

А. Л. Дорофеев

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8–(4212)–30–53–11, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск*

Резюме

В статье представлены данные об общей численности населения края, структуре заболеваемости лиц пенсионного возраста, проживающих в сельских районах Хабаровского края по результатам обследования, проводимого сотрудниками ПКДП «Терапевт Матвей Мудров» за период с 2006 по 2010 г. Проанализированы наиболее частые причины смертности и заболеваемости взрослого населения в нашем крае. Проведен анализ распространенности социально-значимых неинфекционных заболеваний по трем возрастным подгруппам и полу. У таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, сосудистые заболевания головного мозга, острое нарушение мозгового кровообращения, ИБС, заболевания опорно-двигательного аппарата имеются достоверные гендерные отличия в определенных возрастных подгруппах. Выявленные региональные особенности распространенности заболеваемости пенсионеров необходимо использовать для рационального распределения усилий имеющихся медицинских кадровых ресурсов.

Ключевые слова: заболеваемость, сельское население, ПКДП «Терапевт Матвей Мудров» гипертоническая болезнь, ИБС, ОНМК, сахарный диабет.

A. L. Dorofeev

HEALTH STATUS OF PENSIONERS IN RURAL AREAS OF THE Khabarovsk REGION

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

The article presents the data of total population of the Khabarovsk Region, morbidity structure of pensioners living in the rural areas of the Region. The data are based on the results of the examination conducted by the personnel of the medical train of the Railroad hospital “Internist Matvey Mudrov” in the period from 2006 to 2010. We have analyzed morbidity rate and the most common death causes in the population of our Region. We have conducted the analysis of socially significant non-communicable diseases incidence taking into consideration age and gender. Such diseases as hypertension, vascular disease of the brain, acute impairment of cerebral circulation, IHD, muscular-skeletal disorders have reliable gender differences in certain age groups. Morbidity structure and its peculiarities in pensioners should be taking into consideration for rational allocation of available medical personnel resources.

Key words: morbidity, rural population, medical train “Internist Matvey Mudrov”, hypertension disease, IHD, diabetes mellitus, acute impairment of cerebral circulation.

Общая площадь Дальнего Востока составляет около 36 % (6215,0 тыс. кв. км.) от площади страны, а численность проживающего там населения всего 5,4 % (7,6 млн. человек) населения Российской Федерации [9]. Население Хабаровского края составляет 1 400 425 человек. За период с 2003 по 2010 гг. население края сократилось на 33 817 человек. Потери трудоспособного населения за период с 2006 по 2010 гг. составили 3 777 человек. Однако за тот же период количество лиц в возрасте от 15 до 49 лет сократилось на 18 537 человек [7]. В этой связи состояние здоровья оставшегося контингента приобретает особое значение.

Особенности организации медицинского обслуживания сельского населения обусловлены: низкой плотностью населения; сезонностью сельскохозяйственного труда; значительной удаленностью населенных пунктов друг от друга; снижением доли лиц трудоспособного возраста и увеличением удельного веса пожилых в сельской местности; недостаточным развитием транспортных связей, порой отсутствием возможности полной реализации программы Государственных гарантий обеспечения населения бесплатной

медицинской помощью [7, 11]. 71 % опрошенных сельских жителей оценивает состояние своего здоровья как удовлетворительное или плохое [13].

Показатель ожидаемой средней продолжительности предстоящей жизни сельского населения ниже, чем городского [5, 6, 8]. Установлен более низкий уровень показателей общей и первичной заболеваемости по обращаемости во всех возрастных группах сельского населения по сравнению с городским и более высокий при медицинских профилактических осмотрах [5]. По литературным данным, первичная заболеваемость (по обращаемости) сельского населения трудоспособного возраста возрастает преимущественно вследствие увеличения болезней крови, органов пищеварения и травм [14]. Различие в уровне смертности в трудоспособном возрасте между городским и сельским населением формировалось в основном за счёт болезней системы кровообращения, внешних причин, всех форм туберкулеза, болезней органов дыхания [3, 4].

В имеющихся условиях неотложными мерами для сельского здравоохранения является решение пробле-

мы кадрового обеспечения и рациональное использование имеющихся ресурсов для сохранения здоровья проживающего населения [1].

Оптимальной формой оказания медицинской помощи в отдаленных и труднодоступных районах является организация систематических выездов квалифицированных специалистов [10]. В том числе и с использованием возможностей передвижного консультативно-диагностического центра (ПКДЦ) «Терапевт Матвей Мудров», который является важной составляющей экономической и социальной инфраструктуры вдоль Дальневосточной железной дороги (ДВЖД) [12].

Методы и материалы

Автором проведен анализ 3 700 медицинских карт пациентов Хабаровского края, осмотренных специалистами ПКДЦ «Терапевт Матвей Мудров» за период с 2006 по 2010 гг. Была выделена группа из 994 пациентов старше 60 лет которым был проведен комплексный медицинский осмотр. В исследуемой группе было 248 мужчин (24,95±1,37%) и 746 женщин (75,05±1,37%). Обследованные лица были распределены на три подгруппы. В первую вошли пациенты 60-69 лет (127 мужчин и 370 женщин, 51,21±3,17% и 49,60±1,83% соответственно). Во вторую – 70-79 лет (86 мужчин и 287 женщин, 17,48±2,41% и 22,25±1,52% соответственно). В третью – 80 лет и старше (35 мужчин и 89 женщин, 7,11±1,63% и 6,90±0,93% соответственно).

Информация по Хабаровскому краю была взята из ежегодных статистических сборников КГКУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» Хабаровского края.

Для оценки статистической достоверности рассчитывалось значение критерия хи-квадрат, заданный уровень значимости (альфа) 0,05, что соответствовало критическому значению критерия хи-квадрат 3,84. Различия считались достоверными, если достигнутый уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Целевыми ориентирами государственной программы «Развитие здравоохранения» являются: достижение к 2018 году продолжительности жизни 74,1 год, снижение смертности от болезней системы кровообращения до 590,9 на 100 тыс. населения, снижение смертности от новообразований до 192,6 на 100 000 населения [2].

Лидерами среди причин смертности в нашем крае являются болезни системы кровообращения (796,3 на 100 000 населения), внешние причины смерти (205,8 на 100 000 населения) и злокачественные новообразования (197,5 на 100 000 населения). Структура основных причин заболеваемости взрослого населения представлена болезнями системы кровообращения (20 498,3 на 100 000 взрослого населения), органов дыхания (16 444,0), костно-мышечной системы (10 944,3). В то же время, в структуре первичной заболеваемости взрослого населения, болезни системы кровообращения занимают лишь 9 место (1 907,2 на 100 000 взрослого населения) [12].

Обеспечение доступности медицинской помощи для всех работников, пенсионеров железнодорожного

транспорта, членов семей железнодорожников осуществляется в рамках комплексной программы развития железнодорожной медицины на Дальневосточной железной дороге и реализуется, в том числе, с помощью передвижного консультативно-диагностического центра (ПКДЦ) «Терапевт Матвей Мудров». В штат ПКДЦ входят терапевт, хирург, невролог, гинеколог, офтальмолог, отоларинголог, стоматолог, врачи функциональной и ультразвуковой диагностики, рентгенолог, врач-лаборант. Врачебно-консультативные вагоны оснащены современным диагностическим и лабораторным оборудованием, при необходимости используются возможности мобильного телемедицинского комплекса.

По результатам анализа амбулаторных карт ПКДЦ «Терапевт Матвей Мудров» (табл. 1) было отмечено, что гипертоническая болезнь выявлялась у 49,09±1,59% обследованных в общей группе и достоверно чаще встречалась среди женщин (52,55±1,83%, $p=0,0001$). На втором месте расположились сосудистые заболевания головного мозга – 34,71±1,51%. В тоже время, зарегистрированные факты острого нарушения мозгового кровообращения встречались чаще среди мужчин (5,24±1,42%, $p=0,009$). На третьем месте по частоте – ИБС, которая была зарегистрирована в 26,36±1,40%. Сахарный диабет был выявлен в 7,44±0,83% (у мужчин – 3,63±1,19%, у женщин – 8,71±1,03%, $p=0,012$). Объединенная группа заболеваний опорно-двигательного аппарата (остеоартроз, ревматоидный артрит, подагра) составила 10,87±0,99% (у мужчин – 7,26±1,65%, у женщин – 12,06±1,19%, $p=0,047$).

Таблица 1

Структура заболеваемости лиц пенсионного возраста по результатам медицинских осмотров ПКДЦ «Терапевт Матвей Мудров»

		Всего (n=994)	М (n=248)	Ж (n=746)	p
Гипертоническая болезнь (ГБ)	N	488	96	392	
	%	49,09±1,59	38,71±3,09	52,55±1,83	0,0001
Сосудистые забо- левания головного мозга (сос. заб. ГМ)	N	345	86	259	
	%	34,71±1,51	34,68±3,02	34,72±1,74	0,94
ОНМК	N	27	13	14	
	%	2,72±0,52	5,24±1,42	1,88±0,50	0,009
ИБС	N	262	70	192	
	%	26,36±1,40	28,23±2,86	25,74±1,60	0,49
Хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ)	N	28	8	20	
	%	2,82±0,52	3,23±1,12	2,68±0,59	0,82
Сахарный диабет, 2 тип (СД 2 тип)	N	74	9	65	
	%	7,44±0,83	3,63±1,19	8,71±1,03	0,012
Патология опорно- двигательного аппарата (Патол. ОДА)	N	108	18	90	
	%	10,87±0,99	7,26±1,65	12,06±1,19	0,047

В таблице 2 представлены анализируемые заболевания по трем возрастным подгруппам. Как видно из полученных данных, гипертоническая болезнь достоверно чаще встречается среди женщин во второй (70–79 лет) и в третьей (80 лет и старше) подгруппах (50,52±2,95%, $p=0,003$; 67,42±4,97%, $p=0,043$ соответственно). ИБС в первой возрастной подгруппе

(60–69 лет) достоверно чаще выявляется среди женщин ($24,05 \pm 1,56\%$, $p=0,009$), а во второй подгруппе – в два раза чаще у мужчин ($40,70 \pm 5,30\%$, $p=0,001$). Сосудистые катастрофы головного мозга (ОНМК) были зарегистрированы в подгруппах от $1,05 \pm 0,60\%$ до $6,98 \pm 2,75\%$, среди мужчин заболеваемость была выше с максимумом в возрастной группе 70–79 лет ($p=0,006$).

Таблица 2

Структура заболеваемости лиц пенсионного возраста по возрасту и полу

		60–69	70–79	80 и старше	60–69	70–79	80 и старше	Р* Р** Р***
		М (n=127)	М (n=86)	М (n=35)	Ж (n=370)	Ж (n=287)	Ж (n=89)	
ГБ	N	53	27	16	187	145	60	0,107*
	%	41,73	31,40	45,71	50,54	50,52	67,42	0,003**
	±%	4,38	5,00	8,42	1,83	2,95	4,97	0,043***
ИБС	N	16	35	19	89	59	44	0,009*
	%	12,60	40,70	54,29	24,05	20,56	49,44	0,001**
	±%	2,94	5,30	8,42	1,56	2,39	5,30	0,775***
Сос. заб.	N	33	34	19	108	98	53	0,564*
	%	25,98	39,53	54,29	29,19	34,15	59,55	0,431**
	±%	3,89	5,27	8,42	1,66	2,80	5,20	0,739***
ГМ	N	6	6	1	9	3	2	0,316*
	%	4,72	6,98	2,86	2,43	1,05	2,25	0,006**
	±%	1,88	2,75	2,82	0,56	0,60	1,57	0,652***
ОНМК	N	4	2	2	9	9	2	0,909*
	%	3,15	2,33	5,71	2,43	3,14	2,25	0,979**
	±%	1,55	1,63	3,92	0,56	1,03	1,57	0,675***
ХОБЛ	N	5	2	2	36	25	4	0,063*
	%	3,94	2,33	5,71	9,73	8,71	4,49	0,075**
	±%	1,73	1,63	3,92	1,09	1,66	2,20	0,857***
СД, 2 тип	N	7	7	4	41	32	17	0,097*
	%	5,51	8,14	11,43	11,08	11,15	19,10	0,549**
	±%	2,03	2,95	5,38	1,15	1,86	4,17	0,448***

Примечание. * – группа сравнения М-Ж, 60–69 лет; ** – группа сравнения М-Ж, 70–79 лет; *** – группа сравнения М-Ж, 80 лет и старше.

Выводы

Таким образом, в группе социально значимых неинфекционных заболеваний среди лиц пенсионного возраста, проживающих в сельской местности, гипертоническая болезнь занимает лидирующее место ($49,09 \pm 1,59\%$). Сосудистые заболевания головного мозга встречаются у каждого третьего сельского жителя старше 60 лет ($34,71 \pm 1,51\%$). Ишемическая болезнь сердца (ИБС) была зарегистрирована у $26,36 \pm 1,40\%$ обследованных.

Гендерные отличия распространенности заболеваний проявлялись у гипертонической болезни (чаще среди женщин – $52,55 \pm 1,83\%$, $p=0,0001$), ОНМК (чаще среди мужчин – $5,24 \pm 1,42\%$, $p=0,009$), сахарного диабета второго типа (чаще у женщин – $8,71 \pm 1,03\%$, $p=0,012$), заболеваний опорно-двигательного аппарата (чаще у женщин – $12,06 \pm 1,19\%$, $p=0,047$).

В возрастной подгруппе 60–69 лет гендерные отличия были выявлены у ИБС (чаще среди женщин – $24,05 \pm 1,56\%$, $p=0,009$). Половые отличия заболеваемости в возрасте 70–79 лет проявились у гипертонической болезни (чаще среди женщин – $50,52 \pm 2,95\%$, $p=0,003$), ИБС (чаще у мужчин – $40,70 \pm 5,30\%$, $p=0,001$), ОНМК (чаще у мужчин – $6,98 \pm 2,75\%$, $p=0,006$). Среди лиц 80 лет и старше отличия зарегистрированы только у больных с гипертонической болезнью (чаще среди женщин – $67,42 \pm 4,97\%$, $p=0,043$).

Выявленные особенности распространенности заболеваемости пенсионеров необходимо использовать для рационального распределения усилий имеющихся кадровых ресурсов. Сохранение здоровья сельских жителей, в том числе пенсионеров, позволит сгладить пессимистические прогнозы в отношении российского села.

Литература

1. Вторушин Д.В. Состояние и пути укрепления кадрового обеспечения муниципального здравоохранения: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. – Москва, 2010. – 24 с. – Режим доступа: <http://medical-diss.com/docreader/38815/a/#?page=1> (Дата обращения: 11.10.2013).
2. Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения»; коллегия Минздрава России. – М., 2012. – Режим доступа: http://www.rosminzdrav.ru/health/zdravo2020/11/Kollegiya_itog.pdf (Дата обращения: 11.10.2013).
3. Доклад министра здравоохранения Хабаровского края А.В. Витько «О состоянии и мерах по улучшению медицинского обслуживания населения Хабаровского края». – Режим доступа: <http://gov.khabkrai.ru/invest2.nsf/AllNewsRus/E485F01F4592F8E4CA25782400278E18> (Дата обращения: 11.10.2013).
4. Измеров Н.Ф. О проблемах охраны здоровья сельских жителей // Аналитический вестник № 3 (370). Охрана здоровья сельских жителей: медико-социальные и правовые аспекты. – М. – 2009. – С. 20–24.
5. Москвичева М.Г. Интегральная оценка здоровья сельского населения и совершенствование системы организации медицинской помощи в сельской местности: автореф. дис. ... доктора медицинских наук. –

Москва, 2009. – 48 с.: ил. – Режим доступа: <http://medical-diss.com/docreader/26586/a/#?page=41> (Дата обращения: 11.10.2013).

6. Оганов Р.Г., Комаров Ю.М., Масленникова Г.Я. Демографические проблемы как зеркало здоровья нации // Профилактическая медицина. – 2009. – № 2. – Режим доступа: http://www.mediasphera.ru/uppic/Profilaktika/2009/2/1/PRF_2009_02_01.pdf (Дата обращения: 11.10.2013).

7. Основные показатели здоровья населения Хабаровского края и деятельности медицинских учреждений в 2010 году: стат. сб. – Хабаровск, 2011. – 95 с.

8. Попов А.В. Характеристика заболеваемости, смертности и инвалидности городского и сельского населения Удмуртской Республики // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – № 1 (23) Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/385/30/lang, ru/> (Дата обращения: 11.10.2013).

9. Регионы России. Основные характеристики субъектов Российской Федерации: стат. сб. – Росстат. – Роголев К.К. Организация оказания специализированной медицинской помощи силами выездных врачебных бригад в отдаленных и труднодоступных районах // Военно-медицинский журнал. – 2008. – № 11. – С. 66–67.

10. Рожавский Л. А., Окунев А. Ю., Пуринь В. И. Плановая выездная работа областного учреждения здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 2. – С. 10–13.

11. Салашник В. М. Совершенствование управления здравоохранением открытого акционерного общества «Российские железные дороги» в период структурной реформы: (по материалам Дальневосточной железной дороги): автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. – Хабаровск, 2006. – 24 с.: ил.

12. Торопов Д. И. Доступность медицинского обслуживания сельского населения как фактор устойчи-

вого развития сельских территорий // Аналитический вестник. – № 3 (370). – Охрана здоровья сельских жителей: медико-социальные и правовые аспекты. – М., 2009. – С. 7–13.

13. Яппаров К. С. Социально-гигиенические и экономические аспекты состояния здоровья сельского населения трудоспособного возраста (на примере муниципального района): автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. – Москва, 2010. – 24 с.: ил. – Режим доступа: <http://medical-diss.com/docreader/68106/a?#?page=24> (Дата обращения: 11.10.2013).

Координаты для связи с авторами: Дорощев Александр Леонидович – канд. мед. наук, доцент, декан факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки, заведующий кафедрой общей врачебной практики (семейной медицины) и поликлинической терапии ДВГМУ, тел. 8–(4212)–30–53–11.



УДК 614.39:616.35 (571.61)

В. В. Яновой¹, А. А. Симоненко²

КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ – 50 ЛЕТ

¹Амурская государственная медицинская академия, 675000, ул. Горького 95, тел./факс 8–(4162)–31–90–07;

²Амурская областная клиническая больница, 675028, ул. Воронкова, 26, e-mail: aokb@rambler.ru, г. Благовещенск

Ключевые слова: колопроктология, Амурская область.

V. V. Yanovoi¹, A. A. Simonenko²

KOLOPROKTOLOGICHESKIH SERVICE OF THE AMUR AREA – 50 YEARS

¹Amur State Medical Academy;

²Amur regional clinic hospital, Blagoveshensk

Key words: coloproctology, Amur region.

В 2014 году исполняется 50 лет с момента формирования колопроктологической службы Амурской области. В 1964 г. доцент О. П. Амелина и практический врач-хирург В. И. Шаповалов прошли обучение в числе первых курсантов новой формирующейся службы страны в г. Москва у профессора А. Н. Рыжих. В этом же году был открыт поликлинический прием проктологических больных в г. Благовещенске. Этот год амурские колопроктологи считают началом становления колопроктологической службы в Амурской области и на Дальнем Востоке.

Становление и развитие колопроктологии в области связано с именами известных в стране хирургов-ученых: Б. Л. Бронштейн, А. Н. Рыжих, С. А. Холдин, В. Д. Федоров, Г. И. Воробьев.

Профессор Б. Л. Бронштейн – ученик основателя отечественной онкологии, академика А. М. Н. СССР Н. Н. Петрова, автор одной из первых отечественных монографий посвященных раку толстой кишки, стоял у истоков Амурской проктологии. Именно он, будучи первым заведующим кафедрой общей хирургии БГМИ, создал инициативную группу амурских хирургов начавших заниматься колопроктологией. Среди практических врачей в ней выделялась, своей актив-

ностью, молодой хирург О. П. Амелина, которая позже, под руководством Б. Л. Бронштейна написала кандидатскую диссертацию (1961 г.). Как отмечала проф. О. П. Амелина, операции при раке толстой кишки, в то время, были очень тяжелые как для больных, так и хирургов, анестезиологов.

Поликлинический прием вел, включая больных области, В. И. Шаповалов. В начале семидесятых годов на базе 3-й городской больницы были выделены проктологические койки в количестве 20, ответственные за них были врач Н. В. Бобовникова, с 1973 г. – врач В. В. Яновой. Отделение открыто в 1981 г. – (зав. отд. Н. К. Тарасова). С 1988 по 1993 руководила отделением С. К. Камалова. В 1994 г. с вводом новых корпусов Областной клинической больницы, отделение вошло в состав Амурской областной клинической больницы (С. В. Орлов, зав. отделением). С 2010 г. и по настоящее время руководит отделением А. А. Симоненко. В научном плане, начиная с конца семидесятых и на протяжении более 10 лет, велись широкомасштабные исследования метода колопластики при утрате различных по локализации и протяженности отделов толстой кишки. Они включали эксперимент (более 100 собак), клинические наблюдения. Доказана правомочность