

Шамшиев А.А.

**ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОРГАНОВ И  
ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ЭПИДЕМИИ  
СОЦИАЛЬНО-ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

A.A. Shamshiev

**INTERACTION BETWEEN STATE AGENCIES AND HEALTH CARE  
ORGANIZATIONS FOR COUNTERACTING THE EPIDEMIC OF SOCIALLY  
DETERMINED DISEASES**

УДК: 614.2

*Проблема сохранения и укрепления здоровья населения в современных условиях модернизации всей системы жизнеобеспечения в стране становится приоритетной. Внедрение новых подходов с позиции общественного здравоохранения в отечественной медицине дало определенные результаты. Взаимосвязь здоровья отдельных людей и благополучие общества в целом является основополагающим принципом общественного здравоохранения. Специфическая социальная система «врач-больной» эволюционно трансформируется, возникают новые системы, которые порой отдаляют врача от больного, или порождают принципиально новые правовые аспекты, как в порядке предоставления медицинской помощи, так и ответственности за ее качество.*

**Ключевые слова:** здоровье, болезни, население, медицинские услуги, диагностика, профилактика

*The problem of preservation and promotion of public health in modern conditions of the life support system in the country is becoming a priority. New approaches from a public health in domestic medicine yielded some results. The relationship of health and well-being of people Individual flush-mounted society is a fundamental principle of public health. Specific social system "doctor-patient" evolutionarily transformed, new system, which sometimes alienates the doctor from the patient, or give rise to entirely new legal aspects, as in introduction of care and responsibility for its quality.*

**Key words:** health, disease, population, medical services, diagnosis, prevention.

**Материалы и методы**

Материалы получены в процессе анализа статистических и собственных данных по заболеваемости населения южных регионов КР с учетом социологического опроса, которые по медико-демографическим и социально-экономическим характеристикам несколько отличаются от остальных территорий страны. В работе использованы клинические, эпидемиологические, социально-демографические, биостатистические методы исследования. Были отобраны возможные факторы значимые для встречаемой патологии и из них сформирована карта факторов риска. Ретроспективный анализ включал изучение основных социально обусловленных нозологических форм заболеваний по данным государственной медицинской статистике, архивных материалов, историй болезни, амбулаторных карт, результатов медосмотров и приема больных группой врачей с выездом в ЦСМ.

**Результаты и обсуждение**

Проблема региона заключается в том, что беднейшие слои населения оказываются не охваченны-

ми соответствующим набором мер медицинского вмешательства, которые могут существенно позволить укрепить здоровье и сократить число смертей ассоциируемых с их состоянием. Обнищание не только ухудшает состояние здоровья, но и снижает доступность медицинской помощи [6,7]. Усугубляется состояние здоровья населения также недостаточностью покрытия пищевых потребностей. ФАО и ВОЗ рекомендуют минимальный среднесуточный рацион в пределах равную 2500 ккал, ниже происходят негативные изменения в организме. В республике принята норма в 2101 килокалорий, вопреки принятой в мире нормы потребление около 2800-3010 килокалорий. В КР 2008 году в среднем на душу населения потребление составила около 2300 ккал (отставание около 130 ккал), 2009- 2358 ккал (3,13). Доля голодающих в Джалал-Абадской области составила 5 1,5%, в Ошской- 50,1% и Баткенской - 37,4% [8]. Усиливающиеся в обществе процессы дифференциации затрагивают важнейшие функции семьи репродуктивную, экономическую, медицинскую и как следствие ведут к потерям в здоровье населения [11,12].

В современном мире произошли радикальные перемены которые поставили под сомнение способность семьи выполнить присущие ей функции [4, 11]. В сельской местности преобладает многодетные семьи ( $T > 2$ ), меньше число бездетных семей ( $T > 2$ ), состоящих в повторном браке мужчин ( $T > 2$ ) и женщин ( $T > 2$ ). Основная часть опрошенных это лица трудоспособного населения, среди опрошенных женщины составили 31%, мужчины - 41,1 %, временно не работающих или ведут свое хозяйство - 34,7%. По составу семьи распределились следующим образом: одинокие семьи -3,5%, имеют 1-4 члена семьи - 44,9% и более членов - 34,8%, вдовы - 9,4%, неполные семьи - 7%. Количество семей, в которых нет самостоятельно зарабатывающих членов составило 36,8%, семей где работает лишь один член семьи - 23,1%. В подавляющем большинстве семей значительная доля доходов складывается за счет пенсий, пособий и дохода от ведения индивидуального хозяйства - 15%. Выявлена обратная зависимость численности семьи и величины их среднедушевого дохода ( $p < 0,01$ ), уровень бедности населения в селё. составила 60,5%. Около 1,5% исследованных семей бюджет даже не приблизился к установленному

минимальному уровню потребительской корзины (1417,3-2311,9).

Отмечаемый социальный разрыв нельзя объяснить только классической теорией факторов риска. Отличие в медицинских показателях соответствует масштабам материального неравенства: представители материально благополучных слоев, даже подверженные факторам риска, получают лучшие услуги здравоохранения, чем люди менее обеспеченные. Из восьми миллиардов сомов расходов на здравоохранения, более половина это доля населения, деньги из кармана больных, в том числе 2 миллиарда сомов неформальные платы [11]. Различия в образовательном уровне, качестве питания, условиях труда и место проживания также влияют на сложившуюся ситуацию.

В настоящее время хронической патологией страдает 17,5% населения, у 55-60% отмечались болезни нервной системы, дыхательных путей, болезни системы кровообращения и пищеварительного тракта, среди хронических больных детей и подростков до 15,6% выявляются заболевания сердечнососудистой системы, 15,5% страдают болезнями органов пищеварения и 14,0% органов дыхания. Недаром ВОЗ (Глобальный доклад ВОЗ, 2003) считает, что новой задачей для национальных систем здравоохранения является оказание помощи с хроническим состояниями, связанные с неинфекционными и некоторыми инфекционными заболеваниями, на которые приходится 60% глобального бремени болезни. Острое заболевание обратившихся за медицинской помощью наблюдается у 34,5% детей и подростков и 17,2% людей пожилого возраста, среди лиц в возрасте 16-29 лет доля практически здоровых среди мужчин составила 50,2%, среди женщин - 47,6%, а в возрасте 55-59 лет - соответственно 3,5 и 1,0%.

На фоне повышения смертности снижается суммарный коэффициент рождаемости населения. Несмотря на тенденцию некоторого улучшения показателей здоровья в Кыргызской республике за последние 10 лет, по данным медицинского осмотра (2010 г.) выявлены хронические заболевания у 57% взрослого населения, 31% лиц пенсионного возраста и 12% детей и подростков. Хронические заболевания среди женщин встречается чаще, чем среди мужчин. Наиболее значимая патология женщин фертильного возраста в регионе — анемия (70-75%), она является той исходной патологией, которая вызывает цепь тяжелых расстройств у Матери, плода и ребенка на последующих этапах развития. Частота анемии среди беременных связано с алиментарными факторами - ухудшением качества питания женщин; анемия является фактически социально обусловленной патологией - болезнью социально-бытового неблагополучия, потенциально предотвратимой, при оказании необходимой социальной поддержки, и прежде всего обеспечении полноценного питания, а также проведении профилактических и коррекционных мероприятий болезнь пошла бы на убыль. За последние годы заболеваемость детей всех возрастных групп значительно выросла. Число здоровых детей в разных регионах колеблется от 3,0% до 8,0%. Темпы

роста хронической патологии среди детей и подростков в 1,5-2 раза выше по сравнению с другими возрастными группами, доля детей страдающих гинекологическими заболеваниями колеблется от 4,3% до 26,4%, изменилась структура заболеваемости в сторону увеличения более тяжелых эндокринных нарушений, а также отмечается тенденции к хронизации гинекологической патологии у девочек. Заболеваемость и особенности оказания гинекологической помощи детям и подросткам в южных регионах КР, с учетом условий проживания сельского и городского населения, которое стало особенно заметным за последние 20 лет, практически не проводилось. Напряженная социально-экономическая, экологическая обстановка, сформировавшаяся в оказала негативное влияние на показатели физического развития, состояние соматического и репродуктивного здоровья детей и подростков. Многие авторы [1] отмечают начавшиеся процессы деселерации и ретардации, сопровождающиеся снижением средних значений роста-весовых показателей, имеет место рост доли детей с макроскелетией, атлетическим телосложением. Процессы деселерации и ретардации коснулись и полового развития: возраст менархе снизился с 13 до 12,5 лет, рост эндокринной патологии, в частности заболеваний щитовидной железы, особенно у девушек, вызывает параллельный рост патологии репродуктивной системы. Рост социально-обусловленных заболеваний на фоне пониженной сопротивляемости организма и серьезных негативных тенденций, ведут к повышению смертности [7,5], инвалидности [22,8], причем в значительной степени - трудоспособного возраста [2,4,9].

Сохраняется достаточно высокий уровень заболеваемости инфекционными заболеваниями. Следует отметить, что регистрируемые инфекционные болезни отражают только часть их истинного распространения, так как вне учета часто остаются легкие и стертые клинические формы заболеваний.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения является одним из ведущих показателей деятельности здравоохранения, местного самоуправления и других служб государственного сектора. В рамках реализации стратегии «действия сообщества по вопросам здоровья», созданы сельские комитеты здоровья (более деятельность направлена на приоритетные направления и прежде всего на профилактику инфекционной патологии, определяющее уровень состояния здоровья сельского населения. Ежегодно регистрируется более 240 тыс., случаев инфекционных заболеваний, которые приводят к 500 летальным исходам, в т.ч. 77,8% детей до 14 лет.

На фоне сложившейся эпидемической ситуации особую актуальность приобретает разработка научно обоснованных предложений по совершенствованию организации и стандартизации медицинской помощи инфекционным больным [1,12].

Новая формация, изменила отношение общества к окружающей среде, что привело к изменениям природных комплексов. Мы наблюдаем исключительно с корреляционными связями, т.е. такими, которые не подаются учету и в последующем могут

проявляться неожиданным образом., как возврат и эпидемиологическая активизация некоторых забытых инфекционных заболеваний., как малярия. Продолжающаяся Снижение технического контроля за эксплуатацией гидросооружений водохранилищ, оросительных каналов привело к подъему грунтовых вод и к расширению анафилогенных участков. Анафилогенные участки увеличились на 52% в связи с расширением площади риса. Отмечается увеличение численности комаров рода *Anopheles*. В 1959 году малярия была практически ликвидирована, но в 2002 год было выявлено 2744 случаев заболевания (возврат малярии), что ухудшила эпидобстановку на юге республики и приводит к ежегодным осложнениям по данной инфекции. В настоящее время сформировалась на юге республике зона высокого маляриогенного потенциала, Продолжающаяся активная миграция населения из эндемичных по малярии стран (внешняя) и внутри страны (внутренняя), единые ландшафтно-климатические зоны с наличием единого видового состава переносчиков, неудовлетворительное состояние ирригационно-дренажных систем еще больше усугубляют проблему. Изменение социально-экономических условий последних лет привело к расширению географии сибирской язвы, которая поддерживается наличием (учтенных) почвенных очагов (г. Ош-16, Жалал-Абадская обл. 0 353, Ошская обл. - 247, Баткенская обл. - 7). Зарегистрированы новые очаги сибирской язвы в южном регионе это в Ляйлякском, Араванском, Карасуйском районах и г.Ош, бывшими традиционно на протяжении последних 60 лет свободными от сибирской язвы. Этот процесс весьма настораживает и тем, что возбудитель обнаруживается в почве до 2,8%. Заболеваемость населения на юге республики значительно выше, чем на севере (11,8 против 1,2 на 100 тыс., населения соответственно).

Выживание больного с помощью медицины это не показатель здоровья населения, но еще раз наглядно доказывает тезис о необходимости первичной профилактики (решение социальных и медицинских проблем) большинства заболеваний в возможно более молодом возрасте. В то же время, один из важных компонентом в сохранении здоровья связаны с профилактикой и обеспечением благополучной санитарно-эпидемиологической ситуации в стране, что предусматривает многие аспекты управления на центральном, региональном и местном уровнях и требует хорошо интегрированного межсекторального планирования и руководства.

Отход от системы здравоохранения, ориентированной на лечение заболеваний, и внедрение интегрированного медицинского обслуживания, предполагает многостороннюю деятельность, направленную на решение комплекса проблем, связанных со здоровьем человека. Краеугольным камнем эффективной системы здравоохранения и основой для проведения профилактических мероприятий станет новая модель первичной медико-санитарной помощи, основанная на принципах общей врачебной практики, активного акцента со стационарного обслуживания на ПСМП. Успешное решение вопросов профилактики факто-

ров риска диктует необходимость осуществления интеграции государственной санитарно-эпидемиологической службы с ГГМСП, особенно в области усиления мер, направленных на профилактическую работу среди населения. Научно-методическим и координационным звеном в организации пропаганды здорового образа жизни и санитарно-эпидемиологического благополучия могут явиться центры профилактической медицины, созданные на базе организаций НМСП с участием специалистов санитарно-эпидемиологической службы. Основными задачами, наряду с научно-методическим обеспечением координации ее деятельности с деятельностью других ведомств может входить:

- разработка общих направлений профилактической медицины: первичная и вторичная профилактика инфекционных и приоритетных социально обусловленных неинфекционных заболеваний, факторы риска и т.д.;

- определение приоритетов в пропаганде медицинских и теоретических знаний населения с учетом региональных показателей заболеваемости, демографических данных, состояния эпидемиологической и экологической обстановки;

- разработка программ профилактических мероприятий и практических рекомендаций по коррекции поведения различных групп риска на основе выявления и оценки причинно-следственных связей между здоровьем населения, его образом жизни и состоянием среды обитания;

- участие в разработке и реализации республиканских целевых программ и нормативно-распорядительных документов по вопросам профилактической медицины;

- изучение и обобщение новых форм и методов работы учреждений здравоохранения в области профилактики заболеваний и укрепления здоровья населения; координация совместно с научно-исследовательскими учреждениями внедрения новых разработок по вопросам оздоровления населения, профилактики заболеваний, медицинским аспектам формирования здорового образа жизни;

- организация межсекторального сотрудничества с другими ведомствами, организациями и хозяйствующими субъектами во вопросам первичной и вторичной профилактики заболеваний, медицинским проблемам формирования здоровья, гигиеническому обучению и воспитанию населения;

- оказание организационно-методической и консультативной помощи региональным центрам профилактической медицины, учреждениям здравоохранения и специалистам общемедицинской сети по проблемным вопросам.

Создание специализированной сети службы профилактической медицины на базе ГГМСП с включением в штаты специалистов медико-профилактического профиля позволит расширить функции и перераспределить полномочия как санитарно-эпидемиологической службы, так и медицинских организаций, с исключением дублирования.

Таким образом, в интегрированной деятельности служб здравоохранения в вопросах профилак-

тической медицины **МОЖНО** сформулировать следующие основные направления, сочетающие функций лечебно-профилактических учреждений (профилактика заболеваний) и санитарно-эпидемиологической службы (охрана здоровья здоровых):

- санитарно-гигиенические, направленные на оздоровление среды обитания населения;
- эпидемиологические, направленные на выявление и устранение факторов риска, как индивидуальных (биологических), так и социальных;
- формирование здорового образа жизни у населения;
- профилактические, к примеру дополнительные программы.

Необходимо отметить, что концентрация внимания санитарно-эпидемиологической службы на вопросах профилактического надзора за здоровьем общества, интеграция в общественное здравоохранение, безусловно определяет необходимость участия специалистов с более широкими компетенциями. Это должны быть специалисты по общественному здравоохранению, с преимущественно профилактической ориентацией деятельности. Это, в свою очередь, говорит о необходимости кардинальной перестройки действующей на сегодняшний день системы подготовки и переподготовки медицинских кадров.

#### Литература:

1. Глобальный доклад ВОЗ, 2003
2. Иохан Гисеке Современная эпидемиология инфекционных болезней. Европа. - М., 2004. - С.22-25.
3. Общепрактическая и семейная медицина /Под ред. М.М. Кохена. Минск, 1997. - С.12-18.
4. Скрыбина Р. Социальная мобилизация. Руководство для медицинских работников. - Москва, 1996. - С.25-28.
5. Триша Гринхальх Основы доказательной медицины. Пер. с англ. - М: ГЭОТРЕМД, 2004. - С.41.
6. Калининская А.А. Экономический эффект от рационализации использования коечного фонда стационаров // Экономика здравоохран. - 2001.- № 3. - С.43-45.
7. Самородская И.В. Научно обоснованная экономика здравоохран. // Экономика здравоохранения. - 2001. 3. - С.24-26.
8. Самородская И.В. Научно обоснованная экономика здравоохранения//Экономика здравоохранения. - 2001. - № 3. - С58.
9. Статьи опубликованные в газетах «Вечерний Бишкек» от 28.01.11, «Аргументы и факты» от 3.02.2011.
10. Джемуратов К.А. Пути оптимизации стационарной медицинской помощи населению в условиях реформирования отрасли. - Бишкек, 2011. - С.81-89.
11. Н. Толстова Анализ социологических данных. Методология, дескриптивная статистика, изучение связей между номинальными признаками - М.: Научный мир, 2000.
12. Мейманалиев Т.С. Кыргызская модель здравоохранения. -Бишкек, 2003.-С. 15-35.
13. Лисицин Ю.Г., Н.В. Полукина Общественное здоровье и здравоохранение. - Москва, 2002. - С.3-25.
14. Сб. Национального статистического комитета КР и фонда ООН «Женщины и мужчины в КР».- Бишкек, 2010.
15. Баклаенко Н.Г., Гаврилова Л.В. Современное состояние охраны репродуктивного здоровья подростков // Здравоохранение. - 2000. - № 7. - С.26-33.
16. Программа «Здравоохранение Кыргызстана в XXI веке». - Бишкек, 2001.

Рецензент: д.м.н., профессор Василевский М.Г.