

А.У. ЕМБЕРДИЕВ, Г.К. КАУСОВА, А. Р. АКИЛЬЖАНОВА, М.А. БУЛЕШОВ, А.М. ЖАКСЫБЕРГЕНОВ

*Высшая Школа Общественного Здравоохранения МЗСР РК, Алматы
Национальная лаборатория Астана, Назарбаев Университет, Астана
Южно-Казахстанская Государственная фармацевтическая академия, Шымкент*

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ И КОМПЛЕКСНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

В период социально-экономических преобразований, которые сопровождаются нарастанием негативных популяционных процессов, возрастает приоритетность проблемы сохранения и улучшения здоровья и снижение заболеваемости, особенно среди сельского населения. Состояние здоровья населения зависит от многих факторов: медицинских, социально-экономических, экологических, природно-климатических и др.

Ключевые слова: *общая заболеваемость, сельское население, здоровье населения, лечебно-профилактические организации, Южно-Казахстанская область, заболеваемость с временной утратой трудоспособности.*

Актуальность. Современная демографическая ситуация неразрывно связана с ухудшением состояния здоровья населения. Демографические показатели, являясь индикатором здоровья населения, отражают существующие в обществе социально-экономические проблемы [1,2,3,4]. Негативные демографические тенденции создают реальную и потенциальную угрозу устойчивому развитию общества не только на современном этапе, но и в перспективе: ухудшение здоровья каждого последующего поколения ведет к снижению трудового потенциала страны [5,6]. Задачи, поставленные перед отраслью здравоохранения, направлены на достижение основной цели – повышение качества жизни, сохранение и улучшение здоровья населения, эффективное использование имеющихся ресурсов и укрепление материально-технической базы отрасли. В Послании народу Казахстана Президент Назарбаев Н.А. в «Стратегии «Казахстан-2050» подчеркнул, что одним из ключевых приоритетов в рамках долгосрочной модернизации национальной системы здравоохранения, является обеспечение предоставления качественных и доступных медицинских услуг [7]. Формирование конкретных направлений государственной политики в этой области предполагает наличие достоверной статистической информации о состоянии здоровья, закономерностях и факторах его формирующих [8-12].

В период социально-экономических преобразований, которые сопровождаются нарастанием негативных популяционных процессов, возрастает актуальность проблемы сохранения и улучшения здоровья. Состояние здоровья населения зависит от многих факторов: медицинских, социально-экономических, экологических, природно-климатических и др. Немаловажная причина ухудшения общественного здоровья — нездоровый образ жизни, увеличение доли лиц, злоупотребляющих алкоголем, табаком.

Лечебно-профилактические организации (ЛПО), расположенные в сельских административных районах, и, прежде всего, ключевое звено сельского здравоохранения — центральные районные поликлиники (ЦРП) — в силу целого ряда причин слабо вовлечены в работу по контролю и совершенствованию системы качества медицинской помощи. По сравнению с городскими амбулаторно-поликлиническими организациями (АПО), в сельских ЦРП существенно выше доля случаев неполного обследования и, как следствие, неправильной постановки диагноза. В сельских районах отмечается и неполное лечение. В итоге уровень качества лечения в сельских районных больницах (ЦРБ) достоверно ниже, чем в АПО городов. Необходимо обратить особое внимание на проблему повышения качества медицинской помощи сельскому населению, активизировать работу по контролю за качеством оказываемых медицинских услуг в районных центрах Южно-Казахстанской области. Заболеваемость является важнейшей составляющей комплексной оценки здоровья населения и качества оказываемой медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических организациях. Учет заболеваемости ведется практически всеми медицинскими организациями. Анализ заболеваемости необходим для разработки управленческих решений как на республиканском, так и на областном и районных уровнях управления системой здравоохранения. Только на ее основе возможны правильное планирование и прогнозирование развития сети организаций здравоохранения, оценка потребности в различных видах ресурсов.

В современных условиях проблемными остаются вопросы, связанные с недостаточным уровнем материально-технического обеспечения медицинских организаций. К примеру, оснащенность скорой медицинской помощи медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения по республике Казахстан (РК) составляет 51,69%. В ряде регионов РК организации, оказывающие медицинскую помощь (станции скорой медицинской помощи, первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), судебно-медицинская экспертиза и др.), располагаются в нетиповых, приспособленных помещениях, более 400 (4,3%) организаций здравоохранения расположены в аварийных зданиях. Наряду с этим слабо развиваются общеврачебная практика в первичном звене здравоохранения и здоровьесберегающие технологии в профилактической работе с населением. Уровень оплаты труда медицинских работников остается низким, отсутствует дифференцированный подход к оплате труда, основанный на конечных результатах их работы. Повсеместно наблюдается дефицит квалифицированных кадров, особенно в сельских районах, что затрудняет обеспечение медицинскими услугами сельского населения РК [13]. В Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы предусмотрены: модернизация первичной медико-санитарной помощи с внедрением семейной практики в 2016-2018 годы и в 2019-2020 годы дальнейшее совершенствование семейной практики и укрепление ПМСП [14].

Результаты исследования и обсуждение. Показатели заболеваемости служат одним из критериев оценки качества работы медицинских организаций, системы здравоохранения в целом. Нами изучены уровень и структура общей заболеваемости сельского населения в базовых районах. Во всех районах в структуре заболеваемости первое место занимают болезни органов дыхания: в Байдыбекском районе – 24,7% (195,8 случаев на 1000 населения), в Толебиском районе – 17,3% (167 случаев) и в Сарыагашском районе – 16,7% (185,7 случаев); на втором месте – болезни системы кровообращения: Байдыбекском районе – 14,7% (116,8 случаев), в Толебиском – 13,9% (133,5 случаев) и в Сарыагашском – 14% (155,3 на 1000 населения); на третьем месте: в Байдыбекском районе – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 8,7% (69,3 случаев), в Толебиском и Сарыагашском районах – болезни органов пищеварения, соответственно – 9% (86,3 случая) и 11% (122,9 случаев); на четвертом месте: в Байдыбекском районе – травмы и отравления (10,2% или 80,6 случаев), в Толебиском – болезни нервной системы (7,1% или 68,4 случая), а в Сарыагашском районе – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,1% или 90,5 случаев); на пятом месте: в Байдыбекском районе – болезни органов пищеварения – 7% (55,4 случая), в Толебиском районе – болезни глаза и его придаточного аппарата – 6% (57,5 случаев), в Сарыагашском районе – болезни нервной системы – 7,7% (85,9 случаев) и на шестом месте: в Байдыбекском районе – болезни мочеполовой системы – 5,6% (44,4 случаев), Толебиском – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 5,8% (56,3 случаев), а в Сарыагашском районе – травмы и отравления – 6% (67,2 случая). Уровень общей заболеваемости сельского населения в базовых районах колеблется от 794,1 в Байдыбекском районе до 1112,4 случаев в Сарыагашском на 1000 населения.

Результаты исследования показали, что первичная заболеваемость в базовых сельских районах колеблется от 466,8 в Байдыбекском районе до 519,8 в Толебиском районе на 1000 населения. Наиболее высокие показатели первичной заболеваемости отмечаются по классам: болезни органов дыхания (от 125,8‰ до 155,8‰); системы кровообращения (от 69,3‰ до 88,6‰); болезни органов пищеварения (от 32,1‰ до 55,4‰) и костно-мышечной системы и соединительной ткани (от 31,5‰ до 45,1‰). Низкие показатели отмечаются при психических расстройствах и расстройствах поведения (от 2,9‰ до 4,6‰), болезни крови и кроветворных органов (от 2,8‰ до 3,8‰).

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) занимает особое место в статистике заболеваемости в силу большой социально-экономической значимости. На показатель заболеваемости с временной утратой трудоспособности значительное влияние оказывают законодательство об оплате случаев нетрудоспособности и состояние экспертизы трудоспособности. Нами проанализирована заболеваемость с ВУТ в трех базовых сельских районах в динамике за 2010-2014 гг. Исследование показало, что в Байдыбекском районе заболеваемость с ВУТ в случаях на 100 работающих возросла с 17,2 в 2009 г. до 23,8 в 2011 г., в днях соответственно с 230 до 298,5 на 100 работающих, а среднее пребывание больного на больничном листе незначительно снизилось (с 13,2 до 12,9).

В Сарыагашском районе заболеваемость с ВУТ за этот период снизилась в случаях более чем в 2 раза (с 20,8 до 9,1), в днях – в 2,5 раза (с 279,9 до 109,1), а среднее пребывание на больничном листе – с 13,0 до 12,0.

В Толебиском районе заболеваемость с ВУТ также снизилась: в случаях с 27,2 до 16,5, а в днях нетрудоспособности – почти в 1,5 раза (с 303,3 до 223,0 на 100 работающих). В целом по сельским районам РК заболеваемость с ВУТ за этот период снизилась в случаях с 17,1 в 2009 г. до 16,4 в 2011 г., а в днях соответственно – с 217,5 до 215,6 на 100 работающих. Заболеваемость с ВУТ в сельских районах значительно ниже, чем в городах республики.

Важным разделом в исследовании явились организация и проведение медицинских профилактических осмотров сельского населения. Медицинские осмотры проводились с участием участковых врачей и врачей-специалистов ЦРБ в соответствии с приказами, методическими указаниями Министерства здравоохранения и социального развития в объеме, предусмотренном для отдельных социально-профессиональных и возрастно-половых групп населения.

Результаты комплексных медицинских осмотров показали, что частота выявленных заболеваний на 1000 обследованных колеблется от 1451,9 (Сарыагашском район), до 1508,4 (Толебиском район). Уровень и структура заболеваемости взрослого сельского населения в базовых районах по данным комплексных медицинских осмотров во всех районах в структуре заболеваемости - первое место занимают болезни системы кровообращения:

в Сарыагашском районе – 391,5‰ (27%), в Байдыбекском – 461,9‰ (31%), в Толебиском – 533,2‰ (35,3%); на втором месте – болезни органов дыхания: в Сарыагашском – 154,6‰ (10,6%), в Байдыбекском – 160,1‰ (10,7%), в Толебиском – 190,5‰ (12,6%); на третьем месте – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани: в Толебиском районе 126‰ (8,4%), в Сарыагашском – 133,9‰ (9,2%), в Байдыбекском – 176,8‰ (11,8%), на четвертом – болезни органов пищеварения – в Сарыагашском – 104,5‰ (7,2%), в Байдыбекском – 138‰ (9,3%), в Толебиском – 140,9‰ (9,3%); на пятом месте – болезни нервной системы: в – 76,7‰ (5,1%), в Сарыагашском – 96,4‰ (6,6%), в Байдыбекском – 107,1‰ (7,2%).

Наибольшее число заболеваний выявили терапевты – 24,3% или на 1000 осмотренных лиц 218,1 заболеваний, акушеры-гинекологи – 17,4% (156,2‰), кардиологи – 14,5% (125,9‰), педиатры – 11% (103,8‰) и неврологи – 9,1% (85,2‰).

Установлено, что выявляемость заболеваний нарастает с увеличением возраста как у мужчин, так и у женщин. Наибольшее число выявленных заболеваний приходится на возрастные группы 60 лет и старше, 40-49 лет, 50-59 лет и 20-29 лет, что соответственно составило 31,2%, 24,4%, 15,8% и 10,1%. Наименьшее число выявленных заболеваний приходится на долю возрастных групп 3-6 лет и 7-14 лет.

Выводы. Таким образом, изучена заболеваемость сельского населения по данным обращаемости и комплексных медицинских осмотров в результате которых установлено, что уровень общей заболеваемости сельского населения в базовых районах колеблется от 794,1 в Байдыбекском районе до 1122,4 случаев в Сарыагашском районе на 1000 населения, первичная заболеваемость – от 466,8 до 519,8 на 1000 населения, заболеваемость по данным медицинских профилактических осмотров – от 1451,9 до 1508,4 на 1000 обследованных. Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечаются по классам: болезни органов дыхания, системы кровообращения, болезни органов пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани. В целом по сельским районам заболеваемость с ВУТ снизилась в случаях с 17,3 в 2009 г. до 16,4 в 2011 г., а в днях соответственно – с 217,5 до 215,6 на 100 работающих.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Каусова Г.К., Булешов М.А., Ембердиев А.У., Кушкарлова А.М., Зулфикаров Е.М., Зулфикарова Э.Т. Особенности охраны здоровья сельского населения // Республиканский научный журнал «Vestnik». – ЮКО: 2015. - №4(73). – С.85-89.
- 2 Каусова Г.К., Одаманов М.А. Особенности организационных форм медико-санитарного обслуживания сельского населения // Здоровье и болезнь. – Алматы: 2013. - № 2 (110). – С.37-42.
- 3 Одаманов М.А., Каусова Г.К. Социально-гигиенические и медико-демографические аспекты исследования здоровья сельского населения // Здоровье и болезнь. – Алматы: 2013. - № 2 (110). – С. 46-49.
- 4 Ембердиев А.У., Каусова Г.К., Зулфикаров Е., Кушкарлова А. М. Медико-демографические и организационные основы медицинской помощи сельскому населению в современных экономических условиях // Материалы первой международной научной конференции молодых ученых и студентов «Перспективы развития биологии, медицины и фармации». – Шымкент: 2013. - С.3-6.
- 5 Вязьмин А. М., Бичкаев Я.И., Санников А.Л., Варакина Ж.Л., Лукашов А.Г. Социально-гигиенические аспекты инвалидности и смертности в Архан-гельской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. -2010. - № 2. - С. 6-9.
- 6 Максимова Т.М., Белов В.Б. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них в России и некоторых зарубежных странах. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2012. - № 1. - С. 9-13.
- 7 Послание Президента Республики Казахстан - Лидера нации Нурсултана Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства». – Астана: 2014.
- 8 Садыкова М.М., Каусова Г.К. Анализ реализации Государственной Программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015гг. За I полугодие (2013-2014гг.) // Материалы I Республиканского Съезда врачей ПМСП РК в рамках III Международного Конгресса «Здоровье для всех. Равенство, солидарность и социальная справедливость – современные вызовы ПМСП». – Алматы: 2014. – С. 86-91.
- 9 Калинин Д.Е., Карпов А.Б., Тахауов Р.М., Самойлова Ю.А. Динамика показателей здоровья населения промышленного города // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2013. - № 4. - С. 14-19.
- 10 Китанина К.Ю. Многофакторный анализ первичной инвалидности взрослого населения Тульской области: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2012. - 27 с.
- 11 Полушевская И.В. Особенности общей инвалидности взрослого сельского населения Омской области в 2006-2010 гг. // Альманах современной науки и образования. - 2012. - № 9 (64). - С. 171-173.

- 12 Попов А.В. Характеристика заболеваемости, смертности и инвалидности городского и сельского населения Удмуртской Республики [Электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья населения: сетевой журн. - 2012. - № 1 (23). – С. 45-52.
- 13 Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы. – Астана: 2011.
- 14 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы. – Астана: 2015.

А.У. ЕМБЕРДИЕВ, Г.К.КАУСОВА, А.Р. АКИЛЬЖАНОВА, М.А. БУЛЕШОВ, А.М. ЖАҚСЫБЕРГЕНОВ

*ҚР ДС және ӘДМ Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі, Алматы қ.
Астана Ұлттық Зертханасы, Назарбаев Университеті, Астана
ҚР ДС және ӘДМ Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ.*

АУЫЛ ТҰРҒЫНДАРЫ АУРУШЫЛДЫҒЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕККЕ ЖҮГІНУ ЖӘНЕ КЕШЕНДІК МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕКСЕРУДЕН ӨТУ БОЙЫНША ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Зерттеу көрсеткендей, ОҚО негізгі аудандарындағы ауыл тұрғындарының жалпы аурушылдық деңгейі 1000 адамға шаққанда Бәйдібек ауданында 794,1-ден және Сарыағаш ауданында 1112,4-ке дейін ауытқиды, алғаш сырқаттанушылық – тексеруден өткен 1000 адамға шаққанда 1451,9-дан 1508,4-ке дейін.

Түйінді сөздер: жалпы аурушылдық, ауыл тұрғындары, тұрғындар денсаулығы, емдік-профилактикалық ұйым, Оңтүстік Қазақстан облысы, еңбекке жарамдылықтан уақытша айырылуға байланысты аурушылдыққа ұшырау.

A.U. EMBERDIYEV, G.K.KAUSOVA, A.R. AKILZHANOVA, M.A. BULESHOV, A.M. ZHAKSYBERGENOV

*Kazakh School of Public Health, Ministry of Healthcare and Social Development of the Republic of Kazakhstan, Almaty
Astana National Laboratory, Nazarbayev University, Astana
South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy MH SD of RK, Shymkent*

THE FEATURES OF MORBIDITY OF RURAL POPULATION ACCORDING TO NEGOTIABILITY AND COMPLEX MEDICAL EXAMINATION

Resume: The study found that the level of total morbidity of rural population in the basic areas of South Kazakhstan region ranges from 794.1 in Baydybek district to 1112.4 cases in Sary-Agash district per 1000 population, the incidence of the primary - from 466.8 to 519.8 per 1,000 population, the incidence according to medical preventive examinations - from 1451.9 to 1508.4 per 1000 patients.

Keywords: the overall incidence, rural populations, public health, health facilities, South-Kazakhstan region, morbidity with temporary disability.