

Бұл кезде денсаулық сақтау және басқа аралас сала секторларының даму динамикасын ескеріп, қысқа – (2 жыл), орта – (3-4 жыл) және ұзақ перспективаға ресурстарды бағдарламалық-мақсаттық, векторлық немесе тораптық жоспарлау және басқару қажет.

Кепілді тегін медициналық жәрдем көлемі және ақылы медициналық қызмет орындалмауының маңызды себептері: барабар, жоспарлаудың әрекеттік механизмдерінің болмауы, қаржылық, кадрлық, ақпараттық, инновациялық, материалдық-техникалық, дәрілік және басқа ресурстар түрін бөлу және тарату.

Ресурстық қамтамасыз етілуді бағалауға нозологиялық жолдар бізбен әзірленген диагностикалық және клиникалық технологияларға қатысты критерилер тарапынан оны құрылымдауға жол береді. Бұл жерде біз, емхана деңгейіне аса

өзекті, қаралу бойынша кең таралған ауруларды, көппрофильді типтік стационар деңгейінде қатар жедел медициналық жәрдем бойынша шақырулар себеп-жағдайын қолдандық.

Сонымен, көрсетілген материалдардың жиынтығы бойынша МҰ техникалық және технологиялық ресурстық қамсыздандырылуы, денсаулық сақтау саласындағы үнемі артып отырған қажеттілік ескеріле отырып, қазіргі заман талаптарына сай емес.

Жалпы алғанда МҰ техникалық және технологиялық ресурстық қамсыздандырылу процессін объективті және оперативті зерделеу нормативтік, құқықтық, социологиялық, сараптамалық, экономикалық, математикалық параметрлерге негізделуі қажет, олар өз кезегінде осындай зерттеулерді тереңдетуді және кеңейтуді қажет етеді.

Контент-анализ и экспертная оценка ресурсного обеспечения медицинских организаций

Н.А. Абильдинова

Представлены данные комплексного анализа состояния технического и технологического оснащения на уровне поликлиники, стационара и скорой медицинской помощи г. Алматы. Установлены основные причины его несоответствия современным стандартам диагностики и лечения.

Ключевые слова: комплексный анализ, стандарт, диагностика, лечение.

Content-analysis and expert estimation of the resource providing of medical organization Ministry of health “Kazakhstan School Of Public Health”

N.A. Abildinova

Content-analysis and expert estimation of the resource providing of medical information of complex analysis of the state of technical and technological equipment at the level of polyclinic, permanent establishment and medical first-aid Алматы. Principal reasons of his disparity the modern standards of diagnostics and treatment are set.

Key words: complex analysis, standard, diagnostics, treatment.

УДК 591.139:614.2-056.22/.574

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

М.К. Егизбаев, Б.С. Каттабеков, Д.С. Исаев

Областной кожно-венерологический диспансер (г. Шымкент);
Институт развития здравоохранения МЗ РК

Представлен интегральный показатель общественного здоровья и здравоохранения, характеризующий ожидаемую продолжительность жизни, включающий такие ключевые явления как рождаемость, смертность и естественная прирост населения.

Ключевые слова: ожидаемая продолжительность жизни, рождаемость, смертность.

Для объективной характеристики здоровья и воспроизводства населения мы исходили из анализа

и оценки комплексного социально-гигиенического показателя - ожидаемой продолжительности жизни.

Исследование проводилось на базе Алматинского региона в сопоставлении с другими республиканскими данными.

Оценивая ретроспективно ситуацию, можно объективно судить о том, что в целом с 1990 по 2005 гг. ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) населения в Алматинской области снизилась на 3,3 года, к середине 90-х годов это снижение составило 2,8 года, однако, самые высокие её уровни были в

1990 году. Аналогичная тенденция наблюдается по республике и в г. Алматы. В настоящее время ожидаемая продолжительность жизни при рождении достигла 66,41 года, среди мужчин - 61,44 лет, среди женщин - 71,76 лет, составляя в разнице в среднем по области 9-10 лет, а в целом по Республике Казахстан с более низкой продолжительностью жизни среди мужчин эта разница составляет более 11 лет (таблица 1).

Таблица 1 - Ожидаемая продолжительность жизни населения при рождении в Алматинской области

Годы	Все	В том числе		Разница ОПЖ
	население	Мужчины	Женщины	
1990	69,7	65,2	74,0	8,8
1995	66,9	62,0	71,9	9,9
1999	66,7	62,48	71,16	8,68
2000	66,8	62,32	71,47	9,15
2001	67,42	63,00	72,06	9,06
2002	67,44	63,07	71,97	8,9
2003	66,89	62,31	71,84	9,53
2004	67,02	62,39	71,96	9,57
2005	66,41	61,44	71,76	10,32

Таким образом, состояние здоровья и уровень смертности населения закономерно отражаются в интегральном показателе ожидаемой продолжительности жизни населения Алматинской области, который находится несколько выше среднереспубликанского уровня (65,91 лет) и занимает пятое место после Южно-Казахстанской (67,36 лет), Жамбылской (66,98 лет), Атырауской (66,65 лет) и Западно-Казахстанской (66,46 лет) областей. Современные позитивные тенденции в уровне и динамике здоровья населения оказывают благоприятное воздействие на демографическую обстановку, в частности, на воспроизводство населения. Особенно это проявляется в увеличении ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) в республике среди мужчин на 1,3 лет и среди жен-

щин на 1,7 лет за сравнительно короткий период времени (1995-2004 гг.). Формирующиеся изменения ОПЖ в значительной степени обусловлены не только стабилизацией в Мангистауской, Северо-Казахстанской, Карагандинской, Алматинской, Актюбинской и Акмолинской областях, но и ростом ОПЖ в остальных областях к 2004 г.

При дифференцированной оценке уровней ОПЖ, включающей суммарные и общие коэффициенты рождаемости (СКР и ОКР), в зависимости от уровня смертности (характеризуемого показателем ожидаемой продолжительности жизни населения), установлено, что в целом по республике фактический уровень рождаемости (СКР - 2,21 в 2004 г. и ОКР - 18,9‰) едва достаточен для простого воспроизводства населения (таблица 2).

Таблица 2 - Сравнительные коэффициенты рождаемости и ожидаемой продолжительности жизни за 2004 (1995) гг.

	ОПЖ, лет			СКР	ОКР,‰
	Женщины	Мужчины	Оба пола		
Республика Казахстан	72,0 (70,4)	60,6 (59,7)	66,2 (64,9)	2,21(2,18)	18,2(16,7)
Алматинская область	71,9(71,9)	62,4 (62)	67,0 (66,9)	2,23 (2,32)	17,7(17,1)
г. Алматы	74,2(71,9)	61,1(60,4)	67,8(66,1)	2,05(1,26)	19,8(10,4)

Даже при условии очень низкой смертности (ОПЖ = 78 лет) двух детей в расчете на одну женщину за всю ее жизнь недостаточно для сохранения хотя бы простого воспроизводства населения, так как надо учитывать еще бесплодие и безбрачие определенной части населения. Более того, до 90-х годов снижение рождаемости происходило за счет перехода от многодетности (5 и более детей) к среднететности (3-4 ребенка), а затем - и к малодетности (1-2 ребенка), не исключая и дальнейший переход к бездетности, что уже довольно широко распространено среди супружеских пар в Северном, Восточном и Центральном регионах.

Наш прогностический расчет исходил далеко не из самого худшего из всех возможных вариантов дальнейшей эволюции рождаемости. Его можно считать даже чрезмерно оптимистическим, если не будет проводиться активная демографическая политика, так как к 2010 г. вступит в репродуктивный период малочисленное поколение, рожденное в 90-е гг. Расчеты показывают, что для обеспечения простого замещения поколений необходимо, чтобы значительная часть семей — 14-16% — имела четырех и более детей. А для того, чтобы каждое последующее поколение было на 15% больше предыдущего, эта доля должна достигнуть 30%. Поэтому социальная, в том числе медико-демографическая политика, должна ориентироваться, как минимум, на пятидетную семью, особенно с учетом того, что не на все семьи она повлияет вследствие плохого состояния здоровья, неудовлетворительных

супружеских отношений и многих других обстоятельств. Для компенсации недовоспроизводства населения в вышеуказанных регионах необходимо поддерживать мерами социальной политики все семьи с числом детей более двух - от трехдетных до пяти и более детных. Все области, районы и города заинтересованы в естественной приросте населения. Современный режим воспроизводства населения (обстоятельства) требует необходимости заранее принять меры, чтобы рождаемость не упала слишком низко. Если мы хотим добиться стабилизации численности населения в очень отдаленной перспективе, мы должны достигнуть его роста в ближайшей перспективе.

Таким образом, приоритет существующих проблем определяется при помощи градации количественных характеристик - критериев общественного здоровья. Ранговое место причин, ухудшающих состояние общественного здоровья, переменное, так как их роль в формировании заболеваемости, смертности и инвалидности не одинакова. Поэтому применение множественных характеристик общественного здоровья может привести к поверхностной оценке роли и места конкретной патологии в степени ухудшения здоровья. Следовательно, объективные оценки проблем требуют использования интегральных критериев общественного здоровья, среди которых выделен такой, как ожидаемая продолжительность жизни и ее прогноз.

Наш прогноз включает три варианта: минимальный (1), средний (2) и максимальный (3) (таблица 3).

Таблица 3 - Прогноз ситуации по основным составляющим в Республике Казахстан до 2010-2015 гг.

Версии	женщины	мужчины	Оба пола	СКР	ОКР
Вариант 1 2010 год	71,7	60,3	66,2	2,24	19,3
2015 год	71,7	60,3	66,2	^2,24	18,7
Вариант 2 2010 год	73	62	67,7	2,4	20,6
2015 год	74	64	69,2	2,4	19,7
Вариант 3 2010 год	73	63,5	68,4	2,6	22,2
2015 год	75	66	70,6	2,55	20,7

Минимальный вариант предусматривает, что в будущем население вырастет на 1 млн. 290 тыс. человек. Прогноз основывается на предпосылке увеличения рождаемости до 2010 г., некоторой стабилизации до 2013 г. и ее спада. В то же время, смертность будет расти, а естественный прирост снизится до уровня 7,5‰ к 2015 г. Первый вариант прогноза исходил также из отсутствия миграции. Совершенно на иной предпосылке основывается 2-ой вариант, когда в результате снижения смертности и увеличения рождаемости естественный

прирост достигнет уровня 1993 года. Население же увеличится на 1 млн. 810 тыс. человек. При этом миграция останется такой, какой она была в начале 2005 года.

3 вариант перспективного расчета предусматривает увеличение в будущем численности населения на 2 млн. 460 тыс. человек при условии еще большего снижения смертности и увеличения рождаемости населения, чем во 2 варианте. Перспективные расчеты дают представление о возможных колебаниях движения населения

(численности будущего населения вообще и отдельных его групп в частности, плодовитости, смертности, миграции). Реалистическую, наиболее вероятную картину будущего, дает средний вариант

Вариант 3 предполагает повышение рождаемости до уровня расширенного воспроизводства населения, 1 и 2 варианты предполагают повыше-

ние рождаемости до устойчивого уровня простой замены поколений.

Таким образом, уровень ожидаемой продолжительности жизни интегрирует в себе такие ключевые явления как рождаемость, смертность и естественная прибыль населения и может быть использована в качестве индикатора общественного здоровья и здравоохранения.

Қазақстан Республикасындағы өмір сүрудегі күтілетін ұзақтығы денсаулық сақтау мен қоғам денсаулығының интегральды көрсеткіші ретінде

М.К. Егизбаев, Б.С. Қаттабеков, Д.С. Исаев

Туылу, өлім және тұрғындардың табиғи есімі секілді басты құбылыстар қосылған алдағы өмір суру ұзақтылығын мінездейтін қоғамдық денсаулық және денсаулық сақтаудың интегралды керсеткіші ұсынылған.

Түйінді сөздер: өмір сүрудегі күтілетін ұзақтық, туу, өлім.

Expected life expectancy as integral factor of public health and public healths in Republic Kazakhstan

M.K. Egizbaev, B.S. Kattabekov, D.S. Isaev

The integrated indicator of public health including life expectancy rate and such key positions as birth rate, mortality and natural income of population were performed in article.

Key words: expected life expectancy, birth rate, death-rate.

УДК 612.821:159.923.3

УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЮНОШЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА КРУПНЫХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ЦЕНТРОВ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.М. Мухаметжанов, А.К. Карибаева, А.А. Мусина

Национальный центр гигиены труда и профзаболеваний МЗ РК

Динамика заболеваемости подростков крупных промышленных центров Карагандинской области свидетельствует о росте заболеваемости органов дыхания, что требует разработки адекватных лечебно-профилактических мероприятий и мер по укреплению защитных функций организма.

Ключевые слова: заболеваемость, юноши подросткового возраста, нозологии, крупный промышленный центр.

Значимость проблемы здоровья детей и подростков обусловлена, прежде всего, особой важностью данного возрастного периода для последующей жизни человека, а также наличием негативных тенденций в состоянии здоровья детей и подростков [1]. В последнее пятилетие произошло особенно резкое ухудшение здоровья детского населения, что объясняют возросшим экосоциальным неблагополучием, падением уровня жизни, недостаточностью полноценного сбалансированного питания в семье и школе. У детей констатируются рост дефицита массы тела, падение уровня физиометрических параметров, понижение иммунной ре-

активности, формирование хронических болезней, психоневрологические расстройства, нарушения состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) неревматического происхождения [2, 3].

Повышение неспецифической заболеваемости и функциональные отклонения в ряде органов и систем у детей, испытывающих техногенную нагрузку, связаны со снижением защитных функций организма [4, 5].

В связи с этим, для оценки уровня здоровья и разработки мер профилактики чрезвычайно важное значение имеет выявление факторов риска, среди которых, наряду с наследственной предрасполо-