

- области// Современные проблемы науки и образования. 2016. № 6.;URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=25538> (дата обращения: 18.12.2016).
6. Суслин С.А. Социологические аспекты деятельности врачей городской многопрофильной больницы // Аспирантский вестник Поволжья. – 2014. - № 3-4. – С. 179-180.
 7. Шешунова Р.А. Система оказания гематологической помощи взрослому населению Самарской области // Аспирантские чтения – 2016: Материалы научно-практической конференции с международным участием «Молодые ученые – от технологий XXI века к практическому здравоохранению». – Самара, 2016. – С. 198-200.
-

Ягудин Р.Х., Рыбкин Л. И.

МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Государственное автономное учреждение здравоохранения
"Республиканская клиническая больница Министерства
здравоохранения Республики Татарстан"

Yagudin R. K., Rybkin L. I.

MONITORING OF THE STATE OF HEALTH OF AGRICULTURAL POPULATION

The State Autonomous Health Institution "Republican Clinical Hospital of
the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan"

Yagudin R. K. Государственное автономное учреждение здравоохранения "Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан", заместитель главного врача, доктор мед. наук, канд. эконом. наук, доцент
E-mail: rh65@mail.ru

Rybkin L. I. Государственное автономное учреждение здравоохранения "Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан", заведующий организационно-методическим отделом, канд. мед. наук, доцент

E-mail: omo21_rkb@mail.ru

Резюме. Представлены материалы анализа заболеваемости и смертности сельского населения Республики Татарстан в 2010-2015 гг. показано влияние возрастных, гендерных и организационных факторов на их изменение.

Ключевые слова: сельское здравоохранение, заболеваемость, смертность.

Abstract. Materials of the analysis of morbidity and mortality of rural population of the Republic of Tatarstan in 2010-2015 are presented. The influence of age, gender and organizational factors on their change has been shown.

Key words: rural health, morbidity, mortality.

В 2012 году Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения разработало новую европейскую стратегию развития в интересах здоровья населения – «Здоровье-2020», согласно которой «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека, независимо от расы, пола, возраста, социального статуса и способности платить» [5].

Сохранение и укрепление здоровья населения является предметом внимания и сферой ответственности как системы здравоохранения, так и многих других отраслей и систем, поднимающих тем самым эту проблему от муниципального до общегосударственного уровня.

Уровень и структура показателей заболеваемости и смертности являются важнейшими составляющими комплексной оценки здоровья населения [3].

Социальная обусловленность заболеваемости населения научно доказана, на ее уровень и структуру влияют различные факторы, связанные с средой обитания и образом жизни [2]. Показатель смертности является традиционным индикатором потери здоровья населения, который характеризуется высокой надежностью и объективностью.

Целью настоящего исследования является изучение состояния заболеваемости и смертности сельского населения Республики Татарстан в 2000-2015 гг.

Исследование проведено по материалам территориального органа Федеральной службы государственной статистики по

Республике Татарстан [1] в полном соответствии с классами заболеваний, представленными в «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем» [4].

Показатель первичной заболеваемости сельского населения снизился с 514,2 в 2010 году до 470,1 в 2015 году или на 8,6% (в расчете на 1000 населения), что в 1,9 раза ниже аналогичного показателя городского населения как в 2010 году, так и в 2015 году.

В структуре заболеваемости сельского населения первое ранговое место занимают болезни органов дыхания (X класс), второе ранговое место – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (XIX класс). Доля данных двух классов заболеваний в структуре первичной заболеваемости выросла с 44,4% в 2010 году до 50,0% в 2015 году. Далее следуют болезни системы кровообращения (IX класс), переместившиеся с 5-го на 3-е ранговое место, болезни костно-мышечной системы (XIII класс), болезни мочеполовой системы (XIV класс) и болезни органов пищеварения (XI класс). Суммарная доля этих шести классов заболеваний составляет три четверти в структуре всей первичной заболеваемости сельского населения, она выросла с 71,0% в 2010 году до 76,5% в 2015 году.

Показатель смертности сельского населения Республики Татарстан снизился с 1679,1 в 2010 году до 1572,7 в 2015 году или на 6,3% (в расчете на 100 тыс. человек среднегодового постоянного населения), что в 1,4 раза больше, чем смертность городского населения как в 2010 году, так и в 2015 году.

В структуре смертности сельского населения на первом ранговом месте находятся болезни системы кровообращения (IX класс), смертность от которых сократилась с 1130,0‰ в 2010 году до 784,9‰ в 2015 году или на 30,5%. При этом, если в 2010 году от болезней системы кровообращения скончались каждые два из трех (67,3%) из общего числа скончавшихся, то в 2015 году – каждый второй (49,9%). Второе ранговое место занимают новообразования (II класс) с тенденцией к росту как в номинальном значении показателя (181,9‰ в 2010 году, 193,0‰ в 2015 году), так и в структуре причин смерти (10,8% в 2010 году, 12,3% в 2015 году). В связи с рекомендованными изменениями в порядке и в подходах к определению приоритетов при формировании основного и сопутствующего диагнозов на третье ранговое место поднялись симптомы, признаки и отклонения от нормы, не классифицированные в других рубриках (XVIII класс), резко увеличились в качестве причин смерти болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (IV класс) – в 5,5

раза, психические расстройства (V класс) – в 80,7 раза, болезни нервной системы и органов чувств (VI класс) – в 3,6 раза, болезни костно-мышечной системы (XIII класс) – в 8,1 раза.

Имеют место, существенные гендерные различия в показателях смертности сельского населения.

Смертность мужчин превышает смертность женщин в 2010 году на 14,3%, в 2015 году на 9,4%, при этом показатели смертности мужчин снизились на 7,0% в 2015 году по сравнению с 2010 годом, показатель смертности женщин снизился на 4,3%.

Наиболее значительные различия смертности мужчин и женщин в сельской местности регистрируются в трудоспособном возрасте. Смертность мужчин превысила смертность женщин в 2010 году в 4,7 раза, в 2015 году в 4,2 раза, подтверждая тем самым наличие сверхсмертности мужчин – сельских жителей в трудоспособном возрасте. Смертность мужчин трудоспособного возраста снизилась за рассматриваемый период на 16,1%, смертность женщин на 4,9%.

Среди причин смертности сельского населения трудоспособного возраста наиболее часто регистрируются болезни системы кровообращения (IX класс), травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (XIX класс) и новообразования (II класс), суммарная доля которых в общем показателе смертности по всем классам заболеваний составила в 2010 году 83,9%, в 2015 году – 76,5%. В структуре смертности мужчин трудоспособного возраста преобладают те же классы заболеваний, общая доля их составила 84,1% в 2010 году и 77,3% в 2015 году. Обращает на себя внимание, что показатели смертности мужчин от болезней системы кровообращения и от травм практически совпадают (2015 год: IX класс – 277,6‰00, XIX класс – 274,8‰00).

Одним из факторов, определяющих различие заболеваемости и смертности сельского населения (более низкая заболеваемость и более высокая смертность), является обеспеченность врачами (а соответственно – доступность врачебной медицинской помощи) сельского населения, которая в 2010 году отличается в 5,3 раза, в 2015 году – в 3,9 раза от аналогичного показателя городского населения.

Вторым фактором являются организационно-статистические технологии учета обращений сельских жителей в медицинские организации, при которых посещения к средним медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов, посещения к средним медицинским работникам, ведущим самостоятельный прием в амбулаториях участковых больниц и во врачебных амбулаториях, не

учитывается при разработке материалов первичной заболеваемости и распространенности болезней сельского населения.

Несмотря на значительную работу, проводимую в Республике Татарстан по улучшению материально-технической базы сельского здравоохранения (ремонт учреждений здравоохранения, строительство новых, в том числе модульных, фельдшерско-акушерских пунктов, оснащение необходимым медицинским оборудованием и аппаратурой и др.), по реализации Программы по представлению единовременных комплексных выплат врачам, трудоустраивающимся на работу в сельской местности, проблемы сельского здравоохранения сохраняют свою актуальность.

Вместе с тем, представленные материалы с убедительностью свидетельствуют о необходимости государственных кардинальных решений для повышения уровня и доступности всех видов врачебной медицинской помощи сельскому населению. Время требует перехода от констатации проблем сельского здравоохранения к значительному улучшению ее организации и оказания на уровне, соответствующим запросам сельских жителей.

Литература

1. Здравоохранение в Республике Татарстан 2015: / Стат. сборник; под ред. В.П. Кандилова. – Казань: Татарстанстат, 2016. – 154 с.
2. Медик В.А. Заболеваемость населения: История, современное состояние и методология изучения. / В.А. Медик. – М.: Медицина, 2003. – 512 с.
3. Медик В.А. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть I. / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М.: Медицина. 2003. – 368 с.
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр //Всемирная организация здравоохранения, 1995 / М.: Медицина, 1995, т. 1-2.
5. Якаб Ж., Агис Ц. Политика «Здоровье – 2020» в поддержку здоровья и развития в современной Европе / Ж. Якаб, Ц. Агис // Vestnik.mednet, 2014. – № 4 (38).