

Гаджиев Р.С.<sup>1</sup>, Агаларова Л.С.<sup>1</sup>, Гасанов А.Н.<sup>1</sup>,  
Айвазова З.Н.<sup>1</sup>, Газиева Э.М.<sup>1</sup>

DOI 10.25694/URMJ.2020.08.23

## Совершенствование амбулаторной терапевтической помощи сельскому населению

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г.Махачкала

Gadzhiev R.S., Agalarova L.S., Hasanov A.N., Aivazova Z.N., Gazieva E.M.

### Improvement of out-patient therapeutic assistance to the rural population

#### Резюме

Цель исследования – разработка методических рекомендаций по совершенствованию организации и качества терапевтической помощи сельскому населению. Материалы и методы. Исследование проводилось в 2018-2019 гг. на базе 4 сельских врачебных амбулаторий Республики Дагестан. Изучены объем и характер амбулаторной терапевтической помощи по данным 9167 посещений, проанализирована структура 765 посещений к пациентам на дому, выполненных участковыми врачами. Изучен объем фельдшерско-акушерской помощи по данным 3485 посещений. В работе использованы статистический, аналитический и социологический методы. Результаты. Изучены сроки обращения больных к участковым врачам от начала заболевания. Установлено, что в среднем только половина (48,7%) больных обращается к врачу в первые 3 дня, а остальные 51,3% - в срок свыше 3-х дней. В структуре посещений населением врачей по классам болезней первое место занимают заболевания органов дыхания (35,6%), 2-е – системы кровообращения (20,6%), 3-е – костно-мышечной системы и соединительной ткани (9,8%), 4-е – болезни органов пищеварения (7,5%). Проанализирована структура обращаемости сельского населения в различные амбулаторно-поликлинические организации, первое место занимают поликлиники центральных районных больниц (32,2%), на втором – сельские врачебные амбулатории (30,5%), на третьем – фельдшерско-акушерские пункты (29,3%). В структуре обращаемости населения в сельские медицинские организации 30% посещений приходится на фельдшерско-акушерские пункты. На структуру посещений и нагрузку медицинского персонала влияют протяженность участка, состояние дорог, состав населения, удаленность от медицинских учреждений. Частота обращаемости сельских жителей к фельдшерам остается высокая и составляет 647,3‰. На основе материалов исследования разработаны методические рекомендации по совершенствованию организации и качества терапевтической помощи сельскому населению.

**Ключевые слова:** амбулаторная помощь, участковый терапевт, врач общей практики, посещение, класс болезней, фельдшерско-акушерский пункт.

**Для цитирования:** Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С., Гасанов А.Н., Айвазова З.Н., Газиева Э.М. Совершенствование амбулаторной терапевтической помощи сельскому населению, Уральский медицинский журнал, №08 (191) 2020, с. 107 - 112, DOI 10.25694/URMJ.2020.08.23

#### Summary

The purpose of the study is the development of methodological recommendations for improving the organization and quality of therapeutic assistance to the rural population. Materials and methods. The study was conducted in 2018-2019. based on 4 rural medical outpatient clinics of the Republic of Dagestan. The volume and nature of outpatient therapeutic care was studied according to 9167 visits, the structure of 765 home visits made by local doctors was analyzed. The volume of medical and obstetric care was studied according to 3485 visits. The work used statistical, analytical and sociological methods. Results. The dates of patients' access to local doctors from the onset of the disease have been studied. It has been established that on average only half (48.7%) of patients go to the doctor in the first 3 days, and the rest 51.3% - in more than 3 days. In the structure of visits by the population of doctors by classes of diseases, the first place is occupied by diseases of the respiratory system (35.6%), the 2nd by the circulatory system (20.6%), the 3rd by the musculoskeletal system and connective tissue (9.8%), the 4th by digestive diseases (7.5%). The structure of the rural population's circulation to various outpatient organizations was analyzed, the first place was taken by polyclinics of central district hospitals (32.2%), the second by rural outpatient clinics (30.5%), and

the third by feldsher-obstetric centers (29.3%). In the structure of the population's access to rural medical organizations, 30% of visits are to feldsher-midwife stations. The structure of visits and the load of medical personnel are influenced by the length of the site, the state of roads, the composition of the population, and the distance from medical institutions. The frequency of access of rural residents to paramedics remains high and is 647.3 ‰. Based on the materials of the study, methodological recommendations were developed to improve the organization and quality of therapeutic assistance to the rural population.

**Key words:** outpatient care, district therapist, general practitioner, visit, class of diseases, feldsher-midwife station.

**For citation:** Gadzhiev R.S., Agalarova L.S., Hasanov A.N., Aivazova Z.N., Gazieva E.M., Improvement of out-patient therapeutic assistance to the rural population. Ural Medical Journal, No. 08 (191) 2020, p. 107 - 112, DOI 10.25694/URMJ.2020.08.23

## Введение

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), являясь центральным звеном всей системы здравоохранения и наиболее доступным видом массовой медицинской помощи, играет большую роль в социально-экономическом развитии общества [1, 3].

Вопросы охраны здоровья сельского населения чрезвычайно актуальны как на региональном, так и на общегосударственном уровне. Амбулаторная помощь является наиболее доступным и массовым видом медицинского обслуживания. От постановки внебольничной помощи, качества работы врачей в амбулаторных условиях зависят правильное и раннее распознавание болезней, дальнейшее лечение больного, своевременная госпитализация, проведение необходимых лечебных и профилактических мер в отношении, как самого больного, так и окружающего населения [2, 6, 7].

От состояния амбулаторно-поликлинической помощи зависит эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, сохранение трудового потенциала страны, а также решение большинства медико-социальных проблем, возникающих на уровне семьи и особенно у социально не защищенных групп населения – детей, пожилых людей, инвалидов и др. [4, 5, 8].

*Целью* исследования явилась разработка методических рекомендаций по совершенствованию организации и качества терапевтической помощи сельскому населению.

## Материалы и методы

Исследование проводилось в 2018-2019 гг. на базе 4 сельских врачебных амбулаторий 3 центральных районных больниц (Магарамкентская, Курахская, Дербентская) Республики Дагестан. Изучены объем и характер амбулаторной терапевтической помощи, оказываемой участковыми терапевтами (УТ) и врачами общей практики (ВОП) по данным 9167 посещений. Проанализирована структура 765 посещений к пациентам на дому, выполненных УТ и ВОП. Необходимые сведения выкопировывались из карт амбулаторных больных на специально разработанную «Карту изучения пациента, обслуженного на приеме и на дому участковыми врачами». Изучены объем и характер фельдшерско-акушерской помощи по данным 3485 посещений. За единицу наблюдения в исследовании было принято одно посещение больного (здорового). В соответствии с целью и задачами в исследовании были использованы статистический, аналитический и метод выкопировки данных из первичной медицинской документации.

**Таблица 1. Распределение больных по срокам обращения к сельским участковым терапевтам и врачам общей практики по отдельным нозологическим формам от начала заболевания (в %)**

Нозологические формы	На какой день обратился к врачу						Итого	
	на 1-й	2-й	3-й	4-й	5-7	на 8-й и более	абс. число	%
Острые респираторные заболевания, грипп	16,1	31,1	20,5	16,8	5,3	10,2	409	100,0
Бронхит и пневмония	8,5	19,6	17,7	17,8	5,6	30,8	197	100,0
Гипертоническая болезнь	19,4	16,1	8,4	16,8	9,0	30,3	155	100,0
Ишемическая болезнь сердца	20,6	5,7	4,7	6,3	9,1	53,6	175	100,0
Болезни органов пищеварения	16,2	10,4	9,3	12,4	5,8	45,3	128	100,0
Болезни мочеполовой системы	21,5	18,2	13,6	11,8	5,5	29,4	86	100,0
Болезни нервной системы	26,7	18,3	17,9	16,7	10,7	9,7	82	100,0
В среднем по всем заболеваниям	18,4 ±2,1	17,1 ±3,0	13,2 ±2,2	14,1 ±1,5	7,3 ±0,8	29,9 ±4,1	1232	100,0

Таблица 2. Структура посещений населением участковых терапевтов и врачей общей практики сельских врачебных амбулаторий по классам болезней (в %)

Класс болезней	Участковые терапевты	Врачи общей практики
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	8,2	5,3
Новообразования	0,5	0,7
Болезни крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающие иммунный механизм	0,1	2,0
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	1,9	2,3
Психические расстройства и расстройства поведения	1,7	2,2
Болезни нервной системы	4,0	7,1
Болезни глаза и его придаточного аппарата	1,7	2,0
Болезни уха и сосцевидного отростка	1,3	2,1
Болезни системы кровообращения	20,6	17,4
Болезни органов дыхания	35,6	26,8
Болезни органов пищеварения	7,5	11,0
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1,7	3,2
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	9,8	7,7
Болезни мочеполовой системы	1,9	3,5
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	0,5	0,4
Врожденные аномалии (вороки развития), деформации и хромосомные нарушения	0,6	0,5
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	2,4	6,0
Итого	100,0	100,0

При обработке и оценке достоверности результатов исследования были широко использованы методы математической статистики: вычисление и оценка относительных и средних величин, критерий Стьюдента ( $t$ ) и др. За уровень статистической значимости принималась вероятность ошибки  $p \leq 0,05$ . Статистическую обработку проводили при помощи программ Statistica 6,0, Биостат 4,03, MS Excel 2003.

## Результаты и обсуждение

Известно, что раннее обращение больных к врачу позволяет своевременно назначить соответствующее лечение и часто предупреждает переход заболевания в хроническую форму. Нами изучены сроки обращения больных к сельским участковым врачам от начала заболевания по отдельным нозологическим формам (табл. 1). Установлено, что в среднем только половина (48,7%) больных обращается к врачу в первые 3 дня, а остальные 51,3% – в срок свыше 3-х дней, из них на 4-й день приходится 14,1%, на 5-7-й день – 7,3%, 8-й и более дней – 29,9%. Из приведенных данных видно, что по ряду нозологических форм отмечаются поздние обращения больных от начала заболевания или его обострения.

Наиболее поздние обращения отмечаются в группе больных с ишемической болезнью сердца. Более половины (53,6%) этих больных обращаются на 8-й день и в более поздние сроки от начала заболевания, что свидетельствует о том, что многие больные несерьезно относятся к проявлениям болевых ощущений в области сердца, и о недостаточной санитарно-просветительной работе среди этой группы больных по поводу необходимости раннего

обращения к врачу. На втором месте по поздним срокам обращения стоят больные, страдающие заболеваниями органов пищеварения. Свыше 45% больных обращаются к участковым врачам на 8-й день и более поздние сроки от начала заболевания. Очевидно, это связано с характером проявления данной группы заболеваний. Что касается острых респираторных заболеваний и гриппа, то большинство больных (67,7%) обращаются к врачу в первые 3 дня от начала заболевания.

Для планирования лечебно-диагностической и профилактической работы в амбулатории и на участке необходимо учитывать обращаемость населения по месяцам и дням недели. Анализ обращаемости населения показал, что количество обращений колеблется по месяцам. Так, число обращений в зимние месяцы выше, чем в летние: в декабре составил в среднем 11,1%, в январе – 12,2%, в феврале – 10,9%, а в весенне-летний период доля обращений уменьшается, в мае – 6,9%, в июле – 6,5%.

Анализ обращаемости населения во врачебные амбулатории в течение недели также показал ее неравномерность в отдельные дни недели. Большая часть больных обращается в начале недели – в понедельник (23,2%) и во вторник (20,4%), а наименьшая часть – в среду (14,7%) и в субботу (6,6%). К концу недели обращаемость достоверно снижается ( $p < 0,0002$ ).

Нами изучена структура посещений населением врачей сельских врачебных амбулаторий по классам болезней (табл. 2). Из таблицы видно, что основная доля посещений к участковым терапевтам приходится на больных с заболеваниями органов дыхания (35,6%), системы кровообращения (20,6%), костно-мышечной системы и



**Рис. 1. Структура обращаемости сельского населения в различные амбулаторно-поликлинические организации, 2019 г.**

соединительной ткани (9,8%), инфекционными болезнями (8,2%) и на больных с болезнями органов пищеварения (7,5%); к врачам общей практики – на больных с заболеваниями органов дыхания (26,8%), системы кровообращения (17,4%) и на больных с нетерапевтическими заболеваниями.

Углубленный анализ структуры посещений населением ВОП и УТ по отдельным нозологическим формам показал, что в среднем половину (50,3%) заболеваний органов дыхания составляют острые респираторные инфекции, бронхиты – 18%, грипп – 13,1% и пневмония – 2,6%. Среди заболеваний системы кровообращения 2/3 приходится на гипертоническую болезнь (54,7%) и ишемическую болезнь сердца (11,6%), 14,2% - на атеросклероз и 8,9% - на ревматоидный артрит. Среди травм более половины (56,7%) занимают переломы, 18,6% - раны и ушибы, 9,3% - ожоги и 8,5% - вывихи, растяжения связок.

В структуре заболеваний органов пищеварения наибольший удельный вес (35,2%) занимают больные с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки; с гастритами, дуоденитами, колитами – 23,9%; почти столько же (23,5%) – с холециститами, холангитами.

Нами проанализирована структура обращаемости сельского населения в различные амбулаторно-поликлинические организации (рис. 1). Из него видно, что в структуре обращаемости первое место занимают поликлиники центральных районных больниц (32,2%), на втором – сельские врачебные амбулатории (30,5%), на третьем – фельдшерско-акушерские пункты (29,3%) и на четвертом месте – консультативные поликлиники республиканских учреждений – 8%.

Одним из важных разделов деятельности участковых врачей является оказание медицинской помощи больным на дому. Актуальность проблемы медицинской помощи на дому (МПД) повышается в связи с тенденцией увеличения в возрастной структуре доли населения пожилого и старческого возраста. В этих условиях особую роль играют не только качество и эффективность медицинской помощи больным, но и организация ухода за ними.

К основным причинам, вызывающим необходимость преимущественного лечения больного на дому, относят остроту и тяжесть процесса и связанную с ними не мобильность пациента, нозологическую форму заболевания, категорический отказ больного от госпитализации или отсутствие мест в стационаре.

Для планирования лечебно-диагностической работы и осуществления целенаправленной санитарно-просветительной деятельности важно изучить структуру посещаемости больных на дому. Установлено, что основная доля посещений у врачей общей практики (78,1%) и участковых терапевтов (82,1%) приходится на больных с заболеваниями органов дыхания, системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, инфекционными заболеваниями и заболеваниями органов пищеварения. Число вызовов колеблется в зависимости от сезона года. Наибольшая доля их отмечается в осенний период (35,4%).

В период вспышек гриппа число первичных вызовов увеличивается до 58,2%, при этом доля посещений снижается до 4,7%, 2/3 больных, вызвавших врача на дом, участковые терапевты посетили однократно, а 24,3% - 2 и более раз.

По материалам исследования из общего числа обслуживаемого амбулаторно-поликлиническими учреждениями взрослого населения в течение года к врачебной помощи на дому прибегают 31,2%, из них: 10,7% обошлись на протяжении года одним врачебным посещением, 8,2% - потребовали двух, 7% - трех-четырёх, 5,3% - пяти – десяти посещений.

На одно первичное посещение на дому приходится в среднем 2,5 повторных посещений, причем этот показатель в значительной мере зависит от заболевания. Например, среднее число врачебных посещений на дом при болезнях печени и желчных путей составило 3,1, бронхитах – 4,6, гипертонической болезни – 5,0, злокачественных новообразованиях – 11,4 посещения и т.д.

Нами изучена структура посещений больных на дому участковыми терапевтами и врачами общей практики по цели (табл. 3). Из нее видно, что у ВОП и УТ в структуре посещений основную долю занимают лечебно-диагностические посещения (68,5% и 72,3%). У ВОП доля диспансерных, профилактических посещений и посещений с целью оказания медико-социальной помощи в 1,7 раза больше, чем у УТ (12,3% против 7,1%). От 5,1% до 6,4% посещений на дому уходит на оформление медицинской документации, куда вошли: выписка справок, рецептов, направлений на лабораторные и инструментальные исследования, оформление посыльного листка на МСЭ и др.

Одним из важных аспектов деятельности ВОП и УТ на участке является профилактическая работа. Необходимым условием хорошей организации профилактической работы на дому является наличие полных и достоверных сведений о составе населения. В среднем 30,6% населения в течение года ни разу не обращаются за врачебной помощью, а среди пенсионеров этот показатель еще выше – 52%. В связи с этим МПД имеет важное значение

Таблица 3. Структура посещений больных на дому участковыми терапевтами и врачами общей практики по цели (в %)

Цель посещения	Врачи общей практики	Участковые терапевты
Лечебно-диагностическая	68,5	72,3
Консультативная	6,0	3,1
Диспансерное наблюдение	4,1	3,4
Профилактические осмотры	4,2	3,0
Медико-социальная помощь	3,0	0,7
Оформление медицинской документации	5,1	6,4
Прочие посещения	9,1	11,1
Итого:	100,0	100,0

в решении задач профилактики, пропаганды здорового образа жизни, а главное – в диспансеризации, в том числе лиц с длительно протекающими хроническими заболеваниями.

В оказании медицинской помощи сельскому населению велика роль фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП). Медицинский персонал ФАП осуществляет на закрепленной за ним территории комплекс лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий, оказывает больному первую доврачебную помощь на амбулаторном приеме и на дому.

В структуре обращаемости населения в сельские амбулаторно-поликлинические учреждения Республики Дагестан почти 30% посещений приходится на фельдшерско-акушерские пункты. В связи с этим нами изучена структура посещений населением ФАПов по классам болезней. Установлено, что основная доля в структуре посещаемости приходится на болезни органов дыхания (23,3%), системы кровообращения (17,9%), органов пищеварения (9,6%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (9,3%), травмы и отравления (7,4%), болезни нервной системы (6,1%). Почти одинаковая доля приходится на инфекционные и паразитарные болезни (4,3%) и болезни мочеполовой системы (4,7%). Все это необходимо учитывать при подготовке фельдшеров общей практики для села, планировании и организации медицинской помощи сельскому населению.

На структуру посещений и нагрузку медицинского



Рис. 2. Структура посещений населением фельдшеров и акушерок ФАПов по причинам (в %)

персонала ФАПов влияют протяженность участка, количество обслуживаемых населенных пунктов и их удаленность, состояние дорог, отдаленность от ближайших медицинских учреждений, возрастно-половой и профессиональный состав населения, регулярность выездов врачей-специалистов.

Изучение частоты обращаемости (на 1000 населения) сельских жителей к фельдшерам ФАПов показало, что она в настоящее время остается высокой и составляет 647,3%. Это имеет место особенно в тех сельских населенных пунктах, куда врачи ЦРБ выезжают сравнительно редко. Из общего числа больных, которые лечились на ФАПах, 62,5% должны были лечиться в ЦРБ, 34,8% - в участковой больнице (амбулатории) и 2,7% - в областных медицинских учреждениях.

Анализ структуры посещений населением фельдшеров и акушерок ФАПов по причинам показал (рис. 2), что наибольший удельный вес у них составляют посещения с лечебно-диагностической целью (37%); на втором месте – посещения для выполнения врачебных назначений (32,8%), на оформление медицинской документации приходится 6,3%, на профилактические посещения – всего лишь 23,9%.

При изучении объема работы фельдшеров и акушерок на амбулаторном приеме и при обслуживании больных на дому (учитывали все посещения больных и патронажные посещения детей и беременных, манипуляции) установлено, что средняя нагрузка у фельдшера на амбулаторном приеме за 1 ч составляет 2,5 посещения (среднедневная нагрузка – 8,6), при обслуживании больных на дому – 1,3, а у акушерки соответственно – 2,7 и 1,0 посещений.

## Выводы

1. Изучение сроков обращения больных к сельским участковым врачам от начала заболевания показало, что в среднем только половина (48,7%) больных обращается к врачу в первые 3 дня, а остальные 51,3% - в срок свыше 3-х дней, из них на 4-й день – 14,1%, на 5-7-й день – 7,3%, 8 и более дней – 29,9%.

2. В структуре посещений населением врачей сельских врачебных амбулаторий по классам болезней основная доля посещений приходится на больных с за-

болеваниями органов дыхания (35,6%), далее системы кровообращения (20,6%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (9,8%) и на больных с болезнями органов пищеварения (7,5%). Среди заболеваний системы кровообращения 2/3 приходится на гипертоническую болезнь (54,7%) и ишемическую болезнь сердца (11,6%).

3. В структуре обращаемости сельского населения в различные амбулаторно-поликлинические организации первое место занимают поликлиники центральных районных больниц (32,9%), 2-е – сельские врачебные амбулатории (30,5%), 3-е – фельдшерско-акушерские пункты (29,3%) и 4-е место – республиканские консультативные поликлиники (8%). Из общего числа обслуживаемого населения в течение года к врачебной помощи на дому прибегают 31,2%. В структуре обращаемости населения в сельские амбулаторно-поликлинические организации почти 30% посещений приходится на фельдшерско-акушерские пункты. Частота обращаемости сельских жителей к фельдшерам остается высокая и составляет 647,3%.

4. Анализ объема и характера амбулаторно-терапевтической помощи, оказываемой участковыми врачами поселению на сельских врачебных участках позволил наметить основные пути ее оптимизации: совершенствование технологии амбулаторного приема; рациональное распределение и использование рабочего времени; планирование

работы по дням недели, месяцам, сезонам года; улучшение материально-технической базы сельских медицинских организаций; механизация и унификация медицинской документации; совершенствование информационного обеспечения участковых врачей; широкое использование экспресс-методов диагностики; увеличение объема лабораторно-диагностической помощи на дому; активное внедрение стационарозамещающих технологий. ■

**Гаджиев Рашид Сейфиевич** – доктор мед.наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Даггосмедуниверситета. **Агаларова Луиза Саидахмедовна** – доктор мед.наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Даггосмедуниверситета. **Гасанов Алискер Нариманович** – к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Даггосмедуниверситета. **Айвазова Зарема Нажмудиновна** – к.м.н., ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Даггосмедуниверситета. **Газиева Эсмэральда Магомедовна** – ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Даггосмедуниверситета. Автор, ответственный за переписку — Агаларова Луиза Саидахмедовна, 367003 Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ушакова, д. 9, кв. 10. Телефон – 8 – 960 - 409 - 45 - 97. e-mail: luiza\_agalarova@mail.ru

## Литература:

1. Агаларова Л.С. Медико-профилактические и организационно-технологические аспекты деятельности врачей общей практики и участковых терапевтов. Махачкала: Изд-во «Наука ДНЦ»; 2010. 352 с.
2. Вялков А.И., Сквирская Г.П., Сон И.М. и др. Современные подходы к преобразованию медицинских организаций, оказывающих помощь населению в амбулаторных условиях. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017; 4: 216-220.
3. Гаджиев Р.С. Врач общей практики (семейный врач). М.: Медицина; 2005. 544 с.
4. Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С. Изучение мнения сельского населения об организации и качестве медицинской помощи, оказываемой участковыми врачами. Уральский медицинский журнал. 2018; 4 (159): 102-107.
5. Лаврищева Г.А. Реформирование первичной медико-санитарной помощи в Ступинском районе. Проблемы управления здравоохранением. 2008; 4(41): 55-59.
6. Стародубов В.И., Калининская А.А. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития. М.: ОАО «Издательство «Медицина»; 2007. 264 с.
7. Стрючков В.В., Сапрыкина А.Г. Повышение доступности медицинской помощи сельским жителям. Здравоохранение. 2008; 6: 47-50.
8. Филатов В.Б., Коротких Р.В., Растягаев В.В. Актуальные проблемы организации медицинской помощи населению сельских муниципальных образований. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2006; 4: 40-45.