

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Магомедова С.А. Email: Magomedova677@scientifictext.ru

*Магомедова Саида Алирзаевна - кандидат медицинских наук, доцент,
кафедра социальной медицины,*

Дагестанский государственный университет, г. Махачкала

Аннотация: для сохранения и укрепления здоровья населения огромное значение имеют социальные и экономические условия, определяющие возможность сохранения здоровья и достижения возможно высокого качества жизни. Это справедливо как в отношении всей медицинской отрасли, так и ее подсистем, в том числе территориального здравоохранения, ведь именно здравоохранение субъектов РФ – а Республика Дагестан является одним из них, – непосредственно отвечает за организацию лечебно-профилактической помощи населению и оказание специализированной медицинской помощи при различных видах заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых. Главную роль в повышении эффективности отечественной системы здравоохранения на территориальном уровне традиционно играет система оказания первичной медико-санитарной помощи, представляющая собой комплекс организационных технологий для достижения и поддержания населением приемлемого уровня состояния здоровья, позволяющего вести плодотворную в социальном и экономическом отношении жизнь. С точки зрения организации здравоохранения в РД, одним из направлений в обеспечении необходимой доступности и качества кардиологической помощи населению Республики может послужить рост его обеспеченности соответствующими поликлиническими и стационарными подразделениями.

Ключевые слова: здоровье, сердечно-сосудистые заболевания, лечебно-профилактическая помощь, население.

TO THE QUESTION OF THE ORGANIZATION OF MEDICAL AND PREVENTIVE CARE FOR CARDIOVASCULAR DISEASES IN THE REPUBLIC OF DAGESTAN

Magomedova S.A.

Magomedova Saida Alirzayevna - Candidate of medical Sciences, Associate Professor,

DEPARTMENT OF SOCIAL MEDICINE,

DAGESTAN STATE UNIVERSITY, MAKHACHKALA

Abstract: social and economic conditions that determine the possibility of maintaining health and achieving the highest possible quality of life are of great importance for the preservation and promotion of public health. This is true both for the entire medical industry and its subsystems, including territorial health care, because it is the health of the subjects of the Russian Federation – and the Republic of Dagestan is one of them-is directly responsible for the organization of medical and preventive care to the population and the provision of specialized medical care for various types of diseases, including cardiovascular. The main role in improving the efficiency of the domestic health care system at the territorial level is traditionally played by the system of primary health care, which is a set of organizational technologies to achieve and maintain an acceptable level of health by the population, allowing to lead a productive social and economic life. From the point of view of the organization of health care in the RD, one of the directions in ensuring the necessary availability and quality of cardiac care to the population of the Republic can serve as an increase in its provision with appropriate polyclinic and inpatient units

Keywords: health, cardiovascular diseases, medical and preventive care, population.

Для сохранения и укрепления здоровья населения огромное значение имеют социальные и экономические условия, определяющие возможность сохранения здоровья и достижения возможно высокого качества жизни. Это справедливо как в отношении всей медицинской отрасли, так и ее подсистем, в том числе территориального здравоохранения, ведь именно здравоохранение субъектов РФ – а Республика Дагестан (РД) является одним из них, – непосредственно отвечает за организацию лечебно-профилактической помощи населению и оказание специализированной медицинской помощи при различных видах заболеваний, в том числе, сердечно-сосудистых.

Конечно, возможности влиять на здоровье населения у здравоохранения РД ограничены и в основном реализуются во время болезни или ее обострения, а одной из важных причин ухудшения состояния

здоровья зачастую служит недостаточный уровень санитарно-гигиенических знаний (Медик В.А., 1996, Шевченко Ю.Л. с соавт., 2001, Галкин Р.А. с соавт., 2012).

При таком подходе большая часть ответственности за здоровье жителей Дагестана фактически возлагается на органы государственной власти, а образ жизни индивидов практически исключается из механизмов формирования здоровья.

Главную роль в повышении эффективности отечественной системы здравоохранения на территориальном уровне традиционно играет система оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), представляющая собой комплекс организационных технологий для достижения и поддержания населением приемлемого уровня состояния здоровья, позволяющего вести плодотворную в социальном и экономическом отношении жизнь.

Методы и технологии, на которых основывается организация ПМСП на территориальном уровне, должны быть научно обоснованными, социально приемлемыми и социально справедливыми, а сама ПМСП - доступной для людей, проживающих на этой территории и максимально приближенной к их месту жительства и работы.

Конечно, на развитии системы ПМСП в РД влияют как экономические особенности республики, так и социокультурные, религиозные аспекты жизни населения. К тому же, определенные различия прослеживаются в зависимости от проживания в городах и сельской местности, а также в равнинной и горной зонах. Наиболее целесообразным видится сосредоточение значительной доли ресурсов, как кадровых, так и финансовых, на повышении эффективности профилактической, лечебной и реабилитационной работы, в первую очередь, в отношении социально значимой для РД патологии, в том числе сердечно-сосудистой. В частности, ПМСП должна включать просвещение населения по наиболее важным вопросам охраны здоровья, методам предупреждения болезней системы кровообращения; способствовать максимальному использованию местных, региональных, федеральных и других ресурсов для развития медицинских служб и улучшения состояния общественного здоровья. Весьма важной стратегической задачей следует считать поддержку функционирования специализированных служб медико-консультативной помощи, включая и кардиологическую, направленного на улучшение лечебно-профилактического обеспечения населения. При этом особое внимание должно быть уделено нуждающимся пациентам.

Широкое распространение в РД сердечно-сосудистой патологии требует теоретического и научно-практического обоснования комплексного интегрированного подхода к организации лечебно-профилактической помощи страдающим ею больным с учетом местной специфики, в связи с чем настоящее исследование, проведенное на территории Республики Дагестан, включало использование набора различных методов - анализа литературы, аналитического, описательного, социально-гигиенического, статистического, социологического и ряда других.

Численность населения РД по данным Росстата за 2014 год составляла 2 963 918 чел. (рост по сравнению с 2002 г. 15,6 %), плотность населения - 58,96 человек/км², доля городского населения - 44,82%, а доля мужчин - 48,1 %. Рождаемость на тот период составляла 19,5 на тыс. населения (3 место в РФ, после Ингушетии и Чечни), на одну женщину приходилось в среднем 2,13 детей. В РД отмечаются наиболее высокие темпы прироста населения среди регионов РФ, республика занимает 13 место по его численности. РД – самая многонациональная в России, около 95% населения традиционно исповедует ислам. Административно-территориальную структуру составляют 42 района и 10 городских округов.

Систему здравоохранения РД в 2010 г. характеризовали следующие позиции: наличие 192 больничных учреждений (из них 112 – участковые больницы) с коечным фондом 16 774 [Регионы России. Социально-экономические показатели. 2013: Стат. сб. / Росстат. М., 2013. 990 с.]. По сравнению с предыдущим, 2009 годом, рост числа стационаров составил 3,5%. В основном прирост произошел за счет участковых больниц (2,8%), в то время как число очень важных для территориального здравоохранения ЛПУ – городских и детских городских больниц (соответственно 16 и 5), специализированных больницах (7), центральных республиканских и районных больниц (соответственно 3 и 36), родильных домов и домов ребенка (по 2) осталось неизменным (таб. 1).

Таблица 1. Больничные учреждения в РД в 2009-2010 гг.

Наименование ЛПУ	2009		2010	
	Число учреждений	Количество коек	Число учреждений	Количество коек
РКБ	1	1350		1350
ДРКБ	1	790	1	790
Городские больницы	16	3795	16	4004
Детские городские больницы	5	585	5	585
РБ №2-ЦСЭМП	1	320	1	320
Респ. Мед. Центр МЗ	1	250	1	250

Специализированные б-цы	7	645	7	645
Сельские больницы:				
-ЦРБ	36	4003	36	4014
- районные	3	215	3	215
- участковые больницы	109	2125	112	2365
Родильные дома	2	630	2	630
Псих. больница	1	425	1	425
Прочие больничные учреждения	9	1181	9	1181
Итого	186	16634	192	16774

Аналогичная ситуация с диспансерами, но при неизменном их числе можно отметить хотя бы рост числа коек на 9%. А вот в отношении ФАПов можно говорить о снижении численности на 3% (таб. 2).

Таблица 2. Лечебно-профилактические учреждения в РД в 2009-2010 гг.

Наименование ЛПУ	2009		2010	
	Число учреждений	Количество коек	Число учреждений	Количество коек
Диспансеры				
Всего диспансеров	19	2270	19	2475
Дома ребенка				
Всего	2	160	2	160
Санаторно-курортные учреждения				
Всего	5	425	5	425
Самостоятельные амбулаторно-поликлинические учреждения				
Наименование	2009		2010	
	Число учреждений		Число учреждений	
Всего	218		218	
Из них сельские ВА	168		167	
Фельдшерские учреждения				
ФАПы	1052		1019	
Стоматологические учреждения				
Всего стом. пол-к	10		10	
Станция скорой медицинской помощи				
Самостоятельные	8		8	
Входящие в состав др. учреждений	53		52	

В таблице 3 приведены данные по медучреждениям в РД в 2009-2010 гг., которые демонстрируют рост как общего числа посещений больными (с 20538890 в 2009 г. до 13011675 в 2010 г.), так и по поводу заболеваний (соответственно с 12209314 до 22449476).

Таблица 3. Данные о деятельности медицинских учреждений в Республике Дагестан за 2009-2010 гг.

Показатели	2009	2010
Посещений к врачам (включая стоматол.) – <i>предвар. данные</i>	20538890	22449476
-из них по поводу заболеваний - <i>предвар. данные</i>	12209314	13011675
Посещений к средним медицинским работникам - <i>предвар. данные</i>	3381359	3426338
Выписано больных	476584	501160
Работа койки: - по РД	345,4	345,3
-по городам	350,2	347,2
-по районам	337,1	341,9
Вызовов по срочной и неотложной помощи	617633	633144
Вызовов по санитарной авиации	879	837
Оказано помощи пострадавшим при катастрофах, терр. актах и ЧС	3774	4388
Хирургических операций всего	99920	102514
-в том числе с общим наркозом	30024	50861
Принято родов в стационарах	50728	52812
На учете в учрежден. здравооохр. находятся больных:		
-с заболеваниями органов кровообр.	190229	183240
-с заболеваниями органов дыхания	103201	99172
-с заболеваниями органов пищеварения	105000	114016

-с туберкулезом	4382	4138
-со злокачественными новообразованиями	16362	17064

За этот же период участились случаи оказания медпомощи пострадавшим при катастрофах, терактах и чрезвычайных ситуациях (с 3774 до 4388).

Анализ динамики количества больных, состоящих на учете в ЛПУ республики с сердечно-сосудистыми заболеваниями выявил их снижение с 190229 в 2009 г. до 183240 в 2010.

В таблице 4 представлено количество коек в стационарных учреждениях Дагестана за три года (2010-2012), анализ которой свидетельствует об отсутствии их динамики, как в абсолютных числах (19,7 тыс. в 2010; 20,3 тыс. в 2011 и 20,7 тыс. в 2012), так и в показателях по их обеспеченности на 10 тыс. нас. (соответственно – 67,8; 69,4 и 70,4). В целом по РФ по данному показателю Дагестан занимал лишь 81 место, в то время как СКФО в целом – 8.

Таблица 4. Число стационарных коек в РД в 2010-2012 гг. (всего и на 10 тыс. нас.)

	всего, тыс.			на 10 000 нас.			Местов РФ в 2012 г.
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	
РФ	1339,5	1347,1	1332,3	93,8	94,2	92,9	
СКФО	73,6	73,1	74,1	78,0	77,0	77,7	8
РД	19,7	20,3	20,7	67,8	69,4	70,4	81

В таблице 5 приведены сравнительные данные о посещаемости амбулаторно-поликлинических учреждений в РД за семилетний период.) по СКФО и РД. Если в округе в целом за весь период наблюдения отмечалось значительное увеличение этого показателя с 127,6 до 170,2, то по РД, рост до 2010 года был практически незаметным (с30,5 до 34,6), а последние два года отмечалось даже его снижение до 33,3.

Таблица 5. Мощность АПУ в РД в 2005-2012 гг. (тыс. посещений в смену)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
РФ	3637,9	3646,2	3673,9	3651,0	3657,2	3685,1	3727,7	3780,4
СКФО	127,6	154,1	160,0	159,4	153,0	159,4	161,1	170,2
РД	30,5	31,3	31,1	31,9	32,1	34,6	33,4	33,3

Анализ данных по сердечно-сосудистой заболеваемости за семилетний период (с 2005 по 2012 гг.) выявил существенный рост этой патологии, как по РД (с 17,7 до 24,3), так и по СКФО в целом (соответственно с 17,0 до 30,2).

С точки зрения организации здравоохранения в РД, одним из направлений в обеспечении необходимой доступности и качества кардиологической помощи населению республики может послужить рост его обеспеченности соответствующими поликлиническими и стационарными подразделениями.

Список литературы / References

1. Регионы России. Социально-экономические показатели, 2013: Стат. сб. / Росстат. М., 2013. 990 с.