

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РК
КАРАГАНДИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**ЗДОРОВЬЕ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ
КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Под редакцией К.А. Алихановой
Б.К. Омаркулова**

Караганда, 2015

УДК 614 (574.3) (035.3)

З 46

Рецензенты:

Уразова С.Н. – зав. кафедрой общей врачебной практики №2 АО «Медицинский университет Астана», доктор медицинских наук

Канафина А.К. – главный специалист – терапевт Управления здравоохранения Карагандинской области

Тайжанова Д.Ж. – зав. кафедрой внутренних болезней №1 КГМУ, доктор медицинских наук, профессор

З 46 Здоровье сельского населения Карагандинской области: монография / под ред. К.А. Алихановой, Б.К.Омаркулова - Караганда: «Гласир», 2015. -212 с.

ISBN 978-601-202-201-8

В монографии представлены материалы по эпидемиологии социально значимых заболеваний среди сельского населения Карагандинской области. Представлены результаты исследования существующей системы организации медицинской помощи жителям села. Монография предназначена для специалистов ПМСП, врачей общей практики, резидентов и слушателей факультета непрерывного профессионального развития.

Право на данное издание принадлежит авторам. Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде - части или целого издания - не могут быть осуществлены без письменного разрешения правообладателя.

УДК 614 (574.3) (035.3)

ISBN 978-601-202-201-8

© Коллектив авторов, 2015
© Карагандинский государственный
медицинский университет, 2015

СОДЕРЖАНИЕ

Определения	6
Обозначения и сокращения	7
Введение	9
1 АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ. ИННОВАЦИОННЫЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ НА УРОВНЕ ПМСП	12
1.1 Состояние здоровья сельского населения.....	12
1.2 Распространенность хронических социально значимых заболеваний среди взрослого сельского населения.....	26
1.3 Условия и образ жизни, определяющие состояние здоровья сельского населения.....	28
1.4 Проблемы управления и организации медицинской помощи сельскому населению.....	32
1.5 Инновационные, организационные, профилактические, реабилитационные технологии на уровне ПМСП.....	44
2 ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	51
3 ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2005-2013 ГГ	56
3.1 Заболеваемость сельского населения области.....	69
3.2 Инвалидность сельского населения.....	80
3.3 Результаты профилактического медосмотра сельского населения области передвижным медицинским комплексом за 2011-2014 годы.....	89
4 РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ	108
4.1 Результаты анкетирования взрослого сельского населения по изучаемым социально значимым заболеваниям терапевтического профиля.....	108
4.2 Результаты применения скрининговых тест-систем на уровне ПМСП.....	114
4.3 Результаты анкетирования по изучению факторов риска распространенных социально значимых заболеваний терапевтического профиля.....	118
5 ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ (НА ПРИМЕРЕ БУХАР-ЖЫРАУСКОГО РАЙОНА)	123

6 ТЕХНОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ	146
6.1 Оптимизация оказания медицинской помощи сельским жителям с сердечно-сосудистыми заболеваниями на ее этапах.....	146
6.2 Технология оказания медицинской помощи больным с осложненной формой артериальной гипертензии.....	148
6.1.2 Технология реабилитации инвалидов вследствие мозгового инсульта на фоне артериальной гипертензии.....	153
Заключение	168
Список использованных источников	171
Приложение А	189
Приложение В	199
Приложение С	203
Приложение D	206

УЧАСТНИКИ ИЗДАНИЯ

Главные редакторы:

Алиханова Карлыгаш Ангельбаевна – заведующий кафедрой общей врачебной практики факультета непрерывного профессионального развития КГМУ, доктор медицинских наук, профессор

Омаркулов Бауыржан Каденович - начальник отдела клинической работы и трудоустройства выпускников КГМУ, кандидат медицинских наук, доцент

Коллектив авторов:

Алиханова Карлыгаш Ангельбаевна - д.м.н., профессор

Абугалиева Тлеужан Оразалиевна - к.м.н, доцент

Алпысова Айгуль Рахманберлиновна - к.м.н, доцент

Байгожин Мурат Алимович - главный врач Бухар-Жырауского района

Жакипбекова Венера Амантаевна - к.м.н, доцент

Искаков Ернар Бокенбаевич - ассистент, магистрант

Кульмаганбетов Серик Ауесханович - ассистент

Омаркулов Бауыржан Каденович - к.м.н, доцент

Рождественский Александр - директор Карагандинского

Викторович областного филиала РГП РЦЭЗ

Серигова Майя Сагындыковна - ассистент, магистрант

Такирова Айгуль Тулеухановна - ассистент

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей монографии применяли следующие термины с соответствующими определениями:

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – совокупность медицинских, социально-экономических, политических и иных мер, направленных на охрану здоровья граждан.

МЕТОДОЛОГИЯ – способы и логический образ действий, посредством которых обеспечивается подход к выполнению плана программы.

РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – 1) медицинский персонал (человеческие ресурсы); диагностическое и лечебное оборудование; здания и их материально-техническое обеспечение и содержание; лекарства и продукты питания; знания и прочее; 2) понятия, приемлемые для деятельности систем здравоохранения. Ресурсы здравоохранения включают человеческие ресурсы в службе здравоохранения и в других секторах: строительные и инженерные службы, санитарная, водная, отопительная системы общественного пользования и использование их в медицинских учреждениях; оборудование и поставки, финансы, знания и другие технологии. Эти ресурсы находятся внутри структуры политики и в списке управленческих мероприятий в здравоохранении. Качество ресурсов здравоохранения является важным фактором при сравнении систем здравоохранения. Качество ресурсов здравоохранения обычно определяется по стандартам и во многих случаях по закону. Стандарты могут определять профессионалы, лицензируются докторами и медсестрами.

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – совокупность государственных органов и субъектов здравоохранения, деятельность которых направлена на обеспечение прав граждан на охрану здоровья и получение медицинской помощи.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

АД	- артериальное давление
АГ	- артериальная гипертензия
БСК	- болезни системы кровообращения
ВА	- врачебная амбулатория
ВОЗ	- всемирная организация здравоохранения
ВОП	- врач общей практики
ВИЧ	- вирус иммунодефицита человека
ВНОК	- Всесоюзное научное общество кардиологов
ВПИ	- впервые выявленная первичная инвалидность
ГОБМП	- гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ЕНСЗ	- единая национальная система здравоохранения
ЕИСЗ	- единая информационная система здравоохранения
ЖКТ	- желудочно-кишечный тракт
ИБС	- ишемическая болезнь сердца
ИВЛ	- искусственная вентиляция легких
ИП	- интенсивный показатель
ИПР	- индивидуальная программа реабилитации
КДУ	- консультативно-диагностические услуги
ЛПУ	- лечебно-профилактические учреждения
ЛПНП	- липопротеиды низкой плотности
ЛПВП	- липопротеиды высокой плотности
МКБ-10	- международная классификация болезней -10 пересмотра
МП	- медицинский пункт
МСОП	- медсестра общей практики
МСЭ	- медико – социальная экспертиза
НИР	- научно-исследовательская работа
НИИ ВБ	- научно - исследовательский институт внутренних болезней
НЦПФЗОЖ	- национальный центр Проекта формирования здорового образа жизни
ОВП	- общая врачебная практика
ОЖД	- ограничение жизнедеятельности
ОИМ	- острый инфаркт миокарда
ОНМК	- острое нарушение мозгового кровообращения
ОЦФЗОЖ	- областной центр формирования здорового образа жизни
ПИ	- первичная инвалидность
ПМК	- передвижной медицинский комплекс
ПМСП	- первичная медико-санитарная помощь
ПХВ	- право хозяйственного ведения
РК	- Республика Казахстан
РФ	- ревматоидный фактор
СВА	- семейная врачебная амбулатория
СНМП	- скорая неотложная медицинская помощь
СМП	- скорая медицинская помощь

ССЗ	- сердечно-сосудистые заболевания
ССС	- сердечно - сосудистая система
СУБ	- сельская участковая больница
ТИА	- транзиторная ишемичная атака
УЗИ	- ультразвуковое исследование
ФАП	- фельдшерский акушерский пункт
ФГДС	- фиброгастродуоденоскопия
ФК	- функциональный класс
ХНИЗ	- хронические неинфекционные заболевания
ЦБДИ	- централизованная база данных инвалидов
ЦВЗ	- цереброваскулярные заболевания
ЦРБ	- центральная районная больница
ЦНС	- центральная нервная система
ЧСС	- частота сердечных сокращений
ЭКГ	- электрокардиограмма
ЭЭГ	- эхоэнцефелография
НР	- <i>Helicobacter pylori</i>

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время изучение распространенности, заболеваемости, смертности и профилактики, наиболее часто встречающихся заболеваний становится, по рекомендации ВОЗ, важной составной частью национальных программ сохранения здоровья населения и основой планирования медицинской помощи как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах.

Президент Назарбаев Н.А. в своем Послании народу Казахстана от 27.01.12 г. подчеркнул, что одним из направлений государственной политики на новом этапе развития нашей страны должно стать улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения. Здоровье населения относится к системообразующим факторам социально-экономического благополучия любого государства. Индивидуальное здоровье является одним из основных показателей конкурентоспособности в обществе. На основе проведенного анализа современного состояния здоровья населения и системы здравоохранения Республики Казахстан были определены приоритетные стратегические направления и механизмы реализации разработанной Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. В рамках данной программы запланировано усилить скрининговые исследования социально значимых заболеваний, встречающихся у детей и взрослого населения на предмет раннего выявления болезней системы кровообращения, органов дыхания, эндокринной системы, туберкулеза, онкологических и инфекционных заболеваний; врожденных пороков развития у детей; скрининговые исследования женщин на предмет выявления онкопатологии репродуктивной системы. Наряду с этим, остаются нерешенными вопросы изучения здоровья сельского населения, качества их жизни. Не до конца отработаны механизмы межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья сельского населения. Вместе с тем существует необходимость совершенствования методологической базы в проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации с внедрением Международно признанной критериальной оценки ограничения жизнедеятельности при социально значимых заболеваниях. Изучение этих вопросов позволят усилить профилактическую направленность системы здравоохранения на уровне ПМСП [1].

Серьезную проблему составляет изучение факторов риска прогрессирования социально значимых заболеваний у различных категорий жителей села, а также определение путей борьбы с ними, установления механизмов профилактики. Современный финансово-экономический кризис, безработица, стресс, депрессия обострили необходимость исследования адаптационных процессов, в развитии которых особое место занимает система крови, как важнейшая система гомеостаза, участвующая практически во всех защитных реакциях организма.

Сложившаяся на протяжении последних десятилетий социально-экономическая ситуация в стране нанесла существенный ущерб здоровью населения. Эти проблемы волнуют и российских ученых, которые считают, что осуществление неотложных мер должно выполняться как со стороны государства, так и системы здравоохранения [2,3,4,5,6,7,8,9,10]. Экономический кризис, охвативший в настоящее время все мировое сообщество, сопровождается значительными сокращениями государственных гарантий в отношении соблюдения прав на охрану здоровья, ограничением выполнения профилактических программ, что побуждает большинство государств к решению задачи по обеспечению всех слоев населения доступной и качественной медицинской помощью [8,9,10,11,12,13].

Социально-экономические проблемы в обществе в большей степени отражаются на сельском здравоохранении в силу того, что преобразования в социальной и экономической жизни страны снизили ресурсное обеспечение сельского здравоохранения, ослабили лечебно-диагностическую базу, материально-техническую оснащенность медицинских учреждений. В структуре сельского здравоохранения преобладают маломощные лечебно-профилактические учреждения с недостаточной укомплектованностью медицинскими кадрами, что при дефиците финансирования и крайне изношенной материально-технической базе сельских учреждений здравоохранения существенно ограничивает возможности обеспечения сельского населения качественной медицинской помощью.

По мнению ряда исследователей [8,9,10,11], другими проблемами организации медицинской помощи в сельской местности является также низкая эффективность использования ресурсной базы, слабая преемственность и взаимодействие всех звеньев системы здравоохранения.

На сегодняшний день в Республике Казахстан дано обоснование методологически системного социально-гигиенического подхода, позволяющего получить интегративную оценку основных закономерностей и особенностей состояния здоровья сельского населения, определение нормативов потребности в амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, которые служат научной и базовой основой для целенаправленной разработки и реализации, практических общеоздоровительных, профилактических лечебно-диагностических и реабилитационных программ в сельских районах Республики Казахстан.

В связи с этим важен поиск оптимальных путей повышения доступности и качества оказания медицинской помощи населению, проживающему в сельской местности, с целью улучшения медико-демографических показателей здоровья населения в условиях социально-экономических преобразований в обществе. При этом следует учитывать, что на состояние здоровья сельского населения оказывают влияние специфические социально-бытовые, материально-экономические, производственные, коммуникационные, культурно-образовательные и поведенческие

факторы, изучение которых поможет разработать научно обоснованную организационно-аналитическую модель совершенствования системы оказания медицинской помощи сельскому населению.

1 АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ. ИННОВАЦИОННЫЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ НА УРОВНЕ ПМСП

1.1 Состояние здоровья сельского населения

На протяжении многих десятилетий проблемы здоровья сельского населения были предметом глубокого изучения. В Законе РК от 13.02.1991 года «О приоритетности развития аула (села) и агропромышленного комплекса в Республике Казахстан» (ред. От 20.12.2004) были подняты вопросы здравоохранения (статья 41 «Развитие сети учреждений здравоохранения»), которые гарантировали сельскому населению бесплатную общедоступную квалифицированную медицинскую помощь и осуществляли мероприятия, направленные на сближение уровней медицинского обслуживания сельского и городского населения. Развитие сети учреждений здравоохранения в аульной (сельской) местности осуществлялось с учетом характера расселения исходя из цели обеспечения доступности и своевременности оказания медицинской помощи [14].

Наряду с этим в Казахстане реализуется проект Всемирной организации здравоохранения с 1997 по 2013 годы «Здоровые аулы», направленные на сохранение и укрепление здоровья сельского населения. В данном проекте принимали участие более 300 аулов [15, 16]. Рабочим инструментом практического внедрения проекта на территории республики стал ежегодный Республиканский конкурс «Здоровый аул», задача которого – привлечь внимание местных органов власти к проблемам аула, наладить межсекторальное сотрудничество для достижения основной цели Проекта: сохранение и укрепление здоровья сельского населения.

Координируют деятельность Проекта национальный координатор НЦПФЗОЖ и региональные координаторы 14-ти Областных центров формирования здорового образа жизни (ОЦФЗОЖ). Конкурс «Здоровый аул» проводится при поддержке Акимов областей, под руководством Председателей координационного совета охраны здоровья населения (заместителей Акимов областей) и пользуется популярностью у сельских жителей. Эффективность внедрения Проекта оценивается по результатам Республиканского конкурса «Здоровый аул», в котором принимали участие уже около 300 аулов. Конкурс проходил в III этапа: на районном, областном и республиканском уровнях. В результате внедрения Проекта решаются такие проблемы аулов, как налаживание системы водоснабжения, защита окружающей среды от загрязнения фекалиями человека и животных, регуляция системы вывоза и утилизации твердых бытовых отходов. Формируется устойчивая система здравоохранения, строятся дома культуры, спортивные сооружения, благоустраиваются жилые дома: электрифицируются, газифицируются, обеспечивается канализация, организуется транспорт, улучшается качество жизни

населения аулов в целом. Таким образом, проект ВОЗ «Здоровые аулы» является одним из эффективных инструментов и методов формирования здорового образа жизни и укрепления здоровья населения аулов и сел Казахстана.

Другим нормативным документом по селу явился Указ Президента Республики Казахстан от 10 июля 2003 года №1149 «О Государственной программе развития сельских территорий Республики Казахстан на 2004-2010 годы». Особое внимание в документе уделялось вопросу обеспеченности сел объектами здравоохранения, так как состояние здоровья сельского населения и уровень оказания медицинской помощи отставал от требуемых, объем и оказание качества медицинской помощи не удовлетворял растущие потребности населения. Ухудшение здоровья населения усугублялось неблагоприятной экологической обстановкой, недостатком в снабжении чистой питьевой водой. Материально-техническая база сельских лечебно-профилактических организаций продолжала оставаться в неудовлетворительном состоянии. Медицинские организации были размещены в непригодных, не отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям (не имеют холодного, горячего водоснабжения, не телефонизированы) помещениях, недостаточно оснащены современным медицинским оборудованием, санитарным автотранспортом, мягким и твердым инвентарем. Не все объекты сельского здравоохранения имели аптечные киоски [17].

В целях повышения доступности дистанционной специализированной медицинской помощи Министерство здравоохранения Республики Казахстан с 2004 года осуществляет реализацию инвестиционного проекта «Развитие телемедицины и мобильной медицины в здравоохранении аульной (сельской) местности». В связи с этим проводится поэтапное внедрение телемедицины в сельском здравоохранении, которая на сегодняшний день внедрена в 14 регионах [1, 17, 18, 19, 20].

В 2010 году внедрена «Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы», где определены задачи по совершенствованию сельского здравоохранения. В 50 организациях здравоохранения внедрена Единая информационная система здравоохранения (ЕИСЗ) [1, 20].

Серьезной проблемой остается вопрос обеспечения области здравоохранения квалифицированными кадрами. Сегодня в отрасли трудятся около 59 тыс. врачей. Несмотря на ежегодное увеличение числа медицинских кадров с высшим образованием (более чем на 9,5%) за счет роста приема в медицинские вузы, увеличение количества выпускников, в отрасли сохраняется дефицит кадров, особенно в сельской местности. Показатель обеспеченности врачебными кадрами сельского населения почти в 4 раза меньше, чем в городе. Неравномерность распределения врачебных кадров по регионам Казахстана характеризуется как крайне высокая и составляет в некоторых регионах от 9,5 врачей (Алматинская

область) до 19,3 врачей (Карагандинская область) на 10 тыс. населения [1, 21, 22].

Наблюдается тенденция «старения» кадров. Несмотря на увеличение притока молодых специалистов в отрасль, их доля остается недостаточной и составляет не более 4% от общего числа врачебных кадров. По-прежнему из-за низкой привлекательности профессии и отсутствия мотивационных механизмов уровень трудоустройства выпускников вузов не превышает 87% [22, 23].

Сохраняются неравномерный доступ к медицинским услугам и низкое качество медицинских услуг. Так, несмотря на то, что более 40% населения Казахстана составляют сельчане, в настоящее время инфраструктура здравоохранения сконцентрирована в мегаполисах, в частности, в городах Астане и Алматы. Это значительно затрудняет доступ пациентов из различных регионов страны к качественным и высокотехнологичным медицинским услугам. Также наблюдается неравномерное распределение ресурсов по регионам. Так, в 2009 году разброс расходов на ГОБМП в расчете на 1 жителя составлял от 12 964 до 21 289 тенге.

В этой связи вопросы регионального здравоохранения требуют особого внимания, поэтому одной из задач Госпрограммы является региональное выравнивание финансирования медицинской помощи, которое позволит обеспечить равный справедливый доступ казахстанцев к качественной и высокотехнологичной медицинской помощи [1]

В рамках Программы согласно пункту 5.4. «Совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения» планируется дальнейшее развитие и совершенствование системы оказания ПМСП на селе, включая дальнейшее повышение мотивации медицинских работников села (предоставление жилья, выплата единовременных пособий), формирование мобильных медицинских бригад для сельских труднодоступных регионов [1].

Преобразования в стране и переход к рыночной инфраструктуре, выполненные преимущественно по монетаристскому зарубежному сценарию, без учета национальных особенностей, без должных ориентиров на ключевые показатели, характеризующие состояние здоровья населения, привели к целому ряду негативных последствий, в том числе к проблемам серьезного неблагополучия в демографии и показателях здоровья населения [1,2,3]. Основная доля собранных материалов, в том числе данных доказательной медицины, говорит о значительной роли в этом неблагополучии важнейших экономических, социальных, экологических и институциональных детерминантов. Имеются вполне убедительные данные о том, что экономические и социальные условия играют заметную роль и на популяционном уровне [4].

Важнейшая ценность для человека – здоровье, а для государства – это один из главных приоритетов. В ежегодном Послании Президента РК народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050» подчеркнуто, что в

рамках модернизации национальной системы здравоохранения необходимо внедрить единые стандарты качества медицинских услуг. А это означает, что государство должно обеспечить равный доступ всем гражданам к медицинским услугам [5].

Утверждение здорового образа жизни и развитие медицины позволит увеличить продолжительность жизни казахстанцев до 80 лет и выше. Казахстан станет одним из ведущих евразийских центров медицинского туризма. В здравоохранении главный приоритет – развитие первичной медико-санитарной помощи. Солидарная ответственность государства, работодателя и работника за его здоровье – главный принцип всей системы медицинского обслуживания. Занятие спортом, правильное питание, регулярные профилактические осмотры – это основа предупреждения заболеваний [5].

В целях реализации Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (2009) разработан и утвержден государственный норматив сети организаций здравоохранения, предусматривающий упорядочение сети государственных организаций здравоохранения, создание сети многопрофильных больниц, обеспечение доступности медицинских услуг, в первую очередь, сельскому населению [24, 25].

Почти половина населения Казахстана проживает в сельской местности, но современная медицина в полной мере пока не доступна сельчанам. Согласно государственному нормативу сети организаций здравоохранения снижены требования к низовому уровню медицинских организаций. Норматив изменен так, что вместо сельских больниц предполагается увеличение врачебных амбулаторий. То есть сейчас при соответствии количества районных больниц требованиям норматива вся нагрузка по стандартам сети организаций здравоохранения перенесена на низовой уровень амбулаторных учреждений. Вот этот уровень и должен наиболее полно соответствовать всесторонне просчитанным и обоснованным государственным стандартам, а стандарты должны соответствовать самым насущным потребностям людей и обеспечить охват всего населения. Существующие нормативы не предполагают медицинского обслуживания в сельских населенных пунктах с населением менее 50 человек. А таких населенных пунктов, по разным оценкам, более 400. Их жители оказываются отрезанными от гарантированного государством минимального объема медицинской помощи. По-прежнему на селе не хватает врачей и фельдшеров, амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов. Слабая оснащенность медицинским оборудованием, автотранспортом, а самое главное – острая нехватка квалифицированных медицинских кадров – вот суровые будни сельской медицины [6, 25].

Заболеваемость населения является отражением сложных социально-экономических процессов, происходящих в обществе. Ограничения в доступности медицинской помощи, связанные с сокращением сети лечебно-профилактических организаций, обусловило снижение обращаемости

мости населения и, как следствие, уменьшение числа выявленных заболеваний.

Постепенное восстановление сети лечебно-профилактических организаций в последние годы расширяет доступность медицинской помощи, следствием чего является рост зарегистрированной заболеваемости, фиксируемый с 2000 г. Причем тенденциями роста охвачены все классы болезней (за единственным исключением психических расстройств и расстройств поведения, с которыми население реже обращается в медицинские организации). Темп роста показателей заболеваемости различен по отдельным классам болезней [26, 27, 28, 29].

Не менее важной и более объективной характеристикой здоровья населения является показатель смертности, в котором находят отражение сложное взаимодействие факторов (медико-биологических, социально-экономических, демографических и др.), оказывающих прямое и косвенное влияние на состояние здоровья населения. Таким образом, обоснованы приоритетные классы болезней и конкретные нозологические формы, которые требуют первоочередного внимания органов и организаций здравоохранения с целью снижения заболеваемости [7, 27, 28, 29].

Состояние здоровья сельского населения до сих пор имеет устойчивый негативный тренд. Отдаленность большинства сельских населенных пунктов от районных центров снижает доступ к медицине для сельских жителей. Низкий уровень обеспеченности средствами связи, и тем более Интернетом, осложняет доступ к медицинской помощи. Кроме того, не во всех селах есть здания для организаций здравоохранения, отвечающие правилам и санитарным нормам [29, 30]. Вместе с тем в последние годы состояние здоровья жителей села, материально-техническая база сельского здравоохранения, качество и доступность оказываемой сельскому населению медицинской помощи несколько улучшились. По итогам 2011 года общая заболеваемость сельского населения в сравнении с 2010 годом снизилась на 3,5%. Но все же ее показатели ниже городского в 1,5 раза [6, 27, 29].

В научных публикациях последних лет широко обсуждаются вопросы обоснованности проведенных реформ здравоохранения в РК и их итоги. Большинство авторов приходят к заключению о том, что, несмотря на длительный срок проведения реформ и модернизации отечественного здравоохранения, современную модель функционирования казахстанского здравоохранения вряд ли можно считать оптимальной. Центральными проблемами по-прежнему остаются недостаточное финансовое и ресурсное обеспечение, несоответствие структуры и мощности лечебно-профилактических организаций (ЛПУ) как экономическим возможностям регионов, так и потребностям населения в медицинской помощи, неэффективное управление отраслью и низкое качество медицинской помощи [31, 32].

В Казахстане на данный момент состояние здоровья сельского населения считается неудовлетворительным: снижается средняя продолжительность жизни, увеличивается рост заболеваемости. Уровень здоровья в сельской местности значительно ниже, чем в городах (индекс здоровья – 10 процентов). Уровень первичной инвалидности на селе в 1,6 раза превышает республиканский показатель, остается низкой материально-техническая база сельских учреждений [8, 9, 10,]. Целым рядом авторов [11, 12, 13] были отмечены негативные процессы, являющиеся следствием структурных преобразований в отечественном здравоохранении. Уменьшилась степень приоритетности комплексного подхода в решении вопросов охраны здоровья населения, произошло нивелирование административных элементов в управлении медицинскими учреждениями, что не позволило их компенсировать на основе экономических механизмов. Поэтому многие отечественные ученые к числу негативных последствий реформ относят и проблемы серьезного неблагополучия в здоровье, ставшей одной из основных проблем безопасности страны. Основные причины неблагополучия общественного здоровья населения Казахстана связано с проблемой сверхсмертности, невысокой рождаемости, высокой распространенностью социально значимой патологии (туберкулеза, психических заболеваний, артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, алкоголизма, самоубийств, инфекционных заболеваний, в том числе передаваемых половым путём, токсико- и наркомании). На сегодняшний день здравоохранение Казахстана нуждается в дальнейшем совершенствовании управления, ее структуры с внедрением новых инновационных решений, применении новых научных и институциональных технологий развития.

По данным Министерства здравоохранения РК, Проект «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» является одной из совместных инициатив Правительства РК и Всемирного банка в рамках стратегического партнерства [33].

«На основе международного опыта проводится работа по внедрению современных методов финансирования здравоохранения, стимулирующих повышение эффективности и качества медицинских услуг в рамках единой национальной системы здравоохранения, обеспечивающих справедливость в финансировании первичного здравоохранения регионов и право граждан на выбор организации здравоохранения», - говорится в сообщении ведомства. Кроме того, для повышения эффективности управления организациями здравоохранения предложены механизмы по повышению автономии больничного управления, проведена гармонизация мероприятий с программой обучения менеджеров из 50 лучших больниц и 50 лучших амбулаторно-поликлинических организаций. Разработаны новые квалификационные стандарты для менеджеров здравоохранения на основе принципов

Национальных профессиональных стандартов Великобритании. Также завершена разработка планов по реструктуризации больничного сектора для 5 областей (Акмолинская, Карагандинская, Восточно-Казахстанская, Актюбинская, Кызылординская), в которых применены международные принципы, призванные приблизить качественные и современные медицинские услуги к населению, повысить качество и эффективность использования ресурсов [33, 34, 35].

По данным Минздрава, в рамках проекта обновлены стандарты аккредитации больниц, амбулаторно-поликлинических организаций, скорой медицинской помощи в соответствии с международными стандартами, проведена апробация обновленных стандартов аккредитации в первых 5 организациях здравоохранения, начата разработка приоритетных клинических руководств и протоколов на основе обновленных методик в соответствии с международной практикой с применением доказательной медицины, проведено каскадное обучение по разработке и внедрению клинических протоколов и руководств в практическое здравоохранение [34, 36].

Литературные данные и динамика уровня здоровья населения (1981-2008) в зависимости от хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), и в первую очередь, от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) убеждают, что дальнейшем развитие общества невозможно без создания надежной системы профилактики ХНИЗ и укрепления здоровья и в первую очередь от ССЗ, что связано с его эпидемическим характером роста заболеваемости. Профилактические меры и программы различных авторов доказали возможность популяционной коррекции факторов риска и снижения смертности не только от ССЗ, но и от других ХНИЗ [27, 28, 37, 38].

Исследования, проведенные в США и ряде европейских стран, показали, что надежды, возлагавшиеся на высокотехнологичные виды помощи как средства первой линии для борьбы с ССЗ, не оправдались [7, 39].

Учитывая многолетний опыт зарубежных стран в деле улучшения здоровья населения, а также опубликованные данные этих исследований, в 2007 году было принято постановление Правительства РК о создании кардиологической службы №102 от 13 февраля 2007 года «Об утверждении Программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на 2007-2009 годы». Действительно важным и поворотным моментом в истории здравоохранения и кардиологической помощи населению Казахстана практически первым документом, мероприятия, которого направлены на снижение смертности населения от БСК, можно указать на Постановление Правительства Республики Казахстан №102 от 13 февраля 2007 года «Об утверждении Программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на 2007-2009 годы». С выходом данного решения правительства действительно удалось

стабилизировать показатель смертности за два последних года, но продолжается рост заболеваемости среди населения от сердечно-сосудистой системы. Что связано с недостаточной профилактической работой среди населения в структурах ПМСП [40].

По данным МЗ РК, в структуре причин смертности населения на первом месте стоит смертность от болезней системы кровообращения. За последние годы в связи с расширением скрининговых программ в РК наметилась тенденция роста заболеваемости болезнями кровообращения с 2454 на 100 тыс человек в 2012 году до 2523 – в 2013 году. Также, раннее выявление и расширение применения высокотехнологической диагностики и лечения позволили в 2013 году снизить показатель смертности по этому заболеванию на 14%. Однако значительно превышают республиканский показатель СКО, ВКО, Карагандинская, Павлодарская, Акмолинская области и город Алматы [33, 36].

Учитывая, что здоровье населения является ведущим системообразующим фактором национальной безопасности, большинство стран ставит перед собой задачу обеспечить все слои населения доступной и качественной медицинской помощью, определить государственные гарантии в охране здоровья граждан. По мнению ведущих отечественных и зарубежных ученых, особую значимость гарантии государства в области медицинского обеспечения населения приобретают в условиях экономических трудностей, так как все больше данных свидетельствует о том, что одним из важнейших факторов, влияющих на здоровье населения, является уровень экономического развития страны [41, 42, 43]. В то же время появляются доказательства того, что экономический рост в государстве способствует улучшению здоровья населения.

В.О. Щепин и Е.А. Тишук (2005) считают, что при осуществлении структурной перестройки системы здравоохранения, органы управления должны сосредотачиваться на проблемах обеспечения конституционного права для всех граждан страны на равную доступность медицинской помощи, на социальные гарантии получения соответствующих видов, объема и качества медицинских услуг [44, 45].

Как показал анализ структурно-функциональных преобразований государственной системы здравоохранения, проведенный В.О. Щепиным и Е.С. Поярковой (2008) за период с 1990 по 2005 гг., численность врачей всех специальностей в целом почти не изменилась, а количество среднего медицинского персонала уменьшилось на 8,6 %. Обеспеченность врачами в городах, по их данным, составила 60,0, а в сельской местности – 12,5 на 10000 населения. Сеть больничных учреждений сократилась на 28,4%, в городах – на 19,1%, в сельской местности – на 36,9 %. Закрыто 70% участковых больниц. Обеспеченность населения койками составила 103,5, а в сельской местности – 55,8 на 10000 населения в 2005 году и 53,2 – в 2006 году [44, 45].

Э.Н. Матвеев и соавт. (2002) в числе негативных факторов, отягощающих профессиональную деятельность и социальный статус врачей, отметили низкую оплату труда, значительный объем работы с учетно-отчетной документацией, увеличение объемов, интенсивности труда, значительный удельный вес пациентов с социальными проблемами, недостаточную обеспеченность сестринским персоналом. Эти явления сопровождаются крайне неблагоприятной социально-экономической обстановкой в сельской местности в связи со спадом производства, снижением уровня жизни сельского населения, бедностью большинства жителей, приведшей к ухудшению здоровья, уменьшению средней продолжительности жизни, росту уровня заболеваемости и смертности [46].

Анализ состояния здравоохранения в нашей стране убедительно свидетельствует о том, что социально-экономические проблемы в обществе в большей степени отражаются на организации медицинской помощи в сельской местности. Слабая материально-техническая база сельских лечебно-профилактических учреждений, недостаточная укомплектованность медицинскими кадрами, отсутствие современных медицинских технологий специализированной медицинской помощи существенно снижают доступность и качество медицинской помощи, о чем высказывается ряд авторов [47, 48, 49]. В.З. Кучеренко и соавторы (2005) одной из нерешенных проблем современного здравоохранения считают разную доступность медицинской помощи для городского и сельского населения [50, 51, 52, 53, 54, 55].

Особый экономический статус, специфические социальные, культурно-бытовые условия жизни населения в сельских районах, специфика: сельскохозяйственного труда, низкий образовательный и культурный уровень, преобладание неработающего населения и лиц пенсионного возраста, затрудненность транспортных коммуникаций, удаленность лечебных учреждений от мест проживания больных, создают дополнительные трудности для; организации; медицинской помощи сельскому населению. По мнению Ю.Л. Забина (2001), эти меры должны, быть, результатом деятельности различных отраслей экономики определяющих материальное, социальное и психологическое благополучие сельских тружеников. Особо важная роль должна принадлежать государству, в задачу которого входит обеспечение конституционных гарантий сельскому населению по обеспечению его доступной и бесплатной медицинской помощью [55, 56].

Все перечисленные факторы определяют необходимость реструктуризации системы сельского здравоохранения; поиска дополнительных возможностей в организации, лечебно-профилактической помощи в данной популяционной группе [56, 57].

Как известно, уровень доступности медицинской помощи, эффективность деятельности системы охраны здоровья определяется состоянием и развитием первичной медико-санитарной помощи [54, 58].

При этом большое внимание уделяется разработке и внедрению инновационных технологий, ведущих повышению качества медицинской помощи, ее доступности и эффективности [32, 34, 36]. Однако, как показывает анализ литературных данных, в исследовательских работах отсутствует комплексный подход к разработке, внедрению и оценке эффективности результатов внедренных инновационных моделей [20, 33]. Отсюда необходим детальный анализ и объективная оценка накопленного опыта применения инновационных технологий в секторе здравоохранения [36, 59, 60, 61, 62, 63].

Уровень состояния здоровья народа определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития страны. С точки зрения устойчивого и стабильного роста благосостояния населения отрасль здравоохранения, представляющая собой единую развитую, социально ориентированную систему, призванную обеспечить доступность, своевременность, качество и преемственность оказания медицинской помощи, является одной из приоритетных в Республике Казахстан [59, 64].

Среди организационных принципов современного общественного здравоохранения одним из важных является соблюдение единства и преемственности медицинской помощи населению в городской и сельской местности. Медицинская помощь сельскому населению строится на основных принципах организации здравоохранения. Однако факторы, определяющие различия между городом и деревней влияют на организационные формы и методы работы сельского здравоохранения [65].

Одними из основополагающих факторов, влияющих на построение сети организаций здравоохранения на селе, являются плотность населения и его расселение по территории. В Казахстане средняя плотность населения составляет 5 человек на 1 км². Огромная территория Казахстана, разбросанность населенных пунктов и широкоразвитое животноводство, создают значительные трудности в работе сельских лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических, аптечных и других организаций здравоохранения [21, 27, 30, 32, 33].

В своей исследовательской работе Кумар А. (2013) отмечает, что государству принадлежат 777 больниц (в том числе, 179 центральных районных и районных больниц, а также 143 сельских участковых и участковых больниц) и 1825 амбулаторно-поликлиническими организациями (в том числе, 1513 врачебных амбулаторий и 16 центров ПМСП) [65].

В рамках программы реформ в здравоохранении инфраструктура организаций ПМСП, особенно в сельской местности, обновлена и приведена в соответствие с Государственным нормативом сети организаций здравоохранения, а также Государственной программой развития сельских территорий на 2001–2010 годы. В 2009 году за счет

средств местных бюджетов проведен капитальный ремонт 612 объектов здравоохранения (на общую сумму 11 млрд. тенге) [32, 59].

Одной из основных проблем первичного звена в сельской местности является кадровый дефицит. На национальном и местном уровне принимаются меры к решению данной проблемы. Акимы областей улучшили социальный пакет для новых специалистов, куда входят подъемные в размере 200 000 – 300 000 тенге, льготы при получении земельных участков, на коммунальные услуги, проезд на общественном транспорте, устройство детей в дошкольные организации и т.д.

За последние несколько лет на село было привлечено более 600 врачей. Однако в 2009 году отмечался дефицит в 2000 врачей для работы на селе. Другая проблема связана с доступностью медицинской помощи в сельских регионах Казахстана в виду отсутствия транспортного сообщения (общественного и частного) между удаленными деревнями и районными центрами. Для улучшения доступности медицинской помощи в сельских и отдаленных регионах Министерство здравоохранения РК поддерживает развитие телемедицины, позволяющей специалистам организовывать дистанционные конференции для постановки диагноза и консультирования. С 2004 года Министерство здравоохранения РК реализует инвестиционный проект «Развитие телемедицины и мобильной медицины в сельской местности» для улучшения доступности высокоспециализированной помощи в сельских и отдаленных районах [17, 18, 19].

По уровню обеспеченности отрасли медицинскими кадрами Казахстан занимает 10-ое место в мире. В целях более эффективного решения проблем обеспеченности персоналом, по словам министра МЗ РК С. З. Каирбековой, в рамках утвержденного Комплексного плана мероприятий развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2013-2016 годы предусмотрено создание государственной системы планирования и прогнозирования потребностей в медицинских кадрах. Также предполагается внедрить институт независимой оценки знаний и навыков специалистов здравоохранения и новый принцип организации сестринской службы. По данным министра, естественная убыль кадров в отрасли составляет 1,5 тыс специалистов в год при ежегодном выпуске медицинскими вузами страны порядка 3 тыс студентов. По данным статистики, на 1 января 2013 года дефицит кадров в сфере здравоохранения республики составляет 5 865 штатных единиц. При этом крайне слабо используется потенциал среднего медицинского персонала, как одного из главного звена медицины. Согласно сведениям главы Минздрава, дефицит врачей преобладает в амбулаторно-поликлинических организациях, что составляет 60% из общего количества дефицита. В то же время отмечается существенный профицит по узким специальностям на уровне оказания стационарной помощи [22, 33, 34, 59].

В рамках Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы одним из важных направлений является развитие транспортной медицины. Данная работа проводится для совершенствования экстренной медицинской помощи в сельских населенных пунктах, а также при чрезвычайных ситуациях и дорожно-транспортных происшествиях. Учитывая, что более 40% населения проживают в сельской местности, вопрос обеспечения доступности медицинской помощи для сельчан имеет первостепенное значение. Поэтому развитие мобильной медицины в Казахстане направлено на обеспечение доступности сельских жителей к специализированной медицинской помощи, скрининговым исследованиям и повышение оперативности оказываемых медицинских услуг. Наряду с этим, проводятся мероприятия по обеспечению доступности медицинской помощи населению сельских регионов. Так, в Казахстане запущено 3 лечебно-диагностических поезда, которыми оказано более 260 тысяч лечебно-диагностических услуг населению 110 станций, осмотрено свыше 52 тысячи человек, в том числе около 15 тысяч детей [33, 36, 59].

Одними из наиболее значимых характеристик общественного здоровья являются медико-демографические показатели, динамика которых считается важнейшими интегральными критериями здоровья, качества жизни населения и отражает уровень адаптации к новым социально-экономическим условиям. По мнению исследователей демографической ситуации в Российской Федерации, существенным проявлением неблагополучия в настоящее время является высокий уровень смертности, особенно среди лиц трудоспособного возраста [66, 67, 68, 69].

Установлено, что основное повышение смертности приходится на возраст 25- 44 года (рост в 1,1-1,87 раза) в то время, как среди населения пожилого возраста смертность выросла на 2-14 % [70, 71, 72, 73].

Существует мнение, что снижение смертности трудоспособного населения от сердечно-сосудистых заболеваний и травм гораздо сильнее отразилось бы на средней продолжительности жизни, чем снижение детской и материнской смертности, а также смертности от ВИЧ/СПИД и туберкулеза [74].

Исследование демографической ситуации в сельской местности, проведенное рядом авторов, выявило негативные процессы, одним из которых является сокращение численности сельского населения; связанное, во-первых, с миграцией молодежи в города, во-вторых, со снижением рождаемости, а в-третьих, с более высоким уровнем смертности на селе, особенно в детских и трудоспособных возрастных группах [75]. Удельный вес лиц пожилого и старческого возраста в сельской местности достигает 22-23,2% [76].

Анализ демографических процессов в сельской местности показал, что в 90-е годы происходила естественная убыль сельского населения на фоне его миграционного прироста, что частично скомпенсировало убыль

населения. Миграционные процессы связаны преимущественно с перемещением лиц молодого возраста, а естественное движение на фоне падения рождаемости определяется высокой смертностью в основном лиц пожилого и старческого возраста. Анализ смертности сельского населения в конце XX, начале XXI века, проведенный В. А. Рогожниковым, В.И. Стародубовым, Г.Г. Орловой (2004), показал, что на первом месте в структуре смертности сельского населения как в мужской, так и в женской популяциях находятся болезни системы кровообращения с удельным весом для мужчин 51,9% - 50,4%, а среди женщин – 64,2% и 61,4%. На втором месте и для мужчин, и для женщин были новообразования с удельным весом соответственно 13,9% и 13,6%. С 2000 года среди мужчин на второе место вышли травмы и отравления с удельным весом (17,2%). Среди мужчин на четвертом месте были болезни органов дыхания (6,2%), а среди женщин – этот класс занимал пятое место после неточно обозначенных состояний, которые находились на четвертом месте. Доля болезней органов пищеварения, занимавших шестое место в структуре смертности, составляла 3,0% среди мужчин и 2,8% среди женщин. На седьмом месте в структуре смертности были некоторые инфекционные и паразитарные болезни с удельным весом 2,1% и 0,8%. Эти семь классов являются ведущими причинами смерти сельского населения [48, 52].

По данным А.А. Евсюкова и соавторов (2008), за период с 1990 по 2005 гг. смертность от болезней системы кровообращения среди городского населения выросла в 2,0 раза, а среди сельского – в 1,6 раза. В 2005 году смертность среди сельского населения от патологии этого класса в 1,5 раза выше, чем среди городского населения (940,0 против 720,0 на 100 000 населения соответственно). Стандартизованный показатель по нивелированию различий возрастной структуры выявил превышение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди городского населения. Ими установлено, что смертность от травматизма среди жителей городов превышает данный показатель среди сельского населения. Динамика и уровень смертности от внешних причин более неблагоприятны среди сельского населения. По данным этих авторов уровень смертности от внешних причин среди сельского населения Башкортостана выше, чем среди городского: в 1990 году – в 1,4 раза, в 2005 году – в 1,3 раза. Средний возраст смерти от травм, отравлений и других воздействий-внешних причин населения Республики Башкортостан в городской местности составил 46,0 лет, а в сельской – 42,1 года [4].

Для всего сельского населения «потерянные годы потенциальной жизни» сосредоточены во взрослых возрастных группах с преобладанием лиц старших трудоспособных возрастов. Это означает, что в последнее десятилетие XX века наблюдался рост потерь сельского населения от большинства основных причин, обусловленный, в первую очередь, болезнями системы кровообращения. Основной вклад в потери в течение

всего периода исследования определялся травмами и отравлениями [77, 78, 79].

Одним из самых стабильных демографических показателей является доля трудоспособного населения. Комплексный анализ демографического развития сельского населения России в XX веке позволил сделать заключение, что в сельской местности Российской Федерации происходят процессы, закономерные и наблюдаемые во всем мире. Процесс старения сельского населения, снижение доли молодежи происходит даже с меньшей интенсивностью, чем в городе [80, 81]. Высокий уровень смертности населения сельской местности колеблется в разных регионах страны. С.Ю. Кладов, В.П. Новоселов (2008) показали, что в Томской области уровень общей смертности городского населения ниже данного показателя для сельской местности на 34,7% (12,8 против 17,2 на 1000 населения). В сельской местности на каждую 1000 населения умирает в среднем на 3 человека больше, чем в городах. В Пермской области, по данным М.Я. Поддужной и соавторов (2008), коэффициент смертности сельского населения на 20% выше, чем среди городских жителей [76].

По мнению Т.М. Максимовой (2006), ведущими причинами роста смертности в России и в странах СНГ являются злоупотребление алкоголем и стресс, связанный с экономическими преобразованиями. По этой причине самой уязвимой является возрастная группа наиболее трудоспособного возраста (30-44 года), на плечи которой ложится основной груз по воспитанию детей, а также по поддержке близких пожилого возраста [77].

С уровнем смертности населения взаимосвязан другой важный медико-демографический показатель, а именно, ожидаемая продолжительность предстоящей жизни. По убеждению ряда исследователей [77, 78], ожидаемая продолжительность предстоящей жизни связана с величиной прожиточного минимума: этот демографический показатель статистически достоверно оказывается выше в тех регионах, в которых доходы населения существенно превышают прожиточный минимум. К другим негативным характеристикам, типичным для групп населения с низкой продолжительностью жизни, авторы этого комплексного исследования относят влияние тяжелого физического труда, характерного для многих профессий в сельской местности. Б.Л. Колесников (2007) выявил отрицательную динамику средней продолжительности предстоящей жизни среди мужского населения, но более выраженную среди городских мужчин (снижение на 13,9 лет против 10,5 лет среди сельских мужчин) [78, 79]. Анализ причин смертности сельского населения в разных регионах страны продемонстрировал существенный подъем показателя смертности от болезней системы кровообращения, от внешних причин, новообразований, болезней органов пищеварения. Это явление было отмечено в Оренбургской области, в Республике Башкортостан.

В Республике Башкортостан смертность от злокачественных новообразований занимает третье место в структуре общей смертности с показателями 163,0 на 100 000 населения в городской местности и 127,1 на 100 000 в сельской местности. По данным этих авторов стандартизованные показатели смертности среди мужчин составили 176,1, среди женщин - 79,9, среди обоих полов - 118,6 на 100000 населения. В структуре всех умерших, проживающих в сельской местности, 21,5 % составил рак трахеи, бронхов и легкого, 14,3 % - рак желудка, по 6,0 % - рак поджелудочной железы и рак пищевода. Среди умерших от злокачественных новообразований - женщин, проживающих в сельской местности - 13,1 % составил рак грудной железы, 12,7 % - рак желудка, 7,1 % - рак шейки матки, 7,0 % - рак прямой кишки [79].

По данным Л.Г. Розенфельд и соавторов (2008) одной из причин высокого уровня смертности от злокачественных новообразований является выявление заболеваний на поздних стадиях [80]. Эта проблема наиболее остро проявляется в сельской местности, что, по мнению авторов, связано с низким охватом сельского населения профилактическими осмотрами, низкой доступностью для жителей отдаленных сельских поселений диагностической помощи. Индикатором благополучия общества служит младенческая смертность. Младенческая смертность всегда была и остается выше на селе. Среди причин смерти детей первого года жизни в сельской местности высока значимость заболеваний органов дыхания, инфекционных и паразитарных заболеваний.

Помимо смертности, демографическая ситуация в мире и в каждом конкретном регионе характеризуется рождаемостью, на уровень которой отрицательно влияют многие причины. Демограф Е. В. Жилинский (2008) выделил основные из них, к которым отнес низкий денежный доход многих семей, отсутствие нормальных жилищных условий, ориентация на малодетность современных семей, увеличение числа неполных семей, гражданские браки, тяжелый физический труд большого числа женщин, условия труда, не соответствующие санитарно-гигиеническим требованиям, низкий уровень репродуктивного здоровья, высокая частота прерываний беременности [81].

1.2 Распространенность хронических социально значимых заболеваний среди взрослого сельского населения

Хронические социально значимые заболевания становятся лидирующей причиной смертности, инвалидности в большинстве стран мира, в том числе и в Казахстане. Результаты исследований ВОЗ, проведенных во многих государствах доказывают, что с угрозой ХНИЗ можно эффективно бороться только при наличии эффективных систем профилактики [27, 28, 29, 39, 63, 69].

Установлено, что 70-80% бюджета здравоохранения тратится на лечение хронических заболеваний и пациенты страдающие хроническими заболеваниями, являются интенсивными потребителями медицинских услуг. Смертность в раннем возрасте, жизнь с хроническими заболеваниями и инвалидность приводит к тяжелым экономическим последствиям для семьи и общества. Работодатели, общества несут потери, связанные с пропуском рабочих дней, снижением производительности труда и текучестью кадров. Семьи и общество несут бремя расходов на здравоохранение, сокращение доходов, раннего выхода на пенсию и повышенной зависимости от социального обеспечения и социальных пособий. Так, в Российской Федерации в 2005 году потеря национального дохода, связанная с сердечно-сосудистыми заболеваниями, инсультом и диабетом составляли 11 млрд. долларов, а в период с 2005 по 2015 годы страна потеряет более 300 млрд. долларов. Аналогичная ситуация может ожидать и Казахстан. Данное обстоятельство делает проблему хронические социально значимые заболевания для Казахстана весьма актуальной [7, 33, 36, 47, 69].

В государственной программе «Саламатты Қазақстан 2011-2015 годы» отмечается, что сегодня профилактика и контроль ХНИЗ требует реализации ряда многоуровневых и межсекторальных мер, направленных на весь спектр ХНИЗ, с целью создания необходимых условий для ведения здорового образа жизни [1, 27, 34, 36].

Единая национальная и информационная система здравоохранения, введенная в 2010 г., позволит вести мониторинг за изменением в структуре хронических социально значимых заболеваний и их факторов риска; реально определить цели и задачи программ профилактики; вырабатывать индикаторы и их эффективность, а также оценить результаты проводимых программ профилактики хронических социально значимых заболеваний.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ определение в каждой стране наиболее существенных факторов риска хронических социально значимых заболеваний, их прицельная коррекция, а также контроль их динамики является основной системой факторной профилактики самих ХНИЗ. С этих позиций данные полученные с помощью одинаковых инструментов оценки будут важны при планировании профилактических мероприятий и оценки их эффективности. Кроме того, это даст возможность анализировать и сравнивать полученные данные с результатами других исследований, приведет к общему мнению в вопросах профилактики [82].

При изучении распространенности неинфекционных заболеваний нами применен эпидемиологический подход (ВОЗ, 2002). Этот метод позволяет установить реальную распространенность, причину его возникновения, некоторую объективную закономерность течения; определить условия способствующие прогрессированию патологического

процесса. Кроме того, эпидемиологический метод дает возможность разработать новые профилактические направления.

Профилактика факторов риска ХНИЗ должна рассматривать как одна из важнейших задач в работе ПМСП в деятельности врача общей практики. И в этом отношении внедрение Программ обучения пациентов является эффективным методом контроля ХНИЗ.

1.3 Условия и образ жизни, определяющие состояние здоровья сельского населения

Развитие современного Казахстана характеризуется динамичными преобразованиями в социально-экономической и политической сферах общественной жизни. Прежде всего, наибольшую значимость представляет здоровье населения республики, особенно здоровье сельского населения. Следует отметить, что в Казахстане сохраняется множество факторов, неблагоприятно воздействующих на состояние здоровья людей, вследствие чего высок уровень заболеваемости, смертности, инвалидности. Состояние здоровья населения характеризуется увеличением заболеваемости населения, что негативно сказывается на трудоспособности, получения денежных доходов, качественном удовлетворении потребностей, продолжительности жизни, определяющие уровень жизни. Основными причинами смертности населения в республике (по состоянию на 2006 год) являются болезни системы кровообращения (51,9%), несчастные случаи, отравления и травмы (14,6%), злокачественные новообразования (11,5%), болезни органов дыхания (5,3%), и другие болезни, доля которых менее 5% [27, 38, 83, 84, 85,].

Экологический фактор существенно влияет на возможности выбора человека. Бедность, ограничение выбора, как правило, способствуют экологической деградации. В свою очередь рост благосостояния является средством обеспечения большей свободы выбора экологических условий предпочтительного образа жизни [83, 85, 86].

В настоящее время социальным факторам отводится ведущее предпочтение в формировании здоровья населения, его трудоспособности. Не случайно, на современном этапе в период формирования содружества независимых государств, резкого удорожания жизни, все возрастает понятие социальной защиты населения. 50% здоровья зависит от социальных факторов, который включает образ жизни и условия жизни.

В ряде случаев при оценке риска развития заболеваемости у сельского населения Республики Казахстан, ассоциированной с водным фактором, на этапе идентификации опасности определяются: превышение нормативов по органолептическим показателям (запах, цвет, мутность), высокий уровень минерализации, превышение санитарно-эпидемиологических норм по таким химическим веществам, как железо, нитраты, нефтепродукты, хлорорганические соединения и микробиологическое

загрязнение. Как показало исследование, на протяжении всего исследуемого периода риск развития немедленных (рефлекторных) реакций варьировал в пределах 250 до 1000 случаев на 1000 населения. Это свидетельствует о том, что каждый четвертый, а в отдельные годы наблюдения практически каждый сельский житель хотя бы один раз в году отмечал неприятные цвет, запах, привкус питьевой воды, что было подтверждено социологическими исследованиями. Данная неблагоприятная ситуация с качеством питьевой воды сильно повлияло на состояние инфекционной заболеваемости населения сельских регионов страны. В первую очередь, это заболевания с водным фактором передачи: ОКИ, дизентерия, брюшной тиф, вирусный гепатит А. Применение методов факторного и множественного корреляционного анализа при оценке суммарного воздействия факторов риска на здоровье сельского населения позволила установить долевым вклад водного фактора в формирование заболеваемости инфекционными и неинфекционными болезнями, приоритетными для исследуемых регионов [83, 88]

Анализ современного состояния здоровья населения России свидетельствует о его неблагоприятии, что, по мнению многих исследователей [69, 89, 90], является результатом социально-экономических реформ, сопровождающихся экономической нестабильностью, социальной напряженностью, ухудшением экологической обстановки. Среди факторов, способствующих увеличению заболеваемости и смертности населения, наибольшее значение имеют снижение уровня жизни в обществе, прогрессирующее старение населения, загрязнение окружающей среды и увеличение антропогенной нагрузки, социальное расслоение общества, увеличение несбалансированности и ухудшение качества питания и водоснабжения [69, 91, 92, 93, 94]

М. Я. Подлужная, С. А. Рыжаков, С. Л. Шилова (2008) считают, что здоровье зависит от взаимодействия многих факторов, влияющих как на здоровье отдельного человека, так и на здоровье популяционных групп и населения страны в целом. В качестве главных причин ухудшения здоровья населения России они называют курение табака, наркоманию, недостаточное питание, неблагоприятие в состоянии окружающей среды, условия труда и техники безопасности и «шоковую» стратегию реформ [95, 96].

С.А. Молодцов (2005), В.Б. Филатовым с соавторами (2006) установили, что на здоровье сельского населения более значимое негативное влияние оказывают многие социально-экономические, производственные, образовательные факторы. Разрушение отечественного сельскохозяйственного производства является следствием многих причин, основными из которых можно считать поспешную приватизацию совхозов и колхозов, курс на парцеллизацию земледелия, замещение крупного сельскохозяйственного производства фермерским, разрыв межрегиональных, межотраслевых и межхозяйственных связей, отказ государства от поддержки сельского хозяйства [93, 96]

В свою очередь, снижение объемов и эффективности сельскохозяйственного производства, ослабление социально-защитных функций государства пагубным образом отразились на социально-гигиенических условиях жизни, состоянии здоровья сельского населения.

В исследованиях ряда авторов [69, 95, 97], показано, что снижение доступности медицинской помощи связано с территориальной протяженностью районов, разобщенностью населенных пунктов, низкой плотностью населения, живущего в труднодоступных населенных пунктах, неудовлетворительным дорожно-транспортным сообщением между ними. Все это затрудняет проведение лечебно-оздоровительных мероприятий в сельской местности.

Здоровье сельского населения определяет также специфика сельскохозяйственного труда, характеризующаяся низкоквалифицированным физическим трудом, сезонностью работ, дополнительной работой в домашнем хозяйстве, воздействием многочисленных вредных физических, химических, биологических факторов.

У сельских жителей хуже, чем у городских, жилищные условия, среди них ниже образовательный уровень, хуже условия труда, ниже доходы. Среднемесячная зарплата в сельском районе в 1997 году составляла 43,5 % средней заработной платы в стране. Причем отставание в материальном обеспечении у сельских жителей продолжает увеличиваться, о чем свидетельствует все большая доля расходов на питание в бюджете сельских жителей по сравнению с городскими.

Недостаточная общая и санитарная культура сельского населения затрудняет приобщение их к здоровому образу жизни, являющегося главным рычагом в укреплении здоровья населения через изменения стиля и уклада жизни. Анализ некоторых сторон стиля и уклада жизни медицинских работников сельской местности, проведенный С.А. Молодцовым с соавторами (2005), показал слабую подготовленность медицинского персонала к формированию здорового образа жизни у своих пациентов из сельских районов [96].

Мы согласны с мнением авторов, считающих, что для проведения комплексного углубленного анализа влияния всех изучаемых факторов требуется использование интегральных критериев общественного здоровья [97, 98, 99]. В настоящее время накоплено большое количество данных, свидетельствующих о значительном влиянии психологических и социальных факторов на распространенность сердечно-сосудистых заболеваний в различных популяционных группах [100, 101, 102]. Исследования этих авторов показали, что колебания уровня смертности от болезней системы кровообращения в конце XX столетия были наиболее выраженными среди лиц молодого и среднего возраста, в большей степени испытывающих психосоциальный стресс.

Среди малообеспеченных слоев населения поведение, наносящее ущерб здоровью (курение, неправильное питание, злоупотребление алкоголем), встречается чаще. Кроме того, перед такими людьми стоит

больше финансовых и других препятствий, мешающих выбору здорового образа жизни. Плохие жилищные условия, напряженные условия труда и ограниченный доступ к медицинскому обслуживанию повышают риск для уязвимых групп населения. Экономические, культурные и экологические условия, например, экономическая ситуация в стране и условия на рынке труда влияют на все остальные уровни жизни в обществе [103, 104]. Общий уровень жизни в обществе влияет на выбор человеком жилья, работы, социального окружения, а также на его привычки питания, злоупотребления алкогольных напитков. Исследования, проведенные в разных странах, показали взаимное влияние дохода на здоровье и, в свою очередь, здоровья на доходы [105, 106, 107, 108]. Анализ расходов сельского населения на медицинскую помощь в Кыргызской Республике показал, что оплата медицинских услуг создает многим жителям сельской местности препятствия для медицинского обслуживания ведет к позднему обращению их в медицинские учреждения [109].

В целом, как считают Marc Suhrcke и другие [102], главной детерминантой здоровья населения служит экономическое благосостояние страны. Большую роль играет уровень экономического прогресса или регресса, от которого зависит смертность населения в регионе. Поскольку здоровье и экономика взаимосвязаны, то низкий уровень здоровья уже сам по себе вносит вклад в экономическое неблагополучие страны [110, 111].

Главные факторы риска, связанные с образом жизни – это употребление алкоголя; курение и неправильное питание. На сегодняшний день отсутствуют сомнения в том, что одной из важнейших причин плохого здоровья населения служит злоупотребление алкоголем [111, 112, 113]. Исследования Трифоновой Н.Ю. и соавторов (2008) показали, что среди пожилых людей, проживающих в сельской местности, чаще одного раза в неделю употребляли алкоголь 23,8% респондентов. В структуре потребления преобладали крепкие спиртные напитки (76,3%), пиво – 17,6%, а суррогаты алкоголя – 0,8%. Второй серьезный фактор риска – курение. В сельской местности доля курящих мужчин старше трудоспособного возраста составила 39,3 %, женщин – 1,4% [100]. До 80-х годов прошлого столетия среди курящих преобладали мужчины, а в настоящее время во многих странах резко возросло число курящих женщин [114, 115]. Высокая распространенность курения влияет не только на самих курящих, но и на пассивных курильщиков [115, 116].

В исследованиях Т.М. Максимовой (2005) показано, что распространенность курения в России среди мужчин выше, чем в странах Западной Европы, а среди женщин – ниже. Существенно выросло количество выкуриваемых в год сигарет, приходящихся на душу взрослого населения [2, 77].

Третий фактор риска – неправильное питание. В настоящее время с распространением сети предприятий быстрого питания, повышается риск

ожирения в результате потребления высококалорийной пищи [117]. Курение, злоупотребление алкоголем и неправильное питание могут быть во многом обусловлены социально-психологическими факторами [118]. Нерациональное питание, в частности отсутствие в рационе свежих фруктов и овощей и потребление чрезмерного количества насыщенных жиров, может быть одной из важных причин высокой частоты сердечно-сосудистых заболеваний. К сожалению, по данным В.И. Сорокуна (2004), О.В. Полозовой (2008), в настоящее время отмечается низкая активность населения страны относительно собственного здоровья [116, 119].

Анализ доступных литературных источников по проблеме выявления специфических для сельского населения факторов риска для здоровья, свидетельствует о том, что таких исследований мало и данная проблема нуждается в дальнейшей разработке.

1.4 Проблемы управления и организации медицинской помощи сельскому населению

Выявленные проблемы состояния здоровья сельского населения, анализ факторов, влияющих на здоровье, показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений в сельской местности показали необходимость совершенствования сельского здравоохранения с целью обеспечения доступной медицинской помощи.

В Казахстане одной из основных проблем первичного звена в сельской местности является кадровый дефицит. На национальном и местном уровне принимаются меры к решению данной проблемы. Акимы областей улучшили социальный пакет для новых специалистов, куда входят подъемные в размере 200 000 – 300 000 тенге, льготы при получении земельных участков, на коммунальные услуги, проезд на общественном транспорте, устройство детей в дошкольные организации и т.д. За последние несколько лет на село было привлечено более 600 врачей. Однако в 2009 году отмечался дефицит в 2000 врачей для работы на селе. Другая проблема связана с доступностью медицинской помощи в сельских регионах Казахстана в виду отсутствия транспортного сообщения (общественного и частного) между удаленными деревнями и районными центрами. Для улучшения доступности медицинской помощи в сельских и отдаленных регионах Министерство здравоохранения РК поддерживает развитие телемедицины, позволяющей специалистам организовывать дистанционные конференции для постановки диагноза и консультирования. С 2004 года Министерство здравоохранения РК реализует инвестиционный проект «Развитие телемедицины и мобильной медицины в сельской местности» для улучшения доступности высокоспециализированной помощи в сельских и отдаленных районах [18, 19, 120, 121].

В рамках Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы одним из важных направлений

является развитие транспортной медицины. Данная работа проводится для совершенствования экстренной медицинской помощи в сельских населенных пунктах, а также при чрезвычайных ситуациях и дорожно-транспортных происшествиях. Учитывая, что более 40% населения проживают в сельской местности, вопрос обеспечения доступности медицинской помощи для сельчан имеет первостепенное значение. Поэтому развитие мобильной медицины в Казахстане направлено на обеспечение доступности сельских жителей к специализированной медицинской помощи, скрининговым исследованиям и повышение оперативности оказываемых медицинских услуг. Наряду с этим, проводятся мероприятия по обеспечению доступности медицинской помощи населению сельских регионов. Так, в Казахстане запущено 3 лечебно-диагностических поезда, которыми оказано более 260 тысяч лечебно-диагностических услуг населению 110 станций, осмотрено свыше 52 тысячи человек, в том числе около 15 тысяч детей [1, 20, 31, 59, 112].

Как справедливо отмечают некоторые авторы [2, 6, 7, 29, 30, 122, 123], проблема здоровья – это не только и не столько проблема медицины, сколько, в первую очередь, проблема социальная, при которой система здравоохранения, разрабатывая идеологию, помогает правительству формулировать политику, направленную на сохранение и укрепление здоровья общества. Об этом же пишут зарубежные авторы, указывающие на то, что социальная направленность здравоохранения требует построения такой системы охраны здоровья населения, которая обеспечивала бы сохранение здоровья всех граждан на должном уровне [124, 125].

В связи с этим добиться заметного улучшения здоровья исключительно с помощью преобразований в системе медицинского обслуживания невозможно. Положительный результат могут дать только кардинальные преобразования общественно-политической жизни, среди которых система здравоохранения представляет собой лишь часть более широкой системы охраны здоровья граждан страны.

Современная политика Всемирной организации здравоохранения строится на четырех основных направлениях: улучшение действенности системы охраны здоровья, уменьшение избыточной смертности среди бедных слоев населения, устранение, ведущих факторов риска и выдвигание здоровья на передовые позиции в качестве критерия общественного развития [126]. Исходя из этого, на национальном уровне многие европейские страны разработали или разрабатывают стратегии в области здравоохранения с учетом комплексного межведомственного подхода в обеспечении здоровья населения [7, 69, 127]. При этом следует учитывать, что элементы общественного здоровья всегда имеют определенную региональную специфику.

Авторы, занимающиеся проблемами сельского здравоохранения, справедливо считают, что существующее положение дел диктует

необходимость совершенствования первичной медицинской помощи на селе [128,129].

К. Ю. Лакунин (2001), Ю. Л. Забин (2001) отмечали, что социально-экономические преобразования в стране за последние 10 лет отрицательно повлияли на ресурсное обеспечение сельских ЛПУ [123,124]. Специальное исследование А. А. Калининской и соавторов (2006) показало, что материально-техническая база большинства ФАПов неудовлетворительна [130, 131]. В Республике Коми, Ивановской, Ростовской, Омской, Еврейской автономной областях, Чувашской Республике 76,7 % ФАПов располагаются в приспособленных помещениях, половина из них нуждается в капитальном ремонте. 87,2 % из них не имеют центрального отопления, 93,2 % - водопровода, 93,7 % - канализации. Телефонизированы только 77% ФАПов, транспортом обеспечены лишь 0,1 %, а зубокабинеты имели 1,1%. Аналогичные большие проблемы в сельском здравоохранении связаны с сельскими врачебными амбулаториями, службой скорой помощи [132, 133, 134]. По данным этих авторов, на 1000 сельского населения в 2004 году было сделано 240,1 вызовов скорой медицинской помощи при среднем показателе по России – 335,7. Фактическое время доезда бригады скорой медицинской помощи 1 час, что обуславливает высокий процент смертельных исходов до приезда бригады. По данным В.И. Стародубова и соавторов (2002), уровень госпитализации жителей села в центральные районные больницы Тверской области составил 112,9 против 120,4 на 1000 населения России, в участковые больницы – соответственно 29,7 и 37,4 на 1000 населения соответственно [135].

В современных условиях дальнейшее приближение и совершенствование первичной медико-социальной помощи жителям села должно идти за счет укрепления и развития врачебных амбулаторий, внедрения института врачей общей практики, создания пунктов скорой и неотложной медицинской помощи в составе сельских амбулаторий. Реструктуризация коечного фонда медицинских учреждений района должна осуществляться с одновременным наращиванием числа стационаров дневного пребывания в сельских врачебных амбулаториях. Дальнейшее развитие должны получить больницы сестринского ухода, выполняющие социальные функции. Эта потребность связана, в основном, с происходящим постарением населения, проживающего в сельской местности, требует увеличения объемов и доступности медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста в сельских районах. Описано создание на базе закрытых участковых больниц в Ульяновской области гериатрических отделений с лечением, осуществляемым преимущественно по терапевтическому и неврологическому профилям. Трехлетний опыт работы гериатрических отделений доказал свою медицинскую и экономическую эффективность, улучшил доступность специализированной медицинской помощи сельским жителям пожилого возраста, повысил качество их жизни,

способствуя сохранению остаточной трудоспособности. В.З. Кучеренко с соавторами (2005) указывают на разницу в доступности медицинской помощи для городского и сельского населения [50, 136].

По мнению ведущих специалистов [135, 137, 138], кризис здравоохранения в сельской местности проявился в снижении качества медицинской помощи, ослаблении профилактической работы, росте заболеваемости и смертности населения. Основными проблемами сельского здравоохранения, по мнению [133,134,138,139, 140, 141, 142, 143, 144], являются преобладание в структуре ЛПУ маломощных стационаров, низкая квалификация, неукomплектованность и высокая текучесть кадров, низкая эффективность использования ресурсной базы, износ зданий ФАПов, участковых больниц, сельских врачебных амбулаторий, сельских участковых больниц.

Для организации стационарной помощи в сельской местности характерны такие проблемы, как низкий показатель полноты догоспитального обследования, несвоевременность госпитализаций, тенденция к росту числа самостоятельных обращений сельских жителей в городские и областные больницы, высокий и нарастающий уровень экстренных госпитализаций, высокий удельный вес необоснованных госпитализаций, смещение специализированной стационарной помощи в областные и республиканские учреждения [145, 146].

Исследование мнения пациентов стационаров участковых и центральных районных больниц, проведенное Г.А. Лаврищевой (2003), выявило приоритет участковых больниц из-за близости к дому, удобств посещения родственников, более высокого качества питания, чем в стационаре районной больницы. Автор пришла к выводу о необходимости сохранения участковой больницы в целях достижения большей доступности стационарной помощи для сельских жителей [147].

Одной из трудно решаемых проблем является рациональная организация доступной специализированной медицинской помощи жителям сельской местности. В.И. Стародубов, В.И.Гройсман (2007) предполагают, что перспективным направлением может служить организация межрайонного звена специализированной медицинской помощи, для чего необходима организационная и финансовая основы деятельности этой организационной структуры [148].

Социологическое исследование мнения руководителей центральных районных и участковых больниц, проведенное А.А. Калининской с соавторами (2007), выявило слабую материально-техническую базу, недостаточное финансирование, недостаточную доступность, специализированных видов медицинской помощи в сельской местности [149].

Некоторые авторы [150] высказывают мнение, что потребностям сельского населения не соответствует оказание хирургической, травматологической, стационарной помощи. Н.В.Комаров с соавторами (2005) считают, что одним из путей совершенствования хирургической

помощи сельскому населению и эффективного использования дорогостоящего оборудования является создание межрайонных эндоскопических центров для обслуживания сельских жителей.

С целью повышения доступности онкологической помощи сельскому населению Л.Г. Розенфельд и соавторы (2008) разработали и предложили комплекс организационных технологий, включающий организацию работы смотровых кабинетов поликлиник, повышение мотивации медицинских работников первичного звена на раннее выявление онкозаболеваний, осуществление онкоскрининга для населения старше 30 лет [144]. Многие авторы считают, что действующая организационная модель медицинской помощи сельскому населению является неэффективной, как с медицинских, так и с экономических позиций и нуждается в коренной структурной и функциональной перестройке [144,151].

Авторами предлагаются разные направления перестройки организации медицинской помощи жителям сельской местности. Т.Г. Светличная и соавторы (1996) предлагают зарубежную модель сельского здравоохранения с учреждениями промежуточного уровня, которыми в нашей стране могут служить участковые больницы. В качестве одной из форм может быть четырехэтапная модель по смешанному бюджетно-страховому типу финансирования [141].

Вторая модель управления сельским здравоохранением относится к традиционной и предполагает применение интегральной характеристики здоровья населения, системной оценки потребностей сельского населения в медицинской помощи, определения территориальных нормативов ее объемов. Для интеграции отдельных функциональных блоков врачей общей практики и других структур, важное значение имеет создание локальных вычислительных сетей и информационных систем. Как считает Г.А. Юй (1996), информационное обеспечение врачей общей практики позволит создать персонифицированный банк данных об обслуживаемом населении, его здоровье, применяемых медицинских технологиях, оценке качества работы врача; предоставить врачу возможность пользоваться справочной, консультативной информацией, бланком-рецептом, бланками направлениями на обследование и консультацию и госпитализацию. Третья, ситуационная модель управления предполагает принятие управленческих решений под давлением вышестоящих инстанций [152].

В России современная клиничко-организационная модель оказания медицинской помощи сельскому населению была построена с учетом сравнения особенностей здравоохранения в разные периоды. Эта модель была учтена при разработке методических рекомендаций Минздрава Российской Федерации «Модели системы первичной медицинской помощи населению и стационарного обслуживания населения с учетом реструктуризации сети учреждений» [147].

По мнению Г.С. Шестакова, Е.С. Швеца (2008), в современных условиях финансирования и комплектования кадрами лечебно-профилактических учреждений требуются новые подходы к кадровой политике. Для обеспечения лечебно-диагностического процесса, достижения высокого качества медицинских услуг в сельской местности необходимо создание объединенной базы данных на муниципальном уровне для объективной оценки и анализа численности и структуры медицинских кадров. Наряду с адекватной оплатой труда возрастает роль других факторов стимулирования трудовой деятельности медицинского персонала [153].

Есть мнение, что в современных сложных экономических условиях успешное решение проблем в здравоохранении на селе невозможно без руководителей, имеющих не только высокую квалификацию врача-специалиста, но и профессиональную подготовку специалиста-руководителя, то есть менеджера здравоохранения [154].

Многие исследователи проблем здравоохранения на современном этапе справедливо считают, что успешное реформирование отрасли возможно только при достаточном ее финансировании и рациональном распределении государственных ассигнований путем концентрации ресурсов на приоритетных направлениях и с усилением первичной медико-санитарной помощи [156, 157, 158, 159].

В настоящее время основным стратегическим направлением реформирования муниципального здравоохранения считается создание института врача общей практики, который, по мнению многих исследователей, предполагает существенный экономический, социальный и медицинский эффект, повышение качества амбулаторной помощи [158, 159, 160, 161].

Пионером и активным проводником в жизнь этого направления реформирования первичного звена здравоохранения в городской и сельской местности является Самарская область. В амбулаторно-поликлинических учреждениях сельских районов в 2007 году работало 88 сертифицированных врачей общей практики и 48 медицинских сестер общей практики. Создана разветвленная сеть офисов общей врачебной практики, оснащенных медицинским оборудованием, санитарным автотранспортом. Разработана индикативная модель конечных результатов деятельности врача общей практики [161, 163].

Организация медицинской помощи жителям Волжского района Самарской области строится по традиционной этапной схеме, характерной для сельской местности. Условия первого этапа организации медицинской помощи в сельской местности, соответствующие уровню сельского врачебного участка, вполне соответствуют соблюдению принципов ОВП. В Самарской области действует целевая программа по развитию ОВП на селе на период с 2005 – 2010 гг., которая предусматривает доплаты к заработной плате из средств областного бюджета, обеспечение жильем врачей и средний медперсонал с

использованием льготного ипотечного кредитования, создание отделений ОВП в сельской местности двумя путями. Первый вариант предполагает формирование отделений ОВП на базе ФАП. Второй вариант обеспечивает реорганизацию сельских врачебных амбулаторий в одиночные групповые отделения ОВП или функционирование групповых отделений ОВП на базе участковых больниц [162, 163].

Одним из наиболее экономичных способов предоставления медицинских услуг на уровне первичной медико-санитарной помощи является сестринское обслуживание. На медицинскую сестру общей врачебной практики при ее соответствующей подготовке можно возложить многие обязанности, выполняемые врачом. Основными формами самостоятельной работы медицинских сестер общей врачебной практики являются патронаж больного на дому, проведение занятий в «школах для пациентов», прием в поликлинике [164].

Фельдшер общей практики также может оказывать помощь больным детям и взрослым на дому. Амбулаторное звено может существенно укрепиться за счет среднего медицинского персонала из расчета фельдшера и двух медицинских сестер на численность обслуживаемого населения от 2800 до 3200 человек [164, 165]. Результаты деятельности отделений врачей общей практики позволяют сделать вывод о преимуществах оказания медицинской помощи по семейному принципу.

Внедрение общей врачебной практики, как показали исследования В.В. Павлова и соавторов (2008), В.В. Стрючкова и А.Г. Сапрыкиной (2008), сократило поток пациентов на госпитализацию, увеличило долю больных, пролеченных в дневных стационарах, повысило количество функциональных обследований, охват физиотерапевтическим лечением, активизировало санитарно-просветительскую работу, увеличило долю посещений с профилактической целью, уменьшило долю онкологических заболеваний, выявленных на поздних стадиях [166].

Исследования Е.Ю. Лудуповой, (2002), Б.В. Головского и соавторов. (2005) выявили высокую положительную оценку обслуживаемого врачом общей практики сельского населения, снижение в 10 раз частоты вызовов скорой медицинской помощи, частоты направления на консультацию к специалистам в 2-3 раза по сравнению с участковыми специалистами, уменьшение показателей госпитализации в круглосуточные стационары экономии расходов по всем статьям на одного врача общей практики около 200 тыс. руб [167].

Для врачей общей практики характерны более значительные объемы медицинской помощи, чем у участковых врачей, что объясняется большим спектром отдельных смежных специальностей, по которым оказывается, медицинская помощь [168,169]. Существенно отличаются профилактическая деятельность. У ВОП более высокий удельный вес посещений с профилактической целью по сравнению с врачами-терапевтами участковыми, более высокий охват вакцинацией,

флюорографическим обследованием населения; обеспечением диспансерного наблюдения. На участках врачей общей практики существенно ниже, чем на терапевтических участках участковых терапевтов, частота вызовов неотложной помощи, ниже показатель госпитализации [170].

Как показали исследования В.С. Нечаева, К.Б. Кошман [171], интегральная оценка качества медицинской помощи свидетельствует о более высоких показателях коэффициента качества у врачей общей практики (0,86) по сравнению с участковыми терапевтами (0,76). Результаты исследования качества профилактической деятельности врачей общей практики показали, что они обладают большими потенциальными возможностями для осуществления профилактических и информационно-просветительских мероприятий. 90% врачей общей практики уделяют внимание профилактической работе в большей степени, чем врачи других специальностей. В поликлиниках, где работают врачи общей практики, активнее развиваются стационарозамещающие виды медицинской помощи, а в сельских участковых больницах – койки сестринского ухода [172, 173].

Как справедливо считают исследователи организации общей врачебной практики [174,175], в настоящее время еще не достаточно разработана научно-методическая и нормативно-правовая база, позволяющая упорядочить деятельность первичного звена здравоохранения и работу врача общей практики, в частности в сельской местности.

В процессе проведения реформ здравоохранения, по мнению И.Н. Денисова (2007), необходимо создать новую законодательную базу, разработать механизм адаптации отрасли к работе в новых условиях, отработать механизмы финансового взаимодействия в здравоохранении и внедрить организационные принципы функционирования учреждений в изменившихся условиях [172]. По мнению исследователей, руководителей центральных районных больниц, экспертов страховых медицинских организаций, повысить качество медицинской помощи в сельской местности возможно лишь при оснащении лечебных учреждений современным лечебно-диагностическим оборудованием, снижении нагрузки и повышении оплаты труда, повышении квалификации врачей, финансовой самостоятельности руководства лечебно-профилактических учреждений [174, 175].

В.О. Корецкий и соавторы (1999), В. Стрючков и соавторы (2008) полагают, что основные направления реформирования сельского здравоохранения состоят в разработке и внедрении эффективных технологий, рациональном использовании средств, внедрении новых форм организации медицинской помощи сельским жителям, общеврачебной практики, стационарозамещающих технологий, пересмотра роли и задач участковых больниц, открытии межрайонных

лечебно-диагностических и консультативных центров, повышении квалификации и подготовки медицинских кадров для села [176,177].

Учитывая ограниченные лечебно-диагностические возможности, недостаток квалифицированных медицинских кадров, слабую материально-техническую базу сельских лечебно-профилактических учреждений, особая роль отводится развитию специализированной консультативной медицинской помощи, в частности передвижных форм лечебно-диагностической помощи и особенно созданию межрайонных консультативно-диагностических или лечебных центров с использованием высоких технологий [178].

Ряд авторов считают, что одной из возможных форм совершенствования медицинской помощи на селе, приближения квалифицированной и специализированной медицинской помощи к сельскому населению в условиях бюджетно-страховой медицины, является плановая выездная работа со стороны областных учреждений здравоохранения [179]. Такие формы работы активно применяются в Нижегородской, Новгородской и Ростовской областях, в Республиках Коми, Дагестан. В целях приближения специализированной амбулаторно-поликлинической помощи к населению отдаленных сельских территорий в Кемеровской области был создан мобильный Губернский медико-диагностический комплекс – выездная поликлиника на базе автопоезда, предназначенный для диагностики и коррекции лечения населения отдаленных территорий на основе современных стандартов; первичной диагностики и ранней диагностики осложнений социально значимых заболеваний, выработки, плана профилактических мероприятий. В.В. Стрючков и А.Г. Сапрыкина (2008) высоко оценивают организацию медицинского обслуживания сельского населения в муниципальных районах врачебными выездными бригадами, считая их, наряду с развитием института врачей общей практики, одним из ведущих направлений в организации медицинского обслуживания сельского населения [180].

По мнению Степанова В.В. с соавторами (2006), программа государственных гарантий является одной из наиболее адекватных мер, направленных на сдерживание негативных процессов в достижении доступности медицинской помощи сельскому населению. Существующие сложные проблемы здоровья сельского населения, состояния здравоохранения требуют особого внимания и анализа предлагаемых региональных моделей организации и управления медицинской помощью на селе [181].

Проведенный социологический опрос руководителей органов управления субъектов Российской Федерации показал, что 64,1% респондентов на первое место среди проблем, сопровождающих преобразование организации медицинской помощи в сельской местности, поставили дефицит финансирования. Основными проблемами в состоянии здоровья сельского населения 59,0 % назвали высокую

заболеваемость социально значимыми болезнями, в частности туберкулезом, ВИЧ-инфекцией, алкоголизмом, наркоманией, природно-очаговыми инфекциями. 25,4 % отметили неблагоприятную демографическую ситуацию.

Проблемами организационного характера каждый четвертый респондент считает слабость административной вертикали. К несовершенствам обязательного медицинского страхования 35,9 % отнесли нерегулярность платежей за неработающее население, защиты прав пациента – несовершенство нормативно-правовой базы (23,1%) и неподкрепленность прав пациента необходимыми ресурсами.

Особое внимание организации медицинской помощи обращено в Самарской области сельским районам с центрами в крупных городах, которые отличаются от типичных сельских районов социальной структурой, характером занятости населения, укладом жизни, распространенностью маятниковой миграции. В.В. Павлов и соавторы (2008), С.А. Суслин (2007, 2008) наиболее рациональным управленческим подходом считают создание областного корпоративного территориального медицинского центра, представляющего собой комплекс ЛПУ, связанных между собой и оказывающих специализированную медицинскую помощь на основе заключенного договора [182]. Управление центром осуществляется координационным советом, состоящим из руководителей ЛПУ, входящих в центр. Такое взаимодействие позволило повысить доступность медицинской помощи жителям района, снизить финансовые затраты на внешние медицинские услуги, добиться удовлетворенности медицинской помощью у подавляющего большинства пациентов. Немалую роль в повышении доступности и качества медицинской помощи в сельской местности играет усиление профилактической работы, которая в разных областях осуществляется с помощью разных технологий. А.А. Калининская и соавторы (2006) отметили, что в Тульской и в Нижегородской областях созданы центры медицинской профилактики и кабинеты медицинской профилактики в ЛПУ. В Красноярском крае организованы подворные обходы сельского населения с анкетированием по поводу самооценки собственного здоровья и на него влияющих факторов. В Ставропольском крае для обеспечения доступности медицинской помощи полеводам и механизаторам формируются выездные врачебные бригады. В Пензенской области политика органов управления здравоохранением направлена на сохранение имеющейся сети лечебных учреждений сельской местности [183].

Одним из направлений совершенствования медицинской помощи [184,185] считают информатизацию отрасли здравоохранения, внедрение телекоммуникационных технологий в практику работы первичного звена здравоохранения сельской местности и удаленных районов. Информационные телекоммуникационные и медицинские технологии создали базу для развития в России нового направления организации

медицинской помощи населению – телемедицины, которая с успехом применяется в практической медицине многих стран. Телемедицина используется для консультирования пациентов в отдаленных регионах, координации и содействия в организации медицинского обеспечения при чрезвычайных ситуациях, стихийных бедствиях и техногенных катастрофах [186].

Главным достоинством телемедицины является возможность сделать доступнее помощь специалистов ведущих медицинских центров врачам в отдаленных районах. А.Г. Сердюков с соавторами (2008) считают, что для успешного развития телемедицинских технологий необходимо выделение управленческой структуры при министерствах здравоохранения субъектов Федерации и разработка пакетов нормативных документов, регламентирующих работу телемедицинских центров [187].

Научная оценка организации муниципального здравоохранения сельского района свидетельствует о необходимости реструктуризации медицинской помощи с акцентом на первичное звено [188, 189]. С их точки зрения, чтобы заработала вся система первичной медико-санитарной помощи необходимо создать модели общей врачебной практики для городской, и сельской местности, принять региональные программы, целевое финансирование перехода к общеврачебной практике, учредить должность главного специалиста по общей врачебной практике, выполняющего роль координатора на территориальном уровне.

Одним из примеров реформирования здравоохранения в сельской местности может служить работа в этом направлении в республике Чувашия, в которой организаторы здравоохранения пошли по пути реорганизации участковых больниц, ФАПов в сельские врачебные амбулатории с дневными стационарами, койками дневного пребывания, сестринского ухода, внедрения врачей общей практики, системы выездных форм консультативно-диагностических поликлиник; создания межрайонных родильных домов, дерматовенерологических и фтизиатрических диспансеров [190].

По мнению О.А. Волобуева (2004) [191] важным моментом совершенствования системы здравоохранения района является расширение сотрудничества между ЛПУ района и медицинскими учреждениями областного центра. При этом существенное значение для повышения эффективности управления здравоохранением имеют социологические исследования, позволяющие получить сведения об удовлетворенности населения качеством медицинской помощи [199].

Служба скорой медицинской помощи в сельской местности является востребованной и в то же время весьма проблемной. Особенностью организации ее на селе является то, что она оказывает экстренную медицинскую помощь жителям небольших населенных пунктов, расположенных на больших расстояниях друг от друга и является связующим звеном не только между поликлиникой и

стационаром, но и между этапами оказания медицинской помощи сельскому населению. Как справедливо отмечают исследователи данной проблемы, служба скорой помощи в сельской местности также требует реорганизации [192, 193].

Результаты анализа модернизированной медицинской службы в сельской местности Новосибирской области, проведенного Е.А. Финченко и соавторами (2008), показали повышение реальной доступности амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи на фоне снижения потребности в стационарной помощи [193].

Исследователи в области общественного здоровья и здравоохранения высказывают точку зрения, что изменить сложившуюся ситуацию в сельском здравоохранении возможно только на основе комплексного межведомственного подхода, консолидации всех ветвей власти, организаций различных форм собственности, ведомств и фондов [194, 195].

За рубежом в настоящее время создана и реализуется концепция интеграции на районном уровне служб медико-санитарной помощи, просвещения, транспорта, средств связи, жилищного строительства, водоснабжения, мелкого предпринимательства» сельского хозяйства под контролем муниципалитетов [196, 197].

Таким образом, анализ литературных данных по состоянию здоровья, условиям и образу жизни сельского населения, особенностям организации оказания медицинской помощи в сельской местности объективно свидетельствует о наличии существующих нерешенных проблем в организации и управлении сельским здравоохранением и необходимости поиска новых технологий совершенствования медицинской помощи сельскому населению в реальных экономических и социальных условиях.

На сегодняшний день сельское здравоохранение Казахстана нуждается в дальнейшем совершенствовании его структуры с внедрением новых стратегий, основанных на четком видении перспективных целей, на интеграции со всеми секторами экономики, а также на основе применения современных научных и институциональных технологий развития.

Оптимизация функционирования системы сельского здравоохранения предполагает преодоление отставания уровня медицинского обслуживания на селе от городского посредством формирования цельной системной социальной политики, за счет внедрения новых типов взаимодействия между региональным органом управления здравоохранения и органами местного самоуправления здравоохранения. Достижению этой цели посвящено данное комплексное исследование.

1.5 Инновационные организационные, профилактические, реабилитационные технологии на уровне ПМСП

Успешное функционирование системы здравоохранения в условиях рыночной экономики требует эффективного использования имеющихся трудовых, материальных, финансовых ресурсов для достижения максимального уровня результативности, качества и доступности качества медицинской помощи [61, 198].

Охрана общественного здоровья является одной из приоритетных задач социальной политики государства в период проведения социально-экономических реформ, а здоровье населения определяется как основа национальной безопасности страны [89, 91, 93]. В ряде документов таких как, Стратегией развития Казахстана до 2030 года (1997) [198], «Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы» (2004) [10], «Концепция создания Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан» (2008), «Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан на 2011-2015 годы» (2010) [1], «Концепция развития медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан на 2011-2015 годы» [199], отражена реализация профилактического направления в сфере охраны здоровья населения Республики Казахстан.

Как известно, уровень доступности и качество медицинской помощи, эффективность деятельности системы охраны здоровья определяется состоянием и развитием ПМСП [200, 201, 202, 203]. На сегодня большое внимание уделяется разработке и внедрению инновационных технологии, ведущих к повышению качества медицинской помощи, ее доступности и эффективности [203, 204, 205]. По мнению Экспертов Всемирного банка, следует, что экономическое развитие и рост доходов положительно влияют на улучшение здоровья населения, но в то же время являются единственным ключевым фактором и, следовательно, единственной стратегией достижения прогресса в области охраны здоровья в будущем. Также основой для существенного улучшения здоровья, даже если доходы растут медленными темпами или стагнируют, является технический прогресс в самом широком смысле. Таким образом, все больше исследователей приходят к выводу, что значительное улучшение здоровья населения в течение прошедшего столетия связано не столько с повышением благосостояния, сколько с ускорением научно-технического прогресса [206, 207, 208].

По результатам исследований Нурбакыт А.Н. (2010), повышение удовлетворенности населения возможностью получения и качеством медицинской помощи - важная задача реформирования отрасли. В условиях поиска новых подходов к повышению доступности, качества и культуры оказания медицинской помощи на фоне ограниченных экономических возможностей здравоохранения и совершенствования

финансовых отношений мнение пациентов может быть одним из критериев оценки деятельности медицинских учреждений [209]. В силу этого все больший вес в принятии решений приобретает информация, основанная на изучении общественного мнения. Результаты соответствующих исследований достаточно точно отражают позитивные и негативные тенденции развития и реформирования здравоохранения, позволяют выявить факторы, снижающие удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием [208, 209, 210].

По мнению ряда авторов, накопившимися проблемами в здравоохранении являются: отсутствие ясной и четкой стратегии развития, основанной на базовых ценностях нового общества; неразвитость рыночных механизмов, неэффективный менеджмент, техническая и технологическая отсталость, трудности с мониторингом и оценкой деятельности системы, органов и организаций здравоохранения, слабая информатизация и неразвитые коммуникационные сети, кадровая неуккомплектованность, незаинтересованность работников здравоохранения в результатах труда и др. [211, 212, 213, 214].

Согласно Аканову А.А (2006г.), Камалиеву М.А. с соавт. (2000г.), современному здравоохранению необходимы комплексные исследования, которые будут направлены на преодоление десинхронизации между затратами и эффективностью здравоохранения и обеспечением баланса между инвестиционным и инновационным развитием системы [207, 213, 215].

Такие исследования актуальны для представления об основных направлениях и приоритетах модернизации здравоохранения в русле прогрессивных мировых тенденций (Кульжанов М.К. с соавт., 2003; Куракбаев К.К. с соавт., 2006). Учитывая необходимость ускоренной масштабной реорганизации, модернизационный прорыв Казахстана должен быть системным и направленным на устранение политического, технологического, интеллектуального, инфраструктурного отставания отечественной системы здравоохранения и обеспечение его конкурентоспособности [205, 212, 215, 216, 217].

В рамках Стратегии индустриально-инновационного развития Республики Казахстан на 2003-2015 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 17 мая 2003 года № 1096, основной задачей отрасли здравоохранения определяется создание и развитие собственного научного и инновационного потенциала. Причем, государственная политика в области здравоохранения наряду с традиционными направлениями, такими, как разработка и осуществление комплекса мер государственной медико-социальной и правовой поддержки здравоохранения, укрепление материально-технической базы организаций здравоохранения, будет ориентировать здравоохранение на внедрение современных медицинских технологий, включая применение клинических протоколов диагностики и лечения, с акцентом на

ресурсосберегающие, экономически эффективные методы, повышающие доступность для населения медицинской помощи [60, 61, 205].

В работе Москвичевой Н.Г. и соавт. (2009г.) предложена разработанная на основе концептуального подхода организационно-аналитическая модель совершенствования системы оказания медицинской помощи населению, в основу которой положены объективные результаты исследования состояния здоровья сельского населения, медико-социальная характеристика жителей сельской местности, приоритетные управляемые факторы, определяющие здоровье, анализ существующей системы организации медицинского обеспечения сельского населения. Целью разработки и внедрения организационно-аналитической модели явилось сохранение и укрепление здоровья, снижение заболеваемости и преждевременной смертности населения сельской местности, повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи сельскому населению. Приоритетными стратегическими направлениями формирования организационно-аналитической модели системы совершенствования оказания медицинской помощи сельскому населению являются: совершенствование системы управления здравоохранением сельской местности; решение вопросов кадровой обеспеченности учреждений здравоохранения сельской местности; развитие профилактической направленности здравоохранения сельской местности; отработка оптимальной системы организации медицинской помощи населению, проживающему в сельской местности; развитие и совершенствование системы управления качеством на всех этапах оказания медицинской помощи сельскому населению; повышение структурной эффективности сельского здравоохранения; развитие информационных технологий в системе здравоохранения сельской местности; осуществление мониторинга состояния здоровья сельского населения и факторов риска; разработка системы мониторинга показателей эффективности работы учреждений здравоохранения сельской местности и внедрение её в деятельность органов управления здравоохранением районов [218].

Шипачевым К.В. (2004) предложено формирование перспективной модели здравоохранения субъекта РФ, то есть внедрение инновационных технологий управления, планирования, финансирования; организации медицинской и лекарственной помощи; оптимизация законодательной деятельности и коррекция нормативно-правовой базы системы здравоохранения и медицинского страхования; повышение эффективности управления обеспечением качества медицинской помощи. Механизм данной модели предполагает: внедрение современных технологий менеджмента; создание единого информационного пространства; развитие системы корпоративного управления отраслью; формирование заданий ЛПУ по реализации Территориальной программы госгарантий на всех уровнях; организацию функциональной вертикали управления по службам с учетом многоэтапной системы оказания

медицинской помощи; создание профильных специализированных центров на основе оптимизации маршрутов пациентов и финансового обеспечения; развитие стационарзамещающих видов помощи; совершенствование системы организации медицинской помощи контингентам особого внимания с централизацией служб на областном уровне; внедрение фармацевтического менеджмента и формулярной системы в ЛПУ; формирование стратегии управления обеспечением качества медицинской помощи. При этом инновационные технологии повышения эффективности организации медицинской помощи в лечебно – профилактическом учреждении включают: разработку основных направлений стратегии развития ЛПУ; реализацию системы функционального и корпоративного управления; создание на уровне ЛПУ модели внутривозрастных отношений с управлением по финансовым результатам, а также обеспечение инвестиционной привлекательности медицинского учреждения; внедрение социально – психологических и экономических методов управления коллективом. Результаты внедрения перспективной модели здравоохранения показали положительное влияние на уровень рождаемости и на уровень младенческой смертности. Показатели первичной заболеваемости практически был стабильным, отмечена тенденция увеличения показателей общей заболеваемости, что характеризовало увеличение доступности медицинской помощи для населения. Возросла мощность амбулаторно-поликлинических учреждений с учетом качества посещений в расчете [219].

В РК в рамках государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы поставлена задача комплексного совершенствования системы здравоохранения с целью ее подъема на качественно новый уровень путем коренного изменения технологии оказания первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на пациента [1].

Важной проблемой является определение стратегии профилактики заболеваний и укрепления здоровья [172, 188]. Основой эффективной системы здравоохранения и проведения профилактических мероприятий должна стать новая модель первичной медико-санитарной помощи, основанная на принципах общей врачебной практики, с переносом акцента со стационарного на амбулаторное лечение.

Необходимо решить задачи по обеспечению доступности медицинской помощи и повышению оперативности услуг, оказываемых населению, в том числе сельским жителям. В этом плане приоритетные задачи – создание транспортной медицины в виде передвижных медицинских комплексов, санитарной авиации, трассовых пунктов и развитие института социальных услуг. Важно построить социально направленную ПМСП, поэтому внедряются новые формы оказания медпомощи на амбулаторном уровне, в том числе социальными работниками, то есть объем услуг на уровне поликлиник расширяется, и они должны преобразовываться в первичную медико-социальную помощь [220, 221].

Социально-медицинские услуги направлены на профилактику, реабилитацию, сохранение и укрепление здоровья как семьи в целом, так и каждого человека в отдельности, находящегося в трудной жизненной ситуации. При этом необходимо активно вовлекать самих пациентов и их близких через осознание ответственности за свое здоровье с целью улучшения и повышения качества жизни, создания им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

В последние годы в здравоохранении активно развивается услуга социальных работников, которых по стране насчитывается более двух тысяч. Наряду с медработниками они участвуют в оказании помощи населению в рамках своей компетенции [220, 222, 223].

Инновации, планируемые к внедрению в РК, будут основаны исключительно на международном опыте, адаптированном под казахстанскую модель здравоохранения с учетом территориальных, демографических и социально-экономических особенностей.

Эффективность и качество медицинской помощи, результативность медицинского вмешательства в большинстве случаев зависят не только от материально-технических условий лечебного учреждения и квалификации специалистов, но и от степени удовлетворенности пациентов медицинскими услугами, отношением к ним медработников, доверия к системе здравоохранения в целом. В настоящее время для защиты прав пациентов функционируют телефоны доверия в государственных органах, а в медицинских организациях внедряется служба внутреннего аудита, где предусмотрено рассмотрение обращений пациентов, находящихся на лечении, социологические опросы их самих и родственников.

В рамках реализации Госпрограммы развития здравоохранения для обеспечения качества медицинских услуг создана система независимой медицинской экспертизы. Она призвана обеспечивать объективность и прозрачность. В мировой практике, а также в других отраслях экономики независимая экспертиза очень широко применяется как альтернатива государственным экспертным службам. Уже создан банк данных независимых экспертов, насчитывающий около 150 аккредитованных экспертов и шесть профессиональных медицинских ассоциаций. С января 2012 года вопросы экспертизы качества услуг переведены в автоматизированный программный комплекс «Система управления качеством медицинских услуг». С помощью него многие дефекты качества, такие как осложнения, связанные с лечением, повторные и необоснованные госпитализации и так далее, можно получить из автоматической выборки для больных, которые прошли лечение в стационаре. Но для объективности и окончательного принятия решения обязательно проводится двухэтапная оценка данной выборки это первичная оценка качества оказания помощи на уровне РЦРЗ, и далее информация поступает на уровень Комитета контроля качества и Комитета оплаты медицинских услуг, где эксперты делают завершающее

заключение. Программный комплекс обеспечивает прозрачность процесса контроля качества услуг и значительно совершенствует процесс работы врачей-экспертов.

После внедрения ЕНСЗ изменились механизмы мотивации медицинских работников к качественному оказанию медицинской помощи. В больницах внедрена система дифференцированной оплаты труда медицинских работников, ориентированная на конечный результат. На амбулаторном уровне применяется мотивация труда персонала поликлинического звена в виде стимулирующего компонента подушевого норматива [207, 220, 221].

В Республике Казахстан, благодаря ЕНСЗ значительно повысилась доступность стационаров всех уровней для сельских жителей. В то же время новые методы оплаты стационарной помощи и возможность свободного выбора для пациента подставили под удар существование сельских больниц. В связи с этим для укрепления сельского здравоохранения и повышения его финансовой устойчивости введен метод финансирования сельских медицинских организаций. Это метод глобального бюджета, когда больницам гарантирован определенный объем финансирования для их стабильной работы.

В Казахстане накопился определенный опыт в области оценки механизмов управления системой здравоохранения вместе с тем системной и комплексной работы по оценке инновационно-инвестиционной стратегии не проводилось [220, 221, 223, 224, 225, 226, 227].

Несмотря на то, что в Республике Казахстан начала работать система врачей общей практики, оказание неотложной круглосуточной помощи больным при внезапном ухудшении здоровья осуществляется только службой скорой помощи. В приказах, регламентирующих работу семейных врачей, есть только декларативные указания на обязанность оказания ими неотложной помощи населению, но нет механизма ее осуществления. В результате этот вид работы семейными врачами не осуществляется, что тоже требует о необходимости инноваций в общую врачебную практику [228, 229, 230].

С внедрением общей врачебной практики встал вопрос о реорганизации службы скорой и неотложной помощи в службу скорой помощи. Для этого врачей общей практики необходимо наделить соответствующей компетенцией, должным организационно-правовым регламентом работы и др. [231, 232, 233]. Целесообразно использовать опыт зарубежных стран. В частности, в Великобритании врачи общей практики участвуют в оказании экстренной помощи, что согласно исследованию, дает экономию средств [234, 235].

В Сербии одним из инновационных технологий в системе ПМСП для укрепления здоровья является метод мобильной телефонии (В.Стоцин, 2013). Мобильное здоровье – мобильная телефония является новым методом для предоставления ключевых услуг здравоохранения. Проект назывался «Baby is Coming», целью которого было оценить

удовлетворенность пациентов услугами мобильного-здоровья, полезность и мобильной телефонии для передачи информации по укреплению здоровья беременным женщинам. Результаты показали, что получение сообщений по мобильным телефонам является полезным каналом для передачи информации о здоровье. Анализ подтвердил, что использование мобильных телефонов для укрепления здоровья, является полезной и эффективной моделью укрепления здоровья [236].

В настоящее время вопросы охраны и укрепления здоровья сельского населения приобретают особую значимость, поскольку имеющиеся в современном здравоохранении негативные явления, а также медико-социальные проблемы, характерные для нашего общества, особенно ярко проявляются в сельской местности [237]. Снижается доступность сельским жителям специализированной медицинской помощи [238]. Дефекты оказания первичной медицинской помощи, практически прекращение работы по профилактике заболеваний, диспансеризации населения, приводят к росту случаев диагностики заболеваний на поздних, запущенных стадиях, что способствует серьезному ухудшению показателей здоровья сельского населения и преобладанию негативных процессов демографической ситуации на селе. Смертность населения в сельской местности выше, чем в городе, причем максимальные различия показателей смертности городских и сельских жителей относятся к молодым возрастам. Сложившаяся ситуация обосновывает потребность внедрения новых форм организации оказания медпомощи сельскому населению на основе реализации стратегии профилактической медицины с использованием современных технологий диагностики и коррекции здоровья, в основе которых лежит результат оценки степени влияния на здоровье различных факторов [44, 239].

Сельское здравоохранение в Казахстане так же нуждается в повышении доступности, качества и эффективности лечебно-диагностического процесса и медицинского обслуживания. Одним из приоритетов является развитие медико-социальной службы на уровне ПМСП. Так, Джайнакбаев Н., Маншарипова А.Т. и соавт. (2013) разработали социально-ориентированные, организационно-управленческие технологии и эффективные формы оказания медико-социальной работы на уровне ПМСП с помощью передвижных медицинских комплексов. Это амбулаторно-поликлинический комплекс, укомплектованный мобильной медицинской бригадой, специальным оснащением и базирующийся на специальном автотранспорте и предназначенный для проведения: медицинских осмотров и скринингов для ранней диагностики, диспансерного осмотра, своевременного оздоровления, в том числе детей в отдаленных и труднодоступных регионах страны. В результате работы были предложены стандарты и индикаторы для оказания социальной работы, разработан перечень компетенций для специалистов оказывающих медико-социальную помощь в организациях ПМСП, изучены система информатизации населения по оказанию медико-социальной

помощи, предложены алгоритмы взаимодействия между медицинскими и социальными работниками для организаций ПМСП, работающих в передвижных медицинских комплексах [240].

Анализ литературных данных показывает, что отсутствует комплексный подход к разработке и внедрению оценки инновационных подходов. Поскольку отсутствие научной базы снижает результативность внедрения инновационных технологий и вследствие этого сказывается на всей деятельности здравоохранения. В целом необходим конкретный анализ и объективная оценка накопленного анализа инновационных технологий.

Исходя из этого целью настоящего исследования является научное обоснование инновационных, организационных и профилактических моделей.

2 ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящее исследование является комплексным, эпидемиологическим, медико-социальным, клиническим, статистическим. Исследование является проспективным, сплошным и выборочным. Дизайн исследования представлен на рисунке 1. Программа исследования состояла из следующих этапов:

- Организационного (подготовительного);
- Сбора медико-демографических показателей, показателей заболеваемости, смертности и инвалидности;
- Анализа полученных результатов;
- Статистической разработки материала;
- Формирования инновационной модели профилактики и реабилитации наиболее распространенных терапевтических заболеваний среди взрослого сельского населения;
- Внедрения ее на уровне ПМСП, оценки эффективности внедренных технологий.

План исследования включал постановку и обоснование цели и задач, определение объема, объекта и единицы наблюдения, выбор и описание методов исследования, а также порядок его проведения (таблица 1).

Таблица 1 – Этапы исследования, задачи, методы исследования, объект наблюдения и объем исследований

Этапы исследования	Задачи исследования	Методы исследования	Объект наблюдения, источник информации и объем исследований
1 этап	<ul style="list-style-type: none"> • Изучение состояния проблемы • Анализ эпидемиологических показателей здоровья населения Карагандинской области за 2012- 2014 гг. • Анализ выявленных ХНИЗ в районах по данным обращаемости 	<ul style="list-style-type: none"> • Аналитический • Эпидемиологический • Статистический (расчеты средних величин) • Методы экспертных оценок • Моделирование 	<p>Сельское население. Официальные статистические материалы ЛПУ (форма 12,14,15, 17,21,24,30,31,32,40, 43,47,525,59,60АСУ «Кадры», АСУ «ТЭП», АИС «Профосмотры») – 270 единиц</p>
2 этап	<p>Изучение медико-социальной характеристики сельских районов Выявление факторов риска развития социально-значимых заболеваний. Изучение условий и образа жизни населения</p>	<p>Анкетирование (по разработанными авторами анкетами) Статистический (корреляционный анализ, достоверность различий)</p>	<p>Выборочные исследования Анкета №1 _500_, Анкета №2 _2000_, в когорту_1600_ Анкета №3 ВОЗ – 1807</p>
3 этап	<p>Анализ организаций медицинской помощи сельскому населению на уровне ПМСП:</p>	<p>Социологический Статистический Методы комплексной оценки доступности медицинской помощи Организационно-экспериментальный</p>	<p>Анкета №4 _50_, Анкета №5 _60_ Анкета №6 _300_</p>
4 этап	<p>Мониторинг и оценка проводимых профилактических и реабилитационных мероприятий по укреплению здоровья населения на уровне ПМСП</p>	<p>Статистический Социологический Логистический Метод экспертных ошибок</p>	<p>Сельское население Индикаторы</p>

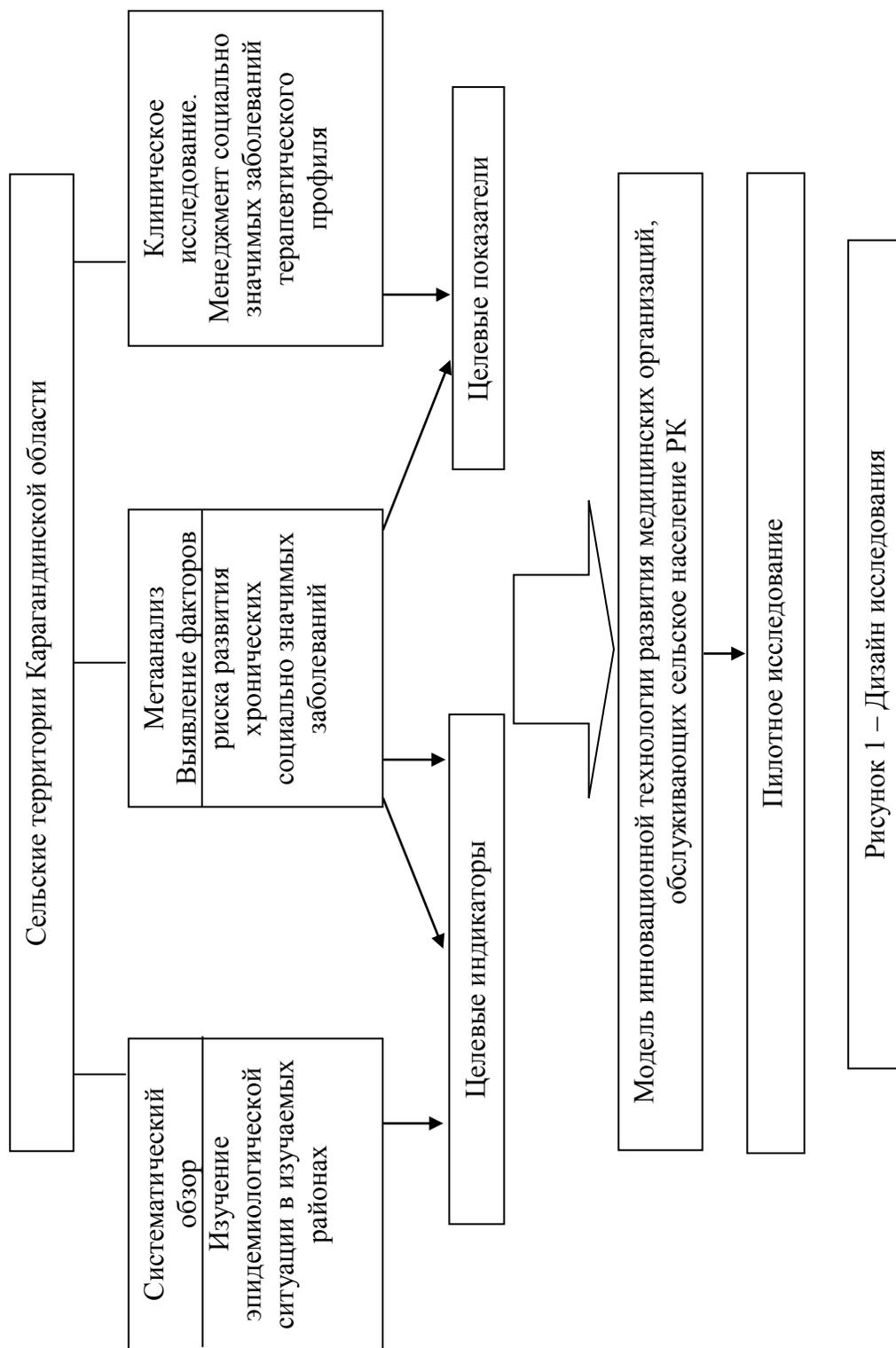


Рисунок 1 – Дизайн исследования

Источниками информации служили:

- Нормативно-правовые документы Республики Казахстан, Карагандинской области по организации и функционированию ПМСП;
- Официальные учетно-отчетные документы лечебно-профилактических учреждений, в том числе областного центра профилактики, Департамента контроля и социальной защиты населения по Карагандинской области за 2005-2013 годы.

В процессе изучения основных показателей здоровья и выявленных факторов риска развития наиболее распространенных терапевтических заболеваний среди взрослого населения в качестве объекта исследования рассматривалось сельское население Карагандинской области, а единицей наблюдения – ее житель.

Пилотным объектом был Бухар-Жырауский район. Единицей наблюдения являлись пациенты, обратившиеся за медицинской, консультативной помощью, а также специалисты ПМСП.

Организация существующей системы лечебно-профилактической помощи сельскому населению изучалась на примере системы здравоохранения Карагандинской области. Единицей наблюдения явились лечебно-профилактические учреждения сельских районов.

В процессе изучения особое внимание уделялось изучению организации профилактической помощи сельскому населению на уровне области. Важным направлением совершенствования качества профилактической помощи и реабилитации сельского населения являлась разработка модели конечного результата деятельности ПМСП с последующим расчетом коэффициентов достижения результатов. Определенную роль в обеспечении качества профилактической и реабилитационной работы ПМСП была отведена стандартам первичной, вторичной и третичной профилактики.

Оценка эффективности реализации инновационной модели лечебно-профилактической помощи населению проводилась путем анализа медицинской, социальной и экономической эффективности. В качестве критериев медицинской эффективности использовался мониторинг основных демографических показателей, а также динамика уровня заболеваемости, инвалидности и смертности наиболее распространенных терапевтических заболеваний.

Мониторинг проводился по показателям, оцениваемых в процессе исследования и по показателям для мониторинга и оценки состояния здоровья, мнения населения о системе организации медицинской помощи.

Распространенность факторов риска изучаемых заболеваний выявлялось путем проведения социологического исследования сельского населения в 2012-2013 годах. Общий объем выборки составил 2000 человек, в когорту включено 1600. Репрезентативность определялась по общепринятой методике. Ошибка выборки по базовым вопросам анкеты не превышало 5% при доверительном коэффициенте 0,95. Вопросы анкеты были направлены на выявление факторов риска у сельских

жителей на наличие курения, ожирения, низкой физической активности и т.д. Применена анкета ВОЗ, направленная на выявление факторов риска ХНИЗ (STEPS) ВОЗ, 2011. Анкета включала в себя общую информацию, демографическую информацию, показатели поведения (модуль по употреблению табака, алкоголя; рацион питания, физическая активность, повышенное кровяное давление, диабет), данные физического осмотра (давление крови, окружность бедра и частота пульса), биохимические показатели (уровень глюкозы в крови, липиды в крови, триглицериды и холестерин липо-протеидов высокой плотности), сопутствующие заболевания, обращаемость к врачу.

Анализировались результаты скрининг исследований и передвижных медицинских комплексов.

Статистический анализ проводился с использованием пакета STATISTICA. Относительная частота встречаемости признака в различных группах (доля) p определялась следующим образом:

$$p = \frac{k}{n} \text{ (может быть в \%),}$$

где k – число случаев интересующего признака, n – объем выборки. Поскольку p определяется по выборке, она отражает генеральную долю с некоторой ошибкой

$$m_p = \sqrt{\frac{p \times (1 - p)}{n}}$$

Для сравнения относительной частоты встречаемости признака в различных независимых совокупностях использовался критерий Стьюдента:

$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{m_{p1}^2 + m_{p2}^2}}$$

Различия считались статистически значимыми при $p < 0.05$

Наиболее распространенным методом прогнозирования является нахождение аналитического выражения (уравнения) тренда. Тренд экстраполируемого явления - это основная тенденция временного ряда, в некоторой мере свободная от случайных воздействий.

Разработка прогноза заключается в определении вида экстраполирующей функции $y=f(t)$, которая выражает зависимость изучаемой величины (заболеваемости) от времени на основе исходных наблюдаемых данных. В нашем исследовании использовалась функция второго порядка.

$$y = b_0 + b_1t + b_2t^2$$

Для нахождения коэффициентов нелинейной функции и прогноза на ее основе использовался пакет прикладных программ STATISTICA.

3 ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2005-2013 ГГ.

При выполнении настоящего исследования были определены задачи, направленные на совершенствование оказываемой медицинской помощи сельскому населению области. С этих позиции нами изучена динамика основных медико-демографических показателей при терапевтических заболеваниях и показатели здоровья за указанный период как по области, так и по селу.

По данным Департамента статистики Карагандинской области численность постоянного населения Карагандинской области на 01.01.2013 года составила 1 362 743 человек. Доля городских жителей в области составила – 78,4 %, сельских – 21,6%. Дети и подростки составили 28,7% от всего населения области, из них доля детского и подросткового населения в городах – 27,4% (292 659 детей), в сельской местности – 33,5% (98 547 детей). Количество женщин в области - 718 893 женщины (52,8%), из них проживают в сельской местности 146 408 женщин (47,7%). Количество женщин фертильного возраста составило 294 277 (40,9%) от численности женского населения и 21,6% от всего населения. Численность мужского населения – 643 850 человек, что составило 47,2% от всего населения области. Среднегодовая численность населения Карагандинской области в разрезе районов и городов представлена в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, численность городского населения за изучаемый период в Карагандинской области возросла на 5,6% (или на 55.5 тыс. чел.), что может говорить об уровне жизни городского населения, об улучшении экономического положения в городской среде и о повышении рождаемости. С каждым годом городское население в Карагандинской области увеличивается на 0.81 – 1,1%, лишь в 2010 году был замечен небольшой спад на 0.4%, причиной которой могла быть «проблема малых городов», т.е. спад или свертывание промышленного производства, низкая степень диверсификации экономики, низкий уровень жизни населения, высокий уровень безработицы и неудовлетворительное состояние жизнеобеспечивающей инфраструктуры.

Таблица 2 – Среднегодовая численность населения Карагандинской области (по данным статистического сборника «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения за 2005-2013 гг.») на тысяч.чел.

Города и районы	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Караганда	440,5	449,7	456,3	462,48	468,36	468,26	477,76	477,23	484,8
Балхаш	73,8	73,6	73,9	74,65	75,31	76,31	76,87	77,26	78
Жезказган	96	96,8	97,2	97,01	96,83	90,39	85,49	89,18	89
Каражал	19,4	19,2	19	19,06	19,07	19,3	19,24	19,2	19,2
Сарань	51	50,8	50,7	50,59	50,52	50,46	50,75	51,13	51,4
Сатпаев	70,5	70,5	70,6	70,58	70,82	69,47	69,89	70,13	70,2
Темиртау	169,9	171,3	172,4	173,58	175,06	178,33	179,73	180,77	182,6
Шахтинск	57,1	56,6	56,7	56,72	56,77	56,05	56,21	56,69	57,3
Приозерск	12	12,6	12,9	13,27	13,51	13,59	13,52	13,33	13,2
Итого город	990,2	1001,1	1009,7	1017,9	1026,3	1022,2	1029,5	1034,9	1045,7
Абайский район	56,5	54,8	54,6	54,62	54,68	53,2	53,35	53,81	54,7
Актогайский район	19,7	19,2	18,6	17,99	17,49	18,8	18,6	18,52	18,2
Бухар-Жырауский район	61,4	60,8	60,4	59,98	59,72	63,67	63,39	63,24	62,9
Жана-Аркинский район	28,8	28,5	28,3	28,22	28,25	31,18	31,54	32	32,7
Каркаралинский район	44,5	43,1	41,9	40,64	39,64	41,64	40,98	40,55	39,5
Нуринский район	31,5	30,9	30,2	29,48	28,89	25,54	25,2	24,88	24,5
Осакаровский район	37,8	37,1	36,5	35,78	35,15	34,49	33,96	33,51	33,1
Улытауский район	15,2	14,6	14,1	13,51	12,97	13,61	13,59	13,79	13,9
Шетский район	47,5	46,8	46,4	46,06	45,78	45,35	45,13	44,98	44,5
Итого село	342,9	335,8	331	326,28	322,57	327,48	325,74	325,28	324
Карагандинская область	1333,1	1336,9	1340,7	1344,2	1349,3	1349,6	1355,2	1360,2	1369,7
Республика Казахстан	15074,7	15308,1	15484,2	15674,0	15924,9	16323,3	16558,7	16791,4	17035,3

Среди городского населения области самая большая численность населения отмечено в г. Караганде, где выявлено увеличение роста населения с 440,5 в 2005 году до 484,8 в 2013 году. Самая малая численность населения отмечено в г. Приозерск (12,0 в 2005 году и 13,2 в 2013 году).

Изучение демографических показателей сельских районов по Карагандинской области за 2005-2013 годы представлено на рисунке 2.



Рисунок 2 - Среднегодовая численность сельского населения Карагандинской области

Как видно из рисунка 2, по статистическим данным количество сельского населения с 2005 по 2013 года уменьшилась на 5,5%, но в данном промежутке наблюдалось и увеличение населения, которое приходилось на 2010 год.

Среди сельских районов по численности населения в 2005 году преобладал Бухар-Жырауский район – 61,4%, который имел тенденцию к росту до 62,9% в 2013 году. Самая малая численность населения отмечена в Улытауском районе – 15,2 в 2005 году с тенденцией к снижению до 13,9 в 2013 году.

Структура всего населения по Карагандинской области по возрасту и полу представлена в таблице 3.

Таблица 3 – Структура всего населения по Карагандинской области по возрасту и полу (по данным Демографического ежегодника по Карагандинской области 2009- 2013 гг.)

Возраст Лет	2009			2013		
	всего	муж	жен	всего	муж	жен
		1 341 207	633 284	707 923	1 362 743	643 850
0	22 691	11 616	11 075	24 249	12 470	11 779
1-4	79 664	40 751	38 913	92 125	47 012	45 113
5-9	83 017	42 667	40 350	96 777	49 501	47 276
10-14	92 599	47 264	45 335	81 154	41 816	39 338
15-19	116 778	59 014	57 764	96 901	49 385	47 516
20-24	125 856	62 929	62 927	119 739	60 018	59 721
25-29	109 093	54 493	54 600	119 422	59 906	59 516
30-34	103 286	50 161	53 125	104 505	51 818	52 687
35-39	98 224	47 375	50 849	98 925	47 379	51 546
40-44	91 541	43 551	47 990	93 138	44 383	48 755
45-49	100 210	46 855	53 355	88 871	41 489	47 382
50-54	83 815	37 964	45 851	94 115	42 951	51 164
55-59	70 346	29 812	40 534	73 690	31 825	41 865
60-64	43 799	17 865	25 934	61 505	24 655	36 850
65-69	44 057	16 544	27 513	32 755	12 616	20 139
70-74	39 525	14 441	25 084	40 771	13 824	26 947
75-79	18 821	5 919	12 902	25 043	8 136	16 907
80-84	12 956	3 126	9 830	12 408	3 347	9 061
85-89	3 697	721	2 976	5 442	1 073	4 369
90-94	942	160	782	1 007	207	800
95-99	240	50	190	143	22	121
100 &	50	6	44	58	17	41

Как видно из таблицы 3, доля лиц в возрасте 60 лет и старше по области за 2009 год составила -12,2%, 2013 г. – 13,1%, что характеризует старение населения области. Старение населения порождает новые требования к социальному обеспечению и медицинскому обслуживанию пожилых и старых людей.

Исходя из этого нами изучена отдельно структура сельского населения по Карагандинской области по возрасту и полу (таблица 4).

Таблица 4 – Половозрастная структура сельского населения Карагандинской области за 2009 – 2013 гг. (по данным Демографического ежегодника по Карагандинской области, абс. число).

Возраст	2009			2013		
	всего	муж	жен	всего	муж	жен
Всего	302 202	150 783	151 419	294 358	147 950	146 408
0	5 560	2 781	2 779	5 203	2 684	2 519
1-4	20 346	10 462	9 884	20 598	10 411	10 187
5-9	22 732	11 581	11 151	24 453	12 574	11 879
10-14	26 377	13 537	12 840	21 834	11 119	10 715
15-19	28 915	15 232	13 683	26 459	13 730	12 729
20-24	27 674	14 438	13 236	24 284	13 311	10 973
25-29	22 220	11 607	10 613	22 855	12 377	10 478
30-34	21 684	11 138	10 546	20 074	10 546	9 528
35-39	20 557	10 600	9 957	20 118	10 385	9 733
40-44	20 826	10 451	10 375	19 271	9 841	9 430
45-49	21 939	11 022	10 917	19 821	9 846	9 975
50-54	17 770	8 714	9 056	20 112	10 030	10 082
55-59	14 305	6 622	7 683	15 244	7 246	7 998
60-64	9 111	4 080	5 031	12 363	5 578	6 785
65-69	9 027	3 836	5 191	6 564	2 843	3 721
70-74	7 180	3 008	4 172	7 767	3 016	4 751
75-79	2 913	958	1 955	4 265	1 617	2 648
80-84	2 094	525	1 569	1 924	549	1 375
85-89	690	135	555	869	193	676
90-94	192	39	153	216	35	181
95-99	69	16	53	39	11	28
100 &	21	1	20	25	8	17

Как видно из таблицы 4, в структуре сельского населения отмечается снижение количества населения с 302 202 в 2009 году до 294 358 в 2013 году. В возрастном аспекте преобладают сельчане в возрасте 15-19 лет (в 2009 году – 28915, в 2013 году – 26459) и в возрасте 20-24 года (в 2009 году – 27674, в 2013 году – 24284). Наряду с этим изучена возрастная структура всего населения Карагандинской области в разрезе районов за 2013 год (таблица 5).

Таблица 5 – Возрастная структура населения Карагандинской области на 01.01.2013 года, человек.

Название регионов	Всего населения	Возрастная структура		
		0-14 лет	15-49 лет	50 лет и старше
Караганда	479214	96689	256819	125706
Балхаш	77436	17334	41642	18460
Жезказган	88830	20295	47497	21038
Каражал	19166	5364	9894	3908
Сарань	51171	9518	26714	14939
Сатпаев	70262	17170	37908	15184
Темиртау	180970	35091	95708	50171
Шахтинск	57014	10712	28785	17517
Приозерск	13184	3519	7812	1853
Абайский	54057	11237	27433	15387
Актогайский	18497	4868	9203	4426
Бухар-Жырауский	63236	14022	33842	15372
Жана- Аркинский	32312	9151	16733	6428
Каркаралинский	40439	10204	21652	8583
Нуринский	24732	6065	12718	5949
Осакаровский	33343	7363	17265	8715
Улытауский	13909	3533	7057	3319
Шетский	44971	12170	22819	9982
Итого:	1362743	294305	721501	346937

Как видно из таблицы 5, в городах отмечается прогрессивный тип возрастной структуры населения, где доля детей в возрасте от 0 до 14 лет превышает долю населения в возрасте 50 лет и старше (в г. Каражал, г. Сатпаев, г. Приозерск). Такой тип возрастной структуры населения обеспечивает дальнейшее увеличение численности населения.

Регрессивный тип возрастной структуры городского населения, где доля лиц в возрасте 50 лет и старше превышает долю лиц в возрасте от 0 до 14 лет, наблюдается в городах Караганда, Балхаш, Жезказган, Сарань, Темиртау, Шахтинск. Регрессивный тип возрастной структуры населения свидетельствует об отсутствии роста численности населения.

Анализ по сельским районам показал следующее: в Актогайском Жана-Аркинском, Каркаралинском, Нуринском, Улытауском, Шетском районах выявлен прогрессивный тип возрастной структуры. Регрессивный тип возрастной структуры населения наблюдается в Бухар-Жырауском, Осакаровском районах. Следует отметить, что в данной ситуации встает вопрос о рациональном планировании предоставляемых услуг медицинской помощи, социальных услуг. При прогрессивном типе возрастной структуры населения необходимо особое внимание уделять детскому и подростковому населению. При регрессивном типе возрастной структуры населения увеличиваются проблемы по представлению социальных услуг лицам пожилого и старческого возраста.

Таким образом, в целом проанализированы медико-демографические показатели в сравнении между 9-ю городами и 9-ю сельскими районами Карагандинской области. Отмечено, что среди городского населения преобладает регрессивный тип возрастной структуры, а среди сельского населения – прогрессивный тип с тенденцией роста рождаемости и тенденцией к снижению показателя смертности. Такая ситуация возможно связана с увеличением миграции сельского населения в город. По данным статистических показателей среди сельских жителей преобладают лица молодого трудоспособного возраста проживающих на селе, хотя фактически большинство из них проживают в городе и за медицинской помощью они обращаются в городские медицинские учреждения.

Изучены значимые показатели, характеризующие медико-демографическую ситуацию в области (таблица 6).

Таблица 6 – Показатели, характеризующие медико-демографическую ситуацию в области (по данным Демографического ежегодника по Карагандинской области 2009-2013 гг.).

Показатель	2009			2013		
	всего	город	село	всего	город	село
Рождаемость (на 1000 населения)	17,3	17,3	17,5	18,1	18,3	17,3
Смертность (на 1000 населения)	11,3	11,9	9,2	10,5	10,9	9,0
Естественный прирост	6,0	5,4	8,3	7,6	7,4	8,3

Как видно из таблицы 6, за период 2009-2013 г.г. коэффициент роста рождаемости населения по области составил 1,05. Отмечен рост рождаемости по области с 17,3 до 18,1, а в селе данный показатель составил 17,5 и 17,3. Если естественный прирост по области имел тенденцию к росту с 6,0 до 7,6, то в селе данный показатель был стабильным – 8,3. Показатель смертности по области наоборот снизился с 11,3 до 10,5, а в селе с 9,2 до 9,0. Таким образом, по данным официальной статистики с каждым годом смертность идет на снижение, коэффициент рождаемости увеличивается, естественный прирост населения, соответственно, растёт.

Показатель рождаемости (число живорожденных, на 1000 населения, всего) по Карагандинской области колебался в следующей градации (рисунок 3).

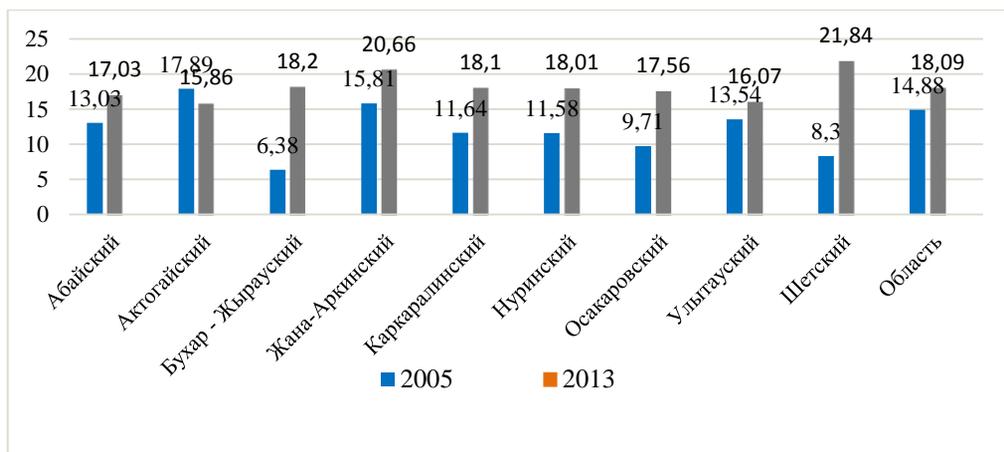


Рисунок 3 – Показатель рождаемости (число живорожденных, на 1000 населения, всего) по Карагандинской области

Данные рисунка 3 показывают, что за промежуток времени 7 лет (с 2006-2013 г.г.) абсолютный прирост рождаемости по области увеличился на 2,4 промилль. По районам Абайский, Бухар-Жырауский, Осакаровский, Нуринский, Карқаралынский, Шетский данный показатель превышает областной. В Жана-Арқинском районе показатель рождаемости увеличился с 15,81 в 2005 году до 20,66 в 2013 году. В Осакаровском районе данный показатель увеличился почти в два раза и составил 17,56 в 2013 году.

Естественный прирост населения служит наиболее общей характеристикой интенсивности роста населения, измеряется обычно коэффициент естественного прироста населения на 1000 жителей в год. Естественный прирост на 1000 населения Карагандинской области представлен на рисунке 4.

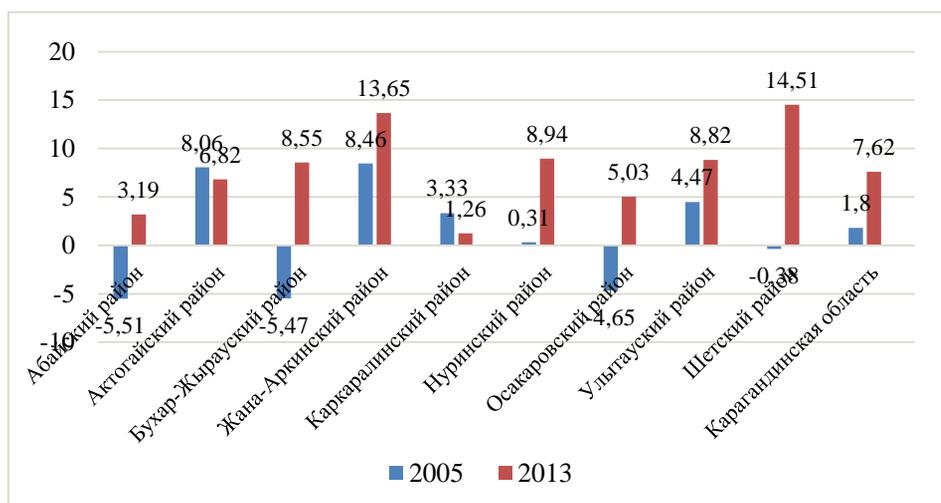


Рисунок 4 – Естественный прирост на 1000 населения Карагандинской области

Как видно из рисунка 4, естественный прирост на протяжении с 2005 по 2013 год имеет тенденцию к росту по области с 1,8 до 7,62 на 1000 населения. В Жана-Аркинском районе показатель естественного прироста также имел рост к повышению с 8,46 до 13,65 на 1000 населения. В Осакаровском районе данный показатель имел рост только с 2006 года с 1,38 до 5,03 в 2013 году.

Изучение коэффициента смертности от всех причин в отдельных возрастных группах показало следующее (таблица 7).

Таблица 7 – Коэффициент смертности от всех причин в отдельных возрастных группах (по данным Демографического ежегодника по Карагандинской области 2005 – 2013 гг.)

Возрастные группы, лет	Число умерших на 1000 населения соответствующего возраста	
	2009	2012
15-19	1,06	0,97
20-24	1,97	2,69
25-29	3,21	4,48
30-34	4,99	6,20
35-39	5,97	8,74
40-44	7,31	10,29
45-49	9,50	13,64
50-54	12,41	18,12
55-59	17,16	28,68
60-64	23,98	36,86

По данным таблицы 7, сравнение коэффициента смертности населения в соответствии с возрастом за 2009 и 2012 гг. показало тенденцию роста смертности среди населения трудоспособного возраста 55-59 лет - 17,16 в 2009 году и 28,68 в 2012 году, 60-64 года - 23,98 в 2009 году и 36,86 в 2012 году.

Изучение коэффициента смертности всего населения области в трудоспособном возрасте по основным классам причин смерти представлено в таблице 8.

Таблица 8 – Коэффициент смертности всего населения в трудоспособном возрасте по основным классам причин смерти (число умерших на 100 тыс. лиц трудоспособного возраста) за 2009, 2013 гг.

Причины смерти	Всего		Село	
	2009	2013	2009	2013
Злокачественных новообразований	137,13	132,62	146,71	139,15
Болезни системы кровообращения	615,92	394,32	650,48	440,24
Болезни органов дыхания	51,19	67,63	52,13	73,28
Болезни органов пищеварения	58,11	84,54	64,30	89,89
Несчастных случаев, отравлений травм	142,48	134,67	147,29	133,52

Как видно из таблицы 8, за период с 2009 по 2013 г. по области наблюдается тенденция роста смертности по классам заболеваний среди населения трудоспособного возраста органов дыхания с 51,19 до 67,63 и пищеварения с 58,11 до 84,54. Причинами смертности могли послужить: запущенность хронических заболеваний, техногенное загрязнение атмосферного воздуха, термическое охлаждение и несвоевременное обращение за медицинской помощью. Среди причин смертности как и в 2009 году, так и 2013 году преобладали болезни органов кровообращения - 615,92 и 394,32 на 100 тыс. лиц трудоспособного возраста.

В сельских районах за период с 2009 по 2013 гг. наблюдается тенденция снижения смертности по некоторым классам заболеваний среди населения трудоспособного возраста. Так, смертность от злокачественных новообразований снизилась с 146,71 до 139,15, от болезней системы кровообращения с 650,48 до 440,24, от несчастных случаев, отравлений и травм с 147,29 до 133,52. Вместе с тем наблюдается и повышение роста смертности от болезней системы органов дыхания с 52,13 до 73,28 и системы пищеварения с 64,30 до 89,89.

Изучение показателя смертности на 1 000 населения по Карагандинской области в разрезе районов и городов показало следующее (рисунок 5)

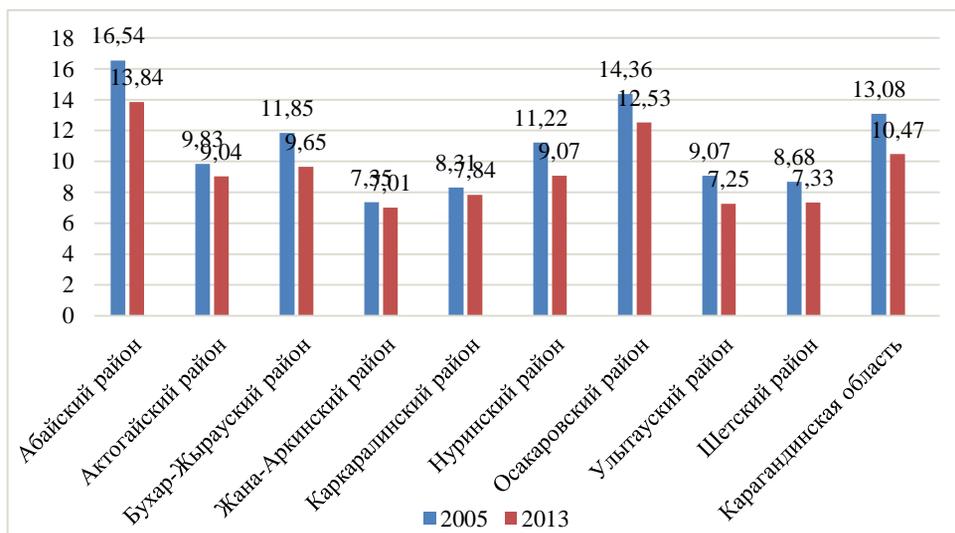


Рисунок 5 – Показатель смертности на 1 000 населения по Карагандинской области

Как видно из рисунка 5, показатель смертности населения по области за 8 лет снизился по области на 2,61 промиллей. Среди сельских регионов снижение смертности наблюдается в районах Абайский (2,70), Нураинский (2,15), Бухар-Жырауский (2,20), Осакаровский (1,83). Данным районам характерна географическая приближенность к областному центру, наличие авто- и железнодорожной магистрали. На протяжении 5 лет в области функционирует передвижной медицинский комплекс (далее

ПМК), который оказывает медицинскую помощь сельскому населению. В исследуемых районах, таких как Жана-Аркинский район, отмечено стабильность показателя смертности 7,35-7,01. В Осакаровском районе отмечено снижение смертности с 14,36 до 12,53.

Наиболее важным показателем качества работы системы здравоохранения является показатель младенческой смертности. Не случайно в числе медико-социальных показателей здоровья ВОЗ называют, прежде всего, младенческую смертность. По шкале ВОЗ показатель младенческой смертности оценивается следующим образом: высокий – свыше 20 на 1000 родившихся живыми; средний – 15-20 на 1000 родившихся живыми; низкий – до 15 на 1000 родившихся живыми. По данным Министерства здравоохранения в Казахстане зарегистрировано снижение младенческой смертности с 15,1 на 1000 живорожденных в 2005 г. до 11,3 на 1000 в 2013 (рисунок 6).

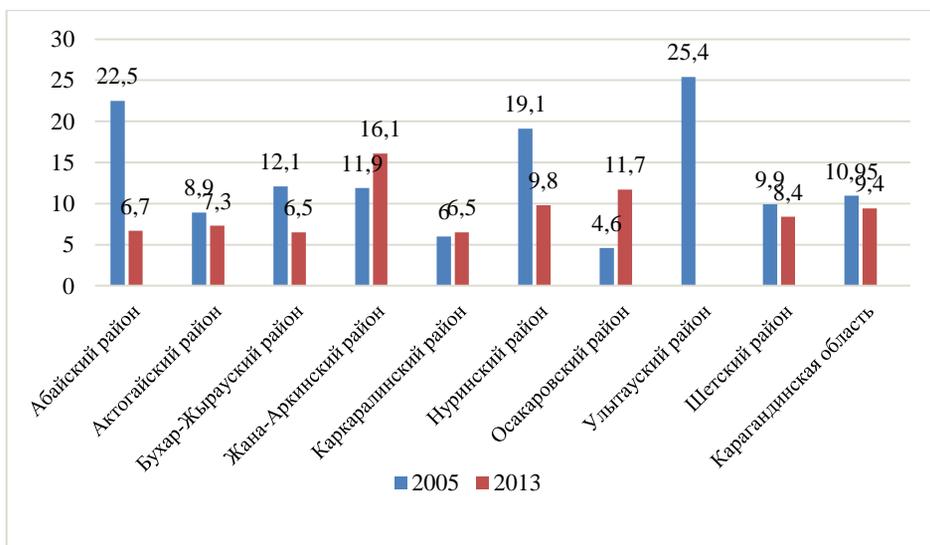


Рисунок 6 – Показатель младенческой смертности по Карагандинской области на 1000 живорожденных

Как видно из рисунка 6, показатель младенческой смертности по Карагандинской области имеет тенденцию к снижению. Если в 2005 году данный показатель составлял 10,95 на 1000 живорожденных, то в 2013 году – 9,4. Младенческая смертность является важнейшим показателем здоровья населения – это смертность детей в возрасте до 1 года, рассчитываемая на 1000 рожденных живыми в течение одного года. Она определяет большую часть детской смертности и влияет на все демографические показатели.

Показатель смертности сельского и городского населения нами анализировался у мужчин и женщин в динамике (таблица 9).

Таблица 9 – Смертность сельского и городского населения в зависимости от гендерной зависимости в области в динамике (по данным Демографического ежегодника по Карагандинской области 2009-2012 г.г.), абс. число

Годы	Область			
	село		город	
	муж	жен	муж	жен
2005	1 103	795	8 810	6 731
2006	1 100	763	9 055	6 667
2007	1 890	1 373	8 358	6 270
2008	1 818	1 383	7 653	6 172
2009	1 547	1 227	6 762	5 613
2010	1 678	1 276	6 913	5 846
2011	1 656	1 271	6 826	5 630
2012	1 563	1 214	6 876	5 852

Данные таблицы 9 подтверждают, что как в городе, так в селе, в основном, умирают лица мужского пола. Так, в 2005 году среди жителей села умерло 1103 мужчин, а женщин – 795. В городах данный показатель составил у мужчин – 8810 и у женщин – 6731. Самый большой пик смертности сельского населения приходится на 2007 год, где количество умерших мужчин составило 1890, а женщин – 1373. В 2012 году мужчин умерло – 1563, женщин – 1214.

Возможно, частой причиной смертности среди мужчин является наличие нескольких факторов риска у одного человека. Мужчины чаще курят и употребляют спиртные напитки в больших количествах, многие ведут беспорядочную половую жизнь. Так же свою лепту вносит нездоровое питание и постоянные стрессы. Частой причиной смерти являются несчастные случаи от автомобильных катастроф. По статистике, мужчины погибают в них в 2 раза чаще женщин. Во многом это связано с ездой в нетрезвом состоянии, усталостью и пренебрежением правилами дорожного движения. Так же много мужчин погибают в результате отравлений, падений и утоплений, несчастных случаев на производстве. Ученые из университета Uppsala выявили достоверную корреляцию между утратой в клетках крови Y – хромосомы с короткой продолжительностью жизни и ростом смертности от рака у мужчин [241]. Мужчины более расположены к раковым заболеваниям, нежели женщины.

Все перечисленное позволило оценить основные показатели здоровья сельского населения в разрезе районов (таблица 10).

Таблица 10 – Сравнительный анализ основных показателей здоровья сельского населения за 2013 год в разрезе районов

Районы	Показатели			
	рождаемость	естественный прирост	смертность	младенческая смертность
Абайский район	17,03	3,19	13,84	6,7
Актогайский район	15,86	6,82	9,04	7,3
Бухар-Жырауский	18,2	8,55	9,65	6,5
Жана-Аркинский	20,66	13,65	7,01	16,1
Каркаралинский	18,1	10,26	7,84	6,5
Нуринский район	18,01	8,94	9,07	9,8
Осакаровский район	17,56	5,03	12,53	11,7
Улытауский район	16,07	8,82	7,25	-
Шетский район	21,84	14,51	7,33	8,4
Область	18,09	7,62	10,47	9,4

Как видно из таблицы 10, по основным показателям здоровья сельского населения среди всех районов области показатель рождаемости был высоким в Шетском (21,84) и в Жана-Аркинском районах (20,66). Самый низкий показатель отмечен в Бухар-Жырауском (18,2) и в Каркаралинском районах (18,1). Это, несмотря на то, что в Бухар-Жырауском районе высокая среднегодовая численность населения – 61,4 на тыс. чел. Показатель естественного прироста преобладал в Шетском – 14,51 и в Жана-Аркинском районах – 13,65. Низкий показатель отмечен в Осакаровском районе – 5,03. Показатель смертности был наиболее высоким в Абайском районе – 13,84 и низкий в Жана-Аркинском – 7,01. Несмотря на то, что выявлена высокая рождаемость в Жана-Аркинском районе в структуре смертности отмечена высокая младенческая смертность (16,1). У детей до первого года жизни, видимо, это связано с патологией перинатального периода, врожденными аномалиями и болезнями органов дыхания. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении представлена в таблице 11.

Таблица 11 – Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число, лет), (по данным Демографического ежегодника по Карагандинской области 2009 – 2013 гг.)

Годы	Сельское население			Городское население		
	оба пола	муж	жен	оба пола	муж	жен
2005	67,40	63,55	72,65	63,46	56,76	70,55
2006	67,44	63,38	72,47	63,32	56,59	70,35
2007	64,62	59,41	70,84	63,51	56,72	70,62
2008	65,56	60,20	70,91	64,47	58,23	70,72
2009	67,75	63,30	72,68	66,52	60,63	72,39
2010	66,99	62,85	71,86	66,41	60,69	72,11
2011	67,24	62,96	72,10	67,27	61,36	73,17
2012	68,52	64,36	73,34	67,37	61,79	73,0
2013	69,37	64,87	74,46	68,83	63,43	73,91

Как видно из таблицы 11, за период с 2005 по 2013 г.г. продолжительность жизни населения на селе увеличилась на 1,97 года; в городе – 5,37 лет. Разность разрыва продолжительности жизни женщин на селе больше на 9,59 лет, чем у мужчин и на 10,48 лет женщин и мужчин

городского населения. Так, в 2005 году продолжительность жизни сельских мужчин составила 63,55, которая имела тенденцию к росту до 64,87 в 2013 году. У женщин данный показатель также имел рост с 72,65 в 2005 году до 74,46 в 2013 году. В целом, по области отмечается увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении (число, лет) до 69,1.

Таким образом, в 2005-2013 гг. в сельских районах Карагандинской области сложилась неблагоприятная демографическая ситуация, которая выражалась в уменьшении численности сельского населения с 342,9 до 324,0, стабильности показателя смертности 9,2 – 9,0 на 1000 населения. За счет уменьшения доли детей, подростков; увеличения доли пенсионеров возможно повышение демографической нагрузки на трудоспособную часть населения. Эти обстоятельства неизменно приведут к негативным социально-экономическим и демографическим последствиям.

3.1 Заболеваемость сельского населения области

Мы нашли целесообразным анализ заболеваемости проводить отдельно по области и по сельским районам. Такой подход оправдан с учетом необходимой выработки дифференцированных управленческих решений, для совершенствования оказания медицинской помощи населению.

Динамика общей заболеваемости является результатом взаимодействия целого ряда факторов, в том числе она зависит от доступности и качества медицинской помощи, адекватности отражения ее в учетно-отчетной документации, от возрастной структуры и медицинской активности населения, практических возможностей здравоохранения. Нами проанализирована общая заболеваемость населения по Карагандинской области по классам болезней (таблица 12).

Таблица 12 – Общая зарегистрированная заболеваемость населения по Карагандинской области по классам болезней

Наименование классов и отдельных болезней	Шифр по МКБ 10	2010 год		2013 год	
		Зарегистрировано впервые больных с данным заболеванием	Заболеваемость на 100 тыс. населения	Зарегистрировано впервые больных с данным заболеванием	Заболеваемость на 100 тыс. населения
1	2	3	4	5	6
Всего	A00-T98	779788	57794,8	725175	53076,2
в том числе: инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	25407	1883,1	21370	1564,1
новообразования	C00-D48	6489	480,9	7219	528,4
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения с вовлечением иммунного механизма, всего	D50-D89	15529	1150,9	13207	966,6

1	2	3	4	5	6
Эндокринные болезни, расстройства питания и обмена веществ, всего	E00-E90	9646	714,9	9164	670,7
Психические расстройства и расстройства поведения	F00-09, F20-F99	2541	188,3	2033	148,8
Болезни нервной системы, всего	G00-G99	19438	1440,7	18527	1356,0
Болезни системы кровообращения, всего	I00-I99	22561	1672,1	31176	2281,8
Болезни глаза и его придаточного аппарата, всего	H00-H59	37442	2775,1	31579	2311,3
Болезни уха и сосцевидного отростка, всего	H60-H95	28319	2098,9	27030	1978,3
Болезни органов дыхания, всего	J00-J99	331075	24538,0	329056	24083,9
Болезни органов пищеварения, всего	K00-K93	33103	2453,5	27919	2043,4
Болезни кожи и подкожной клетчатки, всего	L00-L99	47824	3544,5	30589	2238,8
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, всего	M00-M99	22906	1697,7	23979	1755,0
Болезни мочеполовой системы, всего	N00-N99	52256	3873,0	49086	3592,6
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения, всего	Q00-Q99	1427	105,8	1531	112,1
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	R00-R99	1273	94,3	917	67,1
Травмы и отравления, всего	S00-T88	76774	5690,2	76030	5564,7

Данные представленные в таблице 12 свидетельствуют, что в 2010 году по области заболеваемость на 100 000 населения составила 57794,8, в 2013 году – 53076,2, что говорит о снижении общей заболеваемости. В 2013 году в сравнении с 2010 годом отмечено сокращение случаев при инфекционных заболеваниях с 1883,1 до 1654,1 на 100 000 населения, число случаев при болезнях крови с 1150,9 до 966,6; при эндокринных

болезнях с 714,9 до 670,7; при психических расстройствах с 188,3 до 148,8; при болезнях нервной системы с 1440,7 до 1356,0; при болезнях органов пищеварения с 2453,5 до 2043,4; при болезнях кожи с 3544,5 до 2238,8; при болезнях мочеполовой системы с 3873,0 до 3592,6 на 100 000 населения.

Более стабильным были случаи при болезнях органов дыхания 24538,0 – 24083,0 на 100 000 населения. Вместе с тем, выявлено и увеличение случаев заболеваемости при болезнях кровообращения с 1672,1 до 2281,8 на 100 000 населения, при болезнях костно-мышечной системы с 1697,7 до 1755,0; при врожденных аномалиях с 105,8 до 112,1.

Увеличение роста болезней системы кровообращения, в основном, связано с артериальной гипертензией, ИБС и цереброваскулярными заболеваниями. Одним из важных факторов риска развития осложнений от болезней сердечно-сосудистой системы является резкий рост заболеваемости населения артериальной гипертензией с 449,9 на 100 000 населения в 2010 году до 2049,3 в 2013 году. Часто ее причиной является распространенность среди населения факторов риска сердечно-сосудистой системы – курение, ожирение, низкая физическая активность, несбалансированное питание, отсутствие адекватного контроля артериальной гипертензии в результате низкой информированности населения о ее тяжелых последствиях.

Таким образом, изучение показателей заболеваемости по Карагандинской области показало, что в целом имеется тенденция к снижению общей заболеваемости. Хотя среди классов болезней согласно МКБ-10 имеется повышение показателя заболеваемости при сердечно-сосудистых заболеваниях и врожденных аномалиях.

Полученные результаты подтверждают, что, несмотря на снижение показателя заболеваемости по области имеется повышение показателя смертности при болезнях органов дыхания с 51,19 до 67,63 и пищеварения с 58,11 до 84,54. Среди причин смертности как и в 2009 году, так и в 2013 году преобладали болезни органов кровообращения - 615,92 и 394,32 на 100 тыс. лиц трудоспособного возраста.

В связи с этим нами была изучена в сравнительном аспекте общая заболеваемость среди сельских районов области (таблица 13).

Как видно из таблицы 13, в целом по области отмечена тенденция к снижению общей заболеваемости с 60312,4 до 53076,2. Но вместе с тем в отдельных районах выявлено повышение общей заболеваемости. Так, в Нурынском районе заболеваемость выросла до 64788,2 по сравнению с 2009 годом – 63442,2, в Улытауском районе с 11148,8 до 12883,8. В пилотном Бухар-Жырауском районе отмечается некоторая стабильность данного показателя 39247,4 – 39364,0 на 100 000 населения.

Таблица 13 – Общая зарегистрированная заболеваемость на 100 000 населения среди сельских районов в сравнительном аспекте за 2009, 2013, 2014 г.г.

Годы	Всего по области	Сельские районы								Пилотный район
		Абайский	Актогай-ский	Жана--Аркинский	Каркара-линский	Нуринский	Осакаров-ский	Улытау-ский	Шетский	
2009	60312,4	72421,5	48348,0	44684,0	63213,3	63442,2	66881,9	11148,8	26446,0	39247,4
2013	53076,2	67745,9	45622,0	37145,7	55055,4	64788,2	53427,7	12883,8	24441,6	39364,0
2014	50220,97	41350,26	39843,05	32776,67	51493,77	63487,61	56677,14	13248,17	25273,38	42794,27

Изучены показатели заболеваемости при основных социально-значимых заболеваниях среди сельского населения. В ходе проведенного анализа и исследования было выявлено, что с каждым годом растет заболеваемость от болезней органов системы кровообращения (таблице 14).

Как видно из таблицы 14, в 2005 году по уровню заболеваемости преобладал Каркаралинский район – 2540,4, а в 2013 году высокая заболеваемость отмечена в Жана-Аркинском районе – 4181,3. Полученные данные свидетельствуют о более высоком уровне скрытой заболеваемости болезнями системы кровообращения среди сельского населения, что ведет к накоплению хронической патологии вследствие несвоевременной диагностики и отсутствия мер вторичной и третичной профилактики, а проведение сравнительного анализа показателей заболеваемости по обращаемости и по результатам медицинских профилактических осмотров с использованием индекса обратимости позволяет не только прогнозировать уровень истинной заболеваемости, оценивать эффективность организации медицинской помощи, но и обоснованно планировать проведение профилактических мероприятий.

Особое внимание требует изучение распространенности cerebro-васкулярных болезней. Cerebroваскулярные заболевания занимают значительное место в структуре заболеваемости и смертности населения, особенно среди лиц пожилого возраста.

Нами были изучены новые случаи цереброваскулярных болезней, зарегистрированных в амбулаторных учреждениях на 100 000 сельского населения по Карагандинской области (таблица 15).

Как видно из таблицы 15, выявлены новые случаи цереброваскулярных болезней в большинстве случаев в Осакаровском районе – 141,2 в 2005 году, а в 2013 году - 130,1 в Нуринском районе.

Таблица 14 - Заболеваемость болезнями органов системы кровообращения в разрезе районов Карагандинской области, на 100 000 населения

Регион	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Абайский	1295,8	1552,3	1358,2	1112,9	1137,4	1307	1479,1	2525,4	2447,1	2548,7
Актогайский	1036,6	1793,5	2007,7	2806,3	2663,8	2688,6	2097,6	2488,5	1945,2	1316,3
Бухар-Жырауский	1289,2	1173,2	1189,2	1747,6	1398,3	1338,2	1697,7	1745,3	1648,6	1572,8
Жана-Аркинский	1314	1874	2438,6	2220,5	2602,2	1522,8	1594,2	1820,7	4181,3	3222,1
Каркаралинский	2540,4	1760	2267,5	1743,4	2633,6	2752,9	2842,4	3079,8	3179,2	2674,9
Нуринский	1054,2	1630	1484,9	1669,7	1720,1	1554,7	1765,7	1836,9	3061,7	2274,2
Осакаровский	1318,1	1677,6	1925,2	1748,7	1721	2044,1	1882	2375,3	1569,3	2059,3
Улытауский	580,1	724,5	847,6	825,4	778,7	572,5	805,8	608,9	624,1	659,4
Шетский	1018	634,2	624,1	576,9	653,1	672,7	596,1	1011,1	1174,8	1525,8
Карагандинская область	1502,8	1495,3	1579,7	1495,9	1545,8	1671,7	1729,4	1981,4	2281,8	1937,0

Таблица 15 – Новые случаи цереброваскулярных болезней, зарегистрированных в амбулаторных учреждениях на 100 000 сельского населения (МКБ9: 430-438)

Районы	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Абайский	85,7	151,6	84,3	180,3	181	188,1	105	87,3	73,5	96,5
Актогайский	84,7	24,9	37,8	8,7	11,4	0	0	48,6	10,9	55,2
Бухар-Жырауский	32,3	97,3	38,2	35,7	40,2	39,3	25,2	31,6	31,7	33,5
Жана -Аркинский	24,1	61,1	52,9	34	0	3,2	15,8	0	0	0
Каркаралинский	19,8	25,1	146,7	199,8	53	235,4	204,9	184,9	87,6	182,8
Нуринский	103,8	111,3	86,6	106,9	34,6	58,7	79,4	80,4	130,1	164,9
Осакаровский	141,2	60,8	52,3	149,6	96,7	113,1	41,2	137,3	51,2	189,1
Улытауский	96,7	97	107,8	114,2	46,3	14,7	7,4	29	7,2	14,4

Районы	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Шетский	2,1	51,6	30,2	140,6	39,3	37,5	48,7	44,4	46,9	54,3
Карагандинская область	233,8	139,6	171,4	151,9	151,7	142,4	194,9	209,8	148,7	144,0

В последние годы прослеживается устойчивая тенденция к появлению и тотальному распространению системных заболеваний органов дыхания, в подавляющем большинстве случаев обретающих хроническое, рецидивирующее течение. Зачастую данные заболевания являются проявлениями аллергических реакций на различные патогенные факторы. Хронические бронхолегочные патологии особенно опасны для лиц пожилого возраста, поскольку служат благоприятной почвой для возникновения респираторных заболеваний вирусной этиологии, нередко представляющих угрозу для жизни. Результаты исследования случаев заболеваний органов дыхания по Карагандинской области представлены в таблице 16 и 17.

Как видно из таблицы 16, почти во всех районах нашей области отмечено повышение новых случаев болезней органов дыхания. В 2005 году больше выявлены новые случаи в Абайском районе – 29464,9, а в 2013 году – в Нурынском районе – 29954,5.

По данным таблицы 17, высокая заболеваемость вследствие бронхиальной астмы выявлена в 2005 году в Улытауском районе – 90,2, а в 2013 году в Актогайском районе – 81,7. Отмечено повышение показателя заболеваемости также в Осакаровском районе – с 23,5 до 36,1. А в Жана – Аркинском районе наоборот наблюдается тенденция к снижению с 37,8 до 15,4 на 100 000 населения. Возможно, это связано с повышением уровня воздействия общих факторов риска, в частности, табачного дыма, частых инфекций нижних дыхательных путей в детстве и загрязнения воздуха (внутри помещений, вне помещений и на рабочих местах и т.д.).

Также изучены показатели заболеваемости вследствие болезни органов пищеварения (таблица 18). Как видно из таблицы 18, в целом по области отмечена тенденция к снижению с 8787,9 до 7098,9 на 100 000 населения. Самый высокий показатель отмечен в Абайском районе – 12892,2 в 2005 году с тенденцией к снижению до 10264,8.

Низкая заболеваемость вследствие болезней органов пищеварения отмечено в Бухар-Жырауском районе – 4009,8 в 2005 году с тенденцией к снижению до 3504,9 в 2013 году.

Таким образом, динамика состояния здоровья сельского населения области имеет тенденцию к снижению. Но вместе с тем по отдельным классам заболеваний наблюдается негативная тенденция. Так, болезни системы кровообращения по области увеличились с 1502,8 до 2281,8. Среди сельских районов в 2005 году по уровню заболеваемости преобладал Каркаралинский район – 2540,4, а в 2013 году – в Жана-Аркинском районе – 4181,3. Увеличились новые случаи заболеваний органов дыхания с 21396,8 до 24083,9.

Таблица 16 – Новые случаи заболеваний органов дыхания, на 100 000 населения (МКБ-Х: 460-519)

Районы	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Абайский	2946 4,9	2961 6,8	3114 7,2	2878 8,8	3159 0,6	3029 0,6	2958 3,5	2622 7,4	2652 1,4	2390 2,9
Актогайский	2133 5,7	2085 2,4	2564 0,9	2346 0,4	2561 4,5	1880 9,6	1880 2,8	1876 9,2	1987 1,4	1768 6,7
Бухар-Жырауский	1407 1,5	1337 1,7	1836 2,4	1851 3,8	1937 5	1859 8,3	2064 6,9	2024 8,5	2089 3,1	2198 8,0
Жана Аркинский	1213 5,4	1406 8,9	1772 5,6	1416 5,8	1271 0,2	1139 0,4	1096 6	1084 2,9	1287 2,8	1074 0,0
Каркаралинский	2295 3,7	2610 4,6	2351 8,8	2272 9,3	2640 1,3	2397 8,5	2527 1,4	2187 8,9	2008 1,6	1975 6,4
Нуринский	2106 1,1	2580 7	3192 2,8	3282 8,2	3236 6,6	3166 5,1	2977 2,5	2995 7	2995 4,5	2953 4,7
Осакаровский	1970 1,3	2505 4,9	2912 3,9	2652 2,8	2604 0,5	2538 4,2	3065 9,1	2699 1,1	2303 9,2	2298 8,0
Улытауский	1128	2475, 3	4195, 1	1759, 3	1912, 1	1827, 7	3716, 2	3588	3536, 6	3495, 0
Шетский	1214 3,3	1284 0,5	1351 3,3	1237 0,9	1325 6,9	1245 1,2	1609 6,1	1608 1,9	1321 8,1	1383 3,2
Карагандинская область	2139 6,8	2161 9,9	2410 5,2	2514 3,6	2642 7,6	2453 1,3	2539 3,3	2500 3,4	2408 3,9	2126 3,7

Таблица 17 – Заболеваемость бронхиальной астмой на 100 000 населения.

Районы	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Абайский	21,4	23,7	18,3	31,2	12,8	32	43,1	33,4	31,3	45,5
Актогайский	5	51,5	21,6	5,4	22,9	42,6	26,9	37,8	81,7	16,6
Бухар-Жырауский	69,5	78,8	53,1	48,2	40,2	40,8	37,9	45,8	33,3	54,2
Жана –Аркинский	37,8	104,9	45,8	63,7	24,8	9,6	3,2	3,1	15,4	39,3
Каркаралинский	15,4	23	19,2	21,8	20,2	69,7	56,1	49,3	62,6	30,9
Нуринский	31,5	64,1	33,2	36,9	34,6	35,2	39,7	40,2	40,7	41,2
Осакаровский	23,5	29,4	13,7	33,1	28,4	40,6	17,7	41,8	36,1	39,6
Улытауский	90,2	0	28,7	21,7	46,3	29,4	29,4	14,5	21,5	21,5
Шетский	14,6	29,8	21,6	30,2	41,5	52,9	48,7	35,6	38	54,3
Карагандинская область	38	37,3	26	30,2	28,6	39,8	35,2	36,5	40	40,5

Таблица 18 - Заболеваемость органов пищеварения на 100 000 населения

Города и районы	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Караганда	5365,5	4991,9	4490,4	3896,9	1808,0	1819,2	1965,4	1963,0	1883,9	1749,0
Балхаш	2335,9	3169,5	2531,1	1743,9	2040,9	1553,0	1473,8	1501,0	1305,9	1158,4
Жезказган	1560,7	1673,2	1985,0	1920,0	1791,8	2131,3	1763,1	1625,0	1483,2	1235,2
Каражал	1139,3	1315,9	1063,7	747,3	398,6	782,5	530,3	739,4	725,1	976,9
Сарань	16539,5	16752,8	14688,6	14418,5	1607,3	1409,1	1226,7	1351,0	1374,7	1017,4
Сатпаев	2000,0	1063,1	1163,4	1197,5	1217,2	1610,9	1432,5	1057,9	791,9	438,3
Темиртау	2562,4	1742,6	2142,2	2279,4	2332,3	2926,4	2505,7	2775,1	2395,4	7735,9
Шахтинск	2998,0	3147,3	2373,4	2446,4	2448,4	2631,5	2515,3	2450,0	2407,8	2389,9
Приозерск	1651,1	403,3	329,6	1383,2	1088,1	1816,4	1050,0	1613,5	1800,3	1845,2
Абайский район	7778,5	7854,1	7995,3	8696,1	8346,1	11193,2	9909,3	8248,8	5107,6	2027,6
Актогайский район	1485,2	2540,8	4328,4	3952,8	3052,5	3157,1	4195,1	3848,9	3743,3	2187,4
Бухар-Жырауский район	1311,8	1194,6	1589,4	1583,0	1418,4	1770,1	1779,7	1826,0	1555,1	1830,7
Жана –Аркинский район	1764,6	2321,5	2836,8	2263,0	1968,5	1865,8	2212,2	1876,9	1604,9	1748,7
Каркаралинский район	4997,0	5919,4	6025,8	6195,1	4232,9	4261,5	4416,0	3965,0	4075,4	3927,6
Нуринский район	1960,4	2605,4	2969,9	3064,5	2876,0	3160,2	3352,8	3159,3	3122,7	3218,9
Осакаровский район	3656,2	3596,1	3382,3	4284,6	3792,0	3943,2	4034,9	3974,8	2978,9	3702,2
Улытауский район	431,9	509,8	682,4	557,5	678,5	682,6	728,5	710,4	789,1	803,8
Шетский район	1289,2	912,9	680,2	710,9	670,6	595,5	686,9	853,3	918,0	1018,8
Карагандинская область	4051,7	3896,5	3717,2	3527,3	2212,9	2453,5	2371,1	2300,0	2043,4	1879,5

Следует отметить, показатель обращаемости у сельчан ниже чем у горожан, что обусловлено меньшей доступностью медицинской помощи на селе. Состояние здоровья населения взаимосвязано с образованием, качеством жизни, удовлетворенностью трудом. Эти показатели на селе значительно ниже, чем в городе, что негативным образом отражается на здоровье сельского населения. Низкий уровень состояния здоровья сельских жителей требует разработки более активных механизмов оказания медицинской помощи на ее этапах.

Полученные нами статистические данные свидетельствуют о снижении заболеваемости, хотя по данным ПМК больше выявляются запущенные случаи заболеваний, что говорит о несвоевременной диагностике и лечении, негативном отношении к своему здоровью населения. Поэтому на уровне ПМСП специалисты должны обратить внимание на обучение пациентов по основным факторам риска развития распространенных заболеваний.

Для изучения прогноза основных эпидемиологических показателей при болезнях системы кровообращения, в том числе цереброваскулярных заболеваниях, органов дыхания, пищеварения нами проведено прогнозирование заболеваемости по отдельным классам болезней (рисунок 7,8,9,10,11,12,13,14,15).

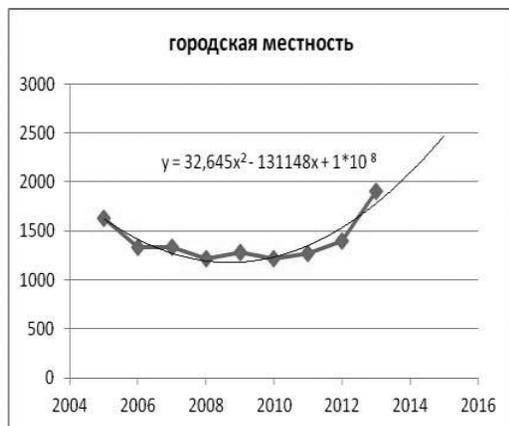


Рисунок 7 – Прогноз заболеваемости при болезнях органов кровообращения среди городского населения

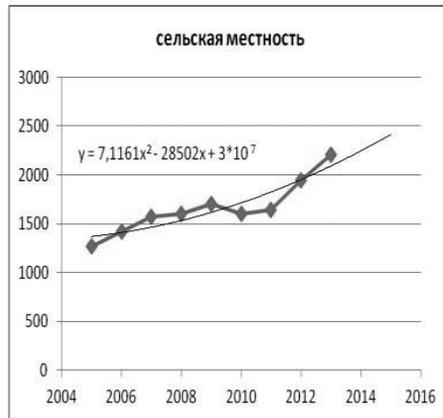


Рисунок 8 – Прогноз заболеваемости при болезнях органов кровообращения среди сельского населения

Как видно из рисунка 7, изучение прогноза заболеваемости при болезнях органов кровообращения показало, что уровень заболеваемости городского населения по Карагандинской области имеет статистическую достоверную тенденцию к увеличению и предположительно составит в 2016 году 2918,2 на 100 000 населения. По данным рисунка 8, рассчитанный прогноз показал, что к 2016 году ожидается рост заболеваемости болезнях органов кровообращения среди сельского населения на 2596,8 на 100 000 населения.

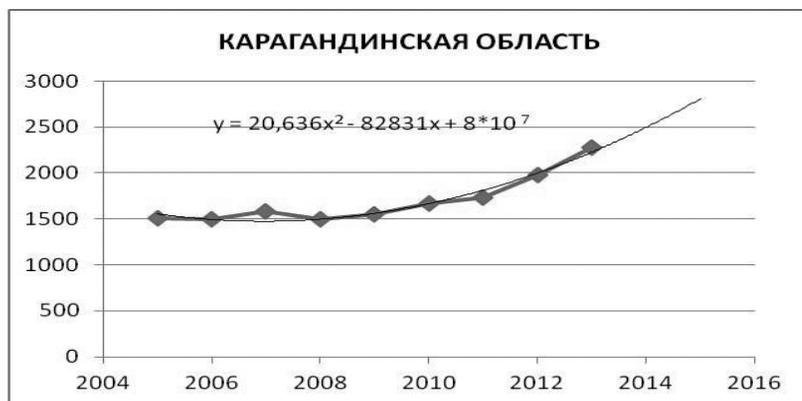


Рисунок 9 – Прогноз заболеваемости при болезнях органов кровообращения среди всего населения Карагандинской области

По данным рисунка 9, рассчитанный прогноз показал, что к 2016 году ожидается рост заболеваемости болезнях органов кровообращения среди населения области на 3160,9 на 100 000 населения.

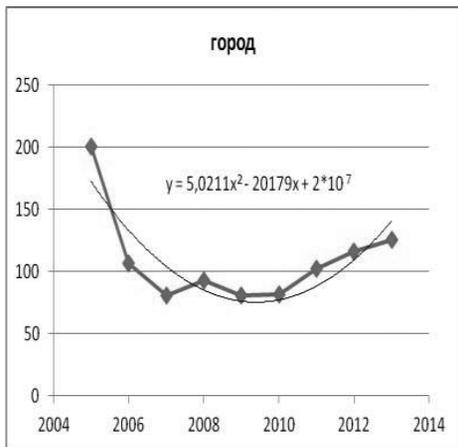


Рисунок 10

Прогноз заболеваемости при цереброваскулярных заболеваниях среди городского населения

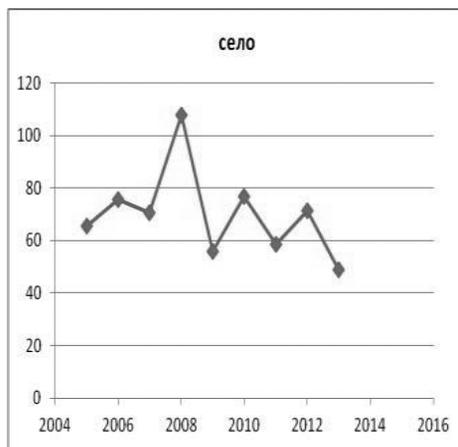


Рисунок 11

Прогноз заболеваемости при цереброваскулярных заболеваниях среди сельского населения

Как видно из рисунка 10, изучение прогноза заболеваемости при цереброваскулярных заболеваниях показало, что уровень заболеваемости городского населения по Карагандинской области имеет статистическую достоверную тенденцию к увеличению и предположительно составит в 2016 году на 294,03 на 100 000 населения. По данным рисунка 11, рассчитанный прогноз показал, что к 2016 году ожидается снижение роста заболеваемости цереброваскулярных заболеваниях среди сельского населения на 6,08 на 100 000 населения.



Рисунок 12 – Прогноз заболеваемости при цереброваскулярных заболеваниях среди всего населения Карагандинской области

По данным рисунка 12, рассчитанный прогноз показал, что к 2016 году ожидается снижение рост заболеваемости цереброваскулярных заболеваниях среди населения области на 261,07 на 100 000 населения.

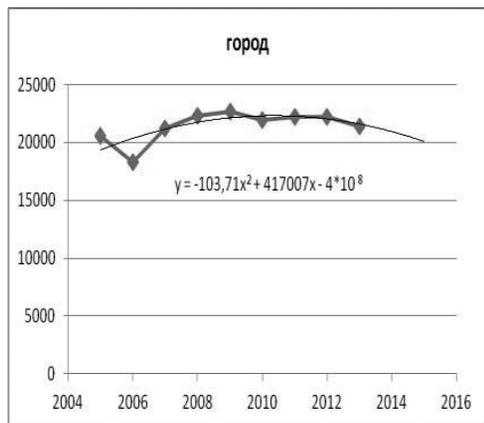


Рисунок 13

Прогноз заболеваемости при заболеваниях органов дыхания среди городского населения

Как видно из рисунка 13, изучение прогноза заболеваемости при заболеваниях органов дыхания показало, что уровень заболеваемости городского населения по Карагандинской области имеет статистическую достоверную тенденцию к стабильности и предположительно составит в 2016 году 190,06 на 100 000 населения. Как видно из рисунка 14, изучение прогноза заболеваемости при заболеваниях органов дыхания показало, что уровень заболеваемости сельского населения по Карагандинской области имеет статистическую достоверную тенденцию к снижению и предположительно составит в 2016 году 132,70 на 100 000 населения.

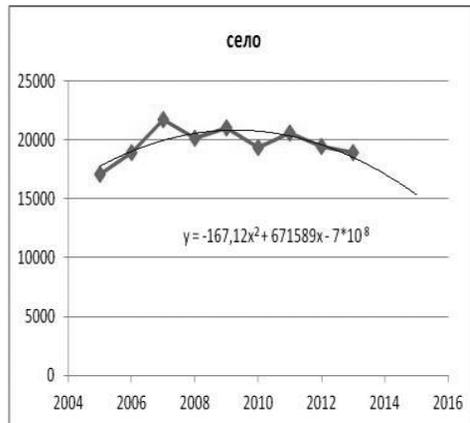


Рисунок 14

Прогноз заболеваемости при заболеваниях органов дыхания среди сельского населения

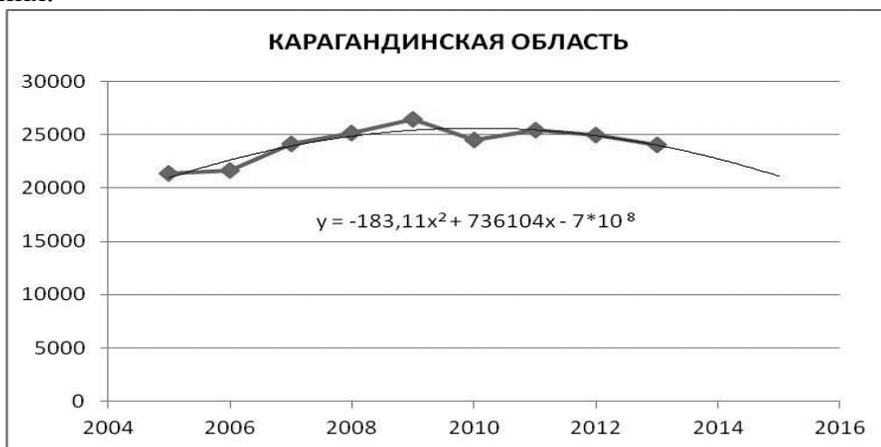


Рисунок 15 – Прогноз заболеваемости при заболеваниях органов дыхания среди всего населения Карагандинской области

По данным рисунка 15, рассчитанный прогноз показал, что к 2016 году ожидается снижение роста заболеваемости от болезней органов дыхания среди населения области на 191,05 на 100 000 населения.

3.2 Инвалидность сельского населения

При исследовании первичной инвалидности с учетом места проживания установлено, что инвалидов в городской местности значительно больше – 132239 чел. (58,3%); инвалидами в сельской местности за 6 лет наблюдения было признано 94759 чел. (41,7%). В течение анализируемого периода регистрировалось уменьшение удельного веса впервые признанных инвалидами городского населения с 58,0% в 2008 г. до 56,7% в 2013 г., при увеличении доли инвалидов из числа сельского населения с 42,0% до 43,3% соответственно (таблица 19).

Таблица 19 – Показатели первичной инвалидности по месту проживания в Республике Казахстан

Год	Всего инвалидов	Городское население						Сельское население					
		Всего		трудо-способный возраст		пенсионный возраст		всего		трудо-способный возраст		пенсионный возраст	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
2008	36884	21402	58,0	19102	89,2	2300	10,8	15346	42,0	14457	94,2	889	5,8
2009	38272	22663	59,2	20679	91,2	1984	8,8	15609	40,8	14793	94,8	816	5,2
2010	37749	22311	59,1	20284	90,9	2027	9,1	15438	40,9	14601	94,6	837	5,4
2011	38322	22593	58,9	20543	90,9	2050	9,1	15730	41,1	15050	95,7	680	4,3
2012	37923	21722	57,3	19411	89,4	2311	10,6	16201	42,7	15372	94,9	829	5,1
2013	37983	21548	56,7	19157	88,9	2391	11,1	16435	43,3	15514	94,4	921	5,6

В контингенте ВПИ как в городской, так и в сельской местности преобладали инвалиды трудоспособного возраста, составляя в среднем 90,1% и 94,8% соответственно.

Таким образом, в формирование показателей первичной инвалидности взрослого населения наибольший вклад вносят лица трудоспособного возраста среди всех категорий населения.

Тяжесть первичной инвалидности с учетом места проживания в Республике Казахстан представлены в таблице 20.

Таблица 20 – Тяжесть первичной инвалидности с учетом места проживания в Республике Казахстан

Год	Всего инвалидов	Городское население						Сельское население					
		всего		I-II группы инвалидности		III группа инвалидности		всего		I-II группы инвалидности		III группа инвалидности	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
2008	36884	21402	58,4	14448	67,1	7090	32,9	15346	41,6	9247	60,3	6099	39,7
2009	38272	22663	59,2	15058	66,4	7605	33,6	15609	40,8	9309	59,6	6300	40,4
2010	37749	22311	59,1	14921	66,9	7390	33,1	15438	40,9	9407	60,9	6031	39,1
2011	38322	22593	58,9	15041	66,6	7551	33,4	15730	41,1	9580	60,9	6150	39,1
2012	37923	21722	57,3	14920	68,7	6802	31,3	16201	42,7	10472	64,6	5729	35,4
2013	37983	21548	56,7	15153	70,3	6395	29,7	16435	43,3	10824	65,8	5611	34,2

Анализ тяжести первичной инвалидности взрослого населения (суммарный удельный вес I и II групп инвалидности) с учетом места проживания показал, что более высокая ее тяжесть характерна для городских жителей. Так, удельный вес инвалидов I-II группы среди городских жителей составлял в среднем – 67,7%, тогда как среди сельских – 62,0%. В тоже время, доля инвалидов третьей группы была выше у сельских жителей (37,9% против 32,3%). Уровень тяжести первичной инвалидности повысился как у жителей городской местности за 6-летний период наблюдения от 67,1% в 2008 г. до 70,3% в 2013 г., так и у сельчан – от 60,3% в 2008 г. до 65,8% в 2013 г., но при этом у сельских жителей тяжесть первичной инвалидности остается на порядок ниже, чем у городских жителей. Структура первичной инвалидности взрослого населения по классам болезней у сельских жителей представлена в таблице 21.

Изучение нозологической структуры уровня первичной инвалидности с учетом места проживания, показало, что уровень по большинству классов болезней выше среди городских жителей, чем среди сельских жителей.

Таблица 21 – Структура первичной инвалидности взрослого населения по классам болезней у сельских жителей

Классы болезней	2008 г.		2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Всего	15346	-	15609	-	15438	-	15730	-	16201	-	16435	-
Туберкулез	1330	8,6	1405	9,0	1436	9,3	1522	9,7	1510	9,2	1629	9,9
Злокачественные новообразования	2218	14,4	2393	15,3	2344	15,2	2373	15,1	2481	15,3	2597	15,8
Эндокринные болезни, расстройства питания и обмена веществ	569	3,7	596	3,8	602	3,9	606	3,8	605	3,7	594	3,6
Психические расстройства и расстройства поведения	1141	7,4	1136	7,3	1029	6,7	1056	6,7	1123	6,9	1017	6,2
Болезни нервной системы	525	3,4	530	3,4	538	3,5	520	3,3	524	3,2	540	3,2
Болезни глаза и его придатков	1266	8,2	1145	7,3	1057	6,8	1044	6,6	1029	6,3	1087	6,6
Болезни уха и сосцевидного отростка	251	1,6	238	1,5	217	1,4	236	1,5	225	1,4	249	1,5
Болезни системы кровообращения	3585	23,3	3663	23,5	3719	24,1	3830	24,3	3963	24,5	4005	24,3
Болезни органов дыхания	299	1,9	304	1,9	322	2,1	300	1,9	290	1,8	294	1,8
Болезни органов пищеварения	301	1,9	247	1,6	247	1,6	245	1,5	303	1,9	318	1,9
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	994	6,4	1039	6,6	1032	6,7	1010	6,4	1065	6,6	1103	6,7
Болезни мочеполовой системы	236	1,5	243	1,5	239	1,5	241	1,5	313	1,9	319	1,9
Травмы (всех локализаций)	2302	14,9	2245	14,4	2238	14,5	2247	14,3	2217	13,7	2105	12,8
Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)	1	0,006	2	0,01	-	-	-	-	-	-	1	0,006
Профессиональные заболевания (отравления)	5	0,03	3	0,02	6	0,04	11	0,07	7	0,04	11	0,07
Вследствие воздействия ионизирующего излучения	38	0,2	34	0,2	24	0,1	10	0,06	7	0,04	8	0,05
Прочие болезни	346	2,2	386	2,5	388	2,5	479	3,0	539	3,3	558	3,4

Основной причиной, приводящей к инвалидности по среднегодовым показателям за анализируемый период, как у городских, так и у сельских жителей являлись болезни системы кровообращения – 25,1% и 24% соответственно (таблица 21). Второе место у городских жителей стабильно занимали злокачественные новообразования, составляя 19,1%, значительно превышая данный показатель у сельчан – 15,2%. Травмам всех локализаций с удельным весом 13,2% принадлежало третье место, у сельских жителей данный показатель составлял 14,1%. На четвертом месте находился туберкулез – 8,3%, чаще встречался он у жителей села – 9,3%. Далее следовали болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 6,6% с одинаковым уровнем у горожан и сельчан. Болезни глаза с несколько меньшим удельным весом – 5,3% находились на шестом ранговом месте, но при этом у сельских жителей в структуре ПИ болезням глаз принадлежит пятое место, превышая данный показатель у болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани - 6,9%. Седьмое место принадлежало психическим расстройствам с несколько меньшим удельным весом у горожан – 5,1%, но у сельских жителей этот показатель был на порядок выше - 6,8%. Доля остальных классов в нозологической структуре колебалась от 3,8% до 0,01%. Распределение у городских и сельских жителей ранговых мест было следующим соответственно: восьмое место - эндокринные болезни, расстройства питания и обмена веществ 2,8% - 3,8%; девятое место - болезни нервной системы - 3,5% - 3,3%; десятое место – прочие болезни - 2,8% - 2,8%; одиннадцатое место – болезни органов пищеварения – 2,1% - 1,7%; двенадцатое место – болезни органов дыхания - 1,8% - 1,9%; тринадцатое место – болезни мочеполовой системы - 1,7% - 1,6%; четырнадцатое место – болезни уха и сосцевидного отростка - 0,9% - 1,5%; пятнадцатое место – профессиональные заболевания - 0,8% - 0,05%; шестнадцатое место – вследствие воздействия ионизирующего излучения - 0,1% - 0,15%. Изучение гендерной структуры первичного выхода на инвалидность по классам болезней выявило значительную разницу в нозологической структуре ПИ у мужчин и женщин. Так, у мужчин первое место принадлежало болезням системы кровообращения – 29,9%, а у женщин главенствующая роль принадлежала злокачественным новообразованиям – 25,3%. Во вторую очередь мужчин к инвалидности приводили последствия травм всех локализаций – 17,3% (среднегодовое значение), а женщин – БСК (16,8%). На третьем месте у мужского населения - злокачественные новообразования – 12,4%, а у женщин – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 9,3%. Четвертое место у мужчин принадлежит туберкулезу – 9,4%, а у женщин травмы всех локализаций – 7,9%. На пятом месте по нозологической структуре у мужчин болезни глаза – 5,6%, а у женщин туберкулез - 7,6%. Психические расстройства и расстройства поведения у мужчин занимали шестое место – 5,5%, а у женщин болезни глаза - 6,6% соответственно. На седьмом месте у мужчин - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 4,8%, у женщин - психические расстройства и расстройства

поведения – 6,4%. На восьмом месте у мужчин находились болезни нервной системы – 3,1%, а у женщин эндокринные болезни, расстройства питания и обмена веществ – 4,7%. Девятое место у мужчин принадлежало эндокринным болезням, расстройствам питания и обмена веществ – 2,7%, у женщин – прочим болезням – 4,1%. На десятом месте у мужчин – болезни дыхания и прочие болезни – по 1,9%, у женщин – болезни нервной системы – 3,9%. Доля остальных классов в нозологической структуре колебалась от 1,8% до 0,008%. Распределение у мужчин и женщин ранговых мест было следующим соответственно: одиннадцатое место – болезни органов пищеварения – 1,8% - 2,2%; двенадцатое место – болезни органов дыхания - 1,9% - 1,8%; тринадцатое место – болезни мочеполовой системы - 1,6% - 1,9%; четырнадцатое место – болезни уха и сосцевидного отростка - 0,9% - 1,4%; пятнадцатое место – профессиональные заболевания - 0,8% - 0,08%; шестнадцатое место – вследствие воздействия ионизирующего излучения 0,18% - 0,008%.

Таким образом, проведенный анализ нозологической структуры первичной инвалидности по гендерному признаку выявил существенные различия в данном показателе в зависимости от половой принадлежности.

По данным информационной системы «Централизованная база данных лиц, имеющих инвалидность» (ЦБДИ), в Карагандинской области, как и в Республике Казахстан, основной нозологией, в структуре первичной инвалидности за период 2007-2012 гг., являлись болезни системы кровообращения (БСК). Интенсивный показатель (на 10 тыс. населения) первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения за 2007-2012 г. представлен в таблице 22.

Таблица 22 - Интенсивный показатель (на 10 тыс. нас.) первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения за 2007-2012 гг.

Годы	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ИП на 10 тысяч населения	10,3	9,2	9,5	11,8	10,6	9,8

Анализируя динамику интенсивного показателя (ИП) первичной инвалидности (ПИ) вследствие болезней системы кровообращения среди взрослого населения в Карагандинской области, можно отметить тенденцию к его снижению с 10,3 на 10 тыс. населения в 2007 г. до 9,8 в 2012 г. с наибольшим его значением в 2010 г. – 11,8. Структура первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения по нозологиям представлена в таблице 23.

Таблица 23 – Структура первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения по нозологиям

Нозология	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	абс	%										
Ревматизм	43	4,3	39	4,0	45	4,5	39	4,0	46	4,4	29	3,0
АГ	22	2,2	14	1,5	20	2,0	17	1,7	12	1,1	9	0,9
ИБС	337	33,9	332	34,6	350	35,0	333	33,9	344	32,9	348	35,7
ЦВЗ	468	47,1	463	48,2	466	46,6	480	48,9	521	49,9	491	50,4
Другие болезни	124	12,5	112	11,7	118	11,8	112	11,4	121	11,5	97	9,9
Всего	994		960		999		981		1044		974	

Изучение нозологической структуры уровня ПИ вследствие болезней системы кровообращения в динамике выявило, что ведущей нозологией среди БСК являлись цереброваскулярные заболевания – среднегодовой уровень – 48,5%, на втором месте – ИБС среднегодовой показатель – 34,3%, на третьем месте – другие заболевания сердечно-сосудистой системы – 11,5% (таблица 23). В целом, по сравнению с 2007 г., уровень ПИ вследствие БСК в Карагандинской области к 2012 г. снизился на 2,3%.

Первичная инвалидность вследствие ЦВЗ в Карагандинской области, напротив, имела тенденцию к нарастанию: от 47,1% в 2007 г. до 50,4% в 2012 г. (+3,3%) при среднегодовом показателе 48,7%. Количество инвалидов вследствие болезней системы кровообращения в Карагандинской области и распределение их по занятости и полу представлена в таблице 24.

Таблица 24 - Количество инвалидов вследствие болезней системы кровообращения в Карагандинской области и распределение их по занятости и полу

Годы	Регионы	Всего	Из них работающие	Процент от впервые признанных инвалидами (%)	Мужчины		Женщины	
					абс.	%	абс.	%
2007	РК	7747	3020	38,9	5414	69,9	2333	30,1
	Карагандинская обл.	994	507	51,0	681	68,5	313	31,5
2008	РК	8757	3419	39,0	6334	72,3	2423	27,7
	Карагандинская обл.	960	497	51,8	667	69,5	293	30,5
2009	РК	9422	3646	38,7	6900	73,2	2522	26,8
	Карагандинская обл.	999	492	49,2	698	69,9	301	30,1
2010	РК	9289	3559	38,3	6826	73,5	2463	26,5
	Карагандинская обл.	981	489	49,8	686	69,9	274	30,1
2011	РК	9577	3700	38,6	7034	73,4	2543	26,6
	Карагандинская обл.	1044	546	52,3	747	71,5	297	28,5
2012	РК	9479	3507	37,0	6914	72,9	2565	27,1
	Карагандинская обл.	974	506	51,9	710	72,9	264	27,1

Общее число впервые признанных инвалидами вследствие БСК (таблица 24) в РК возросло с 7747 чел. в 2007 г. до 9577 чел. в 2011 г. и несколько снизилось в 2012 г. до 9479 чел. Изучение динамики численности ВПИ вследствие БСК в Карагандинской области в период с 2007 по 2012 гг. показало, что она имела тенденцию к снижению с 994 чел. в 2007 г. до 474 чел. в 2012 г. с некоторым всплеском в 2011 г. до 1044 чел. Всего за шесть лет ретроспективного наблюдения инвалидами вследствие БСК в Карагандинской области признаны 5952 человека, в среднем в год это число составило – 992 чел. Количество ВПИ вследствие БСК в Карагандинской области из числа работающих лиц было выше республиканских показателей и в процентном отношении данный показатель колебался от 51,0% в 2007 г. до 51,9% в 2012 г. Что касается структуры изучаемого контингента инвалидов по полу в Карагандинской области, в анализируемый период удельный вес женщин был значительно меньше, чем мужчин, и составлял в 2007 г. – 30,1%, 2008 г. – 30,5%, 2009 г. – 30,1%, 2010 г. – 30,1%, 2011 г. – 28,5%, 2012 г. – 27,1%. Распределение впервые признанных инвалидами вследствие болезней системы кровообращения по группам инвалидности представлена в таблице 25.

Таблица 25 - Распределение впервые признанных инвалидами вследствие болезней системы кровообращения по группам инвалидности

Группа инвалидности	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	абс	%										
1 группа	133	13,4	129	13,4	137	13,7	130	13,2	151	14,5	173	17,8
2 группа	641	64,5	592	61,7	627	62,8	607	61,9	624	59,8	558	57,3
3 группа	220	22,1	239	24,9	235	23,5	244	24,9	269	25,7	243	24,9
Всего	994		960		999		981		1044		974	
1 группа	133	13,4	129	13,4	137	13,7	130	13,2	151	14,5	173	17,8
2 группа	641	64,5	592	61,7	627	62,8	607	61,9	624	59,8	558	57,3

Анализ распределения ВПИ в зависимости от тяжести инвалидности в Карагандинской области (таблица 25) показал, что преобладали инвалиды I и II группы (в 2007 г. – 77,9%, 2008 г. – 75,1%, 2009 г. – 76,5%, 2010 г. – 75,1%, 2011 г. – 74,3%, 2012 г. – 75,1%). Причем в последние 2 года отмечается рост I группы инвалидности на 1,3% в 2011 г. и на 3,3% в 2012 г.

В изучаемом контингенте инвалиды III группы в среднем составили 24,3%, что объясняется тяжестью инвалидизирующей патологии, сопутствующих заболеваний, и, как следствие этого, степени ограничений жизнедеятельности. Первичная инвалидность вследствие болезней системы кровообращения в разрезе возрастных групп представлена в таблице 26.

Таблица 26 - Первичная инвалидность вследствие болезней системы кровообращения в разрезе возрастных групп

Год	Всего	16-39 лет		От 40 лет до пенсионного возраста		Пенсионный возраст	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
2007	994	29	2,9	895	84,0	70	7,1
2008	960	24	2,5	870	90,6	66	6,9
2009	999	30	3,0	895	89,6	74	7,4
2010	981	33	3,4	883	90,0	65	6,6
2011	1044	31	3,0	945	90,5	68	6,5
2012	974	63	6,5	807	82,6	104	10,8

Как видно, из таблицы 26, наибольший удельный вес в области составляли инвалиды среднего возраста (от 40 лет до пенсионного возраста), причем стабильно этот показатель составлял более 80% (в среднем за период наблюдения – 87,9%). В возрастной группе от 18 до 39 лет наметилась некоторая тенденция к росту от 2,9% в 2007 г. до 6,5% в 2012 г., аналогичная картина наблюдалась и среди пенсионеров - от 7,1% в 2007 г. до 10,8% в 2012 г.

Таким образом, уровень первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в Карагандинской области колебался от 10,3 на 10 тыс. населения в 2007 г. до 11,8 в 2010 г. и 9,8 в 2012 году. Лидирующее место среди заболеваний сердечно-сосудистой системы, приводящих к тяжелой инвалидизации, занимают цереброваскулярные заболевания – среднегодовой уровень – 48,5%, на втором месте – ИБС среднегодовой показатель – 34,3%, на третьем месте - другие заболевания сердечно-сосудистой системы – 11,5%. Количество ВПИ вследствие БСК в Карагандинской области из числа работающих лиц было выше республиканских показателей, удельный вес женщин был значительно меньше, чем мужчин. В исследуемом контингенте преобладали тяжелые группы инвалидности, причем в последние 2 года отмечается рост 1 группы инвалидности на 1,3% в 2011 г. и на 3,3% в 2012 г.

Нами проанализировано первичная инвалидность среди детского населения до 18-летнего возраста по Карагандинской области за период 2009-2013 гг. (таблица 27).

Таблица 27 – Первичная инвалидность детского населения до 18 лет по Карагандинской области

Возраст	Годы				
	2009	2010	2011	2012	2013
До 18 лет	2362	2382	2256	2127	2080
До 16 лет	507	549	551	572	588
От 16 до 18 лет	47	31	43	32	36

Как видно из таблицы 27, большее количество освидетельствовано детей-инвалидов в возрастной группе до 16 лет. Показатель подростковой первичной инвалидности (16-18 лет) по Карагандинской области представлен в таблице 28.

Таблица 28 – Показатель подростковой первичной инвалидности по Карагандинской области за 2009-2013 гг. (10000 детского населения)

Годы	Показатель первичной инвалидности
2009	10,3
2010	4,7
2011	10,3
2012	5,2
2013	9,6

Как видно, из таблицы 28, отмечается уменьшение показателя первичной инвалидности, который составил в текущем году 9,6 на 10000 населения, в 2009 г. – 10,3 на 10000 детского населения. Распределение первичной инвалидности среди подростков по полу представлено в таблице 29.

Таблица 29 – Структура подростковой инвалидности по Карагандинской области за период 2009-2013 гг. по полу (%)

Годы	Пол	
	мальчики	девочки
2009	55,3	44,7
2010	51,6	48,4
2011	50,4	49,6
2012	53,6	46,4
2013	52,8	47,2

Как видно из таблицы 29, первичная инвалидность среди подростков-инвалидов от 16 до 18 лет показала преобладание мужского населения, показатель которого в среднем составил 52,7%, девочек - 47,3%.

В Законе о социальной защите инвалидов в Республике Казахстан говорится, что группа инвалидности у детей устанавливается, начиная с шестнадцати лет. Структура первичной инвалидности по тяжести инвалидности по Карагандинской области за период 2009-2013 среди городского и сельского населения представлена в таблице 30.

Таблица 30 - Структура первичной инвалидности по тяжести инвалидности по Карагандинской области за период 2009-2013 гг.

Год	Всего признано		Из них установлено					
			ребенок-инвалид 1 группы		ребенок-инвалид 2 группы		ребенок-инвалид 3 группы	
	город	село	город	село	город	село	город	село
2009	47	17	-	9	18	3	29	5
2010	31	29	-	8	13	4	18	17
2011	43	30	-	5	16	9	27	16
2012	32	31	1	2	13	7	18	22
2013	36	14	1	2	14	4	21	8

Как видно из таблицы 30, наибольшее количество детей-инвалидов приходится на детей-инвалидов третьей группы. Количество признанных детей-инвалидов увеличивалось с 2009 по 2012 годы. Наибольшее количество детей-инвалидов приходится на детей-инвалидов третьей группы как городских, так и сельских жителей.

Детей-инвалидов в Бухар-Жырауском районе за период 2009-2013 гг. выявлено больше, чем в других сельских районах. Распределение детей-инвалидов по полу в разрезе районов по Карагандинской области за период 2009-2013 гг. показало, что в Бухар-Жырауском районе преобладают подростки-инвалиды мужского пола.

По структуре инвалидности, обусловленной заболеваниями среди подростков, проживающие в сельской местности, первое место занимают болезни нервной системы.

3.3 Результаты профилактического медицинского осмотра сельского населения области передвижным медицинским комплексом за 2011-2014 годы

В связи с высоким уровнем распространенности социально значимых заболеваний среди населения изучаемых районов нами осуществлены углубленные целевые профилактические осмотры.

Анализ результатов профилактического медосмотра передвижным медицинским комплексом за 2011 год показало следующее.

В Карагандинской области, согласно Приказу МЗ РК от 11 марта 2011 года № 128 «Об утверждении Инструкции по организации деятельности передвижных медицинских комплексов» для проведения медицинских осмотров и оказания консультативно-диагностической помощи населению отдаленных сельских районов области закуплены 4 передвижных медицинских комплекса. В 2011-2013 гг. проводились профилактические медицинские осмотры ПМК в населенных пунктах. Всего медицинским осмотром охвачено по Карагандинской области 33213 человек (181,8%) от количества населения, подлежащего скрининговому осмотру. По районам охвачено 28980 населения, по городам 4233. За 2011 год количество населения Карагандинской области, охваченного медицинским осмотром в ПМК, по области составило 17588 человек, по районам 17283 и по городам 305 человек (таблица 31).

Таблица 31 – Количество населения Карагандинской области в разрезе регионов, охваченного медицинским осмотром в ПМК за 2011 год

Название региона	Количество населения, охваченного медицинским осмотром в ПМК		
	всего	скрининг	консультации
Актогайский	3451	2471	980
Бухар-Жырауский	4032	1118	2914
Жана-Аркинский	3907	2502	1405
Каркаралинский	3474	1974	1500

Продолжение таблицы 31

Нуринский	3689	2337	1352
Осакаровский	1108	645	463
Улытауский	3485	3485	-
Шетский	5834	2751	3083
По области	28980	17283	11697

В Каркаралинском районе медицинским смотром охвачено 159,7% от подлежащих скрининговому медосмотру, из них скрининговым осмотром охвачено 90,8 %. В Шетском районе осмотрено 197,6 % человек, из них скрининговым осмотром охвачено 93,2% населения. В данных населенных пунктах проживает 9618 человек. Медицинским осмотром охвачено в Жана-Аркинском районе 40,6% населения, скрининговым осмотром охвачено 100%. В Актогайском районе охвачено 128,7% человек, скрининговым осмотром – 92,1%. В Бухар-Жырауском районе скрининговым осмотром 97,0% человек. В Нуринском районе всего осмотрено 157,3%, из них скрининговым осмотром охвачено– 99,5%. В Осакаровском районе осмотрено 166,6 % населения, из них скрининговым осмотром охвачено 97% от плана. В Улытауском районе осмотрено 100% населения от плана.

Проведено по области – консультаций специалистами – 49461, диагностических исследований – 37373, лабораторных исследований – 24360; по районам консультаций – 45037, диагностических исследований 34674, лабораторных исследований – 20118; по городам консультаций специалистами – 4424, диагностических исследований 2699, лабораторных исследований – 4242.

Проведение на ПМК диагностических, лабораторных исследований, консультаций профильных специалистов представлено в таблице 32.

Таблица 32 – Количество проведенных скрининговых исследований в разрезе регионов Карагандинской области на ПМК за 2011 год

Название региона	Проведено на ПМК		
	диагностических исследований	лабораторных исследований	консультаций профильных специалистов
Актогайский	5965	3751	6668
Бухар-Жырауский	3416	2491	4297
Жана-Аркинский	5540	3046	5120
Каркаралинский	5096	4023	6319
Нуринский	4832	1644	9061
Осакаровский	337	440	1279
Улытауский	2927	1181	4804
Шетский	6561	3542	7489
По области	34674	20118	45037

Результаты проведенных медицинских осмотров ПМК по выявлению больных и оздоровленных в амбулаторных и стационарных условиях представлены в таблице 33.

Таблица 33 – Количество выявленного и оздоровленного населения в ПМК по Карагандинской области за 2011 год

Название региона	Всего подлежало скрининговому осмотру	Выявлено						Из выявленных оздоровлено					
		всего		с впервые установленным диагнозом		"Д" больных, уже состоящих на "Д" учете		всего		амбулаторно		стационарное лечение	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Актогайский	2682	683	19,8	325	9,4	358	10,4	182	26,6	167	24,4	15	2,2
Бухар-Жырауский	1160	753	18,7	535	13,3	217	5,4	191	25,4	179	23,8	12	1,6
Жана-Аркинский	2500	619	15,8	391	10	228	5,8	135	21,8	82	13,3	53	8,5
Каркаралинский	2174	587	16,9	236	6,8	351	10,1	70	11,9	40	6,8	30	5,1
Нуринский	2350	938	25,4	758	20,5	180	4,9	51	5,4	35	3,7	16	1,7
Осакаровский	665	195	17,6	106	9,6	89	8	44	22,5	15	7,7	29	14,8
Улытауский	3485	444	12,7	201	5,8	243	7	49	11	-	-	49	11
Шетский	2951	1030	17,7	318	5,5	712	12,2	268	26	232	22,5	36	3,5
По области	1796	5249	16,0	2870	8,9	2378	7,01	990	16,7	750	11,3	240	5,4

По данным таблицы 33, в Каркаралинском районе впервые выявлено 16,9% больных, в Шетском районе выявлено 17,7% больных, из них 5,5% впервые выявленные больных. В Жана-Аркинском районе – 15,8%, из них 10%. В Актогайском районе – 19,8 %, состоящих на Д учете – 10,4%. В Бухар-Жырауском районе - 18,6 %, из них 13,3 % впервые выявленных больных, 5,4% состоящих на диспансерном учете. В Нуринском районе – 25,4 % больных, из них 20,5% впервые выявленные больные, 4,9 % состоящие на учете. В Осакаровском районе – 17,6 %, из них 9,6 % впервые выявленных больных, 8,0% состоящих на Д учете.

Количество людей, взятых на диспансерный учет по результатам ПМК за 2011 год представлено в таблице 34.

Таблица 34 – Количество людей, взятых на диспансерный учет по результатам ПМК за 2011 год

Название региона	Всего подлежало осмотру скрининг	Подлежит взятию на диспансерный учет	
		абс.	%
Актогайский	2682	87	12,7
Бухар-Жырауский	1160	120	15,9
Жана-Аркинский	2500	195	31,5
Каркаралинский	2174	46	7,8
Нуринский	2350	149	15,8
Осакаровский	665	84	43,0
Улытауский	3485	70	15,7
Шетский район	2951	164	15,9
По области	17967	915	19,7

Как из видно из таблицы 34, по результатам ПМК в п. Актау на учет поставлены 24,9%, в Жана-Аркинском районе 31,5% человек, в Осакаровском районе – 43,0%.

Результаты скринингового осмотра на выявление социально-значимых заболеваний (АГ, ИБС, СД) представлен в рисунке 16.

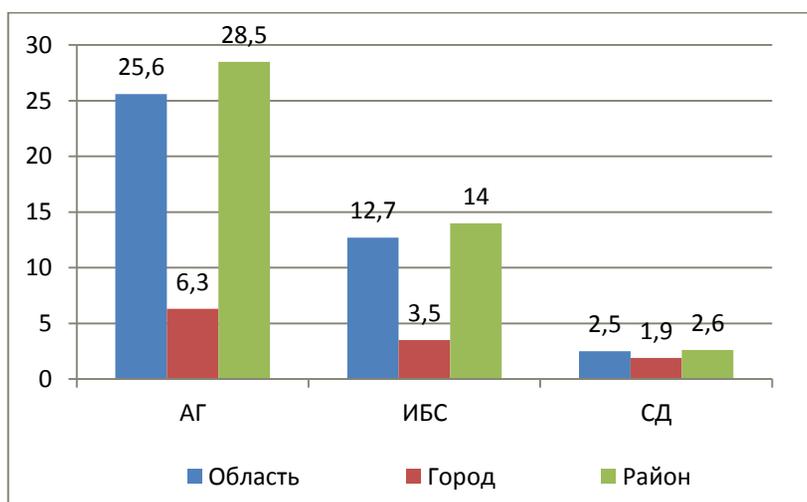


Рисунок 16 – Количество выявленных больных с АГ, ИБС, СД по Карагандинской области за 2011 год

Как видно из рисунка 16, наибольший процент выявленных приходится на АГ, как в городах, так и районах. Впервые выявлено больных с АГ по районам 28,5%, ИБС – 14,0%.

Результаты ПМК по выявлению больных в разрезе районов представлены в таблице 35.

Таблица 35– Количество выявленных больных АГ, ОИМ, ИБС, СД в разрезе регионов Карагандинской области по результатам ПМК за 2011 год

Регионы	Впервые выявлено							
	АГ		ОИМ		ИБС		СД	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Актогайский	106	32,6	1	0,2	99	30,6	1	0,3
Бухар-Жырауский	135	25,1	-	-	84	15,7	10	1,8
Жана-Аркинский	107	27,4	-	-	56	14,3	4	1
Каркаралинский	190	80,5	-	-	10	4,2	3	1,3
Нуринский	165	21,8	2	0,3	89	11,7	12	1,6
Осакаровский	15	14,2	-	-	10	9,4	-	-
Улытауский	81	40,3	-	-	17	8,5	4	2
Шетский	20	6,3	-	-	38	11,9	41	12,9
По области	81,9	31,0	3	0,6	403	13,2	75	2,6

Из таблицы 35 видно, что отмечается высокая выявляемость больных с АГ, Каркаралинский район – 80,5%, ИБС в Актогайском районе 30,6%.

Результаты профилактического медицинского осмотра передвижным медицинским комплексом за 2012 год представлены следующим образом.

В 2012 году скрининговым обследованием ПМК подлежали как взрослое, так и детское население, проживающее в отдаленных населенных пунктах. В отличие от 2011 г, когда ПМК только начали поэтапно внедрять в систему здравоохранения, в 2012 г для осмотра населения были задействованы все 4 ПМК имеющиеся в Карагандинской области. Осмотр населения был начат в апреле и продолжался до середины декабря 2012 г. кроме планового скринингового осмотра бригадами ПМК была оказана консультативно-диагностическая помощь населению.

В 2012 г., согласно плану, медицинским осмотрам на ПМК подлежит 85 540 жителей 200 отдаленных населенных пунктов 9 районов Карагандинской области, г. Балхаш, г. Каражал, п. Жайрем, п. Актау, г. Приозерск. Задействованы 4 ПМК. Фактически за 2012 г. осмотрено 92 093 человека (107,6 % от плана) из 200 населенных пунктов 9 районов области, г. Каражал, п. Жайрем, г. Балхаш, г. Приозерск, п. Актау.

С учетом географического расположения районов, «разбросанности» населенных пунктов в Нуринском, Актогайском, Осакаровском районах, а также большого количества целевой группы - в Бухар-Жырауском районе, медосмотр проводился в два-три этапа.

Скрининговым медосмотром охвачено 32 540 человек взрослого населения и 22030 детей. Проведено диагностических исследований 20 8550 (в.т. ч по районам 190723). Оказано медицинских услуг 198795 (в.т. ч по районам 180290)

Количество проведенных исследований на 1 человека по скрининговым осмотрам составляет - 2,3; осмотров узкими специалистами - 2,1.В

результате проведенных скрининговых осмотров выявлено больных 31 773 (34,5%), оздоровлены 4865 – 15,3% выявленных больных. Подлежит взятию на «Д» учет – 6471 человек (20,4%). Стационарное лечение рекомендовано 918 человек (2,9%).

Число впервые выявленных больных в разрезе районов Карагандинской области представлено на рисунке 17.

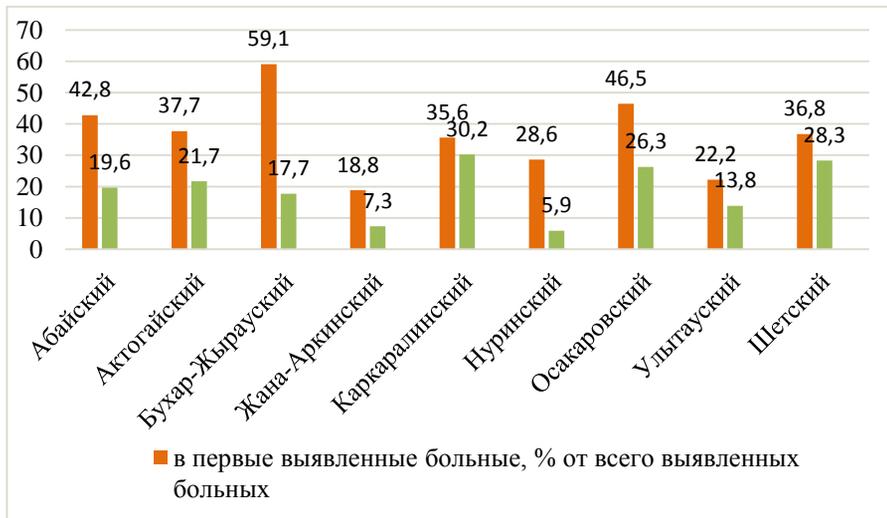


Рисунок 17 – Число впервые выявленных больных в разрезе районов Карагандинской области

Результаты профилактического осмотра ПМК в разрезе районов Карагандинской области выявленных больных за 2012 год представлены в таблице 36.

Таблица 36 – Результаты профилактического осмотра ПМК в разрезе районов Карагандинской области выявленных больных за 2012 год

Название региона	Подлежало профилактическому осмотру (взрослые и дети)	Выявлено больных					
		всего (взрослые и дети)		в том числе			
				с впервые установленным диагнозом		"Д" больных, уже состоящих на "Д" учете	
абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Абайский	6881	3064	44,5	1066	34,8	1472	48,0
Актогайский	10237	3778	36,9	1231	32,6	1799	47,6
Бухар-Жырауский	10951	7287	66,5	3420	46,9	2362	32,4
Жана-Аркинский	14196	2524	17,8	498	19,7	1413	56,0
Каркаралинский	8812	4021	45,6	1541	38,3	1768	44,0
Нуринский	4101	2113	51,5	846	40,0	658	31,1
Осакаровский	5801	2741	47,3	951	34,7	958	35,0
Улытауский	5753	1211	21,0	197	16,3	844	69,7
Шетский	7134	2857	40,0	1819	63,7	890	31,2
По области	73866	2959	41,2	11569	36,3	12164	43,8

Как видно из таблицы 36, по области обследованию подлежало 85540 человек, выявлено больных 37,1%, впервые 37,8%, диспансерных больных, уже состоящих на "Д" учете 41,4%.

Осмотренного населения ПМК по Карагандинской области больше, чем планировалось (таблица 37).

Таблица 37 – Количество осмотренного населения по результатам ПМК Карагандинской области за 2012 год

Название регионов	Подлежало	Осмотрено	В т.ч. узкими специалистами %	Проведение лабораторно-инструментальных обследований (на 1 человека)
Города	11674	11372	1,6	1,6
Районы	73866	80721	2,2	2,4
Карагандинская область	85540	95093	2,2	2,3

Население Карагандинской области было осмотрено профильными специалистами. По районам и области было осмотрено 2,2% населения, по городам 1,6% . Как видно, из таблицы 8 из расчета на 1 человека по результатам ПМК по районам и области проведено лабораторно-инструментальных исследований 2,4% и 2,3% соответственно. По городам области – 1,6%.

Результаты проведения медицинского осмотра ПМК по Карагандинской области за 2012 год представлены в таблице 38.

Таблица 38 – Результаты проведения медицинского осмотра ПМК по Карагандинской области за 2012 год.

Название региона	Подлежало профилактическому осмотру (взрослые и дети)	Выявлено больных		Подлежит взятию на "Д" учет	
		всего (взрослые и дети)			
		абс.	%	абс.	%
Абайский	6881	3064	42,8	600	19,6
Актогайский	10237	3778	37,7	820	21,7
Бухар-Жырауский	10951	7287	59,1	1289	17,7
Жана-Аркинский	14196	2524	18,8	183	7,3
Каркаралинский	8812	4021	35,6	1214	30,2
Нуринский	4101	2113	28,6	125	5,9
Осакаровский	5801	2741	46,5	720	26,3
Улытауский	5753	1211	22,2	167	13,8
Шетский	7134	2857	36,8	808	28,3
По области	73866	29596	36,4	5926	18,9

По результатам медицинского осмотра, представленных в таблице 38, ПМК подлежит взятию на диспансерное наблюдение 20,4% населения из 37,1 % выявленных больных.

Результаты профилактического осмотра ПМК в разрезе районов Карагандинской области по впервые выявленным больным с АГ, ИБС, СД за 2012 год представлены в таблице 39.

Таблица 39 – Результаты профилактического осмотра ПМК в разрезе районов Карагандинской области по впервые выявленным больным с АГ, ИБС, СД за 2012 год

Название региона	Всего	АГ		ИБС		СД	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Абайский	1066		22,0	144	13,5	45	4,2
Актогайский	1231	145	11,8	39	3,2	38	3,1
Бухар-Жырауский	3420	165	4,8	199	5,8	24	0,7
Жана-Аркинский	498	187	37,6	34	6,8	16	3,2
Каркаралинский	1541	222	14,4	70	4,5	18	1,2
Нуринский	846	207	24,5	45	5,3	10	1,2
Осакаровский	951	214	22,5	101	10,6	19	2,0
Улытауский	197	49	24,9	21	10,7	18	9,1
Шетский	1819	192	10,6	39	2,1	53	2,9
По области	11569	1616	19,2	692	6,9	241	3,06

Наибольшее число впервые выявленных больных с АГ отмечается в п. Актау 58,4%, Жана-Аркинском районе 37,4%, п. Жайрем 29,3%. Больных с ИБС больше выявлено в Абайском районе 13,5%. Больных с СД 17,4% в Балхаше.

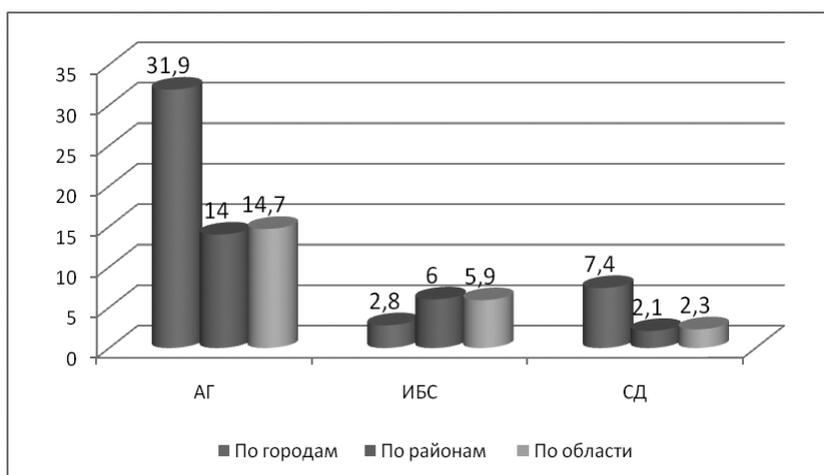


Рисунок 18 – Количество впервые выявленных больных с АГ, ИБС, СД по результатам профилактических осмотров ПМК по Карагандинской области за 2012 год

Как видно из рисунка 18 впервые выявлено больных по городам с АГ 31,9%. По районам большое количество больных с ИБС 6,0%. Больных с СД 7,4% выявлено в городах Карагандинской области.

Выявленных больных на ПМК 36,7%, впервые выявленных 39,1% отмечается больше в районах Карагандинской области. Из числа больных, состоящих на диспансерном учете, выявлено 46,1% в городских учреждениях (рисунок 19).

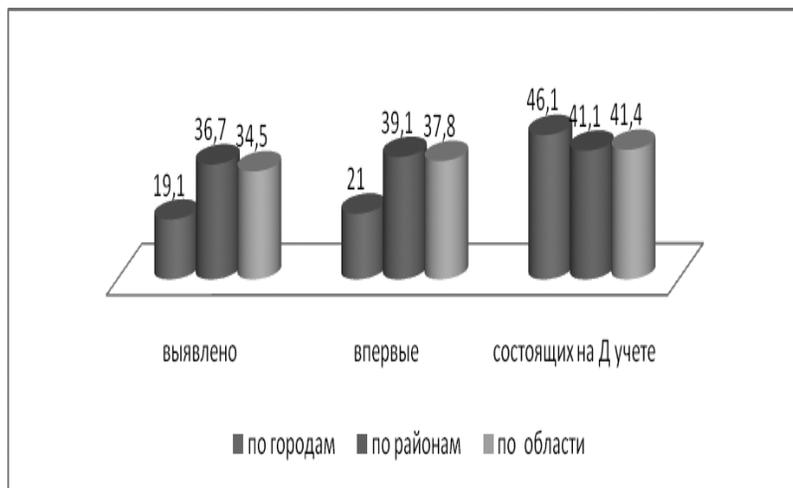


Рисунок 19 – Количество больных, выявленных на ПМК по Карагандинской области за 2012 год

Таким образом, в 2011 г. в 112 населенных пунктах (27,3%) осмотрено по Карагандинской области 33213 человек (181,8%). По районам охвачено 28980 населения, по городам 4233.

В 2012 г. передвижными медицинскими комплексами в области осмотрено населения больше, чем планировалось. По области обследованию подлежало 85540 человек, среди них впервые составили 37,8%, диспансерных больных, уже состоящих на "Д" учете 41,4%. По результатам ПМК в 2012 Г. выявлено больных с АГ – 31,9%, ИБС – 6,0%, СД – 7,4%. В сельских районах выявлено больных с АГ в п. Актау – 58,4%, с СД – 17,4% в г. Балхаш.

Результаты профилактического медицинского осмотра передвижным медицинским комплексом за 2013 год представлены следующим образом.

В 2013 году, согласно утвержденного плана медицинским осмотрам на передвижных медицинских комплексах подлежало 69 263 жителей 138 отдаленных населенных пунктов 9 районов Карагандинской области. Учитывая погодные климатические условия и преобладания длительного периода низкой температуры работа ПМК области начата со 2-го квартала (апрель, май, июнь) 2013 года. С учетом географического расположения районов, «разбросанности» населенных пунктов в Актогайском, Бухар-Жырауском районах, а также большого количества целевой группы медосмотр проводился в два этапа.

За 12 месяцев 2013 года из 138-и запланированных населенных пунктов осмотрено 138 (100%) Из них 133 населенных пункта районов области (Абайский, Актогайский, Бухар-Жырауский, Жана-Аркинский, Каркаралинский, Нуринский, Осакаровский, Улытауский, Шетский районы).

Таблица 40 - Результаты профилактического медицинского осмотра передвижным медицинским комплексом за 2013 год

№	Название населенного пункта	По плану	Всего осмотрено
1	Абайский район	3789	4042
2	Актогайский район	7616	7138
3	Бухар-Жырауский район	8162	8303
4	Жана-Аркинский район	7059	7348
5	Каркаралинский район	6550	7734
6	Нуринский район	4524	4907
7	Осакаровский район	4228	4615
8	Улытауский район	7909	7690
9	Шетский район	5053	6518
	По области	54890	58295

Согласно утвержденного плана медицинским осмотрам на ПМК в 2013 году подлежит 69 263 жителя (осмотрено 71 785 чел., что составляет (103,6 %) от годового плана. Из них скрининговому осмотру взрослого населения подлежит 21 448 чел., (осмотрено - 22 175 чел., что составляет (103,4%)) от годового плана, из них женщин фертильного возраста осмотрено 8055 чел., что составляет (11,2%) от количество осмотренных.

Скрининговому осмотру детей от 0 до 17 лет подлежало 24 323 чел. (осмотрено 23 952 чел., что составляет (33,4%)) от количество осмотренных, из них до 1 года 1890 детей (2,6 %) от количество осмотренных. Процент выполнения годового плана 103,6.

За отчетный период 2013 года количество проведенных исследований 179 082 из них диагностических исследований 87 681 (в.т. ч по скринингу 43 642) и лабораторных исследований 91 401 (в.т. ч по скринингу 34 520) Количество проведенных исследований на 1 человека 2,5 % от осмотренных. Так из 179 082 проведенных исследований: флюорография 2589 (1,7%), ФГДС 2352 (1,3%), рентгенография 9550 (5,3%), УЗИ 18 183 (10,2%), кольпоскопия 1736 (1,0%), ректороманоскопия 495 (0,3%), ЭКГ 29 795 (16,6%), бесконтактная тонометрия 22 981 (12,8%), гематологические исследования крови на анализаторе 23 271 (13,0%), исследования мочи на анализаторе 9154 (5,1%), биохимические исследования крови на анализаторе 57 572 (32,1%), цитологические исследования 1017 (0,6%), исследования кала на скрытую кровь 387 (0,2%). Оказано консультаций профильных квалифицированных специалистов 163 890 (в.т. ч по районам 138 556). Количество проведенных осмотров узкими специалистами на 1 человека 2,3% от осмотренных. Из них наибольший охват населения приходится на терапевта 32 749 (20%), педиатра при осмотре детей от 0 до 17 лет 23 952 (15%), кардиолога 14 416 (9,0%), эндокринолога 2 258 (1,0%), фтизиатра 5299 (3,0%).

Оказаны консультации специалистами узкого профиля, таких как хирург, отоларинголог, офтальмолог, 57 255 (проведено амбулаторно 421 операций (0,7 %), невропатолог 3996 (2,0%), гинеколог 1 3183 (в.т.ч. экстренные операции 352 (2,5%), стоматолог 10220 (проведено санация/дети 1380 (14,0%).

В результате проведенных скрининговых осмотров выявлено всего больных 14 793 (20,6%), с впервые установленным диагнозом 7413чел. (50,1%). Из выявленных оздоровлены 2558чел. (17,3%),при этом амбулаторно 2223 чел. (86,9%), в дневном стационаре 26 чел (1,0%). Рекомендовано дальнейшее стационарное лечение 336 чел.(2,3%). Подлежит взятию на «Д» - учет 2369 чел. (16,0%). Количество проведенных мероприятий (лекции, беседы и.т.п.) по пропаганде и формированию здорового образа жизни - 5118.

Анализ деятельности ПМК в разрезе районов выявил следующее:

Абайский район. По ПМК количество населения охваченного медицинским осмотром составило всего 4042 чел. (106,7% от годового плана), при этом осмотрено 239 женщин фертильного возраста (5,9%) от количество осмотренных детей и взрослых, в т.ч. скринингом - 2189 чел. взрослого населения, 900 чел. дети от 0-17 лет (22,3%), из них 98 дети до 1 года (2,4%) от количество осмотренных детей и взрослых, КДУ 953 чел.

Проведено 7 634 диагностических исследований в.т.ч. 4 288 по скринингу, 8 188 лабораторных исследований в.т.ч. 4 234 по скринингу и 10 850 консультаций профильных специалистов, в.т.ч. 7 822 по скринингу. Количество проведенных исследований 15 882 (3,9% на 1 человека от количество осмотренных). Так, из 15 882 проведенных исследований: рентгенография 1412 (8,9%), УЗИ 1595 (10,1%), кольпоскопия 280 (1,8%), бесконтактная тонометрия 1905(12,0%),ЭКГ 2442 (25,4%), гематологические исследования крови на анализаторе - 2728 (17,2%),исследования мочи на анализаторе 353(2,2%), биохимические исследования крови на анализаторе 5107 (32,3%).

Количество осмотров узкими специалистами 10850 (2,7% на 1 человека от количество осмотренных). Из них наибольший охват населения приходился на кардиолога 2260(20,8%), эндокринолога 2258 (20,8%), терапевта 819 (7,55%), педиатра 900 (8,3%), отоларинголога 914, офтальмолога 2097, гинеколога 675 (в.т.ч. проведено экстренных 17 операций (2,5%), стоматолога 927 (проведено санация/дети 32 (3,5%). При этом выявлено 1626 больных (40,2%) от числа осмотренных, в.т.ч. с впервые установленным диагнозом 1146 чел. (взрослые и дети) (70,5%) от числа выявленных. Из выявленных оздоровлены 1293 чел. (79,5%) от выявленных, при этом амбулаторно 1278 чел. (98,8%) от оздоровленных. Рекомендовано стационарное лечение 15 чел.(0,9%) от выявленных. Состоит на «Д» учете всего 480 чел, (взрослые и дети). Подлежит взятию на «Д»- учет 344 чел. (21,2%) от выявленных.

Актогайский район. Количество населения охваченного медицинским осмотром всего 7138 чел. (93,7% от годового плана), при этом осмотрено 465 женщин фертильного возраста (6,5%) от количество

осмотренных детей и взрослых, в т.ч. скринингом - 1403 чел. взрослого населения, 2234 чел. дети от 0-17 лет(31,3%) , из них 115 дети до 1 года (1,6%) от количество осмотренных детей и взрослых, КДУ 3501 чел.

Проведено 9575 диагностических исследований в.т.ч. 2927 по скринингу, 9808 лабораторных исследований в.т.ч. 2806 по скринингу и 18173 консультаций профильных специалистов, в.т.ч. 6126 по скринингу. Количество проведенных исследований 19383 (2,7% на 1 человека от количество осмотренных). Так из 19383 проведенных исследований: флюорография 864 (4,5%), УЗИ 1355 (7,0%), бесконтактная тонометрия 2452(12,7%),ЭКГ 4904 (25,3%), биохимические исследования крови на анализаторе 9808 (50,6%).

Количество осмотров узкими специалистами 18173 (2,5% на 1 человека от количество осмотренных). Из них наибольший охват населения приходится терапевта 4904 (26,99%), педиатра 2234 (12,3%), хирурга 3470 (проведено амбулаторно 22 операций (0,63%), отоларинголога 1866 (проведено операций 3 (0,16%),офтальмолога 3541 (проведено операций 32 (0,9%), гинеколога 1596 (в.т.ч проведено экстренных 75 операций (4,7%). При этом выявлено 598 больных (8,42%) от числа осмотренных, в.т.ч. с впервые установленным диагнозом 351 чел. (взрослые и дети) (58,7%) от числа выявленных. Из выявленных оздоровлены 142 чел. (23,7%) от выявленных, при этом амбулаторно 110 чел. (77,5%) от оздоровленных, в дневном стационаре 10 (7,0%). Рекомендовано стационарное лечение 22 чел.(3,7%) от выявленных. Состоит на «Д» учете всего 247 чел (41,3%) взрослые и дети. Подлежит взятию на «Д»- учет 43 чел. (7,2%) от выявленных.

Бухар-Жырауский район. По ПМК количество населения охваченного медицинским осмотром составило всего 8303 чел., при этом осмотрено 1438 женщин фертильного возраста (17,3%) от количество осмотренных детей и взрослых, в т.ч. скринингом – 2760 чел. взрослого населения, 3960 чел. дети от 0-17 лет (47,7%), из них 290 дети до 1 года (3,5%) от количество осмотренных детей и взрослых, КДУ 1583 чел. Процент выполнения годового плана 101,7.

Проведено 9298 диагностических исследований в.т.ч. 5905 по скринингу, 14286 лабораторных исследований в.т.ч. 4240 по скринингу и 18784 консультаций профильных специалистов, в.т.ч. 9443 по скринингу. Количество проведенных исследований 23 584 (2,8% на 1 человека от количество осмотренных). Так, из 23 584 проведенных исследований: рентгенография 1285 (5,4%), УЗИ 1767 (7,5%), бесконтактная тонометрия 2642 (11,2%), ЭКГ 3604 (15,3%), гематологические исследования крови на анализаторе 3705 (15,7%), исследования мочи на анализаторе 3647 (15,5%),биохимические исследования крови на анализаторе 6934 (29,4%).

Количество осмотров узкими специалистами 18784 (2,3% на 1 человека от количество осмотренных). Из них наибольший охват населения приходится на терапевта 3847 (20,48%), педиатра 3960 (21,1%), отоларинголога 1041 (проведено амбулаторно операций 32 (3,07%)), офтальмолога 2533(проведено амбулаторно операций 1 (0,039%)), гинеко-

лога 1160 (проведено экстренных 1 операция (0,1%), стоматолога 4126 (проведено санация/дети 647 (15,7%). При этом выявлено 30Ю больных (36,3%) от числа осмотренных, в.т.ч. с впервые установленным диагнозом 1175 чел. (взрослые и дети) (39,0%) от числа выявленных. Из выявленных оздоровлены 64 чел. (2,1%) от выявленных, при этом амбулаторно 30 чел. (46,9%) от оздоровленных. Рекомендовано стационарное лечение 34 чел.(1,1%) от выявленных. Состоит на «Д» учете всего 1835чел(61,0%) взрослые и дети. Подлежит взятию на «Д»- учет 487 чел. (16,2%) от выявленных.

Жана-Аркинский район. Количество населения охваченного медицинским осмотром на ПМК всего 7348 чел., при этом осмотрено 897 женщин фертильного возраста (12,2%) от количество осмотренных детей и взрослых, в т.ч. скринингом - 1981 чел. взрослого населения, 1031 чел. дети от 0-17 лет (14,0%), из них 117 дети до 1 года (1,6%) от количество осмотренных детей и взрослых, КДУ 4336 чел. Процент выполнения годового плана 104,1.

Проведено 8662 диагностических исследований в.т.ч. 4880 по скринингу, 8087 лабораторных исследований в.т.ч. 3773 по скринингу и 11663 консультаций профильных специалистов, в.т.ч. 6995 по скринингу.

Количество проведенных исследований 16749 (2,3% на 1 человека от количество осмотренных). Так, из 16749 проведенных исследований: рентгенография 2369 (14,1%), УЗИ 1433 (8,6%), кольпоскопия 631(3,7%) бесконтактная тонометрия 1852 (11,1%), ЭКГ 2395 (14,3%), гематологические исследования крови на анализаторе 2504 (15,0%), исследования мочи на анализаторе 981(5,9%), биохимические исследования крови на анализаторе 4602 (27,5%).

Количество осмотров узкими специалистами 11825 (1,6% на 1 человека от количество осмотренных). Из них наибольший охват населения приходится на терапевта 2525 (21,4%), кардиолога 2377 (20,1%), педиатра 1031(8,7%). Оказаны консультации специалистами узкого профиля, таких как хирург, отоларинголог, офтальмолог 2256, гинеколог 1893 (в.т.ч. проведено экстренных 52 операций (2,7%), стоматолога 1743 (проведено санация/дети 45 (2,6%). При этом выявлено 829 больных (11,30%) от числа осмотренных, в т.ч. с впервые установленным диагнозом 459 чел. (взрослые и дети) (55,4%) от числа выявленных.

Из выявленных оздоровлены 150 чел. (18,1%) от выявленных, при этом амбулаторно 145 чел. (96,7%) от оздоровленных. Рекомендовано стационарное лечение 5 чел.(0,6%) от выявленных. Состоит на «Д» учете всего 370 чел (44,6%), взрослые и дети. Подлежит взятию на «Д»- учет 148 чел. (17,9%) от выявленных.

Каркаралинский район. Осмотрено на ПМК 15 населенных пунктов (100%). Количество населения охваченного медицинским осмотром составило всего 7737 чел., при этом осмотрено 1325 женщин фертильного возраста (17,1%) от количество осмотренных детей и взрослых, в т.ч. скринингом – 3363 чел. взрослого населения, 2354 чел.

дети от 0-17 лет (30,4%) , из них 183 дети до 1 года (2,4%) от количество осмотренных детей и взрослых, КДУ 2017 чел. Процент выполнения годового плана 118,0.

Проведено 13207 диагностических исследований в.т.ч. 9501 по скринингу, 13165 лабораторных исследований в.т.ч. 70354 по скринингу и 22530 консультаций профильных специалистов, в.т.ч. 13993 по скринингу. Количество проведенных исследований 26 372 (3,4% на 1 человека от количество осмотренных). Так, из 26 372 проведенных исследований: рентгенография 2098 (8,0%), УЗИ 2424 (9,2%), кольпоскопия -765 (2,9%), ректороманоскопия -495 (1,9%), бесконтактная тонометрия - 3366 (12,8%), ЭКГ 4059 (15,4%), гематологические исследования крови на анализаторе 4183 (15,9%), исследования мочи на анализаторе 614 (2,3%), биохимические исследования крови на анализаторе 7688 (29,2%), цитологические исследования 680 (2,6%).

Количество осмотров узкими специалистами 22530 (2,9% на 1 человека от количество осмотренных). Из них наибольший охват населения приходится на терапевта 4384 (19,46%), кардиолога 3958 (17,6%), педиатра 2354 (10,4%), хирурга 2263 (проведено амбулаторно операций 142 (6,27%), отоларинголога 1903, офтальмолога 371 7 (проведено амбулаторно операций 12 (0,32%), гинеколога 2161 (проведено экстренных 116 операций (5,4%), стоматолога 1790 (проведено санация дети 75 (4,2%).

При этом выявлено 2184 больных (28,2%) от числа осмотренных, в.т.ч. с впервые установленным диагнозом 1322 чел. (взрослые и дети) (60,5%) от числа выявленных. Из выявленных оздоровлены 228 чел. (10,4%) от выявленных, при этом амбулаторно 215 чел. (94,3%) от оздоровленных. Рекомендовано стационарное лечение 13 чел.(0,6%) от выявленных. Состоит на «Д» учете всего 862 чел (39,5%), взрослые и дети Подлежит взятию на «Д»- учет 381 чел. (17,4%) от выявленных.

Нуринский район. Осмотрено на ПМК 11- населенных пунктов (100%). Количество населения охваченного медицинским осмотром всего 4907 чел., при этом осмотрено 1201 женщин фертильного возраста (24,5%) от количество осмотренных детей и взрослых, в т.ч. скринингом - 1166 чел. взрослого населения, 1776 чел. дети от 0-17 лет (36,2%), из них 116 дети до 1 года (2,4%) от количество осмотренных детей и взрослых, КДУ 1731 чел.

Проведено 4782 диагностических исследований в.т.ч. 2238 по скринингу, 5919 лабораторных исследований в.т.ч. 1190 по скринингу и 21395 консультаций профильных специалистов, в.т.ч. 6687 по скринингу. Количество проведенных исследований 10701 (2,2% на 1 человека от количество осмотренных). Так, из 10701 проведенных исследований: флюорография 785 (7,3%), рентгенография 81(0,8%), УЗИ 1084 (10,1%), бесконтактная тонометрия 1605 (15,0%),ЭКГ 1227 (11,5%), гематологические исследования крови на анализаторе 2144 (20,0%), исследования мочи на анализаторе 961(9,0%), биохимические исследования крови на анализаторе 2616 (24,4%), исследования кала на скрытую

кровь 198 (1,9%). Количество осмотров узкими специалистами 21395 (4,4% на 1 человека от количество осмотренных). Из них наибольший охват населения приходится на терапевта 3404 (15,9%), педиатра 1776 (8,3%), кардиолога 1278 (6,0%). Оказаны консультации специалистами узкого профиля, таких как хирург, отоларинголог, офтальмолог 7443 (в.т.ч. проведено амбулаторных 70 операций (0,9%) , гинеколог 1449. (в.т.ч. проведено экстренных 42 операций (2,9%), стоматолога 910 (проведено санация дети 417 (45,8%).

При этом выявлено 1176 больных (24,0%) от числа осмотренных, в.т.ч. с впервые установленным диагнозом 858чел. (взрослые и дети) (73,0%) от числа выявленных.

Из выявленных оздоровлены 48 чел. (4,1%) от выявленных, при этом амбулаторно 32 чел. (66,7%). Рекомендовано стационарное лечение 16 чел.(1,4%) от выявленных. Состоит на «Д» учете всего 318 чел (взрослые и дети) Подлежит взятию на «Д»- учет 272 чел. (23,1%) от выявленных.

Осакаровский район. Количество населения охваченного медицинским осмотром всего 4615 чел., при этом осмотрено 603 женщин фертильного возраста (13,1%) от количество осмотренных детей и взрослых, в т.ч. скринингом - 1166 чел. взрослого населения, 1725 чел. дети от 0-17 лет(37,4%), из них 94 дети до 1 года (2,0%) от количество осмотренных детей и взрослых, КДУ 1724 чел.

Проведено 4890 диагностических исследований в.т.ч. 2339 по скринингу, 5933 лабораторных исследований в.т.ч. 1245 по скринингу и 13828 консультаций профильных специалистов, в.т.ч. 5263 по скринингу. Количество проведенных исследований 10 823 (2,3% на 1 человека от количество осмотренных).

Так, из 10 823 проведенных исследований: флюорография 940 (8,7%), рентгенография 59(0,5%), УЗИ 1065 (9,8%), бесконтактная тонометрия - 1480 (13,7%), ЭКГ 1346(12,4%), гематологические исследования крови на анализаторе 2040 (18,8%), исследования мочи на анализаторе 738 (6,8%), биохимические исследования крови на анализаторе 2966 (27,4%), исследования кала на скрытую кровь 189 (1,7%).

Количество осмотров узкими специалистами 13828 (3,0% на 1 человека от количество осмотренных). Из них наибольший охват населения приходится на терапевта 1672 (12,09%), кардиолога 1429 (10,3%) ,педиатра 1725 (12,5%), фтизиатра 1239 (9,0%), невропатолога 1122 (8,1%) отоларинголога 1639, офтальмолога 1566, гинеколога 760 (в.т.ч. проведено экстренных 14 операций (1,8%), хирурга 1997 (проведено амбулаторно операций 3 (0,2%)), стоматолога 679 (проведено санация дети 164 (24,2%). При этом выявлено 1489 больных (32,3%) от числа осмотренных, в.т.ч. с впервые установленным диагнозом 683 чел. (взрослые и дети) (45,9%) от числа выявленных.

Из выявленных оздоровлены 49 чел. (3,3%) от выявленных, при этом амбулаторно 13 чел. (26,5%) от оздоровленных. Рекомендовано

стационарное лечение 36 чел. (2,4%) от выявленных. Состоит на «Д» учете всего 806чел(54,1%) взрослые и дети. Подлежит взятию на «Д»-учет 196 чел. (13,2%) от выявленных.

Улытауский район. Количество населения охваченного медицинским осмотром всего 7690 чел., при этом осмотрено 638 женщин фертильного возраста (8,4%) от количество осмотренных детей и взрослых, в т.ч. скринингом - 2692 чел. взрослого населения, 3470 чел. дети от 0-17 лет (45,6%), из них 187 дети до 1 года (2,5%) от количество осмотренных детей и взрослых, КДУ 1448 чел.

Проведено 7538 диагностических исследований в.т.ч. 1226 по скринингу, 2728 лабораторных исследований в.т.ч. 560 по скринингу и 9568 консультаций профильных специалистов, в.т.ч. 2502 по скринингу. Количество проведенных исследований 10266 (1,3% на 1 человека от количество осмотренных). Так из 10266 проведенных исследований: УЗИ 2553 (24,9%), бесконтактная тонометрия 1441 (14,0%), ЭКГ 1839(17,9%), гематологические исследования крови на анализаторе 621 (6,0%), исследования мочи на анализаторе 42 (4,2%), биохимические исследования крови на анализаторе 1678 (16,3%). Количество осмотров узкими специалистами 9568 (1,3% на 1 человека от количество осмотренных). Из них наибольший охват населения приходится на терапевта 2468 (29,2%), педиатра 3470 (36,3%). Оказаны консультации специалистами узкого профиля, таких как хирург, отоларинголог, офтальмолог 3238, гинеколог 392. При этом выявлено 914 больных (12,0%) от числа осмотренных, в.т.ч. с впервые установленным диагнозом 96 чел. (взрослые и дети) (10,5%) от числа выявленных. Из выявленных оздоровлены 239 чел. (26,1%) от выявленных, при этом амбулаторно 97 чел. (40,6%). Рекомендовано стационарное лечение 142 чел. (15,5%) от выявленных. Состоит на «Д» учете всего 818 чел, (взрослые и дети) Подлежит взятию на «Д»- учет 97 чел. (10,6%) от выявленных.

Шетский район. Количество населения охваченного медицинским осмотром всего 6518 чел., при этом осмотрено 232 женщин фертильного возраста (3,6%) от количество осмотренных детей и взрослых, в т.ч. скринингом - 2339 чел. взрослого населения, 859 чел. дети от 0-17 лет (13,2%), из них 194 дети до 1 года (3,0%) от количество осмотренных детей и взрослых, КДУ 3320 чел. Процент выполнения годового плана 128,99%. Проведено 7923 диагностических исследований в.т.ч. 5603 по скринингу, 8824 лабораторных исследований в.т.ч. 4425 по скринингу и 11631 консультаций профильных специалистов, в.т.ч. 8316 по скринингу. Количество проведенных исследований 16 747 (2,6% на 1 человека от количество осмотренных). Так, из 16 747 проведенных исследований: рентгенография 1349(8,1%), УЗИ 1622 (9,7%), кольпоскопия 78 (0,5%), бесконтактная тонометрия- 2023 (12,1%), ЭКГ 2851 (17,0%), гематологические исследования крови на анализаторе 2821 (16,8%), исследования мочи на анализаторе 113 (0,7%), биохимические исследования крови на анализаторе 5553 (33,2%), цитологические исследования 337 (2,0%).

Количество осмотров узкими специалистами 11 631 (1,8% на 1 человека от количество осмотренных). Из них наибольший охват населения приходится на терапевта 2708 (23,3%), на кардиолога 2522 (21,7%), педиатра при осмотре 859 детей (7,4%), офтальмолога 2508,(21,5%), гинеколога 1370, хирурга 1636 (проведено амбулаторно 11 операций (0,7%). При этом выявлено 613 больных (9,4%) от числа осмотренных, в.т.ч. с впервые установленным диагнозом 342 чел. (55,8%), взрослые и дети (55,8%) от числа выявленных. Из выявленных оздоровлены 227 чел. (37,0%) от выявленных, при этом амбулаторно 224 чел. (98,7%) от оздоровленных. Оздоровлено амбулаторно в дневном стационаре 2 (0,9%). Рекомендовано стационарное лечение 1 чел. (0,2%) от выявленных. Состоит на «Д» учете всего 271 чел, (44,2%), взрослые и дети. Подлежит взятию на «Д»- учет 47 чел. (7,7%) от впервые выявленных.

Результаты профилактического медицинского осмотра передвижным медицинским комплексом за 2014 год (Бухар-Жырауский район). В 2014 году проводится профилактический медицинский осмотр передвижным медицинским комплексом в несколько этапов. На 1-ом этапе ПМК были охвачены 5 населенных пунктов Бухар-Жырауского района. По результатам ПМК получены следующие результаты:

Таблица 41 – Результаты ПМК по Бухар-Жыраускому району (2014 г.)

Наименование населенных пунктов района	Всего подлежит медосмотру	Из них подлежит			Всего осмотрено (скрининг, КДУ, дети)	в т.ч.			
		Скрининговый осмотр	КДУ	Детей		Скрининговый осмотр	Оказа но КДУ	осмотрено детей / из них до 1 года	Женщин фертильного возраста
Темирязева	753	192	161	400	762	193	162	407/35	85
Дубовка	2064	652	414	998	2075	655	415	1005/64	236
Доскей	1802	475	352	975	1808	477	351	980/85	223
Белагаш	336	104	77	155	343	107	79	157/10	57
Шешенкара	387	81	89	217	394	85	89	220/25	39

Как видно из таблицы 41, медицинскому осмотру подлежало 5342 человек, фактически осмотрено 5382. Больше всего были охвачены осмотром в п. Дубовке – 2075 и в п. Доскее – 1808.

Согласно данным ПМК по скринингу населения Бухар-Жырауского района в 2014 году всего охвачено осмотром 5382 человек (101%) (по плану - 5342), из них население п. Темирязева - 762, п. Дубовка - 2075, п. Доскей - 1808, п. Белагаш - 343, п. Шешенкара - 394. По скринингу БСК и сахарного диабета согласно плана охвачено население п. Темирязева - 155, п. Дубовка - 587, п. Доскей - 414, п. Белагаш - 95, п. Шешенкара - 75. По скринингу колоректального рака - осмотром охвачено больше населения, чем запланировано. Например, п. Темирязева - фактически 102 (по плану - 87), п. Дубовка - 239 (по плану - 232), п. Доскей - 175 (по плану - 165), п. Белагаш - 72 (по плану - 68), п. Шешенкара - 33 (по плану - 30).

Таблица 42 – Результаты ПМК по Бухар-Жыраускому району (скрининг)

Название населенного пункта	БСК		Сахарный диабет		Глаукома		Корректальные раковые опухоли		Всего обследовано и по скринингу		Всего обследовано человек по скринингу (взрослые)		Всего оказано КДЛ (чел)		Скрининг детей от 0 до 18 лет		Всего осмотрено (скрининг, КДЛ, дети)		% выполнения плана
	план	факт	план	факт	план	факт	план	факт	план	факт	план	факт	план	факт	план	факт	план	факт	
Итого:	1299	1326	1299	1326	886	916	582	621	4394	5997	1504	1517	1093	1106	2745	2769	5342	5382	101%
пос. Шешенкара	70	75	70	75	46	46	30	33	236	469	81	85	89	89	217	220	387	394	101%
пос. Белагаш	90	95	90	95	79	79	68	72	358	578	104	107	77	79	155	157	336	343	102%
пос. Доскей	404	414	404	414	243	250	165	175	1312	2167	475	477	352	351	975	980	1802	1808	100%
пос. Дубовка	580	587	580	587	381	404	232	239	1912	2134	652	655	414	415	998	1005	2064	2075	100%
пос. Темирязева	155	155	155	155	137	137	87	102	576	649	192	193	161	172	400	407	753	762	102%

Таблица 43 – Впервые выявленные больные по Бухар-Жыраускому району (скрининг)

Населенные пункты	Больные с впервые установленным диагнозом										
	БСК,ССС	Болезни органов дыхания	Болезни ЖКТ	Болезни костномышечной системы	Болезни мочеполовой системы (терапевт и гинеколог)	Эндокринные болезни	Хирургические заболевания	Заболевания ЦНС	Заболевания органов зрения	прочие расшифровать (лор-врач)	Всего
Тимирязева	24	1	20	0	17	1	16	8	7	7	101
Дубовка	164	1	17	5	89	19	41	16	15	12	379
Доскей	168	3	78	5	67	7	28	12	7	14	389
Шешенкара	38	0	6	2	11	0	4	1	1	5	68
Белагаш	46	0	8	2	11	1	11	0	2	2	83
Всего	440	6	129	14	195	28	100	37	32	40	1020

По данным таблицы 43, в п. Темирязева преобладают больные с впервые установленным диагнозом с БСК - 24 и с болезнями ЖКТ - 20., в п. Дубовка - больные с БСК - 164 и болезни мочеполовой системы - 89, в п. Доскей - с БСК - 168 и с болезнями ЖКТ, в п. Шешенкара - с БСК - 38 и болезни мочеполовой системы - 11, в п. Белагаш - с БСК - 46, болезни мочеполовой системы - 11, хирургические заболевания - 11.

Таким образом, результаты работы ПМК на 1-этапе в Бухар-Жырауском районе позволило больше выявить такие заболевания, как болезни ССС – 440 и болезни мочеполовой системы – 195. Работа ПМК в сельском районе позволяет повысить эффективность профилактической работы

В связи с этим необходимо:

1. Для повышения информатизации деятельности ПМК внедрить электронные формы статкарт (что позволит сократить время на их заполнение и обработку) и централизованную сдачу базы данных осмотренного населения в районную больницу.

2. С целью повышения эффективности деятельности ПМК обеспечить правильное планирование целевой группы для осмотра бригадой ПМК.

3. Обеспечить каждый ПМК радиотелефонами, для связи с центром при необходимости (сложный случай, передача информации, сообщение о неполадках и т.д.)

4. Усовершенствовать скрининговую карту для взрослого населения (форма №025-08у).

4 РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Согласно поставленным задачам нами проведено социологическое исследование по изучению распространенности социально значимых заболеваний терапевтического профиля среди сельского населения. Исследование проводилось в несколько этапов. 1 этап – изучение распространенности основных социально значимых заболеваний терапевтического профиля. 2 этап – изучение распространенности факторов риска социально значимых заболеваний среди сельского населения на популяционном уровне. Изучение проводилось путем применения скрининговых тест систем и с помощью разработанной адаптированной анкеты (ВОЗ, 2011, Steps) по выявлению факторов риска.

4.1 Результаты анкетирования взрослого сельского населения по изучаемым социально значимым заболеваниям терапевтического профиля

Анкета-опросник НИИ ВБ включала в себя с 1 по 9 вопросы по паспортной части (раздел I), с 11 по 14 – по наличию вредных привычек (раздел II). III раздел посвящен выявлению такого фактора, как употребление соленой пищи. IV раздел отражает результаты антропометрических исследований (рост, вес, индекс Кетле, объем талии, бедер, ОБ/ОТ). V раздел отражает наличие отягощенной наследственности по АГ, ИБС, диабет. VI раздел отражает наличие факторов риска по опухолям желудочно-кишечного тракта. VII раздел посвящен артериальной гипертензии, VIII раздел – ИБС, IX раздел – сердечной недостаточности, X раздел – сахарному диабету, XI – аллергическим заболеваниям, в том числе бронхиальной астме, XII – ревматологии и XIII – общим вопросам оказания медицинской помощи.

По первому разделу результатов анкетирования было выявлено, что среди жителей количество мужчин было 507 (42%) человек, а женщин – 700 (58%). Изучение респондентов Бухар-Жырауского района в зависимости от национального признака показало, что основной контингент сельского населения составили коренные жители. В селе в основном проживают жители казахской национальности - 825 (68,4%) человек. Количество жителей русской национальности составили 264 (21,8%) человек, а людей другой национальности - 118 (9,8%).

Изучение паспортной части сельского населения в возрастном аспекте показало что, возрастной состав сельского населения колебался от 15 до 60 лет и старше. Среди изучаемых жителей, в основном, преобладали лица в возрасте 20-29 лет, т.е. активный трудоспособный возраст. Так, количество населения в возрасте от 15 до 18 лет составило 29 (2,4%) человек, от 18 до 19 лет – 48 (3,9%), от 20 до 29 лет – 272 (22,5%), от 30

до 39 лет – 229 (18,9%), от 40 до 49 лет – 260 (21,5%), от 50 до 59 лет – 224 (18,5%), 60 лет и старше - 112 (12,3%).

Распределение сельского населения в зависимости от семейного положения показало, что большинство исследуемого населения имели семьи – 775 (64,2%); никогда не были женаты/замужем – 234 (19,3%), разведены – 80 (6,6%) и вдовцы – 118 (9,7%). Как один из показателей социального статуса, было изучен уровень образованности населения. Так, у нашего исследуемого контингента высшее образование имели – 263 (21,7%), незаконченное высшее – 48 (3,9%), среднее специальное- 375 (31,07%), среднее – 445 (36,8%), начальное – 76 (6,3%). По социальному положению служащих было 330 (27,3%), рабочих – 493 (40,8%), колхозников – 21 (1,7%), предпринимателей - 25 (2,0%), пенсионеров – 338 (28%). При изучении профессии оказалось, что умственным трудом занимаются 238 (19,7%) человек, физическим - 418 (34,6%), 551 (45,7%) – вообще не указали вид труда. Опрос населения показал, что в основном жилищные условия были хорошими. Так, жители отметили, что у них жилищные условия были хорошими у 608 (50,3%) человек, удовлетворительными – 567 (46,9%), а плохими - 32 (2,6%).

По разделу II «Вредные привычки» было выявлено, что среди всех исследуемых на момент исследования курили всего 351 человек, стаж курения у которых в большинстве случаев был 6 лет и выше. Основную долю занимают лица, курящие в течении 6 лет и выше – 32,19. Есть лица, которые при анкетировании не указали и или не знали свой стаж курения. При выяснении такого вопроса «Сколько сигарет выкуриваете в день» только 5,7% ответили, что курят в день 1-2 сигарете, 16,24% – по 3-5 сигарет, 32,19) – по 5 и выше сигарет, а 33,3%) – не смогли ответить на данный вопрос (таблица 44).

Таблица 44 – Количество выкуриваемых сигарет в день

Возраст	Всего	0		1		3		5 и более	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Нет данных	4	4	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
15-18 лет	2	2	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
18-19 лет	9	3	33,33	1	11,11	4	44,44	1	11,11
20-29 лет	65	24	36,92	5	7,69	11	16,92	25	38,46
30-39 лет	92	39	42,39	3	3,26	15	16,30	35	38,04
40-49 лет	74	20	27,03	4	5,41	10	13,51	40	54,05
50-59 лет	86	17	19,77	5	5,81	15	17,44	8	9,30
60 и более лет	19	8	42,11	2	10,53	2	10,53	4	21,05
Всего	351	117	33,33	20	5,70	57	16,24	113	32,19

Большинство населения совсем не употребляют алкогольные напитки – 751 (62,2%) и ведут здоровый образ жизни. А среди тех, кто употребляют спиртные напитки, частота употребления была следующей: за последние 3 года употребляют 56 (4,6%) человек, до 2-х раз в месяц – 228 (18,9%), 3-4 раз и более раз в месяц – 60 (5,0%).

По III разделу «Употребляете ли Вы соленую пищу» было выявлено, что среди населения 942 (78%) человек не употребляют соленую пищу вообще. А оставшаяся доля населения употребляют соленую пищу часто, несмотря на то, что избыточное употребление соли отрицательно влияет на организм.

По IV разделу анкеты «Антропометрические исследования» у всех исследуемых был изучен рост, вес, индекс Кетле и объем талии (таблица 44, 45). По результатам анализа преобладают среди населения лица с ростом 161-170 см - 451 (37,4%). Среди населения преобладали лица с весом 60-69 кг – 303 (25,1%). Некоторое количество жителей не знали свой вес – 170 (14%).

Таблица 45 – Индекс Кетле

Возраст	Всего	до 18,5		18,5-24,9		25-29,9		30-39,9		40 и выше	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Нет данных	26	2	7,69	13	50,00	10	38,46	1	3,85	0	0,00
15-18 лет	29	5	17,24	17	58,62	7	24,14	0	0,00	0	0,00
18-19 лет	34	12	35,29	23	67,65	14	41,18	3	8,82	2	5,88
20-29 лет	324	61	18,83	192	59,26	52	16,05	18	5,56	1	0,31
30-39 лет	344	56	16,28	159	46,22	99	28,78	27	7,85	3	0,87
40-49 лет	335	45	13,43	118	35,22	111	33,13	57	17,01	4	1,19
50-59 лет	350	45	12,86	105	30,00	120	34,29	69	19,71	11	3,14
60 и более лет	163	22	13,50	41	25,15	49	30,06	43	26,38	8	4,91
Всего	1625	248	15,26	668	41,11	462	28,43	218	13,42	29	1,78

Как видно из таблицы 45, среди возрастных групп индекс Кетле до 18,5 был больше выявлен в возрасте 18-19 лет – 35,29, до 18,5-24,9 - в возрасте 18-19 лет – 67,65. Индекс Кетле 40 и больше также выявлен этом возрасте – 5,88.

Таблица 46 – Соотношение объема талии/объема бедер

Возраст	Всего	0		1		2		3		4	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Нет данных	26	5	19,23	1	3,85	0	0,00	0	0,00	10	38,46
15-18 лет	29	2	6,90	3	10,34	1	3,45	0	0,00	23	79,31
18-19 лет	34	19	55,88	4	11,76	0	0,00	0	0,00	31	91,18
20-29 лет	324	96	29,63	31	9,57	4	1,23	2	0,62	191	58,95
30-39 лет	344	160	46,51	19	5,52	3	0,87	0	0,00	163	47,38
40-49 лет	335	134	40,00	30	8,96	9	2,69	2	0,60	162	48,36
50-59 лет	350	158	45,14	19	5,43	2	0,57	2	0,57	171	48,86
60 и более лет	163	65	39,88	5	3,07	6	3,68	1	0,61	86	52,76
Всего	1625	639	39,32	112	6,89	25	1,54	7	0,43	847	52,12

По данным таблицы 46, объем талии/объема бедер по 4 балла определен в возрасте 18-19 лет – 91,18.

По V разделу фактора риска «отягощенная наследственность» - 370 (30,6%) исследуемых отметили наличие у своих родственников

артериальной гипертензии, 168 (13,9%) человек - наличие ишемической болезни сердца и 153 (12,6%) - наличие сахарного диабета.

По VI разделу - по факторам риска развития заболеваний гастроэнтерологического профиля было обращено внимание на наличие в анамнезе желтухи. У 1099 (91%) человек в анамнезе эпизодов желтухи не было, а 108 (9%) - была желтуха. Эпизоды желудочно-кишечного кровотечения отмечено у 22 (1,8%) человек, 24 (1,9%) респондентам проводились гемотрансфузии. Оперативные вмешательства были проведены 153 (12,6%) больным, татуировки – 23 (1,9%). По наличию опухолевых заболеваний в анамнез отмечено, что опухолевые заболевания печени имеются по линии отца у 121 (10%) человек, по линии матери – у 74 (6,1%), у обоих родителей – у 27 (2,2%), у братьев и сестер – у 2 (0,1). Опухолевые заболевания пищевода, желудка, кишечника имеются по линии отца у 95 (7,8%) человек, по линии матери – у 80 (6,6%), у обоих родителей – у 45 (3,7%), у братьев и сестер – у 7 (0,58%). Данные результаты свидетельствуют, что почти у 10% нашего исследуемого населения имеется отягощенный анамнез по опухолевым заболеваниям.

Согласно раздела VII «Артериальная гипертензия» конкретно у 311 (25,7%) исследуемых было выявлено повышение артериального давления. Из них на вопрос «В течение какого времени наблюдается повышение АД» 110 (35,7%) больных отметили «до года», 89 (28,6%) – 1-5 лет, 42 (13,5%) – 5 лет и выше, а 70 (22,5%) – не помнят длительность повышения АД. Наличие ОНМК отметили 17 (1,4%) человек. Из них ОНМК было год назад у 3 (17,6%), до 5 лет – у 9 (53%), более 5 лет назад – 5 (29,4%).

Учитывая, что повышение уровня артериального давления могут приводить к развитию таких осложнений как ОНМК, гипертонический криз нами было изучены уровни систолического и диастолического давления. Повышение уровня систолического АД 140-159 мм.рт.ст. отмечено у 32 (2,6%), 160-169 мм.рт.ст. – у 4 (0,3%), 170 и выше - 11 (0,9%). Не знали свой уровень АД - 884 (73,2%) человек. Повышение уровня диастолического АД 95-100 мм.рт.ст. отмечено у 12 (1%), 100-105 мм.рт.ст. – у 12 (1%), 105-110 мм.рт.ст. - 2 (0,1%), выше 120 мм.рт.ст. – 6 (0,5%). Не знали свой уровень АД - 912 (75,5%) человек. Кроме того, нами была изучена частота пульса у нашего населения. У большинства населения, у 143 (12%) человек - пульс был в пределах 66-75 в 1 минуту. Единичные случаи отмечены у 3 (0,2%), когда в покое пульс был в пределах 86-95 в 1 минуту.

Также у нашего населения были изучены максимальные цифры АД. 114 (9,4%) больных считают, что их уровень максимального давления 110/80 – 120/80 мм.рт.ст., 56 (4,6%) человек считают что их максимальное давление 140/90 – 159/99 мм.рт.ст, 40 (3,3%) – 160/100 – 179/ 109 мм.рт.ст., 38 (3,1%) - 180 и выше. А 842 (69,8%) человек не знают свой уровень АД. Также был изучен уровень рабочего АД. 250 (20,7%) человек считают, что их рабочее давление 120/80 – 129/85 мм.рт.ст. 16 (1,4%) человек считают своим рабочим давлением 140/90 –

159/99 мм.рт.ст., 10 (0,8%) – 180 и выше. 744 (61,6%) человек не знают свое рабочее артериальное давление.

Результаты исследования свидетельствуют, что 144 (11,9%) человек принимали лекарства, снижающие уровень артериального давления. Из них регулярно принимали препараты 43 (3,5%) человек, нерегулярно – 97 (8%), остальные только при повышении АД. Частота гипертонических кризов 1 раз в год было у 38 (3,1%) человек, 2 раза в год – у 65 (5,4%), 1 раз в месяц – у 50 (4,1%).

Учитывая, что ишемическая болезнь сердца является одной из распространенных заболеваний нами было изучено наличие самой патологии среди жителей. Так, по VIII разделу анкетирования «Ишемическая болезнь сердца» среди наших исследуемых 136 (11,2%) человек отмечали боли, жжение, неприятные ощущения в грудной клетке. Они возникали у 30 (2,4%) больных при подъеме в гору, у 53 (4,4%) при подъеме по лестнице вверх, у 42 (3,4%) при быстрой ходьбе, у 7 (0,5%) - в покое, у 50 (4,1%) при эмоциональной нагрузке.

113 (9,4%) больных отметили, что в последнее время участились боли в сердце. Когда возникает данное состояние 92 (7,6%) больных останавливаются или идут медленно, 102 (8,4%) принимают нитроглицерин, 25 (2%) продолжают идти, не снижая темпа. 19 (1,5%) больных принимают бетта-адреноблокаторы, 18 (1,4%) нитраты, 29 (2,4%) антиагреганты, 25 (2%) препараты, снижающие уровень холестерина. 65 (5,4%) человек знают свой уровень холестерина. 62 (5,1%) человек состоят на диспансерном учете у терапевта (кардиолога). Среди исследуемых перенесли инфаркт миокарда - 9 (0,7%) человек. 64 (5,3%) больных беспокоили ощущения перебоев в работе сердца, 81 (6,7%) - ощущение сердцебиения, 44 (3,6%) - беспокоили редкий пульс, 54 (4,4%) - эпизоды резкого головокружения или потери сознания на фоне перебоев в работе сердца, редкого пульса.

При выявлении признаков сердечной недостаточности по разделу IX «Сердечная недостаточность» отмечено, что среди изучаемого контингента одышка не беспокоила у 109 (9%) больных, у 29 (2,4%) больных была отмечена одышка при нагрузке и у 39 (3,2%) - в покое. Отмечали увеличение веса за последнюю неделю 27 (2,2%) человек, 68 (5,6%) жаловались на перебои в работе сердца. 46 (3,8%) больных находились в постели в горизонтальном положении, 7 (0,5%) - с приподнятым головным концом, 14 (1,1%) - просыпались от удушья, 102 (8,4%) - в состоянии сидя.

При осмотре выбухание шейных вен отмечено в положении лежа у 13 (1,08%), стоя – у 11 (0,9%) больных. При аускультации хрипов не выслушивались у 6 (0,5%), хрипы в нижних отделах – у 4 (0,3%), до лопаток – у 6 (0,5%), над всей поверхностью легких – у 40 (3,3%). У 15 (1,2%) больных выявлен ритм галопа. При пальпации печень была не увеличена у 10 (0,8%), увеличена до 5 см - у 7 (0,5%), более 5 – у 56 (4,6%). Пастозность отмечено у 17 (1,4%) больных, отеки – у 30 (2,4%), анасарка – у 2 (0,1%). Уровень систолического давления был больше 120

мм.рт.ст - у 424 (35,1%) человек, у 88 (7,2%) - был равен 100-120 мм.рт.ст., у 174 (14,4%) - меньше 100 мм.рт.ст.

Проведенное исследование по разделу X «Эндокринология – сахарный диабет» показало, что 148 (12,2%) человек отметили наличие в семье больных сахарным диабетом. Из исследуемого контингента 274 (22,7%) знают свой уровень сахара в крови. 31 (2,5%) людей знают, что у них сахарный диабет. 3 (1,9%) больных получают бесплатные препараты по сахарному диабету, 7 (0,5%) - получают инсулин. 8 (0,6%) пациентов отметили что у них есть проблемы в получении инсулина, 86 (7,1%) - знают об осложнениях сахарного диабета, 18 (1,4%) - прошли обучение в Школе диабета. Строгую диету соблюдают 29 (2,4%) человек, курят – 159 (13,1%) человек, у 28 (2,3%) - есть проблемы со стопой.

При исследовании наличия аллергических состояний по разделу XI «Аллергология» было выяснено, что 22 (1,8%) человек страдают бронхиальной астмой, 45 (3,7%) - хроническим бронхитом, 21 (1,7%) - хроническим ринитом. Из них всего 37 (3%) человек были на консультации аллерголога (пульмонолога), 11 (0,9%) больных перенесли операции на носовой полости. У 39 (3,2%) больных среди ближайших родственников была бронхиальная астма. Курят сигареты - 159 (13,1%) человек, 4 (0,3%) больных являются инвалидами по бронхиальной астме. Только 10 (0,8%) больных получили бесплатные препараты.

Подробно было изучено наличие ночных приступов нехватки воздуха или удушья, сильного кашля в неделю. Отмечался 1 раз в неделю приступ удушья у 3 (0,2%) человек, 2 раза в неделю – у 25 (2%), ежедневно – у 1 (0,08%). При оценке объективной картины со стороны легких были изменения только у 11 (0,1%) больных. Изучение частоты дыхания показало, что самая высокая ЧДД отмечено у 2 (0,2%) больных – ЧДД выше 30. У 7 (0,6%) – ЧДД до 20. Оценка пиковой скорости выдоха показало, что 5 (0,4%) больных имели показатели ПСВ - <80%, 5 (0,4%) больных - 80-90. Кроме того была изучена частота лечения в стационаре за последние 5 лет (таблица 65). Данная таблица свидетельствует, что при анализе частоты лечения в стационаре за последние 5 лет только 47 (3,9%) больных пролечились 2 раза, 25 (0,1%) – 1 раз в 5 лет.

По разделу XII «Ревматология» - так как одним из действенных средств привлечения внимания общества является объективная информация об их распространенности, у сельских жителей Бухар-Жырауского района были проведены исследования по выявлению факторов риска развития патологии суставов, ранней диагностике ревматических заболеваний. Результаты исследования показали, что в течение последнего месяца 149 (12,3%) больных не могли надеть носки без посторонней помощи или приспособлений, 242 (20%) - не могли сесть на корточки не испытывая комфорта, 157 (13%) – не могли дотянуться рукой до высоко расположенной полки, 177 (14,6%) – не могли встать со стула без подлокотников, не опираясь на руки, 166 (13,7%) – не могли встать с пола из положения лежа без посторонней помощи, 177 (14,6%) – не могли стоять без поддержки или дополнительной опоры в течение 30 минут не

испытывая дискомфорта, 187 (15,4%) – не могли подняться вверх на 15-30 ступеней, не опираясь на перила, 175 (14,5%) – не могли повернуть голову и посмотреть за спину не поворачивая туловища, 242 (20%) – не могли заниматься физически активными видами деятельности, 570 (47,2%) - ощущали скованность в суставах.

Был изучен индекс активности заболевания DAS 28. У большинства населения поражался по 2 сустава – 99 (8,2%). Поражение более 6 суставов отмечено у 30 (2,7%) больных. При общей оценке больным своего состояния здоровья в миллиметрах по 100-миллиметровой аналоговой шкале было выявлено, что 18 (1,5%) больных отметили как низкое состояние здоровья, а 206 (17,1%) – среднее, 340 (28,1%) – высокое.

И в последнем разделе XIII по оказанию медицинской помощи было выявлено, что данное население обращается за медицинской помощью следующим образом: 363 (30,1%) больным помощь оказываются на дому, 667 (55,2%) - по месту жительства, 482 (39,9%) - в районную больницу, 267 (22,1%) - в областную больницу, 165 (13,6%) - в городскую больницу. Всего 565 (46,8%) больных прошли в этом году профилактический осмотр.

Таким образом, анализ данных полученных при анкетировании позволила выявить определенные региональные особенности у респондентов Бухар-Жырауского района. В этой связи изучение факторов риска социально значимых заболеваний в данных населенных пунктах требует внедрения технологии мониторинга, динамического наблюдения и своевременной диспансеризации, а также критериев оценки результативности профилактических мероприятий на уровне ПМСП.

4.2 Результаты применения скрининговых тест-систем на уровне ПМСП

Скрининговое исследование у 500 респондентов проводилось с применением экспресс систем и биохимического экспресс-анализатора крови CardioChek (КардиоЧек), тест-системы для экспресс диагностики на наличие антигенов вирусного гепатита В (СТК Biotech, Inc., San Diego, CA 92121, USA), тест-полоски для экспресс диагностики на наличие антигенов вирусного гепатита С (СТК Biotech, Inc., San Diego, CA 92121, USA), экспресс панели для диагностики на наличие антигенов вирусного гепатита Д (СТК Biotech, Inc., San Diego, CA 92121, USA), экспресс панели для диагностики на наличие Helicobacter pylori (СТК Biotech, Inc., San Diego, CA 92121, USA), экспресс панели для выявления ревматоидного фактора (СТК Biotech, Inc., San Diego, CA 92121, USA); экспресс панели для исследования сыворотки крови на следующие показатели: вирусные гепатиты (ВГВ, ВГС, ВГД), иммуноглобулин Е, ревматоидный фактор (РФ), С-реактивный белок (СРБ), Helicobacter Pylori, биохимическое обследование печени (AFP). А так же биохимический экспресс анализатор цельной капиллярной крови (“Cardiocheck”) для выявления

состояния липидного профиля (липиды низкой и высокой плотности - ЛПНП, ЛПВП, триглицериды, общий холестерин) и глюкозы капиллярной крови.

Обследование осуществлено по следующим показателям:

1. Липидный профиль (ЛПНП, ЛПВП, триглицериды, общий холестерин).
2. Вирусные гепатиты (HBV, HCV, HDV).
3. Маркеры воспаления (иммуноглобулин Е, С-реактивный белок).
4. Хеликобактерпилори.
5. АФП.
6. Ревматоидный фактор (РФ).

Полученные результаты по данным тест-систем оценивали следующим образом:

- Биохимический экспресс-анализатор крови CardioChek (Кардио Чек) считывает рефлектометрические данные с тест-полоски, после нанесения на нее образца крови. Время анализа составляет одну-две минуты.

- Тест система для экспресс диагностики на наличие антигенов вирусного гепатита В (СТК Biotech, Inc., SanDiego, CA 92121, USA): для проведения данного теста используется биоматериал – плазма или сыворотка крови. Мы использовали сыворотку.

После распаковки в каждое окно (обозначенное буквой S), достаточно добавить по 60-90 микролитров биоматериала. Экспозиция – 15 минут. Положительный результат (две полоски в окне HBeAg, HBeAb, HBsAg) как правило определяется уже после первой минуты. Экспозиция необходима для уверенности в правильном результате.

Чтение результатов не составляет труда – в контрольном окне, по прошествии экспозиции, видны полоски, соответствующие полям, отмеченным буквами С и Т (таблица 47).

Таблица 47 – Результаты тестирования

Отрицательный результат теста			Положительный результат теста		
Поля антигенов	Поле С	Поле Т	Поля антигенов	Поле С	Поле Т
HBcAb	+	+	HBcAb	+	-
HBeAb	+	+	HBeAb	+	-
HBeAg	+	-	HBeAg	+	+
HBsAb	+	-	HBsAb	+	+
HBsAg	+	-	HBsAg	+	+

- Тест-полоски для экспресс диагностики на наличие антигенов вирусного гепатита С (СТК Biotech, Inc., SanDiego, CA 92121, USA). Материал для исследования – как и в предыдущем варианте – сыворотка или плазма. После вскрытия, полоску необходимо использовать СРАЗУ. Достаточно погрузить полоску в сыворотку (до указанной метки), после чего в течение 5 минут необходимо считать результат. На контрольном поле проявляется линия, которая соответствует ОТРИЦАТЕЛЬНОМУ результату, в случае проявления двух линий – результат положительный.

- Экспресс панели для диагностики на наличие антигенов вирусного гепатита Д (СТК Biotech, Inc., SanDiego, CA 92121, USA). Данные тест панели предназначены для исследования сыворотки/плазмы. Для обследования достаточно добавить в окно (помечено буквой S) 1 каплю буферного раствора (поставляется вместе с тест панелями), после чего – 60-90 микролитров сыворотки/плазмы. Чтение результатов – через 8 минут после добавления сыворотки/плазмы. Как в предыдущих случаях – одна полоска в контрольном поле – результат отрицательный, две – положительный.

- Экспресс панели для диагностики на наличие Helicobacterpylori (СТК Biotech, Inc., SanDiego, CA 92121, USA). Данные тест панели предназначены для исследования сыворотки/плазмы на наличие Helicobacterpylori. Для обследования достаточно добавить 60-90 микролитров сыворотки/плазмы в окно (помечено буквой S). Чтение результатов – через 8 минут после добавления сыворотки/плазмы. Как в предыдущих случаях – одна полоска в контрольном поле – результат отрицательный, две – положительный.

- Экспресс панели для выявления ревматоидного фактора (СТК Biotech, Inc., SanDiego, CA 92121, USA). Тест панель предназначена для исследования уровня РФ в сыворотке крови. Для обследования достаточно добавить 60-90 микролитров сыворотки/плазмы в окно (помечено буквой S). Чтение результатов – через 10 минут после добавления сыворотки/плазмы. Как в предыдущих случаях – одна полоска в контрольном поле – результат отрицательный, две – положительный.

- Полученные данные подверглись статистической обработке с использованием MSExcel 2007 (2010).

В результате проведенных исследований выделены лица с риском развития социально значимых заболеваний, подлежащие дальнейшему углубленному обследованию.

Таблица 48 – Распределение обследованных жителей Бухар-Жырауского района по национальности и полу

Населенный пункт	Всего	Национальность			Пол	
		казахи	русские	другие	м	ж
с. Кокпекты	155	105	30	20	43	112
с. Куучек	161	74	51	36	34	127
пос. Ботакара	184	100	74	10	89	95
Всего	500	279	155	66	166	334

Таблица 49 – Распределение обследованных жителей Бухар-Жырауского района по возрасту

Населенный пункт	Всего	Возраст						
		15-18	18-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 и старше
с. Кокпекты	155	6	4	35	23	40	35	12
с. Куучек	161	4	1	18	26	38	42	32
п. Ботакара	184	7	1	2	24	47	68	35
Всего	500	17	6	55	73	125	145	79

Из таблиц 48-49 видно, что обследованные жители с. «Кокпекты» составили: казахи - 67,7%, русские - 19,4% и другой национальности 12,9%, в МСЧ села Куучек - казахи – 50%, русские – 31,7%, другие – 22,3%. По селу «Кокпекты» в возрастной категории преобладал возраст 40-49 лет -25,8%, по Кучек возраст 50-59 – 26,1%. По поселку Ботакара казахи составили 54,3%, русские – 40,2%. По половой принадлежности в обоих селах преобладали женщины 72,3%, 78,6% и 51,6% соответственно. Основную часть жителей всех населенных пунктов составляют люди трудоспособного возраста с 20 до 59 лет –79,6%.

Таблица 50 - Исследование показателей липидного профиля и уровня глюкозы в цельной капиллярной крови у исследуемой группы жителей

Показатели	Обследованный контингент					
	с. Кокпекты (155)		с. Куучек (161)		пос. Ботакара (184)	
	Отклонения от нормы у (чел.)	в % к общему кол-ву	Отклонения от нормы у (чел.)	в % к общему кол-ву	Отклонения от нормы у (чел.)	в % к общему кол-ву
ЛПВП	38	24,5	70	43,5	56	30,4
Триглицериды	102	65,8	91	56,5	62	33,7
Глюкоза	13	8,4	40	24,8	49	26,6

Согласно таблице 50, в с. Кокпекты наибольшее отклонение от нормы уровня триглицеридов выявлено в 65,8% случаев, из них повышенного уровня выявлено у 18 человек, понижено у 84. Аналогичная ситуация и в с. Куучек и пос. Ботакара, что составляет 56,5 % и 33,7% соответственно.

Как видно из таблицы, у жителей всех населенных пунктов выявлено положительный результат на определение НР, в с. Кокпекты – 45,8%, с. Куучек – 50,3%, пос. Ботакара – 42,4 % случаев. На втором месте выявление положительного С-реактивного белка в с. Кокпекты – 37,4%, с. Куучек – 24,2%, пос. Ботакара – 34,2 % случаев.

Таблица 51 - Исследование показателей воспаления – ревматоидного фактора (РФ) и С-реактивного фактора (СРБ), иммуноглобулина Е и антител к Хеликобактер Пилори (НР)

	Обследованный контингент					
	с. Кокпекты (155)		с. Куучек (161)		пос. Ботакара (184)	
	Положительный результат	в % к общему кол-ву	Положительный результат	в % к общему кол-ву	Положительный результат	в % к общему кол-ву
РФ	4	2,6	0	0	9	409
СРБ	58	37,4	39	24,2	63	34,2
АФП	1	0,6	0	0	1	0,5
Иммуноглобулин Е	7	4,5	26	16,1	9	4,9
НР	71	45,8	81	50,3	78	42,4

Согласно таблице 51, у исследуемых жителей всех трех населенных пунктов выявлен положительный маркер гепатита В в 76,1%, 60,8% и 48,4% случаев соответственно. Положительный маркер гепатита С выявлен в 1 (0,6%) случае у жителя с. Куучек.

Таблица 52 - Лабораторные маркеры вирусных гепатитов В и С

Положительные маркеры вирусных гепатитов В и С			
Показатели	с. Кокпекты (155)	с. Куучек (161)	Пос. Ботакара (184)
Гепатит В: НВsAbНВcAb, НВеAg, НВsAg, НВеAb,	118 (76,1%)	98 (60,8%)	89 (48,4%)
Гепатит С: HCV	-	1 (0,6%)	-

Таким образом, проведение скрининга с помощью экспресс тест-систем позволило выявить повышенный уровень триглицеридов у 51% респондентов; у 32% выявлен положительный результат СРБ; у 46% - положительная реакция на НР; у 61% - положительный маркер вирусного гепатита В. Данные результаты нацеливают нас на проведение углубленного обследования у исследуемого контингента респондентов. Следует отметить, что экспресс тест-системы легко выполнимы, результаты можно получить в кратчайший срок и позволяет выявить скрытые формы заболеваний. Эти тесты должны быть включены в работу специалистов ПМСП.

4.3 Результаты анкетирования по изучению факторов риска распространенных социально значимых заболеваний терапевтического профиля

Для изучения основных факторов риска развития распространенных форм ХНИЗ применена адаптированная «Анкета по выявлению факторов риска ХНИЗ» по STEPS (ВОЗ,2011). Проведено популяционное исследование у 2000 человек (в когорте 1600), проживающих в сельских местностях Бухар-Жырауского района. Изучены коррелятивные связи формирования между факторами риска и изучаемыми нозологическими формами.

Таблица 53 – Степень зависимости корреляционных связей между факторами риска и изучаемыми параметрами у лиц женского пола

Пол=ЖЕНСКИЙ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Опухолевые заболевания печени	Опухолевые заболевания пищевода, желудка, кишечника	Повышалось ли у Вас АД?	Частота гипертонических кризисов	Бывают ли у Вас боли, жжение, неприятные ощущения в грудной клетке?	Участились ли боли в области сердца в последнее время?	Одышка	Жалобы на перебои в работе сердца	Страдаете ли Вы сахарным диабетом?	Страдаете ли Вы бронхиальной астмой?	
Курите ли Вы в настоящее время?	-0,01	-0,00	-0,03	0,04	-0,04	0,02	0,03	0,01	0,01	0,01	0,03
Стаж курения	-0,00	-0,00	0,04	-0,02	0,00	-0,08	-0,02	0,05	-0,01	-0,12	
Сколько сигарет выкуриваете в день?	-0,04	-0,03	0,03	-0,04	0,04	-0,02	0,02	0,05	0,01	-0,12	
Употребляете ли Вы алкогольные напитки?	-0,01	-0,03	-0,02	-0,02	-0,03	0,03	0,01	-0,04	0,00	-0,03	
Употребляете ли Вы соленую пищу?	-0,07	-0,08	0,08	0,05	0,01	0,04	-0,01	0,03	-0,06	0,01	
Рост	0,03	0,05	0,02	-0,03	0,03	0,01	-0,04	0,01	-0,00	0,01	
Вес	0,03	0,03	-0,21	0,12	-0,09	-0,10	0,08	0,13	-0,05	0,01	
Индекс кетле	0,06	0,06	-0,20	0,19	-0,12	-0,15	0,14	0,13	-0,06	-0,02	
Объем талии	-0,05	-0,06	-0,07	0,04	0,00	-0,02	0,02	0,02	-0,03	0,08	
Объем бедер	-0,00	0,01	-0,14	0,11	-0,04	-0,09	0,03	0,07	-0,05	-0,07	
Опухолевые заболевания печени	1,00	0,77	-0,03	0,20	-0,05	0,02	0,02	-0,04	-0,03	-0,04	
Опухолевые заболевания пищевода, желудка, кишечника	0,77	1,00	-0,06	0,18	-0,06	-0,03	0,05	-0,01	-0,04	-0,04	
Повышалось ли у Вас АД?	-0,03	-0,06	1,00	-0,33	0,25	0,22	-0,21	-0,18	0,12	0,07	
Частота гипертонических кризисов	0,20	0,18	-0,33	1,00	-0,24	-0,19	0,18	0,15	-0,14	-0,03	

Бывают ли у Вас боли, жжение, неприятные ощущения в грудной клетке?	-0,05	-0,06	0,25	-0,24	1,00	0,33	-0,30	-0,31	0,14	0,04
Участились ли боли в области сердца в последнее время?	0,02	-0,03	0,22	-0,19	0,33	1,00	-0,27	-0,29	0,22	0,03
Одышка	0,02	0,05	-0,21	0,18	-0,30	-0,27	1,00	0,52	-0,17	-0,04
Жалобы на перебои в работе сердца	-0,04	-0,01	-0,18	0,15	-0,31	-0,29	0,52	1,00	-0,07	-0,02
Страдаете ли Вы сахарным диабетом?	-0,03	-0,04	0,12	-0,14	0,14	0,22	-0,17	-0,07	1,00	0,07
Страдаете ли Вы бронхиальной астмой?	-0,04	-0,04	0,07	-0,03	0,04	0,03	-0,04	-0,02	0,07	1,00

Таблица 54 – Степень зависимости корреляционных связей между факторами риска и изучаемыми параметрами у лиц мужского пола

Пол МУЖ	Опухолевые заболевания печени	Опухолевые заболевания пищевода, желудка, кишечника	Повышалось ли у Вас АД?	Частота гипертонических кризов	Бывают ли у Вас боли, жжение, неприятные ощущения в грудной клетке?	Участились ли боли в области сердца в последнее время?	Одышка	Жалобы на перебои в работе сердца	Страдаете ли Вы сахарным диабетом?	Страдаете ли Вы бронхитом?	Страдаете ли Вы астмой?
Курите ли Вы в настоящее время?	-0,07	-0,10	0,03	-0,02	0,02	-0,04	0,01	0,02	-0,09	-0,01	
Стаж курения	-0,02	-0,01	0,00	-0,01	-0,02	0,08	0,01	-0,02	0,05	0,01	
Сколько сигарет выкуриваете в день?	-0,01	0,00	0,02	-0,02	-0,01	0,11	-0,04	-0,06	0,06	0,03	
Употребляете ли Вы алкогольные напитки?	-0,03	-0,05	-0,05	0,04	0,01	0,00	0,06	-0,06	-0,10	-0,06	
Употребляете ли Вы соленую пищу?	0,03	0,02	0,03	0,17	-0,04	-0,05	-0,01	0,00	-0,12	-0,03	
Рост	-0,03	-0,03	0,01	-0,03	-0,04	-0,05	-0,00	-0,02	0,00	0,04	
Вес	-0,11	-0,10	-0,14	-0,06	-0,09	-0,08	0,02	-0,01	-0,04	0,03	
Индекс кетле	-0,02	-0,02	-0,15	-0,01	-0,14	-0,08	0,04	0,08	-0,10	0,03	
Объем талии	-0,01	-0,01	-0,10	-0,01	-0,06	-0,05	0,02	-0,03	-0,10	0,03	
Объем бедер	-0,07	-0,05	-0,09	-0,04	-0,02	-0,04	0,10	0,08	-0,07	0,02	
Опухолевые заболевания печени	1,00	0,86	-0,05	0,29	-0,00	-0,03	-0,03	-0,01	0,04	-0,03	
Опухолевые заболевания пищевода, желудка, кишечника	0,86	1,00	-0,08	0,30	0,00	-0,05	-0,04	-0,00	0,04	0,03	
Повышалось ли у Вас АД?	-0,05	-0,08	1,00	-0,23	0,18	0,14	-0,18	-0,07	0,09	0,06	
Частота гипертонических кризов	0,29	0,30	-0,23	1,00	-0,20	-0,18	0,07	0,09	-0,04	-0,18	
Бывают ли у Вас боли, жжение, неприятные ощущения в грудной клетке?	-0,00	0,00	0,18	-0,20	1,00	0,38	-0,25	-0,19	0,17	0,04	
Участились ли боли в области сердца в последнее время?	-0,03	-0,05	0,14	-0,18	0,38	1,00	-0,27	-0,25	0,20	0,07	
Одышка	-0,03	-0,04	-0,18	0,07	-0,25	-0,27	1,00	0,54	-0,08	-0,12	
Жалобы на перебои в работе сердца	-0,01	-0,00	-0,07	0,09	-0,19	-0,25	0,54	1,00	-0,04	-0,06	
Страдаете ли Вы сахарным диабетом?	0,04	0,04	0,09	-0,04	0,17	0,20	-0,08	-0,04	1,00	0,12	
Страдаете ли Вы бронхитом?	-0,03	0,03	0,06	-0,18	0,04	0,07	-0,12	-0,06	0,12	1,00	

Представленные данные в таблицах 53,54 указывают на слабую степень коррелятивных связей $r < 0,01$.

Таким образом, анализ данных, полученных при анкетировании, позволил выявить определенные региональные особенности у респондентов Бухар-Жырауского района. Многие факторы риска являются общими для социально значимых заболеваний. Это свидетельствует о необходимости интегрированного подхода к их профилактике. Значительная часть населения подвергается одновременно воздействию нескольких факторов риска. При взаимодействии факторы могут выступать как независимые друг от друга, могут наблюдаться эффекты суммации или ослабления. При основных социально значимых заболеваниях особенности сочетанного воздействия факторов изучены недостаточно. Определение распространенности факторов риска среди населения имеет важное значение для разработки стратегии профилактики в исследуемом районе. Это требует внедрения технологии мониторинга, динамического наблюдения и своевременной диспансеризации, а также критериев оценки результативности профилактических мероприятий на уровне ПМСП.

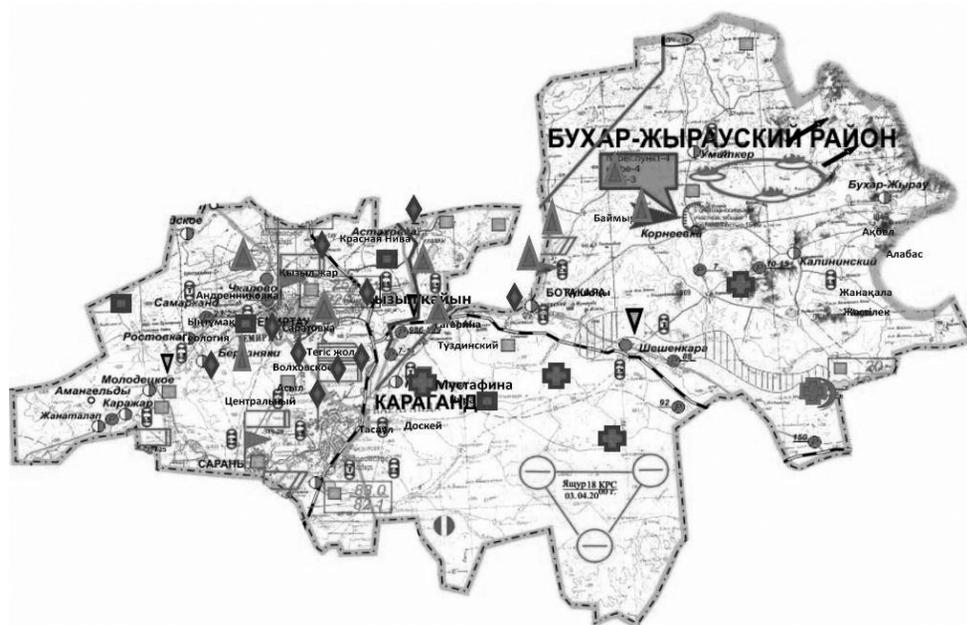
5 ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ (НА ПРИМЕРЕ БУХАР-ЖЫРАУСКОГО РАЙОНА)

Учитывая, что особенностью организации медицинской помощи в сельской местности является ее этапность, нами изучена организация медицинской помощи в Бухар-Жырауском районе на этапах ее оказания. В сравнительном аспекте изучались вопросы организации медицинской помощи сельскому населению в ряде других сельских районов (Нуринский, Абайский, Осакаровский, Жана-Аркинский). В изучаемых районах хотя были различия в функционировании сельских лечебных-профилактических учреждений, но основные направления деятельности на уровне ПМСП были одинаковы (рисунок 20).

Бухар-Жырауский район является одним из крупных сельских районов. Бухар-Жырауский район создан Указом Президента Республики Казахстан от 23 мая 1997 года" №3528 «Об изменениях в административно-территориальном устройстве Алматинской, Восточно-Казахстанской, Карагандинской и Северо-Казахстанской областей». Впервые в 1938 году он был образован как Ворошиловский район. В 1961 году переименован в Ульяновский район (райцентр Колхозное переименован в пгт Ульяновский). В 1997 году район переименован в Бухар-Жырауский район (райцентр переименован в Ботакара).

Территория района более 14 тысяч 576 квадратных километров. Районный центр - посёлок Ботакара (Ульяновский), расположен в 32 км к северо-востоку от областного центра. По территории района протекают реки Нура, Шерубай-Нура, Соқыр, Ашису, Байбура, Кокпекты и более 30 рек и временных водотоков, пересыхающих в летнее время. На территории района обитают следующие виды животных: волк, косуля, сурок, лисица, корсак, хорь, заяц, серая куропатка, белая куропатка, горноста́й, ласка, архар, стрепет. Площадь земель, покрытых лесом составляет 10,6 тыс.га.

В районе 30 сел, поселков и сельских округов, в которых проживает около 60 тысяч человек разных национальностей. Экономика района преимущественно сельскохозяйственная, производится более десяти видов продукции, развито малое предпринимательство, имеется ряд промышленных предприятий, среди которых созданный по программе индустриально-инновационного развития завод «Казтерм». 68 населенных пунктов района связаны сетью автомобильных дорог, телефонной сетью. В каждом селе с количеством населения более 50 человек есть школа, учреждение культуры и медицинская служба. На 2010 год численность населения составил 59 577 чел.



-) Центральная районная больница
- + Больница
- ▲ Врачебная амбулатория
- ФАП
- ◆ Медицинский пост

Рисунок 20 - Карта Бухар-Жырауского района Карагандинской области

За последние годы объем промышленного производства Бухар-Жырауского района возрос по сравнению с предыдущими годами в 5,2 раз и составил 12140,3 млн.тенге, индекс физического объема составил 112%, удельный вес региона в общем объеме промышленного производства области составил 1,3%.

Базовыми отраслями промышленности являются горнодобывающая и обрабатывающая отрасли. Удельный вес отраслей в общем объеме промышленного производства составляет 2,8% и 97,2 % соответственно. Инновационная активность предприятий в 2009 году составила 6,2%. Основными видами инновационной деятельности предприятий, имеющих завершенные инновации, является внедрение новых технологий, оборудования.

Потенциал сельского хозяйства позволяет обеспечить продовольственную безопасность района и удовлетворить потребности области. В районе отработываются проекты, которые обеспечат выход на

внешние рынки с экологически чистыми продуктами. В сельском хозяйстве мелкотоварность хозяйств и малые размеры наделов земли не позволяют проводить крупномасштабную селекционно-племенную работу и соблюдать научно-обоснованный севооборот, широко использовать современные технологии, механизацию и автоматизацию процессов производства. Ухудшение технического состояния оросительных систем привело к нерациональному использованию орошаемой пашни и снижению урожайности сельхозкультур. Степень износа сельскохозяйственной техники составляет 80%, что ведет к снижению производительности труда, повышению себестоимости продукции и падению уровня конкурентоспособности.

Основными видами инновационной деятельности предприятий, имеющих завершенные инновации, являются: внедрение новых технологий, оборудования, материалов – 63%, научно-исследовательская деятельность – 12%, проектно-конструкторская деятельность и участие в научно-технических программах – по 4%.

Бухар-Жырауский район характеризуется поступательным развитием малого и среднего предпринимательства, количество активных предприятий малого и среднего бизнеса составило 1768 единиц, что выше на 4,7% уровня предыдущих лет (1688 ед.), из них юридические лица 84 ед., (2,1 % от общего количества зарегистрированных), индивидуальные предприниматели 1684 ед. (95,2 % от общего количества зарегистрированных).

В рамках реализации программы «Дорожная карта бизнеса 2020» в районе проведена работа с представителями малого и среднего бизнеса. ИП «Алимов» - цех по изготовлению кирпичей с производственной мощностью тысяча кирпичей в сутки. ИП «Дусупова» - осуществление розничной продажи запасных частей, шиномонтаж, автомойка. СПК «Мадина» - строительство модульного убойного пункта на общую сумму 55 млн.тенге.

Общая численность занятых в малом и среднем бизнесе составила 3519 человек.

В 2010 году создана Ассоциация предпринимателей. Создан экспертный совет, в состав которого входит уполномоченный представитель данной Ассоциации. Промышленность района представлена горнодобывающей и обрабатывающей отраслями. К числу крупных и средних промышленных предприятий относятся ТОО «ГРК Камбар», ТОО «ГРК Sat Komir», ТОО «Максам Казахстан», ТОО «Зерновая компания Сункар и К».

Регион обладает запасами угля, баритового концентрата, медной руды. Наряду с этим в районе осуществляют производственную деятельность предприятия недропользователи, занимающиеся разработкой нерудных материалов, такие как ТОО «Арселор Миталл» (добыча и реализация песчано-гравийной смеси), ТОО «Бахыт и К» (песчаный карьер), ТОО «Нурхан» (песчаный карьер), ТОО «Казахмыс» (месторождение «Нурказган»), АО «ЦентралАзияЦемент» (карьер суглинни-

ков), ТОО «Горнорудная компания Кар Руда» (щебеночный карьер), АО «Дорстройматериалы» (каменный карьер), ТОО «Караганды жолдары» (добыча щебня), ТОО «Монолит» (добыча глины), ТОО «Аргос» (Аманский щебеночный карьер), Актаское (месторождение кирпичных глин), ТОО «Импульс» (производство и реализация известняка), КХ «Нур Адил», АО «Березняки», (добыча и реализация песка).

Разработка карьеров вышеуказанных запасов, позволила значительно увеличить объемы горнодобывающей отрасли и оказало влияние на положительную динамику развития промышленности в целом. В 2009 году введено в действие 3 новых производства: цех по выпуску строительных смесей на базе КХ «Нектар», цех по производству подсолнечного масла на базе КХ «Жас Улан», цех по переработке молока и производству молочной продукции на базе КХ «Шугыла».

Основными предприятиями горнодобывающей промышленности являются два крупных угледобывающих предприятия ТОО «ГРК Камбар», ТОО «ГРК Sat Komir», занимающиеся добычей и реализацией угля марки бурый 3 БВ открытым способом.

Численность населения Бухар-Жырауского района на начало 01.2012 года составило 63226 человек. По числу жителей и плотности населения район занимает первое место среди остальных районов сельской местности Карагандинской области. В течение 2005-2012 годов число жителей района с 63224 снизилось до 59 577 в 2010г. затем возросло до 63 226 на 01.01.2012г. или на %.

Таблица 55 - Половозрастная структура населения Бухар-Жырауского района на 2012 год

Населенные пункты	От 0-14 лет		15-17 лет		18-34		35-48		49-59		60-69		Старше 70 лет		Всего	
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
Бухар-Жырауский район	6651	6093	1370	1452	8943	8624	5699	5962	4685	4560	2660	2837	1534	1991	36904	31519
пос. Ботакара	714	635	133	151	611	535	412	723	306	394	112	153	36	37	2324	2628
пос. Мустафина	548	546	97	102	793	745	495	523	320	370	165	241	133	256	2551	2783
Село Керней	357	378	119	110	528	469	336	278	227	220	112	111	70	115	1749	1681
Село Актобе	126	103	24	23	174	132	115	101	131	135	130	103	37	38	787	635
Село Баймурза	287	211	65	62	337	283	207	200	151	166	100	99	56	70	1203	1091
Село Гагарина	318	284	49	50	315	335	242	262	137	183	136	148	69	75	1266	1337
Село Доскей	505	516	122	116	662	599	458	461	429	405	200	207	151	169	2527	2473
Село Дубовка	397	398	79	110	552	638	366	349	355	386	208	196	76	121	2033	2198
Село Каражарский	247	237	44	55	312	292	155	152	130	119	36	53	34	52	958	960
Село Кокпекты	458	424	97	92	499	515	397	374	287	299	210	225	122	145	2079	1892
Пос. Кушоқы	404	399	40	74	446	469	504	544	418	204	169	213	74	121	2060	2024
Село Новоузенка	178	168	31	31	325	306	155	155	160	153	68	83	90	128	1007	1024
Село Петровка	459	504	87	98	451	528	282	271	264	250	259	272	230	206	2014	2129
Село Ростовка	594	544	84	95	723	645	344	361	310	320	122	139	52	85	2229	2189
Село Самарканд	126	103	53	45	394	384	217	217	160	162	142	136	45	41	1137	1088
Село Тоғызқудық	219	201	23	43	218	181	113	97	69	69	92	52	35	41	769	684
Село Умиткер	198	159	37	38	192	226	109	86	80	69	36	47	40	29	692	654
Село Уштобе	185	181	118	101	978	1010	526	558	382	403	178	224	127	166	2494	2643
Село Центральный	126	103	24	23	174	132	115	101	131	135	130	103	37	38	737	635
Село Шешенкара	208	180	44	33	259	200	146	149	119	118	55	32	19	58	850	770

Организационная структура системы здравоохранения Бухар-Жырауского района представлена 38 МП, 6 ФАП, 16 ВА, 2 СУБ, 1 ЦРБ (в состав ЦРБ входят поликлиника и стационар). ФАП прикреплены к СВА, а СВА прикреплены к СУБ (село Керней, Мустафина). Анализ кадрового состава фельдшерско-акушерских пунктов свидетельствуют о недостаточной обеспеченности квалифицированными медицинским работниками. Фельдшерами укомплектовано – 28.

Таблица 56 - Укомплектованность кадрами по Бухар-Жыраускому району (2012 год)

Наименование	Штатные ед.	Занятые ед.	Физические лица	%
Врачи	89,5	89,5	67	74,9
Средний медицинский персонал	245,00	245,00	231	94,3
Итого	334,5	334,5	298	89,0

Как следует из анализа возрастного состава ФАП-ов представленной в таблице 54 будет усугубляться кадровый дефицит, проблемой низкой обеспеченности медицинским работниками фельдшерско-акушерских пунктов, исходя из крайне низкого удельного веса возрастной группы до 35 лет – 3 человек, 36-45 лет – 4, 46-55 – 15 человек, старше 55 лет - 6. Возрастной состав медицинских работников ФАПов представлен в таблице 57.

Таблица 57 - Возрастной состав медицинских работников ФАПов

Категории медработников ФАПов	Возраст	До 35 лет	36-45 лет	46-55 лет	Старше 55 лет	Всего
Фельдшеры	абс.	1	-	1	1	3
	%	2,27	-	2,27	2,27	6,8
Медсестры	абс.	3	11	21	6	41
	%	6,8	25,0	47,7	13,6	93,2
Акушерки	абс.	-	-	-	-	-
	%	-	-	-	-	-
Всего	абс.	4	11	22	7	44
	%	9,0	25,0	50,0	15,9	100

Учитывая значимость ФАП-ов, как этапа оказания первой доврачебной медицинской помощи сельскому населению нами проведен анализ качественных показателей деятельности ФАП-ов. К 6 ФАП-ам прикреплено 5390 населения. 17403 амбулаторных посещений приходится на ФАП, из них на дому – 10518. Данное соотношение подчеркивает значимость ФАП-ов в системе оказания первичной медико-санитарной помощи сельскому населению. В структуре посещения ФАП-ов 86% составляет обращение с лечебно-консультативной целью, в т.ч. 72% по поводу острых состояний и обострению хронических заболеваний; 12% - с профилактической целью, т.е. измерение уровня АД, проведение профилактических прививок; лишь 2% - с целью диспансерного наблюдения.

Различия в структуре посещения по ФАП-ам на одного жителя различны в ФАП-ах. Это может объясняться несовершенством статистического учета посещаемости на ФАП-ах, отсутствием мотивации у работников. Имеются стандарты операционных процедур на ФАП-ах, есть алгоритмы оказания неотложной помощи, утвержденные главным врачом. В 52,7% случаев были трудности в комплектовании наборов по оказанию неотложной помощи. В 37% случаев на ФАП-ах отсутствовали результаты проверки экспертной оценки по качеству ведения пациентов.

Таким образом, результаты проведенного анализа свидетельствует о совершенствовании медицинской организации, оказываемой на ФАП-ах, с учетом их значимости в системе оказания первичной медико-санитарной помощи. Возрастной состав медицинских работников врачебных амбулаторий представлен в таблице 58.

Таблица 58 - Возрастной состав медицинских работников врачебных амбулаторий

Категории медработников ФАПов	Возраст	До 35 лет	36-45 лет	46-55 лет	Старше 55 лет	Всего
Врачи	абс.	5	3	5	9	22
	%	5,5	3,3	5,5	10	24,4
Фельдшеры	абс.	2	2	2	1	7
	%	2,2	2,2	2,2	1,1	7,7
Медсестры	абс.	1	16	27	9	53
	%	1,1	17,7	90	10	58,9
Акушерки	абс.	3	1	2	2	8
	%	3,3	1,1	2,2	2,2	8,8
Всего	абс.	6	19	31	12	90
	%	6,6	21,1	34,4	13,3	100

Таблица 59 - Возрастной состав медицинских работников участковых больниц

Категории медработников ФАПов	Возраст	До 35 лет	36-45 лет	46-55 лет	Старше 55 лет	Всего
Врачи	абс.	1	-	2	6	9
	%	3,3	-	6,6	20	30
Фельдшеры	абс.	-	1	9	-	10
	%		3,3	30	-	33,3
Медсестры	абс.	-	2	12	6	20
	%		6,6	40	20	66,6
Акушерки	абс.	-	-	1	-	1
	%	-	-	3,3	-	3,3
Всего	абс.	1	3	24	12	30
	%	3,3	10	80	40	100

Таблица 60 – Укомплектованность кадрами КГП ЦРБ Бухар-Жырауского района

Наименование	Штатные единицы		Занятые единицы		Физические лица		%	
	Стац.	Пол-ка	Стац.	Пол-ка	Стац.	Пол-ка	Стац.	Пол-ка
Врачи	13,0	30,75		30,75	10	26	76	85
Средний медицинский персонал	36,75	50,25	36,75	50,25	25	51	68	101
Младший медицинский персонал	36,25	8,0	36,25	8,0	24	10	66	100
Прочие	24,25	34,75	24,25	34,75	18	34	100	100
Итого	110,25	123,75	110,25	123,75	77	121	70	98

Таблица 61 - Возрастной состав медицинских работников стационара

Категории медработников ФАПов	Возраст	До 35 лет	36-45 лет	46-55 лет	Старше 55 лет	Всего
Врачи	абс.	2	4	2	2	10
	%	6,6	13,3	6,6	6,6	33,3
Фельдшеры	абс.	-	-	-	-	-
	%	-	-	-	-	-
Медсестры	абс.	5	2	9	2	18
	%	16,6	6,6	30	6,6	60
Акушерки	абс.	1	1	-	-	2
	%	3,3	3,3	-	-	6,6
Всего	абс.	8	7	11	4	30
	%	26,6	23,3	36,6	13,3	100

Таблица 62 - Возрастной состав медицинских работников поликлиники

Категории медработников ФАПов	Возраст	До 35 лет	36-45 лет	46-55 лет	Старше 55 лет	Всего
Врачи	абс.	8	6	6	6	26
	%	8,8	6,6	6,6	6,6	28,5
Фельдшеры	абс.	-	1	3	4	8
	%	-	1,09	3,29	4,34	8,79
Медсестры	абс.	11	5	27	5	48
	%	12,08	5,49	29,6	5,49	52,7
Акушерки	абс.	-	1	1	-	2
	%	-	1,09	1,09	-	2,19
Лаборант	абс.	3	3	1	-	7
	%	3,29	3,29	1,09	-	7,69
Всего	абс.	22	16	38	15	91
	%	24,17	17,58	41,7	16,48	100

Таблица 63 - Сведения о стаже работы врачебных кадров в разрезе специальностей за 2013 год

Специальность	Всего	До 6 лет		6-10 лет		11-15 лет		16-20 лет		21-25 лет		26-30 лет		Более 30 лет	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Акушерство и гинекология	5	1	20,0	2	40,0	1	20,0	-	-	-	-	-	-	1	20,0
Анастезиология и реанимация	3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	33,3	-	-	2	66,7
Лабораторное дело	1	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Дерматовенерология	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0
Кардиология	1	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Неврология	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0
Онкология	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-
Офтальмология	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-
Педиатрия	9	3	33,3	1	11,1	1	11,1	-	-	2	22,2	-	-	2	22,2
Психиатрия	1	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-
Рентгенология	1	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Организация здравоохранения	4	-	-	-	-	-	-	1	25,0	-	-	-	-	3	75,0
Стоматология	6	-	-	1	16,7	-	-	1	16,7	1	16,7	3	50,0	-	-
Терапия	6	-	-	1	16,7	-	-	-	-	-	-	1	16,7	4	66,7
Фтизиатрия	2	-	-	-	-	-	-	1	50,0	-	-	-	-	1	50,0
Хирургия	3	1	33,3	-	-	1	33,3	-	-	-	-	1	33,3	-	-
Неврология детская	1	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Оториноларингология детская	1	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Эпидемиология	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0
Общая врачебная практика	17	4	23,5	1	5,9	1	5,9	1	5,9	1	5,9	1	5,9	8	47,1
Лучевая диагностика	1	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Наркология	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-
Всего	68	12	17,65	7	10,3	6	8,8	5	7,3	5	7,3	9	13,4	24	35,3

Таблица 64 - Сведения о стаже работы СМР в разрезе специальностей за 2013 год

Специальность	Всего	До 6 лет		6-10 лет		11-15 лет		16-20 лет		21-25 лет		26-30 лет		Более 30 лет	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Фельдшер	11	2	18,2	-	-	-	-	-	-	1	9,1	3	27,3	5	45,4
Акушер	6	-	-	1	16,7	-	-	1	16,7	3	50,0	1	16,7	-	-
Зубной техник	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100,0
Фармацевт (ассистент фарм.)	2	1	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50,0
Медицинская сестра/брат	167	15	9,0	5	3,0	8	4,8	11	6,6	22	13,2	49	29,3	57	34,1
Лаборант	23	1	4,3	6	26,1	-	-	4	17,4	2	8,7	5	21,7	5	21,7
Фельдшер общей практики	5	1	20,0	-	-	-	-	-	-	1	20,0	-	-	3	60,0
Акушер общей практики	14	1	7,1	2	14,3	-	-	1	7,1	-	-	3	21,4	7	50,0
Санитарный врач/фельдшер	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-
Мед.статистик (М/С /фельдшер)	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0
Всего	232	21	9,05	14	6,0	8	3,4	17	7,3	30	12,9	61	26,3	81	34,9

Таблица 65 - Оснащённость медицинским оборудованием медицинских учреждений Бухар-Жырауского района

Учреждение здравоохранения (структурное подразделение)	Кол-во объектов	Медицинское оборудование		Наличие оснащенных физиотерапевтических кабинетов	Наличие оснащенных стоматологических кабинетов
		Обеспеченность в % от табеля оснащения	Процент износа		
Поликлиника и ЦРБ	1	100%	40%	1	1
Участковая больница (УБ)	2	50%	50%	2	2
Врачебная амбулатория (ВА)	17	52%	50%	17	3
Фельдшерско-акушерский пункт (ФАП)	6	36%	50%	-	-
Медицинский пункт (МП)	39	21%	50%	-	-

Таблица 66 - Обеспеченность средствами связи и информационного взаимодействия медицинских учреждений Бухар-Жырауского района

Учреждение здравоохранения (структурное подразделение)	Всего объектов	Телефонная связь			Наличие электронной почты	Обеспеченность компьютерной техникой
		Обеспеченность телефонной связью	Отдельная телефонная линия	Параллельная телефонная линия		
Поликлиника	1	1	1	-	1	100%
Участковая больница (УБ)	2	2	2	-	-	100%
Врачебная амбулатория (ВА)	17	17	17	-	-	50%
Фельдшерско-акушерский пункт (ФАП)	6	6	6	-	-	-
Медицинский пункт (МП)	39	20	20	-	-	-

Таблица 67 - Анализ амбулаторно-поликлинических врачебных посещений в поликлинику пос. Ботакара

Профили амбулаторно-поликлинического приема	Количество посещений в год													
	2006г.		2007г.		2008г.		2009г.		2010г.		2011г.		2012г.	
	Общее кол-во	на 1 жителя	Общее кол-во	на 1 жителя	Общее кол-во	на 1 жителя	Общее кол-во	на 1 жителя	Общее кол-во	на 1 жителя	Общее кол-во	на 1 жителя	Общее кол-во	на 1 жителя
Терапевтический	7383	12,0	6798	11,0	7539	12,0	8885	15,0	10393	17,0	6703	11,0	5345	8,0
Педиатрический*	9047	15,0	11881	20,0	11415	18,0	11832	20,0	10440	17,0	8385	13,0	8923	14,0
Хирургический	7484	12,0	5723	9,0	7874	12,0	11494	19,0	14346	24,0	9711	15,0	9689	15,0
Акушерско-гинекологический**	4916	8,0	3814	6,0	3172	5,0	2602	4,0	3425	6,0	3108	5,0	4663	7,0
Неврологический	4993	8,0	6397	10,0	3953	6,0	10498	18,0	13818	23,0	13708	22,0	13102	21,0
Офтальмологический	6140	10,0	6310	10,0	9092	14,0	11117	19,0	14398	24,0	11329	18,0	13375	21,0
Отоларингологический	-	-	-	-	4321	7,0	7140	12,0	13542	23,0	9900	16,0	10318	16,0
Эндокринологический	3417	6,0	979	2,0	-	-	3083	5,0	6691	11,0	5092	8,0	5082	8,0
Инфекционный	4537	7,0	3884	6,0	3987	6,0	3725	6,0	6113	10,0	3730	6,0	-	-
Урологический	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Стоматологический	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Травматологический	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3198	5,0
Кардиологический	-	-	-	-	1620	3,0	4883	8,0	3505	6,0	6024	9,0	5444	9,0
Физиотерапевтический	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Врач общей практики	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Примечание: * количество посещений на 1 ребенка

** количество посещений на 1 женщину

Анализ амбулаторно-поликлинических врачебных посещений в поликлинику пос. Ботакара (таблица 67) показывает, что обращение к профильным специалистам поликлиники увеличилось. К примеру, обращаемость к врачам офтальмологу и оториноларингологу с 2005 года до 2012 года увеличилось больше чем в 2 раза, а к врачу невропатологу почти в 3 раза. К врачу инфекционисту в последние 2 года нет обращаемости в связи с тем, что нет специалиста.

В СВА всего за 2013 год было 106819 посещений, из них по заболеваемости – 55414 (подростки – 4216, взрослые - 32736). Профосмотры прошли, включая скрининг – 52812, из них подростки – 29016, взрослые – 119386. Осуществлены посещения на дому – 20256, из них по заболеваемости – 534.

Таблица 68 - Динамика коечного фонда круглосуточного стационара

Наименование ЛПУ	Годы							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ЦРБ	70	70	80	80	70	80	75	75
СУБ Мустафина	15	15	15	15	10	10	10	10
СУБ Керней	10	10	10	10	5	5	5	5

Динамика коечного фонда круглосуточного стационара (таблица 66) в сельской участковой больницы (СУБ) поселка Мустафина и села Керней в 2009 году уменьшились по 5 коек в каждом СУБ. В центральной районной больнице (ЦРБ) количество коек в 2011 году снизилось на 5 коек по сравнению с 2010 годом. Максимальное количество 105 коек наблюдались в 2007-2008 г.г., минимальное в 2009 году и составило 85 коек. В 2011-2012г.г. общее количество коек по Бухар-Жыраускому району составляет 90 коек. В структуру профильных отделений центральной участковой больницы поселка Ботакара Бухар-Жырауского района входят 36 коек терапевтического отделения, 10 коек педиатрического отделения, 19 коек хирургического отделения. В структуре хирургического отделения размещены 5 коек травматологического профиля и 8 коек гинекологического профиля. Родильное отделение имеет 5 коек; отделение реабилитации - 5 коек. Сельские участковые больницы пос. Мустафина 10 коек и с.Керней 5 коек только терапевтического профиля.

Таблица 69 - Структура профильных отделений участковых больниц Бухар-Жырауского района

Профили отделений	Участковая больница							
	По району		ЦРБ пос. Ботакара		УБ пос. Мустафина		УБ село Керней	
	Общее кол-во	%	Общее кол-во	%	Общее кол-во	%	Общее кол-во	%
Терапевтический	3	100	1	33,3	1	33,3	1	33,3
Педиатрический	1	100	1	100	-	-	-	-
Хирургический	1	100	1	100	-	-	-	-
Гинекологический	1	100	1	100	-	-	-	-
Родильное	1	100	1	100	-	-	-	-
Травматологический	1	100	1	100	-	-	-	-
Реанимационный	1	100	1	100	-	-	-	-
Реабилитация	1	100	1	100	-	-	-	-

В структуре пролеченных больных и уровня госпитализации населения Бухар-Жырауского района в отделении хирургического профиля (таблица 70) наибольшее количество пролеченных больных было в 2010 году, что составило 996 человек за счет гинекологических больных. Это составило 276 человек с уровнем госпитализации 4,6 на 1000 населения. Больных травматологического профиля сравнительно больше наблюдалось в 2009 году - 182 человек с уровнем госпитализации 3,1 на 1000 населения.

Таблица 70 - Анализ структуры пролеченных больных и уровня госпитализации населения Бухар-Жырауского района в отделения хирургического профиля

Профиль специализированного отделения	Количество пролеченных больных в год					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Хирургическое	512	499	538	542	530	605
Уровень госпитализации на 1000 населения	8,4	7,7	8,9	9,1	8,4	9,5
Гинекологическое	106	137	181	276	182	208
Уровень госпитализации на 1000 населения	1,7	2,1	3,1	4,6	2,8	3,3
Травматологическое	169	167	182	178	170	141
Уровень госпитализации на 1000 населения	2,7	2,6	3,1	2,9	2,6	2,3
Всего	787	803	901	996	882	954

Таблица 71 - Анализ структуры пролеченных больных и уровня госпитализации населения Бухар-Жырауского района в отделения терапевтического профиля

Профиль специализированного отделения	Количество пролеченных больных в год					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Терапевтические	1407	1277	1292	1231	1127	1063
Уровень госпитализации на 1000 населения	23,1	19,6	21,6	20,6	17,7	16,8

Анализ структуры пролеченных больных и уровня госпитализации населения в терапевтическое отделение (таблица 71) показал, что с каждым годом количество госпитализированных больных снижалось с 1407 с уровнем госпитализации 23,1 на 1000 населения в 2007 году до 1063 с уровнем госпитализации 16,8 на 1000 населения в 2012 году.

Таблица 72 - Анализ структуры пролеченных больных и уровня госпитализации населения Бухар-Жырауского района в отделения педиатрического профиля

Профиль специализированного отделения	Количество пролеченных больных в год					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Педиатрический	280	188	208	235	251	216
Уровень госпитализации на 1000 населения	4,6	2,8	3,5	3,9	3,9	3,4

Анализ структуры пролеченных больных и уровня госпитализации в педиатрическое отделение (таблица 72) показало что количество пролеченных больных детей сравнительно высок в 2007 году и составил 280 детей с уровнем госпитализации 4,6 на 1000 населения в год, а в 2012 году снизился до 216 детей с уровнем госпитализации 3,4 на 1000 населения в год.

Таблица 73 - Динамика показателей структурной эффективности работы медицинских организации Бухар-Жырауского района

Показатели	Годы							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Количество коек круглосуточных стационаров	90	90	105	105	80	95	90	90
Обеспеченность койками круглосуточных стационаров на 1000 населения	1,4	1,5	1,6	1,7	1,3	1,6	1,4	1,4
Средняя длительность пребывания в круглосуточном стационаре (в днях)	10,56	9,8	10,8	11,4	9,2	9,5	9,1	8,5
Количество больных, пролеченных в круглосуточных стационарах	2342	2256	2583	2387	2525	2929	2842	2625
Количество коек дневных, стационаров	-	-	-	-	-	30	30	60
Обеспеченность койками дневных стационаров на 1000 населения						0,5	0,47	0,95
Средняя длительность пребывания в дневном стационаре (в днях)	-	-	-	-	-	9,8	9,2	7,5
Количество больных, пролеченных в дневных стационарах	-	-	-	-	-	940	1155	1222

Динамика показателей структурной эффективности работы стационаров (таблица 73) показывает, что обеспеченность койками круглосуточных стационаров на 1000 населения с 1,7 в 2008 году снизилось до 1,4 в 2012 году, а средняя длительность пребывания в круглосуточном стационаре в днях с 11,4 в 2008 году снизился до 8,5 в 2012 году в связи с изменениями протоколов и укорочением длительности пребывания больных в круглосуточных стационарах. Дневной стационар на базе ЦРБ пос. Ботакара был открыт только в 2010 году в количестве 30 коек терапевтического профиля, а в 2012 году расширен до 60 коек, обеспеченность койками дневного стационара на 1000 населения составило (в 2010 году 0,5, в 2011 году – 0,47, а в 2012 году увеличилось до 0,95. Средняя длительность пребывания в дневном стационаре в днях уменьшило) с 9,8 в 2010 году до 7,5 в 2012 году при этом количество пролеченных больных увеличилось с 940 в 2010г. до 1222 в 2012 году за счет увеличения оборота койки.

Таблица 74 - Динамика числа обращений на скорую медицинскую помощь населения, проживающего в Бухар-Жырауском районе (2005-2012 гг.) (тыс).

Показатели	Годы							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Число обращений	10,6	10,3	10,4	10,1	10,1	10,0	9,6	9,7
Число амбулаторных обращений	0,522	0,419	0,171	0,141	0,145	0,138	0,125	0,110
Число выездов с целью перевозки	0,788	0,611	0,728	0,763	0,923	0,738	0,582	0,506

Динамика числа обращений на скорую медицинскую помощь (таблица 74) показывает, что число обращений на скорую помощь снизилось 10 600 в 2005 году до 9 700 в 2012 году, из них обслужены на дому 110 человек и 506 были госпитализированы в стационары.

Таблица 75 - Оснащенность аппаратурой службы СиНМП пос. Ботакара

Регион (численность населения)	Состав бригад	Наличие аппаратуры	% оснащенности	% изношенности
Бухар - Жырауский 2 отделения 44954 человек	2 фельдшерские	ЭКГ- 2 (2010)	100	20
		РДА- 3 (2005)	100	50
		Глюкометр-2 (2010)	100	20
		Дефибриллятор-1 (2004)	100	60
		Электроотсос-1 (2005)	100	50

Таблица 76 - Категорийность медицинских работников СпНМП Бухар-Жырауского района

Годы	Высшая			I категория			II категория			Без категории		
	врач	фельдшер	диспетчер	врач	фельдшер	диспетчер	врач	фельдшер	диспетчер	врач	фельдшер	диспетчер
2005	-	7	-	-	1	-	-	3	-	-	-	-
2006	-	7	-	-	1	-	-	3	-	-	-	-
2007	-	7	-	-	1	-	-	3	-	-	-	-
2008	-	9,5	1	-	-	1	-	-	1	-	2	1
2009	-	8	1	-	-	1	-	-	1	-	1	1
2010	-	8	1	-	-	1	-	-	1	-	1	1
2011	-	6	1	-	1	1	-	1	1	-	3	1
2012	-	6	1	-	1	1	-	1	1	-	3	1

Таблица 77 - Основные показатели работы службы СпНМП Бухар-Жырауского района

Основные показатели	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Число обращений всего	10607	10324	10471	10176	10101	10003	9685	9799
Выполнено вызовов, в т.ч.:	10085	10274	10270	10176	10094	9993	9683	9788
- несчастные случаи	1046	799	689	666	590	583	529	636
-внезапные заболевания	8050	8725	8718	8583	8340	8450	8399	8433
- роды и патология	161	158	135	164	241	222	173	213
- перевозки	798	592	728	763	923	738	582	506
Обслужено амбулаторно	522	122	171	-	7	10	2	0
Число безрезультатных вызовов	30	2	-	-	-	-	2	25
Количество выездов позже 4 минут на срочные вызова (задержки)	52	50	14	20	1	-	28	39
Выполнено вызовов к детям до 15 лет	731	836	1106	742	873	1034	915	1133
В т.ч. к детям до 1 года	314	363	359	458	640	518	490	481
Из них госпитализировано	30	63	54	55	72	116	99	16
Выполнено вызовов к детям 15-18 лет	236	165	154	128	182	153	135	118
Доставлено в ЛПУ	564	529	438	387	493	432	424	515

Из них госпитализировано	429	469	390	345	386	368	318	331
Умерло детей	-	-	1	-	-	-	-	-
Досуточная летальность в стационаре	1	1	1	-	4	4	1	
Процент расхождения диагнозов	3	-	-	1	4	11	2	1
Умерло взрослых	56	53	6	37	31	45	28	29
Из них в присутствии работников скорой помощи	-	2	-	-	2	5	2	-
Повторные вызовы по вине мед. персонала	16	3	26	64	58	74	59	40
Число вызов в часы работы поликлиник	643	472	822	425	401	613	1261	1093

В соответствии с данными основных показателей работы службы СМП Бухар-Жырауского района, анализируя количество обращений за скорой медицинской помощью, отмечается ежегодная тенденция к уменьшению числа данного показателя за период 2005-2012 гг. он составил - 7,6%.

В то же время, с каждым годом отмечается увеличение количества вызовов в часы работы поликлиник за период 2005-2012 годы составивший 41,2%. Такая тенденция предполагает улучшение преемственности в работе службы первичной медико-санитарной помощи, т.е. СМП и амбулаторно-поликлинического звена, но не совсем достаточной (рисунок 21).

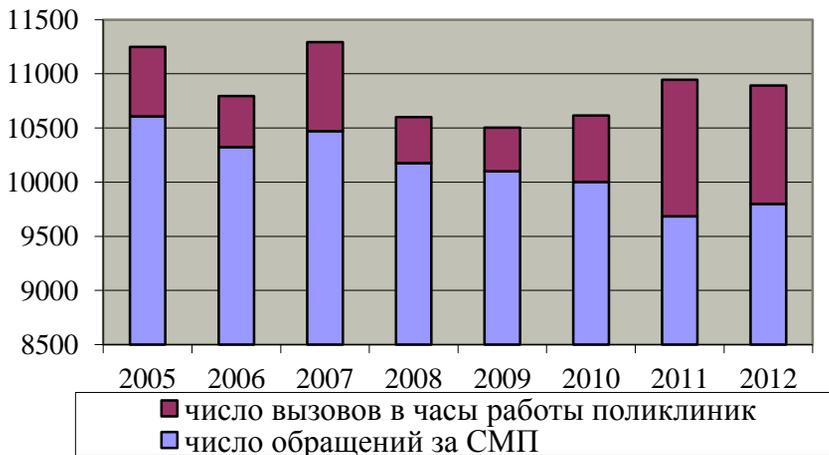


Рисунок 21 - Зависимость числа обращений за СМП и вызовов в часы работы поликлиник по Бухар-Жыраускому району за период 2005-2012г.г.

Согласно отчетным данным по структурным единицам выполненных вызовов констатируется следующее: наибольший процент из структуры выполненных вызовов занимают «внезапные заболевания», на втором месте - «несчастные случаи», на «перевозки» и «роды и патология беременности» приходится меньшее количество вызовов; количество несчастных случаев имеет ежегодную тенденцию к уменьшению, но за 2012 год отмечается рост данного показателя на 20% в сравнении с предыдущим годом; число внезапных заболеваний - это относительно стабильный показатель с ежегодно варьирующим процентом: в 2006 г. в сравнении с 2005 г. – увеличился на 8%, в 2007 г. - с 2006 г. – уменьшился на 0,1%; 2008г. в сравнении с 2007 г. – уменьшился на 1,5%; такая же ситуация в сравнении 2009 г. с 2008 г. – на 2,8%; в 2010 г. количество вызовов увеличилось на 1,3% в сравнении с 2009 г.; в 2011г. уменьшился – на 0,6% по отношению к 2010 г.; в 2012г. показатель увеличился на 0,6% в сравнении с 2011г.; такие структурные единицы, как «роды и патология беременности», «перевозки» - также относительно стабильный ежегодный показатель (рисунок 22).

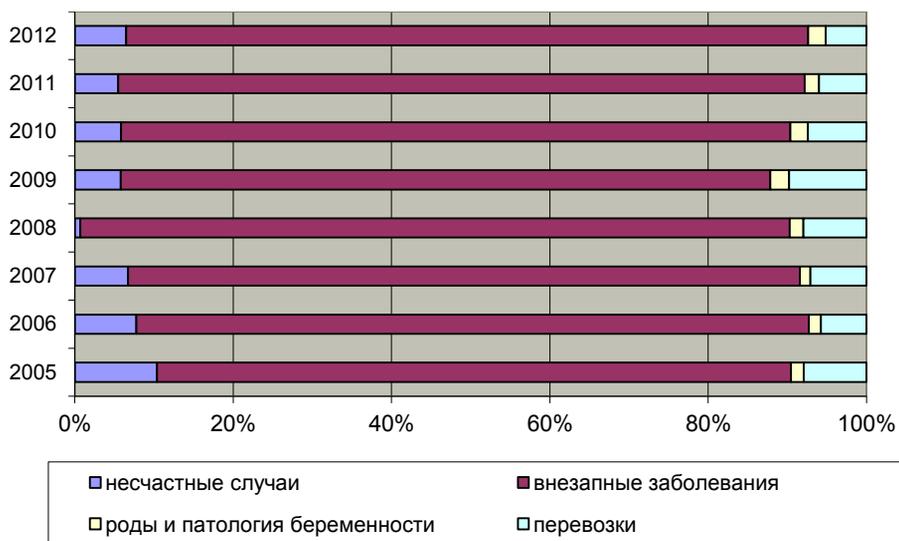


Рисунок 22 - Структура выполненных вызовов по Бухар-Жыраускому району за период 2005-2012г.г.

При проведении анализа динамики показателя, констатирующее качество работы службы СНМП, в частности, «повторные вызовы по вине медицинского персонала», имеет место снижение числа повторных вызовов в 2006г. и резкое увеличение его в 2008 г. и 2010 г., несмотря на достаточно высокий показатель категорийности по «высшей категории» 9,5 и 8, соответственно годам. В последние отчетные 2 года отмечается тенденция к снижению числа данного показателя, хотя категорийность по высшей квалификационной категории уменьшилась до 6 в 2011-2012 г.г. Можно предположить, что данный показатель зависит не только от профессиональной подготовки медицинского работника, но и от других

факторов, таких как: трудности диагностики на догоспитальном этапе, недостаточные преемственность с другими службами ПМСП и неграмотность населения. Динамика вышеуказанного показателя за 2005-2012 г.г. представлена в рисунке 23.

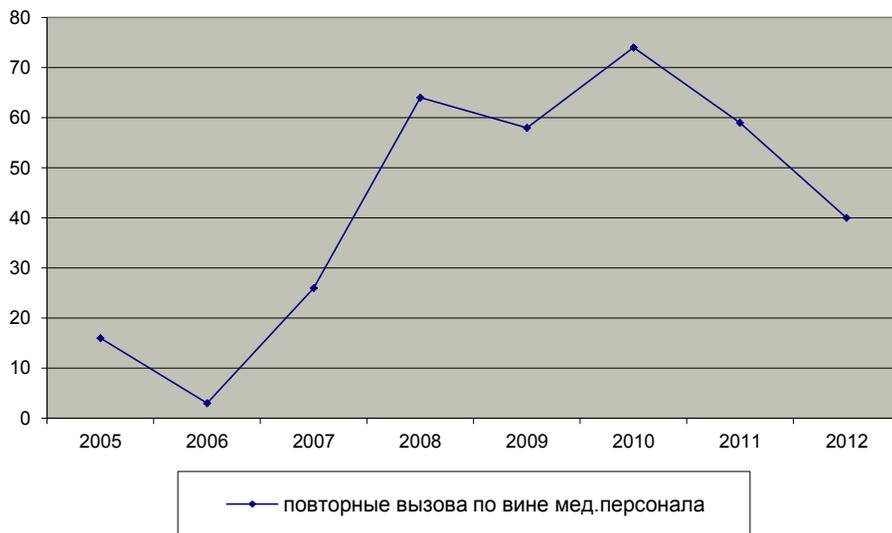


Рисунок 23 - Динамика показателя повторных вызовов по вине медицинского персонала по Бухар-Жыраускому району за период 2005-2012 г.г.

Таблица 78 - Структура вызовов по нозологии

Нозологические единицы	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Болезни органов дыхания всего, в т.ч.:	715	1076	1477	1627	1411	1761	1589	1777
ОРВИ	423	726	959	1229	987	1296	1163	1257
Грипп	107	-	31	-	-	-	-	-
Пневмония	36	55	65	70	64	58	35	73
Бронхит	86	128	255	158	181	180	93	159
Бронхиальная астма	65	162	149	102	127	184	248	259
Другие болезни органов дыхания	28	5	-	27	52	43	50	39
Болезни органов кровообращения, в т.ч.:	1752	2324	2348	2327	2707	2748	3153	2888
Острый инфаркт миокарда	10	9	10	8	10	5	8	5
ОНМК	14	23	34	37	21	38	32	34
Артериальная гипертензия	1094	1154	1203	1165	1545	1574	1943	1660
Другие болезни органов кровообращения	1811	1138	1096	1117	1121	1131	1170	1169
Болезни органов пищеварения, в т.ч.:	487	318	490	423	352	412	398	422
Язва желудка и 12-перстной кишки с прободением и (или) кровотечением	27	15	21	28	16	39	20	26
Острый холецистит/ панкреатит	310	132	140	116	82	126	117	109
Острый аппендицит	51	53	58	57	59	58	45	53
Ущемленная грыжа	5	1	15	11	4	18	2	-
Кишечная непроходимость	2	2	-	1	1	-	1	-
Другие болезни органов пищеварения	246	115	252	210	155	178	213	192
Болезни мочеполовой системы	164	239	202	230	245	183	248	196
Инфекционные заболевания	65	74	97	120	105	130	115	71
Травмы и отравления	408	718	670	671	632	639	539	644
Прочие болезни	5965	5525	5118	4556	4642	4120	3643	3801
Всего	9555	10274	10402	10176	10094	9993	9685	9799

Анализируя данные структуры вызовов по нозологии, отмечается наибольшее число заболеваний органов кровообращения, имеющее тенденцию к ежегодному увеличению, максимальное количество которого приходится на 2011 г.

На втором месте по количеству вызовов - болезни органов дыхания, также ежегодно увеличивающееся, «пик» которого отмечается в 2012 г.

Число вызовов по поводу: «травмы и отравления» - наибольшее после болезней органов кровообращения и дыхания. Количество вызовов других рассматриваемых структурных единиц, имеет относительно стабильный характер, варьирующий в небольших пределах. Наглядное изображение структуры вызовов по нозологии представлено в рисунке 24.



Рисунок 24 - Динамика заболеваний по Бухар-Жыраускому району за период 2005-2012 гг.

Проведенный нами анализ свидетельствует о том, что организация медицинской помощи населению Бухар-Жырауского района осуществляется на уровне МП, ФАП, ВА, СУБ, ЦРБ. Она характеризуется недостаточной обеспеченностью медицинскими кадрами, как врачами, так и средними медицинскими работниками, включая фельдшеров. Отсюда низкая доступность врачебной помощи вследствие низкой кадровой обеспеченностью, в ряде случаев отдаленных сельских пунктов; недостаточным уровнем оказания профилактической работы, низкой доступностью к специализированной медицинской помощи. В связи с этим решение вопроса оптимизации оказания медицинской помощи, требует комплексного подхода к решению выявленных проблем на межсекторальном, на межведомственном уровнях, а также внедрение новых организационных технологии оказания первичной медицинской помощи сельскому населению на уровне врачебных амбулатории, возможно организа-

ция координирующего центра семейного здоровья в районе. Учитывая прогрессивный возрастной тип структуры населения, проживающего на селе, необходимо усилить профилактическую работу среди лиц подросткового и лиц трудоспособного возраста. Учитывая контингент лиц пожилого и старческого возраста, а также лиц с ограниченными возможностями есть необходимость создания больниц сестринского ухода.

6 ТЕХНОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

6.1 Оптимизация оказания медицинской помощи сельским жителям с сердечно-сосудистыми заболеваниями на ее этапах

Главной и отличительной особенностью системы организации медицинского обслуживания сельского населения является ее этапность, при которой лечебно-профилактическая помощь жителям села оказывается комплексом медицинских учреждений (медицинский пункт (МП)→фельдшерско-акушерский пункт (ФАП)→семейная врачебная амбулатория (СВА) →центральная районная больница (ЦРБ).

Сущность принципа этапности заключается в том, что на каждом из последующих этапов оказывается медицинская помощь, которая не могла быть обеспечена на предыдущем этапе. В соответствии с этим каждый этап имеет в своем составе лечебно-профилактические учреждения, функции которых различны и при этом важен четкий алгоритм действия специалистами при оказании медицинской помощи.

Вместе с тем, не в полной мере используются имеющиеся возможности по улучшению качества и организации медицинской помощи больным с ССЗ в сельских районах. Уровень квалификации врачей ПМСП в данной области не отвечает современным требованиям.

В связи с чем нами проведен эпидемиологический анализ показателей по заболеваемости, смертности, инвалидности по артериальной гипертензии. По данным эпидемиологических исследований доля артериальной гипертензии составила 986,2 на 100 000 населения, которая приводит к ранней инвалидизации. Данные положения требуют разработки научно-обоснованных рекомендаций по совершенствованию профилактических, диагностических и реабилитационных технологий по артериальной гипертензии на уровне ПМСП. В связи с чем, нами проведена экспертная оценка знаний специалистов ПМСП и оценка уровня соответствия используемых стандартов, протоколов, руководства по артериальной гипертензии, рекомендаций ВНОК (2011).

Проведено анкетирование 50 врачей, 60 медсестер и 300 сельских жителей. На основании чего нами разработан алгоритм диагностики артериальной гипертензии на этапах оказания медицинской помощи в сельских условиях. Данная методика апробирована как система оптимизации диагностического процесса артериальной гипертензии. Это позволило специалистам ПМСП более рационально использовать предоставляемый методический материал с целью оказания качественной надлежащей медицинской помощи сельскому населению.

Проведенный анализ результатов анкетирования по выявлению факторов риска развития осложненных форм артериальной гипертензии и мозгового инсульта показал следующее. Гиподинамия, как фактор риска оценивалась по результатам опроса на предмет расстояния, которое проходил исследуемый за 1 день пешком и времени проведения «сидя» в

рабочее время. 33,2% исследованных проходили за день более 5 км, 50,5% исследуемых менее 75% проводили в положении сидя на рабочем месте, что подтвердило о значительных показателях гиподинамии.

Следующим фактором риска развития осложненных форм артериальной гипертензии и мозговых инсультов являлся избыточный вес и неправильное питание, со значительным употреблением в пищевом рационе жиров. При анкетировании было выявлено, что 18,9% исследуемых употребляют в пищу менее 10% жиров, более 30% жиров в рационе питания употребляют 31,7% человек, а избыточным весом страдают - 24,5%.

Только 5,85% респондентов, страдающих сахарным диабетом назвали сахарный диабет, как фактор риска развития инсульта. Потому что, сахарный диабет является грозным фактором риска развития мозговых инсультов и требует популяционной стратегии в профилактике. Больные с этим заболеванием имеют нарушения липидного обмена, артериальную гипертензию и различные проявления атеросклероза.

Еще одним фактором риска развития осложненных форм артериальной гипертензии и ОНМК является курение. Из числа курильщиков лишь 24,27% респондентов назвали фактором риска курение. Курение увеличивает риск развития инсульта вдвое, ускоряет развитие атеросклероза сонных и коронарных артерий, прекращение курения приводит через 2-4 года к снижению риска инсульта. Другим фактором риска развития ОНМК назвали алкоголь 33,33% человек.

При анкетировании у 23,86% респондентов имелись сердечно-сосудистые заболевания. Установленно, что сердечно-сосудистые заболевания являются значимым предиктором мозговых инсультов. У лиц старше 65 лет риск развития ишемического инсульта возрастает в 3-4 раза. Головные боли отмечены у 51,8% человек и соответственно головокружение - у 31,5% человек. Головные боли, как и головокружение могут быть симптомами прединсультного состояния, а именно транзиторных ишемических атак, которые в свою очередь рано или поздно, при отсутствии мер профилактики, приводят к развитию мозгового инсульта.

Лишь 37,34% респондентов, страдающих артериальной гипертензией, назвали повышение артериального давления фактором риска развития инсульта. Артериальная гипертония при показателях АД более 160/95 мм.рт.ст. увеличивает риск развития инсульта в 4 раза по сравнению с лицами, имеющими нормальное давление, а при АД более 200/115 мм.рт.ст – в 10 раз.

В результате анкетирования было выявлено, что к стрессовым ситуациям были подвержены 48,4% человек, нарушение сна имелись у 31,6% человек; частые конфликтные ситуации - 32,16%, перепады настроения имели место быть у 38,1%, тревожным ситуациям были подвержены 28,68%.

Таким образом, результаты, полученные при анкетировании свидетельствуют о низкой информированности большинства населения о

факторах риска развития осложненных форм артериальной гипертензии и инсульта. Так, 31,1% респондентов, набравших менее 8 баллов, не могли указать ни один фактор риска развития инсульта. 57,7% респондентов набрали от 8 до 25 баллов. По результатам этих исследований они находились в зоне риска. У 11,2% респондентов отмечена большая вероятность развития инсульта (нарушения мозгового кровообращения). Эти респонденты набрали от 26 до 46 баллов. 23% респондентов с избыточным весом нуждаются в обучении в «Школе борьбы с ожирением», 6,2% - в «Школе сахарного диабета», 37,6% - в «Школе артериальной гипертензии», 24,2% - в «Школе борьбы с курением».

6.2 Технология оказания медицинской помощи больным с осложненной формой артериальной гипертензии

Учитывая высокий уровень осложненных форм АГ нами разработан алгоритм тактических мероприятий на всех этапах маршрута пациента. Данные алгоритмы предназначены для оптимизации качества оказания неотложной помощи при осложненных формах АГ на уровне ПМСП сельских районов. Далее приводим алгоритмы.

Алгоритм действия при ГК, ОНМК в условиях медицинского пункта (МП)

При первичном обращении за медицинской помощью диагноз АГ основывается на данных не менее чем 2 измерений офисного АД в ходе не менее 2 визитов с интервалом в 1–2 недели, либо при выявлении повышения АД методом самоконтроля в домашних условиях при измерении АД утром и вечером в течение 7 дней.

1. Сбор анамнеза, осмотр пациента
2. Измерение АД:
- АД >130/85 мм рт. ст. и меньше <140/90 мм рт. ст.



- наблюдение за пациентом с рекомендациями по устранению факторов риска.
- АД 140/90–159/99 мм рт. ст. в течение 7 суток 2–3 раза в день



- направить пациента на консультацию к врачу
- АД 160/100 мм рт. ст. и выше при первом обращении



- направить пациента на консультацию к врачу, оказав первую помощь при наличии клинической симптоматики гипертонического криза, острого нарушения мозгового кровообращения.

1. Мониторинг и стабилизация жизненно-важных функций.

2. Оказание неотложной медицинской помощи, согласно протоколу диагностики и лечения РК (с учетом имеющихся возможностей).

Алгоритм действия при ГК, ОНМК

в условиях фельдшерско-акушерского пункта (ФАП)

Алгоритм диагностики и оказания медицинской помощи ГК:

1. Тот же + суточное мониторирование АД

2. Оказание неотложной медицинской помощи, согласно протоколу диагностики и лечения МЗ РК (с учетом имеющихся возможностей).

Алгоритм диагностики и оказания медицинской помощи при ОНМК:

1. Мониторирование жизненно-важных функций

- Мониторинг неврологического статуса (с оценкой по шкалам NIHSS и Глазго) каждые 4 часа в течение первых 72 часов.

- Мониторинг ЧСС и АД не менее 24-72 часов.

2. Оказание неотложной медицинской помощи, согласно протоколу Экспертного Совета МЗ РК.

Алгоритм действия при ГК, ОНМК

в условиях сельской врачебной амбулатории (СВА)

Решение вопроса о начале медикаментозного лечения (с учетом имеющихся возможностей) согласно протоколу диагностики и лечения МЗ РК, протоколу Экспертного Совета МЗ РК от 17.04.2012г.,

08.01.2013г.:



Выполнение обследования для выявления поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний



1. Оценка общего состояния и жизненно важных функций

2. Визуальная оценка

3. Исследование пульса, измерение ЧСС

4. Измерение АД на обеих руках каждые 15-30 мин.

5. Перкуссия: наличие увеличения границ относительной сердечной тупости влево.

6. Пальпация: оценка верхушечного толчка, его локализации.

7. Аускультация сердца: оценка тонов, наличие шумов, акцента и расщепления II тона над аортой.

8. Аускультация аорты и почечных артерий.

9. Аускультация легких: наличие влажных разнокалиберных хрипов с обеих сторон.

10. Уточнение наличия ухудшения зрения, рвоты, судорог, стенокардии, одышки; оценка диуреза.

11. Исследование неврологического статуса: снижение уровня сознания (с оценкой по шкалам NIHSS и Глазго), дефекты поля зрения, дисфагия, нарушение двигательных функций в конечностях, нарушение статики и походки, недержание мочи.



Оценка общего риска сердечно-сосудистых осложнений в соответствии с протоколом Экспертного Совета МЗ РК



1. Регистрация ЭКГ в 12 отведениях.
 2. Экспресс - анализ уровня глюкозы крови
 3. Суточное мониторирование артериального давления (по показаниям).
 4. Мониторинг сатурации кислородом не менее 24-72 часов
 5. Мониторинг жидкостного и электролитного баланса не менее 24-72 часов (контроль суточного диуреза, электролитов крови)
- Контроль лабораторных показателей (с учетом имеющихся возможностей)

Алгоритм действия при ГК, ОНМК
в условиях центральной районной больницы (ЦРБ)
Исключение вторичных гипертензий



Оценка общего сердечно-сосудистого риска (на основании анализа факторов риска, наличия поражения органов-мишеней и выявления ассоциированных клинических состояний).



Ведение пациентов согласно протоколу диагностики и лечения МЗ РК, протоколу «Алгоритмы и клинические протоколы диагностики и лечения ОНМК», утвержденный протоколом Экспертного Совета Министерства Здравоохранения Республики Казахстан от 17.04.2012г., 08.01.2013г.

Алгоритм диагностики и оказания медицинской помощи ГК:

1. Тот же
2. Оказание неотложной медицинской помощи, согласно протоколу диагностики и лечения РК (с учетом имеющихся возможностей).

Алгоритм диагностики и оказания медицинской помощи при ОНМК:

1. Мониторинг жизненно-важных функций

Мониторинг неврологического статуса (с оценкой по шкалам NIHSS и Глазго) каждые 4 часа в течение первых 72 часов

- Мониторинг ЧСС и АД не менее 24-72 часов
- Мониторинг сатурации кислородом не менее 24-72 часов
- Мониторинг жидкостного и электролитного баланса не менее 24-72 часов (контроль суточного диуреза, электролитов крови)
- Мониторинг уровня глюкозы при уровне гликемии выше 10 ммоль/л

- Мониторинг более 72 часов проводится по показаниям (фибрилляция предсердий, нарастающее угнетение сознания, нарастание неврологического дефицита, кардиореспираторные заболевания в анамнезе)

2. Контроль лабораторных показателей и инструментальные исследования

- общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов
- общий анализ мочи
- КФК
- МНО, АЧТВ, фибриноген
- холестерин крови, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды
- электролиты крови
- АлаТ, АсаТ, общий, прямой билирубин
- мочевины, креатинин
- общий белок и белковые фракции
- Определение группы крови и резус фактор
- ЭКГ
- холтеровское мониторирование ЭКГ по показаниям
- Пациентам с ТИА, малым инсультом и спонтанным регрессом симптоматики рекомендуется срочное ультразвуковое исследование сосудов

- ЭЭГ при судорожном синдроме
- УЗИ сердца проводится пациентам:
 - С наличием кардиальной патологии в анамнезе, выявленной при объективном исследовании или по данным ЭКГ
 - С подозрением на парадоксальную эмболию;
 - При неустановленной причине инсульта;
 - С подозрением на кардиальный источник эмболии (при церебральных инфарктах в разных сосудистых бассейнах);
 - С подозрением на патологию аорты;
- Рентгенография легких по показаниям

При геморрагическом инсульте и обширном инфаркте мозжечка консультация нейрохирурга

По показаниям консультация кардиолога, эндокринолога, гематолога

3. Обеспечение адекватной оксигенации

- При необходимости установить воздуховод, очистить дыхательные пути, ИВЛ

При SaO₂ менее 95% необходимо проведение оксигенотерапии (начальная скорость подачи кислорода 2-4 л\мин.)

4. Поддержание адекватного уровня АД

- Уровень АД в острейшем периоде не принято снижать, если он не превышает 220/110 мм рт. ст. при ишемическом инсульте и 180/105 мм рт.ст. при геморрагическом инсульте у пациента с фоновой АГ и 160/105 без АГ в анамнезе для сохранения достаточного уровня перфузии.

- При необходимости снижение давления осуществляют на 15-20% от исходных величин (на 5-10 мм рт.ст. в первые 4 часа, а затем на 5-10 мм рт.ст. каждые 4 часа - для пациентов с острым инфарктом миокарда, сердечной недостаточностью, острой почечной недостаточностью, гипертонической энцефалопатией или дисекцией аорты.

2. Оказание неотложной медицинской помощи, согласно протоколу «Алгоритмы и клинические протоколы диагностики и лечения ОНМК», утвержденный протоколом Экспертного Совета Министерства Здравоохранения Республики Казахстан от 17.04.2012г., 08.01.2013г.

Разработка и реализация алгоритмов тактических действий при ГК и ОНМК позволит:

- Оптимизировать лечебно-диагностический процесс на этапах амбулаторно-поликлинического звена в условиях сельского здравоохранения

- Систематизировать лечебно-диагностическую тактику на этапах оказания медицинской помощи.

1. Снизить летальность путем повышения качества и своевременности обеспечения неотложной помощи в условиях сельского амбулаторно-поликлинического звена.

- Повысить эффективность использования медицинских ресурсов при оказании экстренной помощи

- Повысить уровень квалификации медицинского персонала

- Оперативно и объективно проводить экспертную оценку лечебно-диагностического процесса на всех этапах амбулаторно-поликлинического звена сельского здравоохранения

Внедренные алгоритмы на этапах оказания неотложной помощи позволили снизить летальность, повысить эффективность использования медицинских ресурсов оказания неотложной помощи и повысить уровень квалификации специалистов ПМСП (врач, медсестра), объективно проводить экспертную оценку лечебно-диагностического процесса на всех ее этапах.

Внедренная в практику ПМСП на селе алгоритмизация диагностического процесса на стадии постановки диагноза, верификации артериальной гипертензии, стратификации рисков развития осложнений артериальной гипертензии, организация обучения специалистов все это способствует совершенствованию медицинской помощи больным с артериальной гипертензией.

6.1.2 Технология реабилитации инвалидов вследствие мозгового инсульта на фоне артериальной гипертензии

Реабилитация инвалидов с последствиями перенесенного мозгового инсульта на фоне АГ представляет собой сложную динамическую систему медицинских, психологических и социальных мероприятий, направленных на возможно более полное восстановление личности и социального статуса больного, перенесшего инсульт, и осуществляется на основании ИПР, в соответствии с п. 17, пп.2 закона «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан» (2005).

Принципы реабилитационно-экспертной диагностики и технология реабилитации нами были разработаны в 2003 г. в научно-исследовательской работе «Разработка подходов к формированию методов определения системы медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов».

Для создания единого подхода к реабилитации больных и инвалидов вследствие АГ, перенесших мозговую инсульт, нами использована технология реабилитационного процесса, которая включает в себя следующие этапы:

- 1) экспертно-реабилитационная диагностика;
- 2) определение реабилитационного потенциала (прогноза реабилитации);
- 3) определение клинико-реабилитационных групп;
- 4) проведение медико-социальной экспертизы;
- 5) составление индивидуальной программы реабилитации;
- 6) проведение индивидуальной программы реабилитации;
- 7) оценка эффективности реабилитационных мероприятий.

Первый этап - экспертно-реабилитационная диагностика

Проведение экспертно-реабилитационной и функциональной диагностики, уточнение степени выраженности основных категорий жизнедеятельности осуществляется традиционными методами, принятыми в экспертной практике, путем определения степени выраженности нарушенных функций организма.

Второй этап – определение реабилитационного потенциала

РП инвалида – это показатель, оценивающий на основе комплекса медицинских, психологических и социальных факторов реальные возможности восстановления нарушенных функций и способностей организма, в том числе, участия в трудовой деятельности.

При оценке РП учитывается возможность обратимости и (или) компенсируемости функциональных нарушений, психологическая готовность инвалида к реабилитации, наличие и степень выраженности сопутствующих заболеваний, способность к компенсации ограничения жизнедеятельности при помощи технических средств и возможность сохранения имеющегося уровня патологии при прогрессирующем течении процесса. Относительно инвалидов с АГ, перенесших мозговую инсульт, соотношение РП и количественной оценки ограничений жизнедеятельности по ФК выглядит следующим образом:

- при высоком РП больные с АГ, перенесшие мозговой инсульт, имеют низкий класс функциональных нарушений – ФК-1 (до 25%), при освидетельствовании которых в отделе МСЭ инвалидность не устанавливается;

- средний РП соответствует ФК-2 (26-50%), то есть, когда имеют место умеренные нарушения функций организма. При освидетельствовании больным с АГ, перенесшим мозговой инсульт, в большинстве случаев может быть установлена III группа инвалидности;

- низкий РП соответствует значительному ограничению жизнедеятельности, то есть, ФК-3 (51-75%), при котором устанавливается II группа инвалидности;

- отсутствие РП имеет место при резко выраженном ограничении жизнедеятельности, сопровождающемся отсутствием возможности самообслуживания, передвижения, и др., что соответствует ФК-3-4 (76-100%). В этих случаях устанавливается I группа инвалидности.

Определение клинико-реабилитационных групп

Объектом реабилитации являются инвалиды с различным реабилитационным потенциалом в разные сроки болезни. Поэтому цели и задачи реабилитации у пациентов с АГ, перенесших мозговой инсульт, существенно различаются. С целью определения конкретных задач реабилитации, выделяют однородные категории больных, т.е. клинико-реабилитационные группы (КРГ), реабилитация которых проводится по единой программе в одинаковые сроки и направлена на достижение однородных результатов.

Для выделения больных с АГ, перенесших мозговой инсульт, с различным реабилитационным потенциалом распределяют реабилитантов на три основные группы: КРГ-1, КРГ-2, КРГ-3:

- КРГ-1 - группа ранней реабилитации;

- КРГ-2 - группа реабилитации больных;

- КРГ-3 - группа реабилитации инвалидов.

В свою очередь в каждой группе дополнительно выделяются подгруппы.

К группе ранней реабилитации КРГ-1 относятся больные с остро возникшими инвалидизирующими последствиями заболевания (подгруппа КРГ-1.1), то есть с впервые развившимся мозговым инсультом. Такие больные подлежат проведению лечебных и реабилитационных мероприятий в условиях стационара, а иногда и реанимационного отделения. Их реабилитация должна быть интегрирована в лечение острого состояния. К подгруппе КРГ-1.2 относят больных с начальными проявлениями хронических заболеваний (при инсультах ее нет).

КРГ-2 - группа реабилитантов с затянувшимися или стойкими последствиями церебральных инсультов. В КРГ-2 выделены 2 подгруппы: КРГ-2.1 - подгруппы больных с легко и умеренно выраженными последствиями в виде нарушений функций, которые не влияют, или слегка ограничивают жизнедеятельность, РП таких больных высокий, реже средний; КРГ-2.2 - подгруппа больных с выраженными функциональными нарушениями, которые существенно ограничивают жизнедеятель-

ность и создают реальную угрозу инвалидности, РП их средний или низкий.

КРГ-3 - группа реабилитантов формируется после признания больного инвалидом в отделе МСЭ. В зависимости от РП и, следовательно, и степени нарушений функций и ограничения жизнедеятельности. КРГ-3 подразделяется на три подгруппы: КРГ-3.1 - инвалиды с высоким РП; КРГ-3.2 - инвалиды со средним РП; КРГ-3.3 - инвалиды с низким РП.

Применительно к инсультам такая группировка отражает ряд моментов:

- во-первых, она разделяет всех реабилитантов на больных (КРГ-1 и КРГ- 2) и инвалидов (КРГ-3);

- во-вторых она отражает период инсульта и фазы реабилитации (фаза реабилитации больного и фаза реабилитации инвалида).

Если устранить ограничение жизнедеятельности невозможно, отдел МСЭ признает больного инвалидом, составляет индивидуальную программу реабилитации инвалида, и он переходит в КРГ-3. Контроль за выполнением ИПР осуществляется службой МСЭ.

Учитывая, что в Казахстане существует градация по группе инвалидности, предложенная нами методика определения ФК должна соответствовать группам инвалидности (рисунок 24).

Преимуществом методики определения ФК является универсальность, возможность цифрового выражения и краткость в отличие от методики словесного ранжирования, которую мы пока используем в ежедневной экспертной практике.

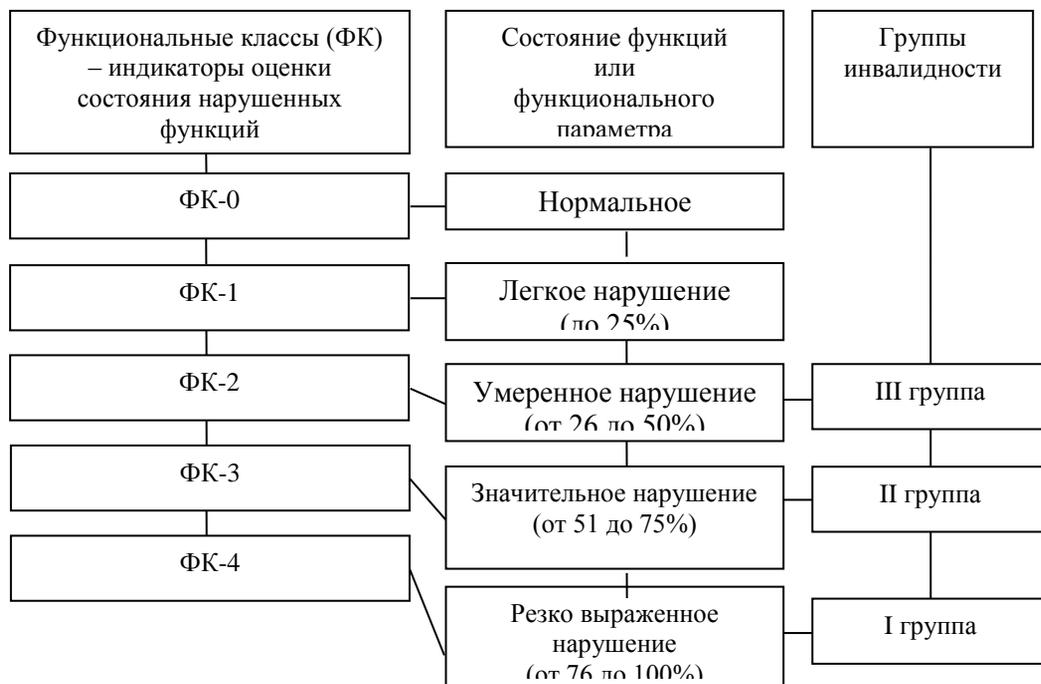


Рисунок 25 - Соответствие функциональных классов группам инвалидности
Составление индивидуальной программы реабилитации (ИПР)

При составлении индивидуальной программы реабилитации инвалидов с мозговым инсультом на фоне АГ, врач должен основываться на клинико-функциональных данных, степени ограничения жизнедеятельности, реабилитационном потенциале и реабилитационном прогнозе, потребностях инвалидов в различных видах реабилитации, результатах медико-социальной экспертизы.

ИПР определяет комплекс реабилитационных мероприятий, включающих в себя медицинские, социальные, профессиональные реабилитационные меры, направленные на восстановление и (или) компенсацию нарушенных и утраченных функций организма. Нами ранее были разработаны методические рекомендации по составлению индивидуальной программы реабилитации инвалидов (2004 г.).

При всей значимости перечисленных факторов РП, ведущее место занимает тяжесть инсульта, зависящая от локализации и размера очага поражения, определяющих выраженность, распространенность и обратимость функционального дефекта, от которого зависит состояние жизнедеятельности и возможности возвращения к труду и социальной интеграции [8, 9, 10, 11].

Медицинская реабилитация больных вследствие инсульта начинается задолго до определения группы инвалидности [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19] и делится на два основных этапа:

1. Стационарный этап.

2. Поликлинический этап реабилитации делится на 4 основных периода:

- первый – переходный, от завершения стационарного или санаторного этапа до момента возобновления трудовой деятельности;

- второй период - вработывания, он длится 2-4 недели при условии возвращения на прежнюю должность;

- третий период частичного ограничения трудовых нагрузок, продолжается 5-6 недель;

- четвертый период полной работоспособности наступает через 5-6 мес. трудовой активности.

Задачами медицинской реабилитации являются:

- преемственное продолжение лечения и восстановительные мероприятия в амбулаторных условиях после прохождения МСЭ;

- определение степени восстановления трудоспособности;

- составление индивидуальной программы реабилитации;

- завершение ВУТ;

- определение объема служебных нагрузок и необходимости рационального трудоустройства;

- рекомендация диспансерного наблюдения и назначение очередной явки в кабинет реабилитации (невролога) или к участковому врачу.

Длительность и кратность поликлинического наблюдения определяется следующими факторами:

- исходный функциональный фон сердечно-сосудистой системы больных в доинсультном периоде (АГ, ИБС, атеросклероз сосудов и др.);

- клинко-анатомические особенности острого периода болезни;
- уровень функционального класса, устанавливаемый у пациента перед поступлением на поликлинический этап реабилитации.

ИПР составляется в территориальном отделе МСЭ на основе плана реабилитационных мероприятий (п. 12), предусмотренных в форме 088/у (направление на МСЭ), утвержденной приказом Министерства здравоохранения РК от 31.03.2004 г. № 308, и должна определять объемы, виды и сроки проведения реабилитационных мероприятий. ИПР служит руководством для лечащего врача и отдела МСЭ по вопросам тактики ведения больного.

Медицинская часть ИПР содержит сведения о ФИО инвалида, дате рождения и домашнем адресе, о группе и причине инвалидности, клинко-экспертный диагноз, перечень реабилитационных мероприятий, длительность и кратность курсов лечения, сроки выполнения. ИПР разрабатывается на срок инвалидности – 6 месяцев, 1, 2 года или бессрочно. Образец медицинской ИПР приводим ниже:

Медицинская часть реабилитации

№ «183» к акту медико-социальной экспертизы № 196 от 30.01.2012

1. ФИО (инвалида) П.
2. Дата рождения 23.05.1965
3. Дата разработки медицинской части реабилитации 30.01.2012
4. Адрес г. Карганда
5. Группа инвалидности первая группа
6. Причина инвалидности по форме - 7 общее заболевание

Таблица 79 – Медицинская реабилитация больных

Реабилитационные мероприятия	Рекомендации территориального подразделения		Выполнение		Место выполнения (поликлиника, на дому, стационар, реабилитационный центр, санаторий)	Не выполнено, причина
	Длительность и кратность курсов	Сроки выполнения	Длительность и кратность курсов	Дата выполнения		
Стационарное лечение						
По медицинским показаниям	согласно протоколам лечения	30.01.2014				
Другие						
Гипотензивные, сосудистые, ноотропные препараты, антиоксиданты, общеукрепляющие витаминотерапия, ЛФК, массаж, ИРТ	длит: курсами крат: 2 р. в год	30.01.2014				

7. Клинико-экспертный диагноз: (основной, сопутствующий) Последствия перенесенного инфаркта мозга в бассейне левой средней мозговой артерии (09-2010) на фоне артериальной гипертензии 3 ст., риск 4. Правосторонний глубокий гемипарез с пlegией руки. Моторная афазия. Нейрогенная дисфункция тазовых органов по типу недержания.

8. Оценка результатов реализации по медицинской части реабилитации (подчеркнуть): восстановление нарушенных функций (полное или частичное), компенсация нарушенных функций (полная или частичная), отсутствие положительного результата (заполняет специалист ответственный за реализацию ИПР)

9. Срок реализации медицинской части реабилитации 30.01.2014

Основными задачами комплексной восстановительной терапии в целях реабилитации больных с ОНМК являются ликвидация или уменьшение активности патологической системы, служащие базисом стойких неврологических изменений, а также активизация антисистемы. Важное терапевтическое значение имеют любые методы, направленные на расшатывание и дестабилизацию патологической системы. Во всех случаях патологическую систему ликвидируют собственные эндогенные саногенетические механизмы, а лечебное воздействие способствует реализации этих механизмов. Физическая реабилитация является составной частью медицинской, социальной и профессиональной реабилитации и представляет собой систему мероприятий, направленных на восстановление или компенсацию физических возможностей и интеллектуальных способностей, повышение функционального состояния организма, улучшение физических качеств, психоэмоциональной устойчивости и адаптационных резервов организма. Физическая реабилитация располагает широким арсеналом средств, которые можно подразделить на:

1) активные: все формы кинезотерапии: разнообразные физические упражнения, элементы спорта и спортивной подготовки (ходьба, бег и другие), работа на тренажерах: (механотерапия), гидрокинезотерапия;

2) пассивные: массаж, мануальная терапия, рефлексотерапия, физиотерапия, включающая нервно-мышечную электростимуляцию, естественные и преформированные природные факторы;

3) психорегулирующие: аутогенная тренировка, мышечная релаксация, биологическое руководство обратной связью и т.д.

Различают три уровня реабилитации больных после инсульта [21].

- уровень восстановления, который достигается в ранние сроки (первые полгода) после инсульта;

- уровень компенсации с включением в выполнение функций тех образований и систем мозга, которые раньше не принимали участие в их выполнении;

- уровень реадaptации, т.е. приспособления к дефекту, если он не устраним. Программа медицинской реабилитации должна включать проведение ее в условиях стационара, санатория, поликлиники.

Противопоказания к проведению ЛФК (кинезотерапии), как правило, временные – это острое инфекционное заболевание, общее тяжелое

состояние больного с угнетением сознания, гипертермия, выраженный болевой синдром, опасность массивного кровотечения. К более длительным ограничениям следует отнести когнитивные нарушения, афатические расстройства, которые часто сопутствуют цереброваскулярной патологии и ограничивают общение больного.

Таблица 80 - Алгоритм реабилитационных мероприятий для больных с острым нарушением мозгового кровообращения

Вид реабилитационного мероприятия	Перечень основных средств реабилитационных мероприятий
1	2
Физиотерапия	<p>Противоотечные методы для восстановления ликвородинамики (ПМП, лазеротерапия)</p> <p>Гипокоагулирующие методы для улучшения реологических свойства крови (низкочастотная магнитотерапия, хлоридные натриевые, йодобромные ванны, инфракрасная лазеротерапия, ЛОК)</p> <p>Энзимстимулирующие методы для улучшения метаболизма нервной ткани (инфракрасная лазеротерапия, трансцеребральная УВЧ-терапия,)</p> <p>Трофостимулирующие методы для улучшения биоэлектrogenеза головного мозга (ДДТ, СМТ, электростимуляция, местная дарсонвализация)</p> <p>Нейростимулирующие методы для предупреждения прогрессирования двигательных нарушений (нейроэлектростимуляция, ДДТ - токи ДВ, КП и ДП, амплипульсотерапия - токи ПП, ПЧПиПМ)</p>
Массаж	<ul style="list-style-type: none"> • Классический лечебный, с элементами мануальной терапии • Точечный массаж • Избирательный массаж паретичных конечностей • Пневмо-компрессорный массаж • Бесконтактный гидромассаж • Вибромассаж • Система «Хивамат»
Лечебная физкультура (кинезиотерапия)	<ul style="list-style-type: none"> • Лечебная гимнастика (активно-пассивные, дыхательные упражнения) • Пассивная разработка • Лечение положением • Обучение и тренировка в ходьбе • Гидрокинезиотерапия • Занятия на тренажерах различной направленности (циклические, силовые, инерционные, ротационные и др.) со встроенной системой контроля симметрии, с биологически-обратной связью • Тренировка мелкой моторики кисти • Ограничительно-побудительная двигательная реабилитация • Терапия с помощью зеркала • Постуральная тренировка по методу Бобат (Bobath). «Слинг-система». «Эрриго-система» Стабилотерапия

	<ul style="list-style-type: none"> • Упражнения для увеличения мышечной силы • Упражнения на координацию • Методика кондуктивной педагогики (Андраш Петьо) • Методика Фенделькрайза • Активно-пассивные техники рефлексорных упражнений по системам Войта, Кастильо-Моралема, PNF. <p>Роботизированная механотерапия (восстановления ходьбы)</p>
Восстановление речи	<p>Индивидуальные занятия с логопедом</p> <p>Групповые занятия с логопедом с фиксацией динамики восстановления в логопедической карте</p>
Психокоррекция и психотерапия	<p>Индивидуальные занятия</p> <p>Групповые занятия</p>
Социальная реабилитация	
Социально-бытовая адаптация	<ul style="list-style-type: none"> • Информирование и консультирование по вопросам социально-бытовой реабилитации пациента и членов его семьи. • Обучение пациента самообслуживанию. • Адаптационное обучение семьи пациента. • Обучение больного и инвалида пользованию техническими средствами реабилитации. <p>Организация жизни пациента в быту (адаптация жилого помещения к потребностям больного и инвалида).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Обеспечение техническими средствами реабилитации (в программе указываются необходимые мероприятия для создания бытовой независимости пациента). • Сурдотехника. • Тифлотехника. • Технические средства реабилитации.
Социально-средовая реабилитация	<ul style="list-style-type: none"> • Социально-психологическая и психологическая реабилитация (психотерапия, психокоррекция, психологическое консультирование). • Осуществление психологической помощи семье (обучение жизненным навыкам, персональной безопасности, социальному общению, социальной независимости). • Содействие в решении личных проблем. • Консультирование по правовым вопросам. • Обучение навыкам проведения досуга и отдыха.
Профессиональная реабилитация	<ul style="list-style-type: none"> • Профориентация (профинформирование, профконсультирование). • Психологическая коррекция. • Обучение (переобучение). • Создание специального рабочего места инвалида. • Профессионально-производственная адаптация.

Таблица 81 - Ориентировочная схема назначения лечебной гимнастики в зависимости от срока с момента инсульта и тяжести течения болезни

Течение болезни	Срок назначения лечебной гимнастики	Срок с момента инсульта	Число процедур лечебной гимнастики	Возможные исходные положения
Легкое (легкий гемипарез)	8-10-й день, то есть начало 2-й недели	15-17-й день	1 неделя занятий, то есть 7 процедур ЛГ	Лежа, поворот на бок
		22-26-й день 36-40-й день	2 неделя занятий, то есть 14 процедур ЛГ 3-4 неделя занятий, то есть 28 процедур ЛГ	Лежа, сидя
Ориентировочно за 5 недель с момента инсульта больному с легким неосложненным течением болезни курс лечения составит около 30 процедур ЛГ, если ее начать с 8-10-го дня. После таких лечебно-восстановительных мероприятий больные ходят без посторонней помощи, без палочки, не имеют, как правило, дефектов походки и полностью себя обслуживают				
Средней тяжести (плегия руки и парез ноги)	12-16-й день, то есть конец 2-й - начало 3-й недели	22-26-й день	1,5 недели занятий, то есть 10 процедур ЛГ	Лежа, поворот на бок
		36-40-й день 53-57-й день	3,5 недели занятий, то есть 24 процедуры ЛГ 5,5-6 недель занятий, то есть 38-42 процедуры ЛГ	Лежа, сидя Лежа, сидя, стоя, ходьба
Ориентировочно за 7-8 недель с момента инсульта для больного с течением болезни средней тяжести курс лечения составит около 40 процедур ЛГ, если ее начать с 12-16-го дня. После таких лечебно-восстановительных мероприятий больные ходят с палочкой (или без нее), навыки самообслуживания затруднены, иногда отсутствуют из-за пареза кисти, но компенсируются здоровой рукой, а также движениями в плечевом и локтевом суставах паретичной руки. Продолжение занятий лечебной гимнастикой на последующих этапах обязательно				
Тяжелое (гемиплегия с возможными осложнениями со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем)	17-21-й день, то есть конец 3-й недели	27-31-й день	1,5 недели занятий, то есть 10 процедур ЛГ	Лежа, поворот на бок
		41-45-й день	3,5 недели занятий, то есть 24 процедуры ЛГ	Лежа, сидя
		66-70-й день	7 недель занятий, то есть 50 процедур ЛГ	Лежа, сидя, стоя, ходьба
Ориентировочно за 9-10 недель с момента инсульта больному при тяжелом, с возможными осложнениями течения болезни курс лечения составит около 50 процедур ЛГ, если ее начать с 17-21-го дня. После таких лечебно-восстановительных мероприятий больные передвигаются с помощью, или с палочкой и костылем, или только с палочкой, но навыки самообслуживания паретичной рукой отсутствуют. Требуется обязательное продолжение занятий ЛГ в течение ближайшего года (первая половина позднего восстановительного периода) в поликлинике или в домашних условиях				

В процессе реабилитационного лечения средства физической реабилитации (ФР) используются в трех направлениях – восстановительном, поддерживающем и профилактическом. Как метод поддерживающей терапии ФР применяется в тех случаях, когда достигнут так называемый предельный успех в восстановительном лечении, а патологические изменения приобрели относительную стабильность. ФР, как метод профилактической терапии, рассматривается в качестве неспецифического предупреждения осложнений, обусловленных малоподвижным или резко ограниченным двигательным режимом, а также сдерживания развития возможных отклонений в системах организма.

В межсвидетельствуемый период реабилитационные мероприятия должны быть реализованы лечащими врачами на уровне ПСМП. При направлении на очередное переосвидетельствование в отдел МСЭ, лечащий врач должен сделать отметки в ИПР о выполнении или невыполнении запланированных реабилитационных мероприятий.

В социальной реабилитации нуждаются инвалиды, которым не удалось достигнуть должного эффекта на предыдущих этапах реабилитации, в частности оказались малоэффективными меры медицинской реабилитации и сохранились различные ограничения жизнедеятельности в связи с неполным восстановлением функции организма.

Социальная часть ИПР разрабатывается также специалистами отдела МСЭ на основании плана реабилитационных мероприятий ф. 88/у, а инвалидам, имеющим инвалидность бессрочно – на основании выписки ВКК. В социальной ИПР указываются технические средства реабилитации (ТСР), необходимые инвалиду с последствиями ОНМК на фоне АГ для преодоления ограничений жизнедеятельности.

Обучение инвалидов вследствие перенесенного инсульта основным социальным навыкам – это восстановление, развитие и формирование у инвалидов повседневных навыков самообслуживания, передвижения, нарушенных или затрудненных в результате нарушения функций путем формирования нового стереотипа их выполнения за счет других сохранившихся функций на основе упражнений, тренировок, повторения и других обучающих средств и технологий.

Социальная часть реабилитации

№ 183 к акту медико-социальной экспертизы № 196 от 30.01.2012

1. ФИО (инвалида) П.
2. Дата рождения 23.05.1965
3. Дата разработки социальной части реабилитации 30.01.2012
4. Адрес г. Караганда
5. Группа инвалидности первая группа
6. Причина инвалидности по форме - 7 общее заболевание
7. Клинико-экспертный диагноз: (основной, сопутствующий) Последствия перенесенного инфаркта мозга в бассейне левой средней мозговой артерии (09-2010) на фоне артериальной гипертензии 3 ст., риск 4.

Правосторонний глубокий гемипарез с пlegией руки. Моторная афазия. Нейрогенная дисфункция тазовых органов по типу недержания.

Таблица 82 – Социальная реабилитация больных

Реабилитационные мероприятия	Рекомендации территориального подразделения	Исполнитель	Дата выполнения	Не выполнено, причина
	сроки выполнения (заполняет специалист территориального подразделения)			
Костыли, трости, ходунки;				
Трость опорная, ходунки	30.01.2014			
Подгузники;				
Подгузники (вес 85 кг, объем бедер 100 см)	30.01.2014			

8. Оценка результатов реализации по социальной части реабилитации (подчеркнуть): полное или частичное восстановление навыков самообслуживания, самостоятельного проживания, передвижения, ориентации, социально-психологического статуса, отсутствие положительного результата (заполняет специалист ответственный за реализацию ИПР)

9. Срок реализации социальной части реабилитации 30.01.2014

Социальная часть ИПР инвалидом или его законным представителем предоставляется в органы социального обеспечения, где инвалид обеспечивается ТСР бесплатно, за счет государственного бюджета.

Профессиональная часть ИПР также разрабатывается в территориальных отделах МСЭ на основании заявления инвалида или его законного представителя и заключения ВКК лечебного учреждения, где должна быть указана профессия, рекомендованная пациенту для рационального трудоустройства и не противопоказанная ему по состоянию здоровья. В соответствии с «Законом о социальной защите инвалидов» №39-III ЗРК от 13 апреля 2005 г., ст. 12: «Инвалиды в Республике Казахстан обладают всей полнотой социально-экономических и личных прав и свобод, закрепленных Конституцией Республики Казахстан, другими законодательными актами Республики Казахстан, включая права на: профессиональную подготовку, восстановление трудоспособности и трудоустройство».

Заключение о пригодности инвалида для выполнения работы в определенной профессии или специальности, которые есть на предприятии или организации, согласно Приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 ноября 2009 года № 709 «Об утверждении Перечня вредных производственных факторов, профессий, при которых проводятся обязательные медицинские осмотры, Правил проведения

обязательных медицинских осмотров», определяет ВКК лечебного учреждения, которая проводит предварительный и периодический медицинский осмотр, и лечащие врачи. Приводим пример профессиональной части ИПР:

Профессиональная часть реабилитации

№ «183» к акту медико-социальной экспертизы № 196 от 30.01.2012

1. ФИО (инвалида) П.
2. Дата рождения 23.05.1965
3. Дата разработки профессиональной части реабилитации 30.01.2012
4. Адрес г. Караганда
5. Группа инвалидности первая группа
6. Причина инвалидности по форме - 7 общее заболевание
7. Клинико-экспертный диагноз: (основной, сопутствующий) Последствия перенесенного инфаркта мозга в бассейне левой средней мозговой артерии (09-2010) на фоне артериальной гипертензии 3 ст., риск 4. Правосторонний глубокий гемипарез с пlegией руки. Моторная афазия. Нейрогенная дисфункция тазовых органов по типу недержания.

Таблица 83 – Профессиональная реабилитация больных

Реабилитационные мероприятия	Рекомендации территориального подразделения	Исполнитель	Дата выполнения	Не выполнено, причина
	сроки выполнения			
	(заполняет специалист территориального подразделения)	заполняет специалист ответственный реализацию ИПР)		
Для получения профессионального высшего образования				
Для получения образования через органы системы социальной защиты населения				
Трудоустройство	Надомный труд			

8. Оценка результатов реализации по профессиональной части реабилитации (подчеркнуть): обучен (а), переобучен (а), приобретена профессия, создано рабочее место, трудоустроен (а), отсутствие положительного результата (заполняет специалист ответственный за реализацию ИПР)

9. Срок реализации профессиональной части реабилитации 30.01.2014 10. Дата реализации профессиональной части реабилитации (заполняет специалист территориального подразделения) (заполняет специалист ответственный реализацию ИПР)

К основным формам организации труда инвалидов относятся трудоустройство в обычных производственных условиях, специально созданные условия, специальное рабочее место.

Обычные производственные условия в основном предназначены для инвалидов III группы.

Трудоустройство инвалидов в зависимости от характера ограничений в трудовой деятельности в обычных производственных условиях может осуществляться:

- в новой для инвалида профессии с возможностью выполнения работы в полном объеме (с использованием или без использования профессиональных навыков);

- в прежней профессии с уменьшением объема работы (перевод на работу с неполным рабочим временем (неполный рабочий день или неполную рабочую неделю), на 0,5-0,75 ставки, сокращение функциональных и должностных обязанностей, плановых и производственных заданий, уменьшение норм выработки, освобождение от ночных и вечерних смен, предоставление гибкого графика работы, ограничения в физической и нервно-эмоциональной нагрузке, перевод с конвейерной на индивидуальную форму организации труда и др. ограничения в работе);

- в прежней профессии со снижением квалификации (перевод с работы главного бухгалтера на работу бухгалтера по учету материальных ценностей и т.п.).

Специально созданные условия предназначены для трудоустройства инвалидов I и II групп, в исключительных случаях по социальным показаниям, наряду с рекомендацией трудоустройства в обычных производственных условиях, организации общественных работ, исходя из необходимости трудоустройства инвалидов с учетом приемлемых для них условий;

- создание специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов;

- организации профессионального обучения инвалидов.

- трудоустройство инвалидов в специально созданных условиях осуществляется:

- на специальных рабочих местах;

- в домашних условиях.

Оценка результатов реабилитации должна учитывать степень выраженности клинических проявлений и степень нарушения жизнедеятельности до и после реабилитации. При этом наиболее рациональной представляется оценка в функциональных классах, позволяющая оценить состояние каждого параметра в градациях от нормального его состояния до полного нарушения. Следует помнить, что для того, чтобы правильно

оценить достигнутый результат, нужно вначале правильно оценить исходное состояние больного до реабилитации, чему способствует осуществление первых двух стадий реабилитационной технологии: экспертно-реабилитационная диагностика и определение реабилитационного потенциала.

В свете изложенного наиболее рациональным с точки зрения оценки степени выраженности нарушенных функций, а также для оценки качества проведенной реабилитации является оценка эффекта реабилитации в функциональных классах. Функциональные классы позволяют оценить состояние каждого параметра в градациях от нормального его состояния до полного нарушения.

Качество проведенной реабилитации при АГ определяет выполненный объем реабилитационных мер (полный или частичный соответственно его РП)].

Оценка эффективности реабилитации проводится по следующим критериям:

1. Клинические критерии

- выздоровление;
- значительное улучшение – улучшение на 2 ФК и более;
- улучшение - улучшение на 1 ФК;
- незначительное улучшение – улучшение внутри ФК;
- ухудшение – нарастание тяжести ФК.

2. Социальные критерии

- показатели временной нетрудоспособности;
- показатели инвалидности
- показатели состояния трудоспособности.

Кроме того, была предложена модификация шкал с применением метода оценки по динамике ФК основного нарушения функций организма и ОЖД. В таблице 81 представлены параметры, основанные на ОЖД при последствиях ОНМК на фоне АГ.

Таблица 84 – Характеристика ФК по степени ОЖД у больных с последствиями мозгового инсульта на фоне АГ

Характеристика степени ОЖД	Оценка
<u>Способность к передвижению</u>	
- не способен к передвижению, может передвигаться с помощью инвалидной коляски;	ФК 4
- ходьба по квартире с посторонней помощью, по улице больной не ходит или ходит очень редко и с посторонней помощи;	ФК 3
- ходьба по квартире без посторонней помощи, по улице больной не ходит или ходит очень редко и с посторонней помощью;	ФК2
- может ходить, используя вспомогательные средства, например, трость;	ФК 1
- не нуждается в помощи, может ходить самостоятельно при некотором замедлении темпа ходьбы	ФК 0

<u>Способность к самообслуживанию</u> - не способен к самообслуживанию (полная зависимость от окружающих); - не может обслуживать себя, постоянно нуждается в посторонней помощи (зависимость значительная), - частичная зависимость от окружающих, нуждается в регулярной помощи других лиц; - не нуждается в помощи (но имеются некоторые ограничения самообслуживания); - независим	ФК 4 ФК 3 ФК 2 ФК 1 ФК 0
<u>Способность к трудовой деятельности</u> - полная утрата производственных навыков, полная зависимость от окружающих в повседневной жизни; - невозвращение работавших до инсульта к работе, у занимавшихся до инсульта домашним хозяйством – значительное ограничение в выполнении прежних домашних обязанностей или полная неспособность к нему. Значительная зависимость; - невозвращение работавших до инсульта к работе, у занимавшихся до инсульта домашним хозяйством – умеренное ограничение в выполнении прежних домашних обязанностей. Частичная зависимость; - возвращение к прежней работе с ограничениями или понижением в должности либо переход работавших до инсульта на менее квалифицированную работу (или возвращение к работе с указанными изменениями), для занимавшихся до инсульта домашним хозяйством – ограничение в выполнении прежних домашних обязанностей. Независимость. Выполнение основных занятий в полном объеме. Возвращение к прежней работе, полная независимость.	ФК 4 ФК 3 ФК 2 ФК 1 ФК 0

Таким образом, технология реабилитации представляет собой непрерывный процесс и охватывает все этапы единого реабилитационного процесса с предоставлением инвалидам комплекса последовательных, взаимосвязанных услуг, направленных на предотвращение или уменьшение последствий болезни, максимальной интеграции инвалидов в общество.

Анализ эпидемиологических показателей позволил выявить определенную закономерность и региональные особенности характера патологии населения области по поводу БСК. Однако эти показатели в большей мере зависят и от целого ряда факторов (уровень доступности медицинской помощи, отсутствие информированности, необращаемость и т.д.).

Для установления истинного уровня заболеваемости и объема хронической патологии требуется уточнение ряда вопросов (организация медицинской помощи на этапах ее оказания, уровень оснащенности, квалификация специалистов и т.д.)

Наряду с изучением эпидемиологических показателей: заболеваемости, смертности, распространенности, инвалидности вследствие БСК возникает необходимость анализа такого показателя, как информированность населения о БСК как о болезни и факторах ее развития.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблемы сельского здравоохранения затрагивают более одной трети населения РК. По данным ежегодного статистического сборника МЗ РК «Здоровье населения республики Казахстан и деятельность организации здравоохранения в 2013 году» (Астана, 2013) в республике удельный вес жителей села составляет 7672,4 на 10 тыс. населения. Лечебно-профилактические организации сельских районов представляет 177 ЦРБ, 145 СУБ, 1470 ВА и СВА, 4275 ФАП, ФП и МП, 128 МП и без содержания отдельного помещения. В эти учреждения в 2013 году жителями сельской местности посещение составило 27493,4 тыс.

Проблемы оказания качественной медицинской помощи сельскому населению заключаются в неравномерном характере расселения сельских жителей; достаточно большом радиусе медицинского обслуживания, специфике условий сельскохозяйственного труда и быта на селе и др. Такой фактор как характер расселения (малая плотность, разбросанность населенных пунктов и их отдаленность друг от друга), оказывает существенное влияние на доступность медицинской помощи и является важным условием формирования сети сельских учреждений здравоохранения (Тотанов Ж.С., 2008; Шарманов Т.Ш., 2008; Рахыпбеков Т.К., 2009; Халимов Н.Ж., 2010; Садыков Т.У., 2012).

В сельских районах преобладают маломощные учреждения, которые значительно удалены друг от друга. Дефицит санитарного транспорта, неудовлетворительное состояние транспортных коммуникаций и большой радиус обслуживания населенных пунктов ограничивают медицинских работников в посещениях больных на дому, большинство учреждений не телефонизированы, В связи с этими причинами возникают большие сложности в обеспечении преемственности амбулаторного и стационарного этапов.

В сельских учреждениях существует значительный дефицит врачей первичного звена при избытке врачей-специалистов, при этом недостаточно врачей и средних медицинских работников, подготовленных к проведению целевой профилактики. Профессиональная квалификация работающих медицинских кадров часто недостаточна, низким является уровень диагностики и лечения больных. Охват профилактическими осмотрами на селе не превышает 35 - 40% населения. Вышеназванные факторы накладывают определенный отпечаток на характер, объем и качество медицинской помощи сельским жителям и требуют от органов управления здравоохранением применения особых организационных форм и методов работы, в частности, во внедрении профилактических, реабилитационных и медико-социальных технологии.

Все это осложняет обеспечение качественной медицинской помощи сельскому населению на районном уровне, а также выявляемость заболеваний по профилактическим осмотрам (Биртанов Е.А., 2008; Баалгимбеков Ш.А., 2008; Suhrcke M., 2008; Каусова Г.К., Хайдарова Т.С., Акимбаева А.А., 2010; Кульжанов М.К., 2013).

С принятием Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» (Астана, 2009), Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казакстан» на 2011-2015 годы, которые определили приоритетные стратегические направления и механизмы реализации путем внедрения единой национальной системы здравоохранения. В условиях недостаточности финансирования организации первичной медико-санитарной помощи, которая приводит к крайней слабости сельского здравоохранения, как следствие, все это приводит низкому уровню оказания амбулаторной помощи населению (Жузжанов О.Т., 2001, Аканов А.А., 2005).

В Казахстане растут показатели заболеваемости и смертности по социально-значимым заболеваниям, например смертность на 100 тыс. населения от болезней системы кровообращения, в том числе от цереброваскулярных болезней (ЦВБ), в 1999 году составил 482 на 100 тыс. населения, в 2000 году - 502, в 2001 году составил 495, в 2002 году - 511 и в 2003 году - 539,0. Заболеваемость ЦВБ в 2001 году составила 210,3 (число заболеваний на 100 тыс. чел населения), в 2002 году - 249,6; в 2003 году - 196,8. Наряду с неуклонным ростом болезни системы кровообращения, по-прежнему, занимают первое место среди причин смертности населения РК - 50,3%. По Карагандинской области выявлено увеличение случаев заболеваемости при болезнях кровообращения с 1672,1 до 2281,8 на 100 000 населения. Среди сельских районов в 2005 году по уровню заболеваемости преобладал Каркаралинский район - 2540,4, а в 2013 году высокая заболеваемость отмечена в Жана-Аркинском районе - 4181,3.

Недостаточное количество клинико-эпидемиологических исследований проблем организации качественной медицинской помощи сельскому населению в условиях изменившейся социально-экономической инфраструктуры сельских районов, а также нормативно-правовой базы регламентирующей деятельности системы здравоохранения, обусловило актуальность, научную и практическую значимость настоящего исследования.

Учитывая все эти факты, а также адекватно оценивая медико-социальный аспект вопроса, неудивительно, что поиск новых методов лечения, профилактики, диагностики, реабилитации является не только актуальным научно-медицинским вопросом, но и вполне прикладной социально-значимой проблемой.

Изучение факторов риска развития социально значимых заболеваний среди сельского населения позволило нам выдвинуть стратегию профилактики: на популяционном уровне, стратегию риска, вторичную и третичную. С целью реализации этой программы нами проведено обучение специалистов ПМСП (врачей и медсестер), разработаны и внедрены технология оказания медицинской помощи больным с осложненной формой артериальной гипертензии, технология реабилитации инвалидов вследствие мозгового инсульта на фоне АГ.

Полученные результаты исследования существующей системы организации медицинской помощи жителям села позволили нам выявить ряд вопросов, требующих своего решения. Это – усиление функции ФАП-ов; на уровне врачебных амбулатории – создание координирующего центра по общей практике. Учитывая большой процент лиц пожилого и старческого возраста, а также лиц с ограниченными возможностями предусмотреть возможность организации больниц сестринского ухода. Обеспечить непрерывное обучение специалистов ПМСП.

На уровне сельских акиматов должен проводиться мониторинг по программам укрепления здоровья населения района на межсекторальном и межведомственном уровнях. Акиматы района должны создавать условия мотивации труда специалистов ПМСП.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. -16 с.
2. Матвеев Э.Н., Максимова Т.М. Здоровье населения и социально-экономические проблемы общества // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины.- 2003.- № 1.- С. 3-7.
3. Москвичева М.Г., Розенфельд Л.Г. Особенности медицинского обеспечения сельского населения // Уральский медицинский журнал. - 2008. -№4. - С. 126-133.
4. Евсюков А.А. Методические подходы к оценке интегрированных показателей общественного здоровья // Актуальные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: материалы Всерос. научно-практ. конф. посвящ. 145-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2008). - Иркутск, 2008.- С. 140-145.
5. Послание Президента Республики Казахстан - Лидера нации Нурсултана Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства. – 14.12.2012г., Астана.
6. Иксанова Г.И. Сфера особого значения. Медицина – сельская, а проблема – государственная/ Астана, 2013. www.liter.kz
7. Доклад о состоянии здоровья в Европе 2012: курс на благополучие/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013. – 168 с.
8. Есдаулетов Т.Т. Организация сельского здравоохранения с применением стационарозамещающих технологий (на примере аккайынской ЦРБ акимата СКО)- kaznmu.kz/press/2013/05/23/
9. Мейрманов Ж. Для будущих поколений // Казахстанская правда – 2002.
10. Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы. Астана, 2004.
11. Алиев М.А. Проблемы сельского здравоохранения и возможные пути их решения // Здравоохранение Казахстана. – 1999. – № 5–6. С. 12-15.
12. Каусова Г.К., Одаманов М.А.. Особенности организационных форм медико-санитарного обслуживания сельского населения. Здоровье и болезнь, 2013.- № 2 (110).- С.37-42
13. Приказ и.о. Министра здравоохранения РК №796 от 26.11.2009 года "Об утверждении видов и объемов медицинской помощи". www.inform.kz.
14. Закон Республики Казахстан от 13 февраля 1991 года О приоритетности развития аула (села) и агропромышленного комплекса в Республике Казахстан (с изменениями и дополнениями по состоянию на 20.12.2004 г.)/ www.zakon.kz
15. «Здоровый образ жизни – залог будущего Казахстана» , Пресс-центр Национального центра проблем формирования здорового образа

жизни Министерства здравоохранения Республики Казахстан /Медицина и здоровье. - №1. – 2013. – С.3-6.

16. Об утверждении программы «Здоровый образ жизни» на 2008 – 2016 годы/ Постановление Правительства РК от 21.12.2007 №1260. www.zakon.kz

17. Указ Президента Республики Казахстан от 10 июля 2003 года № 1149 «О Государственной программе развития сельских территорий Республики Казахстан на 2004-2010 годы»/ www.zakon.kz

18. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 октября 2008 года № 547 О внедрении проекта «Развитие телемедицины и мобильной медицины в здравоохранении аульной (сельской) местности» в Актюбинской, Мангистауской и Жамбылской областях Республики Казахстан»/ www.zakon.kz.

19. В Казахстане ежегодно проводятся более 10 тысяч телемедицинских консультаций/[www. SA-NEWS \(KZ\)](http://www.SA-NEWS(KZ)), 21.10.2011

20. Садыков Т.У., Мырзахмет М.К. Вопросы реализации государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Салауатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы»/ Журнал «Теоретическая экономика» №3, 2012. – С. 35 – 46.

21. Указ Президента Республики Казахстан от 21 июля 2011 года № 118 «Об утверждении Прогнозной схемы территориально-пространственного развития страны до 2020 года» / <http://normativ.kz/view/35174/>

22. В Казахстане проводится работа по равномерному распределению врачебных кадров по регионам, 26.11.2011 Официальный веб-сайт Премьер-Министра РК/ [www. http://i-news.kz/news/](http://i-news.kz/news/).

23. Скаков А.Б., Абишев Т.Г., Султанбеков А.Г., Байходжаев М.Д., Дуйсенгожаева Б.Д. Показатель обеспеченности врачей-рентгенологов в Республике Казахстан/ [http://www.rusnauka.com/13_ EISN_2012/Medecine/16_109285.doc.htm](http://www.rusnauka.com/13_EISN_2012/Medecine/16_109285.doc.htm)

24. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 03.07.2014 г.)/http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30479065

25. Постановление Правительства Республики Казахстан от 19 февраля 2014 года № 114 «Об утверждении государственного норматива сети организаций здравоохранения Республики Казахстан»/<http://pravo.zakon.kz/4608332-utverzhdjen-gosudarstvennyjj-normativ.html>.

26. Камалиев М.А., Ракишева А.С. Медико-социальная оценка основных классов болезней населения/ http://www.rusnauka.com/24_NTP_2009/Medecine/50090.doc.htm

27. Под редакцией Р.С.Досмагамбетовой, К.А.Алихановой Профилактика хронических неинфекционных заболеваний на уровне ПМСП/Монография для врачей ПМСП, Караганда, 2012, 480 стр.

28. Алиханова К.А., Жакипбекова В.А., Галаева А.И., Рождественский А.В. Анализ заболеваемости, распространенности, смертности, от болезней системы кровообращения, в том числе от артериальной

гипертонии и цереброваскулярных заболеваний по Карагандинской области»/ Сборник материалов Респуб.научно-практич. конф. с междунар. уч. «Актуальные вопросы сельского здравоохранения», Караганда, 4 – 5 апреля 2013г. – С.15 – 18.

29. Алиханова К.А. и соавт. Изучение распространенности социально-значимых заболеваний у сельского населения Карагандинской области/ Сборник материалов Конгресса «Человек и лекарство», Москва, 2013, С.399.

30. Омаркулов Б.К., Абугалиева Т.О., Жакипбекова В.А., Серикова М.С., Галаева А.И. Результаты социологического опроса взрослого сельского населения Карагандинской области по изучению распространенности социально-значимых заболеваний терапевтического профиля / Материалы Республ.науч.-практ.конф. «Актуальные вопросы сельского здравоохранения»; Караганда, КГМУ, 2013 г.- 176-180 с.

31. Аканов А.А., Камалиев М. Система здравоохранения Республики Казахстан: современное состояние, проблемы, перспективы/ Социальные аспекты здоровья населения. – №3. – 2010.

32. Аканов А.А. Политика охраны здоровья населения в Казахстане: Опыт разработки, реализации национальных программ здравоохранения и перспективы на 2010-2015 г. Астана, 2006. – 243 с

33. Каирбекова С.З. Итоги деятельности МЗ РК за 2013 год и задачи на 2014 год / <http://www.rcrz.kz/news>.

34. Проект «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» Отчет о реализации Проекта за 2011 год/ <http://healthproject.kz/sites/default/files/PIST%20REPORT%20Annual%202011%20Ru.pdf>.

35. Оспанова Ж.О., Гиззатова У.С., Кенжекулова Р.Н., Оспанова Ж.С., Горчинская Л.И. «Вопросы реструктуризации и автономии больничного сектора (международный опыт)» - Методические рекомендации. – Астана. – 2011. – 24 с.

36. Сводная информация о выполнении Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы за 2012 год./ <http://mz.gov.kz/>

37. Досмагамбетова Р.С., Алиханова К.А., Бидайбаева Г.Б., Абугалиева Т.О., В.А.Жакипбекова, Омаркулов Б.К., Григолашвили М.А. Алгоритмы действия врача по выявлению пациентов с заболеваниями системы кровообращения/ Методические рекомендации для врачей ПМСП, Караганда, 2012,121 стр.

38. Под ред. Досмагамбетовой Р.С., Алихановой К.А. и соавт. Артериальная гипертензия как фактор риска инсульта/ Монография для врачей ПМСП, Караганда, 2012, 412 стр.

39. The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. (Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2002. Снижение риска, укрепление здорового образа жизни). ВОЗ.-Женева, 2002.- 248 с.

40. Постановление Правительства РК «О создании кардиологической службы» №102 от 13 февраля 2007 года «Об утверждении Программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на 2007-2009 годы»/ www.zakon.kz.
41. Величковский, Б.Т. Реформы и здоровье населения: пути преодоления не-гативных последствий / Б.Т. Величковский.-М., 2001 - 56 с.
42. Bhargava, A. Modeling the effects of health on economic growth / A. Bhargava, D.T. Jamison, C. Murray //J. health Economics.- 2001. - Vol.20. - P.423-440.
43. Suhrcke, M. Экономические последствия неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации / М. Suhrcke, L. Rosso, М. McKee et al.; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. - Copenhagen, 2008. -83 с.
44. Щепин, О.П. Проблемы демографического развития России / О.П. Щепин, Е.А. Тищук // Экономика здравоохранения - 2005 - №3- С. 5-8.
45. Щепин, В.О. Структурно-функциональные преобразования государственной системы здравоохранения России / В.О. Щепин, Е.С. Пояркова // Экономика здравоохранения - 2008 - №8 - С. 14-17.
46. Матвеев, Э.Н. Приоритетные направления кадровой политики на селе / Э.Н. Матвеев, А.А. Калининская, С.А. Твердохлеб и др. // Главврач.- 2002.- №5.- С. 8.
47. Щепин, В.О. Структурно-функциональные преобразования-системы лечебно-профилактической помощи населению Российской Федерации в последнее десятилетие / В.О. Щепин // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины.- 2003- №1- С. 34-38.
48. Рогожников В.А. Проблемы охраны здоровья сельского населения / В.А. Рогожников, В.И. Стародубов, Г.Г. Орлова; под ред. В.И. Стародубова. - М: ГЭОТАР-МЕД, 2004.-448 с.
49. Казакова, О.С. Работа выездной поликлиники в сельских территориях / О.С. Казакова, М.И. Ликстанов, Е.В. Лаптев //Заместитель главного врача. - 2008.-№11 (30). -С.16-21.
50. Кучеренко, В.З. Методология измерения и оценки качества медицинской помощи: международный опыт / В.З. Кучеренко, С.А. Мартынич, В.Г. Запорожченко // Экономика здравоохранения. - 2005. - №10. - С. 5-18.
51. Лакунин, К.Ю. Мнение сельского населения о состоянии здоровья и системе оказания медицинской помощи / Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения: материалы VI науч.-практ. конф., 24-25 апреля 2001.-М., 2001.-Ч.II.-С. 154-158.
52. Рогожников, В.А. Социально-демографические и методические основы организации медицинской помощи сельскому населению в современных экономическ-их условиях: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.А. Рогожников - М., 2003.-47 с.

53. Филатов, В.Б. Актуальные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению / В.Б. Филатов, Р.В. Коротких, В.Б. Расстегаев // Пробл. социал. гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. -2006 - №4.- С.40-45.
54. Каширин, А.К. Организация медицинской помощи населению в сельском районе: современные аспекты / А.К. Каширин //Здравоохранение. - 2008 - № 3. -С.36-41.
55. Забин, Ю.Л. Проблемы медицинского обеспечения сельских жителей / Ю.Л. Забин // Экономика здравоохранения. - 2001.- № 11-12 - С. 25-26.
56. Оспанова К.Б., Абугалиева Т.О., Жакипбекова В.А., Омаркулов Б.К. Результаты социологического опроса населения Карагандинской области о факторах риска развития мозгового инсульта // Материалы «Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы медицинской экспертизы и реабилитации», Минск, 2013. – с. 64-67.
57. Алиханова К.А., Оспанова К.Б., Абугалиева Т.О., Омаркулов Б.К., Жакипбекова В.А., Серикова М.С. Выявление факторов риска развития инсульта на уровне первичного звена как ранняя профилактика цереброваскулярных заболеваний звена// Сборник материалов Конгресса «Человек и лекарство», 2013, с. -281-282.
58. Приказ и.о. Министра здравоохранения РК №796 от 26.11.2009 года "Об утверждении видов и объемов медицинской помощи"
59. Каирбекова С.З. «О ходе реализации Государственной программы «Саламатты Қазақстан»/ Пресс служба МЗ РК 18.02.2014. www. <http://i-news.kz/news/>.
60. Указ Президента Республики Казахстан от 17 мая 2003 года N 1096 «О Стратегии индустриально-инновационного развития Республики Казахстан на 2003-2015 годы»/ www.zakon.kz.
61. Биртанов Е.А.. Организационно-методические и финансово-экономические основы инновационно-инвестиционной стратегии развития системы здравоохранения Республики Казахстан/ автореферат дисс. на соискание уч.ст.д.м.н., Алматы, 2010.
62. В.В. Уйба, В.М. Чернышев, О.В. Пушкарев, О.В. Стрельченко, А.И. Клевасов Экономические методы управления в здравоохранении/ Новосибирск – ООО «Альфа-Ресурс» 2012. – 314 с.
63. Оценка медицинских технологий и формирование политики здравоохранения в странах Европы/ Всемирная организация здравоохранения 2010 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. – 216 с.
64. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы. Астана, 2004/ www.liter.kz, 07/04/2011
65. Кумар А. Б. Оценка практики госпитализаций больных и уровня внедрения принципов доказательной медицины в Республике Казахстан // Диссертация на соискание академической степени PhD. 6D110200 - общественное здравоохранение. Алматы, 2013. – стр.

- 66 Иванов, А.В. Особенности медико-демографической ситуации на территории нефтедобывающих районов республики Татарстан / А.В. Иванов, Е.А. Тафеева // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории мед.- 2008.-№ 5- С. 11-14.
67. Колесников, Б.Л. Научное обоснование -системы мероприятий, направленных на улучшение демографической ситуации в субъекте Российской Федерации: автореф. дис.... д-ра мед. наук,/ Б.Л. Колесников. - М., 2007. - 48 с.
68. Максимова, Т.М. Динамика смертности населения трудоспособного возраста в странах СНГ / Т.М. Максимова, // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и история медицины - 2006-№ 3- С. 3-7.
69. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2013 год/ Москва, 2013. – 129 с.
70. Lock, K. The health impact of the international Development Targets on life expectancy in the Russian Federation / K. Lock // J. health Policy and Planning. - 2002.-№ 17(3).-Р. 257-263.
71. Артемов, В.А. Село 90-х годов: тенденции повседневной деятельности сельского населения / В.А. Артемов // Социологические исследования - 2002. - №2.- С. 61-70.
72. Евсюков, А.А. Предотвратимые причины смерти населения и их медико- социальные аспекты / А.А. Евсюков, Н.С. Зиязетдинов, Р.М. Мустафин // Акту-альные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: материалы Всерос. науч.-практ. конф. посвящ. 145-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2008).- Ир-кутск, 2008.-С. 145- 149.
73. Хальфин Р.А. Медико-демографический анализ смертности населения и его использование для определения приоритетов развития здравоохранения ре-гиона: дис. ... канд. мед. наук /Р.А. Хальфин-М., 1995.-179 с.
74. Есаулков, А.А. Особенности демографического развития и анализа депопуляции в регионах России: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.А. Есаулков- М.: ГАГС, 2002.- 23 с.
75. Девиченская М.Н. Проблемы смертности сельского населения России: возрастные, нозологические, региональные зоны риска и приоритетные пути его снижения: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Н. Девиченская. - М., 2002 - 23 с.
76. Кладов С.Ю. Демографическая ситуация на среднеурбанизированной территории западной Сибири / С.Ю. Кладов, В.П. Новоселов, // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2008 - № 4.- С. 12-15.
77. Максимова Т.М. Динамика смертности населения трудоспособного возраста в странах СНГ / Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и история медицины -2006-№ 3. -С. 3-7.
78. Прохоров, Б.Б. Общественное здоровье и экономика - М.: МАКС Пресс, 2007.- 292 с.

79. Н.Х. Шарафутдинова, К.С. Яппаров, М.В. Борисова Смертность сельского населения Республики Башкортостан от злокачественных новообразований // Актуальные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: материалы Всерос. науч.-практ. конф. посвящ. 145-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2008).- Иркутск, 2008.- С. 250-253.
80. Л.Г. Розенфельд, А.В. Важенин, М.Г. Москвичева Новые организационные технологии управления онкологической ситуацией в сельских районах Челябинской области // Актуальные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: материалы Всерос. науч.-практ. конф. посвящ. 145-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2008).-Иркутск, 2008.- С. 331-335.
81. Жилинский Е.В. Медико-социальные приоритеты демографической политики России// Главврач - 2008.- № 11.-С. 104-112.
82. Руководство по заполнению вопросника. Инструмент STEPS (основной и расширенный модули)// Департамент хронических болезней и укрепления здоровья, ВОЗ. -20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
83. Абдукаримов Б.У. Научные основы изучения эпидемиологии и профилактики основных сердечно-сосудистых заболеваний в гидрологических нообиоценозах.: Автореф.. докт. мед. наук: 14.00.06. - Алматы, 2000. - 50 с.
84. Абдукаримов Б.У., Ошакбаев К.П., Рысмендиев А.Ж. Специализированная кардиологическая помощь населению Казахстана. -Алматы, 2004. - 120 с.
85. Джусипов А.К., Ошакбаев К.П., Аманов Т.Н. и др. Состояние кардиологической службы в РК. Стратегия ее совершенствования //Терапевтический вестник- 2005- №3 (07).- С. 4-7.
86. Ким Л.Н. Анализ состояния системы здравоохранения в Казахстане//www. be5.biz/ekonomika
87. Регионы Казахстана. Агентство Республики Казахстан по статистике. Астана, 2009.
88. Тотанов Ж.С. Актуальные гигиенические проблемы водообеспечения и охраны здоровья сельского населения Республики Казахстан и пути их решения// Автореф. дисс. на соиск. уч.степени докт.мед.наук. - Алматы, 2010
89. Щепин, О.П. Здоровье населения Российской Федерации и его прогноз до 2005 года // Вестн. РАМН.- 2001.- №8.- С. 10-13.
90. А.В. Калиниченко, В.А. Борцов Результаты социологического исследования основных причин социальной дезадаптации населения // Бюл. НИИ общественного здоровья. - М., 2005 - Вып. 4. - С.93-94.
91. Трешутин В.А. Региональная система мониторинга здоровья населения и эффективность здравоохранения / В.А. Трешутин, В.О. Щепин; под ред. О.П. Щепина - М.: Тривант, 2001.-256 с.

92. О.П. Щепин, В.А. Медик Комплексное изучение здоровья населения Новгородской области: методология, основные результаты и перспективы // Пробл. социал гигиены, здравоохранения и истории медицины - 2007- №4.-С. 3-7.
93. В.Б. Филатов, Р.В. Коротких, В.Б. Расстегаев Актуальные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению // Пробл. социал гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. - 2006 - №4.- С.40-45.
94. Розенфельд Л.Г Характеристика демографических процессов среди сельского населения Челябинской области / Л.Г. Розенфельд, М.Ф. Москвичева // Актуальные вопросы практической и теоретической медицины: сб. науч.-практ. работ / под ред. С.Л. Кремлева - Челябинск, 2007 - С. 106-109.
95. М.Я. Подлужная С.А. Рыжаков, С.Л. Шилова Организационные подходы по совершенствованию медико-санитарной помощи сельскому населению в Пермском крае // Актуальные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: материалы Всерос. науч.-практ. конф. посвящ. 145-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2008).- Иркутск, 2008 - С. 63-68.
96. С.А. Молодцов, И.А. Камаев, М.Г. Сорокина О некоторых особенностях стиля и уклада жизни медицинских работников» села // Здравоохранение РФ.- 2005.-№6.-С.49-50.
97. Евсюков А.А. Методические подходы к оценке интегрированных показателей общественного здоровья // Актуальные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: материалы Всерос. науч.-практ. конф. посвящ. 145-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2008).- Иркутск, 2008.- С. 140-145.
98. Ziglio E. Системы здравоохранения против бедности / Ziglio E. - Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003 - 130 с.
99. Gelders S. Availability and affordability: an international comparison of chronic disease medicines / S. Gelders et al. - Geneva, World Health Organization and Health Action International, 2006. - 49 p.
100. Bloom, D. Longevity and life cycle savings / D. Bloom, D. Canning, B. Graham // Scandinavian J. Economics. -2003.-№ 105.-Р. 319-338.
101. Рисалиев Д.Д. Анализ структуры расходов населения на медицинские услуги в сельской местности /Д.Д. Рисалиев, М.М. Каратаев // Экономика здраво-охранения- 2005- №4.- С.20-23.
102. WHO. European Health for All Database, January 2013 version. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2013.
103. Knai C. Evidence base on how to improve health in low-resource settings with special attention to ECA: CVD prevention, management, rehabilitation. / C. Knai, M. McKee, M. Bobak. -Venice, WHO Regional office for Europe (Mimeo), 2005.

104. Bozicevic I. The evidence base on interventions to reduce the burden of disease due to injuries in low and middle-income, with special consideration of the ECA countries. / Bozicevic I. Venice, WHO Regional Office for Europe (Mimeo), 2005.
105. McKee M. Monitoring health in central and eastern Europe and the former Soviet Union / M. McKee // *Soz. Praventivmed.*- 2005. - № 50.-P. 341-343.
106. Whitehead, M. Equity and health sector reform: can low-income countries escape the medical poverty trap/ M. Whitehead, G. Dahlgren, T. Evans // *Lancet*- 2001.-№ 358 (9284).-P.833-836.
107. McKee, M. Access to water in the countries of the former Soviet Union / M. McKee // *Public health.*- 2006.-№ 120.- P. 364-372.
108. McKee, M. Alcohol in Russia / M. McKee // *Alcohol and Alcoholism*-1999- № 34.-P 824-829.
109. Отчет по Среднесрочному обзору Национальной программы реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» 7 мая 2008 г./ file:///C:/Users/User/Downloads/MTR%20Report_May%2012_Russian_final%20(1).pdf
110. Харисова И.М., Гизатуллин Н.Ф. Обращаемость населения за медико-профилактической и специализированной медицинской помощью в сельских районах // *Здравоохранение РФ.* - 2004.-№4- С. 20-24.
111. Marmot M. The status syndrome: how social standing affects our health and longevity./ M. Marmot/- London, Bloomsbury Publishing Pic., 2004
112. Pomerleau J. Food security in the Baltic republics / J. Pomerleau, M. McKee. A. Robertson et al. // *Public Health Nutrition.*- 2002.- № 5.- P.397-404.
113. Bosma J.H.A. A cross-cultural comparison of the psychological factors in the etiology of coronary heart disease / J.H.A. Bosma. - Maastricht: Universitaire Pers Maastricht (Follow-up to the Kaunas-Rotterdam Intervention Study (KRIS), 1994.
114. Трифонова Н.Ю. Медико-социальная профилактика распространенности табакокурения среди женщин / Н.Ю. Трифонова // *Пробл. управления здраво-охранением.* - 2008. - №3(40).- С. 86-89.
115. Максимова, Т.М. Социальный градиент в формировании здоровья населения / Т.М. Максимова.- М., 2005 - 238 с.
116. Полозова, О.В. К вопросу о заинтересованности населения в своем здоровье / О.В. Полозова // *Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины.*- 2008 - № 5 - С.5 - 6.
117. Величковский Б.Т. Реформы и здоровье населения / Б.Т. Величковский // *Экономика здравоохранения.* - 2001.-№6. -С.22-27.
118. Лисицын Ю.П. «Модус» здоровья россиян // *Экономика здравоохранения.*- 2001.-№2.- С.32-37.
119. Сорокун В.И. Научное обоснование здоровь формирующих технологий в здравоохранении: автореф. дис.... д-ра мед. наук / В.И. Сорокун. - М., 2004. - 48с.

120. Кумар А.И. Оценка практики госпитализаций больных и уровня внедрения принципов доказательной медицины в Республике Казахстан // Диссертация на соискание академической степени PhD.- Алмата 2013
121. www.enbek.gov.kz
122. Назарова И.Б. Реформы здравоохранения: за и против / И.Б. Назарова // Здравоохранение.- 2000.- № 5 - С.29-36.
123. Ползик Б.В. К проблеме оценки влияния здравоохранения на состояние общественного здоровья/ Е.В. Ползик, С.А. Никифоров // Пробл. управления здравоохранением - 2007.-№4(35).- С.44-16.
124. Rechel; B. Development Goals for health in Europe and Central Asia / Saltman, R.B. Planned Markets and Public Competition. Strategic Reform in Northern Euro-pean Health System / R.B. Saltman, C. von Otter. - Buckingham: Open University Press, 1992.- 164 с.
125. Berkman, L.F. Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman, L.F., Kawachi I., eds. - Social epidemiology . New York, Oxford Univer-sity press, 2000.- P. 137-173.
126. Европейская министерская конференция ВОЗ по системе здравоохранения: Системы здравоохранения – здоровье и благосостояние / Отчет, Эстония, 25 – 26 июня, 2008г.
127. Здоровье 2020 Основы европейской политики и стратегия для XXI века Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen 0, Denmark /www.euro.who.int
128. Степанов, В.В. Научное обоснование основных направлений развития сельского здравоохранения субъекта Российской Федерации (на примере Новосибирской области): автореф; дис.... д-ра.мед. наук / В.В 1 Степанов. -М., 2006.-48 с.
129. Калининская, А.А. Медицинская помощь сельскому населению / А.А. Калининская, С.И. Шляфер, А.Н. Дзугаев и др. // Главврач.- 2006 - №9- С. 19-24.
130. Лакунин, К.Ю. Мнение сельского населения о состоянии здоровья и сис-теме оказания медицинской помощи // Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения: материалы VI науч.-практ. конф., 24- 25 апреля 2001.-М., 2001.-Ч.II.-С. 154-158.
131. Забин Ю.Л. Проблемы медицинского обеспечения сельских жителей // Экономика здравоохранения. - 2001.- № 11-12 - С. 25-26.
132. Шамсудинов, Р.С. Региональные особенности здоровья и медицинской помощи сельскому населению / Р.С. Шамсудинов //Бюл. НИИ СГЭУЗ им. Н.А. Семашко РАМН,-2000.-Вып. 1.-С. 100-109.
133. Суслин С.А. Организация медицинской помощи сельскому населению (обзор литературы) / С.А. Суслин, Р.А. Галкин // Здравоохранение РФ.-2006- №1.-С. 14-18.
134. Карташов В.Т. Механизм перераспределения ресурсов с госпитального звена на амбулаторное / В.Т. Карташов, В.А. Жуков // Экономика здравоохране-ния. -2000.-№12-С. 25-29.

135. Стародубов В.И. и соавт. Первичная медицинская; помощь: состояние и перспективы развития/ М.: Медицина, 2007 - 264 с.
136. Кучеренко В.З., Вялков, А.И. Управление качеством медицинской помощи // Главврач. - 2007. - №10. - С. 23-39.
137. Rechel B, Roberts B, Richardson E, Shishkin S, Shkolnikov V, Leon D, et al Health and health systems in the countries of the former Soviet Union. *The Lancet* 2013, v.381(9872), p.1145-1155.
138. Mikkola T, Gissler M, Merikukka M, Tuomikoski P, Ylikorkala O. Sex differences in age-related cardiovascular mortality. *PLoS One*. 2013;8 (5)
139. Бухтиярова Э.В. Особенности обращаемости сельских жителей за скорой медицинской помощью // Бюл. Национального НИИ общественного здоровья: материалы науч.-практ. конф. "Роль здравоохранения в охране общественного здоровья". - 2005. - Вып. 4 -22-26.
140. под ред. В.И. Стародубова Проблемы сельского здравоохранения / - М.: ЦНИОИЗ, 2002.- 87 с.
141. Т.Г. Светличная, О.В. Ковалев Качество медицинской помощи в больницах села // Пробл. социал. гигиены и история; медицины - 1999;- №4- С. 14-17.
142. Н.В. Юргель, М.Ю. Хубиев Вопросы повышения качества и доступности медицинской помощи сельскому населению // Здравоохранение - 2008 - № 12.- С. 15-20.
143. Р.А. Галкин, С.А. Суслин, А.К. Каширин Организация медицинской помощи населению в сельских районах пригородного типа / Самара: Перспектива, 2005 - 217 с.
144. Л.Г. Розенфельд, А.В. Важенин, М.Г. Москвичева Новые организационные технологии управления онкологической ситуацией в сельских районах Челябинской области / // Актуальные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: материалы Всерос. науч.-практ. конф. посвящ. 145-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2008).-Иркутск, 2008.- С. 331-335.
145. Паскаль А.В. Научное обоснование организационных форм и пути повышения эффективности и качества внебольничной помощи сельскому населению района (на примере Саратовской области): автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Паскаль - СПб., 2002 - 24с
146. Суслин С.А. Организация медицинской помощи сельскому населению (обзор литературы) / С.А. Суслин, Р.А. Галкин // Здравоохранение РФ.-2006- №1.-С. 14-18.
147. Лаврищева Г.А., Чуднов В.П. Планирование и управление процессом реформирования первичной медико-санитарной помощи на муниципальном уровне //Гл.врач.- 2007.- №12. – С.7-16.
148. В.И.Стародубов, В.И.Гройсман Опыт внедрения экономических и информационных методов управления в лечебно-профилактические учреждения муниципального уровня// Вестн. ОМС.- 2007,- №4.-С. 19-22.
149. А.А. Калининская, В.И. Стародубов, А.Н. Злобин и др. Оценка эффективности использования коечного фонда центральной районной

- больницы // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины - 2007.-№ 5.- С.34-36.
150. Н.В. Комаров, А.С. Маслагин, В.А. Кислицын и др. О путях совершенствования хирургической помощи сельскому населению// Здравоохранение. - 2005.- №1.- С.25-27.
151. Кадыров, Ф.Н. Экономические механизмы снижения уровня госпитализации // Пробл. социал. гигиены и история медицины. -1997 - №2.-С. 28-31.
152. Юй Н.Д. Медико-экономическое обоснование реализации системы обязательного медицинского страхования населения в сельской местности: автореф. дис.... канд. мед. наук. -М., 1996 -26 с.
153. Г.С. Шестаков, Е.С. Швец Некоторые особенности комплектования медицинскими кадрами учреждений здравоохранения в сельской местности// Пробл. управления здравоохранением - 2008 - №4 (41). -С. 42- 44.
154. Быстрицкая О.А., Походенько А.В. Жукова Е.А. Менеджер здравоохранения на селе: социально- психологический портрет // Здравоохранение РФ - 2007-№1- С. 17-19.
155. В.И. Стародубов, В.Л.Гончаренко, Ф.Н. Кадыров и др. О разумном сочетании административных и экономических методов управления здравоохранением// Здравоохранение - 2000.-№2.- С. 9-21.
156. В.И. Стародубов, Н.П. Соболева Стратегия профилактики заболеваний в условиях реформирования здравоохранения // Экономика здравоохранения - 2002.- №1.- С.5-10.
157. Стрючков В.В. Модель функциональной организационной структуры сельского здравоохранения (на примере Пензенской области) // Актуальные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: материалы Всерос. науч.-практ. конф. посвящ. 145-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2008).-Иркутск, 2008.-С. 317-321.
158. Fountoulakis KN, Grammatikopoulos IA, Koupidis SA, Siamouli M, Theodorakis PN. Health and the financial crisis in Greece. Lancet 2012, v. 379, p. 1001.
159. Lim S et alA comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012. v. 380(9859):2224-60
160. Лаврищева Г.А.Реформирование первичной медико-санитарной помощи в Ступинском районе / Г.А. Лаврищева // Пробл. управления здравоохранением. - 2008.-№4 (41).- С. 55-59.
161. Гусарова Г.И. Развитие общеврачебной практики в сельских районах Самарской области / Г.И. Гусарова, И.В. Новикова, М.П. Чуприлин и др. // Здравоохранение. - 2007 - №5. - С.55- 58.
162. Суслин С.А. Экспертная работа и деятельность КЭК в сельском районе с децентрализованной системой организации медицинской помощи / С.А. Суслин // Зам. главного врача. - 2007. - №6. - С. 34-46.

163. Галкин Р.А. Модель организации работы сестринского персонала обще-врачебной» практики / Р.А. Галкин, С.Х. Садреева, Л.С. Федосеева // Мед. сест-ра.-2001.-№2.-С. 38-40.
164. Бурсикова, Д.В. Научное обоснование оптимизации управления доврачебной помощью сельскому населению: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д.В. Бурсикова - Иваново, 2002.-23 с.
165. Головской Б.В. Семейная практика - путь решения некоторых проблем сельского здравоохранения / Б.В. Головской, Л.И. Котлова, С.А. Артамонова и др. // Здравоохранение - 2005.- № 1.- С. 39-41.
166. А.Г. Сапрыкина, В.В. Стрючков, Н.Н. Ашанина Опыт долгосрочного планирования подготовки медицинских кадров и их закрепления в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения// Вопр. экономики и управления для руководителей здравоохранения. - 2008. - №4(79). -С. 67-69.
167. Лудупова Е.Ю. Организационно-экономическое обоснование использования стационарзамещающих технологий в сельской местности: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.Ю. Лудупова.- М., 2002- 23 с.
168. Головской Б.В., Котлова Л.И., Артамонова С.А. и др. Семейная практика - путь решения некоторых проблем сельского здравоохранения // Здравоохранение - 2005.- № 1.- С. 39-41.
169. Кучерявая Д.А. Анализ развития службы врачей общей практики в Российской Федерации // Здравоохранение сегодня. - 2007. - №12. -С. 17-26.
170. Чертухина О.Б. Новая организационная модель в муниципальной системе здравоохранения - модель врача общей практики // Экономика здравоохранения. - 2003. - №9. - С. 9-13.
171. В.С. Нечаев, К.Б. Кошман Медико-социологические характеристики, работы, врача общей практики // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории-медицины. - 2008- №6. - С. 27- 29
172. Денисов И.Н. Развитие семейной медицины - основа реорганизации первичной медико-санитарной помощи населению Российской Федерации / И.Н. Денисов // Главврач - 2007. - №5- С. 11-18.
173. Елманова Т.В. Роль врачей первичного звена в реализации приоритетного Национального проекта в сфере здравоохранения / Т.В. Елманова // Главврач.- 2006-№ 4_ 16-22.
174. Калининская А.А., Сон И.М., Гусева С.Л. и др. Модель реформирования первичной медицинской помощи // Здравоохранение РФ.- 2008.- №5.-С. 6-10.
175. Капилевич Л.В. Модель управления качеством медицинских услуг в сельском здравоохранении на основе информационных технологий // Здравоохранение. - 2006. - №6. - С. 49-55.
176. Корецкий В.Л., Орлова Н.М., Пётрищенко А.И. Принципы развития медицинской; помощи территорий в современных условиях // Бюл. НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко РАМН: М., 1999.- Вып.4.-С. 114-116.

177. Стрючков В.В., Сапрыкина А.Ф. Повышение доступности медицинской помощи сельским жителям // *Здравоохранение-2008- №6 - С. 47-50.*
178. Зыятдинов К.Ш. Здоровье населения и оптимизация управления системой здравоохранения в крупном промышленно-сельскохозяйственном регионе (на материалах республики Татарстан): автореф. дис. ... д-ра мед наук / К.Ш. Зыятдинов.-М., 2000.-48 с.
179. Рожавский Л.А., Окунев А.Ю, Пуринь В.И. Плановая выездная работа областного учреждения здравоохранения.// *Здравоохранение РФ.- 2008.-№ 2.-С. 10-16.*
180. Стрючков В.В: О реализации комплекса мер по улучшению медицинского обслуживания жителей сельской местности Пензенской области / *Пробл. управления здравоохранением.-2008 - №5(42).- С. 52-56.*
181. Степанов В.В. Научное обоснование основных направлений развития сельского здравоохранения субъекта Российской Федерации (на примере Ново-сибирской области): автореф; дис.... д-ра.мед. наук / В.В. Степанов.-М.,- 2006.-48 с.
182. Павлов В.В., Суслин С.А., Каширин А.К. Современные подходы к организации медицинской помощи населению в сельской местности / // *Здравоохранение РФ. - 2008.-№3.- С.16-18.*
183. Калининская А.А., Шляфер С.И., Дзугаев А.Н. и др.. Медицинская помощь сельскому населению // *Главврач.- 2006 - №9- С. 19-24.*
184. Серегина И.Ф. Информационные методы и средства повышения доступности качества медицинской помощи// *Пробл. управления здравоохранением. - 2007. - №6(37). - С. 65-69.*
185. Юргель Н.В. Хубиев М.Ю. Вопросы повышения качества и доступности медицинской помощи сельскому населению // *Здравоохранение - 2008 - № 12.- С. 15-20.*
186. Мартыненко В.Ф., Полесский В.А. Законодательное обеспечение информационной деятельности в здравоохранении / // *Главврач. - 2008.-№ П.-С. 6-13.*
187. Сердюков А.Г., Винникова Ю.Г., Кульков В.Н. Медико-социальная характеристика образа жизни лиц, умерших в трудоспособном возрасте / *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.- 2008- № 3.- С. 25-27*
188. Денисов, И.Н., Кучеренко В.З., Шамшурина Н.Г. Экономическое обоснование развития общей врачебной практики и семейной медицины // *Экономика здравоохранения-2002 -№ 5-6.-С. 21-24.*
189. Суслин С.А. Корпоративный территориальный медицинский центр - перспективная форма повышения эффективности управления медицинской помощью // *Зам. главного врача - 2008 - №10 (29).- С. 20-24.*
190. Реструктуризация системы здравоохранения: проблемы и пути их решения // *Вопр. экономики и управления для руководителей здравоохранения - 2007. - №5 (68).-С. 11-14.*
191. Волобуев О.А. Роль областной консультативной поликлиники, в организации медицинской помощи населению сельского муниципального

- образования / О.А. Волобуев // Вопр. экономики и управления для руководителей здравоохранения. - 2004.- №2 (38).- С.69-71.
192. Мыльникова Л.А. Развитие скорой медицинской помощи сельскому населению в Российской Федерации // Здравоохранение -2001 - № 12.- С.22-24.
193. Финченко Е.А., Цыцорина И.А., Основные тенденции ресурсного обеспечения здравоохранения Новосибирской област. // Экономика здравоохранения - 2008 - №8.- С. 23-28.
194. Степанов В.В. Основные направления развития здравоохранения в сельских районах субъекта Российской Федерации // Новосибирск: ООО «Риц», 2006.- 204 с.
195. Подлужная М.Я., Рыжаков С.А., Шилова С.Л. Организационные подходы по совершенствованию медико-санитарной помощи сельскому населению в Пермском крае // Актуальные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: материалы Всерос. науч.-практ. конф. посвящ. 145-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2008).- Иркутск, 2008 - С. 63- 68.
196. Tarimo, E. Towards a Healthy District: Organizing and Managing District Health Systems Based on Primary Health Care / E. Tarimo. - Geneva, 1991.
- 197 Morgan, C. Total Quality Management in the Public Sector / C. Morgan, S. Murgatroyd - Buckingham, 1994.- Ch. 1,3.
198. Стратегия развития Республики Казахстан до 2030 года // Послание Президента Республики Казахстан народу страны «Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев», октябрь.- 1997.
199. Приказ МЗ РК № 534 от 12 августа 2011 года «Концепция развития медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан на 2011-2015 годы »
200. Долгосрочная программа развития здравоохранения Республики Казахстан до 2020 года. - Астана, 2008. – 158.с.
201. Биртанов Е.А., Иванченко Н.Н., Ахметов В.И. Абдрахманова С.А., Калмаханов С.Б. Методические подходы к оценке удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в Республике Казахстан: Методические рекомендации.– Алматы, 2008.– 29 с.
202. Рахыпбеков Т.К., Кабулов К.С. Роль финансового управления здравоохранением. Принципы и перспективы // Наука и здравоохранение. – 2009. - №3. – С.5-7.
203. Балгимбеков Ш.А., Биртанов Е.А., Сыбанбаева Л.С. Руководство по внедрению современных принципов управления качеством медицинских услуг на уровне медицинских организаций: Методические рекомендации.– Алматы, 2008.– 44 с.
204. Биртанов Е.А. Стратегия управления ресурсами здравоохранения путем совершенствования инновационно-инвестиционной политики

/Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік медицина академиясы хабаршы.– 2009.– № 4(45).– С. 3-5.

205. Биртанов Е. А. Инновационно-инвестиционная стратегия развития здравоохранения Республики Казахстан /Медицина и экология.– 2010.– № 1.– С. 92-94.

206. Джеймисон Д.Т., Бримэн Д.Д., Мишэм Э.Р. и др. Приоритеты в области здравоохранения /

– Всемирный Банк, Вашингтон, 2006. – 213 с.

207. Аканов А.А., Биртанов Е.А., Камалиев М.А. Шаги к формированию стратегии инновационно-инвестиционного развития здравоохранения Республики Казахстан / http://journal.ksph.kz/contents/v9n2_2010.pdf

208. Татарников М.А. Основные подходы к реформированию здравоохранения// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2003. - № 1. - С. 7-11.

209. Нурбакыт А.Н. Оценка населением санитарного состояния стационаров Республики Казахстан / http://journal.ksph.kz/contents/v9n2_2010.pdf

210. Щепин О.П., Трегубов Ю.Г., Асланян Э.А. Актуальные вопросы развития муниципального здравоохранения //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2003. - № 4. - С. 25-27.

211. Аканов А.А., Девятко В.Н., Кульжанов М.К. Общественное здравоохранение в Казахстане: концепции, проблемы и перспективы. – Алматы, 2001. - 101 с.

212. Шарманов Т.Ш. Алматинский рубеж мирового здравоохранения (от Алматы к новому тысячелетию человеческого развития). Алматы-Вашингтон-Женева, 2008. 184 с.

213. Аканов А.А. Политика охраны здоровья населения в Казахстане: опыт разработки, реализации национальных программ здравоохранения и перспективы на 2010-2015 годы. – Астана, 2006. – 243 с.

214. Вялков А.И., Райзберг Б.А., Шиленко Ю.В. Управление и экономика здравоохранения. – М.: Издательский Дом «ГЭОТАР-МЕД», 2002. - 328 с.

215. Akanov A.A., Kamaliev M.A. System of public health services of Republic of Kazakhstan: a current condition, problems, prospects /S.D. Asfendijarov Kazakh National Medical University, Almaty city, Republic of Kazakhstan

216. Кульжанов М.К. и соавт. Методические основы формирования здорового образа жизни // Методические рекомендации / Астана, 2003. 40с.

217. Аканов А.А., Куракбаев К.К., Чен А.Н., Ахметов У.И. Организация здравоохранения Казахстана. – Астана. Алматы, 2006. – 232 с.

218. Москвичева Н.Г. Интегральная оценка здоровья сельского населения и совершенствование системы организации медицинской помощи в сельской местности/ автореф.на соискание ученой степени докт.мед.наук, Москва, 2009г. – 48 с.

219. Шипачев К.В. Роль инновационных технологий организации медицинской помощи в повышении эффективности деятельности

- лечебно-профилактических учреждений / автореф. на соискание ученой степени докт.мед.наук, Москва, 2009 – 48 с.
220. Кульжанов М.К. Здоровье нации – основа успешного будущего / Казахстанская правда. – 2013. - №232
221. Девятко В.Н., Куралбаев Б.С., Захаров И.С., Исаев Д.С., Чен А.Н. Ключевые аспекты развития региональных программ общественного здравоохранения. – Алматы, 2004. – 342 с.
222. Сагиндыкова А.Н. Конституционно-правовые проблемы охраны здоровья граждан в Республике Казахстан. – Алматы, 1997. – 167 с.
223. Сакбаев О.С., Вагнер А.В. Совершенствование методологии изучения и оценки здоровья населения. – Алматы, 1995. – 364 с.
224. Ошибаева А.Е., Сакенов А.К. Анализ информированности различных групп населения г.Алматы в вопросах о собственном здоровье и системе здравоохранения.
225. Доскалиев Ж.А., Диканбаева С.А., Аканов А.А. Управление организацией и проведением мероприятий по профилактике наиболее значимых заболеваний. - Алматы, 2004. – 47 с.
226. Аязбаева А.Г. Медико-социальные аспекты формирования приоритетных классов заболеваний в Республике Казахстан: Учебно-метод. пособие. – Алматы, 2005. – 55 с.
227. Сейдуманов С. Т. Научно-обоснованные подходы к стратегии развития здравоохранения Казахстана / автореф.на соиск.уч.ст.д.м.н., 2009
228. Тайжанов А.Т., Кумыспаев С.С. Социальные аспекты реформирования системы здравоохранения Республики Казахстан // Медицинский журнал Западного Казахстана, 2006. - №4(12). – С.64-66.
229. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению: уч.пособие / Под ред. В.З.Кучеренко. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 560 с.
230. Даирбеков О.Д., Калкабаева С.А. Роль структурного реформирования здравоохранения в совершенствовании ПМСП населению: материалы III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. - Астана, 2007. – С. 150-151.
231. Дарменов О.К., Базарбекова Ш.К. Инновации в организации экстренной медицинской помощи на амбулаторном этапе: материалы III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. - Астана, 2007. – С. 151-157.
232. Дерновой А.Г. Здравоохранение Казахстана – вчера, сегодня, завтра: материалы III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. Астана, 2007. – С. 3-9.
233. Диканбаева А.В., Назирова Н.И., Сулейменова Б.А. Состояние и проблемы службы скорой медицинской помощи в Республике Казахстан. Материалы научно-практической конференции 16-17 сентября 2004 года «Совершенствование службы скорой и неотложной медицинской помощи в Республике Казахстан». – Астана. – 2004. – стр. 3-4.
234. Bouma G., Muizelaar J. Cerebral bloods flow in severe clinical head. – Oxford, 1995.

235. McSwain NE Jr, Frame S., Solomon J., et al. Prehospital Trauma Life Support: Basic and Advanced, 4th Edition, St Louis, Mosby, 2003.
236. Стоцин Вочислав. Мобильное укрепление здоровья.// Международная конференция посвященная 35-й годовщине Алма-Атинской Декларации по Первичной медико-санитарной помощи. Сборник тезисов. – Алматы, ноябрь, 2013.-с. 31-32
237. Рогожников В.А. и др. Методологические аспекты макроанализа состояния здоровья в современных социально-экономических условиях села// Экономика здравоохранения . - 2003 . - N1 . - С. 19-24 .
238. Калининская А.А. и др. Реформы здравоохранения села // Главврач.– 2010.– №8.–С.10-12.
239. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг.– Руководство М.: Медицина.– 2003.- 833 стр.
240. Джайнакбаев Н., Маншарипова А.Т. Разработка медико-социальных технологий для организаций ПМСП// Международная конференция посвященная 35-й годовщине Алма-Атинской Декларации по Первичной медико-санитарной помощи. Сборник тезисов. – Алматы, ноябрь, 2013.- с.17-18
241. Почему мужчины живут меньше, чем женщины, выяснили генетики// www.novoteka.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Анкета по выявлению факторов риска ХНИЗ

Идентификационный номер участника №__

Общая информация

№	Место, дата, получение согласия, доп. информация	Ответы	Код
1	Код района	Октябрьский Бухар-Жырауский Осакаровский Другой район	1 2 3 4
2	Название центра/населенного пункта		
3	Идентификационный номер опрашиваемого		
4	Дата заполнения опросника	День, месяц, год	
5	Участник ознакомлен с текстом согласия	Да Нет (если нет, зачитайте текст)	1 2
6	Согласие от больного на проведение опроса получено (устно и письменно)	Да Нет (если нет, прекратите опрос)	1 2
7	Язык проведения опроса	Русский Казахский Другой	1 2 3
8	Время проведения опроса	Часы, минуты	
9	Фамилия		
10	Имя		
11	Номер телефона для контактов		
12	Номер какого телефона указан	Рабочий Домашний Соседей Другой	1 2 3 4

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ОСНОВНОЙ МОДУЛЬ: ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

№	Вопросы	Ответы	Код
13	Пол	Мужской Женский	1 2
14	Год рождения	День, месяц, год	
15	Сколько Вам лет?	Годы __	

**РАСШИРЕННЫЙ МОДУЛЬ:
ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

№	Вопросы	Ответы	Код
16	Ваша национальность	Казах Русский Другой	1 2 3
17	Ваше образование?	Нет школьного образования Незаконченное начальное Законченное начальное Законченное среднее Законченное средне-специальное Законченное высшее Аспирантура, докторантура Отказывается отвечать	1 2 3 4 5 6 7 8
18	Сколько всего лет Вы учились в школе или другом учебном заведении в режиме полного дня (исключая дошкольное обучение)	Годы ____	
19	Что из перечисленного более всего соответствует Вашему основному роду занятий за последние 12 мес	Государственный служащий Работник частного сектора Предприниматель Неоплачиваемый труд Учащийся Домохозяйка Пенсионер Безработный (способный работать) Безработный (неспособный работать) Отказывается отвечать	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
20	Семейное положение	Женат/замужем Не женат/не замужем Разведен Вдовец/вдова	1 2 3 4

**ЭТАП 1. ПОКАЗАТЕЛИ ПОВЕДЕНИЯ
ОСНОВНОЙ МОДУЛЬ: УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА**

№	Вопросы	Ответы	Код
21	Употребляете ли Вы в настоящее время какие – либо табачные изделия (сигареты, трубка)	Да	1
		Нет (если нет, перейдите к разделу употребление алкоголя)	2
22	Если да, употребляете ли Вы табачные изделия ежедневно?	Да	1
		Нет (если нет, перейдите к разделу употребление алкоголя)	2
23	В каком возрасте Вы начали курить ежедневно?	Возраст (годы) _____ Не помню или сколько лет назад _____	
24	Помните ли Вы как давно это было (укажите 1 вариант)	Лет _____	1
		Месяцев _____	2
		Неделя _____	3
25	Какое количество табачных изделий, в среднем, Вы употребляете ежедневно	От 1 до 5 штук	1
		От 6 до 10 штук	2
		1 пачка в день	3
		2 пачки в день	4

РАСШИРЕННЫЙ МОДУЛЬ: УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА

№	Вопросы	Ответы	Код
26	Курили ли Вы ежедневно когда-либо ранее	Да	1
		Нет (если нет, перейдите к разделу употребление алкоголя)	2
27	Если да, в каком возрасте Вы прекратили курить ежедневно?	Возраст (годы) _____ Не помню или сколько лет назад _____	
28	Как давно Вы прекратили курить ежедневно (укажите 1 вариант)	_____ лет назад	1
		_____ месяцев назад	2
		_____ недель назад	3
29	Употребляете ли Вы в настоящее время какие-либо бездымные табачные изделия, такие как нюхательный, жевательный табак, бетель	Да	1
		Нет (если нет, перейдите к разделу употребление алкоголя)	2
30	Если да, употребляете ли Вы в настоящее время бездымные табачные изделия ежедневно?	Да	1
		Нет	2
31	Сколько раз в день, в среднем Вы употребляете	От 1 до 3 раз	1
		От 4 до 7 раз	2
32	Употребляли ли Вы бездымные табачные изделия, такие как нюхательный, жевательный табак, бетель когда либо ранее ежедневно?	Да	1
		Нет	2

ОСНОВНОЙ МОДУЛЬ: УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

№	Вопросы	Ответы	Код
33	Употребляете ли алкоголь (например, пиво, вино, крепкие напитки, любые напитки содержащие алкоголь) в течение последних 12 месяцев?	Да	1
		Нет (если нет, перейдите к разделу Рацион питания)	2
34	Как часто за последние 12 мес Вы выпивали хотя бы небольшое количество алкоголя	Ежедневно	1
		5-6 дней в неделю	2
		1-4 дня в неделю	3
		1-3 дня в месяц	4
		Менее одного раза в месяц	5
35	Какое количество алкоголя, в среднем, Вы выпиваете в течение дня?	100 -200 грамм	1
		500 грамм	2
		1 литр	3
		Не знаю	4
36	Употребляли ли Вы алкогольные напитки (например, пиво, вино, крепкие напитки, любые напитки содержащие алкоголь) за последние 30 дней?	Да	1
		Нет	2

ОСНОВНОЙ МОДУЛЬ: РАЦИОН ПИТАНИЯ (пищевые привычки)

№	Вопросы	Ответы	Код
37	Употребляете ли Вы фрукты и овощи в питании	Да	1
		Нет	2
38	Сколько дней в неделю Вы обычно потребляете фрукты	Каждый день	1
		Через день	2
		Не употребляю	3
39	Сколько дней в неделю Вы обычно потребляете овощи?	Каждый день	1
		Через день	2
		Не употребляю	3

РАСШИРЕННЫЙ МОДУЛЬ: РАЦИОН ПИТАНИЯ (пищевые привычки)

№	Вопросы	Ответы	Код
40	Какой вид растительных или животных жиров чаще всего используется для приготовления пищи в Вашей семье?	Растительное масло	1
		Свиной жир или сало	2
		Масло или топленое масло	3
		Маргарин	4
		Другое	5
		Никакой определенный	6

		Никакой	7
		Не знаю	8
41	Досаливаете ли Вы уже приготовленную пищу	Нет, не досаливаю	1
		Да, предварительно пробуя	2
		Да, не пробуя	3
42	Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда и других сладостей в день?	Да	1
		Нет	2

ОСНОВНОЙ МОДУЛЬ: ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

Активность на работе

№	Вопросы	Ответы	Код
43	Требует ли Ваша работа высокоинтенсивной деятельности, при которой значительно учащается дыхание или пульс (например, поднятие тяжестей, земляные или строительные работы) непрерывно в течение, по меньшей мере, 10 минут?	Да	1
		Нет	2
44	Сколько дней в неделю Вы обычно занимаетесь высокоинтенсивной деятельностью на работе?	1-3 дня	1
		3-5 дней	2
		5-7 дней	3
		Каждый день	4
45	Сколько часов в день Вы обычно занимаетесь высокоинтенсивной деятельностью на работе?	10 минут – 2 часа	1
		2-4 часа	2
		Более 4-х часов	3
46	Используете ли Вы ходьбу пешком или езду на велосипеде непрерывно в течение не менее 10 минут в качестве средства передвижения?	Да	1
		Нет	2
47	Сколько дней в неделю Вы обычно ходите пешком или ездите на велосипеде непрерывно в течение не менее 10 минут	1-3 дня	1
		3-5 дней	2
		5-7 дней	3
		Каждый день	4
48	Сколько часов в день Вы обычно уделяете ходьбе пешком или езде на велосипеде в день в течение 10 минут или более?	10 минут – 2 часа	1
		2-4 часа	2
		Более 4-х часов	3
49	Носят ли Ваши занятия спортом или активным досугом высокоинтенсивный характер при	Да	1
		Нет	2

	котором значительно учащается дыхание или пульс (например, бег или футбол) непрерывно в течение, по меньшей мере, 10 минут?		
50	Сколько дней в неделю Вы обычно занимаетесь спортом, физическими упражнениями или активным досугом высокоинтенсивного характера?	1-3 дня 3-5 дней 5-7 дней Каждый день	1 2 3 4
51	Сколько часов в день Вы обычно занимаетесь спортом, физическими упражнениями или активным досугом высокоинтенсивного характера?	10 минут – 2 часа 2-4 часа Более 4-х часов	1 2 3
52	Сколько времени в день Вы обычно проводите в положении сидя или полулежа? (Не указывайте время сна).	10 минут – 2 часа 2-4 часа Более 4-х часов	1 2 3

**РАСШИРЕННЫЙ МОДУЛЬ:
ПОВЫШЕННОЕ КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ**

№	Вопросы	Ответы	Код
53	Когда в последний раз Ваше кровяное давление измерялось медицинским работником?	В течение последних 12 месяцев	1
		1-5 лет назад	2
		Ни разу за последние 5 лет	3
54	Говорил ли Вам врач или другой медицинский работник в течение последних 12 месяцев, что у Вас повышенное кровяное давление или гипертония?	Да Нет	1 2
55	Получаете ли Вы в настоящее время какой-либо из перечисленных ниже видов лечения / рекомендации по поводу высокого кровяного давления по назначению врача или другого медицинского работника?		
	Прием лекарств (медицинских препаратов) в течение последних 2-х недель	Да Нет	1 2
	Специально назначенная диета	Да Нет	1 2
	Рекомендации или лечебные процедуры для снижения веса	Да Нет	1 2
	Рекомендации или лечебные процедуры для отказа от курения	Да Нет	1 2

	Рекомендации начать заниматься физическими упражнениями или увеличить нагрузки	Да Нет	1 2
56	Обращались ли вы за последние 12 мес к народным целителям по поводу повышенного АД или гипертонии?	Да Нет	1 2
57	Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо лекарственные травы или народные средства для снижения АД?	Да Нет	1 2

РАСШИРЕННЫЙ МОДУЛЬ: ДИАБЕТ

№	Вопросы	Ответы	Код
58	Измеряли ли Вы уровень сахара в крови за последние 12 мес?	Да Нет	1 2
59	Говорил ли Вам врач или другой медицинский работник в течение последних 12 мес, что Вы страдаете диабетом?	Да Нет	1 2
60	Получаете ли Вы в настоящее время какой-либо из перечисленных ниже видов лечения / рекомендации по поводу диабета по назначению врача или другого медицинского работника?		
	Инсулин	Да Нет	1 2
	Прием пероральных лекарственных средств в течение последних 2-х недель	Да Нет	1 2
	Специально назначенная диета	Да Нет	1 2
	Рекомендации или лечебные процедуры для снижения веса	Да Нет	1 2
	Рекомендации или лечебные процедуры для отказа от курения	Да Нет	1 2
	Рекомендации начать заниматься физическими упражнениями или увеличить нагрузки	Да Нет	1 2
69	Обращались ли вы за последние 12 мес к народным целителям по поводу диабета?	Да Нет	1 2
70	Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо лекарственные травы или народные средства для лечения диабета?	Да Нет	1 2

**ЭТАП 2 – ДАННЫЕ ФИЗИЧЕСКОГО ОСМОТРА
ОСНОВНОЙ МОДУЛЬ: РОСТ И ВЕС**

№	Вопросы	Ответы
71	Рост	_____сантиметр
72	Вес	_____кг

ОСНОВНОЙ МОДУЛЬ: ТАЛИЯ

№	Вопросы	Ответы
73	Окружность талии	_____сантиметр

ОСНОВНОЙ МОДУЛЬ: ДАВЛЕНИЕ КРОВИ

№	Вопросы
74	Размер манжетки тонометра
75	Показание 1
76	Показание 2
77	Показание 3
78	Принимаете ли Вы лекарства для снижения АД по назначению врача или другого медицинского работника за последние две недели?

ОСНОВНОЙ МОДУЛЬ: ОКРУЖНОСТЬ БЕДРА И ЧАСТОТА ПУЛЬСА

№	Вопросы	Ответы	
79	Окружность бедра	_____сантиметр	
80	Частота пульса (укажите, если используется автоматическое устройство для измерения АД)		
	Показание 1	Число ЧСС _____	
	Показание 1	Число ЧСС _____	
	Показание 1	Число ЧСС _____	

**ЭТАП 3 – БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
ОСНОВНОЙ МОДУЛЬ: УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ**

№	Вопросы	Ответы	Код
81	Принимали ли Вы за последние 12 часов какую-нибудь пищу или пили что-нибудь, кроме воды	Да Нет	1 2
82	В какое время дня был взят анализ (по 24-часовой шкале)	Часы, минуты _____	
83	Уровень глюкозы в крови натощак	Ммоль/л _____	

ОСНОВНОЙ МОДУЛЬ: ЛИПИДЫ В КРОВИ

№	Вопросы	Ответы
84	Общий холестерин	Ммоль/л _____

**ОСНОВНОЙ МОДУЛЬ: ТРИГЛИЦЕРИДЫ И ХОЛЕСТЕРИН
ЛИПОПРОТЕИДОВ ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ**

№	Вопросы	Ответы
85	Триглицериды	Ммоль/л _____
86	Холестерин ЛПВП	Ммоль/л _____

ОСНОВНОЙ МОДУЛЬ: СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

№	Вопросы	Ответы	Код
87	Имеется ли у Вас хронический бронхит	Да	1
		Нет	2
		Не знаю	3
88	Имеется ли у Вас бронхиальная астма	Да	1
		Нет	2
		Не знаю	3
89	Имеется ли у Вас инсульт	Да	1
		Нет	2
		Не знаю	3
90	Имеется ли у Вас инфаркт миокарда	Да	1
		Нет	2
		Не знаю	3
91	Имеется ли у Вас ишемическая болезнь сердца (стенокардия)	Да	1
		Нет	2
		Не знаю	3
92	Имеется ли у Вас онкологические заболевания	Да	1
		Нет	2
		Не знаю	3
93	Имеется ли у Вас сахарный диабет	Да	1
		Нет	2
		Не знаю	3

ОСНОВНОЙ МОДУЛЬ: ОБРАЩАЕМОСТЬ К ВРАЧУ

№	Вопросы	Ответы	Код
94	Обращались ли Вы к врачу на протяжении последних 12 мес?	Да	1
		Нет	2
95	Сколько раз Вы обращались к врачу на протяжении последних 12 мес?	Каждый день	1
		Каждую неделю	2
		Каждый месяц	3
		Один раз в полгода	4
		Никогда	5
96	Получали ли Вы лист нетрудоспособности на протяжении последних 12 мес?	Да	1
		Нет	2

97	Какова продолжительность листов нетрудоспособности	По 10 дней	1
		По 20 дней	2
		1 - 4 месяца	3
		Более 4 месяцев	4
98	Госпитализировали ли Вас на протяжении последних 12 мес?	Да	1
		Нет	2
99	Вызывали ли Вы скорую помощь на протяжении последних 12 мес	Да	1
		Нет	2
100	Причины вызова скорой помощи	Острое состояние	1
		Обострение хронического заболевания (указать какого)	2
		Травма	3
		Другое	4

ПРИЛОЖЕНИЕ В

АНКЕТА

опросник врачей общей практики, работающих на селе

Проводится социологический опрос о состоянии здравоохранения.

Просим Вас ответить на вопросы данной анкеты. В каждом вопросе обведите кружком номера тех вариантов ответов, которые соответствуют Вашему мнению.

Населенный пункт _____
ЛПУ _____

	Номер анкетированного	
1	Возраст ВОП: 1) до 30 лет; 2) 30-39 лет; 3) 40-49 лет; 4) 50-59 лет; 5) 60-69 лет.	1 2 3 4 5
	Факторы, привлекающие в работе ВОП:	
2	Возможность оказания широкого спектра медицинских услуг: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
3	Ответственность за здоровье пациента: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
4	Заработная плата: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
5	Предоставление жилья: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
6	Широкий аспект профессиональных навыков: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
	Факторы, осложняющие работу врача ОВП	
	Большая загруженность письменной работой:	

7	1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
8	Вызовы на дом в нерабочее время: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
9	Вызовы на дом в ночное время: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
10	Повышенная ответственность за здоровье пациента: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
11	Отсутствие возможности полноценного отпуска: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
12	Низкая заработная плата: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
	Разделы работы ВОП, которые следует выполнять медицинским сестрам ОП	
13	Ведение занятий профилактической направленности в Школе Здоровья: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
14	Патронаж хронических больных: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
15	Первичный доврачебный прием в амбулатории (измерение АД, ЧСС, антропометрический данные, снятие ЭКГ): 1) Да	1

	2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	2 3 4
16	Проведение профилактических осмотров в школе: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
17	Ведение стационара на дому совместно с врачом: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
18	Заполнение паспортной части в амбулаторной карте: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
19	Заполнение карты диспансерного больного: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
20	Заполнение санаторно-курортной карты: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
	Причины необоснованных вызовов ВОП в нерабочее и ночное время:	
21	Вызовы к пожилым людям по поводу хронического заболевания: 1) Часто 2) Иногда 3) Практически никогда 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
22	Вызов к пожилым людям по поводу социальных проблем: 1) Часто 2) Иногда 3) Практически никогда 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
23	Алкогольное опьянение: 1) Часто 2) Иногда 3) Практически никогда	1 2 3

	4) Затрудняюсь ответить	4
24	Необоснованные бытовые разборки, драки: 1) Часто 2) Иногда 3) Практически никогда 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
25	Предложения по снижению необоснованных вызовов: 1) Часто 2) Иногда 3) Практически никогда 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
26	Активизация медико-санитарной помощи старикам (дома интернаты, больницы сестринского ухода): 1) Часто 2) Иногда 3) Практически никогда 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
27	Проведение санитарно-просветительской работы с населением (в том числе антиалкогольной пропаганды): 1) Часто 2) Иногда 3) Практически никогда 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
28	Активизация профилактической работы: 1) Часто 2) Иногда 3) Практически никогда 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
29	Организация стационаров на дому для пожилых и инвалидов: 1) Часто 2) Иногда 3) Практически никогда 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4

ПРИЛОЖЕНИЕ С

АНКЕТА

опросник медицинских сестер общей практики, работающих на селе

Проводится социологический опрос о состоянии здравоохранения.

Просим Вас ответить на вопросы данной анкеты. В каждом вопросе обведите кружком номера тех вариантов ответов, которые соответствуют Вашему мнению.

Населенный пункт _____

ЛПУ _____

	Номер анкетированного	
1	Возраст МСОП: 1) до 30 лет; 2) 30- 39 лет; 3) 40-49 лет; 4) 50-59 лет; 5) 60-69 лет.	1 2 3 4 5
	Факторы, привлекающие в работе МСОП:	
2	Расширение профессиональных функций: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
3	Есть самостоятельный фронт работы: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
4	Доверительное отношение с врачом в процессе работы: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
5	Заработная плата: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
6	Предоставление жилья: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
	3. Факторы, осложняющие работу МСОП	

7	Ненормированный рабочий день: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
8	Большая загруженность письменной работой: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
9	Вызовы на дом в нерабочее время: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
10	Вызовы на дом в ночное время: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
11	Повышенная ответственность за здоровье пациента: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
12	Отсутствие возможности полноценного отпуска: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
13	Низкая заработная плата: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
	4. Разделы работы ВОП, которые следует выполнять медицинским сестрам ОП	
14	Ведение занятий профилактической направленности в Школе Здоровья: 1) Да 2) Отчасти 3) Нет 4) Затрудняюсь ответить	1 2 3 4
15	Патронаж хронических больных: 1) Да	1

	2) Отчасти	2
	3) Нет	3
	4) Затрудняюсь ответить	4
16	Первичный доврачебный прием в амбулатории (измерение АД, ЧСС, антропометрический данные, снятие ЭКГ):	
	1) Да	1
	2) Отчасти	2
	3) Нет	3
	4) Затрудняюсь ответить	4
17	Проведение профилактических осмотров в школе:	
	1) Да	1
	2) Отчасти	2
	3) Нет	3
	4) Затрудняюсь ответить	4
18	Ведение стационара на дому совместно с врачом:	
	1) Да	1
	2) Отчасти	2
	3) Нет	3
	4) Затрудняюсь ответить	4
19	Заполнение паспортной части в амбулаторной карте:	
	1) Да	1
	2) Отчасти	2
	3) Нет	3
	4) Затрудняюсь ответить	4
20	Заполнение карты диспансерного больного:	
	1) Да	1
	2) Отчасти	2
	3) Нет	3
	4) Затрудняюсь ответить	4
21	Заполнение санаторно-курортной карты:	
	1) Да	1
	2) Отчасти	2
	3) Нет	3
	4) Затрудняюсь ответить	4

ПРИЛОЖЕНИЕ D

АНКЕТА

опросник для жителей села

Проводится социологический опрос населения о состоянии здоровья и здравоохранения. Просим Вас ответить на вопросы данной анкеты. В каждом вопросе обведите кружком номера тех вариантов ответов, которые соответствуют Вашему мнению.

Населенный пункт _____

	Номер анкетированного	
1	Пол	
	1) муж	1
	2) жен	2
2	Возраст:	
	1) до 30 лет;	1
	2) 30-39 лет;	2
	3) 40-49 лет;	3
	4) 50-59 лет;	4
	5) 60-69 лет.	5
3	Испытываете ли Вы беспокойство по поводу своего здоровья	
	1) Да, такое беспокойство есть постоянно	1
	2) Да, такое беспокойство бывает часто	2
	3) Да, бывает, но редко	3
	4) Нет, беспокойства нет	4
4	Как вы оцениваете состояние Вашего здоровья в целом	
	1) Очень хорошее	1
	2) Хорошее	2
	3) Удовлетворительное	3
	4) Плохое	4
	5) Очень плохое	5
	6) Трудно сказать	6
5	Всегда ли при болезни обращаетесь за медицинской помощью	
	1) Да	1
	2) Только в тяжелых случаях	2
	3) Практически не обращаюсь	3
6	Есть ли у Вас заболевание	
	1) Да	1
	2) Нет	2
7	Если да то какие именно (напишите все поставленные Вам диагнозы или перечислите, к каким органам, частям тела относятся заболевания)	
	1) сердечно-сосудистые заболевания	1
	2) болезни органов дыхания	2
	3) болезни костно-мышечной системы	3

	4) болезни эндокринной системы 5) болезни крови 6) болезни мочеполовой системы 7) болезни нервной системы 8) другие болезни <hr/>	4 5 6 7 8
8	Есть ли у Вас хроническое заболевание 1) Да 2) Нет	1 2
9	Состоите ли на диспансерном учете по поводу заболевания 1) Да 2) Нет 3) Затрудняюсь ответить	1 2 3
10	Есть ли у Вас инвалидность 1) Да 2) Нет	1 2
11	Легко ли Вам попасть на прием к ВОП, участковым специалистам 1) Да, легко 2) Иногда трудно 3) Всегда трудно 4) Не знаю	1 2 3 4
12	В какие учреждения здравоохранения Вы обращались за последний год и сколько раз 1) Центральную районную больницу ежемесячно, ежеквартально 2) Семейную врачебную амбулаторию ежемесячно, ежеквартально 3) ФАП ежемесячно, ежеквартально 4) В районную поликлинику ежемесячно, ежеквартально 5) В участковую больницу ежемесячно, ежеквартально 6) Медицинский пункт ежемесячно, ежеквартально 7) Не обращался	1 2 3 4 5 6 7
13	По поводу болезней в какое учреждение здравоохранения Вы обращаетесь: 1) ЦРБ 2) СВА 3) ФАП 4) районную поликлинику 5) СУБ	1 2 3 4 5
14	По поводу профилактического осмотра в какое учреждение здравоохранения Вы обращаетесь 1) ЦРБ 2) СВА	1 2

	3) ФАП	3
	4) районную поликлинику	4
	5) СУБ	5
15	По поводу диспансеризации в какое учреждение здравоохранения Вы обращаетесь	
	1) ЦРБ	1
	2) СВА	2
	3) ФАП	3
	4) районную поликлинику	4
	5) СУБ	5
16	По поводу выписки лекарственных препаратов в какое учреждение здравоохранения Вы обращаетесь	
	1) ЦРБ	1
	2) СВА	2
	3) ФАП	3
	4) районную поликлинику	4
	5) СУБ	5
17	По поводу заполнения медицинской документации в какое учреждение здравоохранения Вы обращаетесь	
	1) ЦРБ	1
	2) СВА	2
	3) ФАП	3
	4) районную поликлинику	4
	5) СУБ	5
18	Вызывают ли Вас медицинские работники на:	
	1) профилактический осмотр	1
	2) диспансеризацию	2
	3) лечение в дневной стационар	3
	4) лечение в стационар на дому	4
	5) в школу здоровья	5
19	Знаете ли результат Вашего профилактического осмотра	
	1) Да	1
	2) Нет	2
	3) Затрудняюсь ответить	3
20	Были ли даны Вам рекомендации по результатам профилактического осмотра	
	1) Была назначена лекарственная терапия	1
	2) Здоров (а)	2
	3) Выдано направление на обследование	3
	4) Направлен(а) на госпитализацию	4
21	Выполняете ли Вы назначение медицинского работника после посещения	
	1) Выполняю	1
	2) Не выполняю в связи с высокой ценой лекарственных препаратов	2
		3

	3) Не выполняю в связи с отсутствием лекарств в аптеках 4) Не выполняю в связи с самолечением	4
22	Доступна ли Вам скорая неотложная медицинская помощь 1) Да 2) Нет	1 2
23	Удовлетворены ли Вы оказанием скорой неотложной медицинской помощью 1) Да 2) нет 3) длительность ожидания 4) отсутствие лекарств у бригады 5) низкое качество оказания медицинской помощи	1 2 3 4 5
24	Устраивает ли Вас в целом работа местной системы здравоохранения 1) Да, вполне 2) Скорее, да 3) Трудно сказать 4) Скорее, нет 5) Совсем не устраивает	1 2 3 4 5

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РК
КАРАГАНДИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**ЗДОРОВЬЕ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ
КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ**
(монография)

Формат 60x84 ¹/₁₆. Объем 12,3 печ. л.
Тираж 500. Заказ № 1382.

Отпечатано в типографии «Гласир».
г. Караганда, ул. Ермакова, 112/5, тел.: 8 (7212) 43-38-57,
e-mail: glasirkg@mail.ru,
г. Астана, ул. Ауэзова, 46/1, оф. 104, тел.: 8 (7172) 45-65-61,
e-mail: glasir.astana@mail.ru,
www.glasir.kz

