

и на стоимости оплаты объёмов по видам медицинской помощи, в первую очередь по СМП. В 46% субъектов уровень реализации ТППГ характеризовался как низкий и ниже среднего [3].

ВЫВОДЫ

1. Рост детского черепно-мозгового травматизма в 2003–2012 гг., увеличение бытового травматизма, особенно у девочек, высокий уровень и сроки госпитализации детей с черепно-мозговой травмой приводят к масштабным экономическим потерям. Величина ущерба от заболеваемости черепно-мозговой травмой у детей в России в 2012 г. составила около 4 млрд руб., или 0,007% ВВП, из которых 2,3 млрд руб. приходится на не прямые затраты от временной нетрудоспособности. Вместе с тем, полученная цифра занижена, о чём свидетельствуют результаты анализа величины прямых медицинских затрат, входящих на случай детской черепно-мозговой травмы.

2. Социально-экономическое положение и стратегическая направленность системы здравоохранения региона – ведущие факторы, оказывающие влияние на величину ущерба от заболеваемости детей черепно-мозговой травмой и распределение прямых медицинских затрат. Уменьшить этот ущерб можно не только предотвращением возникновения новых случаев травмы, но и путём оптимизации оказания медицинской помощи. Оптимизацию следует проводить с учётом результатов эпидемиологических исследований и экономического анализа.

УДК 314.144: 614.1: 612.663: 618.1/2 (575.2)

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Раиса Минахмедовна Атамбаева^{1*}, Эльмира Нурисламовна Мингазова²

¹Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика;

²Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2015-587

Цель. Изучение особенностей изменения репродуктивно-демографических и социально-экономических показателей населения Кыргызской Республики, определение основных тенденций данных изменений.

Методы. Использовали социально-гигиенический, статистический и аналитический методы. Изучали динамику основных социальных и репродуктивно-демографических показателей населения Кыргызской Республики за период 2007–2011 гг.

Результаты. Определены основные тенденции репродуктивно-демографического процесса и динамика социально-экономических показателей: сохранение значительного числа лиц, отнесённых к категории бедных и крайне бедных (почти половина населения страны); преобладание среди безработных женщин – почти каждая десятая из числа женского населения, причём среди молодых женщин (до 28 лет) – каждая седьмая; увеличение численности населения за счёт повышения числа родившихся над числом умерших при отрицательном балансе внешней миграции, естественный прирост населения – 21 человек на 1000 населения; увеличение коэффициента фертильности женщин с 2,7 до 3,1 ребёнка; переход от многодетного к среднететному типу семьи; увеличение числа родившихся детей женщинами, не состоящими в браке, а также юными женщинами 15–19 лет; сокращение материнской и младенческой смертности при сохранении высоких её показателей (в 2 раза и более выше европейского стандарта), рост количества абортов в стране, в том числе и среди девушек 15–19 лет и др.

Вывод. Изменения репродуктивно-демографического процесса в Кыргызской Республике можно рассматри-

ЛИТЕРАТУРА

1. Валуцкина С.А., Промыслова Е.А., Тютюкина А.И. и др. Оценка качества жизни детей, получивших лёгкую черепно-мозговую травму // Детская и подростковая реабилитация. – 2014. – №1 (22). – С. 12–18. [Valiullina S.A., Promislova E.A., Tjutjukina A.I. Assessment of the life quality parameter in children who survived a mild traumatic brain injury. *Detskaya i podrostkovaya reabilitatsiya*. 2014; 1 (22): 12–18. (In Russ.)]

2. Валуцкина С.А., Шарова Е.А. Региональные особенности черепно-мозгового травматизма у детей в России // Обществен. здоровье и здравоохран. – 2014. – №1. – С. 15–22. [Valiullina S.A., Sharova E.A. Regional peculiarities of traumatic brain injury in children in Russia. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie*. 2014; 1: 15–22. (In Russ.)]

3. Доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2012 году. – <http://www.rosminzdrav.ru/news/2013/07/03/1603> (дата обращения: 07.07.2015). [Report of the State Guarantees Program implementation on providing free-of-charge medical care for Russian Federation citizens in 2012. <http://www.rosminzdrav.ru/news/2013/07/03/1603> (access date: July 07, 2015). (In Russ.)]

4. Федеральная служба государственной статистики. – <http://www.gks.ru> (дата обращения: 07.07.2015). [Federal State Statistic Service. <http://www.gks.ru> (access date: July 07, 2015). (In Russ.)]

5. Шарова Е.А. Предотвратимые потери здоровья при черепно-мозговой травме у детей: оценка и пути снижения // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – Т. 38, №4. – С. 15. [Sharova E.A. Preventable health loss in traumatic brain injury in children: assessment and ways to reduce. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2014; 4 (38): 15. (In Russ.)]

вать как следствие падения уровня жизни значительной части населения Кыргызстана; выявленное значительное число негативных тенденций является основанием для детального изучения причин и факторов, их определяющих, с последующим научным обоснованием программ по охране репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики.

Ключевые слова: репродуктивно-демографический процесс, репродуктивное здоровье, численность населения, Кыргызская Республика.

CURRENT STATE OF DEMOGRAPHIC REPRODUCTION IN KYRGYZ REPUBLIC

R.M. Atambaeva¹, E.N. Mingazova²

¹*T.K. Akhumbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan;*

²*Kazan State Medical University, Kazan, Russia*

Aim. To study the changes of reproductive and demographic characteristics and socio-economic indicators of the Kyrgyz Republic, determining the major trends of these changes.

Methods. Social-hygienic, statistical and analytical methods were used. The changes of the main social, demographic and reproductive indicators of the Kyrgyz Republic for the period of 2007–2011 were studied.

Results. The main reproductive and demographic trends and the changes of the socio-economic indicators: significant number of residents were still poor and extremely poor (almost half the population); women prevailed among the unemployed — nearly one in ten females was unemployed, in young women (under 28 years) — one in seven; the population increased due to the birth rates being higher than the death rates with a negative balance of external migration, natural population increase was — 21 persons per 1,000; the fertility rate increased from 2.7 to 3.1; family with average number of children became more common compared to large families; the number of births by unmarried women and young women aged 15–19 increased; maternal and infant mortality rates decreased, while maintaining high rates (2 times or more above the European standard), increased number of abortions in the country, including abortions in 15–19 years old girls, and others.

Conclusion. Changes in reproductive and demographic processes in the Kyrgyz Republic can be seen as a consequence of a significant drop in living standards of the Kyrgyzstan population; a significant number of negative trends that were revealed is the basis for a detailed study of the causes and factors determining them, followed by a scientific substantiation of programs on reproductive health of the Kyrgyz Republic population.

Keywords: reproductive and demographic process, reproductive health, population, the Kyrgyz Republic.

Экономический кризис, определяемый с периода распада СССР, и в последующем продолжал оказывать неблагоприятное влияние на процессы формирования здоровья населения Кыргызской Республики (КР). Падение уровня жизни значительной части населения страны, наблюдаемое с конца XX века, отразилось на репродуктивно-демографическом процессе в КР, динамике показателей рождаемости, смертности, естественного прироста, численности и миграции населения. Несмотря на то, что Республиканский медико-информационный центр Минздрава КР ежегодно публикует данные основных показателей здоровья населения страны [4], исследований по определению тенденций в репродуктивно-демографическом процессе не проводили.

Цель исследования — изучить особенности изменения репродуктивно-демографических показателей населения КР, определить основные тенденции данных изменений.

Применяли социально-гигиенический, статистический и аналитический методы исследования. В анализе использовали данные официальной статистики и ежегодных отчетов Минздрава КР.

КР — суверенное демократическое правовое светское государство, расположенное на северо-востоке Центральной Азии в пределах Памиро-Алайских гор на юго-западе и Тянь-Шаньских гор на северо-востоке. Более 90% территории расположено выше 1000 м над уровнем моря.

Несмотря на усиление миграционных процессов в последние десятилетия, сохранены представители всех национальностей, исторически проживавших в стране. Всего по данным переписи населения и жилищного фонда в 2011 г. в стране проживали 5 551 900 человек более 100 на-

циональностей, из них наиболее многочисленными были кыргызы (72,2%), узбеки (14,3%), русские (6,9%), дунгане (1,1%), все остальные национальности (казахи, уйгуры, татары, таджики, туркмены, украинцы, белорусы и др.) в сумме составляют 5,5% населения страны. Более трети постоянного населения (33,9%) проживали в городских поселениях, остальные (66,1%) — в сельских. Плотность населения в среднем по республике составляет 28 человек на квадратный километр [6, 7].

Экономический кризис, совпавший с периодом распада СССР, привёл к падению уровня жизни значительной части населения КР. Национальным статистическим комитетом КР для оценки уровня бедности в качестве порогового значения была применена черта бедности, пересчитанная по данным интегрированного выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств и рабочей силы за 2007–2011 гг., в соответствии с «Методикой определения черты бедности». Стоимостная величина общей черты бедности в 2011 г. составила 25 849 сомов в год на душу населения (2154 сома, или 44,8 доллара, в месяц). Даже в последнее десятилетие значительное число жителей проживали ниже черты бедности, не имея возможности обеспечить себя минимальным уровнем существования (в 2009 г. — 46%, в 2011 г. — 36,8% населения), причём уровень бедности сельского населения доходил до 70%. Крайне бедными считали граждан, чей доход не превышает 16 089 сомов (1340 сомов, или 28 долларов, в месяц). Уровень крайней бедности населения по республике в 2007 г. составлял 6,6% общей численности населения, в 2011 г. — 4,5% [6, 7].

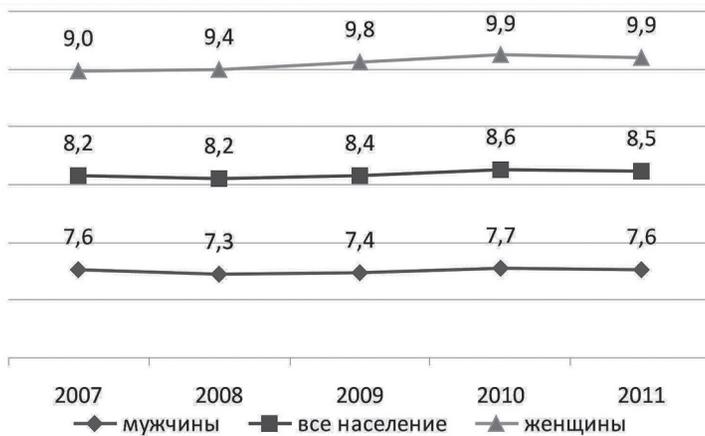


Рис. 1. Уровень общей безработицы в Кыргызской Республике в 2007–2011 гг. (% общей численности населения)

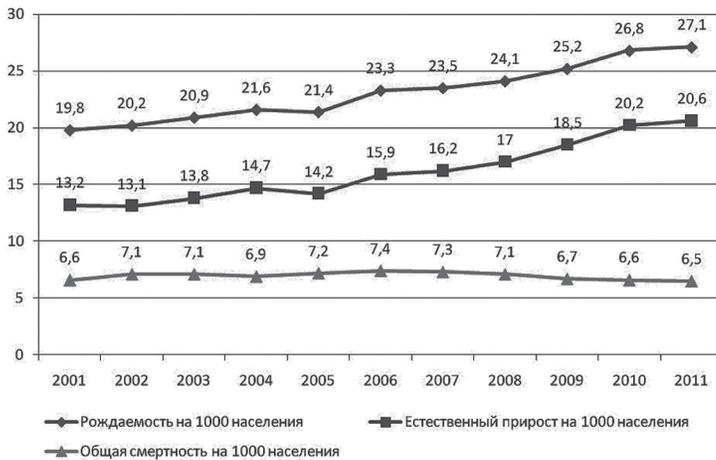


Рис. 2. Демографические показатели Кыргызской Республики в 2001–2011 гг.

Уровень общей безработицы, по данным интегрированного выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств, составил в 2011 г. 8,5%, причём, он был выше среди женщин по сравнению с мужчинами – 9,9 против 7,6% (рис. 1).

Среди молодёжи в возрасте от 15 до 28 лет в 2011 г. уровень общей безработицы у женщин составлял 17,1%, а у мужчин – 12,1% [3].

Возрастная структура населения в демографическом отношении распределялась следующим образом: на конец 2011 г. 32,4% составляли дети и подростки, 61% – люди трудоспособного возраста, 6,6% – лица старше трудоспособного возраста. Ежегодное снижение числа родившихся, наблюдавшееся до 2000 г., обусловило сокращение численности детей и подростков и в анализируемый 5-летний период (с 33,0% в 2007 г. до 32,4% – в 2011 г.).

Доля людей трудоспособного возраста продолжала увеличиваться с 59,0% в 2007 г. до 61% – в 2011 г., так как в трудоспособный возраст

вступал значительный по численности контингент подростков, родившихся в середине 80-х и начале 90-х годов прошлого века, когда в стране отмечался всплеск рождаемости. Данная тенденция в мировой практике называется «демографическим окном возможностей» для молодёжи. Численность третьей группы – старше трудоспособного возраста – с 2007 г. стала уменьшаться.

Прирост численности населения КР осуществлялся за счёт повышения числа родившихся над числом умерших при отрицательном балансе внешней миграции. В 2011 г. темп прироста численности населения по республике составил 1,4%, наиболее значительным он был в южных регионах и г. Бишкек (по 1,7%), что объясняется высоким естественным приростом и положительной внутренней миграцией населения из регионов в столицу.

С 2001 г. в стране отмечался устойчивый рост рождаемости. Общий коэффициент смертности населения снизился с 7,3 умерших в 2007 г. до

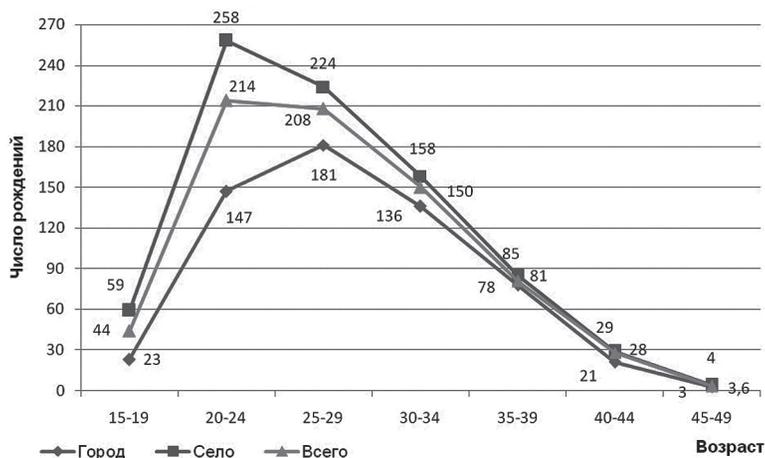


Рис. 3. Повозрастные коэффициенты плодовитости в зависимости от типа населения в 2011 г. в Кыргызской Республике (на 1000 женщин соответствующего возраста)

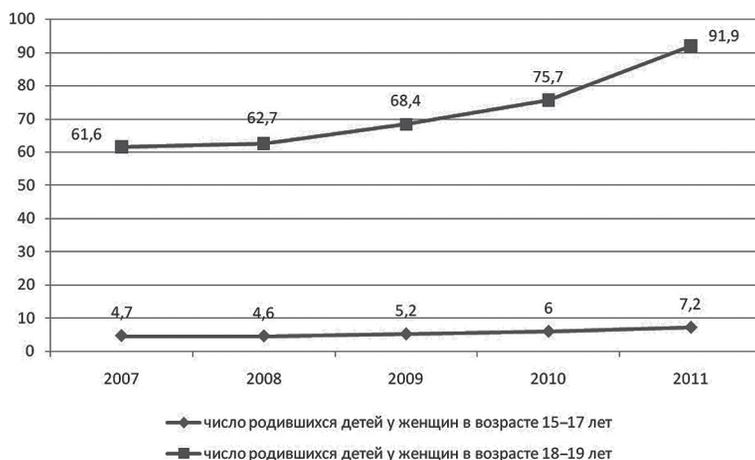


Рис. 4. Число родившихся детей у женщин в возрасте 15-19 лет в Кыргызской Республике (на 1000 женщин соответствующего возраста)

6,5 умерших в 2011 г. (на 1000 населения). Естественный прирост населения в 2011 г. составлял 20,6 человека на 1000 населения (рис. 2).

Суммарный коэффициент плодовитости, или коэффициент фертильности женщин (среднее число детей, рождённых одной женщиной в течение репродуктивного периода), увеличился с 2,7 в 2007 г. до 3,1 ребёнка в 2011 г. Повозрастные коэффициенты плодовитости в зависимости от типа населения за 2011 г. представлены на рис. 3.

Если в 2001 г. удельный вес первенцев составил 34,4%, то в 2011 г. — 39,6%, а число пятых и последующих детей продолжало сокращаться (в 2001 г. — 9,2%, в 2011 г. — 5,8%). Отмеченные особенности могут быть обусловлены тем, что в КР начал происходить переход от многодетного (пять детей и более) к среднететному (три-четыре ребёнка) и малодетному (один-два ребёнка) ти-

пам семьи, дети стали рождаться у родителей более старшего возраста, как это происходит в экономически развитых странах. Средний возраст матери при рождении первого ребёнка в среднем по стране в 2011 г составил 23,4 года.

Около трети всех новорождённых в 2011 г (29,9%) — дети матерей, не состоящих в зарегистрированном браке. Из числа детей, рождённых вне юридического брака (гражданский брак), в 2011 г. лишь 55% были зарегистрированы по совместному заявлению обоих родителей.

Минимальный возраст вступления в брак в КР установлен Семейным кодексом (2003) — 18 лет для мужчин и женщин¹. По этой причине возраст женщин до 18 лет определён как ранний для рождения детей. Изменение стиля и образа жизни современного молодого поколения предполагает снижение количества родов

¹ Семейный кодекс Кыргызской Республики от 30 августа 2003 г. №201 (с изменениями и дополнениями по состоянию на 30.06.2014).

Динамика репродуктивных потерь и качества потомства в Кыргызской Республике
(на 1000 детей родившихся живыми)

Показатели	Годы										
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Мертворождаемость	—*	—*	—*	13,5	14,4	14,4	14,2	12,9	12,5	11,7	11,8
Перинатальная смертность	—*	—*	—*	29,8	32,4	33,7	33	30,1	28,6	27	26,7
Младенческая смертность	21,7	21,2	20,9	25,6	29,7	29,2	30,6	27,1	25	22,8	21,1
Материнская смертность, на 100 тыс. детей, родившихся живыми	49,9	58,4	53,1	46,4	61	53	62,5	58,9	75,3	50,6	47,5
Заболеваемость новорождённых (от 1000 г)	—*	—*	—*	1304,1	1320,3	1192,9	1059,3	920,2	847,7	779,5	756,3

Примечание: *международные критерии живорождённости в Кыргызской Республике используют с 2004 г.

женщинами добрачного возраста (15–17 лет), что и отмечалось в республике до 2006 г. Однако с 2007 г. стали регистрировать устойчивый рост рождаемости у женщин в возрасте 15–17 лет: с $4,7 \pm 0,64$ ребёнка в 2007 г. до $7,2 \pm 0,92$ ребёнка на 1000 женщин этого возраста в 2011 г. ($p < 0,05$).

Коэффициент рождаемости у женщин в возрасте 18–19 лет также увеличился с 61,6 в 2007 г. до 91,9 на 1000 женщин этого возраста в 2011 г. (рис 4). Приведённые сравнительные данные роста плодovitости у юных женщин в возрасте 15–19 лет указывают на необходимость тщательного анализа причин данной тенденции. Предположительно это может быть обусловлено высоким уровнем безработицы среди молодых женщин.

Традиционно уровни материнской и младенческой смертности рассматривают как объективные показатели в оценке качества оказания медицинских услуг и социально-экономического уровня развития страны. В изучаемый период (с 2007 по 2011 гг.) мертворождаемость сократилась на 19,0% (с 14,2 до 11,8 на 1000 детей, родившихся живыми), перинатальная смертность — на 20,1% (с 33,0 в 2007 г. до 26,7 на 1000 детей, родившихся живыми в 2011 г.). Уровень материнской смертности в 2011 г. был самым низким за рассматриваемый период и составлял 47,5 на 1000 детей, родившихся живыми, — против 62,5 на 1000 детей, родившихся живыми в 2007 г. (снижение уровня материнской смертности на 24%, табл. 1).

В 2004 г. в КР был осуществлён переход на международные критерии живорождения и, соответственно, младенческой смертности, когда стали регистрировать смерть новорождённых с низкой массой тела (от 500 до 1000 г) и дополнительными признаками жизни. В течение 2007–2011 гг. ежегодно из 1000 новорождённых умирали в среднем 20–25 детей в возрасте до 1 года. До 2007 г. в республике отмечался рост младенческой смертности с 21,7% в 2001 г. до 30,6% в 2007 г., однако затем был зарегистрирован спад

данного показателя до 21,1% в 2011 г. (снижение на 31%). Несмотря на это, уровень младенческой смертности остается в 2 раза и более выше европейского стандарта [4].

Необходимо отметить, что за анализируемый период произошло статистически значимое снижение фетоинфантильных потерь (мертворождаемости и младенческой смертности) на 25,5% (с 44,2 в 2007 г. до 32,9 на 1000 живорождённых в 2011 г.) [4]. Объяснением выявленных тенденций снижения репродуктивных потерь, по нашему мнению, может быть широкое внедрение и использование современных перинатальных технологий, а также сокращение числа абортотв у женщин. Однако необходим анализ причин младенческой смертности для выработки эффективных мер по дальнейшему её снижению.

Проведённый анализ показал, что среди основных причин младенческой смертности определялись заболевания и состояния, возникающие в перинатальном периоде: в 2011 г. — 2016 умерших детей, или 64% общего числа умерших детей в возрасте до 1 года. На втором месте были болезни органов дыхания — 13,2% (417 умерших детей), затем врождённые аномалии (пороки развития) — 12,9% (405 умерших детей), от инфекционных и паразитарных болезней умерли 112 детей (5,4%).

Несомненно, что сохранению высоких показателей младенческой смертности способствуют и болезни, которые характерны для будущих матерей до беременности. Большое значение в сохранении репродуктивного здоровья женщин также имеет соблюдение оптимальных временных сроков между беременностями. Рекомендованный оптимальный интергенетический интервал составляет 2–3 года. Известно, что его уменьшение сопровождается появлением у женщин анемии и другой экстрагенитальной патологии, что приводит к неблагоприятным исходам последующих беременностей и рождению больного ребёнка [2].

Как показал анализ, доля женщин, имеющих интервал между родами менее 2 лет, составляла 28% родивших женщин. На основании оценки состояния здоровья беременных было выявлено, что из общего числа беременных в республике анемия диагностирована в 2007 г. у 36%, а в 2011 г. — у 46,9%; болезни мочеполовой системы были выявлены в 2007 г. у 19%, в 2011 г. — у 14%. Отметим, что в г. Бишкек в 2011 г. распространённость болезней мочеполовой системы была наиболее высокой — 55,6% беременных.

Из числа всех родивших женщин в КР патология беременности и родов (в виде акушерских кровотечений в родах и послеродовом периоде, гипертензионных расстройств, необходимости кесарева сечения) в 2007 г. определялась у 57,3%, а в 2011 г. — у 65,3% родивших женщин. Таким образом, только треть родов характеризовалась нормальным течением.

Вместе с тем за анализируемый период отмечено снижение уровня материнской смертности на 24%: с 62,5 в 2007 г. до 47,5 женщин на 100 тыс. детей, родившихся в 2011 г. В структуре причин материнской смертности в 2011 г. первое место занимали кровотечения (42,6% случаев), на втором месте — гипертензионные расстройства (22,2%), доля септических осложнений составила 20,4%, других причин — 12,9%.

Большинство случаев материнской смертности по республике регистрировалось в сельской местности. За анализируемый период показатель материнской смертности среди сельских жительниц в 1,5 раза превышал показатель по городскому населению [1]. Следует отметить, что в КР лишь 96% родов происходит в медицинских учреждениях. По этой причине оказание своевременной квалифицированной медицинской помощи и создание соответствующих санитарно-гигиенических условий во время родов могут значительно снизить риск возникновения инфекционных осложнений.

На учёт в ранние сроки беременности (до 12 нед) становились лишь половина забеременевших (52% — в 2011 г.) при почти полном охвате наблюдением терапевта (95%) и стоматолога (81%). В 2007 г. по республике 6% беременных, а в 2011 г. — 4% не вставали на учёт и не состояли под медицинским наблюдением во время беременности. Вероятно, поэтому удельный вес ранних и преждевременных родов не снижается и составляет в среднем 4–6% всех родов на протяжении наблюдаемого периода.

Репродуктивное поведение населения — один из важных факторов, определяющих репродуктивное здоровье. Низкий уровень репродуктивного здоровья обусловлен и высоким уровнем абортов среди женщин фертильного (репродуктивного) возраста. За анализируемый период отмечен рост количества абортов в стране, и если в 2007 г. в республике было зарегистрировано 19 762 аборта, или 9,2 на 1000 женщин репродуктивного возраста, то в 2011 г. было произведено 23 828 абортов, или 10,3 на 1000 женщин репро-

дуктивного возраста, то есть рост составил 12,0%. Необходимо отметить и увеличение числа абортов у девушек 15–19 лет на 22,4% (с 4,14 в 2007 г. до 5,07 на 1000 женщин соответствующего возраста в 2011 г.). За 10-летний период (с 2001 по 2011 гг.) произошло незначительное снижение: с 5,32 до 5,07 на 1000 девушек соответствующего возраста.

В столице республики в 2011 г. на 1000 родов приходилось 338 абортов (включая мини-аборты), что превышало среднереспубликанский показатель (163,1 случая) в 2,01 раза. За последние годы наблюдается неблагоприятная тенденция к увеличению абортов у первобеременных. Так, в г. Бишкек за период с 2007 по 2011 гг. среди 15–17-летних впервые забеременевших прервали беременность до 84%, а среди 18–19-летних — 35%, тогда как женщины возрастной группы 20–29 лет прервали свою первую беременность в 25% случаев.

Раннее начало половой жизни у юных женщин привело к появлению феномена «подростковое материнство», что негативно отражается как на здоровье новорождённых, так и на здоровье матерей. В 2011 г. в КР были зафиксированы роды у 1672 юных женщин 15–17 лет. В КР почти каждый десятый новорождённый родился у матерей в возрасте до 19 лет — 9,7% всех родов. Из них наибольшее количество родов (424 случая — 25%) отмечено в г. Бишкек, в Джалал-Абадской области — 305 родов, в Ошской области — 282 родов у юных беременных 15–17 лет.

ВЫВОДЫ

1. Изменения репродуктивно-демографического процесса в Кыргызской Республике по показателям рождаемости, смертности, естественного прироста, динамики численности населения и миграции можно рассматривать как специфические для данного региона и как следствие падения уровня жизни значительной части населения страны, наблюдаемого с конца XX века.

2. Нами изучена динамика основных социальных и репродуктивно-демографических показателей населения КР за период 2007–2011 гг. и определены основные тенденции, к числу которых отнесены: сохранение значительного числа лиц, отнесённых к категории бедных и крайне бедных (почти половина населения страны); преобладание среди безработных женщин — почти каждая десятая из числа женского населения, причём среди молодых женщин до 28 лет — каждая седьмая; увеличение численности населения за счёт повышения числа родившихся над числом умерших при отрицательном балансе внешней миграции, естественный прирост населения — 21 человек на 1000 населения; увеличение коэффициента фертильности женщин с 2,7 до 3,1 ребёнка; переход от многодетного к среднететному и малодетному типам семьи; увеличение числа родившихся женщинами, не состоящими в браке, а также юными женщинами 15–19 лет;

сокращение материнской и младенческой смертности при сохранении высоких её показателей (в 2 раза и более выше европейского стандарта); рост числа аборт в стране, в том числе и среди девушек 15–19 лет и др.

3. Выявленное значительное число негативных тенденций — основание для детального изучения причин и факторов, их определяющих, с последующим научным обоснованием программ по охране репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бейшенбиева Г.Д. Репродуктивное здоровье женщин социально-уязвимых групп населения Кыргызстана (монография). — Бишкек, 2010. — 221 с. [Beyshebieva G.D. *Reproduktivnoe zdorov'e zhenshchin sotsial'no-uyazvimykh grupp naseleniya Kyrgyzstana (monografiya)*. (Reproductive health of women of socially vulnerable groups of Kyrgyzstan population (monograph).) Bishkek. 2010: 221 p. (In Russ.)]

2. Боссерт Т., Баузер Д., Кенни А. и др. Целесообразность планирования семьи в странах бывшего Советского Союза. Региональный проект по планированию семьи в Европе и Евразии. — М.: ИЭАЮ, 2009. — С. 6–24. [Bossert T., Bauzer D., Kenny A. et al. *Tselesoobraznost' planirovaniya sem'i v stranakh byvshego Sovetskogo Soyuza. Regional'nyy projekt po planirovaniyu sem'i v Evrope i Evrazii*. (Reasonability for family planning in the countries of former Soviet Union. Regional project for family planning in Europe and Eurasia.) Moscow: Institute of economics

and anti-crisis management. 2009: 6–24. (In Russ.)]

3. Женщины и мужчины Кыргызской Республики, 2009–2013. Сборник гендерно-разделённой статистики. — Бишкек, 2014 — 149 с. [Zhenshchiny i muzhchiny *Kyrgyzskoy Respubliki, 2009–2013. Sbornik genderno-razdelennoy statistiki*. (Men and women of Kyrgyz Republic. 2009–2013. Digest of gender-related statistics.) Bishkek. 2014: 149 p. (In Russ.)]

4. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2011 году: сборник стат. материалов. Респ. медико-информ. центр МЗ КР. — Бишкек, 2012. — 354 с. [Zdorov'e naseleniya i deyatel'nost' organizatsiy zdravookhraneniya *Kyrgyzskoy Respubliki v 2011 godu: sbornik statisticheskikh materialov. Respublikanskiy mediko-informatsionnyy tsentr Ministerstva Zdravookhraneniya Kyrgyzskoy Respubliki*. (Populational health and activities of healthcare institutions of Kyrgyz Republic in 2011: digest of statistical data. Republic centre for medical information of the Ministry of health of Kyrgyz Republic.) Bishkek. 2012: 354 p. (In Russ.)]

5. Кыргызская Республика. Медико-демографическое исследование — 2012 г. Основные факты. — Бишкек, 2012. — 16 с. [Kyrgyzskaya Respublika. *Mediko-demograficheskoe issledovanie — 2012 g. Osnovnye fakty*. (Kyrgyz Republic. Medical demographic study. 2012. Main facts.) Bishkek. 2012: 16 p. (In Russ.)]

6. Кыргызстан в цифрах. — Бишкек, 2014. — 212 с. [Kyrgyzstan v tsifrakh. (Kyrgyzstan in numbers.) Bishkek. 2014: 212 p. (In Russ.)]

7. Социальные тенденции Кыргызской Республики. Выпуск №9. — Бишкек, 2013. — 147 с. [Sotsial'nye tendentsii *Kyrgyzskoy Respubliki. Vypusk №9*. (Social trends in Kyrgyz Republic. Issue №9.) Bishkek. 2013: 147 p. (In Russ.)]

УДК 711.455: 615.838: 616-08035

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И СПЕЦИФИЧНОСТЬ МЕТОДОВ ЛЕЧЕБНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ, ВКЛЮЧЁННЫХ В СТАНДАРТЫ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ПОМОЩИ

Абил Рзакулу оглы Агасиев*

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, г. Баку, Азербайджан

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2015-593

Цель. Оценить чувствительность и специфичность методов лечебного воздействия при санаторно-курортной помощи по стандартам Российской Федерации.

Методы. По данным стандартов составлена четырёхпольная таблица и определены параметры чувствительности, специфичности и прогностической ценности лечебных назначений. Проведён анализ стандартов санаторно-курортной помощи больным с 10 группами нозологических форм: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные болезни, патология вегетативной нервной системы, полиневропатии, поражение нервных корешков и сплетений, мочекаменная болезнь, гломерулярная болезнь, болезни печени, жёлчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы, сахарный диабет, артропатии. Проведено сравнение методов лечебного воздействия, рекомендованных по всем нозологическим формам. Сравнение осуществляли по схеме четырёхпольной таблицы.

Результаты. Лечебные методы воздействия при санаторно-курортной помощи разделены на группы: (1) методы, использованные у всех больных независимо от основного заболевания; (2) методы, использованные в большинстве групп заболеваний с разной частотой назначения; (3) методы, избирательно назначаемые при определённых группах патологии. Показано, что существующие методы лечебного воздействия в наборе стандартов санаторно-курортной помощи различаются по чувствительности, специфичности и прогностической ценности, что связано с недостаточной дифференцированностью показаний для их применения.

Вывод. При предоставлении санаторно-курортной помощи больным решающую роль играет выбор метода терапии лечащим врачом — с учётом основного и сопутствующих заболеваний.

Ключевые слова: стандарты санаторно-курортной помощи, чувствительность, специфичность, методы лечебного воздействия.