

ЗДОРОВЬЕ СЕЛЬСКОГО ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ВЫЕЗДНЫХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Айтали́на Григо́рьевна ЕГО́РОВА¹, Павел Фео́дорович КИКУ²

¹Якутский научный центр СО РАМН
677019, г. Якутск, Сергеляхское шоссе, 4

²Владивостокский филиал ДНЦ ФПД СО РАМН – НИИ МКВЛ
690105, г. Владивосток, ул. Русская, 73г

Проведенное комплексное медико-социальное исследование сельского трудоспособного населения позволило выявить процесс накопления и хронизации ранее незарегистрированных заболеваний, определить ведущие факторы образа жизни, негативно влияющие на здоровье популяции, установить причины низкого уровня обращаемости жителей сельской местности за медицинской помощью.

Ключевые слова: заболеваемость, факторы образа жизни, организация медицинской помощи.

В Республике Саха (Якутия) треть населения проживает в сельской местности. Недостаточная государственная поддержка агропромышленного комплекса, неоднократная реорганизация сельхозпредприятий, низкая оплата труда сельчан явились причиной снижения уровня и качества их жизни. Все это, безусловно, отражается на состоянии здоровья и репродуктивном потенциале сельского населения [1, 2]. С 1991 по 2005 гг. его численность снизилась на 9 % (от 371,7 тыс. до 339,9 тыс. человек), доля лиц моложе трудоспособного возраста уменьшилась от 36,3 до 30,6 %, а доля людей старше трудоспособного возраста выросла от 9,4 до 10,3 %. Коэффициент смертности сельского населения увеличился от 8,0 (1991 г.) до 10,3 % (2005 г.), причем смертность лиц трудоспособного возраста увеличилась в 1,5 раза, в основном за счет травм и внешних причин смерти, а также болезней органов кровообращения. Естественный прирост сельского населения снизился в 3,5 раза, а средняя продолжительность ожидаемой жизни – с 65,9 до 64,1 лет [3, 4].

Используемые для анализа данные официальной статистики не всегда отражают уровни здоровья той или иной категории населения, что затрудняет принятие оптимальных решений в вопросах охраны здоровья.

Цель работы – оценка состояния здоровья трудоспособного населения и выявление медико-социальных факторов образа жизни, характера организации медицинской помощи, влияющих на уровень заболеваемости.

Материалы и методы исследования

В 2005–2006 гг. проводились в экспедиционных условиях комплексные медико-социальные исследования трудоспособного населения в 5 районах рес-

публики: Среднеколымском, Олекминском, Хангаласском, Мегино-Кангаласском и Усть-Алданском. Обследованы 1949 человек, из них 1169 женщин и 780 мужчин. Объем выборки трудоспособного населения составил 15–76 % от всей численности трудоспособного населения исследованных территорий, что, согласно данным К.А. Отдельновой [5], считается достаточным для исследования повышенной точности с вероятностью ошибки менее 1 %. Отбор единиц наблюдения осуществлялся методом сплошного осмотра.

Медицинский осмотр проводился 8-ю врачами-специалистами (кардиолог, гастроэнтеролог, эндокринолог, пульмонолог, невропатолог, онколог, врач ультразвукового исследования (УЗИ) и эндоскопист). Выполнялись дополнительные методы исследования: электрокардиография, эндоскопия, УЗИ-диагностика, а также скрининг-анкетирование. При изучении условий и образа жизни населения использован метод социально-гигиенического интервьюирования по специально разработанной анкете. Результаты клинических исследований формализовались на базе Международной классификации болезней X пересмотра, на этой основе рассчитывалась патологическая пораженность (количество выявленных заболеваний при проведении медицинских осмотров) обследованного населения по отдельным классам и группам болезней. Результаты анкетирования шифровались и обрабатывались на персональном компьютере с помощью программного продукта «Microsoft Excel». Статистическая значимость различий определялась с помощью критерия χ^2 .

Результаты исследования и обсуждение

Уровень патологической пораженности среди осмотренного контингента составил 234,8 случая

Егорова А.Г. – канд.м.н., зав. лабораторией медико-социальных исследований, e-mail: aitalina@mail.ru
Кикун П.Ф. – д.м.н., проф., зав. лабораторией медико-информационных технологий, e-mail: lme@list.ru

Таблица 1

Ранговая структура патологической пораженности и нозологические формы заболеваний, наиболее распространенные среди населения трудоспособного возраста Республики Саха (Якутия) (число случаев на 100 осмотренных)

Группа или рубрика (МКБ-10)	Ранг	Оба пола	Мужчины	Женщины
<i>Болезни органов пищеварения (K00–K93)</i> В том числе: гастрит и дуоденит (K29) хронический холецистит (K81.1) другие хронические панкреатиты (K86.1)	I	81,8 23,6 16,7 14,2	60,3 22,0 11,6 8,6	88,5*** 24,1 18,3** 16,0***
<i>Болезни системы кровообращения (I00–I99)</i> В том числе: эссенциальная (первичная гипертензия) (I10) атеросклеротическая болезнь сердца (I25.1) ишемическая кардиомиопатия (I25.5) хроническая ишемическая болезнь сердца неуточненная (I25.9)	II	58,2 33,3 7,7 8,6 3,1	65,1 32,8 6,5 16,4 1,3	56,0* 33,4 8,1 6,1** 3,7*
<i>Болезни эндокринной системы (E00–E90)</i> В том числе: эндемический зоб (E01.0) ожирение (E66) инсулиннезависимый сахарный диабет (E11)	III	39,9 26,0 10,4 1,0	16,4 3,9 3,5 3,0	47,2*** 32,9*** 12,6*** 0,3*
<i>Болезни органов дыхания (J00–J99)</i> В том числе: хронический бронхит неуточненный (J42) простой и слизисто-гнойный хронический бронхит (J41)	IV	17,9 10,4 2,9	16,8 5,2 3,0	18,3 12,0*** 2,8
<i>Болезни костно-мышечной системы (M00–M99)</i> В том числе: остеохондроз позвоночника неуточненный (M42.9)	V	15,9 10,9	16,8 8,6	15,6 11,6
<i>Болезни нервной системы (G00–G99)</i> В том числе: расстройство вегетативной нервной системы неуточненное (G90.0) энцефалопатия неуточненная (G93.4)	VI	7,5 2,6 2,9	9,1 3,0 3,4	7,0 2,4 2,7
<i>Все болезни мочеполовой системы (N00–N99)</i> В том числе: хронический тубулоинтерстициальный нефрит (N11) болезнь предстательной железы неуточненная (N42.9) другие уточненные невоспалительные болезни шейки матки (N88.8)	VII	6,7 3,5 0,4 0,4	5,6 3,9 1,7	7,0 3,4 0,5
Прочие болезни		6,9	8,6	12,2
Все болезни:		234,8	198,7	251,8

Примечание: отличие от мужчин по числу заболеваний достоверно: * – при $p < 0,05$, ** – при $p < 0,01$, *** – при $p < 0,001$.

на 100 осмотренных (табл. 1). На момент обследования патология не выявлена у 9,3 % человек, среди мужчин здоровых оказалось достоверно больше (13,8 %), чем среди женщин (7,8 %). Остальные 90,7 % имеют в среднем по 2-3 заболевания.

При изучении структуры патологической пораженности исследованного населения было выявлено, что среди всех патологий лидируют болезни органов пищеварения (81,8 случая на 100 осмотренных, или 35 % от всей выявленной патологии) за счет болезней желудка и двенадцатиперстной кишки, а также желчного пузыря и поджелудочной железы. Затем идут болезни системы кровообращения (соответственно 58,2 случая, или 25 %), среди которых 57 % приходится на первичную гипертензию и 33 % – на ишемическую болезнь сердца. Следующую позицию занимают болезни эндокринной системы (соответственно 39,9 случая, или 17 %) – эндемический зоб и ожирение. Вышеназванные заболевания занимают 77 % от всей выявленной патологии.

У женщин обнаружено большее количество заболеваний, чем у мужчин (251,8 и 198,7 случая на 100 осмотренных соответственно) (табл. 1). Женщины достоверно чаще страдают болезнями органов пищеварения, чем мужчины ($p < 0,001$), эндокринной системы ($p < 0,001$), незначительно чаще (недостоверно) – болезнями органов дыхания, мочеполовой системы ($p > 0,05$). В то же время у мужчин с высокой степенью достоверности чаще встречаются болезни системы кровообращения ($p < 0,05$), при этом необходимо отметить, что нет значимых различий по числу заболеваний нервной и костно-мышечной систем ($p > 0,05$).

При комплексном медицинском осмотре выявлено в 1,5 раза больше патологии, чем при обращаемости в лечебно-профилактические учреждения, причем заболеваний органов пищеварения – в 5,5 раза, системы кровообращения – в 5 и эндокринной системы – в 6 раз (табл. 2). Структура ранговых мест заболеваний, выявленных при комплексном медицинском осмотре, статистически достоверно отличается от заболеваемости, зарегистрированной по обращаемости ($\chi^2 = 91,1$, $p < 0,001$).

Социально-гигиеническое анкетирование населения трудоспособного возраста показало, что на здоровье людей трудоспособного возраста оказывают влияние такие факторы, как употребление алкогольных напитков, курение, несоблюдение режима питания, характер питания, степень физической активности, уровень обращаемости за медицинской помощью. Лица, употребляющие алкоголь, составляют 64 % среди людей, имеющих заболевания органов пищеварения, и 67 % – среди имеющих заболевания органов кровообращения. Среди всех больных с заболеваниями органов пищеварения 68 % принимают большую часть суточного рациона во время ужина, для 85 % характерно повышенное потребление животных белков при недостатке свежих овощей и фруктов. По результатам анкетирования также выявлено, что в исследованных районах не получила должного развития оздоровительная двигательная активность: физкультурой и спортом занимаются всего 13 % респондентов, в то же время 65 % занимаются охотой, 59 % – рыболовством, 86 % – сбором ягод и грибов. Высока доля лиц, имеющих вред-

Таблица 2

Характеристика заболеваемости населения Республики Саха (Якутия) по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) и выездного медицинского осмотра (число случаев на 100 осмотренных)

Классы болезней (по МКБ-10)	Ранг	Заболеваемость по данным обращаемости в ЛПУ (отчетная форма 12)	Ранг	Заболеваемость по данным медицинского осмотра
Болезни органов дыхания	I	43,0	IV	17,9
Болезни органов пищеварения	II	14,8	I	81,8
Болезни системы кровообращения	III	12,1	II	58,2
Болезни мочеполовой системы	IV	10,9	VII	6,7
Болезни костно-мышечной системы	V	9,2	V	15,9
Болезни нервной системы	VI	7,9	VI	7,5
Болезни эндокринной системы	VII	6,8	III	39,9
Прочие болезни		17,2		6,9
Всего:		159,6		234,8

ные привычки. Так, 64 % женщин и 38 % мужчин трудоспособного возраста курят, 77 % мужчин и 56 % женщин употребляют алкоголь, при этом, по их собственной оценке, часто — 6 % мужчин и 4 % женщин, умеренно — 14 % мужчин и 2 % женщин, остальные — эпизодически (по праздникам, семейным торжествам и др.).

Определенными трудностями в оказании медицинской помощи сельскому населению являются слабая материально-техническая база учреждений первичного звена здравоохранения, недостаточная укомплектованность квалифицированными кадрами, а также крайне низкий уровень обеспеченности сельских лечебно-профилактических учреждений лечебно-диагностическим оборудованием. Сельскую участковую больницу один житель посещает 2,4 раза в год, центральную улусную больницу, расположенную в сельской местности, — 5,1 раза, центральную улусную или городскую больницу, расположенную в рабочих поселках и городах, — 6,5 раза. Это подтверждается и социологическим опросом. В случае заболевания только 53 % населения трудоспособного возраста обращается к медработникам, 26 % респондентов предпочитают лечиться самостоятельно, 5 % посещают экстрасенсов, 16 % обращаются за медицинской помощью только в тяжелых случаях. Среди основных причин необращения за медицинской помощью респонденты указали на низкую материально-техническую оснащенность первичных медицинских учреждений (75 %), неудовлетворенность квалификацией медицинского работника (71 %), отдаленность от центральной районной больницы (68,0 %), большую часть медицинских услуг, оказываемых на платной основе (59,6 %).

Проведенное комплексное медико-социальное исследование позволило сделать следующие выводы:

1. Комплексный медицинский осмотр позволил выявить процесс накопления и хронизации ранее незарегистрированных заболеваний среди населения трудоспособного возраста. Практически здоровыми среди всех обследованных признали лишь 9,3 %. Остальные имеют в среднем по 2–3 патологии.

2. У женщин уровень патологической пораженности больше, чем у мужчин. Женщины чаще страдают болезнями органов пищеварения, эндокринной системы, органов дыхания, мочеполовой системы. В то же время у мужчин чаще встречаются болезни системы кровообращения, нервной и костно-мышечной систем.

3. Ведущими причинами, негативно влияющими на здоровье населения трудоспособного возраста, по данным социологического опроса являются курение, употребление алкоголя, несоблюдение режима питания, низкая двигательная активность.

4. Вследствие низкой доступности медицинской помощи, увеличения объема платных медицинских услуг, недостаточной эффективности организации работы первичного амбулаторно-поликлинического звена почти половина респондентов не обращается за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения, что ведет к хронизации и усилению тяжести заболевания.

5. Для улучшения качества и доступности медицинского обслуживания необходимо возобновить работу выездных врачебно-медицинских бригад.

Литература

1. *Бегиев В.Г.* Социально-гигиенические проблемы семьи в условиях Крайнего Севера: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1994.

Begiev V.G. Social-hygienic of a problem of family in conditions of Far North: Avtoref. dis. ... doct. med. sciences. M., 1994.

2. *Заровняев А.А.* Демографические процессы и здоровье населения как факторы воспроизводства ресурсов для труда в Республике Саха (Якутия): Автореф. дис. ... канд. экон. наук. М., 2000.

Zarovniyev A.A. Demographic processes and health of the population as factors of reproduction of resources for work in Republic Saha (Yakutia): Avtoref. dis. ... doct. econ. sciences. M., 2000.

3. *Гундаров И.А.* Зонирование территории Республики Саха (Якутия) // Медико-социальные аспекты здоровья: материалы науч.-практ. конф. М., 2001. 34–37.

Gundarov I.A. The zones of territories of Republic Saha (Yakutia) // Medicine-social aspects of health: mater. sci.-pract. conf. M., 2001. 34–37.

4. Демографическая ситуация в Республике Саха (Якутия) за 1990–2005 годы: Информационно-аналитическая записка № 61. Якутск, 2006. 55 с.

A demographic situation in Republic Saha (Yakutia) for 1990–2005 years: The information-analytical note № 61. Yakutsk, 2006. 55 p.

5. *Отдельнова К.А.* Определение необходимого числа наблюдений в социально-гигиенических исследованиях // Сб. трудов 2-го ММИ. М., 1980. 150. (6). 18–22.

Otdel'nova K.A. Determination of required observation number in social-hygienic investigations // Symp. 2nd MMI. M., 1980. 150. (6). 18–22.

HEALTH OF RURAL ABLE-BODIED POPULATION OF REPUBLIC SAKHA (YAKUTIA) BY RESULTS OF EXIT MEDICINE-SOCIAL RESEARCHES

Aitalina Grigorievna EGOROVA¹, Pavel Fedorovich KIKU²

¹*The Yakut centre of science Russian Academy of Medical Sciences
677019, Yakutsk, Sergeljahskoe highway, 4*

²*The Vladivostok department of the Far Eastern research center for physiology and respiratory pathology of SB RAMS –
Institute of Medical Climatology and Rehabilitation Treatment
690105, Vladivostok, Russkaya st., 73g*

Carried out complex medicine-social research of rural able-bodied population has allowed to reveal process of accumulation and synchronization before not registered diseases, to define leading factors of the way of life, negatively influencing on health of a population, to establish the reasons of low level of rural area population medical aid appealability.

Key words: disease, factors of a way of life, the organization of medical aid.

Egorova A.G. – candidate of the medical sciences, Head of laboratory of medicine-social researches,
e-mail: aitalina@mail.ru

Kiku P.F. – doctor medical sciences, professor, Head of laboratory of medicine-information technologies,
e-mail: lme@list.ru