49 %. Последующие места среди причин смертности занимают опухоли 17 %, травмы 11 %, болезни легки 6 %, заболевания желудочно-кишечного тракта 5 %.

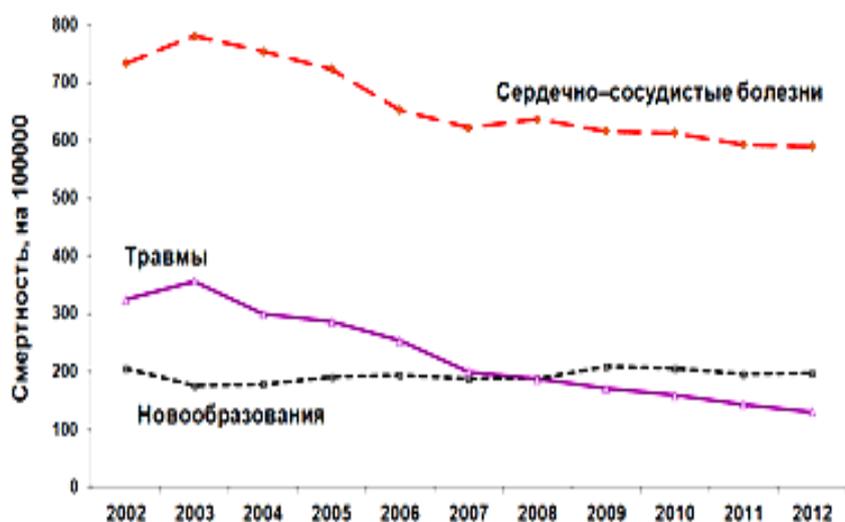


Рис. 1. Смертность от основных причин населения Иркутска в 2002–2012 гг. (Иркутскстат, 2012 г.)

На рисунке 1 показано, что среди основных причин смертности населения города Иркутска в 2002–2012 гг. преобладают сердечно-сосудистые заболевания, травмы и новообразования на 2-ом и 3-ем месте. Вместе с тем прослеживается некоторая позитивная тенденция к снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний начиная с 2003 г.

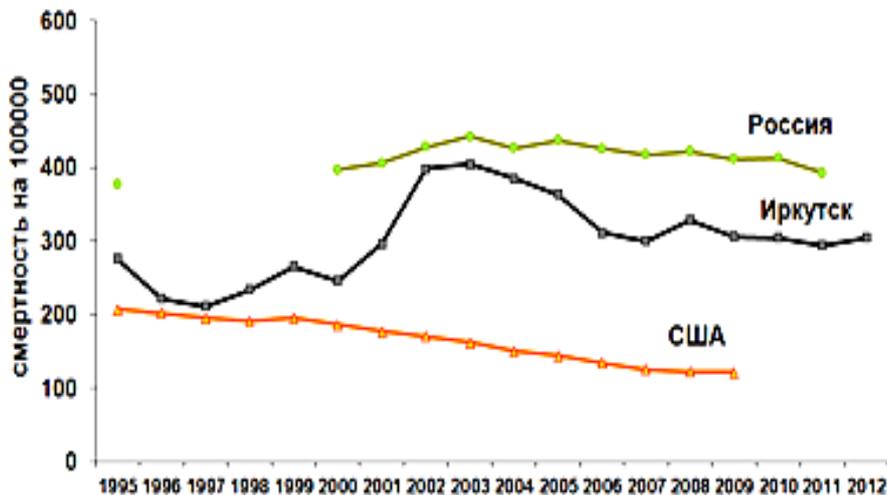


Рис. 2. Смертность от ишемической болезни сердца в Иркутске, России и США в 1995–2012 гг. (Демографический ежегодник России, 2011 г.; Иркутскстат, 2012 г.; NHLBI, 2012 г.; АНА, 2013 г.)

Несмотря на позитивные тенденции, смертность от ишемической болезни сердца в России и Иркутске остается значительно выше, чем в США. В тоже время показатели смертности в Иркутске ниже, чем по России.

Показатель заболеваемости отражает число пациентов с выявленными впервые заболеваниями за определенный интервал времени и устанавливается

при обращении пациентов к врачу или при активном выявлении болезни. На показатели заболеваемости оказывает влияние государственная программа диспансеризации и проведение своевременных лечебно-профилактических мероприятий (табл. 2).

Таблица 2

Заболеваемость по основным классам заболеваний
на 100 000 взрослого населения Иркутска в 2008–2012 гг.
(отчеты по форме № 12; Департамент здравоохранения Иркутска, 2012 г.)

Виды заболеваний	2008	2009	2010	2011	2012
Сердечно-сосудистые болезни	4 950	3 956	3 937	3 784	4 082
Болезни органов дыхания	16 182	19 051	17 673	18 482	16 542
Болезни костно-мышечной системы	6 414	7 051	6 449	7 761	7 437
Болезни органов пищеварения	2 395	2 639	2 786	3 399	3 322
Болезни мочевыводящих путей	5 364	6 183	6 809	7 662	6 618
Эндокринные болезни	2 177	1 863	1 842	1 781	2 070
Онкозаболевания	1 225	1 458	1 485	1 422	1 502
Общая	70 580	72 154	71 802	76 269	76 012

Как видно из представленной таблицы, среди ведущих нозологических форм заболеваний на 100 000 взрослого населения города Иркутска 2008–2012 гг. заболевания сердечно-сосудистой системы занимают 4-ое место, после заболеваний органов дыхания, болезней костно-мышечной системы и мочевыводящих путей. В 2012 г. они имели тенденцию к росту по сравнению с 2009–2011 гг. По сравнению с 2011 г. выросли на 7,8 %.

По данным Федерального казенного учреждения « Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области» Минтруда России, основной причиной первичной инвалидности взрослого населения являются болезни системы кровообращения.

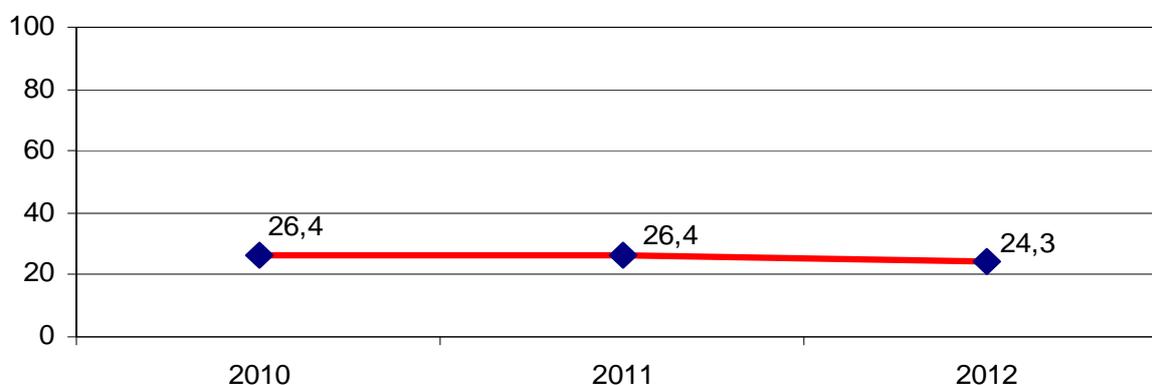


Рис. 3. Уровень первичной инвалидности Иркутской области 2010–2012 гг.

Из рисунка 3 видно, что в 2010–2012 гг. в Иркутской области отмечалась тенденция к снижению первичной инвалидности от болезней системы кровообращения с 26,4 до 24,3 %. В 2012 г. показатель уровня первичной инвалидности от сердечно-сосудистых заболеваний составил 24,3 % от всех болезней.

В организации медико-социальной работы с лицами, имеющими заболевания сердечно-сосудистой системы сочетаются лечебные, реабилитационные и профилактические мероприятия. В Иркутске работает Иркутский межобластной кардиохирургический центр, в кардиохирургическом отделении которого проводятся практически все известные операции. Оказание неотложной медицинской помощи пациентам с заболеваниями системы кровообращения включает два основных этапа: первый догоспитальный, осуществляется в порядке скорой медицинской помощи; второй стационарный, осуществляемый в отделениях неотложной кардиологии с блоками интенсивной терапии кардиологических отделений или в отделении реанимации и интенсивной терапии.

После курса основного лечения в кардиологических отделениях стационаров проводятся реабилитационные мероприятия на санаторном этапе реабилитации и в условиях амбулаторно-поликлинического звена. Санаторный этап медико-социальной помощи лицам с сердечно-сосудистыми заболеваниями представлен местным курортом «Ангара». Отделение кардиологической реабилитации клинического курорта это мощный диагностический, лечебно-профилактический и реабилитационный центр. Являясь связующим звеном между стационаром и поликлиникой, он осуществляет полный цикл ведения пациентов: диагностика, лечение, физическая и психосоциальная реабилитация. Проведение профилактики болезней системы кровообращения осуществляется отделениями (кабинетами) медицинской профилактики лечебно-профилактических учреждений, кардиологическими отделениями и кардиологическими кабинетами поликлиник, врачами кардиологами, участковыми врачами-терапевтами, врачами общей практики (семейными врачами), врачами кабинетов профилактики. На медико-социальную экспертизу направляются больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями, имеющие стойкие ограничения жизнедеятельности, нуждающиеся в социальной защите при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности (не более 4 месяцев); при благоприятном прогнозе в случае временной нетрудоспособности, продолжающейся свыше 10 месяцев или 12 месяцев после реконструктивных операциях на сердце; при необходимости изменения программы профессиональной реабилитации работающим инвалидам в случае ухудшения клинического, трудового прогноза независимо от группы инвалидности и сроков временной нетрудоспособности.

Социально-медицинская работа с пациентами, имеющими сердечно-сосудистые заболевания играет решающую роль так, как предупреждает заболевание, обеспечивает эффективность лечения и реабилитации больных, помогает пациенту избежать инвалидности или иметь наименьшую степень снижения трудоспособности, возвращает их к нормальной трудовой деятельности, снижает риск смерти, адаптирует пациента к повседневной жизни. Акцент для

развития медико-социальной работы должен быть на формировании активной жизненной позиции по отношению к своему здоровью, на повышении реабилитационной культуры лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями, на развитие метода психотерапии – повышение уровня социально-психологической адаптации и улучшение качества жизни пациентов.

Активное участие квалифицированных социальных работников в отрасли здравоохранения значительно повысило бы эффективность лечебно-профилактических мероприятий.

Список использованной литературы

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ // Собр. законодательства. – 2011. – № 48. – Ст. 6724.

2. Об утверждении порядка оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля: приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 авг. 2009 г. № 599н // Рос. газ. – 2009. – 30 сент. – № 183.

3. Аронов Д. М. Первичная и вторичная профилактика сердечно – сосудистых заболеваний – интерполяция на Россию // Сердце. – 2002. – Т.1. – № 3. – С. 109–112.

4. Артюнина Г. П. Основы социальной медицины: учеб. пособие / Г. П. Артюнина. – М.: Академический проект, 2005. – 576 с.

5. Василенко Н. Ю. Основы социальной медицины: учеб. пособие / Н. Ю. Василенко. – Владивосток: Изд-во Дальневосточного ун-та, 2004. – 129 с.

6. Основы социальной работы: учебник / отв. ред. П. Д. Павленок. – М.: ИНФРА-М., 1999. – 368 с.

7. Социальная работа: теория и практика: учеб. пособие / отв. ред. Е. И. Холостова. – М.: ИНФРА - М, 2003. – 427 с.

8. Теория и практика медико-социальной работы : учеб. пособие / А. В. Мартыненко. – М.: Гардарики, 2007. – 159 с.

9. Шурыгина Ю. Ю. Содержание и методика социально – медицинской работы (с региональным компонентом): учеб.-методическое пособие. – Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ, 2004. – 121 с.

10. European Guidelines of CVD prevention in clinical practice. 4th joint European Societies Task Force on CVD prevention in clinical practice. New Version. 2007; 4 – 21.