

Полунина В.В., Мустафина Г.Т., Шарафутдинова Н.Х.



ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН: МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ, ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ

Монография



Уфа — 2019

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России)**

В.В. Полунина, Г.Т. Мустафина, Н.Х. Шарафутдинова

**ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН: МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ
АСПЕКТЫ, ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ**

МОНОГРАФИЯ

Уфа — 2019

УДК 614.2-055.2:613.99
ББК 51.1(2РОС), 08+57.14
П 53

Рецензенты:

Калининская Алефтина Александровна – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения медико-социальных проблем федерального государственного бюджетного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Борщук Евгений Леонидович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Полунина В.В.

П 53 Здоровье женщин: медико-социальные аспекты, пути улучшения: моногр. / В.В. Полунина, Г.Т. Мустафина, Н.Х. Шарафутдинова. – Уфа: ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2019. – 190 с.

ISBN 978-5-907209-00-8

В монографии представлены показатели состояния здоровья женского населения и факторы формирования хронической патологии у женщин. Анализированы показатели первичной и общей заболеваемости городских и сельских женщин в различных возрастных группах, показатели смертности городских и сельских женщин, дана сравнительная медико-социальная характеристика городских и сельских женщин и приведены показатели медицинской активности и комплексной оценки их здоровья. Обоснованы мероприятия по оздоровлению женщин и формированию здорового образа жизни.

Монография может быть полезна руководителям и врачам медицинских организаций, аспирантам, ординаторам и студентам.

Рекомендовано в печать Координационным научно-методическим советом и утверждено решением редакционно-издательского совета ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России.

УДК 614.2-055.2:613.99
ББК 51.1(2РОС), 08+57.14

© В.В. Полунина, Г.Т. Мустафина,
Н.Х. Шарафутдинова, 2019
© ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2019

ISBN 978-5-907209-00-8

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ. ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН (обзор литературы)	8
Распространенность среди женщин хронических заболеваний	8
Смертность женского населения как один из важных критериев состояния здоровья	12
Репродуктивное здоровье женского населения	15
Факторы риска ухудшения состояния здоровья женского населения	20
Мероприятия по оздоровлению женского населения	26
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КАК ОДИН ИЗ КРИТЕРИЕВ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ	35
Показатели первичной и общей заболеваемости населения Республики Башкортостан	34
Показатели первичной заболеваемости женского населения	39
Показатели общей заболеваемости женского населения по данным обращаемости	50
Распространенность хронических заболеваний среди женского населения	58
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЖЕНЩИН БОЛЕЗНЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН	62
Первичная и общая заболеваемость женского населения болезнями репродуктивной системы в Республике Башкортостан за 2009-2017 гг.	63
Заболеваемость городских и сельских женщин болезнями репродуктивной системы	68
Заболеваемость женщин злокачественными новообразованиями репродуктивной системы	73
СМЕРТНОСТЬ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ: ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ И СТРУКТУРЫ СРЕДИ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖЕНЩИН	83

Оценка общей смертности женского населения Республики Башкортостан	83
Смертность женского населения от злокачественных новообразований в Республике Башкортостан	87
Уровень и структура смертности городских и сельских женщин	90
Уровень и структура смертности городских и сельских женщин трудоспособного возраста	93
СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖЕНЩИН	104
Сравнительный анализ комплексной оценки состояния здоровья городских и сельских женщин	104
Социально-гигиенический портрет городских женщин	114
Социально-гигиенический портрет сельских женщин	119
Характеристика медицинской активности городских женщин	124
Характеристика медицинской активности сельских женщин	131
Сравнительная медико-социальная характеристика городских и сельских женщин	136
МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН	143
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	152
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	160
ПРИЛОЖЕНИЯ	179

ВВЕДЕНИЕ

Благополучие любого государства определяется состоянием здоровья населения, высокими показателями воспроизводства населения, снижением смертности, приверженностью населения к здоровому образу жизни. Однако произошедшие в последние годы изменения социально-экономического положения страны привели к ухудшению показателей состояния здоровья населения, одной из причин которого также является снижение доступности квалифицированной медицинской помощи населению.

Как отмечает В.А.Медик (2009) Одним из компонентов национальной безопасности страны является здоровье женского населения. В последние годы уменьшается численность женщин активного репродуктивного возраста, к тому же среди женщин наблюдается высокая распространенность болезней системы кровообращения, эндокринной системы, заболеваний органов пищеварения, костно-мышечной системы (Нейфельд И.В., Жирняков А.И., Скупова И.Н., 2012; Шимохина Н.Ю. и др., 2013; Калмыкова М.А. и др., 2015). Поэтому в условиях социально-экономического и демографического неблагополучия здоровье женщин выделено как критерий оценки эффективности государственного управления (Хабриев Р.У., 2013; Хальфин Р.А., 2013).

Среди женщин репродуктивного возраста отмечается и высокая заболеваемость воспалительными заболеваниями женских половых органов, эндометриозом, эрозией шейки матки, заболеваниями молочной железы, приводящие к серьезным нарушениям их здоровья (Сухих Г.Т., Адамян Л.В., 2012; Торубаров С.Ф., 2013; Адамян Л.В., Бобкова М.В., 2015). Несвоевременное выявление заболеваний репродуктивной

системы и низкая эффективность лечения приводят к осложненному течению беременности и родов, материнской, младенческой смертности, к развитию доброкачественных и злокачественных опухолей (Бушмелова Н.Н., 2012; Нелюбина Л.А., 2014).

Ряд авторов отмечают, что одной из причин ухудшения демографических показателей, снижения рождаемости и воспроизводства населения является высокая смертность женщин трудоспособного возраста от онкологических заболеваний, от заболеваний органов пищеварения, внешних причин (Аксель Е.М., 2015; Турбина Ю.О., Ашанина Н.М., Полунина Н.В., 2016; Ходакова О.В., Дударева В.А., 2017). Смертность женского населения также как и мужского населения определяется социально-экономическими условиями жизни, образом жизни, организацией медицинской помощи. Многие причины смерти женского населения являются предотвратимыми. По данным Т.П.Сабгайда (2013) более 50,0% случаев смерти населения до пенсионного возраста могли бы быть предотвращены, что в основном зависит от доступности и качества медицинской помощи.

Множество положительных и отрицательных факторов можно выделить из того многообразия, которые несколько отличаются в городских и сельских условиях. В городских условиях положительными факторами, оказывающими позитивное влияние на состояние здоровья населения можно назвать наличие централизованного водоснабжения и канализации, централизованного отопления, в городе у населения более высокий уровень образования, культуры и социального статуса. Однако в условиях города население больше подвергается стрессам, воздействию загрязнения окружающей среды, чему способствует и большая плотность населения. В сельской местности положительными факторами можно назвать благополучие окружающей среды в плане загрязнения ее выбросами производств и автотранспорта. Однако в сельской местности

малая доступность медицинской помощи, низкая медицинская активность населения, низкая информированность о факторах риска здоровью. Все это может отразиться, прежде всего, на заболеваемости населения, последствием которой является высокая смертность и инвалидность людей (Айдинов Г.Т., Марченко Б.И., Синельникова Ю.А., 2017; Иванова А.Е., Михайлов А.Ю., 2017).

Занятость женщин воспитанием детей, одновременно трудовой занятостью и учебой являются причиной низкой медицинской активности, ограничивающей возможность женщин реализовать физическую активность, соблюдать режим дня, отдыха, питания, получения информации медицинского характера (Москвичева М.Г., 2009; Гарипов Р.К., Шарафутдинова Н.Х., 2012).

Комплекс профилактических мероприятий, повышение доступности и качества медицинской помощи, достижение информированности женщин о заболеваниях, факторах их риска позволят достичь высоких результатов в вопросах охраны здоровья женщин.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ. ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

(обзор литературы)

Распространенность среди женщин хронических заболеваний

Известно, что заболеваемость населения зависит от доступности медицинской помощи, наличия специалистов, материально-технической оснащенности медицинских организаций. Эти меры, в частности, вошли в комплекс мер по развитию здравоохранения РФ на период до 2020 года. Приоритетными направлениями совершенствования системы здравоохранения определены: сокращение разрыва показателей здоровья населения между отдельными регионами РФ и экономически развитыми странами; улучшение здоровья детей, подростков и женщин; сохранение здоровья лиц пожилого возраста; снижение уровня социально значимых заболеваний; сокращение распространенности инфекционных болезней. Здоровью женского населения посвящено не много исследований может быть исходя из того, что состояние здоровья женщин по многим параметрам лучше, чем мужского населения. Однако по данным некоторых исследований среди женщин выше заболеваемость по обращаемости (Бегун Д.Н., Борщук Е.Л., 2011; Сквирская Г.П., Свещинский М.Л., 2012).

Заболевания системы кровообращения являются одной из основных причин ухудшения здоровья населения. По данным эпидемиологических исследований, заболеваемость инфарктом миокарда в России продолжает расти не только среди мужчин, но и среди женщин (Карамова И.М., 2010). Известно, что в молодом и среднем возрастных группах заболеваемость болезнями системы кровообращения (БСК) у женщин

ниже, чем у мужчин. Однако выявляемость патологий сердца и сосудов у женщин значительно возрастает после наступления менопаузы. Так, у женщин в возрасте старше 50 лет увеличивается риск развития ишемической болезни сердца до 46%, смерти от ИБС – до 31%.

Одной из медико-социальных проблем здоровья женщин является артериальная гипертония. По данным российских эпидемиологов артериальная гипертония встречается у 39,2% мужчин и 41,1% женщин. Артериальной гипертонией страдает по разной оценке от 15 до 25% населения земного шара, старше 50-ти лет. В последние десятилетия болезнь стала молодеть – это означает, что её стали диагностировать и у 40-летних и даже 30-летних, казалось бы, здоровых, людей. Женщины составляют две трети больных с артериальной гипертонией (АГ) и возможность достижения нормальных значений артериального давления (АД) у женщин низкая – около 10–20%. Следствием этого является высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений и снижение продолжительности жизни. Как свидетельствуют исследования, в России женщины при достижении систолического АД более 180 мм рт. ст. живут на 6 лет меньше тех, чем те женщины, у которых оно меньше 140 мм рт. ст. (Остроумова О.Д., Боброва И.В., 2005).

Безусловно, артериальная гипертония сокращает продолжительность жизни (Franco O.H., Peeters A., Bonneux L., de Laet C., 2005) и является причиной низкого качества жизни женщин.

Сердечно-сосудистые заболевания, в том числе АГ увеличивают обращения женщин за медицинской помощью. Так, результаты эпидемиологического исследования показали, что в 66% случаев причиной обращения женщин было высокое АД, в 70% – сердечно-сосудистое заболевание (в том числе и высокое АД) (Валикулова Ф.Ю., Фомин И.В., Поляков Д.С., 2008).

Одним из проблем ухудшения здоровья женщин является низкая медицинская активность. Основным ее проявлением является то, что только четвертая часть населения контролирует свое артериальное давление. Данный факт определяет необходимость повышения эффективности школ здоровья (Аксенова Т.А. и др., 2015).

Последние несколько десятков лет болезни системы кровообращения остаются ведущей причиной смертности населения развитых стран. Более подвержены смерти лица среднего и пожилого возраста (ВОЗ, 2011). Рядом авторов выявлены даже клинические различия в течение заболевания у мужчин и женщин (Гибрадзе Н.Т., Дворецкий Л.И., Черкасова Н.А., 2011).

Многие авторы отмечают, что смертность от сердечно-сосудистых заболеваний выше у женщин (Авдеева М.В., Войтенков В.Б., Самойлова И.Г., 2013; Hemingway N. et al., 2008). Хотя болезни системы кровообращения у женщин возникают в более старших возрастных группах, чем у мужчин, но уже к 50 годам каждая женщина имеет 46% риск развития ишемической болезни сердца и 36% риск смерти от нее (Нейфельд И.В., Жирняков А.И., Скупова И.Н., 2012).

Прогноз заболеваний сердца и сосудов у женщин также хуже, по сравнению с мужчинами у них раньше развивается инфаркт миокарда и наступает летальный исход (Heart diseases and stroke statistics – 2008 update. A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, 2008).

Наиболее распространенной патологией среди женщин является также диабет, который остается главной проблемой ухудшения здоровья населения (Сазонова О.В., Садовой М.А., Трофимович Е.М. [и др.], 2013) По расчетам ученых, к 2025г. количество больных СД может достигнуть более 300 млн. человек, что составит примерно 5% населения земного шара (King H., Aubert R., Herman W., 1998). Важное значение имеет

сахарный диабет 2 типа. Он занимает преимущественное значение в заболеваемости диабетом. Почти в половине случаев заболевание не диагностируется и нередко обнаруживается только после развившихся осложнений (King H., Aubert R., Herman W. 1998). Обследование населения, проведенные в США в 2005 году, тоже свидетельствует о позднем выявлении диабета, что и там треть больных сахарным диабетом не выявляется.

Ввиду отсутствия достоверных данных о состоянии здоровья женского населения по данным обращаемости и медицинских осмотров, основные исследования касаются самооценки состояния здоровья женщинами по данным опросников.

Оценка влияния социальных факторов на качество жизни девочек подросткового возраста (14-17 лет) в Оренбурге позволила установить следующие факты. Наиболее высокое качество жизни отмечалось у девочек-подростков, воспитывающихся в полных семьях ($p=0,002$). В семьях, где воспитанием ребёнка занимается только мать или родители которых были безработными, имели рабочие специальности, показатели качества жизни оказались достоверно ниже по всем параметрам (суммарный балл соответственно 78,7 и 85,6 баллов). При распределении результатов самооценки качества жизни девочек-подростков в зависимости от социального положения родителей обнаружено, что самые низкие показатели отмечены у тех девочек,. На отдельные показатели качества жизни (школьный компонент) оказывает влияние наличие хронических заболеваний у девочки-подростка (Калинина Е.А., 2011).

Исследование заболеваемости мужчин и женщин, проведенное в Красноярске по данным ОМС за 2007 г. с оценкой вариации по районам города, дала возможность детально исследовать на примере одного района и вынести результаты на население всего города. В результате

исследования выявлены различия в структуре заболеваемости лиц в возрастной группе 18-49 лет среди мужчин и женщин. Это позволило авторам разработать профилактические мероприятия по охране здоровья дифференцированно для мужчин и женщин (Гаас Е.Н., Модестов, 2011).

Одной из проблем ухудшения здоровья населения и качества их жизни является бессонница (Кантимиров Е.А., Шнайдер Н.А. и др., 2014). Это заболевание особенно распространено среди женщин. Из-за низкой обращаемости данная патология во многих случаях остается не изученной и не учтенной.

Смертность женского населения как один из важных критериев состояния здоровья

В последние годы в целом в Российской Федерации и во многих регионах происходит снижение смертности населения. В основном количество смертных случаев уменьшается за счет предотвратимых причин смерти, то есть тех причин, которые при достаточной доступности и качества медицинской помощи, улучшения лекарственного обеспечения населения, выполнения высокотехнологичных медицинских вмешательств, особенно в кардиологии. (Михайлова Ю.В., Иванова А.Е., 2006; Rutstein D.D. и коллеги, 1976; Rutstein DD et al., 1976; Treurniet HF, Boshuizen HC, Harteloh PPM., 2004). Установлено, что в регионах, где высокий уровень предотвратимой смертности, есть резерв в ее снижении. Установлено, что уровень предотвратимой смертности выше в регионах со слабым социально-экономическим развитием, среди населения низкого социального статуса и с низким уровнем образования (Westerling R., 2001).

Статистические данные свидетельствуют, что болезни системы кровообращения, травмы, отравления и другие последствия воздействия

внешних причин, онкологические заболевания, болезни органов дыхания определяют основную часть причин смерти населения (Сабгайда Т.П., Рошин Д.О., 2014).

По данным Т.П.Сабгайда (2013) многие причины смерти женского населения являются предотвратимыми. По ее данным более 50,0% случаев смерти населения до пенсионного возраста могли бы быть предотвращены, что в основном зависит от доступности и качества медицинской помощи.

В одном из исследований показано, что сердечно-сосудистые заболевания ежеминутно забирают больше женских жизней, чем злокачественные новообразования, болезни органов дыхания и несчастные случаи вместе взятые [Roger V.L., Go A.S., et al. 2011).

Смертность женского населения также как и мужского населения определяется социально-экономическими условиями жизни, образом жизни, организацией медицинской помощи (Иванова А.Е, Михайлов А.Ю., 2017; Colditz GA, Hankinson SE., 2005; McFadden E, Luben R, Khaw K., 2009; Sancini A. et al., 2010).

Так, Дубровина Е.В. (2011) в своей работе представила некоторые особенности смертности в зависимости от социальных групп и рода деятельности. Анализ 8401 свидетельства о смерти жителей в возрасте от 15 до 64 лет позволили автору установить, что в структуре умерших прослеживаются гендерные отличия, определяемые меньшей значимостью безработных у женщин - 22,9% (против 25,6% у мужчин), что может быть связано с большей занятостью женщин в экономике или в личном подсобном хозяйстве.

Внешние причины смерти у безработных женщин составили 42,9%, у мужчин - 48,5% от всех смертей, в группе неквалифицированных рабочих, соответственно 42,0% и 48,9%, у квалифицированных — 44,2 и 40,1%. Для неквалифицированных рабочих доля прямых смертей от

алкоголя составила 14,5%, у женщин —13,6%. У безработных женщин 26,5% смертей было обусловлено алкоголем, тогда как у мужчин — только 16,3%. Таким образом, в группу риска преждевременной смертности вошли все неработающие трудоспособного возраста, что, по мнению автора, требуют пересмотра тактики оказания им медицинской помощи. Особого внимания требуют женщины из числа безработных и «прочих» категорий, у которых риск смертей, обусловленных алкоголизацией, более высок (Дубровина Е.В., 2011 г.).

Семенов В.Г. (2011) изучена тенденция смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний в зависимости от потребления алкоголя. Автор отмечает значительное снижение смертности после реализации программ по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (2008г.). Однако анализ за период с 2000-2009 гг. показал, что алкогольная смертность взрослого населения выросла. Только среди мужчин в возрасте 20-39-лет смертность снизилась на 6,2%, тогда как среди женщин этого возраста смертность выросла на 30,2%, среди мужчин и женщин в возрасте 40-59 лет — на 0,1% и 8,3% соответственно, среди пожилых — на 42,1% и 23,2%. Во всех половозрастных группах рост алкогольной смертности определялся соматической алкогольной патологией. Она выросла на 68,3% среди мужчин и в 2,3 раза среди женщин 20-39 лет, на 58,8% и 73% среди 40-59-летних мужчин и женщин соответственно, в 2,2 раза и 2 раза среди пожилых (Семенова В.Г., 2011).

Хотя распространенность мерцательной аритмии у женщин практически во всех возрастных группах меньше, чем у мужчин, однако это один из наиболее частых видов нарушений ритма, особенно среди пожилых людей. У женщин риск смерти после резвившихся коронарных событий достоверно выше, чем среди мужчин (ОШ=2,99 против 2,33; $p = 0,044$), даже после учета различных факторов.

Полученные в последние годы данные позволяют сделать заключение о том, что 74% случаев ССЗ, 82% случаев ИБС и 91% всех случаев развития сахарного диабета у женщин могут быть предотвращены путем прекращения курения, регулярной физической активностью, поддержанием нормального веса, употреблением здоровой пищи и умеренным употреблением алкоголя (Сабгайда Т.П., Рошин Д.О., 2014).

В результате большей распространенности факторов риска среди мужчин, среди них и высокая смертность от злокачественных новообразований по сравнению с женщинами (Дзодзикова М.Э., Павлова И.Г., Бибоева З.Я., 2008; Максимова Т.М., Белов В.Б., 2011; Федотов А.Ю., 2012; Czeizel, A.E., 1999).

В связи с этим большое внимание при проведении профилактики следует уделять мероприятиям, направленным на формирование и поддержание здорового (правильного) образа жизни. Прекращение курения и уменьшение употребления алкоголя увеличивает выживаемость женщин с сердечной недостаточностью.

Репродуктивное здоровье женского населения

Исследования по изучению заболеваемости репродуктивной системы женщин свидетельствуют, что наиболее часто встречаются эрозии шейки матки, затем по частоте – нарушения менструальной функции, воспалительные заболевания и эндометриоз, который наблюдается у десятой-тринадцатой части женщин репродуктивного возраста. Значение эндометриоза подтверждает тяжелыми последствиями для репродуктивной системы и значительно снижает качество жизни женщин. Однако сегодня отмечается его рост в молодых возрастных группах.

Большой проблемой репродуктивного здоровья женщин является частое прерывание беременности, что приводит к увеличению гинекологической заболеваемости. Гинекологическая заболеваемость в два раза выше среди имеющих в прошлом прерывание беременности и она увеличивается прямо пропорционально количеству абортов (Чесноков П.Е., 2011).

Понятие репродуктивное здоровье предполагает отсутствие у женщины заболеваний женских половых органов (Квициани К.Д., 2009). Репродуктивное здоровье формируется при создании соответствующих условий для реализации основной функции женщин – это рождение детей.

По рекомендации ВОЗ репродуктивным периодом считается возраст от 15 до 49 лет, хотя продолжительность его у каждой женщины может определяться индивидуально, с учетом и состояния здоровья, социально-экономических условий жизни, условий труда, быта, благополучия семейно-брачных отношений. У некоторых женщин раньше наступает перименопаузальный период, у других, наоборот, он отодвигается на более поздний период (Янбердина Э.М., Султанаева З.М., Шарафутдинова Н.Х., 2007).

Для изучения медико-социальных характеристик женщин С.Ф. Торубаровым (2013) производилось изучение степени взаимосвязи социально-гигиенических оценок с самооценкой состояния здоровья женщинами и интегрированным показателем репродуктивного здоровья. Ранжирование медико-социальных характеристик по степени их влияния на ведущие показатели свидетельствует, что на состояние здоровья женщин влияют материальное обеспечение, возраст, курение, жилищно-бытовые условия, наличие гинекологических заболеваний и другие (Торубаров С.Ф., 2013).

Интегральный показатель репродуктивного здоровья коррелировал со следующими медико-социальными характеристиками: время после последних родов, возраст, возраст мужа, длительность брака, возраст начала половой жизни, возраст выявления заболевания в женской консультации, возраст выявления заболевания, беременность на момент обследования и др. (С.Ф. Торубаров, 2013).

Исследования Т.Н. Зулумяня (2013) свидетельствуют, что в современных условиях доброкачественные невоспалительные болезни яичников являются значимым фактором риска снижения репродуктивного потенциала молодых женщин. Они наиболее распространены среди женщин 15-25 лет (105,47%) и не отличаются между возрастными группами 15-19 лет и 20-25 лет. К сожалению женщины молодого возраста часто подвергаются оперативному вмешательству, что само по себе является факторами риска осложнений заболеваний репродуктивной системы. Медико-социальными причинами заболеваний репродуктивной системы являются и режим питания, поведенческие факторы, нарушение сна, гигиена половых органов и др.

Другой проблемой репродуктивного здоровья являются высокие показатели заболеваемости женщин онкологическими заболеваниями. Проблемами злокачественных новообразований репродуктивных органов является возникновение заболеваний в молодом возрасте (Давыдов М.И., Аксель Е.М., 2007), при этом большинство пациенток находятся в трудоспособном возрасте.

Основными локализациями злокачественных новообразований в 2012 году по Амурской области были ЗН легкого, кожи, молочной железы, желудка.

Основные проблемы онкозаболеваемости населения Республики Башкортостан отражены в работах В.Н. Ручкина, Л.Н. Кудряшовой, Л.Р. Назмиевой (2012). По их данным за 10 лет число больных увеличилось на

4,5%. Уровень заболеваемости составила на 100 тыс. человек 279,5 (рост на 5,0%).

Если сравнить данные с показателями России в республике ситуация по онкозаболеваемости и смертности более благоприятная (Кудряшова Л.Н., 2012; Кудряшова Л.П., Назмиева Л.Р., Гбайтова Д.М., 2012).

Среди женщин в структуре онкологической заболеваемости в России первое место принадлежит злокачественным опухолям молочной железы (18,3%), затем кожи (12,8%), желудка (9,7%), тела матки (6,0%), ободочной кишки (6,4%) и т.д. (Аксель Е.М., 2015).

По сравнению с 2008г. прирост новых выявленных заболеваний молочной железы в 2013 г. составил 61308 (прирост стандартизованных показателей 10%). Значение прироста рака молочной железы в России занимало пятое место (Аксель Е.М., 2015).

Эффективность лечения злокачественных новообразований несомненно зависит от выявляемости на ранних стадиях процесса. Одним из эффективных методов выявления рака молочной железы является маммография. Она позволяет выявлять не только рак, но и предраковые заболевания молочной железы (Чукаева И.И. и др., 2011).

Рак желудка чаще выявляется у мужчин и занимает в структуре онкологической заболеваемости мужчин второе место, у женщин данной локализации рака принадлежит третье место (Дзодзикова М.Э., Павлова И.Г., Бибоева З.Я., 2008; Максимова Т.М., Белов В.Б., 2011; Федотов А.Ю., 2012). По мнению многих исследований заболеваемость злокачественными новообразованиями характерна для лиц старшего возраста, но некоторые формы рака и локализации патологии возникают в молодом возрасте. Так, анализ заболеваемости, проведенный М.Н. Бантьевой, Н.С. Прилипко (2013) убедительно показали, что старшие

возрастные группы (старше 60 лет) больше имеют риск заболевания злокачественными новообразованиями.

Как свидетельствуют исследования, проведенные в Амурской области, преимущественное число заболевших были в старших и пожилых возрастных группах (Гордиенко В.П., Сапегина О.В., Коробкова Т.Н., Ролько Е. М., 2014).

Данные В.И. Чиссова, В.В.Старинского и Г.В. Петровой (2012) свидетельствуют, что в структуре заболеваемости женщин России злокачественными новообразованиями в 2010г. были рак молочной железы, новообразования кожи с меланомой, тела матки, рак ободочной кишки. Желудка. Доля ЗН шейки матки, яичника занимали около 5,0%. Примерно такую же структуру онкозаболеваемости женского населения описывает Е.М. Аксель Е.М. (2015).

Злокачественные новообразования гинекологической сферы у женщин вызывает психопатологические расстройства (Grassi L., Sabato S., Marmai L. et al., 2006), снижается качество жизни онкологических больных. Большая проблема заключается в поздней выявляемости злокачественных новообразований яичников. Профосмотры позволяют выявить рак шейки матки в более ранних стадиях. ЗН яичников меньше выявляются в I—II стадии и чаще в III—IV стадии заболевания.

В РФ 29,5% заболевших раком шейки матки выявлены, именно, при профосмотре. В тоже время, увеличение женщин с раком шейки матки, выявленных при профосмотрах, не превышает 4%. Низкая выявляемость заболеваний при профосмотрах отмечается и при других заболеваниях репродуктивных органов (Аксель Е.М., 2009).

Степанова Е.В., Амлаев К.Р., Зафирова В.Б. (2014) в своей работе также изучили актуальные проблемы женского здоровья с позиции высокой онкологической заболеваемости, высокой распространенности предраковых заболеваний женской половой сферы, бесплодия, абортов.

Факторы риска ухудшения состояния здоровья женского населения

Состояние здоровья женщин формируется под воздействием множества факторов. Выявление факторов риска позволяет прогнозировать качество здоровья женщин. Для этого необходимо учитывать множество взаимосвязанных и взаимозависимых факторов риска. Условно различают факторы эндогенного и экзогенного характера. Эндогенные факторы чаще представлены генетическим риском, к ним относятся состояние здоровья родителей, наличие хронических заболеваний отдельных органов и систем, особенности течения беременности, состояние функционирования женского организма, данные лабораторных исследований и др.

Факторы экзогенного – это вредные факторы производственной и окружающей среды, социально-экономические показатели, доступность и качество медицинской помощи, и их эффективность, условия быта и места проживания, сбалансированность питания, особенно в период беременности, и т.д.

Особое значение в формировании здоровья женщин играет состояние здоровья матери во время беременности, беременность в подростковом возрасте, в возрасте старше 35 лет.

Как было отмечено выше, наиболее распространенными заболеваниями среди женщин являются болезни системы кровообращения (ХИБС, артериальная гипертония), сахарный диабет, болезни костно-мышечной системы и др. В связи с большей продолжительностью предстоящей жизни женщин среди них часто отмечаются инсульты, инфаркты.

Основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний хорошо известны и являются общими для мужчин и женщин: артериальная гипертония (АГ), ожирение, дислипидемия, курение,

стресс, низкая физическая активность (Daviglius M.L. et al., 2004; Pasternak R.C. et al., 2003; Gambacciani M. et al., 2001; Ridker P. M. et al., 2007; Rosengren A., et al., 2004; Nicholis S.J. et al., 2007; Juonala M. et al., 2008).

Существует дозозависимое отношение между количеством выкуриваемых сигарет и риском ИМ (Willet W.C. et al., 1987). Риск может быть высоким при выкуривании даже до пяти сигарет в день. У женщин, относящихся к мало курящим, риск возникновения ишемической болезни сердца выше, чем у мужчин. У курящих женщин и одновременно принимающих контрацептивы, есть риск возникновения венозных тромбозов (Castelli W.P., 1999). Пассивное курение является приблизительно одинаковым ФР КБС у мужчин и женщин, повышающим этот риск на 22–24% (He J. et al., 1999). Прекращение курения уменьшает риск возникновения заболеваний у женщин уже спустя несколько месяцев, однако последствия исчезают только через 5–10 лет (Kawachi I. et al., 1993).

Помимо важности такого ФР, как ожирение (Асташкин Е.И., Глезер М.Г., 2008), у женщин большое значение имеет метаболический синдром, который провоцирует нарушения гемореологического гемостаза. По данным В.Н. Шишковой и А.Ю.Ременник (2012) при наличии ожирения, которые сопровождаются хроническим подострым воспалением, возникают сложные изменения в системе свертываемости крови (Толпыгина С.Н., Марцевич С.Ю., 2012).

Однако у женщин существуют специфические факторы риска, к которым относят беременность, гормональную контрацепцию, синдром поликистозных яичников и раннюю естественную или хирургическую менопаузу.

У мужчин развитие инсультов примерно на 33% выше, чем у женщин, что обусловлено особенностями факторов риска у мужчин, в более пожилом возрасте эта разница исчезает. Прогностически

значимыми факторами риска для женщин являются стенокардия с нарушением ритма сердца (Алфимова, Г.Ю., 2008; Алфимова, Г.Ю., 2010; Reynolds K. et al., 2003; Argentino, C., 2000; Johnston S.C. et al., 2003).

Основным фактором риска инсульта является ожирение и излишний вес.

Так, результаты анализа 97 проспективных исследований показали, что увеличение ИМТ на 5 кг/м^2 приводит к увеличению риска инсульта в 1,2 раза (Виленский, Б.С., 2008; Кравченко А.Я. и Провоторовым В.М., 2008).

Женщины после перенесенного сердечно-сосудистого события больше страдают депрессией, чаще бывают у них симптомы тревожности, чем у мужчин (Бондарева, 2012; Петрова М.М. и др., 2013; Цыганкова О.В., 2014).

Для России характерным является то, что на фоне высокой частоты традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний значительное влияние на здоровье населения оказывают различные социальные факторы (Пак В.А. и др., 2010; Дидигова Р.Т. и др. 2012; Гафаров В.В. и др., 2013).

Согласно рекомендациям Американской коллегии кардиологов по профилактике болезней системы кровообращения у женщин (Mosca L. et al., 2007), скрининг для выявления депрессивных расстройств личности показан всем женщинам, страдающим ишемической болезнью сердца.

Состояние здоровья населения напрямую зависит от влияния производственных факторов. По данным Федеральной службы государственной статистики, в стране трудятся 66,5 млн. человек, из которых около 60% – в условиях значительного производственного риска. При этом более 50% работающего населения составляют женщины (32,6 млн., из них свыше 20 млн. детородного возраста). За последние годы отмечается существенный рост заболеваемости лиц трудоспособного возраста неинфекционными заболеваниями, прежде

всего, сердечно-сосудистыми заболеваниями (Максимов С.А., Табакаев М.В., Артамонова Г.В., 2016). В результате у 70% трудоспособного населения РФ за 10 лет до пенсионного возраста выявляют серьезные патологии; смертность трудоспособного населения превышает аналогичный показатель по Евросоюзу в 4,5 раза и в 2,5 раза – среди всего населения РФ (Измеров Н.Ф., 2013; 2014).

В этой связи автор подчеркивает, что основной проблемой является сохранение трудового потенциала, улучшение качества жизни и здоровья работающих путем создания безопасных условий труда и жизнеобеспечения, доступности и своевременности оказания квалифицированной медико-психологической помощи, в том числе и на рабочем месте. На основе обзора литературы ряд авторов пришли к заключению, что профессиональная занятость ассоциируется с лучшими показателями состояния здоровья, меньшей смертностью и заболеваемостью от всех причин и от сердечно-сосудистых заболеваний.

При этом большая часть исследователей отмечает наличие модифицирующего эффекта со стороны половозрастных, поведенческих и ряда других особенностей, на силу и выраженность данных связей (Максимов С.А., Табакаев М.В., Артамонова Г.В., 2017).

М.А. Калмыковой и др. (2015) изучена заболеваемость ишемической болезнью сердца и ее факторов риска среди женщин-сотрудников правоохранительных органов и разработана программа медико-психологического мониторинга, для чего проведено эпидемиологическое исследование. Установлено, что среди женщин часто выявляются низкая физическая активность, они часто подвергаются стрессам, половина имеют избыточную массу тела, столько же артериальную гипертензию, третья часть – дислипотеинемиию. Среди них четвертая часть употребляет алкоголь, пятая часть курит.

Установлено, что третья часть женщин имеет сочетание двух факторов, четвертая часть – трех факторов и т.д.

Состояние здоровья женщин формируется под влиянием определенных факторов риска образа и условий жизни. Исследованиями Модестова А.А., Гаас Г.Н. (2010) с учетом ответов респондентов, обратившихся в поликлинику, установлено, что средняя доза алкоголя, потребляемого мужчинами, составил 8,8 л, женщины потребляют в переводе на чистый алкоголь 2,5 л. Эти данные получены у пациентов, обратившихся в поликлинику, поэтому они ниже, чем представленные в официальных отчетных документах. У женщин отчетливо прослеживается закономерность сокращения потребления алкоголя к старшим возрастным группам. При этом более 60% женщин старше 60 лет являются не пьющими, и еще треть потребляют в среднем в течение года не более 1,5 л алкоголя. У мужчин подобные закономерности отсутствуют (Модестов А.А., Гаас Г.Н., 2010).

Изучение взаимосвязи потребления алкоголя и смертности населения показаны в исследовании К.В.Шельгина (2017). По его данным в среднем за 1980-2015 гг. 41,0% смертности мужчин и 29,6% смертности женщин было связано с потреблением алкоголя. Установлено, что снижения уровня смертности преимущественно вызваны снижением потребления алкоголя как у мужчин, так и у женщин.

Одним из факторов нарушения здоровья женщин может быть генетическая предрасположенность к хроническим заболеваниям. В исследовании Попушой А.А., Налимова М.Ю. (2013) отмечает о возможной предрасположенности к возникновению заболеваний сердечно-сосудистой системы. При анализе частот встречаемости потенциально неблагоприятных полиморфных аллелей генов-кандидатов сердечно-сосудистой патологии в женской выборке из числа коренного

населения Крайнего Севера была выявлена высокая генетическая предрасположенность коренного населения Крайнего Севера к сердечно-сосудистой патологии.

У женщин при отсутствии соматических заболеваний, однако, с ранней, преждевременной менопаузой в возрасте моложе 40 лет, отмечается увеличение показателя каротидных артерий, их продолжительность жизни короче на 2 года, чем у сверстниц с нормальной или поздней менопаузой (Маас А.Н. et al., 2011).

Информированность населения о заболеваниях, причинах их возникновения, выполнения мероприятий по их профилактике является не менее важным аспектом в охране здоровья населения (Зубаревич Н.В., 2010; Лукичева А.А. и др., 2015). В сельских условиях информированность населения значительно ниже, чем в городской местности ввиду низкой санитарной и образовательной культуры женщин, большой занятости домашним трудом, ограниченной возможности доступа к средствам и методам получения информации.

Данные анализа Николаюк Е.А. [2015] самосохранительного поведения и отношения сельских и приезжих городских жителей к своему здоровью показывают некоторые сходства и различия. По его данным сходства выражаются в похожем поведении во время болезни, самолечении. Различия проявляются в несбалансированном питании, связанным с сезонными особенностями трудовой деятельности сельских жителей, в мотивах злоупотребления алкоголем и табакокурения, в алкогольном опьянении при отсутствии работы. Некоторые исследования показывают зависимость информированности от возраста, социального статуса, уровня образования, наличия работы, детей (Покровская С.Э., 2012). Еще большую дифференциацию в оценки респондентов вносит возраст. Так, среди молодых людей более половины респондентов

признают собственные усилия в сохранении здоровья, тогда как к пожилым группам их доля сокращается до трети.

Мероприятия по оздоровлению женского населения

В настоящее время состояние здоровья женщин требует принятия оздоровительных мероприятий, организации для них школ здоровья, программ информирования, особенно по тем патологиям, которые чаще встречаются среди женщин. Высокие показатели заболеваемости и смертности женщин связаны с высокой распространенностью среди них заболеваний репродуктивной системы, особенно злокачественных новообразований молочных желез. Современные возможности выявления онкологических заболеваний, методов диагностики, оснащения учреждений современным оборудованием, подготовкой квалифицированных кадров позволяет снизить смертность и заболеваемость женщин. Этому позволяют выполнение государственных программ по диспансеризации, раннему выявлению онкологических заболеваний, которые позволяют охватить осмотрами большое количество женщин. В результате ежегодных осмотров достигнуто некоторое улучшение показателей онкологической службы.

Первостепенное значение в организации медицинской помощи принадлежит амбулаторно-поликлиническому звену. При низкой эффективности работы поликлиник, женских консультаций увеличивается нагрузка на стационар, удорожается стоимость медицинской услуги. О.Ю.Александровой и др. (2012) проведено медико-социологическое исследование с целью выявления причин госпитализации по экстренным показаниям в гинекологическое отделение стационара. Опрошено 400 респондентов. Установлено, что 368 (92%) пациенток поступили в стационар по скорой помощи. До

госпитализации половина опрошенных пациенток наблюдались по поводу гинекологических заболеваний в женских консультациях, поликлиниках, третья часть до госпитализации не наблюдались в медицинских организациях. В течение последних 5 лет большинство 288 (72%) опрошенных пациенток посещали гинеколога только один раз в 3-4 года, один раз в 5 лет — 28 (7%), вообще не посещали врача — 32 (8%). Только 52 (13%) пациенток посещали гинеколога 1-2 раза в год. Пациентки, которые не наблюдались у врача, основными причинами этого назвали отсутствие времени и недоверие специалистам женской консультации.

Причинами экстренной госпитализации по мнению пациентов были причины их низкой медицинской активности и не внимательное отношение к своему здоровью. Часть пациентов отметили низкую квалификацию врачей, которые запустили их заболевание. Однако были и такие ответы, что врачи предупреждали о возможных осложнениях заболевания и необходимости плановой госпитализации, что говорит о низкой информированности женщин о заболевании и прогнозе.

Лебедев Г.С. и др. (2015) в результате проведенного исследования установили, что большинство пациенток не умеют, и не знают правила самообследования молочных желез, при этом боятся или не знают о существовании такого специалиста как онколог или врач-маммолог, при этом у большинства респондентов – 55,3% имелись проблемы с молочной железой.

Большинство женщин имеют представления о таком заболевании, как рак молочной железы, при этом большинство респондентов отметили, что информацию получили из средств массовой информации, 53,5% опрошенных считают, что раннему выявлению рака молочной железы способствует информационная грамотность населения. Отсюда следует, что информация в медицинских учреждениях, направленная на

раннее выявление онкологической патологии молочной железы поставлена на недостаточном уровне и требует усовершенствования.

А.Р. Габриелян (2014) отмечает, что с начала реформирования системы здравоохранения подавляющее число регионов так и не сумело добиться сбалансированности в предоставлении объема медицинских услуг, определенного Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ, что нарушает принцип всеобщей доступности медицинских услуг. Создание внебюджетных отделений на базе многопрофильных стационаров будет способствовать привлечению дополнительных средств для оказания медицинской помощи пациентам с использованием дорогостоящих методов диагностики и лечения, а также принесёт дополнительный доход самому ЛПУ. Расходы населения на лекарственные препараты и медицинские услуги, и факторы, их обуславливающие

Одним из причин, являющихся причиной низкой доступности медицинской помощи является недостаточность средств населения на приобретение лекарственных средств (Меньшикова Л.И., Дьячкова М.Г., Мордовский Э.А., 2014).

Проведено социологическое исследование среди 1960 пациентов медицинских учреждений Архангельской области. Выявлено, что набор факторов, определяющих наличие расходов на лекарства и медицинские услуги, различный. Наличие расходов на лекарства не зависит от состояния здоровья. Факторы, относящиеся к эффективности функционирования системы здравоохранения региона, в сравнении с демографическими и социально-экономическими, незначительно влияют на вероятность наличия расходов на лекарства или медицинские услуги у респондентов.

Е.Г. Алексеевой (2011) разработан комплекс методических и медико-организационных мероприятий, направленных на улучшение

состояния системных характеристик системы «врач акушер-гинеколог – беременная» и результативность перинатальной дородовой профилактики.

Для обеспечения комплекса медико-организационных мероприятий подготовлены информационные материалы, однотипные для врача и беременной женщины (информационные письма, стенды, памятки), введены неэкономические формы мотивационной стимуляции врача и (благодарственные письма, стенды, совет попечителей). Среди врачей организованы выездные семинары по актуальным вопросам профилактики и лечения, консультации психолога. Обращалось внимание слушателей на роль личного контакта врача и пациентом в реализации перинатальной профилактики. Создан кабинет психоразгрузки врача и беременной.

Введено использование в «Диспансерной книжке беременных» вкладышей «Лист самоконтроля за состоянием здоровья» и «Анкета удовлетворенности качеством оказанной перинатальной услуги». Результаты показали, что после проведенных мер учебно-методической и психологической коррекции личностных качеств, информированности врачей и пациентов, за период эксперимента 2009-2011 гг. улучшилось состояние системных характеристик системы «врач акушер-гинеколог – беременная» и результативность перинатальной дородовой профилактики (Чумаков А.С. и др., 2010; Васильева Т.П. и др. 2010; Арсеенкова О.Ю. и др. 2010).

В основном мероприятия по охране здоровья населения направлены на снижение смертности населения. Но выполненные мероприятия позволяют снизить пока смертность старших возрастных групп. Многие причины смерти обусловлены образом жизни населения. В период с 2005 по 2011 гг. число умерших в результате изменения образа жизни

произошло в возрастной группе 50-64 года среди женщин (на 37,6%) (Сабгайда Т.П., 2013).

Формирование многих заболеваний и их осложнений происходит в результате низкой информированности населения о факторах риска. Не эффективная деятельность школ здоровья является одной из причин.

Данные Т.А. Аксеновой и др. (2015) свидетельствуют, что при добросовестном отношении к проведению школ здоровья со стороны врачей приводит к положительным результатам. Увеличивается число женщин, контролирующих свое артериальное давление, многие пациенты ведут дневник контроля АД, знают свои показатели и показатели нормы (Аксенова Т.А. и др., 2015).

Центры здоровья являются эффективно работающими структурами амбулаторно-поликлинических учреждений по профилактике заболеваний и их факторов риска. М.В. Авдеева, В.С. Лучкевич, Ю.В. Лобзин (2014) дали медико-социальную характеристику женщин, посетивших центр здоровья. Как известно, информированность населения во многом определяется социально-гигиенической характеристикой респондентов.

Половина женщин, посетивших центры здоровья на момент профилактического скрининга, уже имела в анамнезе ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертензию, ожирение, сахарный диабет и другие патологии. В процессе тестирования у женщин были выявлены значимые медико-биологические (кардиометаболические) факторы риска развития неинфекционных заболеваний, о которых женщины ранее не знали. У прошедших тестирование женщин выявлено $1,9 \pm 1,2$ медико-биологических и $1,4 \pm 1,0$ социально-поведенческих факторов риска. В связи с этим, как отмечают авторы, активные профилактические мероприятия у женщин направлены должны быть на выявление факторов риска формирования заболеваний.

Профилактические мероприятия по раннему выявлению факторов риска хронических заболеваний и обучение женщин методам и средствам первичной профилактики заболеваний надо проводить среди женщин молодого возраста. Доказано, что у женщин в возрастной период до 35 лет распространенность факторов риска минимальна, поэтому имеется шанс предупреждения заболеваний посредством обучения женщин мерам индивидуальной первичной профилактики.

Совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи не представляется без применения информационных технологий. Одной из задач при выполнении программы модернизации здравоохранения явилось внедрение информационных технологий в работу медицинских организаций разного уровня.

Авторами (Щербаков С.М. и др., 2017) построена совокупность визуальных и имитационных моделей процессов профосмотров и диспансеризации в амбулаторной медицинской организации, позволяющая наглядно отразить эти процессы при том или ином уровне использования информационных технологий и количественно оценить затраты труда на их исполнение в зависимости от параметров работы амбулаторной медицинской организации.

Дорофеева С.Б., Бабенко А.И. (2017) на основании анализа отечественной и зарубежной литературы выделили методологические аспекты создания эффективной системы обеспечения здорового образа жизни. Авторы констатируют, что определения здорового образа жизни, его категории и факторы необходимо учитывать при определении стратегии и программ формирования здорового образа жизни.

Одним из критериев доступности и качества медицинской помощи населению является удовлетворенность их организацией медицинской помощи. Удовлетворенность населения во многом зависит от оснащенности поликлиник оборудованием, наличия врачей-

специалистов, их уровня квалификации. Безусловно, низкая укомплектованность учреждений врачами определяет неудовлетворенность пациентов.

Исследования Вечорко В.И. (2016) о распределении рабочего времени на основе фотохронометражного исследования врача-терапевта участкового на амбулаторном приеме с медицинской сестрой свидетельствуют о нерациональном использовании времени на непосредственный контакт с пациентом в связи с большим объемом выполняемой работы с документацией.

Врачи-терапевты участковые на амбулаторном приеме пациентов с медицинской сестрой тратят на работу с документами 47,20% рабочего времени (из них - 36,91% - на записи в медицинской документации; 18,62% – на другие виды работ с документацией; 11,08% – на ознакомление с медицинской документацией; 10,04% - на работу на компьютере в системе ЕМИАС); 46,84% времени уходят на сбор анамнеза, опрос и осмотр пациента (из них, 14,46% - на аускультацию, подсчет частоты сердечных сокращений и частоты дыхания; 13,11% - на консультирование больного).

Исходя из того, что первичная медико-санитарная помощь является приоритетным направлением в организации медицинской помощи населению возникает необходимость разработки основных направлений улучшения деятельности поликлиник.

Группой авторов предложена методика рейтинговой оценки, позволяющая выявить результативность деятельности медицинских организаций и принять своевременные меры по оптимизации ее деятельности и повышению эффективности; своевременно выявить негативные факторы, влияющие на качество предоставления услуг в сфере здравоохранения, и устранение их причин путем реализации

обоснованных цельных мероприятий; стимулировать повышение качества работы (Михайлова Ю.В. и др., 2016).

В последние годы выполняется множество программ, направленных на охрану здоровья населения. Это и национальный проект «Здоровье», модернизация здравоохранения. Часть программ непосредственно касается охраны здоровья женского населения.

Заключение. Изучение результатов исследований отечественных и зарубежных авторов позволило установить, что среди женщин раньше могут возникнуть по сравнению с мужчинами заболевания сердечно-сосудистой системы, чаще в более молодом возрасте отмечается инфаркт миокарда, видимо, обусловленное гормональными изменениями в женском организме.

Ряд авторов выявили, что сахарный диабет у женщин является часто распространенной патологией. Исследования ряда авторов касаются высокой заболеваемости и смертности женщин от онкологических заболеваний репродуктивной системы, которые занимают третью часть онкологических заболеваний женщин. Во всех регионах злокачественные новообразования молочной железы являются ведущей онкопатологией женщин.

Рядом авторов оценены основные показатели репродуктивного здоровья с позиций распространенности воспалительных заболеваний женских половых органов, нарушений менструаций, эрозии шейки матки, которые сами по себе являются факторами распространённых заболеваний беременности и родов, при несвоевременном лечении приводящие к бесплодию, к онкологическим заболеваниям.

Многие авторы в своих исследованиях рассматривают факторы риска нарушения здоровья женщин. Они могут быть и эндогенного характера, так и экзогенного характера. Если экзогенные факторы могут одинаково часто вызывать нарушение здоровья женщин и мужчин, однако

эндогенные факторы, к которым относятся и поведенческие факторы, отношение к своему здоровью, заболевания, формирующиеся в детском и раннем репродуктивном возрасте женщин, являются значимыми причинами возникновения хронической патологии.

Сельские женщины являются основным потенциалом воспроизводства населения, так как среди них остается высокой рождаемость, коэффициенты воспроизводства населения.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КАК ОДИН ИЗ КРИТЕРИЕВ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Республика Башкортостан (РБ) является одним из крупных субъектов РФ, довольно развитым экономическим потенциалом. Население РБ по данным Башкортостанстата к 1 января 2016 года составило 4071987 человек, из них 38,3% проживает в сельской местности. Доля женского населения в численности населения составляет 53,1%, из них 56,7% относятся к трудоспособному возрасту.

В Республике Башкортостан сельское население проживает в 41 муниципальных районах только с сельским населением и в 13 муниципальных районах с городским и сельским населением, городское население проживает в 8 городских округах и в 13 муниципальных районах с городским и сельским населением. Во всех учреждениях, расположенных в сельской местности, на начало 2017 г. работало 2311 врачей, что составляет 14,6% от всех врачебных кадров и 12005 средних медицинских работников – 29%.

Состояние здоровья населения оценивается комплексом показателей, одними из них являются показатели заболеваемости, которые оцениваются по данным, включенным в ежегодные отчеты медицинских организаций амбулаторно-поликлинического звена (форма

№ 12 «Сведения о заболеваниях, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации»).

Показатели первичной и общей заболеваемости населения Республики Башкортостан

Были проанализированы показатели первичной и общей заболеваемости населения Республики Башкортостан по отчетам медицинских организаций (Форма №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации»).

Как известно показатели первичной заболеваемости, да и общей заболеваемости во многом определяются доступностью медицинской помощи, наличием специалистов, то есть пациент обратился в медицинскую организацию, значит его острое или хроническое заболевание были зарегистрированы медицинскими организациями в талонах амбулаторного пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Первичная и общая заболеваемость, как правило, рассчитываются на 100 тыс. человек. В нашем труде результаты представлены в расчете на 1000 человек.

Хотя монография посвящена состоянию здоровья женщин, посчитали целесообразным вначале показать ситуацию среди всего населения. И так, в 2017г. первичная заболеваемость взрослого населения Республики Башкортостан составила 665,6 случая в расчете на 1000 человек (таблица 1). Общая заболеваемость составила в расчете на 1000 человек 1715,8 случая.

Для оперативного восприятия информации о заболеваемости и значении отдельных нозологических форм в формировании заболеваемости материалы удобно представлять в виде структуры.

Какова же структура заболеваемости населения Республики Башкортостан в 2017 году.

Таблица 1 – Первичная и общая заболеваемость взрослого населения Республики Башкортостан, в расчете на 1000 человек

Заболевания	Первичная	Общая
1	2	3
Всего	665,4	1715,8
Инфекционные и паразитарные заболевания	17,7	39,9
Новообразования	11,8	50,5
Болезни:		
- крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	3,0	16,5
- эндокринной системы	12,5	65,7
- нервной системы	13,5	109,1
- глаза и его придаточного аппарата	27,2	102,4
- уха и сосцевидного отростка	23,5	41,3
- системы кровообращения	41,2	322,5
- органов дыхания	172,6	231,9
- органов пищеварения	42,9	174,3
- кожи и подкожной клетчатки	37,8	59,9
- костно-мышечной системы	24,4	154,2
- мочеполовой системы	51,6	139,2
Беременность, роды и послеродовой период	76,0	142,8
Психические расстройства и расстройства поведения	3,8	58,9
Врожденные аномалии	0,04	1,3
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	106,1	105,9

В структуре первичной заболеваемости взрослого населения республики первое место занимают болезни органов дыхания – 26,0%, второе место - травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (16,0%), третье место – осложнения беременности, родов и послеродового периода (11,4%), четвертое место – болезни мочеполовой системы (7,8%), пятое место – болезни органов пищеварения (6,5%) (таблица 2).

Таблица 2 – Структура первичной и общей заболеваемости взрослого населения Республики Башкортостан, %

Заболевания	Первичная	Общая
Всего ...	100,0	100,0
Инфекционные и паразитарные заболевания	2,7	2,6
Новообразования	1,8	2,6
Болезни:		
- крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	0,5	1,1
- эндокринной системы	1,9	3,4
- нервной системы	2,0	6,8
- глаза и его придаточного аппарата	4,1	7,3
- уха и сосцевидного отростка	3,5	3,0
- системы кровообращения	6,2	18,2
- органов дыхания	26,0	12,0
- органов пищеварения	6,5	8,8
- кожи и подкожной клетчатки	5,7	4,2
- костно-мышечной системы	3,7	8,8
- мочеполовой системы	7,8	9,0
Беременность, роды и послеродовой период	11,4	2,6
Психические расстройства и расстройства поведения	0,6	3,4
Врожденные аномалии	0,0	0,0
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	16,0	6,3

Структура общей заболеваемости сформировалась за счет болезней системы кровообращения (18,2%), болезней органов дыхания (12,0%), мочеполовой системы (9,0%), болезней органов пищеварения (8,8%), костно-мышечной системы (8,8%) и т.д. (рисунок 1).

Известно, что заболеваемость населения зависит от доступности медицинской помощи, наличия специалистов, материально-технической оснащенности медицинских организаций.

Эти меры, в частности, вошли в комплекс мер по развитию здравоохранения РФ на период до 2020 года. Приоритетными направлениями совершенствования системы здравоохранения

определены: сокращение разрыва показателей здоровья населения между отдельными регионами РФ и экономически развитыми странами; улучшение здоровья детей, подростков и женщин; сохранение здоровья лиц пожилого возраста; снижение уровня социально значимых заболеваний; сокращение распространенности инфекционных болезней.

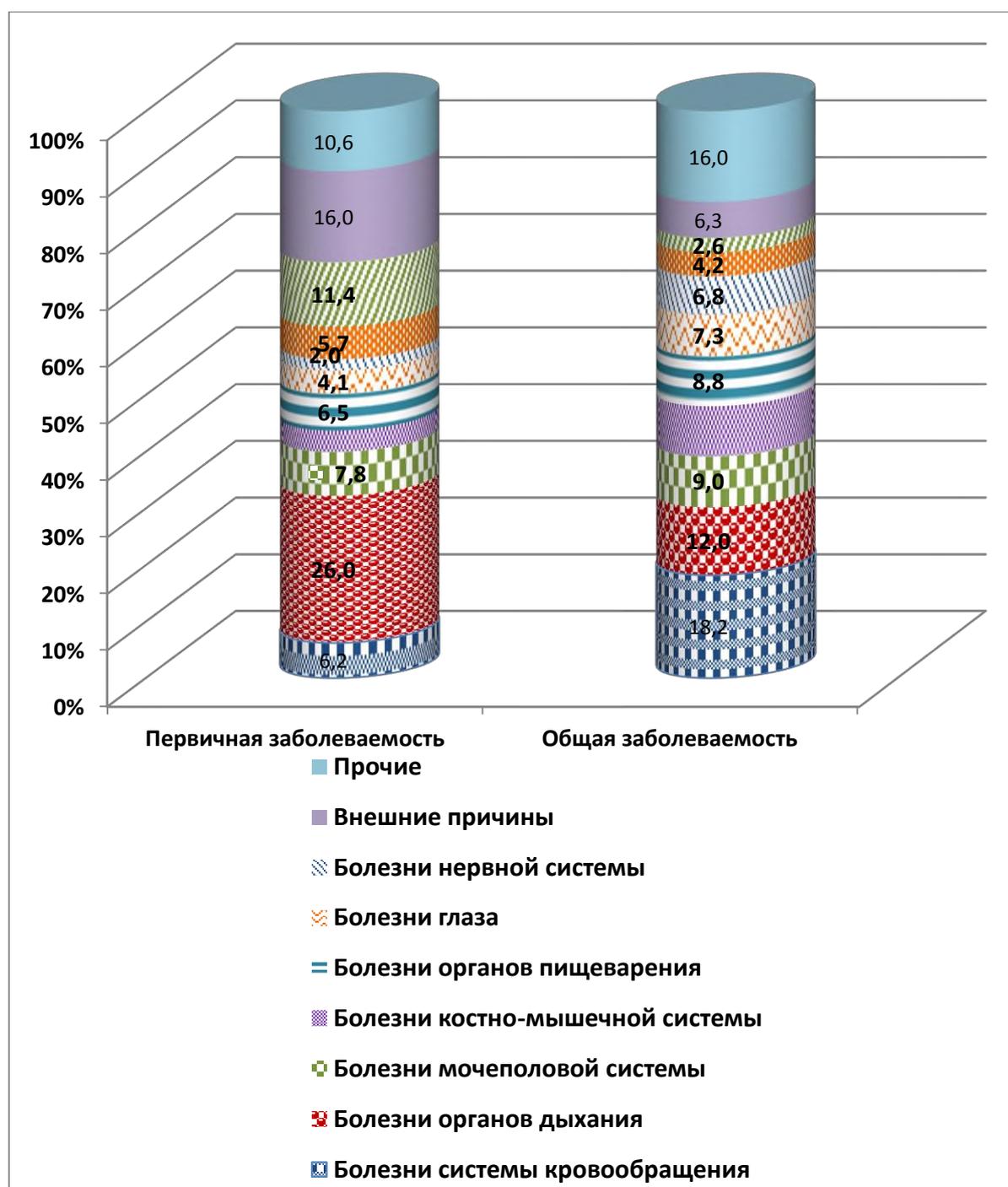


Рисунок 1 – Структура первичной и общей заболеваемости взрослого населения Республики Башкортостан за 2017 год, %

В статистической отчетности медицинских организаций предусмотрены данные о заболеваемости детей, подростков, девушек, взрослого населения, всего населения, лиц старше трудоспособного возраста. Однако в статистической форме № 12 не приводятся данные о заболеваемости женщин. В связи с этим нами проведено изучение заболеваемости женщин.

Показатели первичной заболеваемости женского населения

Изучение уровня и структуры заболеваемости городских женщин было проведено на базе поликлиники № 1 городской клинической больницы № 21 г. Уфа, заболеваемость сельских женщин - на базе поликлиники ЦРБ Чекмагушевского района. Первичную и общую заболеваемость провели на основе анализ талонов пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях. Были проанализированы посещения по поводу заболеваний за 2013г.

На 1000 городских женщин первичная заболеваемость составила 696,5 случая в расчете на 1000 женщин. Из этого следует, что уровни первичной заболеваемости женского населения мало отличались от республиканских показателей (таблица 3). Среди сельских женщин первичная заболеваемость составила 584,0 случая в расчете на 1000 женщин старше 18 лет. Если сравнить заболеваемость городских и сельских женщин, можно выявить некоторые различия между показателями. Так, среди сельских женщин ниже, чем среди городских женщин число зарегистрированных новообразований, болезней нервной системы, органов дыхания, пищеварения, мочеполовой системы, травм. Однако среди них выше, чем среди городских женщин заболеваемость болезнями системы кровообращения, в том числе болезнями,

характеризующимися повышенным кровяным давлением, ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда.

Первичная заболеваемость сельских женщин также не имела больших различий от заболеваемости всего взрослого населения республики. Однако может отличаться структура заболеваемости, так как мужчины чаще обращаются по поводу заболеваний мочевых органов, травм, женщины – по поводу заболеваний системы кровообращения, болезней репродуктивной системы, заболеваний, связанных с беременностью и родами.

Таблица 3 – Первичная заболеваемость городских и сельских женщин по данным обращаемости, в расчете на 1000 женщин

Заболевания	Городские женщины	Сельские женщины
1	3	2
Зарегистрировано заболеваний, всего	696,5	584,0
Инфекционные и паразитарные заболевания	3,6	8,3
Новообразования	13,0	3,9
из них: злокачественные новообразования	1,98	2,5
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	3,0	1,1
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, в том числе	5,7	19,3
-болезни щитовидной железы	0,38	7,0
-сахарный диабет	3,4	2,2
Болезни нервной системы	31,2	27,7
Болезни глаза и его придаточного аппарата	24,3	55,5
Болезни уха и сосцевидного отростка	8,1	21,5
Болезни системы кровообращения, в том числе:	65,6	160,2
-болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	23,9	65,5
-ишемическая болезнь сердца	7,8	5,6
-острый инфаркт миокарда	0,6	2,0
-хроническая ишемическая болезнь сердца	0,71	17,6
-цереброваскулярные болезни	15,5	20,0

продолжение таблицы 3

1	3	2
Болезни органов дыхания, в том числе	96,9	83,3
-острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей	71,2	4,0
Болезни органов пищеварения, в том числе:	51,4	30,6
-гастрит и дуоденит	12,5	3,4
-болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей	11,8	22,5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	70,3	20,6
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани в т.ч.	51,8	26,2
- артропатии	27,1	17,0
Болезни мочеполовой системы, в том числе	79,4	32,7
- болезни мочевой системы	12,4	9,5
- воспалительные болезни женских тазовых органов	49,3	6,9
Беременность, роды и послеродовой период	78,4	44,8
Травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин	60,2	25,8

И так, в структуре первичной заболеваемости городских женщин доля болезней органов дыхания составила 15,4% (таблица 4). Это ниже, чем среди всего взрослого населения (напомним 26,0%). Второй по значимости причиной первичной заболеваемости городских женщин явились болезни системы кровообращения. В структуре первичной заболеваемости доля их составила 11,9%. Это почти в 2 раза выше, чем среди всего взрослого населения республики башкортостан (6,2%). В структуре болезней системы кровообращения 16,7% заняли болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, 12,6% – ишемическая болезнь сердца, 8,7% – цереброваскулярные болезни.

Последующие места в структуре певичной заболеваемости городских женщин заняли болезни мочеполовой системы, осложнений беременности и родов (соответственно 10,9% и 10,4%). Среди болезней мочеполовой системы 16,7% были болезни мочевой системы, 56,7% –

болезни женских половых органов. Среди женщин остается довольно распространенным болезни кожи и подкожной клетчатки (9,3%), занявшие пятое ранговое место и др. (рисунок 2).

Структура первичной заболеваемости сельских женщин в отличие от городских женщин характеризовалась большей долей болезней системы кровообращения (26,4%) и органов дыхания (14,2%), что, видимо, обусловлены образом и условиями жизни сельских женщин. Третье место принадлежало болезням, связанным с беременностью и родами (7,7%), четвертое место – болезням глаза и его придаточного аппарата (7,6%).

Таблица 4 – Структура первичной заболеваемости городских и сельских женщин по данным обращаемости, %

Заболевания	Городские женщины	Сельские женщины
Зарегистрировано заболеваний всего	100,0	100,0
Инфекционные и паразитарные заболевания	0,6	1,5
Новообразования	3,2	0,6
Болезни:		
- крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	0,4	0,3
- эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	0,7	2,9
- нервной системы	4,3	4,7
- глаза и его придаточного аппарата	3,6	7,6
- уха и сосцевидного отростка	2,3	3,8
- системы кровообращения	11,9	26,4
- органов дыхания	15,4	14,2
- органов пищеварения	7,2	6,0
- кожи и подкожной клетчатки	9,3	3,5
- костно-мышечной системы и соединительной ткани	6,7	4,8
- мочеполовой системы	10,9	5,4
Беременность и роды	10,4	7,7
Травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин	9,1	5,2
Прочие	4,0	5,4

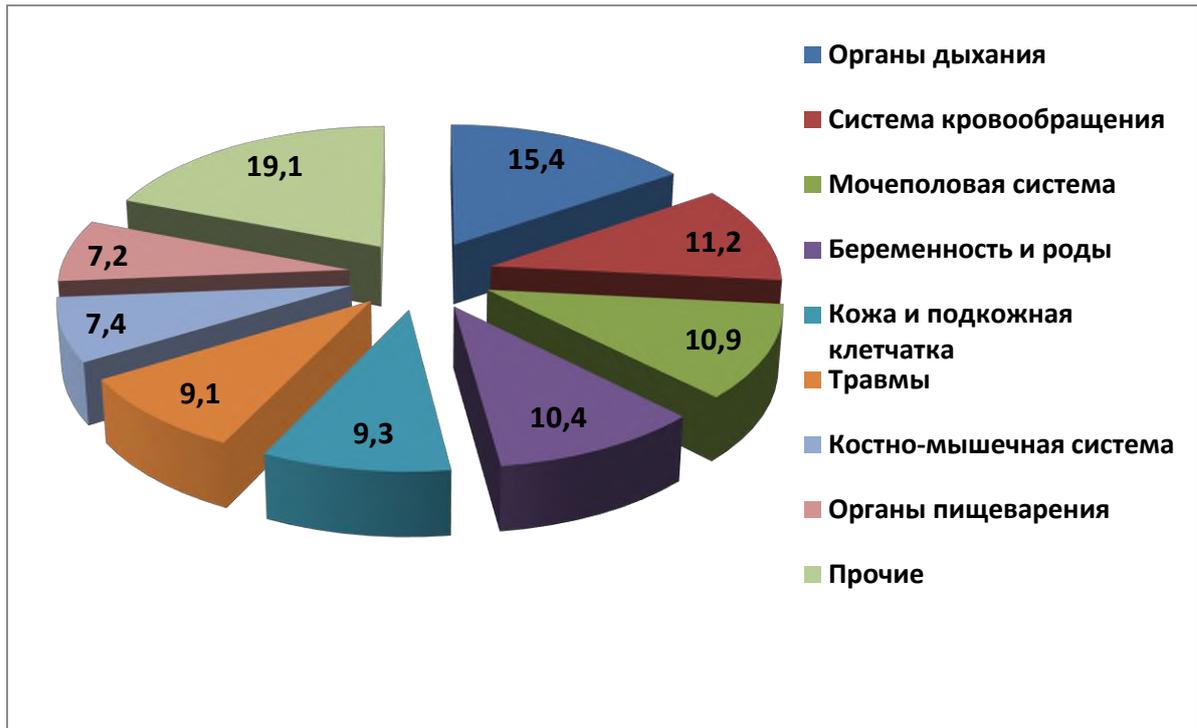


Рисунок 2 – Структура первичной заболеваемости городских женщин по данным обращаемости, %.

Видимо, из-за низкой обращаемости сельских женщин мало регистрируются болезни мочеполовой системы (5,4%). Таким образом, болезни системы кровообращения формируют четвертую часть зарегистрированных первичных заболеваний у сельских женщин (рисунок 3).

Для сравнительной оценки заболеваемости городских и сельских женщин использовали критерий χ^2 (по методике В.Ю. Урбаха), который позволил установить статистически значимые различия в структуре первичной заболеваемости по данным обращаемости женщин в зависимости от места проживания ($\chi^2=84,3$; $p<0,001$).

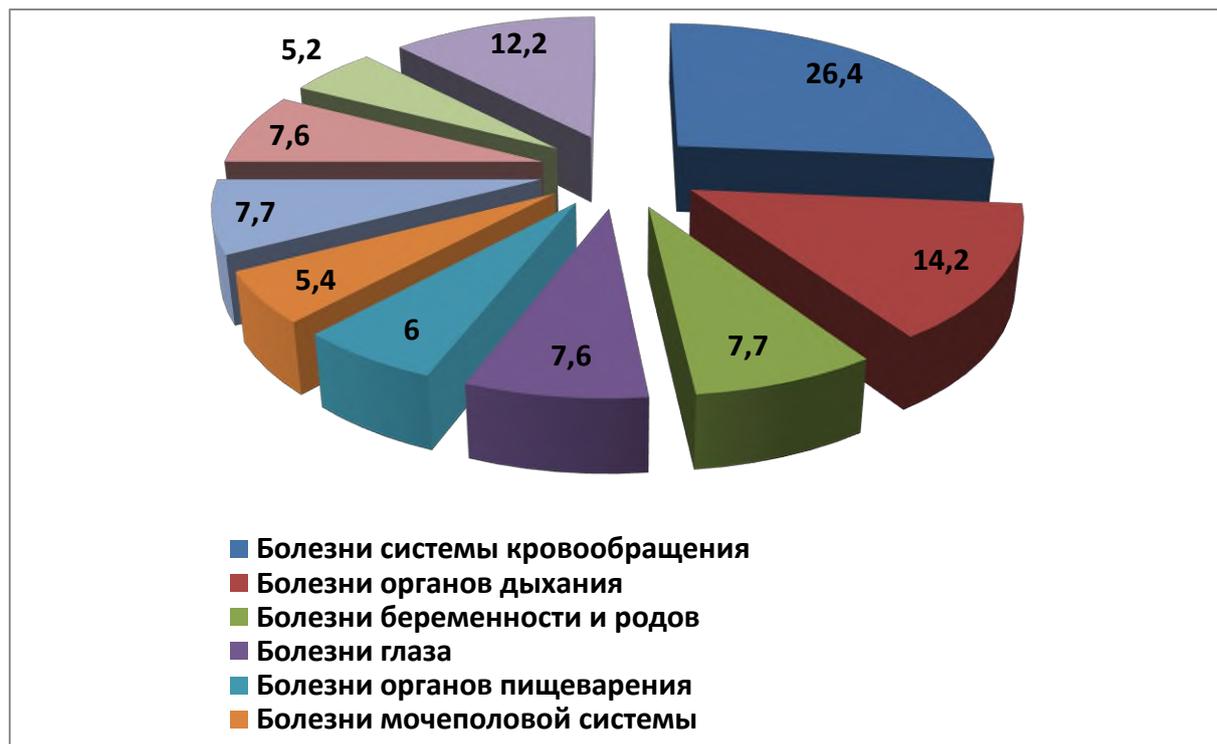


Рисунок 3 – Структура первичной заболеваемости сельских женщин по данным обращаемости, %.

Одним из факторов, формирующих хронические заболевания, безусловно, являются биологические факторы, среди них возраст. Хотя свойственно болеть и в молодых возрастных группах, но число зарегистрированных заболеваний, как среди городских, так и сельских женщин возрастало с увеличением возраста. Однако, рост зарегистрированных заболеваний происходил в основном до 60-летнего возраста, затем несколько снижалось, видимо, из-за большей обращаемости женщин до этой возрастной группы (рисунок 4).

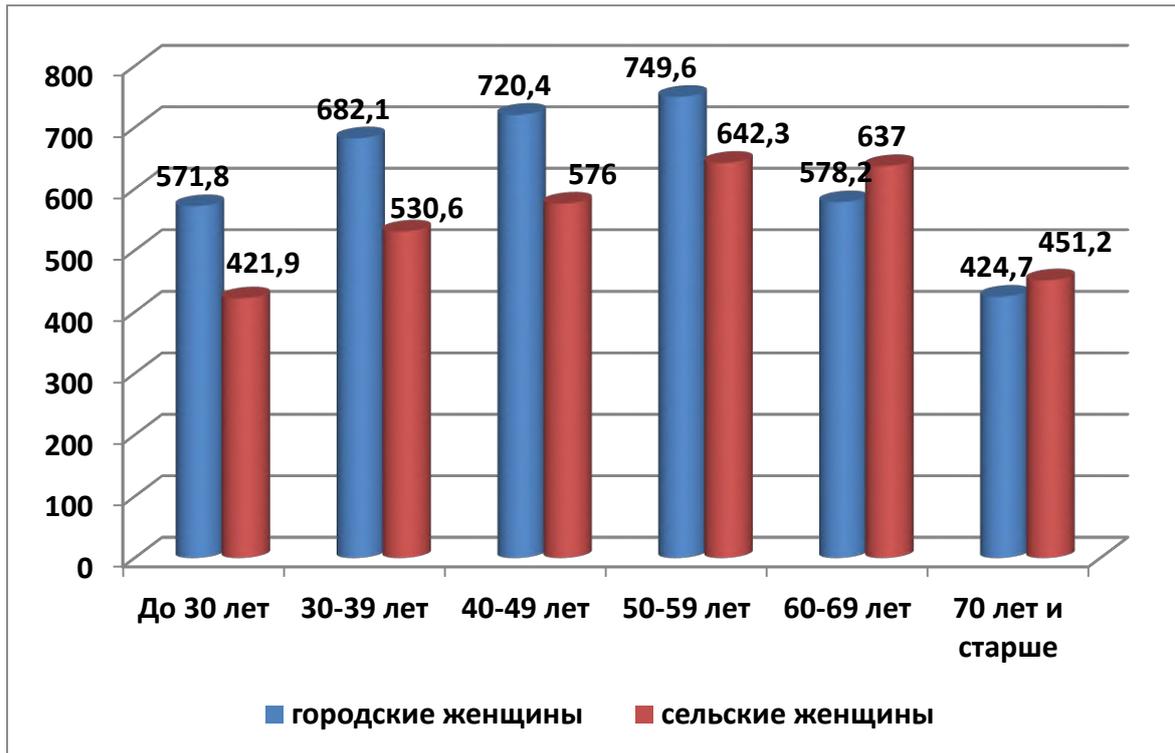


Рисунок 4 – Возрастные уровни первичной заболеваемости городских и сельских женщин по данным обращаемости, в расчете на 1000 женщин соответствующего возраста

В федеральных статистических наблюдениях не предусмотрен отчет о заболеваемости женщин трудоспособного возраста. Именно у женщин раннего трудоспособного (репродуктивного возраста) формируются хронические заболевания органов и систем. Для разработки и выполнения профилактических программ по охране здоровья женщин очень важно иметь наблюдения, их результаты, значение отдельных заболеваний и в каком возрасте у женщины появляются проблемы со здоровьем.

Исходя из того, что нет статистических данных о заболеваемости женщин, в том числе и в трудоспособном возрасте, изучение заболеваемости женщин провели по данным первичных медицинских документов (в частности талоны амбулаторного пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях) Результаты таковы: ее уровень

среди городских женщин составил 693,0 случая в расчете на 1000 женщин соответствующего возраста, среди сельских женщин 560,6 случая в расчете на 1000 женщин соответствующего возраста (таблица 5).

Таблица 5 – Показатели первичной заболеваемости женщин трудоспособного возраста

Заболевания	Уровень, ‰		Удельный вес, %	
	городские женщины	сельские женщины	городские женщины	сельские женщины
Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания	4,9	4,2	0,7	0,7
Новообразования	12,2	6,8	1,8	1,2
Болезни:				
- крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	4,6	4,2	0,7	0,7
- эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	5,5	6,2	0,8	1,1
- нервной системы	40,3	22,7	5,8	4,0
- глаза и его придаточного аппарата	30,3	30,3	4,4	5,4
- уха и сосцевидного отростка	11,8	18,2	1,7	3,2
- системы кровообращения	64,3	115,8	9,3	18,7
- органов дыхания	102,9	95,2	14,8	17,0
- органов пищеварения	48,3	35,4	7,0	6,4
- кожи и подкожной клетчатки	51,7	26,7	7,5	4,8
- костно-мышечной системы и соединительной ткани	39,9	35,6	5,8	6,4
- мочеполовой системы	87,3	44,7	12,6	8,0
Беременность и роды	105,4	78,5	14,2	14,0
Травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин	43,4	23,5	6,3	4,2
Прочие	40,3	12,6	6,8	4,2
Всего ...	693,0	560,6	100,0	100,0

В структуре заболеваемости городских женщин первые пять мест заняли болезни органов дыхания (14,8%), болезни, связанные с беременностью и родами (14,2%), болезни мочеполовой системы (12,6%), болезни системы кровообращения (9,3%) и болезни кожи и подкожной клетчатки (7,5%). Как видно, структура первичной заболеваемости городских женщин характеризуется преобладанием болезней органов дыхания, болезней, связанных с акушерской патологией, болезней мочеполовой системы, среди которых преимущественное большинство – это болезни женских тазовых органов. Структура заболеваемости сельских женщин трудоспособного возраста свидетельствует, что преобладающими заболеваниями были: болезни системы кровообращения (18,7%), болезни органов дыхания (17,0%), болезни, связанные с беременностью и родами (14,0%), болезни мочеполовой системы (8,0%), болезни костно-мышечной системы и органов пищеварения, имеющие одинаковые доли (6,4%).

Следует отметить, что среди сельских женщин несколько выше доля болезней системы кровообращения и костно-мышечной системы, что видимо последствия образа и условий жизни в селе.

Уровень первичной заболеваемости женщин старше трудоспособного возраста оказался выше у сельских женщин (605,0 случая в расчете на 1000 женщин в возрасте старше 55 лет), чем среди городских женщин (528,0 случая в расчете на 1000 женщин в возрасте старше 55 лет), что, видимо, связано с поздним обращением сельских женщин за медицинской помощью (таблица 6).

В структуре первичной заболеваемости городских женщин данной возрастной группы первые пять мест заняли болезни системы кровообращения (16,4%), болезни органов дыхания (11,8%), болезни мочеполовой системы (10,2%), травмы (7,7%), болезни нервной системы (5,8%).

Таблица 6 – Показатели первичной заболеваемости женщин старше трудоспособного возраста по обращаемости в поликлинику

Заболевания	Уровень, ‰		Удельный вес, %	
	городские женщины	сельские женщины	городские женщины	сельские женщины
Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания	1,3	2,4	0,2	0,4
Новообразования	17,8	5,6	3,4	0,9
Болезни, - крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	3,5	3,1	0,7	0,5
- эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	7,3	15,4	1,4	2,5
- нервной системы	30,4	27,2	5,8	4,5
- глаза и его придаточного аппарата	27,4	39,2	5,2	6,5
- уха и сосцевидного отростка	10,7	26,2	2,0	4,3
- системы кровообращения	86,8	165,4	16,4	27,3
- органов дыхания	62,4	74,9	11,8	12,4
- органов пищеварения	50,2	55,3	9,5	9,1
- кожи и подкожной клетчатки	48	34,7	9,1	5,7
- костно-мышечной системы и соединительной ткани	33,8	50,6	6,4	8,4
- мочеполовой системы	53,7	35,8	10,2	5,9
Травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин	40,8	28,6	7,7	4,7
Прочие	54,1	28,7	10,2	4,7
Всего ...	528,0	605,0	100,0	100,0

Резюме. Первичная заболеваемость городских и сельских женщин по частоте зарегистрированных заболеваний незначительно отличалась от уровня заболеваемости всего взрослого населения республики. Однако несколько отличалась структура заболеваемости. Если среди всего взрослого населения республики четвертая часть среди зарегистрированных заболеваний принадлежала болезням органов

дыхания (26,0%), второе место заняли осложнения течения беременности, родов и послеродового периода (11,4%) и значительно меньшая доля принадлежала болезням системы кровообращения (6,2%), то среди городских женщин первые три места занимали болезни органов дыхания (15,4%), болезни системы кровообращения (11,2%), болезни мочеполовой системы (10,9%). Структура первичной заболеваемости сельских женщин характеризовалась тем, что значительное место пришлось болезням системы кровообращения (26,4%). Второе место заняли болезни органов дыхания (14,2%) и третье – болезни, связанные с беременностью и родами (7,7%).

Первичная заболеваемость городских и сельских женщин максимального уровня достигла к 60-летнему возрасту. В последующих группах отмечалось снижение первичной заболеваемости. Первичная заболеваемость городских женщин до 50-летнего возраста превышала уровень первичной заболеваемости сельских женщин. В возрастных группах 50-59 лет и 60-69 лет, напротив, заболеваемость была выше среди сельских женщин. В возрастной группе 70 лет и старше отмечалось превышение уровня первичной заболеваемости среди городских женщин.

Первичная заболеваемость городских женщин трудоспособного возраста составила 693,0 случая, сельских женщин 560,6 случая в расчете на 1000 женщин соответствующего возраста, в возрасте старше трудоспособного возраста соответственно 528,0 и 605 случая в расчете на 1000 женщин соответствующего возраста. Структура заболеваемости была схожей со структурой заболеваемости всех женщин.

**Показатели общей заболеваемости женского населения
по данным обращаемости**

Изучение общей заболеваемости показало, что в расчете на 1000 городских женщин было зарегистрировано 1794,8 случая (таблица 7). Среди сельских женщин общая заболеваемость составила 1798,6 случая в расчете на 1000 женщин. Как выяснилось, уровень общей заболеваемости среди городских и сельских женщин почти не отличается.

Таблица 7 – Общая заболеваемость городских и сельских женщин по данным обращаемости, случай в расчете на 1000 женщин

	Городские женщины	Сельские женщины
Инфекционные заболевания	13,9	11,3
Новообразования	21,1	26,1
Болезни:		
крови и кроветворных органов	19,2	26,4
- эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	46,9	48,0
- нервной системы	112	87,2
- глаза и его придаточного аппарата	133,7	107,2
- уха и сосцевидного отростка	52,2	66,5
- системы кровообращения	341,5	583,4
- органов дыхания	157,4	164,4
- органов пищеварения	228,7	191,4
- кожи и подкожной клетчатки	62,4	84,0
- костно-мышечной системы	159,2	150,0
- мочеполовой системы	182,1	96,0
Беременность и роды	84,8	61,7
Травмы	55,8	45,8
Прочие	124	48,9
Всего	1794,8	1798,6



Структура общей заболеваемости городских и сельских женщин характеризовалась большой долей среди сельских женщин болезней системы кровообращения (25,0% напротив 18,4%), почти одинаковым значением долей болезней органов пищеварения (городские женщины 12,5%, сельские женщины – 13,0%) (таблица 8). Третьей причиной среди городских женщин были болезни мочеполовой системы (9,5%), среди сельских женщин – болезни костно-мышечной системы (13,9%).

Таблица 8 – Структура общей заболеваемости женского населения по данным обращаемости, %

Заболевания	Городские женщины	Сельские женщины
1	2	3
Новообразования	3,6	1,5
Болезни, в том числе		
- крови и кроветворных органов	3,2	0,7
- эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	4,5	4,1
- нервной системы	5,8	1,3
- глаза и его придаточного аппарата	6,9	8,6
- уха и сосцевидного отростка	2,9	3,5

продолжение таблицы 8

1	2	3
- системы кровообращения	18,4	25,0
- органов дыхания	8,2	7,5
- органов пищеварения	12,2	13,0
- кожи и подкожной клетчатки	5,2	4,6
- костно-мышечной системы	9,1	13,9
- мочеполовой системы	9,5	5,3
Беременность и роды	4,1	1,1
Травмы	3,4	2,8
Прочие	3,6	7,1
Всего	100,0	100,0

Таким образом, в структуре общей заболеваемости сельских женщин доля болезней системы кровообращения значительно выше, чем городских женщин, занявших четвертую часть всех заболеваний (рисунок 5).

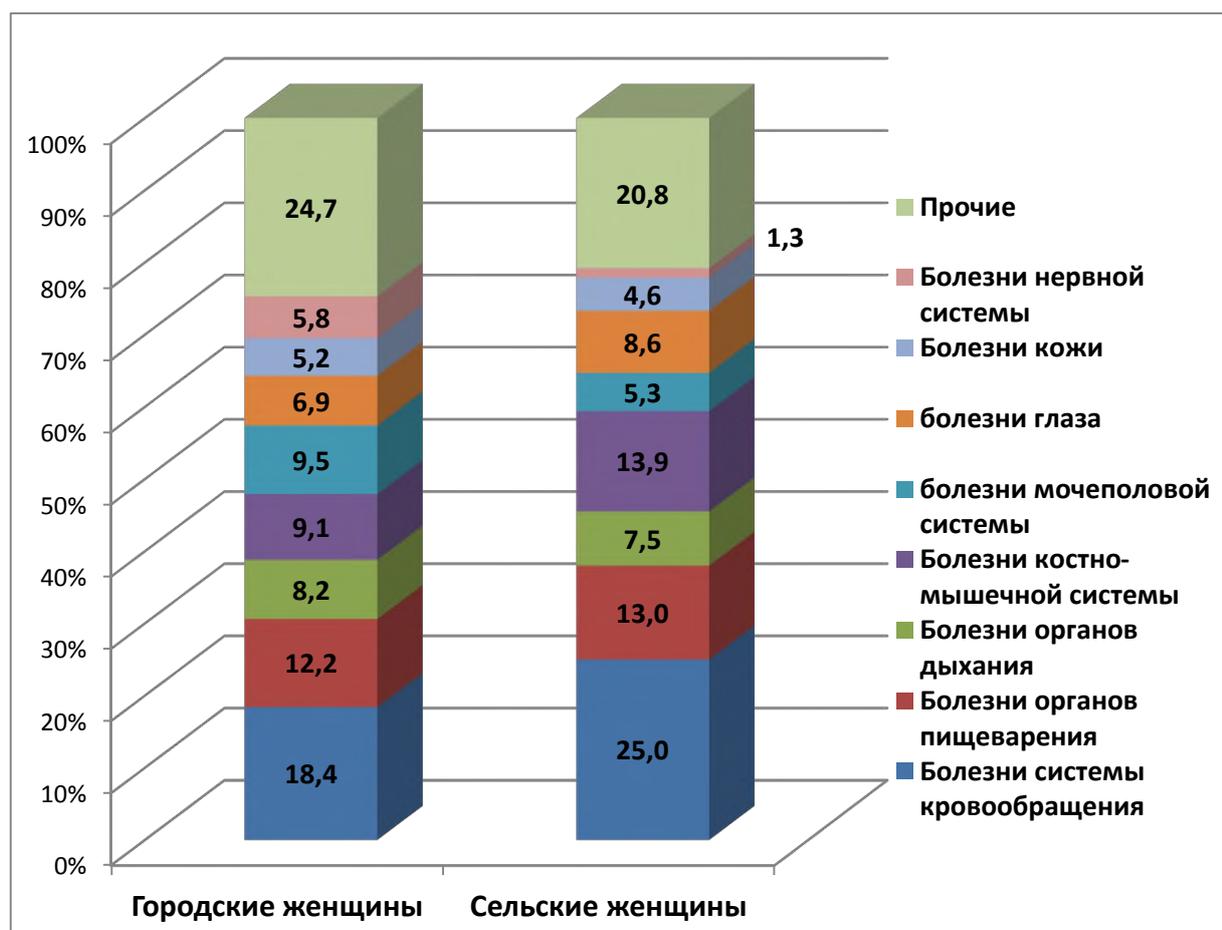


Рисунок 5 – Структура общей заболеваемости городских и сельских женщин, %

Как видно из рисунка 6 общая заболеваемость во всех возрастных группах выше среди городских женщин, чем среди сельских женщин. Более значительная разница в заболеваемости двух групп женщин отмечается в молодых возрастных группах, что обусловлено большей доступностью медицинской помощи и занятостью женщин.

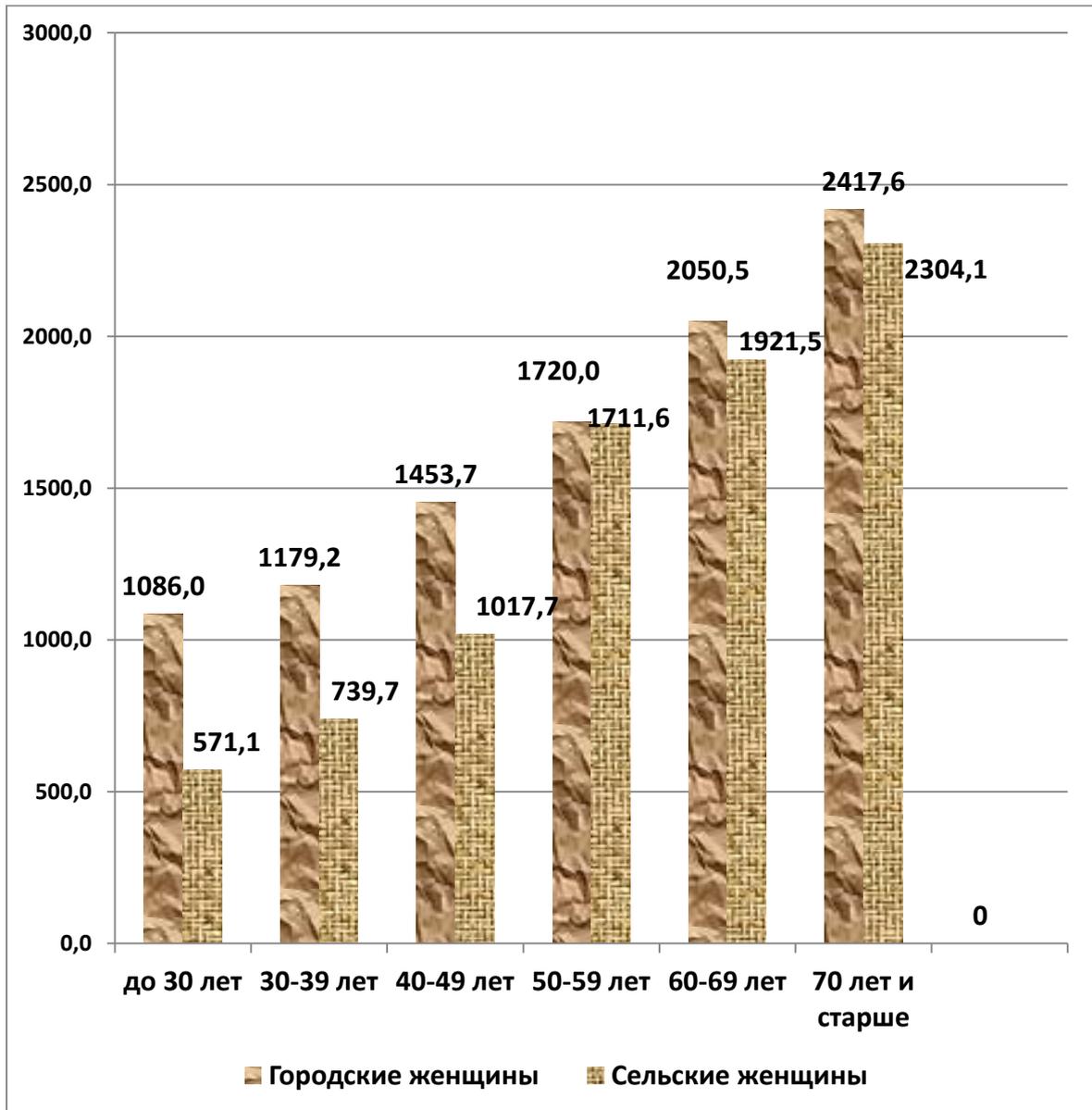


Рисунок 6 – Возрастные показатели общей заболеваемости городских и сельских женщин, случай в расчете на 1000 женщин.

В структуре общей заболеваемости сельских женщин в возрастной группе до 30 лет преимущество имели болезни органов дыхания (21,9%), болезни органов пищеварения (11,3%), болезни мочеполовой системы (9,5%) (таблица 9).

Таблица 9 – Структура общей заболеваемости городских женщин в отдельных возрастных группах, %

Заболевания	Возрастные группы, лет						Итого
	до 30	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	
Новообразования	3,1	1,7	2,2	1,1	1,3	0,9	1,5
Болезни:							
- крови и кроветворных органов	1,7	1,3	1,0	0,5	1,0	0,5	0,7
- эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	1,0	0,9	1,0	3,5	7,2	6,2	4,1
- нервной системы	2,3	1,9	1,7	1,1	4,6	3,6	1,3
- глаза и его придаточного аппарата	2,9	4,1	3,8	6,9	6,7	7,9	8,6
- уха и сосцевидного отростка	6,0	8,0	5,0	3,5	2,1	2,1	3,5
- системы кровообращения	8,7	8,0	16,4	32,3	34,2	32,8	25,0
- органов дыхания	21,9	14,0	12,4	7,5	5,6	4,3	7,5
- органов пищеварения	11,3	12,3	16,0	14,1	11,7	11,6	13,0
- кожи и подкожной клетчатки	6,6	11,3	6,2	3,9	3,2	3,6	4,6
- костно-мышечной системы	9,2	11,0	12,2	13,6	14,4	12,5	13,9
- мочеполовой системы	9,5	7,1	7,7	4,9	2,3	1,5	5,3
Беременность и роды	8,0	6,8	2,4	0,0	0,0	0,0	1,1
Травмы, отравления	2,2	2,0	2,2	2,7	1,9	1,2	2,8
Прочие	5,5	9,5	9,7	4,5	3,8	11,3	7,1
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

В следующей возрастной группе заболевания органов дыхания (14,0%), пищеварения (12,3%), кожи и подкожной клетчатки (11,3%) были преобладающими. В последующих возрастных группах произошло увеличение заболеваемости сельских женщин болезнями системы

кровообращения, органов пищеварения, костно-мышечной системы. Эти заболевания оставались основными причинами частых заболеваний женщин в возрастных группах 50-59 лет, 60-69 лет и 70 лет и старше.

Например, в возрастной группе 60-69 лет структурообразующими причинами общей заболеваемости сельских женщин были болезни системы кровообращения (34,2%), костно-мышечной системы (14,4%), болезни органов пищеварения (11,7%). Общая заболеваемость женщин трудоспособного возраста выше среди городских женщин – 1236,7 случая в расчете на 1000 женщин соответствующего возраста, чем среди сельских женщин – 898,0 случая в расчете на 1000 женщин соответствующего возраста (таблица 10).

Таблица 10 - Общая заболеваемость женщин трудоспособного возраста

Заболевания	Уровень, ‰		Удельный вес, %	
	городские женщины	сельские женщины	городские женщины	сельские женщины
Новообразования	18,5	15,2	1,5	1,7
Болезни:				
- крови и кроветворных органов	4,5	9,4	0,4	1,0
- эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	26,4	10,9	2,1	1,2
- нервной системы	95,6	15,8	7,7	1,8
- глаза и его придаточного аппарата	112,4	42,3	9,1	4,7
- уха и сосцевидного отростка	48,5	54,6	3,9	6,1
- системы кровообращения	115,6	150,5	14,1	16,8
- органов дыхания	174,2	115,9	9,3	12,9
- органов пищеварения	125,9	126,3	10,2	14,1
- кожи и подкожной клетчатки	52,1	65,8	4,2	7,3
- костно-мышечной системы	102,7	110,4	8,3	12,3
- мочеполовой системы	134,6	65,7	10,9	7,3
Беременность и роды	64,7	35,0	5,2	3,9
Травмы, отравления	40,6	22,7	3,3	2,5
Прочие	60,1	58,5	4,9	6,5
Всего	1236,7	898,0	100,0	100,0

В структуре общей заболеваемости городских женщин трудоспособного возраста 14,1% были болезни системы кровообращения, 10,9% – болезни мочеполовой системы, 10,2% – болезни органов пищеварения и т.д. (таблица 11)

Таблица 11 – Уровень и структура общей заболеваемости женщин старше трудоспособного возраста

Заболевания	Уровень, ‰		Удельный вес, %	
	городские женщины	сельские женщины	городские женщины	сельские женщины
1	2	3	4	5
Новообразования	123,5	22,8	5,5	1,1
Болезни:				
- крови и кроветворных органов	9,6	18,2	0,4	0,9
- эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	214,0	140,3	9,5	6,6
- нервной системы	163,3	84,7	7,2	4,0
- глаза и его придаточного аппарата	153,8	150,5	6,8	7,0
- уха и сосцевидного отростка	71,4	42,9	3,2	2,0
- системы кровообращения	526,4	632,6	23,3	29,6
- органов дыхания	166,2	102,4	7,4	4,8
- органов пищеварения	192,8	251,7	8,5	11,8
- кожи и подкожной клетчатки	63,6	76,1	2,8	3,6
- костно-мышечной системы	194,2	257,3	8,6	12,0
- мочеполовой системы	129,4	40,3	5,7	1,9
Травмы	30,5	21,0	1,3	1,0
Прочие	123,1	235,6	9,9	13,8
Всего	2252,6	2104,3	100,0	100,0

Структура общей заболеваемости сельских женщин отличалась от структуры заболеваемости городских женщин. После болезней системы кровообращения, составляющих 16,8%, следующие ранговые места заняли болезни органов пищеварения, органов дыхания, костно-мышечной системы.

Общая заболеваемость женщин старше трудоспособного возраста среди городских женщин составила 2252,6 случая в расчете на 1000 женщин соответствующего возраста, среди сельских женщин – 2104,3 случая в расчете на 1000 женщин соответствующего возраста. Структура заболеваемости городских и сельских женщин была схожей, отличалась только по величине удельного веса отдельных заболеваний.

Так, на первом месте были болезни системы кровообращения – 23,3% и 29,6% соответственно, на втором месте – болезни костно-мышечной системы – 8,6% и 12,0%, на третьем месте – болезни органов пищеварения – 8,5% и 11,8%, на четвертом и пятом местах – болезни эндокринной системы – 9,5% и 6,6%, на шестом месте – болезни глаза и его придаточного аппарата – 6,8 и 7,0%

Резюме. Уровень заболеваемости городских женщин превышает уровень заболеваемости сельских женщин во всех возрастных группах.

В структуре общей заболеваемости городских женщин первые три места заняли болезни системы кровообращения (18,7%), органов пищеварения (12,4%), мочеполовой системы (9,1%). Среди сельских женщин четвертую часть заболеваний составили болезни системы кровообращения, седьмую часть – болезни органов пищеварения (13,4%) и примерно столько же болезни костно-мышечной системы (13,1%).

Первичная заболеваемость городских женщин трудоспособного возраста составила 693,0, среди сельских женщин – 560,6 случая в расчете на 1000 женщин соответствующего возраста, в возрасте старше трудоспособного возраста эти показатели соответственно 528,0 и 605 случая в расчете на 1000 женщин соответствующего возраста. Структура заболеваемости была схожей со структурой заболеваемости всех женщин.

Среди городских женщин трудоспособного возраста общая заболеваемость почти в 1,5 раза выше (1236,0 случая в расчете на 1000

женщин), чем среди сельских женщин (898,0 случая в расчете на 1000 женщин).

В возрасте старше трудоспособного возраста первичная заболеваемость среди городских женщин была ниже 528,0 случая, чем среди сельских женщин – 605,0 случая в расчете на 1000 женщин соответствующего возраста. Структура заболеваемости была схожей со структурой заболеваемости всех женщин.

Распространенность хронических заболеваний среди женского населения

Изучение частоты распространенности хронических заболеваний среди женщин провели за 5 лет. Для этого из медицинской карты пациента были выкопированы впервые зарегистрированные хронические и острые заболевания. Исследованием охвачены обращения женщин 2 терапевтических участков больницы № 21 г. Уфы и поликлиники Чекмагушевской ЦРБ. Методика заключалась в том, что в течение 5 лет наблюдения из медицинской карты выкопировывали в специально разработанную карту впервые в жизни зарегистрированные хронические заболевания и все острые заболевания при каждом их возникновении и регистрации. Получалось некоего рода накопленное за пять лет хронические заболевания. По некоторым женщинам может быть уже снята с учета.

Установлено, что среди городских женщин уровень зарегистрированных за пять заболеваний составил 1511,9 случая в расчете на 1000 человек (таблица 12).

Если рассмотреть структуру такой заболеваемости, то 20,9% приходится на болезни системы кровообращения, 11,2% – на болезни органов пищеварения, 9,0% – на болезни костно-мышечной системы,

8,7% – на болезни мочеполовой системы, 7,5% – на болезни нервной системы, 6,2% – на болезни глаза и его придаточного аппарата.

Среди сельских женщин уровень заболеваемости хронической патологией составил 1052,3 случая в расчете на 1000 женского населения. Структура заболеваемости сельских была схожей со структурой заболеваемости городских женщин.

Таблица 12 – Число зарегистрированных хронических заболеваний женщин по данным обращаемости

Заболевания	Городские женщины		Сельские женщины	
	в расчете на 1000 женщин	удельный вес, %	в расчете на 1000 женщин	удельный вес, %
Новообразования	25,3	1,7	13,1	1,2
Болезни: крови и кроветворных органов	27,3	1,8	21,5	2,0
- эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	27,8	1,8	26,4	2,5
- нервной системы	113,4	7,5	73,9	7,0
- глаза и его придаточного аппарата	98,0	6,5	54,8	5,2
- уха и сосцевидного отростка	45,8	3,0	25,0	2,4
- системы кровообращения	316,5	20,9	326,8	31,1
- органов дыхания	60,1	4,0	61,5	5,8
- органов пищеварения	169,9	11,2	154,7	14,7
- кожи и подкожной клетчатки	51,8	3,4	42,4	4,0
- мочеполовой системы	132,2	8,7	88,2	8,4
- костно-мышечной системы	136,1	9,2	66,3	6,3
Прочие	307,0	20,3	97,5	9,3
Всего	1511,9	100,0	1052,3	100,0

Однако доля болезней системы кровообращения и органов пищеварения была выше, чем в структуре заболеваемости городских

женщин (рисунок 7). Так, почти третью часть (31,1%) заболеваний сельских женщин составили болезни системы кровообращения, 14,7% - болезни органов пищеварения, доля болезней костно-мышечной системы составила 8,4%, мочеполовой системы – 6,3%, болезней нервной системы – 7,0%, глаза – 5,2%.

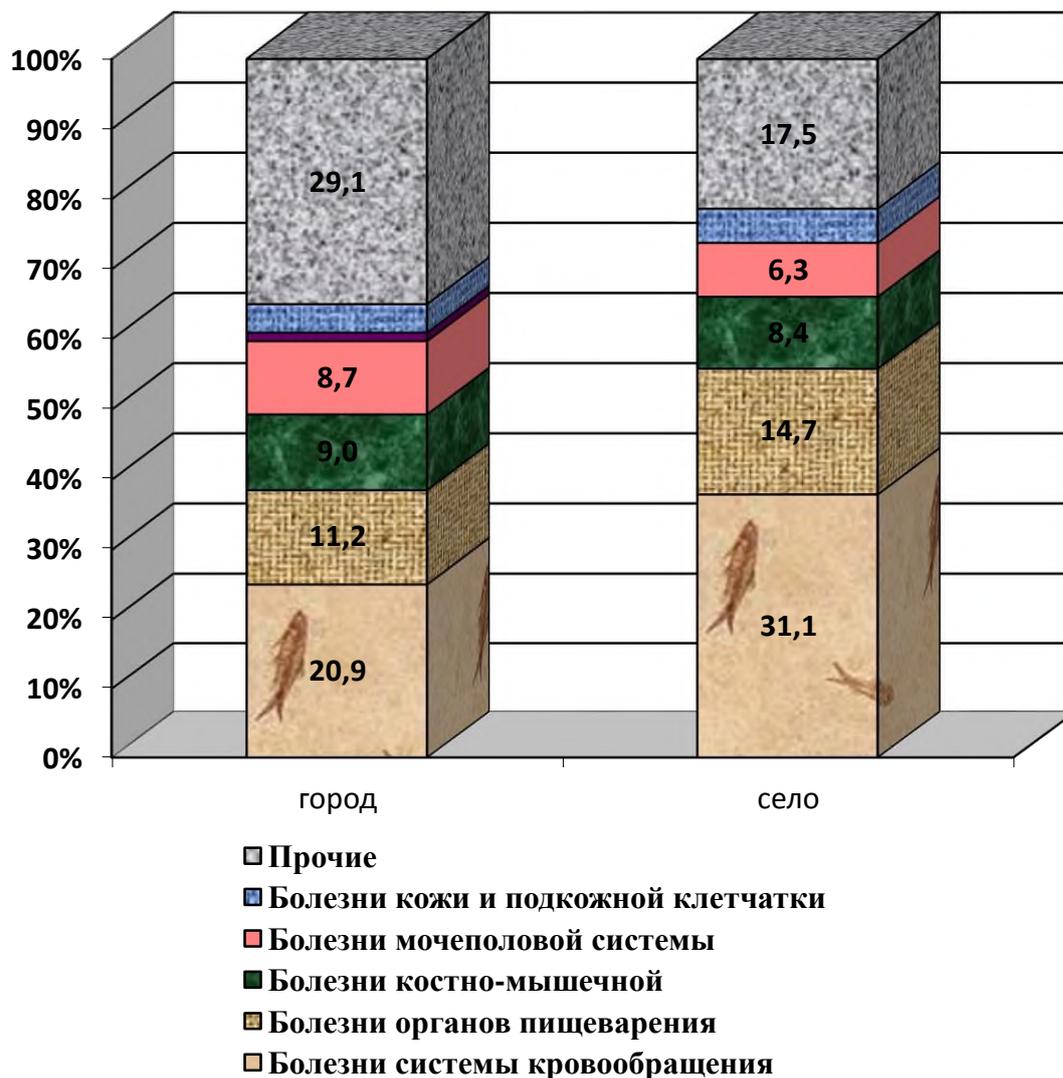


Рисунок 7 – Структура зарегистрированных хронических заболеваний среди сельских и городских женщин в течение 5 лет наблюдения, %.

В зависимости от возраста число зарегистрированных заболеваний отличалось (таблица 13).

Таблица 13 – Число зарегистрированных заболеваний в зависимости от
возраста женщин, в расчете на 1000 женщин

Возрастные группы, лет	Городские женщины		Сельские женщины	
	всего	хронические заболевания	всего	хронические заболевания
До 20	3312,5	926,2	2325,7	526,1
20-29	2974,2	1532,4	2404,0	1129,3
30-39	3727,2	2735,5	3322,4	2152,4
40-49	4521,4	3510,2	3828,7	2820,5
50-59	4745,1	2892,4	3985,7	3545,1
60-69	1824,3	1834,5	1634,6	1242,4
70-79	2217,5	1336,4	1239,3	265,2
80-89	1242,4	1248,2	-	-
90 и старше	1252,3	1282,3	-	-
Всего ...	2824,4	1512,0	2242,9	1055,4

Наибольшее число зарегистрированных заболеваний среди городских женщин было в возрасте 40-49 лет (3510,2 случая в расчете на 1000 женщин соответствующего возраста) и 50-59 лет (2892,4 случая в расчете на 1000 женщин соответствующего возраста), среди сельских женщин – в возрасте 40-49 лет (2820,5 случая в расчете на 1000 женщин соответствующего возраста) и в возрасте 50-59 (3545,1 случая в расчете на 1000 женщин соответствующего возраста).

Обращаемость женщин в амбулаторно-поликлинические учреждения и в связи с этим и заболеваемость зависит от многих причин. Прежде всего, это отношение к своему здоровью, уровень образования, социальный статус, возраст женщин, их занятость. Среди всех обратившихся за медицинской помощью наибольшее количество (27,4%) городских женщин находились в возрастной группе 30-39 лет, сельских женщин в возрасте 40-49 лет было 26,8%. Средний возраст городских женщин, обратившихся в поликлинику, составил $56,36 \pm 1,04$ года, сельских женщин – $59,77 \pm 1,04$ года ($p > 0,05$). Среди обследованных женщин, проживающих в городе, 62,3% были работающими, 19,0% –

пенсионерами, 10,7% – не работали, 6,3% – инвалиды и 1,4% – учащиеся. Женщины, проживающие в сельской местности, в 42,6% случаев были работающими, в 25,7% случаев – пенсионерами, в 20,3% случаев – не работали, в 4,4% случаев были инвалидами.

Резюме. Уровень распространенности хронической патологии оказалась выше среди городских женщин, чем среди сельских женщин (1512,0 против 1055,4 случая на 1000 обследованных женщин), что вероятно зависело от доступности медицинской помощи, наличия специалистов и др. В их структуре среди городских и сельских женщин выявлены некоторые различия. Среди городских женщин первые три места заняли болезни системы кровообращения (20,1%), мочеполовой системы (11,6%), костно-мышечной системы (10,3). Среди сельских женщин основная доля приходилась на болезни системы кровообращения (19,7%), на болезни костно-мышечной системы (15,2%) и болезни органов пищеварения (12,8%).

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЖЕНЩИН БОЛЕЗНЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

В формировании состояния здоровья женщин большую роль играют заболевания репродуктивной системы. Из-за разной доступности медицинской помощи и тем более в сельской местности заболеваемость гинекологическими заболеваниями значительно колеблется и возникает необходимость в научном обосновании мероприятий по профилактике заболеваний репродуктивной системы женщин.

Первичная и общая заболеваемость женского населения болезнями репродуктивной системы в Республике Башкортостан за 2009-2017гг.

Рассматривая динамику первичной заболеваемости женского населения болезнями женских половых органов мы выявили значительный рост доброкачественной дисплазии молочной железы (с 3,5 до 6,7 случая в расчете на 1000 женского населения), эндометриоза (с 0,8 до 1,1 случая в расчете на 1000 женского населения), расстройства менструации (с 10,8 до 12,3 случая в расчете на 1000 женского населения в возрасте 18-49 лет). Бесплодии стало больше на 2,9% (таблица 14).



В динамике за 5 лет наблюдения показал, что доброкачественная дисплазия молочной железы выросла на 74,3% (с 3,5 до 6,1 случая в расчете на 1000 женского населения), остальные заболевания в динамике снизились.

Таблица 14 - Первичная заболеваемость женщин Республики Башкортостан болезнями женских половых органов, в расчете на 1000 женского населения

Заболевания	2009 год	2013 год	2017 год	Темп роста/ убыли, %.
Всего болезни мочеполовой системы, из них	68,4	65,6	67,9	99,3
Доброкачественная дисплазия молочной железы	3,5	6,7	6,1	174,3
Воспалительные заболевания тазовых органов, из них	48,9	50,5	43,1	88,1
- сальпингит и оофорит	8,9	6,7	4,0	44,9
Эндометриоз	0,8	1,1	0,7	87,5
Эрозия и эктропион шейки матки	11,5	6,6	3,3	28,7
Расстройства менструации (на 1000 женщин в возрасте 18-49 лет)	10,8	12,3	9,1	84,3
Бесплодие (на 1000 женщин в возрасте 18-49 лет)	1,7	1,8	1,6	94,1

Общая заболеваемость женщин болезнями репродуктивной системы возросла доброкачественной дисплазией молочной железы (на 63,9%), воспалительными заболеваниями тазовых органов (на 5,5%), бесплодием (на 8,5%).

Таким образом, отрицательная динамика отмечается по заболеваниям молочной железы, причиной которой может быть большая выявляемость этих заболеваний, или, напротив, увеличение заболеваний молочной железы, которое является предвестниками и онкологических заболеваний (таблица 15).

Таблица 15 - Общая заболеваемость женщин Республики Башкортостан болезнями женских половых органов за 2009-2017 гг., в расчете на 1000 женского населения

Заболевания	2009 год	2013 год	2017 год	Темп роста/ убыли, %
Всего болезни мочеполовой системы	150,9	155,2	149,0	98,7
Доброкачественная дисплазия молочной железы	9,7	12,0	15,9	163,9
Воспалительные заболевания тазовых органов	82,3	85,7	86,8	105,5
- из них сальпингит и оофорит	18,8	14,9	10,0	53,2
Эндометриоз	2,4	3,1	2,0	83,3
Эрозия и эктропион шейки матки	22,0	15,3	9,0	40,9
Расстройства менструации (на 1000 женщин в возрасте 18-49 лет)	18,9	25,6	18,9	100,0
Бесплодие (на 1000 женщин в возрасте 18-49 лет)	5,9	6,2	6,4	108,5

В Республике Башкортостан создано 9 межмуниципальных центров (ММЦ). К каждому центру, исходя из приближенности к району обслуживания, прикреплены муниципальные районы и городские поселения - муниципальные образования (МО).

Состояние здоровья населения, несомненно, зависит от доступности медицинской помощи, оснащенности муниципальных районов городских округов оборудованием, обеспеченности населения врачами, в том числе врачами акушерами-гинекологами, уровня их квалификации. Ввиду организации специализированной медицинской помощи в межмуниципальных центрах показатели здоровья населения должно иметь положительную тенденцию. Показатели общей заболеваемости женщин болезнями репродуктивной системы в возрасте старше 18 лет проанализировали по данным отчетов медицинских организаций (форма № 12 «Сведения о числе заболеваний,

зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения»). Ввиду наличия значительных колебаний показателей заболеваемости по муниципальным районам (МР) и городским округам, прикрепленным к межмуниципальным центрам, показатели были усреднены за 2009-2017гг. В таблице 16 представлены данные об общей заболеваемости женщин болезнями репродуктивной системы по межмуниципальным центрам (ММЦ) Республики Башкортостан за 2009-2017гг. Общая заболеваемость женщин доброкачественной дисплазией молочной железы колебался от 7,2 (Сибайский ММЦ) до 19,2 случая в расчете на 1000 женщин (Уфимский ММЦ), воспалительные болезни женских тазовых органов чаще регистрировались в Нефтекамском ММЦ – 168,2 случая в расчете на 1000 женщин, а минимальный уровень заболеваемости отмечался в Сибайском ММЦ – 48,2 случая в расчете на 1000 женщин. Более значительные колебания показателей общей заболеваемости наблюдались по поводу эндометриоза (1,5 случая в расчете на 1000 женщин – Дуванский ММЦ и 46,1 случая в расчете на 1000 женщин – Бирский ММЦ). Коэффициент вариации при всех заболеваниях был выше 30,0% и доходил до 70,0% (таблица 17). Такой большой разброс данных о заболеваемости женщин может быть обусловлен разной доступностью акушерско-гинекологической помощи, низкой обращаемостью женщин к врачу акушеру-гинекологу из-за дальности учреждений здравоохранения от места жительства. Показатели общей заболеваемости свидетельствуют о накоплении хронической патологии. Если сравнить показатели заболеваемости женщин по ММЦ с показателями по г. Уфе, то можно проследить, что заболеваемость эндометриозом, бесплодием, болезнями, связанными с беременностью, родами и послеродовым периодом в г. Уфе ниже, что может свидетельствовать о большей доступности медицинской помощи для женщин, проживающих в г. Уфе.

Таблица 16 – Усредненные за 2009-2017гг. показатели общей заболеваемости женщин болезнями репродуктивной системы в возрасте старше 18 лет по межмуниципальным центрам Республики Башкортостан, в расчете на 1000 женщин

Межмуниципальные центры	Болезни репродуктивной системы						
	доброкачественная дисплазия молочной железы	воспалительные болезни женских тазовых органов	из них: сальпингит и оофорит	эндометриоз	расстройства менструаций	бесплодие	Беременность, роды и послеродовый период
Дуванский (5 МР)	7,8	49,2	22,3	1,8	27,2	7,9	110,2
Белорецкий (4 МР)	13,6	82,4	37,4	32,1	52,3	36,2	157,4
Кумертауский (6 МР)	7,3	122,5	24,7	27,8	28,1	21,2	214,0
Октябрьский (7 МР)	15,4	62,4	31,6	25,2	38,2	25,5	188,2
Стерлитамакский (9 МО)	16,8	92,6	28,3	21,2	66,4	37,1	297,3
Нефтекамский (8 МО)	14,0	168,2	25,4	41,2	27,1	24,2	285,4
Сибайский (4 МО)	7,2	48,2	16,3	5,2	15,1	9,0	105,7
Бирский (6 МР)	7,9	129,28	53,4	46,8	32,3	35,9	194,6
Уфимский (12 МР)	19,9	92,2	32,4	29,1	46,6	27,8	193,2
г.Уфа	14,7	115,1	16,2	1,5	27,2	6,2	138,2

Таблица 17 – Средние уровни общей заболеваемости болезнями репродуктивной системы, в расчете на 1000 женщин

Болезни женских половых органов	Максимальное значение	Минимальное значение	M±m	Коэффициент вариации, %
Доброкачественная дисплазия молочной железы	19,9	7,2	12,5±1,2	38,8
Воспалительные болезни женских тазовых органов	168,2	48,2	96,2±11,8	44,9
-из них: сальпингит и оофорит	53,2	16,3	28,8±2,4	37,0
Эндометриоз	46,8	1,5	23,1±4,2	70,7
Расстройства менструаций	66,4	15,1	36,1±4,1	45,5
Женское бесплодие	37,1	6,2	23,1±3,1	52,2
Беременность, роды и послеродовой период	297,3	105,7	188,4±19,2	35,1

Полученные данные свидетельствуют о необходимости совершенствования статистической учетности о заболеваемости женщин и о повышении доступности медицинской помощи. Межмуниципальные центры должны обеспечивать доступность и качество как первичной, так и специализированной медицинской помощи женщинам при заболеваниях репродуктивной системы.

Заболеваемость городских и сельских женщин болезнями репродуктивной системы

Первичная заболеваемость городских женщин за период наблюдения возросла вследствие доброкачественной дисплазии молочной железы на 78,4%, воспалительных заболеваний тазовых органов – на 7,8%, эндометриоза – в 2 раза, расстройства менструации – на 41,8%, бесплодия – на 40,0% (таблица 18).

Таблица 18 – Первичная заболеваемость городских женщин болезнями репродуктивной системы за 2009-2017гг., случай в расчете на 1000 женщин

Заболевания	2009 год	2013 год	2017 год	Темп роста/убыли
Всего болезни мочеполовой системы, из них:	61,2	79,4	84,4	137,9
Доброкачественная дисплазия молочной железы	3,7	5,9	6,6	178,4
Воспалительные заболевания тазовых органов	51,2	53,4	55,2	107,8
- из них сальпингит и оофорит	7,7	6,5	7,8	101,3
Эндометриоз	0,7	1,1	1,4	200,0
Эрозия и эктропион шейки матки	10,2	9,1	12,4	121,6
Расстройства менструации (на 1000 женщин в возрасте 18-49 лет)	11,0	12,8	15,6	141,8
Бесплодие (на 1000 женщин в возрасте 18-49 лет)	1,5	1,9	2,1	140,0
Всего болезни репродуктивной системы	78,3	84,2	86,4	110,3
Беременность и роды	68,9	78,4	90,4	131,2

Среди сельских женщин число зарегистрированных заболеваний женских половых органов по сравнению с городскими женщинами значительно ниже. Безусловно, эти различия формируются под влиянием множества причин. Среди ранее не отмеченных при анализе заболеваемости причин низкой заболеваемости сельских женщин, безусловно, это низкая информированность женщин о патологиях репродуктивной системы, под влиянием каких факторов эти заболевания появляются у женщин и что для этого надо делать? А чтобы ответить на этот вопрос мы в сельской местности население должны обеспечить специалистами, прежде всего, акушерами-гинекологами. Вероятнее всего женщины врача акушера-гинеколога видят во время беременности и родов и все.

Уровень первичной заболеваемости дисплазией молочной железы в 2017 году среди сельских женщин составил 0,4 случая в расчете на 1000 женщин и в динамике снизился. Воспалительные заболевания выявлены у 12,4 женщин в расчете на 1000 человек, среди них пятую часть составили сальпингит и оофорит (таблица 19).

Таблица 19 - Первичная заболеваемость сельских женщин болезнями репродуктивной системы, случай в расчете на 1000 человек

Заболевания	2009 год	2013 год	2017 год	Темп роста/убыли
1	2	3	4	
Болезни мочеполовой системы	28,7	32,7	29,6	103,1
Дисплазия и гиперплазия молочной железы	0,6	-	0,4	66,7
Воспалительные заболевания, из них	11,4	11,8	12,4	108,8
-сальпингит и оофорит	2,3	2,4	2,3	100,0
Эндометриоз	0,5	0,6	0,7	140,0
Эрозия и эктропион шейки матки	5,8	5,6	5,4	93,1
Расстройства менструации (на 1000 женщин в возрасте 18-49 лет)	0,4	0,5	0,6	150,0
Бесплодие (на 1000 женщин в возрасте 18-49 лет)	1,2	-	0,6	50,0
Всего болезни репродуктивной системы	19,9	18,5	19,3	97,0
Беременность и роды	38,4	44,8	48,2	125,5

Также низкий уровень заболеваемости выявлен по эндометриозу (0,5случая в 2009 году и 0,6 случая в 2017 году и 0,7 случая в расчете на 1000 женщин). Видимо, с расстройством менструации сельские женщины обращаются очень редко, так как всего зарегистрировано 0,6 случая в расчете на 1000 женщин. Что касается бесплодия, оно в 2009 году выявлено у 1,2 женщин в расчете на 1000 женщин, а в 2017 году 0,6 случая.

За период наблюдения общая заболеваемость болезнями женских половых органов среди городских женщин более значимо возросла: доброкачественной дисплазией молочной железы (с 9,1 до 12,8 случая в расчете на 1000 женщин), эндометриозом (с 2,6 до 3,8 случая в расчете на 1000 женщин), расстройством менструации (с 21,3 до 28,3 случая в расчете на 1000 женщин), бесплодием (с 6,1 до 6,7 случая в расчете на 1000 женщин) (таблица 20).

Таблица 20 – Общая заболеваемость городских женщин Республики Башкортостан болезнями репродуктивных органов за 2009-2017 гг., случай в расчете на 1000 женского населения

Заболевания	2009 год	2013 год	2017 год	Темп роста/ убыли
1	2	3		4
Всего болезни мочеполовой системы, из них	156,7	182,3	189,8	121,1
Доброкачественная дисплазия молочной железы	9,1	11,3	12,8	8,2
Воспалительные заболевания тазовых органов, из них	83,5	87,4	92,8	59,2
-сальпингит и оофорит	15,6	16,1	17,4	11,1
Эндометриоз	2,6	3,3	3,8	2,4
Эрозия и эктропион шейки матки	21,6	18,4	20,4	13,0
Расстройства менструации (на 1000 женщин в возрасте 18-49 лет)	21,3	25,2	28,3	18,1
Бесплодие (на 1000 женщин в возрасте 18-49 лет)	6,1	6,5	6,7	4,3
Всего болезни репродуктивной системы	144,2	152,1	159,4	101,7
Беременность и роды	98,4	84,8	90,4	57,7

Общая заболеваемость сельских женщин была также очень низкой по сравнению с городскими женщинами, что свидетельствует о низкой обращаемости женщин за медицинской помощью, хотя к 2013 году число зарегистрированных заболеваний возросло. Так, заболеваемость воспалительными заболеваниями в 2017 году составила 22,7 случая в

расчете на 1000 женщин, эрозией и эктропионом шейки матки – 7,8 случая в расчете на 1000 женщин в возрасте 18-49 лет (таблица 21).

Таблица 21 – Общая заболеваемость сельских женщин болезнями репродуктивных органов, случай в расчете на 1000 соответствующего населения

Заболевания	2009 год	2013 год	2017 год	Темп роста/ убыли
Болезни мочеполовой системы	97,8	96,0	96,8	99,0
Дисплазия и гиперплазия молочной железы	1,8	1,9	2,1	116,7
Воспалительные заболевания, из них	13,5	21,3	22,7	168,1
- сальпингит и оофорит	7,6	6,8	6,3	82,9
Эндометриоз	0,7	0,7	0,7	100,0
Эрозия и эктропион шейки матки	8,3	6,6	7,8	94,0
Расстройства менструации (на 1000 женщин в возрасте 18-49 лет)	1,2	5,0	4,6	383,3
Бесплодие (на 1000 женщин в возрасте 18-49 лет)	2,1	-	2,1	100,0
Всего болезни женских половых органов	27,6	30,5	33,2	120,3
Беременность и роды	67,8	61,7	65,4	96,5

В целом общая заболеваемость городских женщин болезнями половых органов составила 158,7 случая в расчете на 1000 женщин, сельских женщин – 38,2 случая в расчете на 1000 женщин, т.е. в 4 раза ниже, чем среди городских женщин. В структуре заболеваемости городских и сельских женщин больше половины заняли воспалительные заболевания (соответственно 57,4% у городских женщин и 59,8% у сельских женщин) (рисунок 8).

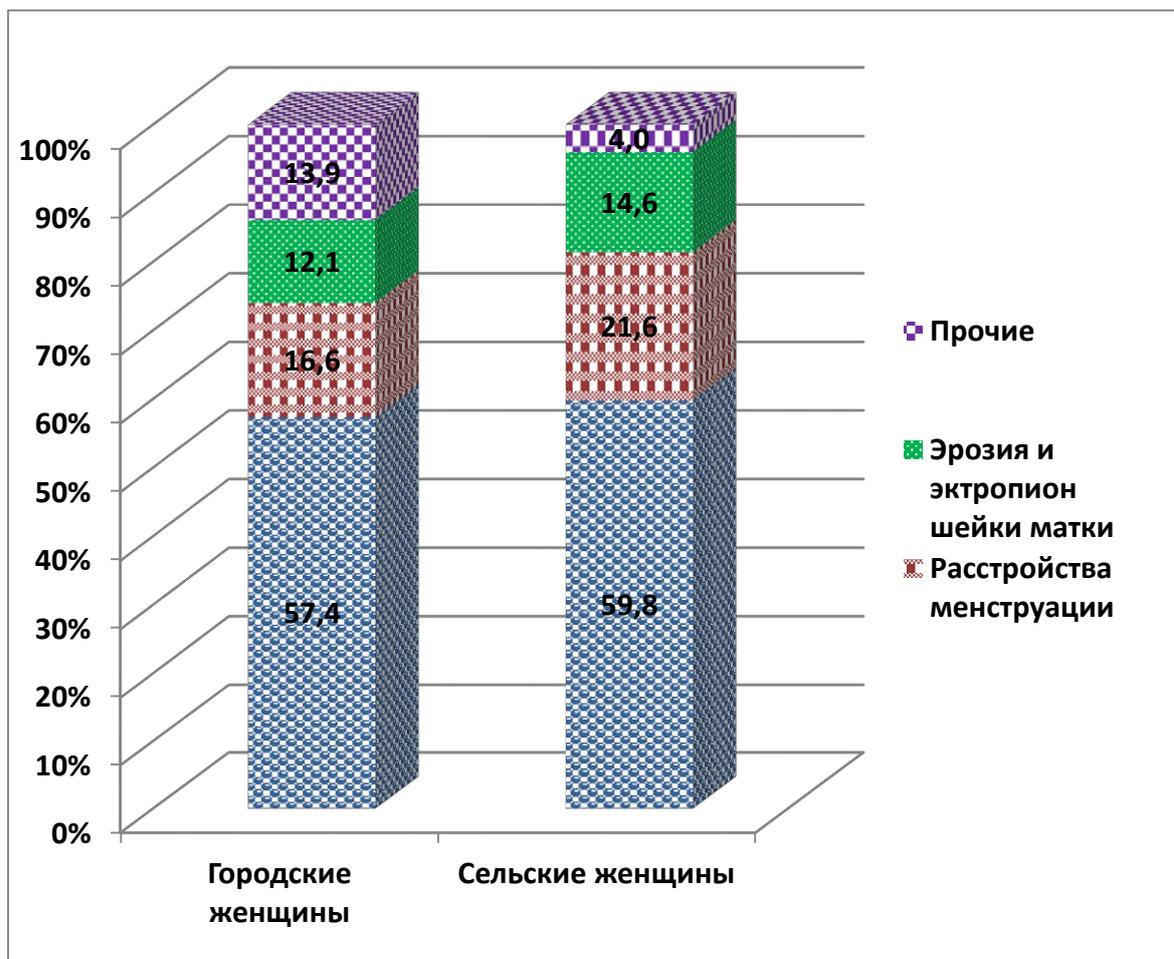


Рисунок 8 – Структура заболеваний репродуктивной системы у городских и сельских женщин за 2017 год, %

У сельских женщин в структуре заболеваний преобладали расстройства менструации (21,6%) и эрозия и эктропион шейки матки (14,6%). Эти заболевания среди городских женщин заняли соответственно 16,6% и 12,1%.

Заболеваемость женщин злокачественными новообразованиями репродуктивной системы

В связи с увеличением в последние годы заболеваемости и смертности женщин от злокачественных новообразований репродуктивной системы изучение роли злокачественных новообразований в формировании здоровья женщин, проживающих в

городской и сельской местности, не теряет своей актуальности. К сожалению, заболеваемость женщин ЗН не уменьшается, напротив, некоторые локализации растут. Например, не происходит уменьшение заболевших женщин ЗН грудной железы, шейки матки, тела матки, кожи и др.

Так, проведенный нами анализ заболеваемости женщин онкологическими заболеваниями за период с 2009 по 2017гг. показал ее увеличение на 15,5% (таблица 22).

Она возросла от рака ободочной кишки (на 27,3%), поджелудочной железы (на 14,5%), меланомы кожи (на 5,4%), шейки матки (на 20,1%), тела матки (на 50,6%), яичника (на 11,9%) и т.д. Причем значительный рост онкозаболеваний характерен для органов репродуктивной системы.

Произошло лишь снижение на 8,9% заболеваемости женщин онкологией желудка, несколько снизилось от ЗН пищевода (на 7,3%).

Особую тревогу вызывает рост заболеваемости женщин в молодых возрастных группах. Например, рост заболеваемости от ЗН произошел в возрастной группе 20-29 лет на 37,9%, в возрастной группе 30-39 лет – на 33,5%, в возрастной группе 40-49 лет – на 5,3% (таблица 23).

Таблица 22 – Заболеваемость женщин Республики Башкортостан злокачественными новообразованиями, на 100 тыс. соответствующего населения

Злокачественные новообразования	2009 год	2013 год	2017 год	Темп роста/убыли
1	2	3	4	5
Всего	279,0	304,9	322,2	115,5
Пищевод	4,1	4,0	3,8	92,7
Желудок	19,0	15,5	17,3	91,1
Ободочная кишка	17,2	20,5	21,9	127,3
Прямая кишка	16,3	15,3	16,6	101,8

продолжение таблицы 22

1	2	3	4	5
Поджелудочная железа	8,3	9,7	9,5	114,5
Трахея, бронхи, легкое	11,2	11,6	11,5	102,7
Меланома кожи	3,7	4,1	3,9	105,4
Других новообразований кожи	34,4	38,4	39,2	114,0
Молочная железа	62,2	71,6	74,0	119,0
Шейка матки	14,4	14,7	17,3	120,1
Тело матки	16,6	20,1	25	150,6
Яичник	14,3	15,7	16	111,9
Лимфатическая и кроветворная ткань	11,6	13,7	11,4	98,3
Прочие	45,7	49,1	54,8	119,9

Таблица 23 – Возрастные показатели заболеваемости женщин ЗН за 2009-2017гг., на 100 тыс. соответствующего возраста

Возрастные группы	2009 год	2013 год	2017 год	Темп роста/убыли
До 20 лет	12,9	11,6	13,6	105,4
20-29	29,3	31,7	40,4	137,9
30-39	80,6	94,6	107,6	133,5
40-49	237,8	241,3	250,5	105,3
50-59	448,6	438,9	467,8	104,3
60-69	740,9	840,6	747,7	100,9
70+	864,1	861,3	948,9	109,8

Анализ заболеваемости женского населения с выделением места проживания показал, что среди городских женщин (численность городских женщин 1013546 человек) уровень заболеваемости был выше в возрастных группах до 20 лет, в 40-49 лет, 50-59 лет, 60-69 лет и в возрасте 70 лет и старше. Чем старше возраст, тем значимее разница в показателях заболеваемости в отдельных возрастных группах. Напротив, в возрастных группах 20-29 лет, 30-39 лет заболеваемость выше среди сельских женщин, что свидетельствует о повышенном уровне заболеваемости среди сельских женщин в молодых возрастных группах (таблица 24).

Таблица 24 – Возрастные показатели заболеваемости женщин злокачественными новообразованиями за 2017г., на 100 тыс. соответствующего возраста

Возрастные группы	Городские женщины	Сельские женщины
До 20 лет	13,9	13,1
20-29	31,9	61,8
30-39	102,8	118,6
40-49	261,3	232,3
50-59	508,1	408,5
60-69	829,9	611,4
70+	1108,4	734,8

Как уже отмечалось выше, почти половину злокачественных новообразований у женщин составляют онкологические заболевания репродуктивной системы. Так, в структуре всей онкологической заболеваемости женщин доля ЗН репродуктивной системы среди городских женщин составила 42,2%, среди сельских женщин – 41,7%, а уровень онкологической заболеваемости органов репродуктивной системы городских женщин составил 224,9‰, однако значительно ниже среди сельских женщин – 123,9‰.

В структуре онкологической заболеваемости органов репродуктивной системы 57,6% у городских женщин и 48,5% у сельских женщин составили ЗН молочной железы. Злокачественные новообразования тела матки заняли соответственно 19,1% и 17,2% (рисунок 9).

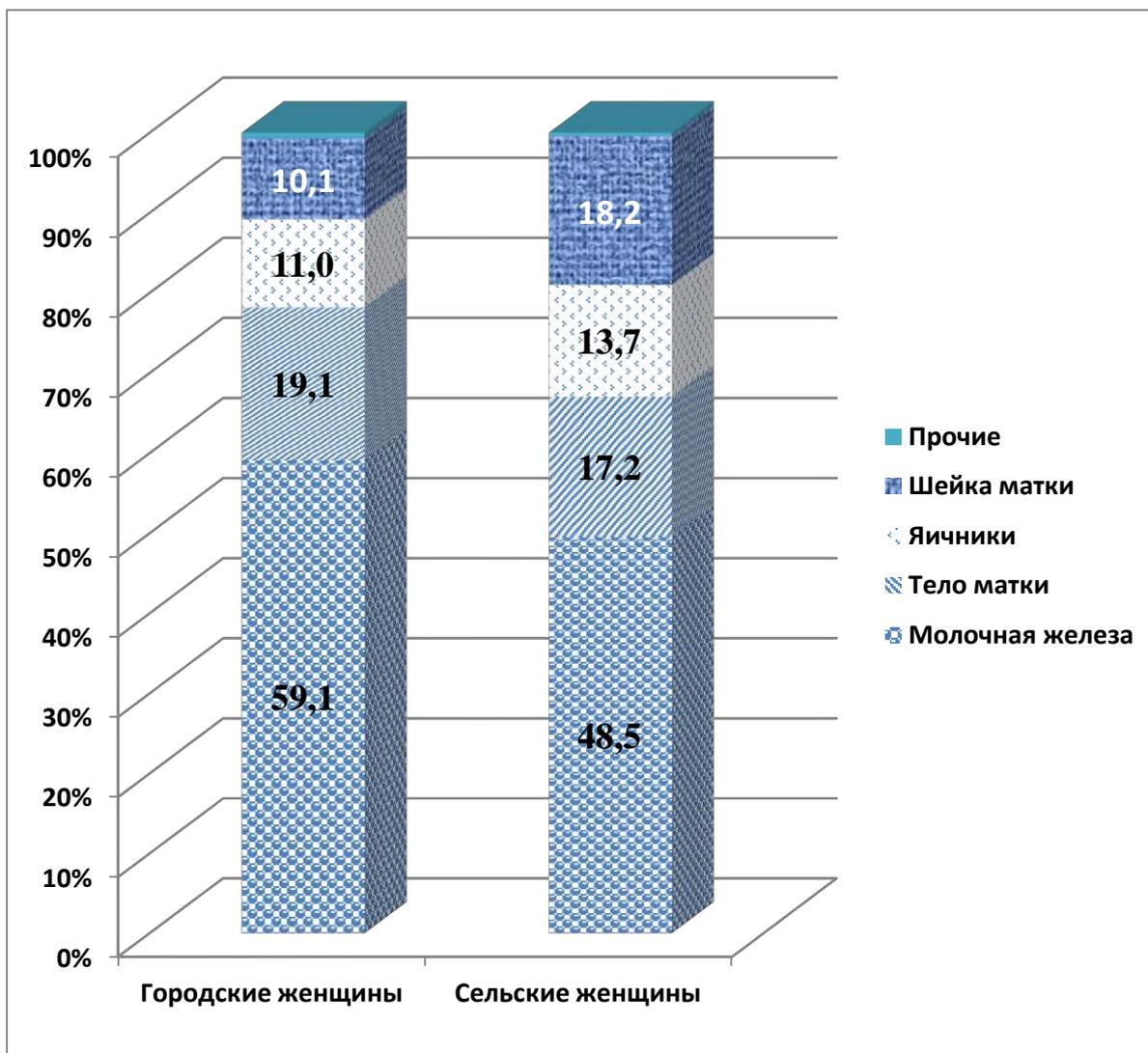


Рисунок 9 – Структура онкологической заболеваемости репродуктивной системы городских и сельских женщин, %.

Отдельный анализ онкологической заболеваемости среди городских и сельских женщин выявил некоторые особенности. Во-первых, среди проживающих в городских условиях заболеваемость ЗН в 1,1 раза выше, чем, среди проживающих в сельской местности. В 1,7 раза выше заболеваемость городских женщин ЗН ободочной кишки, в 1,3 раза ЗН прямой кишки, в 1,4 раза ЗН молочной железы, в 1,2 раза новообразованиями кожи, в 1,3 раза ЗН тела матки (таблица 25).

Таблица 25 – Заболеваемость городских и сельских женщин злокачественными новообразованиями в 2017 году, случай в расчете на 100 тыс. соответствующего населения

Злокачественные новообразования	Городские женщины	Сельские женщины	Село/город
Всего ...	338,2	294,3	1,1
Пищевод	2,7	5,9	0,5
Желудок	17,0	17,9	0,9
Ободочная кишка	25,9	14,9	1,7
Прямая кишка	18,4	13,6	1,3
Поджелудочная железа	9,3	9,8	1,0
Трахея, бронхи, легкое	11,6	11,3	1,0
Меланома кожи	4,1	3,6	1,1
Другие новообразования кожи	41,9	34,4	1,2
Молочная железа	82,2	59,7	1,4
Шейка матки	14,4	22,4	0,6
Тело матки	27,3	21,1	1,3
Яичник	15,7	16,8	0,9
Лимфатическая и кроветворная ткань	11,3	11,6	1,0
Прочие	56,5	51,3	1,1

Испльзуя показатели заболеваемости женщин ЗН за 5 лет наблюдения, и усреднив их, мы провели кластерный анализ для выявления однотипных территорий по уровню заболеваемости отдельными локализациями ЗН. Кластерный анализ показал, что распределение 8 городских округов на типологические группы, исходя из заболеваемости женщин злокачественными новообразованиями, позволило выделить 2 кластера. В первый кластер вошли города Сибай, Учалы, Салават, во второй кластер – Межгорье, Нефрекамск, Агидель, Уфа, Стерлитамак, Октябрьский. Статистически значимые различия в показателях заболеваемости женщин ЗН между первым и вторым кластером выявлены по ЗН поджелудочной железы, органов дыхания,

желудка, пищевода. Не прослеживаются достоверных различий по заболеваемости ЗН репродуктивной системы (таблица 26).

Отсутствие значимых различий в группах городов в заболеваемости женщин ЗН репродуктивной системы может свидетельствовать о схожести факторов риска этих заболеваний, одинаковой доступности медицинской помощи в городских условиях.

Сельские районы, где проживают сельские женщины, по уровню заболеваемости ЗН разделились на 4 кластера.

В первый кластер вошли 19 муниципальных районов (Кушнаренковский, Кугарчинский, Куюргазинский, Бакалинский, Уфимский, Стерлитамакский, Калтасинский, Благоварский, Татышлинский, Кармаскалинский, Бижбулякский, Аургазинский, Стерлибашевский, Бураевский, Буздякский, Миякинский, Балтачевский, Илишевский, Архангельский) (рисунок 10).

Таблица 26 – Кластеры городских округов Республики Башкортостан в зависимости от уровня заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения ($M \pm m$)

Злокачественные новообразования	Кластер 1	Кластер 2	p
Прочие локализации	140,4±9,1	83,6±10,5	<0,001
Молочная железа	88,7±6,6	67,5±43	>0,06
Тело матки	28,3±3,2	21,1±3,6	>0,21
Шейка матки	20,5±6,3	11,4±2,1	>0,10
Яичник	17,7±6,5	15,8±1,7	>0,50
Поджелудочная железа	14,1±1,2	8,4±2,2	<0,05
Органы дыхания	18,4±2,5	11,4±1,9	<0,01
Желудок	31,3±5,9	15,4±4,2	<0,05
Пищевод	5,8±2,2	2,3±0,4	<0,05
Ободочная и прямая кишка	54,9±13,2	34,9±7,6	<0,03

Во второй кластер вошли 3 района (Чишминский, Чекмагушский, Альшеевский), в третий кластер – 17 районов (Салаватский, Мишкинский, Иглинский, Зианчуринский, Караидельский, Белокатайский, Федоровский, Нуримановский, Краснокамский, Ермекеевский, Шаранский, Мечетлинский, Кигинский, Хабуллинский, Дуванский, Гафуринский, Аскинский), в четвертый кластер – три района (Зилаирский, Бурзянский, Абзелиловский).

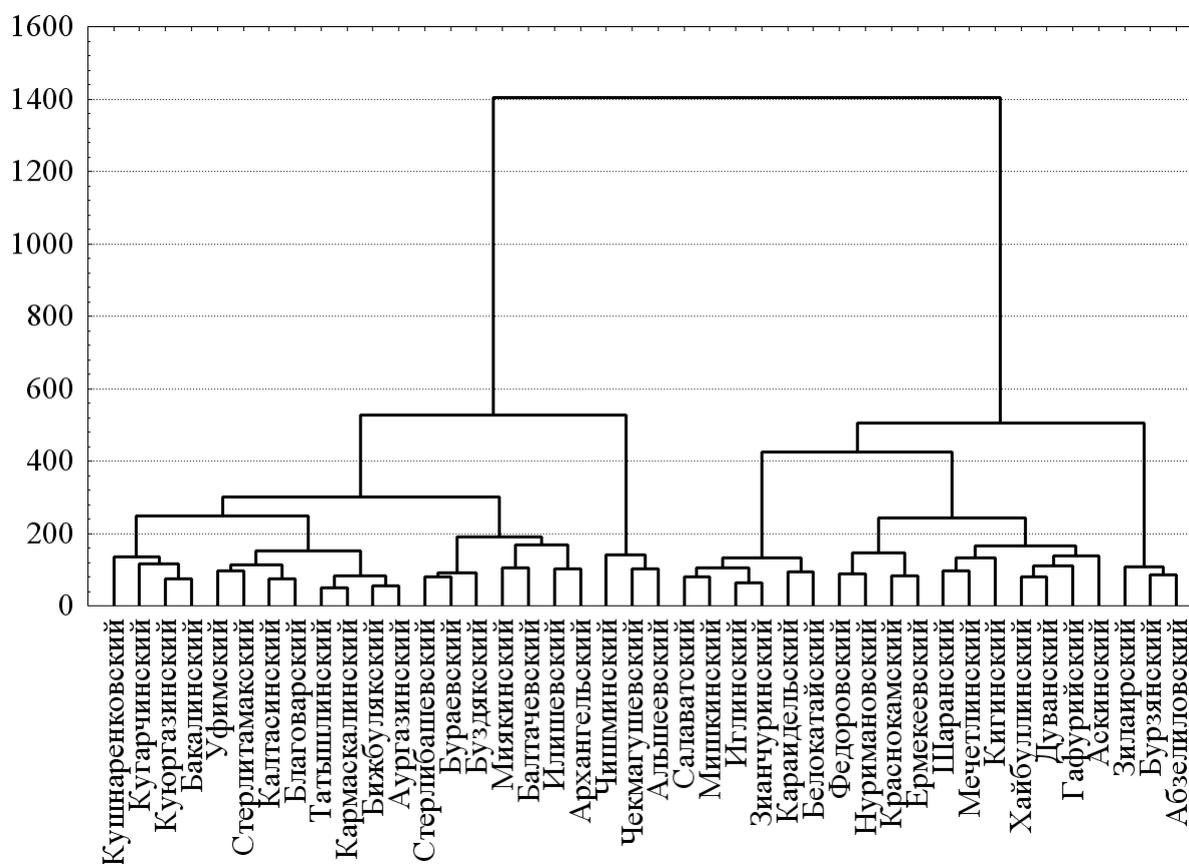


Рисунок 10 – Кластеры муниципальных районов с сельскими поселениями по уровню заболеваемости женщин онкологическими заболеваниями.

Характеризуя кластеры, следует отметить, что в районах, вошедших в первый кластер, выше уровень заболеваемости женщин ЗНО шейки матки и желудка. Уровень заболеваемости женщин раком молочной железы был наибольшим во втором кластере, наименьшим был

в четвертом кластере. Как видно по таблице 27 отмечаются статистически значимые различия первого и второго кластеров с третьим и четвертым кластерами по уровню заболеваемости ЗН молочной железы. Для второго кластера по сравнению с другими кластерами характерна высокая заболеваемость ЗН тела матки, яичника, ободочной и прямой кишки.

В третьем кластере был несколько выше уровень заболеваемости ЗН органов дыхания, в четвертом кластере – пищевода. Оценка уровня значимости выявленных различий установила, что основные статистически значимые различия имеются в уровне заболеваемости прочими локализациями, ЗН молочной железы, яичника и желудка.

Резюме. Проведенное исследование показало, что уровень заболеваемости онкологическими заболеваниями среди городских женщин в 1,1 раза выше, чем заболеваемость сельских женщин. В структуре всей онкологической заболеваемости женщин доля ЗН репродуктивной системы среди городских женщин составила 42,2%, среди сельских женщин – 41,7%, а уровень онкологической заболеваемости органов репродуктивной системы городских женщин составил 224,9‰, однако значительно ниже среди сельских женщин – 123,9‰.

В структуре онкологической заболеваемости органов репродуктивной системы 57,6% у городских женщин и 48,5% у сельских женщин составили ЗН молочной железы. Злокачественные новообразования тела матки заняли соответственно 19,1% и 17,2%.

Выявленные существенные различия между кластерами сельских районов по заболеваемости ЗН молочной железы (с $64,6 \pm 7,6$ до $34,1 \pm 4,7$ на 100 тыс. женщин), яичника (с $10,2 \pm 2,9$ до $21,4 \pm 3,7$ на 100 тыс. женщин) свидетельствуют об особенностях факторов риска заболеваний в сельских районах.

Таблица 27 – Кластеры муниципальных районов с сельскими поселениями в зависимости от уровня заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения ($P \pm m$)

Локализации злокачественных новообразований	Кластеры				Различия между кластерами, р					
	первый	второй	третий	четвертый	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
Прочие	92,3±7,7	122,6±1,3	68,7±12,0	57,9±19,0	***	**	***	***	**	
Молочная железа	54,4±7,9	64,6±7,6	45,6±5,6	34,1±4,7			*	*	**	
Тело матки	15,0±4,9	20,0±4,3	12,4±3,8	9,5±3,4					*	
Шейка матки	18,6±6,0	16,3±6,5	17,7±4,8	17,3±3,0						
Яичник	12,4±4,3	21,4±3,7	14,0 ±3,2	10,2 ±2,9	**				**	
Поджелудочная железа	8,5±3,6	7,9±2,9	6,9±3,7	6,5±2,7						
Органы дыхания	9,7±3,3	8,0±1,8	10,7 ±3,7	7,6±2,5						
Желудок	21,3±6,7	18,2 ±1,7	17,0±4,6	9,4±2,2			**		**	
Пищевод	5,8±4,2	4,4±1,9	5,8±3,2	6,8±0,7						
Ротоглотка	0,3 ±0,6	0,4 ±0,7	0,2 ±0,6	0,5 ±0,8						
Ободочная и прямая кишка	30,4±6,1	33,9±2,4	26,6 ±8,5	14,3±3,6			***		**	*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

СМЕРТНОСТЬ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ: ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ И СТРУКТУРЫ СРЕДИ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖЕНЩИН

Показатели смертности населения являются объективным критерием состояния здоровья населения. Изучение смертности женского населения имеет особую значимость, так как из-за преждевременной смертности женщин, особенно в сельской местности, сокращается репродуктивный потенциал страны.

Оценка общей смертности женского населения Республики Башкортостан

За период наблюдения (с 2009 по 2017гг.) смертность женского населения снизилась на 6,8% (с 1198,3 до 1117,0 на 100 тыс. человек). Некоторое увеличение смертности произошло от ЗН (с 125,7 до 146,4 случая в расчете на 100 тыс. женского населения), от сахарного диабета (с 7,1 до 60,1 случая, что, видимо, связано с нарушением кодировки причин смерти). Смертность от болезней нервной системы также по этой же причине возросла с 8,8 до 174,4 случая (таблица 28).

Таблица 28 – Смертность женского населения Республики Башкортостан за 2009-2017 гг., на 100 тыс. человек

	2009 год	2013 год	2017 год	Темп роста/убыли
1	2	3	4	5
Злокачественные новообразования	125,7	133,0	146,4	116,5
Сахарный диабет	7,1	9,7	60,1	846,5
Болезни нервной системы	8,8	21,8	174,4	1981,8
Болезни системы кровообращения, в т.ч.	691,2	552,2	490,6	71,0

продолжение таблицы 28

1	2	3	4	5
-гипертоническая болезнь	19,7	12,9	13,2	67,0
-инфаркт миокарда	19,7	18,5	17,3	87,8
-ишемическая болезнь сердца	341,9	223,7	169,4	49,5
-цереброваскулярные болезни	264,9	205,4	261,1	98,6
Болезни органов дыхания	42,2	32,8	39,3	93,1
Болезни органов пищеварения	33,9	41,3	49,7	146,6
Старость	128,6	273,3	17,6	13,7
Травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин, в том числе	62,7	58,1	45,7	72,9
-транспортный травматизм	11,1	9,1	7,8	70,3
-случайное отравление алкоголем	2,6	1,9	2,2	84,6
-самоубийства	12,4	7,4	6,1	49,2
-убийство (нападение, насилие)	6,4	4,5	2,5	39,1
Все причины смерти	1139,5	1145,0	1117,0	98,0

Видимо, этого не должно быть. Пока не будет строгой регламентации кодирования причин смерти, так и будем перескакивать от одной причины к другой. Значительное снижение смертности женщин от болезней системы кровообращения (БСК) (с 691,2 до 490,6 случая в расчете на 100 тыс. женского населения) объясняется не только уменьшением числа умерших от нарушений системы кровообращения, но дефектами кодирования причин смерти. Среди женщин произошло некоторое снижение (на 27,2%) смертности от внешних причин – с 62,7 до 45,7 случая в расчете на 100 тыс. женщин.

Основная часть преждевременной смертности женского населения приходится на трудоспособный возраст. Несмотря на некоторое снижение умерших в трудоспособном возрасте проблема высокой смертности еще сохраняется.

Среди женщин трудоспособного возраста смертность возросла с 253,9 до 240,5 случая в расчете на 100 тыс. женщин трудоспособного возраста (на 5,3%) (таблица 29).

Таблица 29 - Смертность женщин трудоспособного возраста за 2009-2017гг.

Причины смерти	2009 год	2013 год	2017 год	Темп роста/убыли
Злокачественные новообразования	51,7	52,3	50,4	97,5
Сахарный диабет	2,1	2,5	4,7	223,8
Болезни нервной системы	5,4	16,1	5,3	98,1
Болезни системы кровообращения, в том числе	65,3	73,0	52,6	80,6
-гипертоническая болезнь	1,4	1,4	0,4	28,6
-инфаркт миокарда	1,4	2,1	1,0	71,4
-ишемическая болезнь сердца	32,1	41,3	0,1	0,3
-цереброваскулярные болезни	17,9	13,9	12,5	69,8
Болезни органов дыхания	14,1	14,7	9,6	68,1
Болезни органов пищеварения	18,5	25,8	28,1	151,9
Травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин, в том числе	68,2	57,7	46,5	68,2
-транспортный травматизм	12,8	10,8	9,2	71,9
-случайное отравление алкоголем	3,1	2,4	2,8	90,3
-самоубийства	14,2	8,6	6,7	47,2
-убийство (нападение, насилие)	8,3	6,7	3,5	42,2
Все причины смерти	253,9	270,7	240,5	94,7

От злокачественных новообразований смертность женщин снизилась с 51,7 случая до 50,4 случая в расчете на 100 тыс. женщин

трудоспособного возраста (на 2,5%), от БСК на 19,4% - с 65,3 случая до 52,6 случая в расчете на 100 тыс. женщин трудоспособного возраста. Положительная динамика сложилась в смертности от внешних причин, она снизилась на 31,8%, в том числе от самоубийств на 52,8%, транспортного травматизма на 28,1%.

В 2 раза смертность возросла от сахарного диабета – с 2,1 случая до 4,7 случая в расчете на 100 тыс. женщин трудоспособного возраст, на 51,9% - от болезней органов пищеварения (с 18,5 случая до 28,1 случая в расчете на 100 тыс. женщин трудоспособного возраста).

В структуре общей смертности женского населения в 2017 г. 43,9% заняли болезни системы кровообращения, 15,6% болезни нервной системы, 13,1% - злокачественные новообразования, 4,4% - болезни органов пищеварения, 4,1% - внешние причины 1,5% - старость и т.д. (рисунок 11).

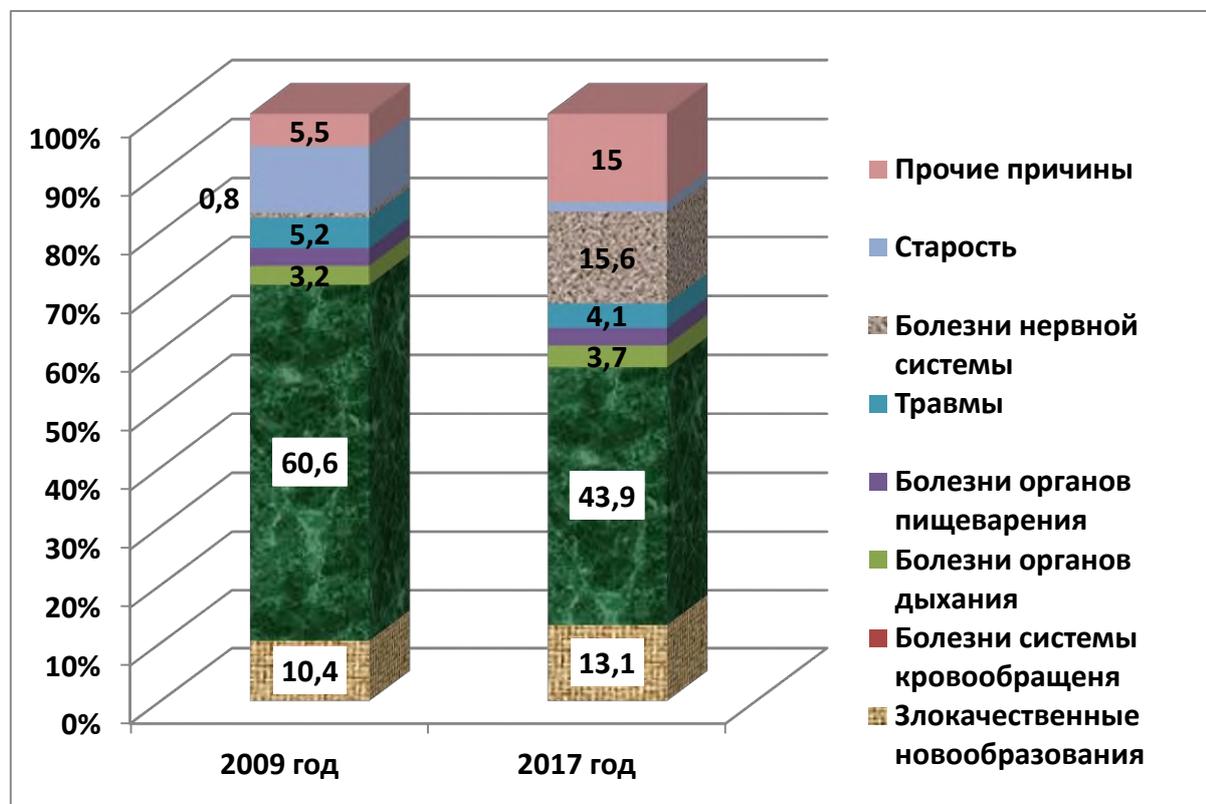


Рисунок 11 - Структура общей смертности женского населения Республики Башкортостан за 2009-2017гг., %.

Соответственно в 2009 году структура общей смертности женщин была иная. Болезни системы кровообращения заняли 60,6%, злокачественные новообразования – 10,4%, внешние причины – 5,5%, болезни органов пищеварения – 3,0%, болезни органов дыхания – 3,7%, болезни нервной системы – 0,8%, старость – 11,3% и т.д. Низкая доля причин смерти, связанных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в сельской местности обусловлена, вероятнее всего, неправильным кодированием. Большая часть случаев смерти в сельской местности женщин кодирована как «старость». Изменение структуры смертности в 2017 году также обусловлено погрешностями кодирования. Об этом свидетельствует уменьшение в 2017 году доли причины, кодируемой как старость и увеличение доли болезней нервной системы.

Смертность женского населения от злокачественных новообразований в Республике Башкортостан

Анализ смертности женского населения от злокачественных новообразований позволил выявить, что в динамике показатель возрос на 16,5%. Следует подчеркнуть, что смертность возросла при многих локализациях рака: от ЗН органов пищеварения смертность возросла на 8,8%, но значительно (на 22,2%) возросла от рака полости рта, на 10,6% - от ЗН кишечника. В то же время отмечалось снижение числа умерших лиц от ЗН пищевода (на 11.1%) (таблица 30).

Таблица 30 – Смертность женщин в Республике Башкортостан
от ЗН за 2009-2017гг., на 100 тыс. женского населения

Злокачественные новообразования	2009 год	2013 год	2017 год	Темп роста/убыли 2009/2013, %
1	2	3	4	5
Всего ...	125,7	133,0	146,4	116,5
Органов пищеварения, в т.ч.	51,3	47,3	55,8	108,8
-губы, рта, глотки	1,8	2,1	2,2	122,2
-пищевода	3,6	2,4	3,2	88,9
-желудка	13,0	11,5	13,2	101,5
-кишечника	21,8	21,3	24,1	110,6
-печени и желчных протоков	4,7	3,6	4,1	87,2
-поджелудочной железы	7,0	7,1	9,3	132,9
Органов дыхания, в т.ч.	7,9	8,9	10,1	127,8
-трахеи, бронхов и легких	7,2	8,2	9,1	126,4
Меланома кожи	0,8	1,2	1,6	200,0
Другие новообразования кожи	0,7	0,7	0,8	114,3
Женских половых органов, в т.ч.	21,9	23,5	26,8	122,4
-грудной железы	22,5	25,6	25,8	114,7
-шейки матки	6,0	6,9	8,0	133,3
-других частей матки	6,3	5,5	7,2	114,3
-яичника	8,2	9,5	9,3	113,4
-других женских половых органов	1,5	1,5	2,3	153,3
Мочевыводящих органов	3,9	3,8	4,0	102,6
-почек	2,7	2,5	2,9	107,4
Лимфатической и кроветворной тканей	7,6	8,5	8,5	111,8

Следует отметить отрицательную динамику показателя смертности от ЗН органов дыхания (рост произошел на 27,8%), в том числе от рака трахеи, бронхов и легкого - на 26,4%.

В 2 раза возросла смертность женщин от меланомы кожи, на 14,3% новообразований кожи, видимо это следствие воздействия

ультрафиолетовых лучей. В Республике Башкортостан последние годы характеризовались значительным ростом смертности женщин от ЗН репродуктивных органов. От ЗН грудной железы умерло в расчете на 100 тыс. женщин на 14,7% больше в 2017 году по сравнению с 2009 годом, на 33,3% от ЗН шейки матки, на 13,4% - от ЗН яичника и т.д.

Как уже отмечалось, онкологические заболевания являются одной из причин сверхсмертности женщин и приводят к репродуктивным потерям. Среди женщин трудоспособного возраста смертность от злокачественных новообразований в динамике несколько снизилась с 51,1 случая в 2009 году до 50,4 случая на 100 тыс. женщин в 2017 году (1,4%) (таблица 31).

Обращает на себя внимание, что смертность значительно выросла от ЗН губы, рта, глотки (на 42,9%), несколько больше умерло в расчете на 100 тыс. женщин от ЗН желудка – с 4,2 случая до 4,3 случая (на 2,4%), от ЗН печени – на 5,9%, поджелудочной железы (на 35,7%), шейки матки (на 40,4%). Вызывает тревогу высокий темп роста показателя от меланомы (в 3 раза).

Таблица 31 – Смертность женщин трудоспособного возраста от злокачественных новообразований в Республике Башкортостан за 2009-2017гг.

Злокачественные новообразования	2009 год	2013 год	2017 год	Темп роста/убыли, %
1	2	3	4	5
Всего	51,1	50,9	50,4	98,6
Органов пищеварения, в т.ч.	12,9	11,8	12,5	96,9
-губы, рта, глотки	0,7	0,8	1	142,9
-пищевода	0,7	0,6	0,7	100,0
-желудка	4,2	3,1	4,3	102,4
-кишечника	4,6	4,8	3,4	73,9
-печени и желчных протоков	1,7	1,0	1,8	105,9
-поджелудочной железы	1,4	2,2	1,9	135,7
Органов дыхания, в т.ч.	2,9	2,5	3,1	106,9

продолжение таблицы 31

1	2	3	4	5
-трахеи, бронхов и легких	2,5	2,1	2,7	108,0
Меланома кожи	0,3	0,8	0,9	300,0
Других новообразований кожи	0,1	0,3	-	-
Женских половых органов, в т.ч.	12,7	11,4	13	102,4
-грудной железы	13,5	11,4	10,4	77,0
-шейки матки	5,2	5,3	7,3	140,4
-других частей матки	6,3	5,5	0,6	9,5
-яичника	4,5	4,7	3,4	75,6
-других женских половых органов	1,5	1,5	0,6	40,0
Мочевыводящих органов, в т.ч.	0,8	0,8	0,9	112,5
-почек	0,7	0,6	0,7	100,0
Кроветворной и лимфатической ткани	2,3	2,5	3,5	152,2

Уровень и структура смертности городских и сельских женщин

Условия и образ жизни городских и сельских женщин, факторы окружающей и производственной среда в сельской и городской местностях обеспечивают различия и в смертности населения. В связи с этим мы провели анализ общей смертности и смертности от онкологических заболеваний **среди городских и сельских женщин.**

Показатель общей смертности городских женщин в 2009 г. составил 10,2 случая в расчете на 1000 женщин, в 2013 г. несколько ниже – 10,1 случая в расчете на 1000 женщин, в 2017 году 9,8 случая в расчете на 1000 женщин. Таким образом, среди городских женщин общая смертность снизилась на 3,4%. В 2017 году среди сельских женщин общая смертность составила 13,5, что незначительно выше предыдущих периодов – 13,3 случая в расчете на 1000 женщин в 2009 году и 13,5 случая в 2013 году (рост на 1,4%) (таблица 32).

Таблица 32 – Динамика общей смертности городских и сельских женщин за 2009-2017 гг., случай в расчете на 100 тыс. человек

Причины смерти	2009 г.		2013 г.		2017 г.	
	городские женщины	сельские женщины	городские женщины	сельские женщины	городские женщины	сельские женщины
Злокачественные новообразования	140,3	102,4	138,0	92,7	152,8	135,2
- желудка и других органов пищеварения	56,5	43,1	51,4	33,6	59,0	50,4
-органов дыхания	8,6	6,7	9,0	6,5	10,3	9,8
-молочной железы	26,4	16,3	24,8	15,7	30,0	18,6
-женских половых органов	23,0	20,1	22,6	15,1	25,4	29,3
-мочевыделительных органов	4,7	2,7	5,1	2,5	5,6	2,8
-лейкемия	6,7	5,2	2,8	2,1	5,2	4,8
Сахарный диабет	6,0	8,7	9,6	9,8	48,3	80,5
Болезни нервной системы	8,8	8,9	20,3	24,4	136,8	240,0
Болезни системы кровообращения	634,1	231,5	564,2	532,4	469,9	526,8
-гипертоническая болезнь	9,4	39,8	9,2	19,0	6,0	25,6
-инфаркт миокарда	25,9	9,9	24,0	9,6	20,4	11,8
-ишемическая болезнь сердца	285,4	430,2	232,1	209,9	169,7	168,8
-цереброваскулярные болезни	286,3	231,5	246,3	137,9	256,9	268,8
Болезни органов дыхания	24,3	70,0	21,7	51,1	27,9	59,1
Болезни органов пищеварения	32,1	25,6	38,4	46,2	41,5	64,0
Старость	76,4	210,2	92,0	481,3	8,2	34,1
Транспортный травматизм	9,1	14,3	9,6	14,9	6,3	10,6
Самоубийства	9,2	17,2	4,6	12,2	3,6	10,3
Травмы, отравления и несчастные случаи	55,9	78,4	43,3	66,5	35,6	63,3
Все причины смерти	1017,0	1332,5	1012,8	1347,1	982,7	1351,4

В динамике смертность городских женщин незначительно возросла от ЗН - с 140,3 случая в расчете на 100 тыс. женщин до 152,8 случая в расчете на 100 тыс. женщин (рост на 8,9%), среди сельских женщин – с 102,4 до 135,2 случая в расчете на 100 тыс. женщин (рост на 35,2%).

Смертность отзаболеваний органов дыхания возросла соответственно на 19,7% и 14,0%, грудной железы – на 13,6% и 14,1% и т.д. Снижение смертности произошло от такой причины как «старость» почти в 10 раз у городских женщин и более чем в 6 раз у сельских женщин, напротив увеличилась смертность от сахарного диабета – среди городских женщин в 8 раз, среди сельских женщин почти в 10 раз. Та же картина отмечается по поводу болезней нервной системы. Здесь увеличение смертности достигает соответственно у городских женщин в 15 раз, у сельских женщин – в 26 раз. Такая динамика смертности по отдельным причинам, безусловно, является погрешностями кодирования причин смерти.

В 2017 г. показатель смертности среди женщин, проживающих в городе, оказался выше, чем среди женщин, живущих в селе, в 1,13 раза от ЗН, в том числе в 1,17 раза от ЗН желудка, в 1,6 раза от ЗН грудной железы.

Напротив, среди сельских женщин в 4,1 раза смертность выше, чем среди городских женщин от причины, кодируемой как «старость», в 1,7 раза – от транспортного травматизма, в 2,9 раза от самоубийств, в 1,8 раза от травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин (рисунок 12).

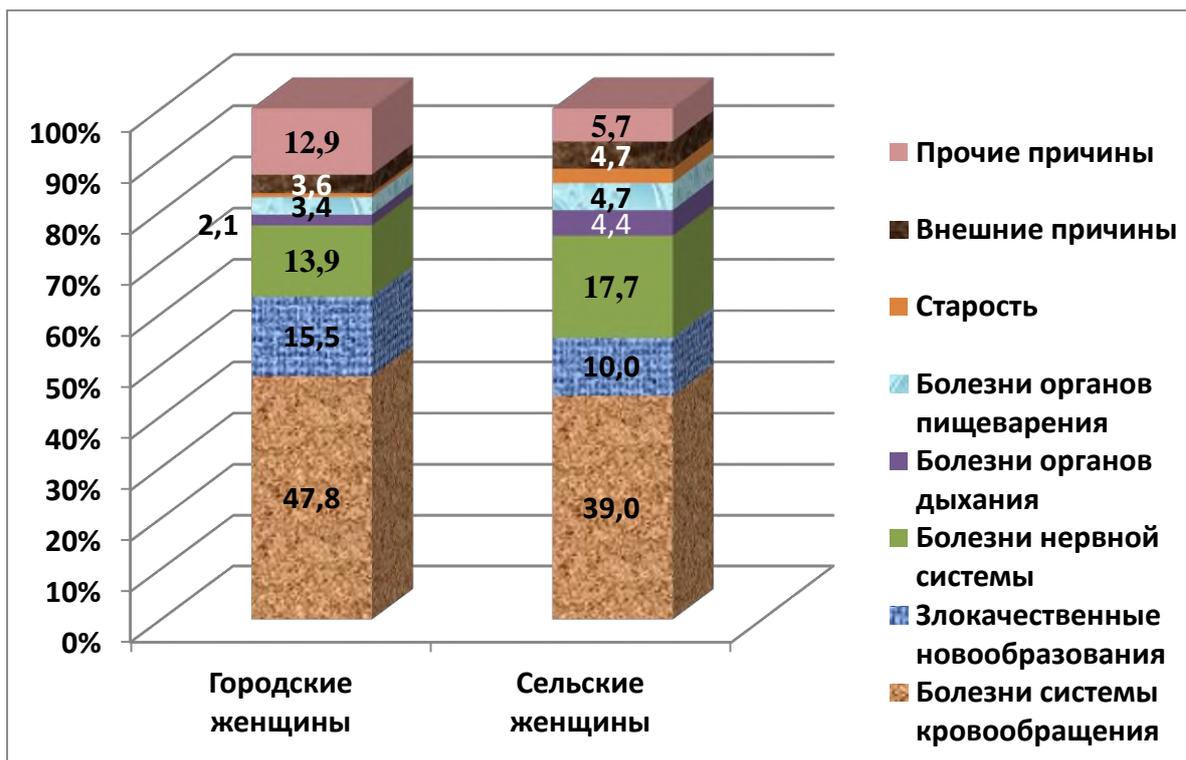


Рисунок 12 – Структура общей смертности городских и сельских женщин по причинам в 2017 году, %.

Характеризуя структуру общей смертности городских и сельских женщин необходимо отметить наличие существенных различий. Среди городских женщин выше, чем среди сельских женщин доля болезней системы кровообращения (47,8% и 39,0%), ЗН – 15,5% и 10,0%, болезней нервной системы – 13,9% и 17,7% (т.е. удельный вес выше среди сельских жителей) и т.д.

Уровень и структура смертности городских и сельских женщин трудоспособного возраста

Сверхсмертность сельских женщин четко прослеживается и в трудоспособном возрасте. Среди сельских женщин, находящихся в трудоспособном возрасте, смертность составила 414,1 случая в расчете на 100 тыс. человек в 2017г., среди городских женщин – 353,7 случая в расчете на 100 тыс. человек (таблица 33), т.е. ниже, чем среди сельских женщин.

Смертность сельских женщин в трудоспособном возрасте несколько выше, чем смертность городских женщин от злокачественных новообразований 83,2 случая и 76,5 случая в расчете на 100 тыс. женщин соответственно. Превышение смертности женщин трудоспособного возраста наблюдается, в том числе от ЗН органов дыхания – 6,2 случая и 3,9 случая в расчете на 100 тыс. женщин, ЗН женских половых органов – 25,7 и 16,9 случая в расчете на 100 тыс. женщин.

Обращает на себя внимание то, что почти в 1,6 раза смертность сельских женщин трудоспособного возраста выше смертности городских женщин от внешних причин (94,5 и 58,6 случая в расчете на 100 тыс. женщин), в том числе в 2,6 раза от самоубийств (16,9 случая и 6,4 случая в расчете на 100 тыс. женщин), в 2 раза от транспортного травматизма (20,2 и 10,8 случая в расчете на 100 тыс. женщин).

Среди городских женщин смертность выше, чем смертность сельских женщин от ЗН грудной железы (17,8 случая и 13,9 случая в расчете на 100 тыс. женщин), несколько выше от лейкемии, инфаркта миокарда.

Таблица 33 – Смертность женского населения трудоспособного возраста от злокачественных новообразований за 2009-2017 гг., в расчете на 100 тыс. человек

Причины смерти	2009 г.		2013 г.		2017 г.	
	городские женщины	сельские женщины	городские женщины	сельские женщины	городские женщины	сельские женщины
1	2	3	4	5	6	7
Злокачественные новообразования	48,6	57,1	51,4	51,1	76,5	83,2
-органов пищеварения	12,2	14,6	13,1	12,7	19,8	19,4

продолжение таблицы 33

1	2	3	4	5	6	7
-органов дыхания	1,9	4,6	2,1	2,9	3,9	6,2
-грудной железы	13,8	13,4	12,1	11,0	17,8	13,9
-женских половых органов	23,0	16,0	12,7	12,5	16,9	25,7
-лейкемия	3,2	2,6	1,2	1,2	3,4	2,2
Сахарный диабет	1,5	3,1	2,3	2,9	6,8	8,0
Болезни нервной системы	4,4	7,0	13,1	21,7	7,6	9,5
Болезни системы кровообращения	57,8	78,2	62,6	92,6	77,2	90,9
-гипертоническая б-нь	0,6	1,8	0,6	2,9	0,5	0,7
-инфаркт миокарда	1,8	0,6	1,6	3,2	1,7	1,5
-ишемическая болезнь сердца	27,0	14,1	33,7	55,5	26,9	41,0
-цереброваскулярные болезни	33,0	20,4	13,1	15,4	18,1	22,0
Болезни органов дыхания	14,1	14,1	14,4	15,4	13,4	17,6
Болезни органов пищеварения	15,3	23,9	22,1	32,7	43,0	45,8
Транспортный травматизм	9,1	19,1	10,9	19,1	10,8	20,2
Самоубийства	9,3	22,8	4,7	15,9	6,4	16,9
Травмы, отравления и несчастные случаи	54,9	91,3	45,7	80,4	58,6	94,5
Все причины смерти	225,7	302,8	239,8	328,9	353,7	414,1

В структуре общей смертности среди городских женщин трудоспособного возраста 21,8%, среди сельских женщин 21,9% заняли болезни системы кровообращения, 21,6% и 20,1% – ЗН, 16,6% и 22,8% – внешние причины, 12,2% и 11,1% – болезни органов пищеварения и др. (рисунок 13).

Анализ возрастных показателей смертности женщин показал, что она нарастает с возрастом. Однако в каждой возрастной группе смертность выше среди сельских женщин. Превышение смертности среди сельских женщин над показателями смертности городских женщин

вследствие злокачественных новообразований наблюдается до 55 летнего возраста (таблица 34).

В возрастной группе 55-59 лет и в других последующих возрастных группах умерших от ЗН в расчете на 100 тыс. женщин соответствующего возраста становится больше среди городских женщин. Как объяснить такую ситуацию? Скорее всего, опять погрешностями в кодировании причин смерти?

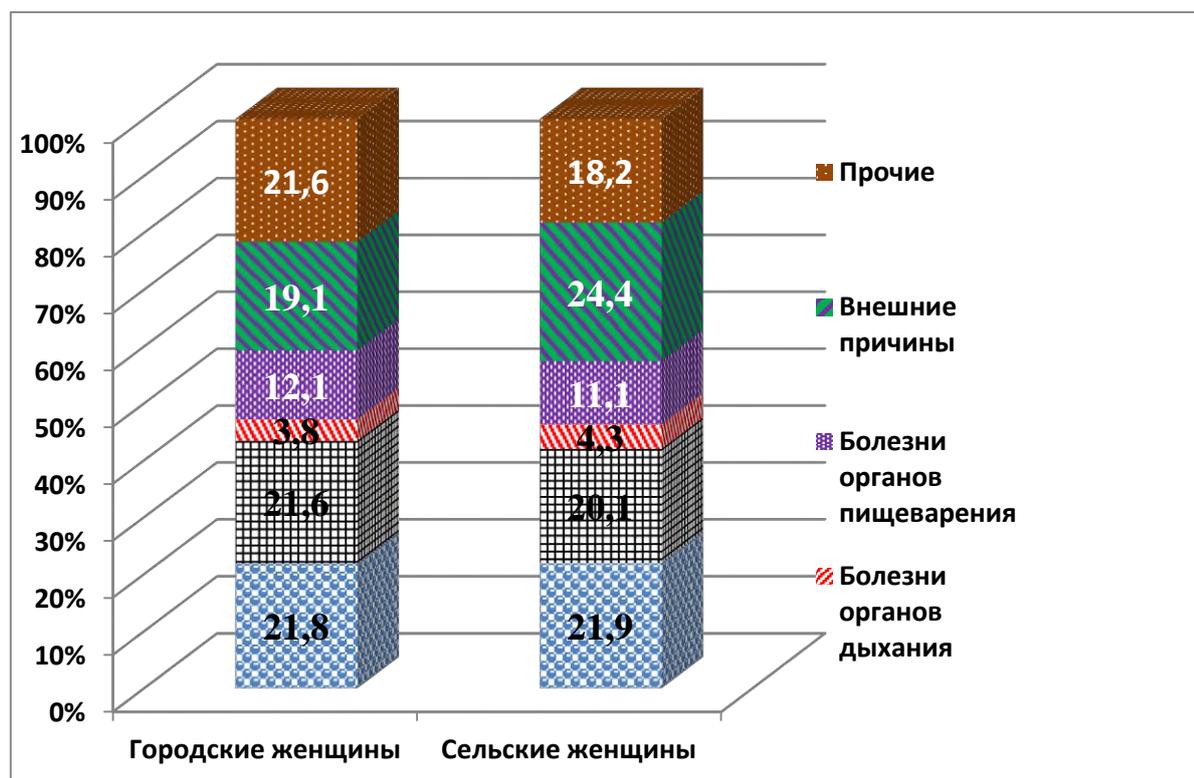


Рисунок 13 – Структура общей смертности городских и сельских женщин трудоспособного возраста в 2017 году, %

Такая же возрастная динамика отмечается в показателях смертности от болезней системы кровообращения. До 60-летнего возраста смертность превалировала среди сельских женщин, далее среди городских женщин. Эти причины смерти, видимо, переложены в болезни нервной системы, старость.

Данный факт можно объяснить ранней смертностью сельских женщин и является причиной более низкой средней продолжительности

предстоящей жизни сельских женщин (76,5 года среди сельских женщин и 79,8 года среди городских женщин). После 70 лет от БСК смертность выше среди городских женщин. Средний возраст умерших городских женщин составил $74,0 \pm 0,07$ года, среди сельских женщин $73,6 \pm 0,05$ года ($p < 0,05$).

Таблица 34 - Возрастные показатели смертности женского населения Республики Башкортостан, на 100 тыс. человек

Возрастные группы, лет	Общая смертность		Смертность от злокачественных новообразований		Смертность от болезней системы кровообращения	
	городские	сельские	городские	сельские	городские	сельские
До 20 лет	35,9	59,8	3,0	14,2	1,5	5,7
20-24	41,3	88,9	5,5	5,4	2,8	2,7
25-29	66,8	206,6	6,1	24,1	13,0	13,4
30-34	142,2	250,3	13,2	18,2	14,1	42,4
35-39	224,7	292,7	37,4	50,2	30,4	52,4
40-44	262,8	353,4	48,6	64,8	52,1	66,9
45-49	375,1	478,5	110,4	117,2	100,4	121,1
50-54	456,0	539,2	133,4	144,2	143,6	167,2
55-59	687,2	731,5	216,9	203,0	235,6	242,4
60-64	928,9	1002,4	308,2	241,5	333,1	345,1
65-69	1567,8	1575,7	469,4	315,6	650,7	607,7
70+	6713,8	7492,0	673,1	407,8	3731,3	3209,2

Рассчитанные нами стандартизованные показатели смертности (таблица 35) также свидетельствуют о превышении общей смертности среди сельских женщин.

Таблица 35 – Грубые интенсивные и стандартизованные показатели смертности женского населения Республики Башкортостан, на 100 тыс. человек

Показатели	Интенсивные показатели		Стандартизованные показатели	
	городские женщины	сельские женщины	городские женщины	сельские женщины
Общая смертность, в том числе	982,7	1351,4	757,8	814,1
-от злокачественных новообразований	152,8	135,2	114,2	75,7
-от болезней системы кровообращения	469,9	526,8	539,9	334,4

Стандартизованные показатели смертности позволили сделать заключение о более высокой смертности среди сельских женщин, независимо от разнородности состава женщин в городской и сельской местности по возрасту.

Для выявления различий смертности женского населения по территориям нами проведен кластерный анализ. Исходным материалом послужили усредненные показатели смертности женского населения от ЗН. За 5-летний период по отдельным локализациям злокачественного новообразования. Целью исследования явилось выявление типологических районов по схожести уровня смертности от отдельных локализаций ЗН. Для кластерного анализа выбрали 40 муниципальных районов РБ, где проживает только сельское население и 12 муниципальных районов с сельским и городским населением (в составе района есть городское поселение и сельские поселения). Результаты исследования показали, что для сельских муниципальных районов оптимальным оказалось выделение четырех кластеров. В первом кластере

оказались 4 района, во втором – 14 районов, в третьем – 5 районов и в четвертом – 17 районов (рисунок 14).

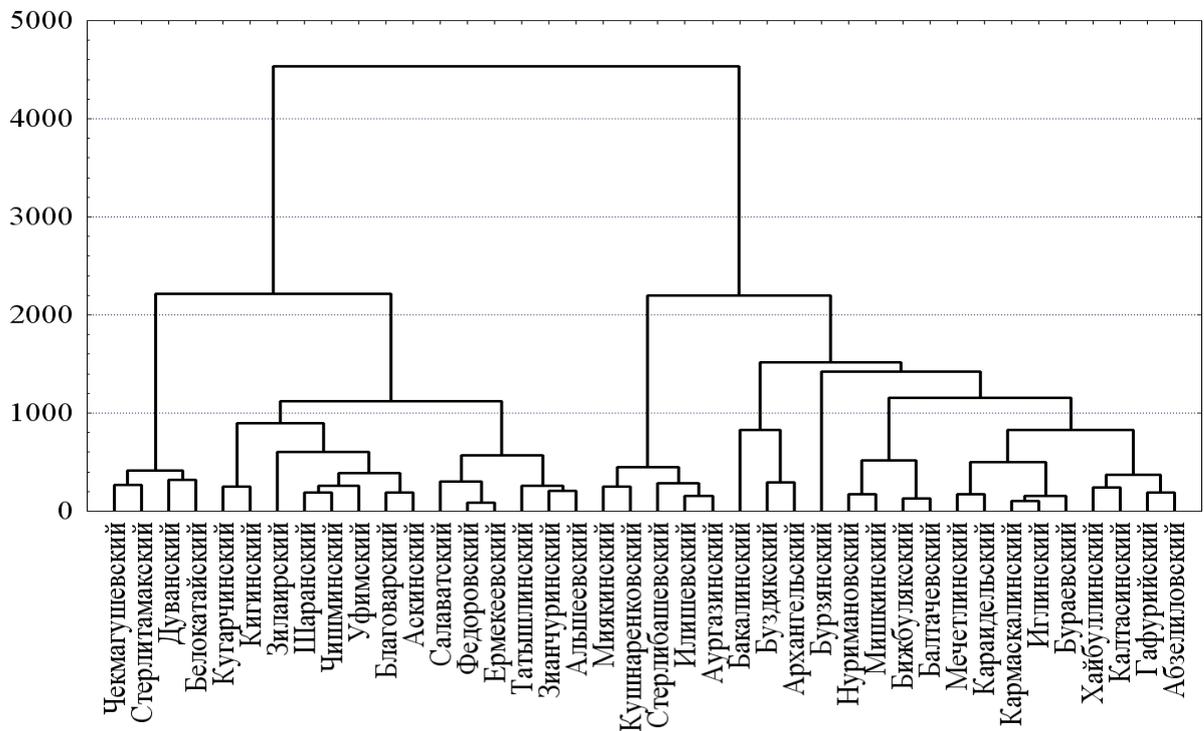


Рисунок 14 – Кластеры сельских муниципальных районов Республики Башкортостан по уровню смертности от злокачественных новообразований.

Характеризуя однотипные группы, следует отметить, что высокий уровень смертности от ЗН желудка отмечался во втором кластере, показатель статистически значимо превышал уровень смертности в остальных трех кластерах (таблица 36).

Смертность от ЗН ободочной и прямой кишки статистически значимо превышал уровень смертности от этих причин в других кластерах и составил $22,5 \pm 3,5$ в расчете на 100 тыс. женского населения. Низкий уровень смертности от этих причин отмечался в третьем кластере ($3,5 \pm 0,9$ в расчете на 100 тыс. женского населения).

Смертность от ЗН поджелудочной железы была выше в третьем кластере ($9,3 \pm 2,3$) и статистически значимо ниже в четвертом кластере – $3,9 \pm 1,4$ в расчете на 100 тыс. женского населения, $p < 0,05$. Выше, чем в других кластерах смертность от ЗН органов дыхания отмечалась во втором кластере, но различия существенного значения не имели. Что касается уровня смертности от ЗН молочной железы, в первом кластере она составила $22,5 \pm 3,5$ в расчете на 100 тыс. женского населения, во втором кластере – $24,7 \pm 3,2$, что достоверно выше, чем в третьем ($13,7 \pm 3,1$) и в четвертом ($9,0 \pm 3,6$) кластерах.

Распределение городов на однотипные группы по принципу, что в однотипные группы попадают города, где уровень заболеваемости той или иной локализацией рака примерно одинаково. Города распределены в 3 группы (рисунок 15). В первую группу вошел только один город с малой численностью населения (до 25 тыс. человек)

Во второй кластер вошли 5 городов, в третий кластер 3 города. Второй кластер характеризовался более высоким уровнем смертности по сравнению с третьим кластером от ЗН поджелудочной железы, молочной железы, шейки матки, тела матки и более низким уровнем смертности от ЗН ободочной и прямой кишки, органов дыхания (таблица 37).

Таблица 36 – Средний уровень смертности от злокачественных новообразований в однотипных группах сельских муниципальных районов Республики Башкортостан, на 100 тыс. женского населения

Локализация ЗН	Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3	Кластер 4	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
Пищевод	1,6±1,8	4,0±3,9	4,9±3,3	3,2±3,9						
Желудок	5,7±5,0	9,2±4,3	20,9±3,1	10,2±4,5		***		**		*
Ободочная и прямая кишка	22,8±3,9	8,5±4,3	3,5±0,9	11,9±4,3	**	***	*			
Поджелудочная железа	6,7±2,9	6,4±4,3	9,3±2,3	3,9±1,4						*
Органы дыхания	2,4±1,6	7,4±4,2	5,2±3,7	5,3±3,9						
Молочная железа	22,5±3,5	24,7±3,2	13,7±3,1	9,0±3,6		*	**	**	***	**
Шейка матки	7,4±4,5	5,2±3,0	2,7±2,9	6,7±3,5						
Тело матки	2,8±3,3	3,3±3,5	0,6±1,3	5,3±2,9						
Яичник	14,6±3,7	4,7±2,4	4,2±3,1	5,7±2,8	*	*	*			
Лейкемия	1,4±2,8	3,1±3,1	0,0±0,0	1,8±2,5						
Прочие	5,7±2,3	5,5±4,3	5,9±3,7	4,7±2,0						

* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Таблица 37 – Кластеры городских округов по схожести уровня смертности женского населения от злокачественных новообразований отдельных локализаций (показатели рассчитаны на 100 тыс. соответствующего населения)

Онкологические заболевания	Средние по кластеру 2	Средние по кластеру 3	p
Пищевод	2,9±3,2	5,1±6,0	>0,51
Желудок	12,8±2,2	14,2±3,2	>0,49
Ободочная и прямая кишка	18,7±6,1	29,7±7,4	>0,05
Поджелудочная железа	9,7±2,1	4,1±3,9	<0,01
Органы дыхания	7,8±2,0	9,9±4,3	>0,37
Молочная железа	26,1±3,5	21,4±7,7	>0,27
Шейка матки	9,7±3,1	1,7±1,6	<0,001
Тело матки	8,6±2,5	5,0±1,8	>0,07
Яичник	9,5±3,6	8,4±3,5	>0,67
Лейкемия	2,7±1,1	1,7±1,6	>0,32
Прочие	5,0±4,5	4,0±3,5	>0,77

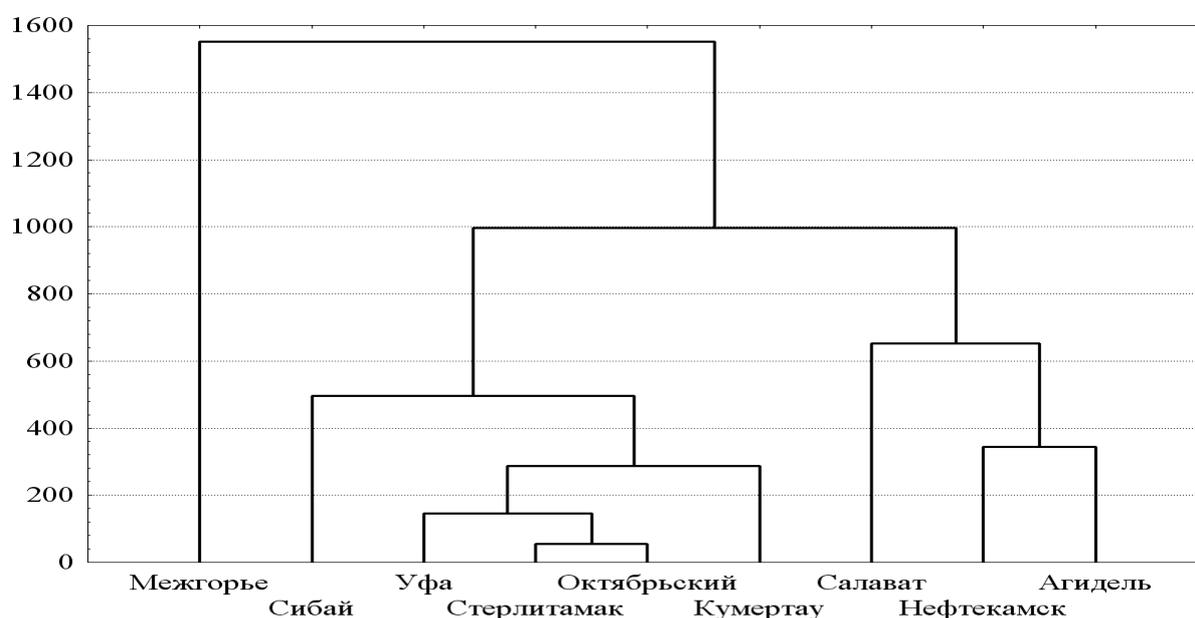


Рисунок 15 – Кластеры городских округов Республики Башкортостан по уровню смертности от злокачественных новообразований.

Таким образом, кластерный анализ позволил выявить типологические муниципальные районы по схожести уровня смертности от ЗН женского населения Республики Башкортостан.

Резюме. Среди сельских женщин общая смертность и смертность в трудоспособном возрасте выше, чем среди городских женщин. Однако, среди городских женщин смертность от злокачественных новообразований в 2017г. составила 152,8 случая, среди сельских женщин 135,2 случая в расчете на 100 тыс. человек. Напротив, от болезней системы кровообращения смертность выше среди сельских женщин - 526,8 случая, чем среди городских женщин – 469,9 случая в расчете на 100 тыс. человек. От остальных причин смертность была выше среди сельских женщин. Среди сельских женщин трудоспособного возраста смертность также оказалась выше (414,1 случая в расчете на 100 тыс. человек), чем среди женщин, живущих в городской местности (353,7 случая в расчете на 100 тыс. человек).

Из сельских муниципальных образований, где проживают сельские женщины, были сформированы 4 кластера. Между ними выявлены достоверные различия в смертности от ЗН желудка, ободочной и прямой кишки, молочной железы, яичника. Среди городов образовался 2 кластера, между ними выявлена достоверная разница лишь между смертностью от ЗН поджелудочной железы ($9,7 \pm 2,1$ и $4,1 \pm 3,9$), шейки матки ($1,7 \pm 1,6$ и $9,7 \pm 3,1$). Полученные результаты имеют значение при планировании и финансировании здравоохранения с учетом уровня смертности как критерия состояния здоровья населения, а также при разработке профилактических программ по предупреждению возникновения ЗН.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖЕНЩИН

Социально-гигиеническая характеристика женщин проведена по данным анкетного опроса. Среди городских женщин в обработку для анализа было включено 2000 анкет, среди сельских женщин – 1800 анкет. Обработка результатов исследования выполнялась путем определения относительных, средних величин, достоверности различий показателей, корреляционная зависимость, однофакторный анализ.

Социально-гигиеническая характеристика включала в себя оценку социального статуса, семейного положения женщин, образовательного уровня, занятости, условий и образа жизни, отрасли работы, а также наличие производственных факторов, характер работы, питания, физическую активность, благополучия семьи, медицинской активности и другие параметры.

Сравнительный анализ комплексной оценки состояния здоровья городских и сельских женщин

При оценке состояния здоровья населения применяется комплекс методов. Однако официальные статистические данные о заболеваемости не позволяют определить распространенность хронических заболеваний, частоту их обострений, длительность ремиссий заболеваний, что очень важно при оценке здоровья отдельных групп населения.

По данным анализа талонов амбулаторного пациента, выкопировки медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и по данным медицинских осмотров распределили женщин трудоспособного возраста по наличию

хронических заболеваний, частоте обращений в медицинскую организацию (таблица 38).

Ввиду низкой доступности медицинской помощи среди сельских женщин меньше регистрируются хронические заболевания, этим объясняется низкая обращаемость в медицинские организации.

Таблица 38 – Характеристика городских женщин по наличию хронических заболеваний и частоте обращений, %

Показатели	Возрастные группы, лет				Итого
	20-29	30-39	40-49	50-54	
Городские женщины					
Наличие хронических заболеваний	28,3	42,6	44,2	52,3	42,1
Число обратившихся по поводу острых заболеваний, в том числе					
-1-2 раза в год	38,4	42,7	32,9	34,0	35,4
3-4 раза в год	54,5	58,6	48,2	42,8	50,7
5 и более	42,8	47,2	38,0	38,4	40,2
Число обратившихся по поводу хронических заболеваний, в том числе					
1-2 раза в год	17,9	17,5	18,0	13,2	15,8
3-4 раза в год	15,4	32,5	54,4	72,4	62,5
5 более раза в год	25,2	34,4	62,6	78,5	68,4
	18,4	16,8	38,4	63,8	38,0
	15,4	24,4	42,5	65,3	44,0
Сельские женщины					
Наличие хронических заболеваний	25,9	35,3	48,0	54,9	44,8
Число обратившихся по поводу острых заболеваний, в том числе					
-1-2 раза в год	24,4	32,5	18,3	17,0	27,9
3-4 раза в год	56,4	51,0	44,3	37,3	43,4
5 и более	35,6	28,4	20,3	16,5	24,9
Число обратившихся по поводу хронических заболеваний, в том числе					
1-2 раза в год	9,5	14,5	14,3	12,6	12,3
3-4 раза в год	12,2	42,5	54,5	62,6	54,8
5 более раза в год	37,2	49,4	69,6	72,5	64,9
	28,4	36,8	42,4	51,8	42,0
	13,8	22,2	45,5	55,3	35,0

Опрос 2000 городских женщин в возрасте 20-54 года показал, что состояние своего здоровья оценили как отличное 3,5%, как хорошее 12,9% женщин, как удовлетворительное – 60,4%, как плохое – 23,2% (таблица 39).

Таблица 39 – Распределение городских женщин по результатам самооценки здоровья, %

Возрастные группы, лет	Отличное	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	Итого
20-29	7,8	26,0	60,0	6,2	100,0
30-39	3,6	24,4	61,8	10,2	100,0
40-49	2	15	61,1	21,9	100,0
50-59	0	12,2	50,5	37,3	100,0
Всего ...	3,5	12,9	60,4	23,2	100,0

В группе женщин, отметивших здоровье как отличное и хорошее, было указано, что хронические заболевания у них отсутствуют. В группе, оценивших свое здоровье как удовлетворительное, оказались женщины, указавшие наличие 1-2 хронических заболеваний. Женщины, оценившие свое здоровье как плохое, имели 3 и более хронических заболеваний.

В возрастной группе 20-29 лет 25,8% женщин считают, что они здоровы, удовлетворительную оценку здоровья дали 68,3%, плохим считают здоровье – 6,2%. Женщин, оценивших свое здоровье хорошим, с возрастом уменьшалось, напротив, напротив, стало больше женщин оценивших здоровье как плохое. Оказалось, что в возрастной группе 40-49 лет 12,0% женщин оценили свое здоровье как отличное и хорошее, 21,9% – как плохое, в 50-59 лет соответственно 7,2% и 37,3% (рисунок 16).

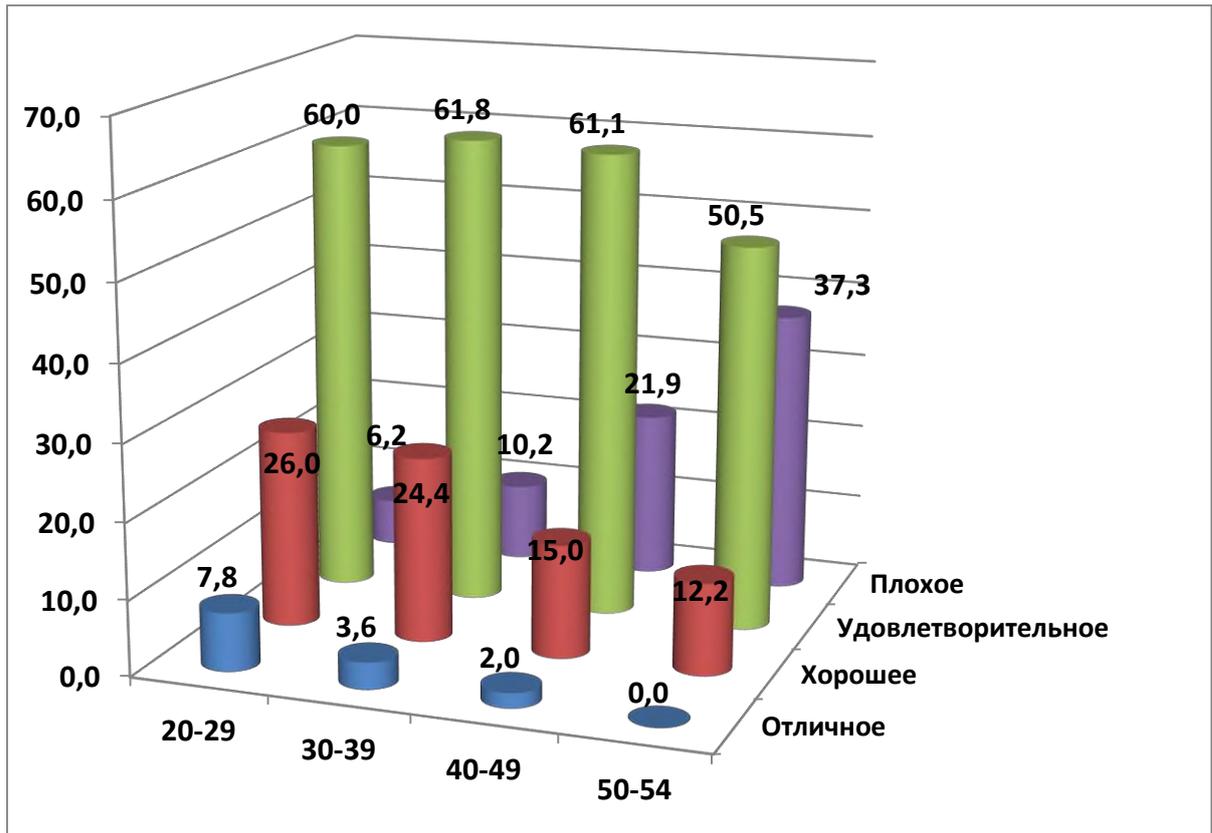


Рисунок 16 – Распределение городских женщин по самооценке здоровья в зависимости от возраста, %

Обследованные городские женщины указали на наличие у них некоторых хронических заболеваний системы кровообращения, желудка, печени. Многие указали, что у них имеются болезни костно-мышечной системы, болезни нервной системы (расстройства вегетативной нервной системы), болезни мочеполовой системы (заболевания женской половой системы и цистит) и прочие болезни.

Для оценки состояния здоровья на основании данных социологического опроса были рассчитаны интегральные индексы самооценки здоровья (ИИСЗ), величина которых может изменяться в пределах от минус единицы (минус 1) до плюс единицы (+1). Применение данной методики позволило на основе единой шкалы провести сравнение по возрастным группам:

$$I_n = [((a - d) + (b - c))/2]/N, \text{ где}$$

- a – удельный вес женщин с оценкой «отличное» здоровье, %;
- b – удельный вес женщин с оценкой «хорошее» здоровье, %;
- c – удельный вес женщин с оценкой «удовлетворительное» здоровье, %;
- d – удельный вес женщин с оценкой «плохое» здоровье, %;
- n – общее число обследованных лиц, взятых за 100,0%.

Удобством расчета «Интегрального индекса самооценки здоровья» является отсутствие необходимости рассчитывать средние величины и их статистические параметры, а также возможность использования как абсолютных, так и относительных величин. Нами были использованы относительные величины. Чем меньше значение показателя с минусом, тем ниже ИИСЗ женщин.

Расчеты показали, что с возрастом «Интегральный индекс самооценки здоровья» уменьшался (чем меньше показатель, тем выше интегральная оценка здоровья). Так, в возрастной группе 20-29 лет он составил (минус 0,16), в возрасте 30-39 лет – (минус 0,22), в возрасте 40-49 лет его значение составило (минус 0,33), в 50-59 лет он был самым низким и составил (минус 0,37). Таким образом, ИИСЗ с возрастом уменьшается. Для всей совокупности ИИСЗ составил (минус 0,33).

$$I_n = [((2,1\% - 32,2\%) + (11,3\% - 54,4\%))/2] / 100\% = \text{минус } 0,33.$$

Ввиду того, что среди опрошенных городских женщин около 80,0% были работающими Интегральный индекс самооценки здоровья у работающих и неработающих женщин почти не отличался (таблица 40).

Таблица 40 – Результаты самооценки здоровья городских женщин в зависимости от занятости, %

Возрастные группы, лет	Отлично (а)	Хорошее (в)	Удовлетворительное (с)	Плохое (d)	Интегральный индекс
Работающие	3,9	11,6	60,3	24,2	-0,34
Не работающие	3,4	13,4	61,2	22,0	-0,33

Анализ показал, что отличным здоровьем считают 2,1% сельских женщин, хорошим – 11,3%, удовлетворительным – 54,4%, плохим – 32,2% (таблица 41).

Таблица 41 – Распределение сельских женщин по результатам самооценки здоровья, %

Возрастные группы, лет	Состояние здоровья				Итого
	Отличное	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	
20-29	6,3	21,2	59,3	13,2	100,0
30-39	1,3	11,2	58,0	29,5	100,0
40-49	1,0	10,5	49,9	38,6	100,0
50-54	0,0	3,2	50,3	46,5	100,0
Всего	2,1	11,3	53,4	33,2	100,0

Самооценка состояния здоровья по возрастным группам имела различия. Так, в возрастной группе 20-29 лет пятая часть женщин оценила свое здоровье как хорошее, причем 6,3% считают его отличным. Напротив, в старших возрастных группах самооценка ухудшалась.

В возрастной группе 30-39 лет свое здоровье считают плохим уже 29,5% женщин, а в 50-54 года таковых стало уже почти половина (46,5%) (рисунок 17).

В старших возрастных группах женщин самооценка здоровья становилась более низкой. Удельный вес женщин, оценивших здоровье как отличное, снижалось с 6,3% в возрасте 20-29 лет до 1,0% в возрасте 40-49 лет, среди женщин в возрасте 50 лет и старше таковых не оказалось. Доля женщин, оценивших здоровье как плохое, возросло – с 13,2% в возрасте 20-29 лет до 46,5% в возрасте 50-54 года.

Для оценки состояния здоровья на основании данных социологического опроса были рассчитаны интегральные индексы самооценки здоровья. Расчеты показали, что с возрастом «Интегральный индекс самооценки здоровья» уменьшался. Так, в возрастной группе 20-29 лет он составил (минус 0,23), в возрасте 30-39 лет (минус 0,38), в возрасте 40-49 лет его значение составило (минус 0,39), в 50-54 года он был самым низким и составил (минус 0,47). Таким образом, ИИСЗ с возрастом уменьшается. Для всей совокупности ИИСЗ составил (минус 0,37).

$$I_n = [((2,1\% - 32,2\%) + (11,3\% - 54,4\%))/2] / 100\% = \text{минус } 0,37$$

Методика интегральной оценки использована нами для сравнения уровня здоровья женщин, работающих и не работающих женщин (таблица 42). Среди работающих оценка индивидуального здоровья оказалась несколько выше (минус 0,34), чем среди не работающих (минус 0,38). Видимо, работающие женщины ввиду занятости и большей социальной удовлетворенности самооценка здоровью дали выше. Причиной этого может быть и более внимательное отношение к своему здоровью, из-за вероятности потерять работу.

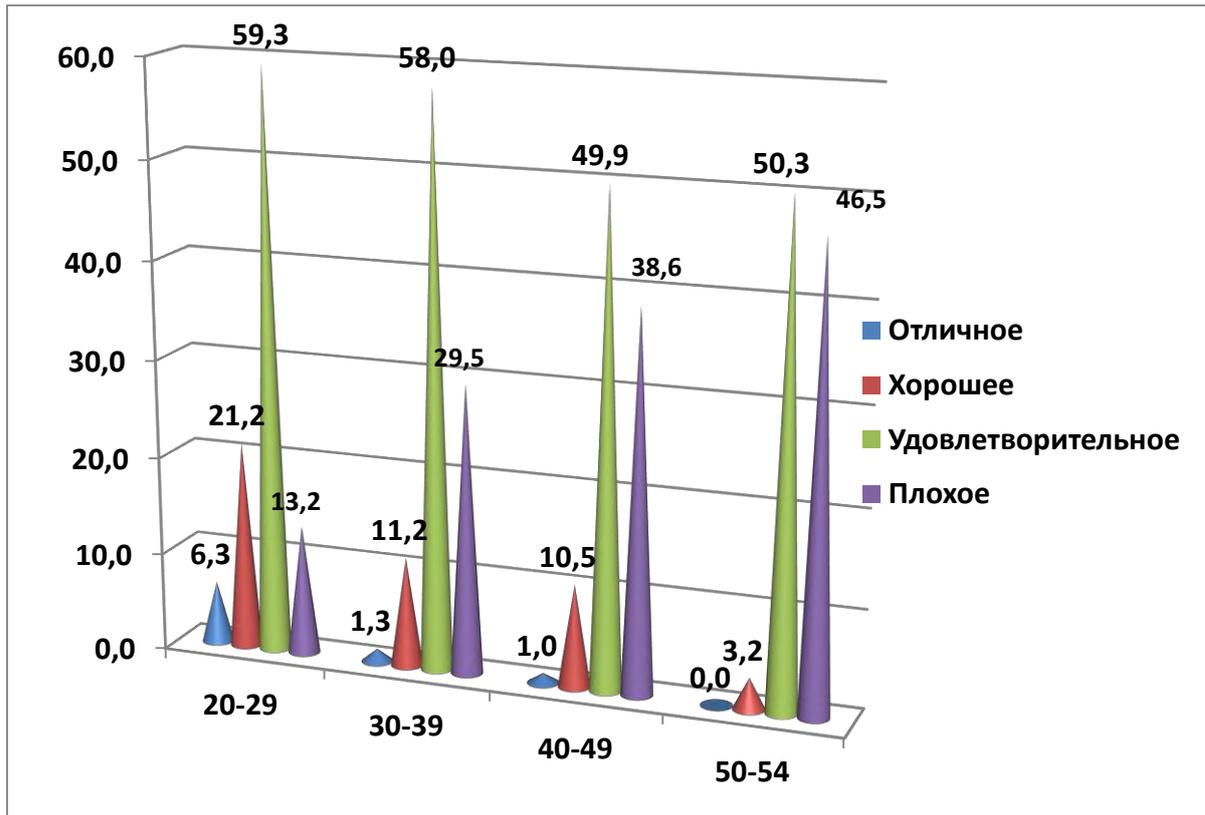


Рисунок 17 – Распределение сельских женщин по самооценке состояния здоровья, %.

Таким образом, выявлен низкий уровень здоровья сельских женщин по показателям интегральной оценки. Снижение уровня здоровья происходит в возрастной группе 50-54 года и интегральный показатель в возрастных группах 30-39 лет и 40-49 примерно одинаковый, а среди работающих женщин уровень здоровья по данным самооценки выше, чем среди не работающих женщин.

Таблица 42 – Результаты самооценки здоровья сельских женщин в зависимости от занятости, % к итогу

Возрастные группы, лет	Отлично (а)	Хорошее (в)	Удовлетворительное (с)	Плохое (d)	Интегральный индекс
Работающие	3,1	13,4	45,1	38,4	минус 0,34
Не работающие	1,8	10,2	60,0	28,0	минус 0,38

Сравнительная оценка индивидуального здоровья сельских и городских женщин установила, что среди сельских женщин интегральная оценка здоровья оказалась ниже, чем городских женщин (таблица 43).

Таблица 43 – Интегральный индекс самооценки здоровья городских и сельских женщин

Возрастные группы, лет	Городские женщины	Сельские женщины
20-29	минус 0,16	минус 0,23
30-39	минус 0,22	минус 0,38
40-49	минус 0,33	минус 0,39
50-54	минус 0,37	минус 0,47
В общей совокупности	минус 0,33	минус 0,37

У женщин, проживающих в сельской местности, ИИСЗ у городских женщин составил минус 0,33, среди сельских женщин – минус 0,37. Значительные различия ИИСЗ отмечаются в возрастных группах 20-29 лет, 30-39 лет и 50-59 лет.

Комплексную оценку состояния здоровья женщин провели с учетом наличия или отсутствия хронического заболевания, кратности обращения в течение года в медицинские организации и результатов самооценки здоровья. Женщин разделили на три группы.

В первую оценочную группу включили женщин, не имеющих хронические заболевания, обращающиеся к врачу в течение года не более 2-х раз и оценившие свое здоровье как хорошее. В третью оценочную группу здоровья были включены женщины, имеющие 3 и более хронических заболеваний, с кратностью обращений в течение года 7,8 раза и оценившие свое здоровье как плохое. Остальные женщины вошли во вторую оценочную группу здоровья (таблица 44).

Распределение на оценочные группы с учетом возраста показало, что среди городских женщин больше женщин в первой оценочной группе, и несколько меньше в третьей оценочной группе. Среди сельских женщин также больше оказалось в первой оценочной группе, однако доля их больше, чем среди городских женщин (соответственно 34,9% и 31,8%). Такая закономерность сложилась вероятнее всего из-за недостаточной регистрации хронических заболеваний среди сельских женщин.

Таблица 44 – Распределение городских и сельских женщин на оценочные группы здоровья

Показатели	Оценочные группы здоровья		
	первая	вторая	третья
Городские женщины			
Всего	18,4	51,4	30,2
- до 40 лет	27,8	46,8	25,4
- старше 40 лет	12,2	53,6	34,2
Сельские женщины			
Всего	14,6	49,4	36,0
- до 40 лет	20,9	49,6	29,5
- старше 40 лет	8,4	49,0	42,6

Резюме. Состояние своего здоровья 16,4% женщин, проживающих в городской местности, оценили как хорошее, 60,4% как удовлетворительное, 23,2% как плохое. Самооценка индивидуального здоровья женщин показала, что хорошим здоровьем считают 13,4% женщин, удовлетворительным – 54,4%, плохим – 32,2%. Анализ распределения женщин на оценочные группы здоровья показал, что среди городских женщин преобладают лица с первой оценочной группой здоровья (18,4% женщин в городе и 14,6% женщин в селе), а среди

сельских женщин – с третьей оценочной группой здоровья (30,2% женщин в городе и 36,0% женщин в селе). Женщин с первой оценочной группой здоровья достоверно больше среди женщин в возрасте до 40 лет и проживающих в городской местности (27,8% женщин в городе и 20,9% женщин в селе, $p < 0,05$), а с третьей оценочной группой здоровья достоверно больше среди женщин после 40 лет и проживающих в сельской местности (34,2% женщин в городе и 42,6% женщин в селе, $p < 0,05$).

Социально-гигиенический портрет городских женщин

В опросе участвовали женщины двух терапевтических участков поликлиники больницы № 21 г Уфы в возрасте от 20 до 55 лет. Расчет производился среднего возраста женщин, который составил $42,7 \pm 1,4$ года. В составе обследованных доля возрастной группы 40-49 лет была наибольшей (34,2%), а женщины в возрасте 30-39 лет составили 30,0% (рисунок 18).

Благополучие семьи зависит от семейного положения, уровня образования, социального статуса, отношения между членами семьи, наличия стрессовых ситуаций в семье, частота которых зависит от дохода семьи, наличия постоянной приносящей доход деятельности, условий жилья, удовлетворенности работой и др.

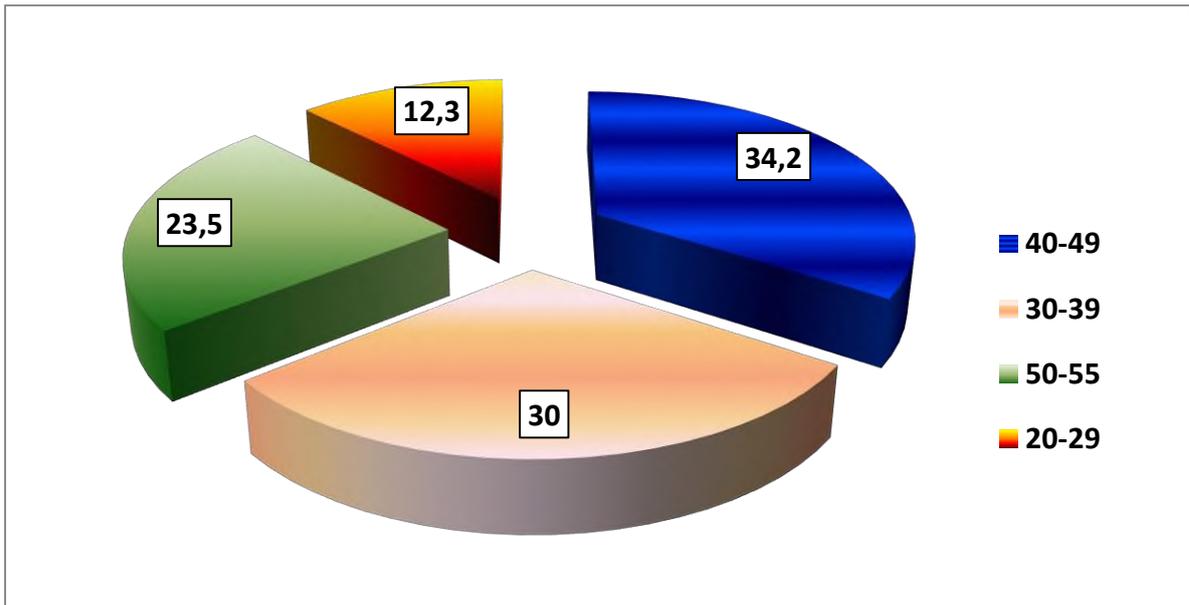


Рисунок 18 – Структура городских женщин по возрастным группам, %.

Распределение женщин показало, что в юридически оформленном браке состоят 63,9% женщин, в гражданском браке – 12,1%, не состоят в браке – 11,3%, разведенных было 9,6% и 3,1% – вдовы (рисунок 19).

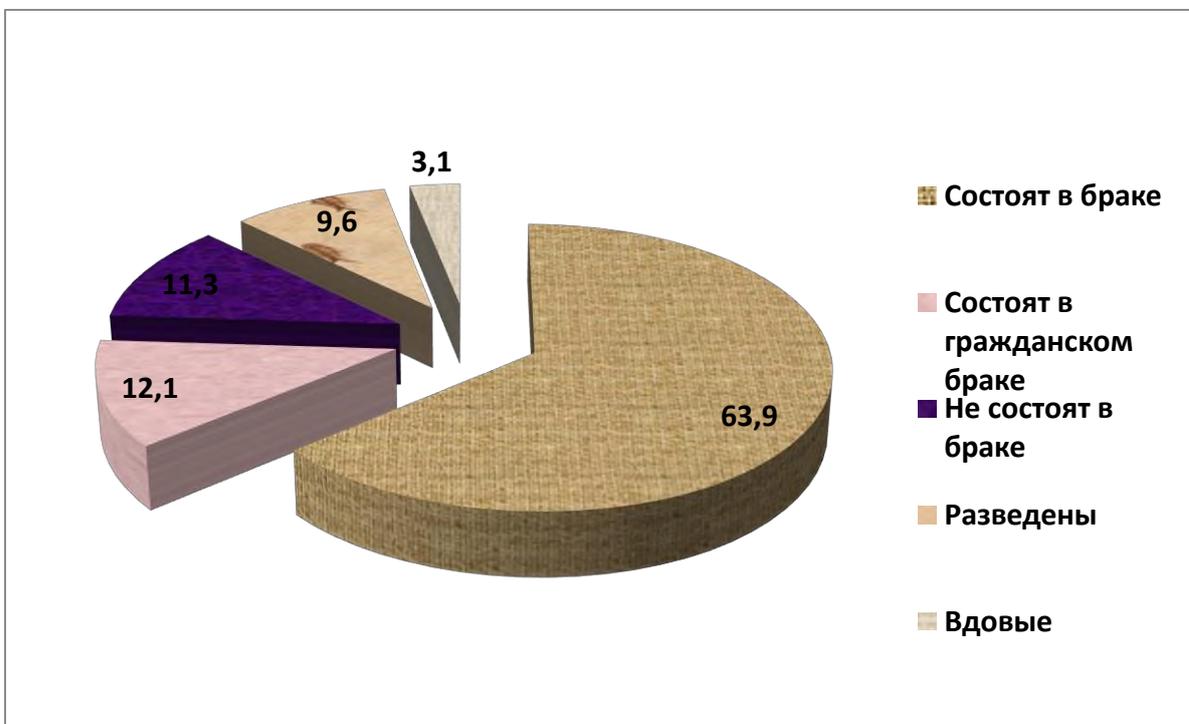


Рисунок 19 – Структура городских женщин по семейному положению, %.

В таблице 45 представлена характеристика женщин по семейному положению в укрупненных возрастных группах. В возрастной группы 30-39 лет было наибольшее количество женщин, состоящих в браке (67,8%), в гражданском браке в возрастной группы 20-29 лет состояли 17,4%, разведенные и вдовы характерны преимущественно для возрастной группы 50-54 года (соответственно 14,6% и 6,7%).

Таблица 45 – Распределение женщин, проживающих в городах, по семейному положению в зависимости от возраста, %

Семейное положение	Возрастные группы, лет				Итого
	20-29	30-39	40-49	50-54	
Юридический брак	59,6	67,8	62,2	61,6	63,9
Гражданский брак	17,4	13,0	12,2	7,9	12,1
Не состоят в браке	20,3	10,6	10,6	9,2	11,3
Разведены	3,7	8,6	12,7	14,6	9,6
Вдовы	-	-	2,3	6,7	3,1
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

По уровню образования женщины распределились с следующим образом: высшее образование имеют почти половина женщин (45,9%), среднее специальное образование – более чем одна треть (36,8%), среднее общее образование – 12,5%, прочие (обучающиеся, незаконченное высшее) – 4,8%.

Имеют постоянную работу 86,2%, из них 15,0% работают в промышленных предприятиях, 14,0% – в сфере строительства, 10,2% – транспорта, 12,4% – в системе торговли, 11,5% – в предприятиях жилищно-коммунального хозяйства, 9,7% – в учреждениях образования, 5,2% – в учреждениях здравоохранения, в прочих организациях – 8,2% (рисунок 20).

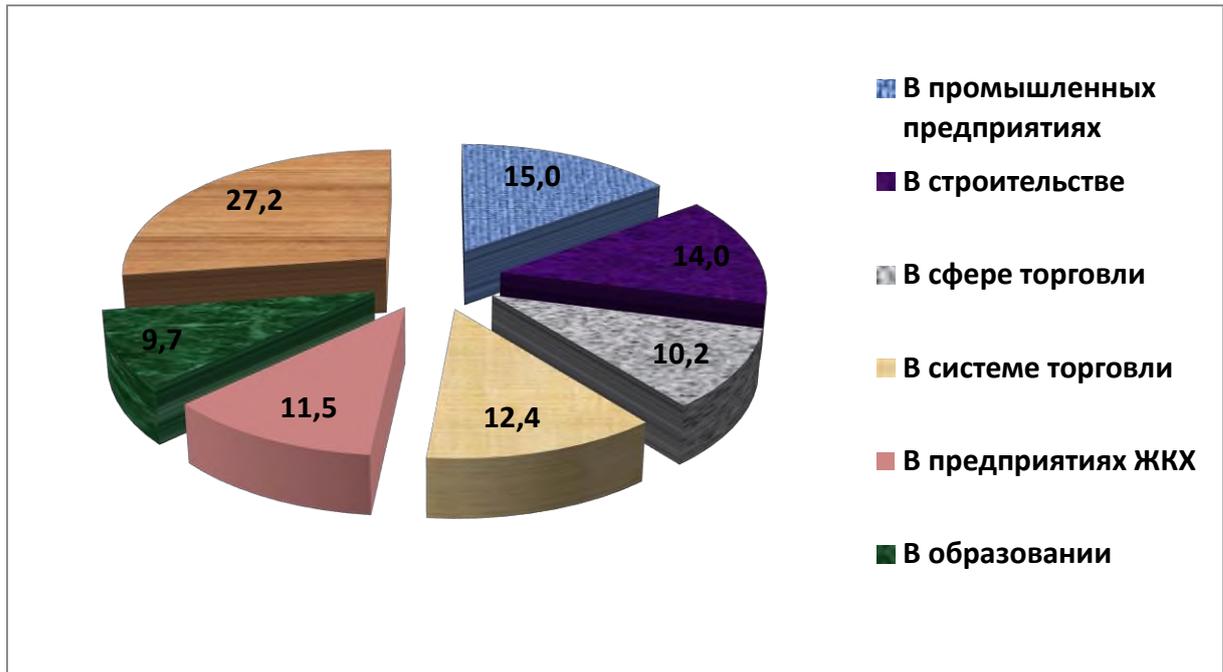


Рисунок 20 – Распределение городских женщин по сферам занятости, %.

Среди неработающих женщин 2,8% были обучающимися, 11,0% – домохозяйками, пенсионерами и безработными. По социальному статусу 53,2% женщин отнесли себя к рабочим специальностям, остальные – к служащим.

Изучение условий труда показало, что подвергаются воздействию вредных производственных факторов 35,6% опрошенных женщин. Из представленного перечня факторов производственной среды преимущественно было отмечено воздействие углеводородов, окиси углерода, пыли, шума, вибрации. Наличие стрессовых ситуаций на работе отметили 56,4% женщин, среди них 76,4% были служащими.

Только около половины женщин оценили свои жилищные условия как хорошие, нестесненные, у 85,6% женщин жилье с централизованным водоснабжением и канализацией. Однако 65,6% женщин по месту проживания испытывают воздействие шума от транспорта, от работы строительных и торговых объектов. Испытывали стресс дома 58,4%.

Почти половина опрошенных городских женщин (46,7 на 100 опрошенных) причинами, предрасполагающими к развитию заболеваний, считают условия труда, каждая третья (28,9 на 100 опрошенных) – низкий уровень материального дохода, каждая четвертая (24,3 на 100 опрошенных) – не доступность и плохое качество медицинской помощи, столько же (25,6 на 100 опрошенных) – нерациональное питание, (22,5 на 100 опрошенных) – стресс, каждая пятая (20,3 на 100 опрошенных) – избыточную массу тела, 18,9 женщин на 100 опрошенных – гиподинамию (таблица 46).

Реже к причинам заболеваний женщины отнесли злоупотребление алкоголем (14,3 на 100 опрошенных), семейное неблагополучие (10,9 на 100 опрошенных), наследственные факторы (13,4 на 100 опрошенных), курение (7,8 на 100 опрошенных), злоупотребление лекарствами (7,6 на 100 опрошенных), материальные трудности (13,0 на 100 опрошенных) и одиночество (5,0 на 100 опрошенных).

Таблица 46 – Мнение городских женщин о причинах формирования хронических заболеваний, на 100 опрошенных

Факторы риска	На 100 опрошенных	Ранг
Неблагоприятные жилищно-бытовые условия	14,4	9
Неблагоприятные производственные факторы	46,7	1
Низкий уровень материального дохода	28,9	3
Нерациональное питание	25,6	4
Частое употребление алкоголя	14,3	10
Курение	7,8	11
Малоподвижный образ жизни	18,9	8
Психоэмоциональный стресс	22,5	6
Избыточная масса тела и ожирение	20,3	7
Низкая доступность медицинской помощи	24,3	5
Низкая медицинская активность	35,2	2

Наиболее значимые причины ухудшения состояния здоровья в отдельных возрастных группах несколько отличались. Так, факторы окружающей среды и условий труда наибольшее значение представляли для женщин в возрастных группах 40-49 (31,7 женщин на 100 опрошенных) и 50-54 года (31,0 женщин на 100 опрошенных), а наименьшее – в возрастной группе 20-29 лет и старше (12,5 женщин на 100 опрошенных).

Нерациональное питание как причину болезней чаще отметили женщины в возрасте 30-39 лет (19,4 на 100 опрошенных) и в 50-54 года (22,2 на 100 опрошенных), стресс в быту – в возрасте старше 40 лет: в 40-49 лет (16,6 на 100 опрошенных), в 50-54 года (13,3 на 100 опрошенных). Причем в этих возрастных группах как фактору формирования здоровья придавалось также конфликтным ситуациям на работе и в семье.

Материальные затруднения как предрасполагающая причина заболеваний также были отмечены в возрастных группах старше 40 лет. В ходе анализа выяснилось, что влияние одиночества на развитие хронических заболеваний увеличивалось с возрастом женщин с 2,8 на 100 опрошенных в 30-39 лет до 11,1 из 100 опрошенных в возрасте 50-54 года.

Социально-гигиенический портрет сельских женщин

В структуре сельских женщин преобладали возрастные группы 40-49 лет (34,2%) и 30-39 лет (30,0%) и т.д. (рисунок 21). Были изучены образ и условия жизни, распространенность хронических заболеваний в отдельных возрастных группах, проведена интегральная оценка индивидуального здоровья в зависимости от возраста и занятости сельских женщин.

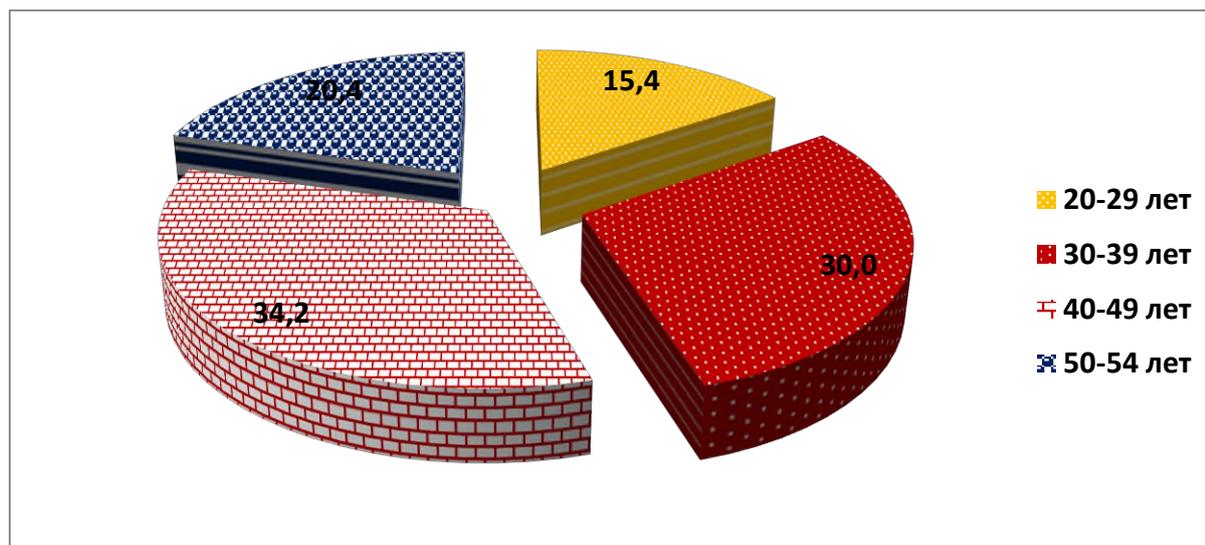


Рисунок 21 – Структура сельских женщин по возрасту, %.

Социально-гигиеническая характеристика сельских женщин показала, что одна треть (34,7%) имеет среднее специальное образование, половина (48,4%) общее среднее образование, 13,4% – высшее образование, 3,5% – образование ниже среднего.

Известно, что семья представляет собой одну из важнейших ценностей человека и является ключевым звеном в системе обеспечения социальной помощи. Семейное положение обследованных женщин характеризовалось тем, что в зарегистрированном браке состояли 68,2% женщин, в гражданском браке – 7,9%, не состояли в браке – 4,4%, разведены – 8,2% и являлись вдовами – 11,3% женщин (рисунок 22).

Женщин, состоящих в зарегистрированном браке, было больше в возрастной группе 30-39 лет (73,5%), состоящих в гражданском браке – в 20-29 лет (14,8%), разведенных – в возрастной группе 40-49 лет (10,9%), вдовых – в возрастной группе 50-54 года (14,2%) (таблица 47).

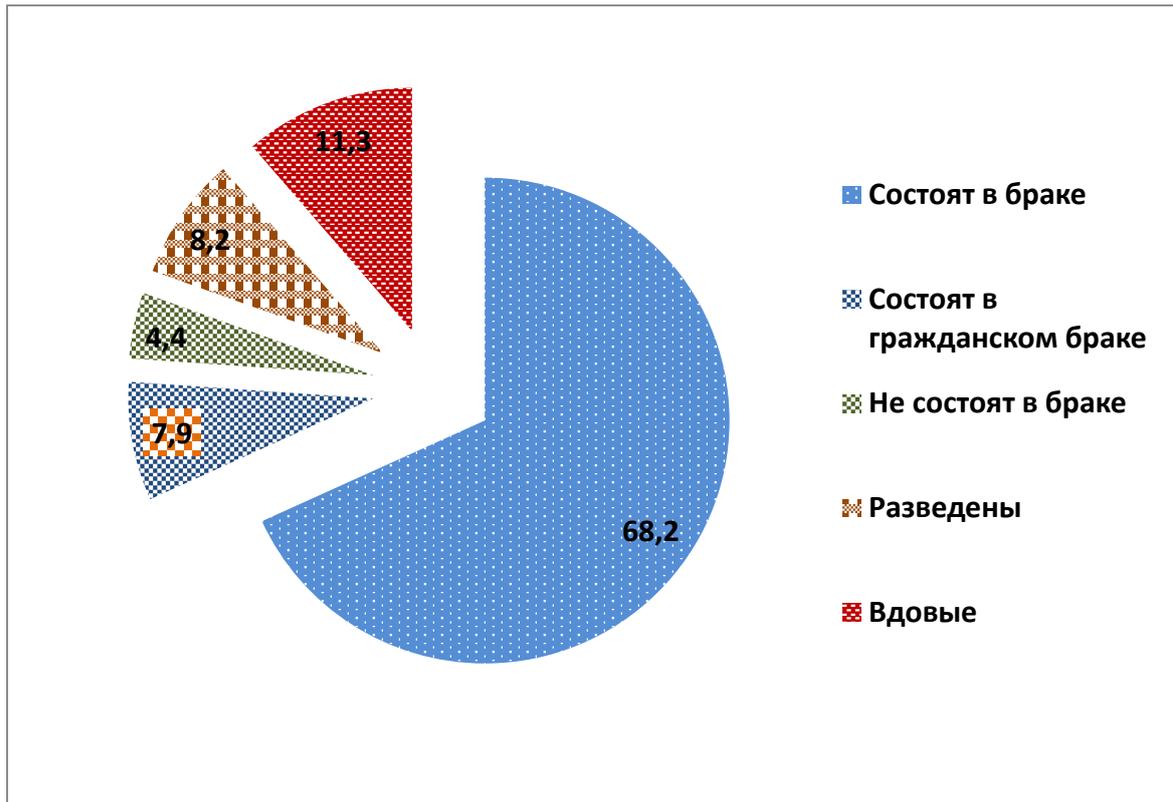


Рисунок 22 – Структура сельских женщин по состоянию в браке, %.

Результаты исследования показали, что работающими оказались лишь 46,2% женщин, из них 32,6% были заняты на рабочих специальностях, 13,6% были служащими. Доля неработающих женщин достаточно велика и составляет 53,8%, из них 30,1% – домохозяйки, 20,3% – пенсионеры, 3,4% – инвалиды.

Таблица 47 – Распределение сельских женщин по семейному положению в зависимости от возраста, %

Семейное положение	Возрастные группы, лет				Итого
	20-29	30-39	40-49	50-59	
Юридический брак	67,3	73,5	70,9	67,7	68,2
Гражданский брак	14,8	8,1	5,1	4,5	7,9
Не состоит в браке	14,2	6,3	3,9	3,3	4,4
Разведена	3,7	7,6	10,9	10,3	8,2
Вдова	-	4,5	9,2	14,2	11,3
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Согласно результатам опроса среди работающих женщин большая доля (35,9%) была занята в агропромышленном секторе. В сфере торговли трудятся 12,6% женщин, в обрабатывающем производстве – 15,2% женщин, в сфере бытового обслуживания – 6,9%, в лесном хозяйстве – 5,9%, в сфере образования и здравоохранения – 6,5%, на прочих работах занято 17,0% опрошенных.

Сельское хозяйство относится к числу отраслей экономики, где также отмечаются неблагоприятные условия труда, и не всегда автоматизация и механизация технологических процессов полностью устраняет влияние неблагоприятных факторов производственной среды и трудового процесса на состояние здоровья. По данным проведенного исследования установлено, что среди работающих женщин 25,8% подвергаются воздействию неблагоприятных производственных факторов, 20,3% трудятся на работах, связанных с напряженностью трудового процесса.

Изучение жилищно-бытовых условий проживания женщин показало, что у 77,3% обследованных в жилых помещениях отсутствует централизованное водоснабжение и канализация, у 45,4% отсутствует газовое отопление, половина женщин (52,3%) отметили, что присутствует загрязнение окружающей среды отходами животноводства, птицеводства, фермерских хозяйств и др.

Особенности труда и быта сельского населения характеризуются высоким уровнем физической активности с некоторым снижением ее в зимнее время, что связано с сезонностью сельскохозяйственных работ. По нашим данным малоподвижный образ жизни характерен для

Уровень экономического дохода во многом определяет качество жизни населения. Опрос показал, что среди наиболее острых проблем сельские женщины всех возрастных категорий на первом месте указали

низкий уровень дохода, который складывается из зарплаты, пенсий, ведения частного хозяйства. Только у 28,7% женщин подушевой доход был выше прожиточного минимума, у остальных на уровне или ниже прожиточного минимума, что не позволяет обеспечить достойный уровень жизни, в том числе рационально питаться, получать качественную медицинскую помощь и приобретать необходимые медикаменты.

Социальная неустроенность, безработица, низкий материальный доход вызывают чувство тревоги, безысходности, психоэмоциональное напряжение. Исследования показали, что психоэмоциональный стресс испытывают 63,2% опрошенных, среди них основной причиной являются безработица и низкий доход (62,8%), семейное неблагополучие вследствие пьянства мужчин в семье (39,2%), что негативно сказывается на здоровье.

Оценка питания по величине росто-весового соотношения (индекс массы тела) показала, что среди сельских женщин 46,3% имеют избыточную массу тела.

На вопрос: «Что является причинами, предрасполагающими к развитию заболеваний?» – 64,3% указали на низкий уровень дохода, 59,2% – условия труда и быта, 43,4% – избыточное употребление алкоголя, 58,8% – нерациональное питание, 41,8% – психоэмоциональный стресс, 29,9% - семейное неблагополучие, 16,4% - наследственные факторы, 10,7% - курение и другие.

Вышеперечисленные факторы формирования здоровья, обозначенные женщинами в ходе анкетного опроса, в отдельных возрастных группах отличались. Так, наличие неблагоприятных условий труда и быта в возрастной группе 40-49 лет указали 35,9% сельских женщин, в 50-54 года – 55,0%, низкий уровень дохода – 59,3% и 62,9% соответственно, нерациональное питание – 59,1% и 66,2%, избыточное

употребление алкоголя – 69,0% и 73,5%, психоэмоциональный стресс – 49,1% и 53,6%, курение – 40,0% и 55,5% и др.

Проведенный анализ позволил определить частоту причин, формирующих здоровье сельских женщин, по их мнению, и провести их ранговое распределение (таблица 48).

Оценка причин формирования хронических заболеваний сельских женщин показала, что к факторам риска они отнесли неблагоприятные производственные факторы, низкую медицинскую активность, низкий уровень материального дохода, нерациональное питание, низкую доступность медицинской помощи.

Таблица 48 – Мнение сельских женщин о причинах формирования хронических заболеваний, на 100 обследованных

Причины	На 100 обследованных	Ранг
Неблагоприятные жилищно-бытовые условия	67,3	4
Неблагоприятные производственные факторы	25,8	8
Низкий уровень материального дохода	85,1	1
Нерациональное питание	73,0	2
Частое употребление алкоголя	23,9	9
Курение	14,3	10
Малоподвижный образ жизни	13,2	11
Психоэмоциональный стресс	43,2	7
Избыточная масса тела	46,3	6
Низкая доступность квалифицированной врачебной помощи	71,0	3
Низкая медицинская активность	65,0	5

Характеристика медицинской активности городских женщин

В данной подглаве изложены результаты исследования медицинской активности городских женщин. В сохранении здоровья значимое место имеет своевременное обращение за медицинской

помощью при возникновении заболеваний, их предвестников или их факторов риска.

Нами установлен относительно не высокий уровень медицинской активности. Так, своевременно не обращаются к врачу при возникновении жалоб 36,3 женщин из 100 опрошенных, а не выполняют назначения врача половина (36,0 женщин из 100 опрошенных) (таблица 49).

Одна треть женщин не регулярно проходят медицинский осмотр (35,3 из 100 опрошенных), 37,8 женщин из 100 опрошенных не контролируют свое артериальное давление.



Низкая медицинская активность больше характерна для женщин в возрастной группе 20-29 лет. Среди них 83,2 женщин из 100 опрошенных не обращаются в медицинские организации с профилактической целью. В возрастной группе старше 40 лет не обращаются в медицинские организации с профилактической целью 45,3 женщин из 100 опрошенных. Невыполняющих назначения врачей, несоблюдающих сроки диспансерного наблюдения, также уменьшается в старших

возрастных группах. Более сознательное отношение к своему здоровью у женщин старших возрастных группах проявляется и в том, что половина ведут наблюдение за артериальным давлением.

Медицинская активность определяется и такими поведенческими факторами, как соблюдение рекомендаций врача по соблюдению режима питания, воздержание от потребления жирных, копченых, соленых продуктов, являющихся факторами риска многих заболеваний. В результате опроса выявлено, что не соблюдают режим питания 65,4 женщин из 100 опрошенных, причем таких женщин больше в молодых возрастных группах, что, видимо, связано с режимом обучения и работы, воспитанием детей.

Таблица 49 - Показатели медицинской активности городских женщин, на 100 опрошенных

Критерии медицинской активности	Возрастные группы, лет				Итого
	20-29	30-39	40-49	50-54	
1	2	3	4	5	6
Не обращаются в медицинские организации профилактической целью	83,2	68,5	44,7	45,9	65,7
Не обращаются в медицинские организации при появлении жалоб	56,4	46,2	28,6	30,2	36,3
Не обращаются в медицинские организации в сроки диспансерного наблюдения	56,7	46,2	28,5	28,7	32,8
Не выполняют назначения врача	56,7	42,5	35,6	32,4	36,0

продолжение таблицы 49

1	2	3	4	5	6
Не ведут наблюдение за артериальным давлением	77,5	76,4	45,9	32,4	37,8
Не проходят своевременно медицинский осмотр	37,3	32,5	38,3	32,0	35,0
Не соблюдают режим питания	75,5	63,3	68,0	62,7	65,4
Питаются нерационально	54,3	55,0	48,0	48,3	52,2
Потребляют часто алкоголь	29,2	34,8	49,3	45,4	41,8
Курят	36,8	36,0	22,5	22,9	24,8
Ведут малоподвижный образ жизни	35,7	34,8	55,7	52,8	44,7

Из 100 опрошенных 52,2 женщины указали, что питаются нерационально. Среди них половина указали, что редко потребляют овощи и фрукты, около двух третей не потребляют рыбные продукты. В целом около 39,3% городских женщин были с низкой медицинской активностью.

Причинами низкой медицинской активности являются: нехватка времени (43,1 женщин из 100 опрошенных), материальные затруднения (28,4 женщин из 100 опрошенных), отсутствие уверенности в эффективности медикаментов (30,3 женщин из 100 опрошенных), отсутствие в поликлиниках специалистов (43,0 из 100 опрошенных), неуверенность в квалификации врачей (56,0 из 100 опрошенных), отдаленность медицинских организаций (24,6 женщин из 100 опрошенных) (рисунок 23).

Каждая восьмая женщина уверена, что организм самостоятельно справляется с болезнями (12,5 женщин из 100 опрошенных). Незначительная доля женщин считает, что не имеют достаточных знаний

о факторах риска здоровью и здоровом образе жизни (14,3 женщин из 100 опрошенных). Не имеют желания заботиться о своем здоровье 11,5 женщин из 100 опрошенных, в основном это молодые женщины.

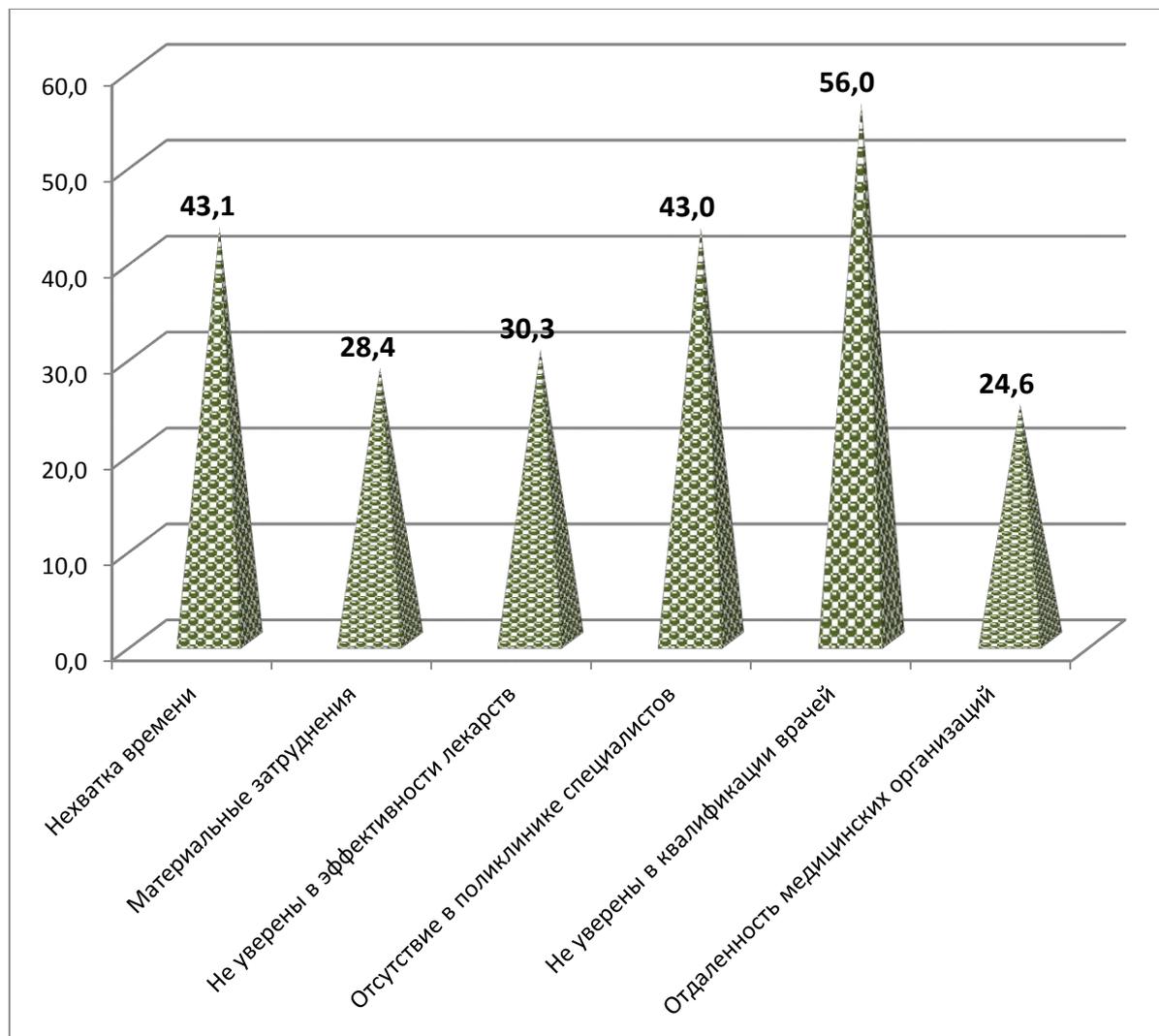


Рисунок 23 – Причины низкой медицинской активности городских женщин, на 100 опрошенных

Из числа обследованных 41,8% часто употребляют алкоголь (около 3-х раз в течение недели), в основном потребляли вино (56,7% женщин), употребляли водки 15,2%, пиво – 18,2%, коньячные изделия - 5,6%, другие напитки – 4,3% женщин.

Курят 24,8% женщин. В возрастной группе 20-29 лет курят 45,6%, в возрастной группе 30-39 лет – 25,7%, в возрастной группе 40-49 лет – 17,8%, в возрастной группе 50-54 года – 10,9%

По ответам городских женщин выяснилось, что не соблюдают режим питания 65,4 женщины из 100 опрошенных, 52,2 – питаются нерационально (таблица 50).

Так, часто употребляют продукты с содержанием животного жира – 45,8 женщин из 100 опрошенных, редко потребляют рыбные продукты – 59,0 женщин из 100 опрошенных, овощи и фрукты – 34,6 женщин из 100 опрошенных, часто пересаливают продукты – 42,3 женщины из 100 опрошенных, любят сладкие продукты 63,0 женщины из 100 опрошенных и др. По возрастным группам особых различий в характере питания не отмечалось.

Таблица 50 – Распределение городских женщин по характеру питания, на 100 обследованных

Характер питания	Возрастные группы, лет				Итого
	20-29	30-39	40-49	50-54	
Не соблюдают режим питания	68,4	67,5	72,8	60,4	65,4
Часто потребляют жирную пищу	56,4	44,7	50,2	42,4	45,8
Часто пересаливают пищу	48,7	40,3	44,8	41,5	42,3
Часто потребляют сладкие продукты	68,8	62,3	66,5	58,4	63,0
Редко потребляют рыбные продукты	68,0	60,4	63,2	54,4	59,0
Редко потребляют овощи и фрукты	39,0	32,5	41,2	30,4	34,6

Для половины городских женщин (44,7%) ведут малоподвижный образ жизни, видимо связанный с режимом работы или обучения. В тоже время лишь часть из них для повышения физической активности

используют различные виды двигательной активности. Так, утреннюю гимнастику делает лишь каждая четвертая женщина - 26,2%, занимаются ходьбой каждая третья женщина - 32,3%, занимается бегом 6,7%, посещает фитнес-клубы – 7,1%, регулярно (не менее 2-х раз в неделю) занимается плаванием - 5,3%.

Резюме. Медико-социальная характеристика городских женщин свидетельствует, что средний возраст их составил $42,7 \pm 1,4$ года. Около половины женщин имеют высшее образование, 63,9% состояли в браке, 86,2% работали, половина из них были служащими, воздействие производственных факторов на рабочем месте отметили 35,6%, наличие стрессовых ситуаций – 56,4%. Характеристика образа жизни свидетельствует, что 44,7% ведут малоподвижный образ жизни, 41,8% часто употребляют алкоголь, 24,8% курят, 65,4% не соблюдают режим питания, около половины питаются нерационально. Нами установлен относительно не высокий уровень медицинской активности.



Так, не обращаются к врачу при возникновении жалоб 36,3 женщины из 100 опрошенных, не выполняют назначения врача 36,0

женщин из 100 опрошенных. Лишь две трети женщин регулярно проходят медицинский осмотр (64,7 женщин из 100 опрошенных), не контролируют свое артериальное давление 47,8%.

Почти половина опрошенных (46,7 из 100 опрошенных) причинами, предрасполагающими к развитию заболеваний, считают состояние окружающей среды и условия труда, каждая четвертая женщина (24,3 из 100 опрошенных) – низкую доступность и плохое качество медицинской помощи, столько же (25,6%) – нерациональное питание, стресс (22,5 из 100 опрошенных), каждая пятая (18,9 из 100 опрошенных) – гиподинамию и др.

Характеристика медицинской активности сельских женщин

Исследования медицинской активности сельских женщин показали, что при появлении жалоб за медицинской помощью обращаются лишь 45,0% сельских женщин, из них две трети обращаются к фельдшерам. Занимаются самолечением, используя средства народной медицины, около половины обследованных женщин, выполняют назначения врача лишь 47,7%, что связано преимущественно с низким уровнем дохода. Регулярно проходит медицинский осмотр каждая вторая женщина, преимущественно работающая, контролируют свое артериальное давление 26,2% женщин (таблица 51).

Характеристика медицинской активности в отдельных возрастных группах показала, что в старших возрастных группах несколько больше обращающихся за медицинской помощью и выполняющих назначения врачей. Особенности условий и образа жизни, низкая доступность медицинской помощи не позволяют повышать медицинскую активность женщин в сельской местности.

Таблица 51 - Показатели медицинской активности сельских женщин,
на 100 опрошенных

Критерии медицинской активности	Возрастные группы, лет				Итого
	20-29	30-39	40-49	50-54	
Не обращаются в медицинские организации с профилактической целью	87,7	78,2	65,7	70,9	72,2
Не обращаются в медицинские организации при появлении жалоб	64,2	58,8	48,6	45,0	55,0
Не обращаются в медицинские организации в сроки диспансерного наблюдения	66,7	62,2	48,6	48,8	52,0
Не выполняют назначения врача	61,4	60,6	52,5	42,4	52,3
Не ведут наблюдение за артериальным давлением	83,3	81,8	62,6	65,0	73,8
Не проходят своевременно медицинский осмотр	29,9	45,7	58,3	52,0	48,0
Не соблюдают режим питания	76,4	73,4	69,2	71,0	73,0
Питаются нерационально	64,5	65,7	58,4	61,2	68,0
Потребляют часто алкоголь	42,9	54,4	69,4	66,2	62,1
Курят	26,8	24,5	8,6	10,8	14,3
Ведут малоподвижный образ жизни	15,4	22,5	28,8	22,8	23,8

Несмотря на более благоприятные, чем в городе, состояние окружающей среды и качество продуктов питания, большинство сельских женщин питаются нерационально (64,5 женщин из 100

опрошенных), в частности, не соблюдают режим питания (73,0 женщин из 100 опрошенных), избыточно употребляют жирную, соленую пищу (71,2 женщин из 100 опрошенных), редко употребляют рыбу (65,8 женщин из 100 опрошенных), фрукты (69,6 женщин из 100 опрошенных) и др. (рисунок 24). Основными факторами, определяющими пищевые предпочтения, сельские женщины указали финансовые возможности и доступность продуктов в торговой сети. Одним из барьеров для перехода на более здоровую диету явилась стоимость продуктов питания для женщин с низким материальным доходом.

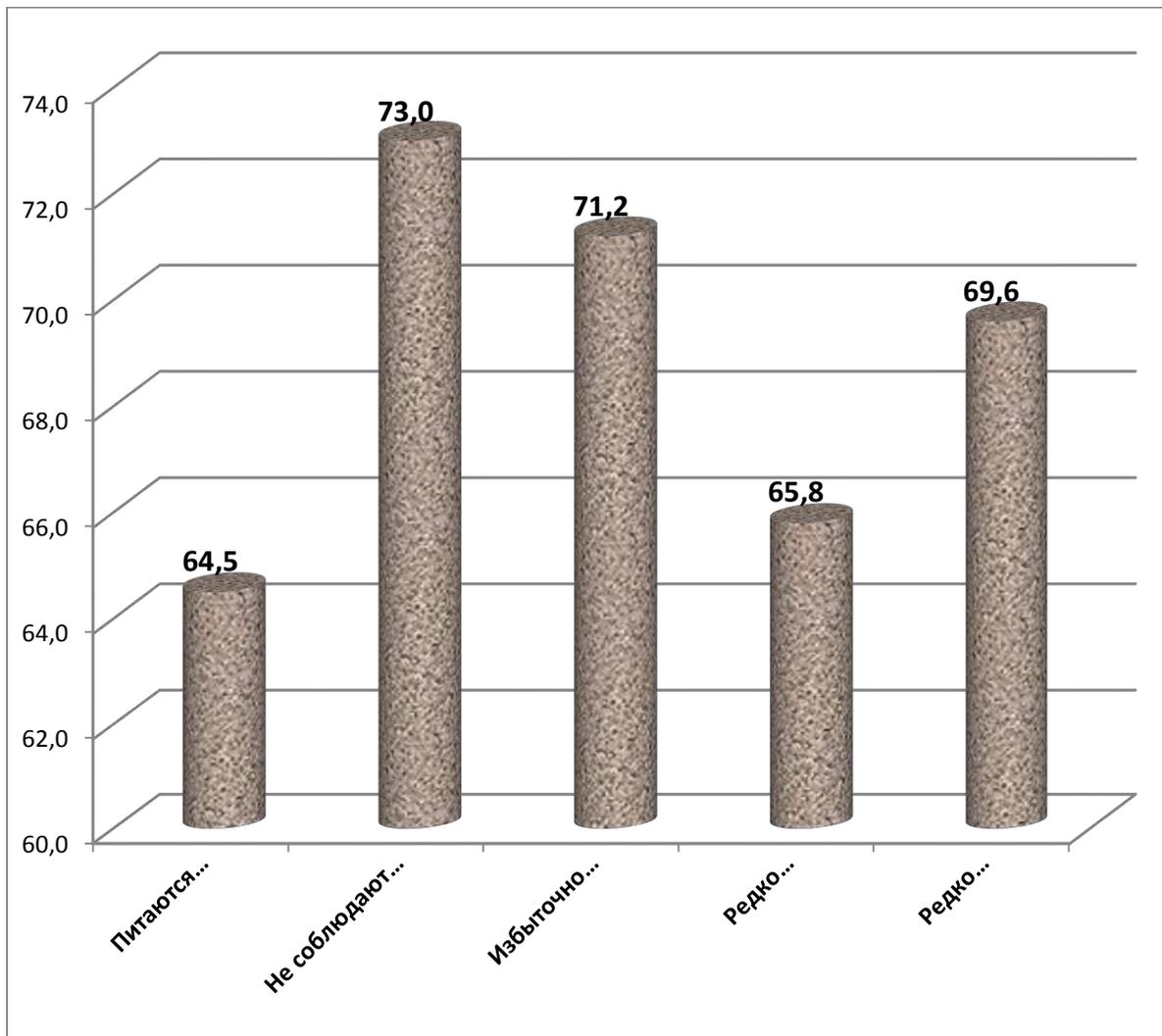


Рисунок 24 – Характеристика питания сельских женщин, на 100 опрошенных.

Полученные результаты свидетельствуют, что низкая медицинская активность характерна для 65,0% опрошенных женщин. В сельской местности употребляющих часто алкоголь женщин было больше (62,1%), чем среди городских женщин. Причем во всех возрастных группах доля таких женщин значительна, за исключением сельских женщин в возрасте 20-29 лет, где их доля составила 42,9%. Часто потребляемыми видами алкоголя были водка и крепкие спиртные напитки собственного изготовления. В молодых возрастных группах женщины чаще потребляли пиво.

По сравнению с городскими женщинами среди сельских женщин было меньше курящих, доля их составила 14,3%. Несколько больше в молодых возрастных группах (26,8% в возрастной группе 20-29 лет) и меньше в старших возрастных группах (около 10,0% в возрастной группе старше 40 лет).

Не заботятся о своем здоровье 64,0% женщин в связи с нехваткой времени, 58,0% - материальными затруднениями, 71,0% - низкой доступностью квалифицированной врачебной помощи, 55,2% - недостаточной информированностью о методах сохранения здоровья, факторах риска здоровью и здоровом образе жизни (рисунок 25).

Резюме. Возраст обследованных сельских женщин составил $44,6 \pm 1,2$ года, одна треть имеет среднее специальное образование, 68,2% состоят в браке, работают 46,2%, большая часть которых заняты в агропромышленном комплексе.

Среди работающих 25,8% подвергаются воздействию неблагоприятных производственных факторов, 20,3% трудятся на работах, связанных с напряженностью трудового процесса. У 77,3% обследованных в жилых помещениях отсутствует централизованное водоснабжение и канализация, у 45,4% - газовое отопление, половина женщин отметили, что присутствует загрязнение окружающей среды

отходами животноводства, птицеводства, фермерских хозяйств и др. Низкий уровень жизни отметили более 80,0%.

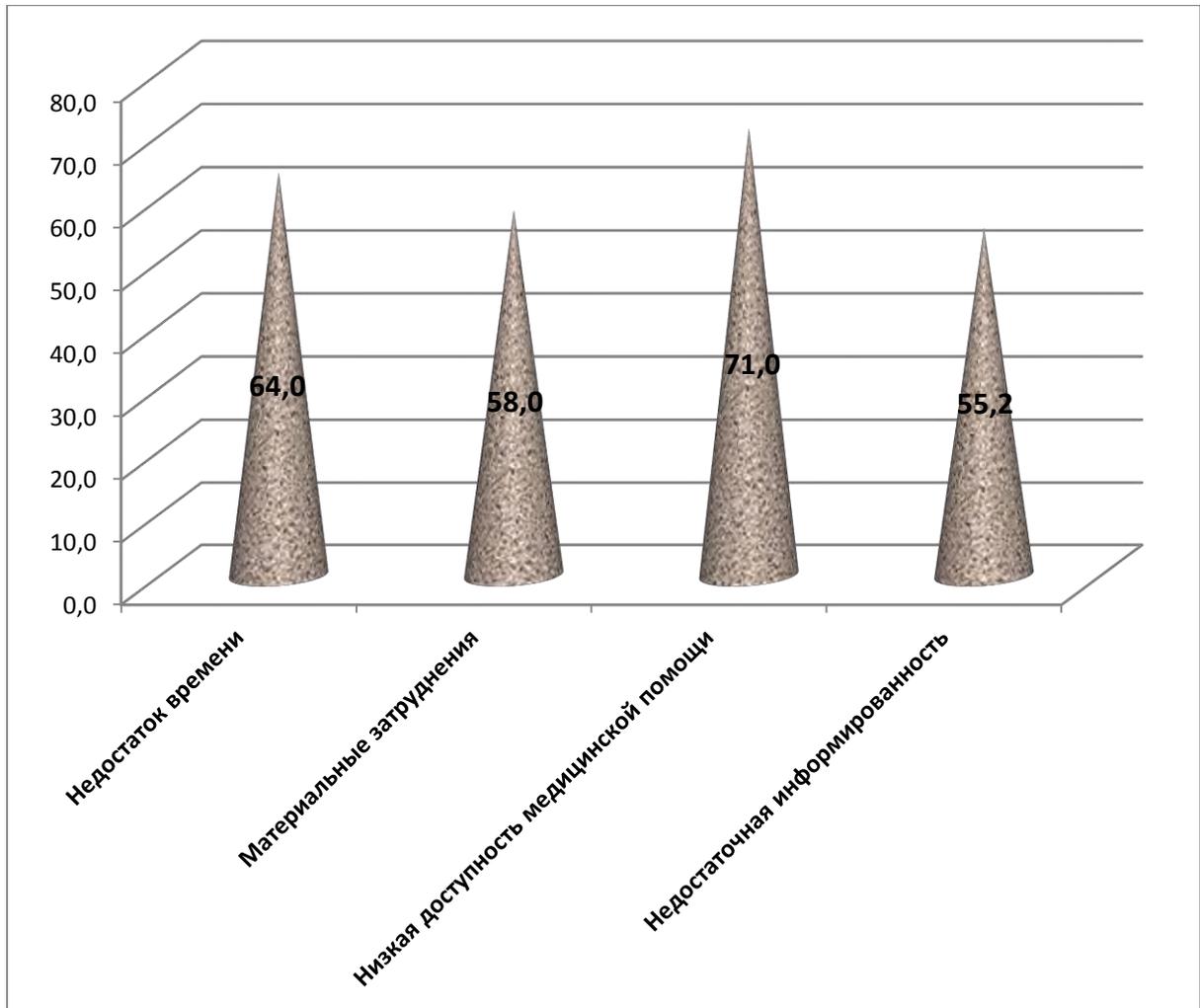


Рисунок 25 – Причины низкой медицинской активности сельских женщин, на 100 опрошенных

В сельской местности выявлена низкая медицинская активность женщин. Так, только 45,0 женщин из 100 опрошенных обращаются за медицинской помощью, 47,7 женщин из 100 опрошенных выполняют назначения врачей.

Сравнительная медико-социальная характеристика городских и сельских женщин

Сравнительная социально-гигиеническая характеристика городских и сельских женщин показала, что 66,1% женщин состоят в юридически оформленном браке, их чуть больше среди сельских женщин, 10,0% – в гражданском браке (таблица 52).

Таблица 52 – Распределение городских и сельских женщин
по семейному положению, %

Семейное положение	Город	Село	Итого
Юридический брак	63,9	68,2	66,1
Гражданский брак	12,1	7,9	10,0
Разведены	9,6	8,2	8,9
Вдовы	3,1	11,3	7,2
Не состоят в браке	11,3	4,4	7,9
Всего ...	100,0	100,0	100,0

Таковых в 1,5 раза больше среди городских женщин. Среди городских женщин несколько больше разведенных (9,6%) и значительно (в 3,6 раза) меньше число вдовых (3,1% и 11,3%, $p < 0,05$). Однако среди городских женщин достоверно больше одиноких (11,3% не состоящих в браке в городе и 4,4% - в селе) По образовательному уровню городские и сельские женщины также имели различия. Городские женщины отличались более высоким уровнем образования, среди них 45,9% были с высшим образованием, а среди сельских женщин таковых было лишь 13,4% ($p < 0,05$). Третья часть сельских женщин имела среднее общее образование (34,6%), среди городских женщин их достоверно в 2 раза ниже (17,3% и 51,9%, $p < 0,05$) (рисунок 26).

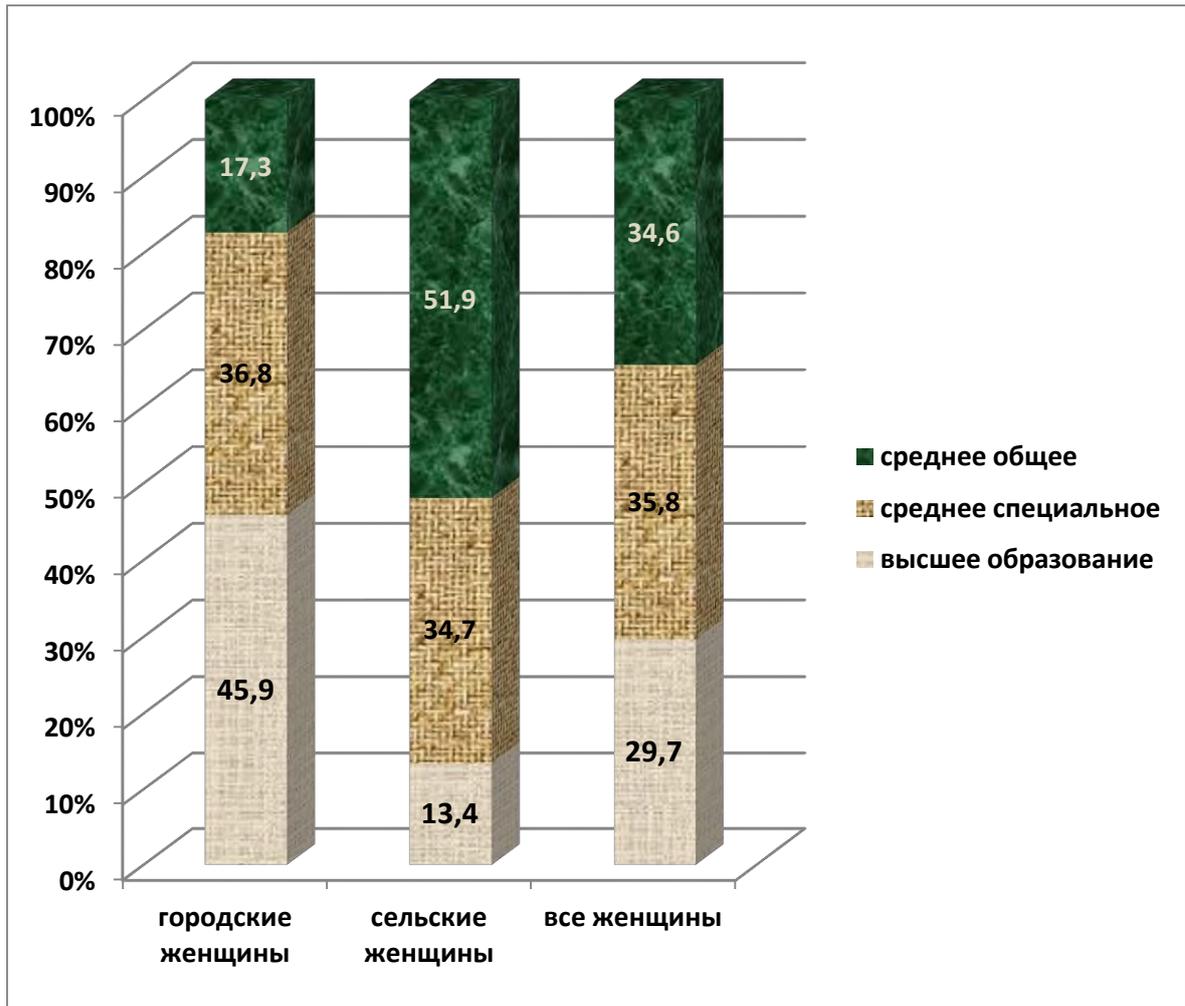


Рисунок 26 – Распределение женщин по уровню образования, %.

Сравнительная социально-гигиеническая характеристика женщин показала, что достоверно больше среди городских женщин работающих (80,2% и 46,2%). Среди работающих городских женщин 35,6% подвергаются воздействию вредных производственных факторов (таблица 53).

Среди городских женщин в 1,8 раза больше работающих и столько же с низкой физической активностью, в 1,7 раза – курящих. Другие показатели были значительно хуже среди сельских женщин. Среди сельских женщин в 1,5 раза больше занятых преимущественно физическим трудом, в 1,4 раза больше часто потребляющих алкоголь, в 1,8 раза - с низкой медицинской активностью. Большая часть сельских женщин, по сравнению с городскими женщинами имела низкий доход

(71,3% сельские женщины и 25,8% городские женщины), проживали в плохих жилищных условиях (65,4% сельские женщины и 50,1% городские женщины).

Таблица 53 – Сравнительная медико-социальная характеристика городских и сельских женщин

Показатели	Городские женщины	Сельские женщины	p
Работающая	80,2±0,85	46,2±1,2	<0,001
Подвергается воздействию вредных факторов производства	35,6±1,1	25,8±1,0	<0,001<
Преимущественно физический труд	45,6±1,1	67,5±1,1	<0,001<
Испытывает частые стрессы на работе и дома	46,6±1,0	63,2±1,1	<0,001
Часто потребляет алкоголь	41,8±1,0	62,1±1,1	<0,001
Курит	24,8±0,9	14,3±0,6	<0,001
Низкая медицинская активность	39,3±1,0	65,0±1,1	<0,001
Не соблюдает режим питания	65,4±1,0	64,5±1,1	>0,05
Питается не рационально	52,2±1,1	68,0±1,0	<0,001
Низкий доход	25,8±0,9	75,1±0,9	<0,001
Плохие жилищные условия	50,1±1,1	65,4±1,1	<0,001
Низкая физическая активность	44,7±1,1	23,8±1,2	<0,001
Недостаточный сон	34,5±0,9	53,8±1,2	<0,001

Социально-гигиеническая характеристика женщин, проживающих в условиях города, отнесенных в первую и третью оценочную группы здоровья, показала, что достоверные различия выявлены по таким характеристикам, как наличие постоянной работы (в первой группе 88,3 из 100 женщин, в третьей группе 62,5), занятость физическим трудом - соответственно 32,6 и 58,1 из 100 женщин, подвергающиеся воздействию факторов производства – соответственно 13,3 и 58,1 из 100 женщин, подвергающиеся частым стрессам – соответственно 26,2 и 62,5 из 100 женщин и т.д. (таблица 54).

В целях изучения влияния отдельных факторов на формирование хронической патологии был применен однофакторный дисперсионный анализ с вычислением коэффициента силы влияния контролируемого фактора (η^2). Величина η^2 позволила нам проранжировать факторы по степени их влияния. Среди городских женщин, отнесенных в третью оценочную группу, доля влияния нерационального питания составила 22,4%, низкой физической активности – 19,5%, низкой медицинской активности – 17,8%, вредных производственных факторов – 16,1%, частых стрессов на работе и в быту – 9,8%.

Таблица 54 – Социально-гигиеническая характеристика городских женщин с первой и третьей оценочной группой здоровья

Показатели	Первая группа	Третья группа	p	η^2 , %	Ранги
Работающая	88,3	62,5	0,001	6,2	6
Подвергается воздействию факторов производства	13,3	58,1	0,001	16,1	4
Преимущественно физический труд	32,6	58,1	0,001	3,3	7
Испытывает частые стрессы на работе и дома	26,2	66,9	0,001	9,8	5
Часто потребляет алкоголь	34,6	57,9	0,001	3,1	8
Низкая медицинская активность	12,7	69,9	0,001	17,8	3
Питается нерационально	30,8	73,6	0,001	22,4	1
Низкий доход	19,4	32,6	0,001	0,3	11
Плохие жилищные условия	48,3	52,4	0,23	1,0	9
Низкая физическая активность	21,2	71,6	0,001	19,5	2
Недостаточный сон	29,2	38,4	0,01	0,8	10

Сравнительная социально-гигиеническая характеристика сельских женщин, отнесенных в первую и третью оценочную группу здоровья, показала, что достоверные различия выявлены по основным характеристикам женщин. Достоверно выше среди женщин, отнесенных

в третью оценочную группу здоровья, питающихся нерационально (73,6 из 100 женщин, против 30,8 из 100 женщин первой оценочной группы), с низкой физической активностью (71,6 и 21,2 из 100 женщин), с низкой медицинской активностью (69,9 и 26,2 из 100 женщин) и т.д. (таблица 55). Среди сельских женщин, отнесенных в третью оценочную группу здоровья, по доле влияния первые пять мест заняли: низкий доход (20,8%), низкая медицинская активность (19,4%), преимущественно физический труд (18,5%), нерациональное питание (17,1%), частое потребление алкоголя (16,5%).

Таблица 55 - Социально-гигиеническая характеристика сельских женщин с первой и третьей оценочной группой здоровья, %

Показатели	Первая	Третья	p	η^2 , %	Ранги
Работает	43,0	49,4	0,08	1,4	10
Подвергается воздействию факторов производства	19,2	38,7	0,001	3,0	8
Преимущественно физический труд	49,7	71,4	0,001	18,5	3
Испытывает частые стрессы на работе и дома	60,4	68,4	0,02	13,1	6
Часто потребляет алкоголь	45,2	70,6	0,001	16,5	5
Низкая медицинская активность	51,8	71,8	0,001	19,4	2
Питается не рационально	55,8	70,8	0,001	17,1	4
Низкий доход	67,2	73,1	0,001	20,8	1
Плохие жилищные условия	68,4	60,6	0,03	4,0	7
Низкая физическая активность	22,5	25,0	0,43	1,0	11
Недостаточный сон	57,5	53,1	0,23	1,5	9

Нами проведена сравнительная социально-гигиеническая характеристика городских и сельских женщин, отнесенных в первую и третью оценочные группы здоровья (рисунок 27).

Полученные результаты свидетельствуют, что городские женщины первой оценочной группы от сельских женщин отличались тем, что среди

них в 2 раза больше работающих (соответственно 88,3% и 43,%) и 2 раза больше курящих (соответственно 29,2% и 15,2%). Среди сельских женщин первой оценочной группы значительно больше занятых преимущественно физическим трудом (49,7% сельских женщин, 32,7% городских женщин), с низкой медицинской активностью (51,8% сельских женщин и 12,7% городских женщин), питающихся нерационально (55,8% сельских женщин и 30,8% городских женщин) и др.

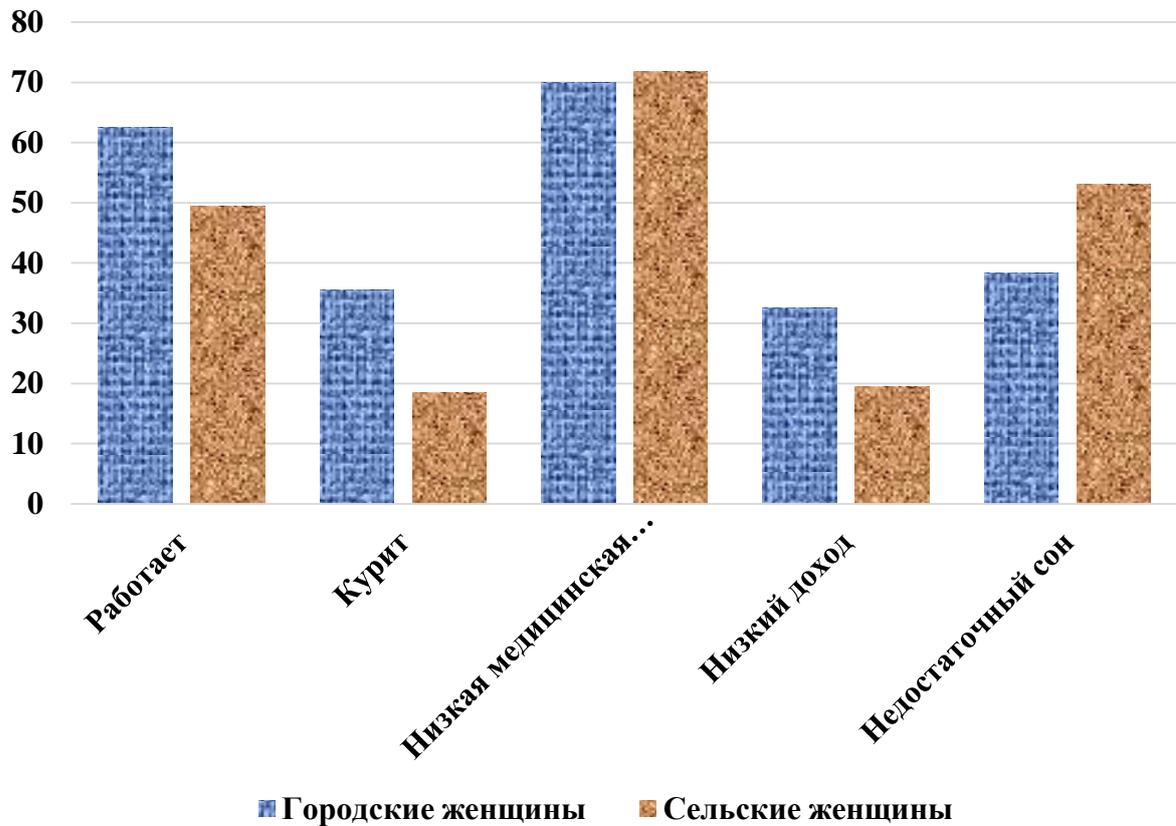


Рисунок 27 – Социально-гигиеническая характеристика городских и сельских женщин с первой оценочной группой здоровья, на 100 опрошенных

Сравнительная медико-социальная характеристика женщин, отнесенных в третью оценочную группу, показала, что среди городских женщин достоверно больше имеющих постоянную работу (62,5% среди городских и 49,4% среди сельских женщин), подвергающихся

воздействию производственных факторов (58,1% среди городских и 38,7% среди сельских женщин), курящих (соответственно 35,5% и 18,4%).

Среди сельских женщин, находящихся в третьей оценочной группе, по сравнению с таковыми среди городских женщин, значительно больше занятых физическим трудом (71,4% среди сельских и 58,1% среди городских женщин), с низким доходом (73,1% среди сельских и 32,6% среди городских женщин), часто потребляющих алкоголь (70,6% среди сельских и 57,9% среди городских женщин) (таблица 56).

Таблица 56 - Социально-гигиеническая характеристика городских и сельских женщин с первой и третьей оценочной группой здоровья

Характеристики	Первая городские	Первая сельские	Третья городские	Третья сельские
Работающая	88,3	43,0	62,5	49,4
Подвергается воздействию факторов производственной среды	13,3	19,2	58,1	38,7
Преимущественно физический труд	32,6	49,7	58,1	71,4
Испытывает частые стрессы на работе и дома	26,2	60,4	66,9	63,2
Часто потребляет алкоголь	34,6	45,2	57,9	70,6
Курит	29,2	15,2	35,5	18,4
Низкая медицинская активность	12,7	51,8	69,9	71,8
Не соблюдает режим питания	50,4	53,8	68,2	72,4
Питается не рационально	30,8	55,8	73,6	70,8
Низкий доход	19,4	67,2	32,6	73,1
Плохие жилищные условия	48,3	68,4	52,4	60,6
Низкая физическая активность	21,2	22,5	71,6	25,0
Недостаточный сон	29,2	57,5	38,4	53,1

Резюме. Анализ распределения женщин на оценочные группы

здоровья показал, что среди городских женщин преобладают лица с первой оценочной группой здоровья (18,4% женщин в городе и 14,3% женщин в селе), а среди сельских женщин – с третьей оценочной группой здоровья (25,2% женщин в городе и 34,3% женщин в селе). Отмечено, что с первой оценочной группой здоровья достоверно больше среди женщин в возрасте до 40 лет и проживающих в сельской местности (31,8% женщин в городе и 34,9% женщин в селе, $p < 0,05$), а с третьей оценочной группой здоровья достоверно больше среди женщин после 40 лет и проживающих в сельской местности (35,4% женщин в городе и 42,6% женщин в селе, $p < 0,05$).

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

Мероприятия по профилактике заболеваний женщин

Информированность населения о заболеваниях, причинах их возникновения, выполнения мероприятий по их профилактике является не менее важным аспектом в охране здоровья населения. В условиях сельской местности информированность населения значительно ниже, чем в городской местности ввиду низкой санитарной и образовательной культуры женщин, большой занятости домашним трудом, ограниченной возможности доступа к средствам и методам получения информации.

С целью повышения информированности женщин о причинах формирования заболеваний, мерах профилактики, о здоровьесохранительном поведении было проведено тестирование 450 городских и 320 сельских женщин. В проведении тестирования участвовали фельдшера и акушерки ФАПов и врачи. Тестирование выявил низкий уровень информированности женщин.

Так, первоначально было проведено повышение квалификации фельдшеров и акушерок ФАП о факторах риска заболеваний женщин, методах проведения пропаганды здорового образа жизни в центре повышения квалификации средних медицинских работников.

Лекции и семинарские занятия для фельдшеров, акушерок включали в себя: информацию о заболеваниях сердца, сосудов, эндокринной системы, органов пищеварения, о заболеваниях молочной железы, матки, яичников, шейки матки, факторах риска заболеваний, о возможных осложнениях этих заболеваний. После повышения квалификации фельдшера и акушерки ФАП организовали обучение сельских женщин репродуктивного возраста.

Для изучения медицинской информированности женщин выбрали 3 блока вопросов: 1. о симптомах хронических заболеваний; 2. о причинах заболеваний их профилактики; 3. об осложнениях и последствиях хронических заболеваний.

Были оценены следующие параметры информированности женщин: знают ли симптомы хронических заболеваний, какие причины возникновения заболеваний и какие могут быть осложнения этих заболеваний.

Результаты исследования показали, что из числа опрошенных 45,3% городских и 36,0% сельских женщин знают, симптомы и признаки проявления хронических заболеваний, 37,4% городских и 33,5% сельских женщин осведомлены о причинах возникновения заболеваний, 42,3% и 34,5% женщин соответственно знают о возможных осложнениях хронических заболеваний при не обращении за медицинской помощью (таблица 57).

Таблица 57 – Информированность женщин о заболеваниях
и причинах их формирования, %

Показатели	Знают симптомы хронических заболеваний		Знают причины формирования хронических заболеваний		Знают возможные осложнения заболеваний	
	городские женщины	сельские женщины	городские женщины	сельские женщины	городские женщин	сельские женщины
Заболевания сердечно-сосудистой системы	47,4	35,0	55,5	42,7	54,4	35,4
Заболевания эндокринной системы	33,6	28,0	35,5	27,9	25,4	22,6
Заболевания желудочно-кишечного тракта	56,8	45,0	19,0	25,7	50,7	45,3
Заболевания репродуктивной системы	47,4	49,0	22,5	15,7	26,7	13,7
Онкологические заболевания	22,8	54,0	34,2	22,5	42,0	35,6
Прочие	37,3	35,0	35,5	36,4	35,6	32,1
Итого	45,3	36,0	37,4	33,5	42,3	34,5

В целом 40,2% городских женщин знают о здоровом образе жизни и мерах профилактики заболеваний. Среди сельских женщин таковых оказалось 34,7%. После проведения с городскими и сельскими женщинами семинаров, бесед и других методов информирования привело к росту количества женщин с правильными ответами на вопросы тестов. Повторное тестирование городских и сельских женщин (320 городских и 250 сельских женщин) показало, что на 58,2 % больше стало ответов, знающих факторы риска хронических заболеваний, о значении медицинской активности в сохранении здоровья. Среди сельских женщин, информированных о здоровом образе жизни, увеличилось с 34,7 % до 53,5 %. Полученные данные свидетельствуют о несомненном значении в охране здоровья женщин информирования их о заболеваниях, об их симптомах, факторах риска, медицинской активности.

Для охраны здоровья женщин необходимо:

1. Увеличить охват женщин профилактическими осмотрами с целью раннего выявления острых и хронических заболеваний, повысить эффективность оздоровления женщин, увеличив полноту охвата и своевременность взятия на диспансерное наблюдение.

2. На уровне правительства Республики Башкортостан реализовать целевые программы по охране здоровья женского населения.
3. Основные мероприятия по охране здоровья женщин разрабатывать с учетом территориальных различий показателей состояния здоровья женского населения, учитывать при этом ресурсные возможности территорий. Целесообразно планировать организацию специализированной медицинской помощи для женщин с патологиями репродуктивной системы в межмуниципальных центрах. При этом необходимо предусмотреть кадровое и материально-техническое оснащение этих центров. В межмуниципальных центрах для территорий с высокой заболеваемостью и смертностью от онкологических заболеваний

отдельных локализаций увеличить объем исследований женщин с факторами риска онкологических заболеваний.



По примеру г. Уфа расширить сеть диагностических центров для профилактического осмотра женщин, в других городах Республики Башкортостан с охватом и сельских женщин приближенных к городам районов. Повысить уровень выявляемости онкопатологий женских половых органов на ранней стадии. Путем соблюдения маршрутизации пациентов повысить уровень оказания онкологической помощи.

4. Увеличить объем профилактических медицинских осмотров сельских женщин с участием врача акушера-гинеколога и врача-маммолога.

Организовать выездные бригады врачей специалистов для оказания профилактической медицинской помощи.



Для отдаленных населенных пунктов организовать передвижные ФАП.

5. Внедрить в работу медицинских организаций новые технологии (открытая регистратура, бережливая поликлиника и др.).



Повысить эффективность диспансеризации, увеличить охват женщин с хроническими заболеваниями диспансерным наблюдением, внедрить дополнительные критерии для оценки здоровья женщин и деятельности медицинских организаций.

6. Апробировать и внедрить проекты по отдельным направлениям охраны здоровья женского населения: раннее выявление онкологических заболеваний и их профилактика; профилактика бесплодия; снижение прерываний беременности; повышение санитарной культуры населения и медицинской активности; воспитание здорового поколения девушек; профилактика сердечно-сосудистых заболеваний и другие проекты.



7. Проводить информирование населения о факторах риска онкологических заболеваний, проводить массовый скрининг на наличие потенциально-опасных факторов риска, организовать диспансерное наблюдение за женщинами с факторами риска онкологических заболеваний.

8. Повысить уровень квалификации врачей первичного звена и онконастороженность их, разработать тесты для определения онконастороженности врачей.

9. В условиях женской консультации повысить эффективность профилактических осмотров. Женщин с патологиями репродуктивной системы взять на диспансерное наблюдение. Для предупреждения угрозы прерывания беременности, несостоявшихся аборт, самопроизвольных аборт женщин на ранних сроках беременности выявить факторы риска недонашивания и своевременно направлять их на стационарное лечение,

что позволить снизить экстренные патологии среди женщин и осложнения. Женщин с острыми воспалительными заболеваниями женской репродуктивной системы организовать лечение по стандарту, проводить реабилитационные мероприятия для снижения хронизации заболеваний в дневных стационарах.

10. Для женщин с бесплодием организовать лечение в учреждениях третьего уровня для получения высокотехнологичных методов лечения.

11. Для снижения риска развития заболеваний репродуктивной системы среди сельских женщин фельдшерам необходимо проводить с женщинами школы здоровья, семинары и лекции, используя материалы повышения квалификации в Центре повышения квалификации средних медицинских работников. Для повышения ответственности фельдшеров за своевременность прохождения медицинских осмотров сельских женщин определить стимулирующие выплаты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Уровень первичной и общей заболеваемости женщин мало отличается от официальных статистических данных всего взрослого населения Республики Башкортостан, однако есть различия в структуре заболеваемости. В структуре первичной заболеваемости взрослого населения республики первые три места заняли болезни органов дыхания, болезни мочеполовой системы, кожи и подкожной клетчатки, в структуре общей заболеваемости болезни системы кровообращения, органов дыхания и мочеполовой системы.

Отличительной особенностью структуры первичной заболеваемости городских женщин является большая доля болезней, связанных с акушерско-гинекологической патологией (20,9%), а сельских женщин – болезней системы кровообращения (26,4%).

Первичная заболеваемость среди городских женщин в 1,2 раза была выше, чем среди сельских женщин, а уровень общей заболеваемости был выше в 1,4 раза. Среди женщин старше трудоспособного возраста первичная и общая заболеваемость также оказались выше у городских женщин, что видимо обусловлено большей доступностью медицинской помощи в городе.

Ведущими причинами обращаемости городских женщин трудоспособного возраста были болезни органов дыхания (14,8%), мочеполовой системы (12,6%), осложнения беременности и родов (14,2%), болезни системы кровообращения (9,3%) и др., среди сельских женщин – болезни системы кровообращения (18,7%), органов дыхания (17,0%), осложнения беременности и родов (14,0%) и др.

Среди городских женщин трудоспособного возраста 42,1%, среди сельских женщин – 44,8% были с хронической патологией. Кратность

обращений в медицинские организации в течение года составила 6,1 раза, среди сельских женщин – 4,9 раза.

Сравнительный анализ репродуктивного здоровья городских и сельских женщин показал, что первичная заболеваемость городских женщин за период наблюдения была значительно выше, чем женщин села, что обусловлено, прежде всего, низкой доступностью медицинской помощи и низкой медицинской активностью женщин. Огромное значение имеет и не информированность женщин о болезнях женских тазовых органов.

Для изучения состояния репродуктивного здоровья женщин были использованы данные профилактических осмотров 750 городских женщин и 680 сельских женщин. Результаты свидетельствуют, что частота выявленных заболеваний у сельских женщин больше, чем у городских женщин. Среди городских женщин было выявлено 471,0 заболевание, среди сельских женщин – 751,0 заболевание на 1000 осмотренных. Среди сельских женщин в 1,5 раза выше, чем среди городских женщин число выявленных сальпингита и оофорита, эрозии и эктропиона шейки матки, в 1,3 раза – бесплодия, в 2,5 раза – нарушения менопаузы и др. Таким образом, показатель заболеваемости по данным медицинских осмотров в 3 раза среди городских женщин, и в 20 раз среди сельских женщин выше, чем уровень зарегистрированных заболеваний по данным обращаемости, что определяет необходимость совершенствования для сельских женщин первичной акушерско-гинекологической помощи.

Злокачественные новообразования являются серьезной проблемой ранней смертности женщин, особенно от ЗН репродуктивной системы. За период с 2009 по 2017гг. произошло увеличение заболеваемости женщин ЗН на 15,5%, в том числе от рака ободочной кишки на 27,3%, молочной железы на 19,0%, тела матки 50,6%, яичника на 11,9%. Уровень

онкологической заболеваемости органов репродуктивной системы городских женщин составил 174,7‰, значительно ниже среди сельских женщин – 95,7‰.

В структуре всей онкологической заболеваемости женщин доля ЗН репродуктивной системы среди городских женщин составила 42,2%, среди сельских женщин – 41,7%, среди них 57,6% у городских женщин и 48,5% у сельских женщин были ЗН молочной железы, 19,1% и 17,2% – ЗН тела матки.

Сравнительная оценка смертности городских и сельских женщин показала, что общая смертность городских женщин составила 9,8‰, сельских женщин в 13,5‰.

В 2017 г. показатель смертности среди женщин, проживающих в городе, оказался выше, чем среди женщин, живущих в селе, в 1,13 раза от ЗН, в том числе в 1,17 раза от ЗН желудка, в 1,6 раза от ЗН грудной железы.

Напротив, среди сельских женщин в 4,1 раза смертность выше, чем среди городских женщин от причины, кодируемой как «старость», в 1,7 раза – от транспортного травматизма, в 2,9 раза от самоубийств, в 1,8 раза от травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин (рисунок 12).

Характеризуя структуру общей смертности городских и сельских женщин необходимо отметить наличие существенных различий. Среди городских женщин выше, чем среди сельских женщин доля болезней системы кровообращения (47,8% и 39,0%), ЗН – 15,5% и 10,0%, болезней нервной системы – 13,9% и 17,7% (т.е. удельный вес выше среди сельских жителей) и т.д.

Среди сельских женщин, находящихся в трудоспособном возрасте, смертность составила 414,1 случая в расчете на 100 тыс. человек в 2017г., среди городских женщин – 353,7 случая в расчете на 100 тыс. человек.

Смертность сельских женщин в трудоспособном возрасте несколько выше, чем смертность городских женщин от злокачественных новообразований 83,2 случая и 76,5 случая в расчете на 100 тыс. женщин соответственно. Превышение смертности женщин трудоспособного возраста наблюдается, в том числе от ЗН органов дыхания – 6,2 случая и 3,9 случая в расчете на 100 тыс. женщин, ЗН женских половых органов – 25,7 и 16,9 случая в расчете на 100 тыс. женщин.

Обращает на себя внимание то, что почти в 1,6 раза смертность сельских женщин трудоспособного возраста выше смертности городских женщин от внешних причин (94,5 и 58,6 случая в расчете на 100 тыс. женщин), в том числе в 2,6 раза от самоубийств (16,9 случая и 6,4 случая в расчете на 100 тыс. женщин), в 2 раза от транспортного травматизма (20,2 и 10,8 случая в расчете на 100 тыс. женщин).

Среди городских женщин смертность выше, чем смертность сельских женщин от ЗН грудной железы (17,8 случая и 13,9 случая в расчете на 100 тыс. женщин), несколько выше от лейкемии, инфаркта миокарда.

В структуре общей смертности среди городских женщин трудоспособного возраста 21,8%, среди сельских женщин 21,9% заняли болезни системы кровообращения, 21,6% и 20,1% – ЗН, 16,6% и 22,8% – внешние причины, 12,2% и 11,1% – болезни органов пищеварения и др.

Сравнительный анализ комплексной оценки состояния здоровья городских и сельских женщин показал, что среди городских женщин 42,1% имели хронические заболевания, среди сельских женщин доля лиц с хроническими заболеваниями составила 44,8%.

Самооценка состояния здоровья женщин показала, что 16,4% городских и 13,4% сельских женщин оценили свое здоровье как хорошее, напротив, 23,2% и 33,2% как плохое. Полученные результаты нами использованы для распределения женщин на оценочные группы. В

первую оценочную группу включили женщин, не имеющие хронических заболеваний, обращающиеся к врачу в течение года не более 2-х раз и оценившие свое здоровье как хорошее, в третью оценочную группу здоровья были включены женщины, имеющие 3 и более хронических заболеваний, с кратностью обращений в течение года около 7 раз и оценившие свое здоровье как плохое. Остальные женщины вошли во вторую оценочную группу здоровья. Среди городских женщин 18,4% вошли в первую оценочную группу, 51,4% – во вторую группу и 30,2% – в третью группу. Третья часть сельских женщин (36,0%) оказалась в третьей оценочной группе. Эти результаты использованы при разработке мероприятий по охране здоровья женщин.

Среди городских женщин в 1,8 раза больше оказалось работающих и столько же с низкой физической активностью, в 1,7 раза больше курящих. Другие показатели были значительно хуже среди сельских женщин. Среди сельских женщин в 1,5 раза больше занятых преимущественно физическим трудом, в 1,4 раза больше часто потребляющих алкоголь, в 1,8 раза – с низкой медицинской активностью.

Большая часть сельских женщин, по сравнению с городскими женщинами имела низкий доход (71,3% сельские женщины и 25,8% городские женщины), проживали в плохих жилищных условиях (65,4% сельские женщины и 50,1% городские женщины).

Социально-гигиеническая характеристика городских женщин, отнесенных в первую и третью оценочную группы здоровья, показала, что достоверные различия выявлены по таким характеристикам, как наличие постоянной работы (в первой группе 88,3 из 100 женщин, в третьей группе 62,5), занятость физическим трудом – соответственно 32,6 и 58,1 из 100 женщин, подвергающиеся воздействию факторов производства – соответственно 13,3 и 58,1 из 100 женщин,

подвергающиеся частым стрессам – соответственно 26,2 и 62,5 из 100 женщин и т.д.

Среди сельских женщин, отнесенных в первую и третью оценочную группы здоровья, достоверные различия выявлены по такому признаку как нерациональное питание (73,6 из 100 женщин третьей оценочной группы, против 30,8 из 100 женщин первой оценочной группы), с низкой физической активностью (71,6 и 21,2 из 100 женщин соответственно), с низкой медицинской активностью (69,9 и 26,2 из 100 женщин) и т.д.

В целях изучения влияния отдельных факторов на формирование хронической патологии был применен однофакторный дисперсионный анализ с вычислением коэффициента силы влияния контролируемого фактора (η^2). Величина η^2 позволила нам проранжировать факторы по степени их влияния.

Среди городских женщин доля влияния на состояние здоровья нерационального питания составила 22,4%, низкой физической активности – 19,5%, низкой медицинской активности – 17,8%, производственных факторов – 16,1%, частых стрессов на работе и в быту – 9,8%. Среди сельских женщин по степени влияния на здоровье первые пять мест заняли: нерациональное питание (22,4%), низкая физическая активность (19,5%), низкая медицинская активность (17,8%), влияние производственных факторов (16,1%), частых стрессов на работе и в быту (9,8%).

Полученные результаты медико-социальной оценки городских и сельских женщин позволяет проводить лечебно-профилактические мероприятия с учетом факторов риска хронических заболеваний.

Анализ контрольной карты диспансерного наблюдения пациенток на терапевтическом участке показал, что 67,2% городских женщин состоят на диспансерном наблюдении. В течение года сроки диспансерного

наблюдения выполнялись только чуть больше половиной женщин (52,3%), состоящих на диспансерном наблюдении. Из них 12,5% в течение года ни разу не обратились с целью контроля над состоянием здоровья, 15,6% обратились один раз в течение года, 22,4% – 2 раза, 22,5% – 3 раза, 13,2% – 4 раза, 8,4% – 5 раз, 5,4% – более 5 раз.

Причиной нарушения сроков диспансерного наблюдения 38,3% городских и 32,4% сельских женщин назвали отсутствие времени. Отсутствие специалистов поводом несоблюдения сроков диспансерного наблюдения явились у 36,4% городских и у 58,2% сельских женщин, удаленность лечебного учреждения – у 10,7% городских и у 53,9% сельских женщин, улучшение состояния здоровья – у 35,6% городских и у 29,0% сельских женщин, трудности при записи на прием к врачу – у 30,5% городских и у 57,2% сельских женщин.

Опрос городских женщин выявил, что 52,7% женщин выразили не удовлетворенность их организацией медицинской помощи. Большинство нареканий пациентов оказалось на работу регистратуры, так как 65,7% отметили большие затраты времени при записи на прием в поликлинике, 52,8% – на ожидание приема врача. Отношением персонала регистратуры к пациентам не удовлетворены 52,2% женщин. Причинами не удовлетворенности явились также трудности записи по телефону, плохая организация электронной записи (72,5% женщин).

Информированность населения о заболеваниях, причинах их возникновения, выполнения мероприятий по их профилактике является не менее важным аспектом в охране здоровья населения. В условиях сельской местности информированность населения значительно ниже, чем в городской местности ввиду низкой санитарной и образовательной культуры женщин, большой занятости домашним трудом, ограниченной возможности доступа к средствам и методам получения информации.

С целью повышения информированности женщин о причинах формирования заболеваний, мерах профилактики, о здоровьесохранительном поведении было проведено тестирование 450 городских и 320 сельских женщин.

Были оценены следующие параметры информированности женщин: знают ли симптомы хронических заболеваний, какие причины возникновения заболеваний и какие могут быть осложнения этих заболеваний. Результаты исследования показали, что из числа опрошенных 45,3% городских и 36,0% сельских женщин знают симптомы и признаки проявления хронических заболеваний, 37,4% городских и 33,5% сельских женщин осведомлены о причинах возникновения заболеваний, 42,3% и 34,5% женщин соответственно знают о возможных осложнениях хронических заболеваний при не обращении за медицинской помощью. В целом 40,2% городских женщин знают о здоровом образе жизни и мерах профилактики заболеваний. Среди сельских женщин таковых оказалось 34,7%. После проведения санитарно-просветительской работы было проведено повторное тестирование: знающих о здоровом образе жизни среди городских женщин стало больше на 58,2%. Сельских женщин, информированных о здоровом образе жизни, увеличилось с 34,7% до 53,5%. Полученные данные свидетельствуют о несомненном значении в охране здоровья женщин информирования их о заболеваниях, об их симптомах, факторах риска, медицинской активности

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдеева, М.В. Функциональные возможности центров здоровья в идентификации донозологических отклонений со стороны сердца у женщин / М.В. Авдеева, В.С. Лучкевич, Ю.В. Лобзин // Проблемы женского здоровья. – 2014. – Т. 9, № 4. – С. 5-13.
2. Агамов, З.Х. Центры здоровья, как метод первичной профилактики / З.Х. Агамов // Российская академия медицинских наук. Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2011. – № 2. – С. 21-24.
3. Адамян, Л.В. Современные подходы к лечению эндометриоза / Л.В.Адамян, М.В.Бобкова // Акушерство и гинекология. – 2015. –Т. 3. – С. 1013.
4. Айдинов, Г.Т. Многомерный анализ структуры долевого вклада потенциальных факторов риска при злокачественных новообразованиях трахеи, бронхов, легкого / Г.Т. Айдинов, Б.И. Марченко, Ю.А. Синельникова // Анализ риска здоровью. – 2017. – № 1. – С. 47-55.
5. Аксель, Е.М. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований органов женской репродуктивной системы в России / Е.М. Аксель // Онкогинекология. – 2015. – № 1. – С. 7-15.
6. Аксель, Е.М. Статистика злокачественных новообразований женской половой сферы / Е.М. Аксель // Онкогинекология. – 2012. – № 1. – С. 18-23.
7. Александрова, О.Ю. Анализ мнения пациенток и врачей о причинах экстренной госпитализации в гинекологическое отделение стационара / О.Ю. Александрова, Т.В. Рамненок // Социология медицины. – 2012. – № 2. – С. 46-49.
8. Алексеева, В.М. Основные тенденции в специализированной помощи женщинам с бесплодием / В.М. Алексеева, М.А. Машина // Российская

академия медицинских наук. Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 1. – С. 58-60.

9. Алексеева, Е.Г. Социально-гигиеническое исследование соотношения роли врача и беременной женщины в профилактике перинатальной патологии и пути повышения ее эффективности: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Алексеева Елена Геннадьевна. – М., 2014. – 24 с.

10. Алфимова, Г.Ю. Регистр инсульта в Смоленской области / Г.Ю. Алфимова, Н.Н. Маслова // Бюллетень сибирской медицины. – 2008. – № 5. – С. 19-22.

11. Анализ системной профилактической информированности в системе «врач-беременная женщина» / Т.П. Васильева, Т.А. Истратова, С.В. Водолажская [и др.] // Репродуктивное здоровье нового поколения: сб. науч. тр. – Иваново, 2010. – С. 140-144.

12. Андриянова, Е.А. Медико-социальная оценка современной практики поддержания здоровья женщин / Е.А. Андриянова, И.Ю. Аранович // Здоровье населения и национальные реформы: социально-антропологический анализ / под ред. В. Н. Ярской. – М.: Вариант ЦСПГИ, 2011. – Разд. 5. – С. 116-146.

13. Арсеенкова О.Ю., Васильева Т.П., Чумаков А.С., Истратова Т.А., Алексеева Е.Г. Медико-социально-психологический потенциал беременных как потребителей медицинских услуг стоматологического профиля // Бюллетень НИИИ общественного здоровья и здравоохранения. М., 2010. – Вып. 3. С.16-20.

14. Асташкин, Е.И. Ожирение и артериальная гипертония / Е.И. Асташкин, М.Г. Глезер // Проблемы женского здоровья. – 2008. – Т. 3, № 4. – С. 23-33.

- 15.Атрощенко, Е.С. Коронарная болезнь сердца у женщин: клинико-эпидемиологические особенности / Е.С. Атрощенко, И.Е. Атрощенко // Проблемы женского здоровья. – 2012. – Т. 7, № 4. – С. 62-69.
- 16.Ахтямова, С.Х. Медико-социальная характеристика девушек-подростков, прервавших беременность / С.Х. Ахтямова // Вестник Российского Университета дружбы народов. Серия Медицина. – 2010. – № 4. – С. 159.
- 17.Бегун, Д.Н. Заболеваемость и обращаемость взрослого населения / Д.Н. Бегун, Е.Л. Борщук // Мониторинг состояния здоровья, качества и образа жизни населения России. Влияние поведенческих факторов риска на здоровье населения: матер. Всерос. науч.-практич. конф. – М., 2011. – С. 24.
- 18.Белов, В.Б. Особенности активности населения в отношении здоровья / В.Б. Белов // Российская академия медицинских наук. Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2014. – № 1. – С. 39-42.
- 19.Бушмелева Н.Н. Репродуктивное здоровье и репродуктивные потери в Удмуртской республике: тенденции, проблемы и пути совершенствования. – Медицинский альманах. – 2012. – № 5 (924). – С. 17-21.
- 20.Валикулова, Ф.Ю. Гендерные различия в распространенности некоторых сердечно-сосудистых заболеваний у больных сахарным диабетом в амбулаторной практике / Ф.Ю. Валикулова, И.В. Фомин, Д.С. Поляков // Проблемы женского здоровья. – 2008. – Т. 3, № 2. – С. 27-31.
- 21.Вечорко, В.И. Распределение рабочего времени на амбулаторном приеме врача-терапевта участкового с медицинской сестрой в поликлинике города Москвы (фотохрометрическое наблюдение) / В.И. Вечорко // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – Т. 52, № 6. – С. 4.

22. Виленский, Б.С. Инсульт – современное состояние проблемы / Б.С. Виленский // Неврологический журнал. – 2008. – Т. 13, № 2. – С. 4-10.
23. Влияние депрессии на риск развития острых сердечно-сосудистых заболеваний у женщин / В.В. Гафаров, Д.О. Панов, Е.А. Громова [и др.] // Клиническая медицина. – 2013. – № 9. – С. 25-29.
24. Выявление тревоги и депрессии в когорте мужчин и женщин, страдающих ишемической болезнью сердца / Р.Т. Дидигова, З.З. Булгучева, З.О. Угурчиева [и др.] // Профилактическая медицина. – 2012. – № 1. – С. 61-65.
25. Гаас, Е.Н. Особенности заболеваемости населения трудоспособного возраста болезнями системы кровообращения по данным ОМС / Е.Н. Гаас, А.А. Модестов // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – Т. 17, № 1. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=16216495>.
26. Габриелян, А.Р. Внебюджетное восстановительное отделение – как новый подход в организации медицинской помощи населению в многопрофильных стационарах / А.Р. Габриелян // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – Т. 35, № 1. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21360441>.
27. Гендерные аспекты тревожно-депрессивных расстройств и системы гемостаза у больных с острым коронарным синдромом / Н.Ю. Шимохина, М.М. Петрова, А.А. Савченко [и др.] // Проблемы женского здоровья. – 2013. – Т. 8, № 2. – С. 24-30.
28. Гарипов Р.К. Критерии удовлетворенности сельских жителей организацией медицинской помощи / Р.К. Гарипов, Н.Х. Шарафутдинова // Бюллетень национального НИИ общественного здоровья им Н.А.Семашко. – 2012. – Вып. 1. – С. 39–41.
29. Гафаров В.В., Панов Д.О., Громова Е.А. и др. Влияние депрессии на риск развития острых сердечно-сосудистых заболеваний у женщин. Клиническая медицина. 2013; 9: 25-29.

30. Гендерные особенности частоты выявления хронической сердечной недостаточности и факторов риска ее возникновения среди амбулаторных пациентов / Штегман О.А., Петрова М.М., Вырва П.В. – Проблемы женского здоровья. -2013. – №4 (т 8). – С. 5-10.
31. Генетическая предрасположенность женской части коренного населения крайнего севера к сердечной-патологии / А.А.Попушой, М.Ю.Налимов, В.А. Четвертков // Проблемы женского здоровья. – 2013. № 1 (том 8). С. 12-17.
32. Гибрадзе, Н.Т. Особенности ишемической болезни сердца у женщин / Н.Т. Гибрадзе, Л.И. Дворецкий, Н.А. Черкасова // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2011. – Т. 12, № 5. – С. 5-12.
33. Глезер, М.Г. От лица группы экспертов. Рекомендации по снижению общего риска развития заболеваний и осложнений у женщин / М.Г. Глезер, О.Н. Ткачева // Проблемы женского здоровья. – 2010. – № 1, Прил. – С. 1-48.
34. Давыдов, М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2009. – Т. 20, Прил. 3. – С. 91-122.
35. Депрессия, ее распространенность и связь с ИБС и другими психосоциальными факторами / В.А. Пак, В.В. Гафаров, И.В. Гагулин [и др.] // Мир науки, культуры, образования. – 2010. – № 3. – С. 174-177.
36. Дидигова, Р.Т. Выявление тревоги и депрессии в когорте мужчин и женщин, страдающих ишемической болезнью сердца / Р.Т. Дидигова, З.З. Булгучева, З.О. Угурчиева // Профилактическая медицина. – 2012. – № 1. – С. 61-65.
37. Динамика и причины смертности населения Новосибирской области / А.И. Бабенко, Ю.Ю. Васильева, Е.А. Бабенко [и др.] // Российская академия медицинских наук. Бюллетень национального научно-

исследовательского института общественного здоровья. – 2010. – № 2. – С. 23-24.

38.Дорофеев С.Б., Бабенко А.И. Общие методологические подходы к определению стратегических позиций в формировании здорового образа жизни населения //Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и история медицины. – 2017. - №1 (25). – С. 7-13.

39.Дубровина, Е.В. Характер занятости населения как маркёр риска преждевременной смертности / Е.В. Дубровина // Мониторинг состояния здоровья, качества и образа жизни населения России. Влияние поведенческих факторов риска на здоровье населения: тез. докл. Всерос. науч.-практич. конф. – М., 2011. – С. 106.

40.Зубаревич, Н.В. Здоровье населения и здравоохранение / Н.В. Зубаревич // Демоскоп Weekly: электронный аналитический журнал. – 2010. – № 419-420. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2010/0419/analit01.php>.

41.Зулумян, Т.Н. Репродуктивное здоровье молодых женщин после оперативного лечения доброкачественных невоспалительных болезней яичников: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Зулумян Татевик Ншановна. – М., 2013. – 24 с.

42.Иванова, А.Е. Динамика социального реформирования в медико-демографических показателях (смертность) / А.Е. Иванова // Социально-демографическая безопасность России / под ред. В.А. Черешнева, А.И. Татаркина. – Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2008. – С. 35-43.

43.Иванова, А.Е. Оценка демографической политики по снижению смертности на региональном уровне / А.Е. Иванова, А.Ю. Михайлов // Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – Т. 57, № 5. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=30564542>.

- 44.Иванова, А.Е. Приоритетные проблемы сокращения смертности / А.Е. Иванова, В.Г. Семенова // Демографические перспективы России / под ред. В.Г. Осипова, С.В. Рязанцева. – М., 2008. – С. 359-372.
- 45.Измеров, Н.Ф. Актуализация вопросов профессиональной заболеваемости / Н.Ф. Измеров // Здравоохранение Российской Федерации. – 2013. – № 2. – С. 14-17.
- 46.Измеров, Н.Ф. Обращение к участникам XII Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье» / Н.Ф. Измеров // Медицина труда и промышленная экология. – 2014. – № 1. – С. 2-4.
- 47.Имитационное моделирование в задачах управления медицинской организацией амбулаторного типа / С.М. Щербаков, Е.Д. Теплякова, С.А. Румянцев, А.В. Василенок // Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – Т. 56, № 4. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29817888>.
- 48.Калинина, Е.А. Показатели качества жизни девочек-подростков Оренбурга / Е.А. Калинина // Мониторинг состояния здоровья, качества и образа жизни населения России. Влияние поведенческих факторов риска на здоровье населения: тез. докл. Всерос. науч.-практич. конф. – М.: изд-во Первого МНМУ им И.М. Сеченова, 2011. – С. 151-153.
- 49.Калмыкова, М.А. Распространенность ишемической болезни сердца и факторов риска развития атеросклероза среди женщин различных профессиональных групп / М.А. Калмыкова, А.А. Эльгаров // Проблемы женского здоровья. – 2015. – № 4. – С. 16-22.
- 50.Карамова, И.М. Совершенствование системы оказания специализированной помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью в Республике Башкортостан: автореф. дис. ... д-ра мед наук: 14.01.05, 14.02.03 / Карамова Ирина Марсировна. – М., 2010. – 50 с.

- 51.Квициани, К.Д. Методы оценки состояния маточных труб у женщин с бесплодием / К.Д. Квициани // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 2. – С.13-15.
- 52.Комплексная методика восстановление женщины в послеродовом периоде / Е.Ю. Лебедев, Р.Я. Татаринцева, Г.А. Панов [и др.] // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия Медицина. – 2014. – № 4. – С. 34-42.
- 53.Кравченко, А.Я. Влияние возрастного дефицита андрогенов на клиничко-психологические характеристики больных ишемической болезнью сердца / А.Я. Кравченко, В.М. Провоторов // Терапевтический архив. – 2008. – Т. 80, № 12. – С. 10-13.
- 54.Лазебник, Л.Б. Состояние здоровья женского населения Москвы / Л.Б. Лазебник // Проблемы женского здоровья. – 2008. – Т. 3, № 2. – С. 61-64.
55. Максимов, С.А. Профессиональная занятость и сердечно-сосудистое здоровье населения / С.А. Максимов, М.В. Табакаев, Г.В. Артамонова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – Т. 50, № 4. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=26428000>.
56. Медик, В.А. Роль здравоохранения в реализации концепции демографической политики на региональном уровне / В.А. Медик // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 2. – С. 3-7.
- 57.Меньшикова, Л.И. Оценка достоверности мнения пациентов о качестве стационарной медицинской помощи / Л.И. Меньшикова, М.Г. Дьячкова, Э.А. Мордовский // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 5. – С. 18-25.
- 58.Меньшикова, Л.И. Расходы населения на лекарственные препараты и медицинские услуги и факторы, их обуславливающие / Л.И. Меньшикова, М.Г. Дьячкова, Э.А. Мордовский // Социальные аспекты

здоровья населения. – 2014. – Т. 35, № 1. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21360442>.

59. Мингалёва, Н.В. Комплексное медико-социальное исследование и научное обоснование оптимизации гинекологической помощи на региональном уровне: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33, 14.00.01 / Мингалёва Наталия Вячеславовна. – М., 2008. – 47 с.

60. Михайлова, Ю.В. Предотвратимая смертность в России и пути её снижения / Ю.В. Михайлова, А.Е. Иванова. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. – 308 с.

61. Модестов, А.А. Особенности самосохранительного поведения в зависимости от наличия хронических заболеваний / А.А. Модестов, Г.Н. Гаас // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – Т. 13, № 1. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=13537046>.

62. Москвичева, М.Г. Особенности заболеваемости населения, проживающего в сельской местности Челябинской области / М.Г. Москвичева // Здравоохранение Российской Федерации. – 2009. – № 3. – С 34-36.

63. Нейфельд, И.В. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний женщин / И.В. Нейфельд, А.И. Жирняков, И.Н. Скупова // Bulletin of Medical Internet Conferences. – 2012. – № 2. – С. 994-996.

64. Нелюбина, Л.А. Рак молочной железы: стратегии оценки и снижения риска заболеваний / Л.А. Нелюбина // Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2014. – Т. 19, № 6. – С. 1919-1927.

65. Николаюк, Е.А. Самооценка здоровья и самосохранительное поведение сельских жителей и дачников Костромской области / Е.А. Николаюк // Социальные аспекты здоровья населения. – 2015. – Т. 43, № 3. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23823591>.

- 66.Остроумова, О.Д. Артериальная гипертония и когнитивные нарушения: возможности антигипертензивной терапии / О.Д. Остроумова, И.В. Боброва // Сердце. – 2005. – Т. 4, № 6. – С. 328.
- 67.Оценка эффективности и качества оказания первичной медицинской помощи населению / А.И. Вялков, Г.П. Сквирская, И.М. Сон, И.Ф. Серегина // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 5. – С. 47-49.
- 68.Оценка эффективности массовой профилактики йододефицита среди женщин репродуктивного возраста, проживающих в Санкт-Петербурге / Д.Е. Соболева, С.В. Дора, А.Р. Волкова [и др.] // Проблемы женского здоровья. – 2014. – Т. 9, № 2. – С. 52-58.
- 69.Патологические состояния шейки матки у женщин первичным бесплодием / Ш.А. Акабирова, Н.А. Хафизова, Ш.М. Курбанов [и др.] // Материалы 10 юбилейного Всероссийского научного форума «Мать и дитя». – М., 2009. – С. 247.
- 70.Петрова, Е.Ю. Снижение ранних репродуктивных потерь как резерв улучшения демографической ситуации Кольского заполярья (на примере г. Мончегорска) / Е.Ю. Петрова, Е.Г. Гуменюк // Вестник Российского Университета дружбы народов. Серия Медицина. – 2010. – № 4. – С. 401.
- 71.Покровская, С.Э. Факторы, формирующие обращаемость за медицинской помощью / С.Э. Покровская // Социальные аспекты здоровья населения. - 2012. – Т. 25, № 3. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=17826409>.
- 72.Полунина, Н.В. Профилактика медико-социальных факторов риска здоровья женщин репродуктивного возраста / Н.В. Полунина, Ю.О. Турбина, Н.М. Ашанина // Окружающая среда и здоровье. Гигиена и экология урбанизированных территорий: матер. VI Всерос. науч.-практич. конф. с междунар. участием молодых ученых и специалистов, посвящ. 85-летию ФГБУ "НИИ ЭЧ и ГОС им. А.Н. Сысина". – М., 2016. – С. 480-484.

73. Попушой, А.А. Генетическая предрасположенность женской части коренного населения крайнего севера к сердечной-патологии / А.А. Попушой, М.Ю. Налимов, В.А. Четвертков // Проблемы женского здоровья. – 2013. – Т. 8, № 1. – С. 12-17.
74. Розенфельд, Л.Г. Медицинская активность населения, проживающего в сельской местности / Л.Г. Розенфельд, М.Г. Москвичева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 2. – С. 8-11.
75. Руднев, А.О. Социально-гигиенические аспекты и последствия насилия в отношении женщин и детей / А.О. Руднев, Д.С. Петров, А.П. Филимонов // Вестник Российского Университета дружбы народов. Серия Медицина. – 2015. – № 1. – С. 34-38.
76. Сабгайда, Т.П. Вариации предотвратимой смертности в России / Т.П. Сабгайда // Мониторинг состояния здоровья, качества и образа жизни населения России. Влияние поведенческих факторов риска на здоровье населения: тез. докл. Всерос. науч.-практич. конф. – М.: изд-во Первого МНМУ им И.М. Сеченова, 2011. – С. 303.
77. Сабгайда, Т.П. Возрастные особенности предотвратимой смертности населения России / Т.П. Сабгайда // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – Т. 33, № 5. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=20616011>.
78. Сабгайда, Т.П. Связь снижения сердечно-сосудистой смертности 2013-2015 годов с изменением смертности от других причин / Т.П. Сабгайда, В.Г. Семенова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – Т. 57, № 5. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=30564543>.
79. Сабгайда, Т.П. Тенденция смертности Российского населения от сахарного диабета / Т.П. Сабгайда, Д.О. Рошин // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – Т. 39, № 5. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=22631012>.

80. Сазонова, О.В. Заболеваемость сахарным диабетом в популяции населения г. Новосибирска (по данным территориального регистра) / О.В. Сазонова, М.А. Садовой // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – Т. 34, № 6. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21084505>.
81. Семенов, В.Ю. Динамика смертности от болезней системы кровообращения до и в период реализации программы модернизации здравоохранения / В.Ю. Семенов, И.Н. Ступаков // Бюллетень НЦССХ им. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания». – 2015. – Т. 16, № 56. – С. 260-262.
82. Семенова, В.Г. Тенденции кардиологической и алкогольной смертности взрослого населения России / В.Г. Семенова // Мониторинг состояния здоровья, качества и образа жизни населения России. Влияние поведенческих факторов риска на здоровье населения: тез. докл. Всерос. науч.-практич. конф. – М.: изд-во Первого МНМУ им И.М. Сеченова, 2011. – С. 311-312.
83. Сквирская, Г.П. Актуальные проблемы модернизации амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации / Г.П. Сквирская // Заместитель главного врача. – 2012. – № 8. – С. 16-26.
84. Сквирская, Г.П. Концептуальные подходы к развитию и совершенствованию медицинской диагностики в Российской Федерации / Г.П. Сквирская, М.Л. Свещинский // Здравоохранение. – 2010. – № 3. – С. 25-35.
85. Сквирская, Г.П. Модернизация системы здравоохранения и непрерывного совершенствования качества медицинской помощи как ведущая задача последипломного медицинского образования / Г.П. Сквирская // Проблемы управления здравоохранением. – 2011. – № 3. – С. 6-11.

- 86.Смирнова, О.А. Образ жизни и взаимодействие с системой медицинского обслуживания как факторы формирования здоровья населения (на примере Республики Мордовия): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Смирнова Оксана Александровна. – М., 2012. – 24 с.
- 87.Современные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению / М.В. Еругина, И.Л. Кром, О.В. Ермолаева [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 5. – С. 76.
- 88.Соловьева, Е.А. Анализ гинекологической заболеваемости в Оренбургской области / Е.А. Соловьева, Н.Ю. Перепелкина // Российская академия медицинских наук. Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 1. – С. 324-327.
- 89.Стародубов, В.И. Репродуктивные проблемы в демографическом развитии России / В.И. Стародубов, Л.П. Суханова. – М.: Менеджер здравоохранения, 2012. – 320 с.
- 90.Сухих, Г.Т. Охрана репродуктивного здоровья – важный раздел модернизации здравоохранения / Г.Т. Сухих, Л.В. Адамян // Проблемы репродукции. – 2012. – Спец. вып. – С. 5-10.
- 91.Сухих, Г.Т. Охрана репродуктивного здоровья – приоритетная проблема здравоохранения / Г.Т. Сухих, Л.В. Адамян // Проблемы репродукции. – 2011. – Спец. вып. – С. 5-8.
92. Сухих, Г.Т. Репродуктивное здоровье / Г.Т. Сухих, Л.В. Адамян // Проблемы репродукции. – 2009. – Спец. вып. – С. 5-8.
- 93.Толпыгина, С.Н. Ацетилсалициловая кислота в профилактике сердечно-сосудистых осложнений у женщин / С.Н. Толпыгина, С.Ю. Марцевич // Проблемы женского здоровья. – 2012. – Т. 7, № 1. – С. 65-73.
- 94.Торубаров, С.Ф. Медико-социальная характеристика и прогнозирование репродуктивного здоровья молодых женщин на современном этапе / С.Ф. Торубаров // Социальные аспекты здоровья

населения. – 2013. – Т. 33, № 5. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=20616019>.

95. Торубаров, С.Ф. Особенности состояния здоровья женщин с риском развития ранней неонатальной смертности новорожденных в системе федерального медико-биологического агентства России и роль реабилитационных мероприятий в его улучшении / С.Ф. Торубаров // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – Т. 35, № 1. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21360445>.

96. Турбина, Ю.И. Профилактика медико-социальных факторов риска здоровья женщин репродуктивного возраста / Ю.И. Турбина, Н.М. Ашанина, Н.В. Полунина // Окружающая среда и здоровье. Гигиена и экология урбанизированных территорий: матер. VI Всерос. науч.-практич. конф. с междунар. участием молодых ученых и специалистов, посвящ. 85-летию ФГБУ "НИИ ЭЧ и ГОС им. А.Н. Сысина" Минздрава России / под ред. Ю.А. Рахманина. – М., 2016. – С. 480-484.

97. Удовлетворенность медицинской помощью: как измерить и сравнить? / О.С. Кобякова, И.А. Деев, Д.С. Тюфилин [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – Т. 49, № 3. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=26254871>.

98. Улубиева, Е.А. Влияние возраста, курения на эндотелиальную функцию у женщин / Е.А. Улубиева, А.Г. Автандилов // Проблемы женского здоровья. – 2015. – Т. 10, № 2. – С. 47-54.

99. Улумбекова, Г.Е. Взаимосвязь финансирования здравоохранения и показателей здоровья населения для РФ. Уроки и рекомендации для России / Г.Е. Улумбекова // Экономика здравоохранения. – 2013. – Т. 147, № 3. – С. 30.

100. Ушакова, Г.А. Методология и организация профилактики нарушений формирования репродуктивной системы девочек / Г.А.

Ушакова, С.И. Елгина // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2008. – № 6. – С. 29-35.

101. Факторы сердечно-сосудистого риска глазами пациентов: результаты анкетирования слушателей школы артериальной гипертензии / Т.А. Аксенова, В.В. Горбунов, С.Ю. Царенок [и др.] // Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии: матер. XI науч.-практич. конф. (РосОКР) с междунар. участием. – М., 2015. – С. 6.

102. Федорова, Е. Женское сердце. Патогенетические и клинические особенности: взгляд кардиолога и эндокринолога / Е. Федорова, О. Цыганкова, З. Бондарева. – М., 2012. – 367 с.

103. Филлипова, Т.Ю. Сохранение и укрепление репродуктивного здоровья женщин в современном мегаполисе / Т.Ю. Филлипова, А.А. Лашкина, О.Г. Алексеев // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2008. – № 3. – С. 11-14.

104. Франклин, А. Организация кампании в средствах массовой информации по проблемам здоровья / А. Франклин, К.Р. Амлаев, В.О. Францева // Профилактическая медицина. – 2010. – № 3. – С. 6-12.

105. Халимова, Д.Р. Социально-маркетинговый анализ репродуктивного здоровья и образа жизни старшеклассниц Удмуртии / Д.Р. Халимова, М.И. Сабсай // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2008. – № 6. – С. 36-41.

106. Характеристика медицинской информированности девушек в возрасте 18-ти лет / А.А. Лукичева, В.О. Атьман, З.А. Мусаева [и др.] // Здоровье и образование в XXI веке. – 2015. – Т. 17, № 4. – С. 214-216.

107. Ховрин, А.И. Региональные особенности состояния здоровья женщин на территориях, приравненных к районам Крайнего Севера / А. И. Ховрин // Российская академия медицинских наук. Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2005. – № 6. – С. 179-182.

108. Ходакова О.В., Дударева В.А. К оценке репродуктивного потенциала населения на региональном уровне / Проблемы социальной гигиены. Организации здравоохранения и история медицины. – 2017. – №2 (25). – С. 79-83.
109. Чесноков, П.Е. К вопросу о формировании приоритетных направлений развития охраны материнства и детства на региональном уровне / П.Е. Чесноков, Г.Я. Клименко, В.П. Косолапов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 2. – С. 28-32.
110. Шарафутдинова, Л.А. Некоторые аспекты информированности молодых женщин о вирусе папилломы человека / Л.А. Шарафутдинова // Вестник Российского Университета дружбы народов. Серия Медицина. – 2010. – № 3. – С. 113-115.
111. Шарафутдинова, Л.А. Совершенствование профилактики болезней женских половых органов и папилломавирусной инфекции среди студентов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Шарафутдинова Лариса Амировна. – М., 2011. – 24 с.
112. Шарафутдинова, Н.Х. Смертность населения Республики Башкортостан от самоубийств / Н.Х. Шарафутдинова, Э.В. Рахматуллин, М.В. Борисова // Российская академия медицинских наук. Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2014. – № 1. – С. 299-301.
113. Шельгин, К.В. Алкогольная и неалкогольная составляющие смертности в России, 1980-2015 гг. / К.В. Шельгин // Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – Т. 55, № 3. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29677661>.
114. Щепин, О.П. Современная медико-демографическая ситуация в России / О.П. Щепин, В.Б. Белов, А.Г. Роговина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. – 2009. – № 6. – С. 3-8.

115. Янбердина, Э.М. Региональные аспекты медико-социальных проблем материнства и детства / Э.М. Янбердина, З.М. Султанаева, Н.Х. Шарафутдинова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 2. – С. 18-20.
116. Ясникова, Е.Е. К проблеме женского алкоголизма / Е.Е. Ясникова, Л.В. Власова, И.М. Красникова // Актуальные вопросы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: матер. Всерос. науч.-практич. конф., посвящ. 150-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2013). – Иркутск, 2013. – С. 513.
117. Argentino, C. The burden of stroke: a need for prevention / C. Argentino, M. Prencipe // Prevention of ischemic stroke / eds. C. Fieschi, M. Fieser. – London, 2000. – P. 1-5.
118. Castelli, W.P. Cardiovascular disease: pathogenesis, epidemiology, and risk among users of oral contraceptives who smoke / W.P. Castelli // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1999. – Vol. 180. – P. 349-56.
119. Colditz, G.A. The Nurses' health study: lifestyle and health among women / G.A. Colditz, S.E. Hankinson // Nat. Rev. Cancer. – 2005. – Vol. 5, № 5. – P. 388.
120. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's Strategic Impact Goal through 2020 and beyond / D.M. Lloyd-Jones, Y. Hong, D. Labarthe [et al.] // Circulation. – 2010. – Vol. 121. – P. 586-613.
121. Depressive and anxiety disorders among cancer patients: screening methods by using the distress thermometer compared to the ICD+10 / L. Grassi, S. Sabato, L. Marmai [et al.] // Abstracts of the 8th World congress of psychooncology. – [S.l.], 2006. – P. 162.

122. Facility-based identification of women with severe maternal morbidity: it is time to start / W.M. Callaghan, W.A. Grobman, S.J. Kilpatrick [et al.] // *Obstet. Gynecol.* – 2014 – Vol. 123, № 5. – P. 978-81.
123. Guded, S.R. Women and health in India / S.R. Guded // *Gold. Res. Thoughts.* – 2014. – № 4(4). – P. 1.
124. Guidelines for the prevention of stroke in women / C. Bushnell, L.D. McCullough, I.A. Awad [et al.] // *Stroke.* – 2014. – Vol. 45. – P. 1545-88.
125. Heart disease and stroke statistics-2011 update: a report from the American Heart Association / V.L. Roger, A.S. Go, D.M. Lloyd Jones [et al.] // *Circulation.* – 2011. – Vol. 123. – P. e18-e209.
126. King, H. Global burden of diabetes, 1995–2025: prevalence, numerical estimates, and projections / H. King, R. Aubert, W. Herman // *Diabetes Care.* – 1998. – № 21. – P. 1414-31.
127. McFadden, E. Different measures of social class in women and mortality / E. McFadden, R. Luben, K. Khaw // *Eur. J. Epidemiol.* – 2009. – Vol. 24, № 5. – P. 231-6.
128. McIntyre, H. Every woman counts: reducing maternal mortality / H. McIntyre // *Pract. Midwife.* – 2010. – Vol. 13, № 5. – P. 34-7.
129. Morbidity and mortality during the first two years of life among uninfected children born to human immunodeficiency virus type 1-infected women: the women and infants transmission study / M.E. Paul, C.J. Chantry, J.S. Read [et al.] // *Pediatr. Infect. Dis. J.* – 2005 – Vol. 24, № 1. – P. 46-56.
130. Morbidity profile of women during pregnancy: a hospital record based study in western up / R. Singh, R. Chauhan, D. Nandan [et al.] // *Ind. J. Commun. Health.* – 2013. – Vol. 24, № 4. – P. 342-48.
131. Riley, M. Health maintenance in women / M. Riley, M. Dobson, E. Jones // *Am. Fam. Physician.* – 2013. – Vol. 87, № 1. – P. 30-37.
132. Rutstein, D.D. Measuring the quality of medical care / D.D. Rutstein, W. Berenberger, T.C. Chalmers // *N. Engl. J. Med.* – 1976. – № 294. – P. 582-88.

133. Sancini, A. Protection of working woman's health / A. Sancini, G. Tomei, M. Rocci // *G. Ital. Med. Lav. Ergon.* – 2010. – Vol. 32, № 4. – P. 458.
134. Smoking cessation in relation to total mortality rates in women. A prospective cohort study / I. Kawachi, G.A. Colditz, M.J. Stampfer [et al.] // *Ann. Intern. Med.* – 1993. – Vol. 119. – P. 992-1000.
135. Treurniet, H.F. Avoidable mortality in Europe (1980-1997): a comparison of trends / H.F. Treurniet, H.C. Boshuizen, P.P.M. Harteloh // *J. Epid. Comm. Health.* – 2004. – Vol. 58. – P. 290-95
136. Trussell, J. Reproductive health risks in perspective / J. Trussell, B. Jordan // *Contraception.* – 2006. – Vol. 73, № 5. – P. 437-39.
137. Van Teijlingen, E. Focus group research in family planning and reproductive health care / E. Van Teijlingen, E. Pitchforth // *J. Fam. Plan. Reprod. Health Care.* – 2006. – Vol. 32, № 1. – P. 30-32.
138. Westerling, R. Commentary: evaluating avoidable mortality in developing countries--an important issue for public health / R. Westerling // *Int. J. Epidemiol.* – 2001. – Vol. 30, № 5. – P. 973-75.
139. Women, incarceration, and health / J.D. Rich, S.C. Cortina, Z.X. Uvin [et al.] // *Women's health issues.* – 2013. – Vol. 23, № 6. – P. 333-4.
140. Zotina, R.K. Morbidity features in women with chronic diseases / R.K. Zotina // *Meditinskaja sestra.* – 1974. – № 8. – P. 27.

ПРИЛОЖЕНИЯ

АНКЕТА по изучению состояния здоровья женского населения

Обращаемся к Вам с просьбой ответить на предлагаемые вопросы. Ваши ответы помогут в разработке мероприятий, направленных на сохранение и улучшение здоровья женщин. При ответе на вопросы следует подчеркнуть необходимое или обвести в кружок соответствующую цифру.

№п/п	Вопрос	Ответ
1.	Ваш возраст	_____ лет
2.	Семейное положение	1. Состою в зарегистрированном браке 2. Состою в гражданском браке 3. Незамужем 3. Разведена 4. Вдова
3.	Образование	1. Высшее 2. Не законченное высшее 3 Среднее специальное 4. Среднее общее 5. Начальное
4.	Занятость	1. Имею постоянное место работы 2. Не работаю 3. Работаю временно 4. Совмещаю работу в нескольких местах
5.	Ваше социальное положение	1. Рабочий 2. Служащий 3. Предприниматель 4. Пенсионер 5. Инвалид 6. Домохозяйка 7. Безработная
6.	Укажите основную профессию	_____
7.	В какой отрасли работаете?	1. Промышленное предприятие 2. Легкая и пищевая промышленность 3. Жилищно-коммунальное хозяйство 4. Наука 5. Образование 6. Культура 7. Здравоохранение 8. Транспорт 9. Строительство 10. Торговля 11. другое _____ (вишите)
8.	Общий стаж работы составляет (вписать)	_____ лет

9.	Удовлетворены ли Вы своей работой?	1. Да 2. Нет
10.	Если «нет», то каковы причины неудовлетворенности трудом? Ответов может быть несколько.	1. Недостаточно высокая зарплата 2. Работаю не по специальности 3. Плохие условия труда 4. Тяжелая физическая нагрузка 5. Нерациональный режим труда (работа в ночную смену) 6. Другое _____
Влияют ли на Вас на рабочем месте (в настоящее время или в прошлом) следующие вредные для здоровья факторы:		
11.	Физическая нагрузка	1. Да 2. Нет
12.	Низкая температура	1. Да 2. Нет
13.	Психо-эмоциональное напряжение	1. Да 2. Нет
14.	Вибрация	1. Да 2. Нет
15.	Шум	1. Да 2. Нет
16.	Вредные вещества (углеводороды, фенол, бензол, сероводороды и другие)?	1. Да 2. Нет
17.	Радиация	1. Да 2. Нет
18.	Ваша работа имеет малоподвижный характер?	1. Да 2. Нет
19.	Как Вы считаете, какие факторы труда повлияли на состояние Вашего здоровья?	1. Физическая нагрузка 2. Низкая температура 3. Вибрация 4. Шум 5. Вредные вещества 6. Сидячая работа 7. Радиация, излучение 8. Морально-психологический климат 9. Другие факторы
20.	Как Вы оцениваете состояние своего здоровья в целом?	1. Отличное 2. Хорошее 3. Удовлетворительное 4. Плохое 5. Очень плохое
21.	Как Вы заботитесь о своем здоровье?	1. Своевременно обращаетесь к врачу Да, нет 2. Регулярно принимаете назначенные врачом лекарства Да, нет 3. Своевременно проходите медицинский осмотр Да, нет

		4. Следите за артериальным давлением Да, нет 5. Обращаетесь к врачу в крайнем случае Да, нет
22.	Как питаетесь?	1. Питаетесь по режиму Да Нет 2. Злоупотребляете жирной и копченой продуктами Да Нет 3. Много потребляете мучные изделия Да Нет 4. Часто потребляете соленые продукты Да Нет 5. Часто потребляете сладкие продукты Да Нет 6. Часто потребляете мясные продукты Да Нет
23.	Укажите причины по которым Вы не заботитесь о своем здоровье?	1. Нехватка времени 2. Нехватка денег на лечение 3. Считаете, что организм сам справится с болезнями 4. Сомневаетесь в эффективности препаратов 5. Нет желания лечиться 6. Недостаточно знаний о факторах риска здоровью, здоровом образе жизни 7. Нет специалистов в поликлинике 8. Далеко добираться до поликлиники 9. Сколько времени тратите на дорогу в поликлинику 10. другое _____ (впишите)
24.	Сколько хронических заболеваний Вы имеете?	1, 2, 3, 4, 5 и более
25.	Какие хронические заболевания Вы имеете? Ответов может быть несколько	1. сахарный диабет 2. болезни желудка и двенадцатиперстной кишки 3. болезни печени и желчного пузыря 4. болезни органов дыхания 5. остеохондроз 6. болезни суставов 7. болезни нервной системы 8. болезни глаз 9. болезни почек 10. болезни женских половых органов 11. другие _____ Впишите
26.	Какие болезни сердечно-сосудистой	1. Инфаркт миокарда 2. Гипертоническая болезнь

	системы Вы имеете?	3. Ишемическая болезнь сердца 4. Нарушения ритма _____ 5. Врожденный (приобретенный) порок сердца _____ 6. болезни сосудов _____ 7. другие _____
27.	Как вы считаете, что является причиной Вашего заболевания сердечно-сосудистой системы?	1. Наследственный фактор 2. Нерациональное питание 3. Малоподвижный образ жизни 4. Частое потребление лекарств 5. Частое потребление алкоголя 6. Курение 7. Стрессы 8. Семейное неблагополучие 9. Одиночество 10. Конфликты в семье 11. Конфликты на работе 12. Тяжелые условия труда 13. Материальные затруднения
28.	Когда впервые у Вас начало повышаться АД (указать возраст) И до каких цифр?	с _____ лет, до _____ / _____ мм рт. ст.
29.	Обращались ли Вы к врачам за последние 12 месяцев в связи с появлением жалоб или ухудшением здоровья?	1. Да 2. Нет
30.	Если «да», то куда обращались?	1. Поликлиника 2. Скорая помощь 3. Стационар 4. Знакомый врач 5. Частная клиника _____ 6. Другие (вписать) _____
31.	Как часто в последние 12 месяцев Вы обращались за экстренной медицинской помощью?	1 раз в неделю 2-3 раза в месяц 1 раз в месяц 1 раз в квартал 1 раз в полгода 1 раз в год
32.	Сколько раз в течение последних 12 месяцев Вы госпитализировались для стационарного лечения по?	_____ раз

33.	Какие возникали проблемы при госпитализации в стационар по поводу инсульта?	<ol style="list-style-type: none"> 1. сразу не госпитализировали, поскольку не было места в стационаре 2. скорая помощь отказалась госпитализировать 3. приемный покой отказал в госпитализации 4. проблем не было, госпитализировали сразу 5. другое (впишите)_____
34.	Сколько раз в год в среднем посещаете участкового терапевта по поводу заболевания?	_____
35.	У каких еще врачей состоите на диспансерном учете?	<ol style="list-style-type: none"> 1.кардиолог 2.невролог 3.офтальмолог 4.уролог 5.эндокринолог 6.другие врачи (впишите) _____
36.	Что нравится в обслуживании в поликлинике по месту жительства? (впишите)	<hr/> <hr/>
37.	Что Вас не удовлетворяет в работе поликлиники?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Очередь на прием к врачу 2. Квалификация врача 3. Недостаточное время, отведенное врачом для осмотра 4. Недоступность методов диагностики 5. Недоступность методов лечения 6. Неполное лечение 7. Не эффективная госпитализация 8. другое _____
38.	Какие <u>проблемы</u> на сегодня в первую очередь волнуют Вас?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проблем нет 2. Взаимоотношения в семье 3. Плохое здоровье 4. Недостаток свободного времени 5. Материальное затруднение 6. Жилищные условия 7. Плохое питание 8. Отсутствие перспективы в жизни 9. Проблемы с детьми 10. _____
39.	Какая помощь необходима сейчас Вам в первую очередь?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Помощь не требуется 2. Моральная и психологическая помощь 3. Помощь материальная постоянная 4. Улучшение жилищных условий 5. Санаторно-курортное лечение

		6. Помощь в трудоустройстве 7. Бесплатные лекарства 8. Другая помощь (указать) _____
40.	Какой у Вас уровень холестерина в крови?	Менее 4,5 ммоль/л 4,5-5,2 ммоль/л 5,2-7,0 ммоль/л 7,0-10,0 ммоль/л Более 10,0
41.	Сколько раз в год сдаете анализы крови	1, 2, 3, 4, 5
42.	Следите ли Вы за уровнем АД?	Ежедневно 1-2 раза в неделю Когда чувствую ухудшение самочувствия Когда есть время Никогда
43.	Ваше «рабочее» давление? (вписать)	_____ / _____ мм рт.ст.
44.	До каких максимально цифр поднимается АД?	_____ / _____ мм рт.ст.
45.	Употребляете ли алкоголь?	1. Нет 2. Ежедневно 3. Один 2-3 раза в неделю 4. Один раз в месяц 5. Редко, по праздникам
46.	Какие виды алкоголя Вы употребляете? ответов может быть несколько	1. Пиво 2. Вино и другие слабоалкогольные напитки 3. Водка и другие крепкие напитки (коньяк, виски) 4. Самогон
47.	Какие дозы алкоголя Вы употребляете за один раз?	Впишите _____
48.	Курите ли Вы?	1. Нет 2. Курила, но бросила 3. Курю регулярно 4. Курю редко
49.	Сколько сигарет в день выкуриваете?сигарет/день
50.	Сколько лет Вы курите?	_____ лет
51.	Соблюдаете ли правила и режим рационального сбалансированного питания?	1. Да 2. Нет 3. Не всегда
52.	Имеется ли у Вас проблема лишнего веса?	1. Да 2. Нет
53.	Какой у Вас рост?	

54.	Какой у Вас вес?	
55.	Напишите размер талии	
56.	Как Вы оцениваете уровень своей физической активности?	1. У меня физически активный образ жизни 2. Малоподвижный образ жизни
57.	Как Вы обычно избавляетесь от нервного перенапряжения?	1. Курю 2. Много ем 3. Выпиваю спиртное. 4. Принимаю лекарства 5. Занимаюсь физкультурой, физическим трудом 6. Иду гулять, выбираюсь на природу 7. Слушаю музыку, иду в кино и пр. 8. Общаюсь с близкими людьми 9. Занимаюсь аутотренингом 10. Другое (укажите) _____

Ваши пожелания по улучшению организации работы:

1. стационара

2. службы скорой помощи

3. отделения неотложной помощи поликлиники

4. поликлиники по месту жительства

5. центра реабилитации (отделения) _____

Анкета по изучению информированности сельских женщин о
заболеваниях и их факторах риска

№	Вопросы	Ответы
1.	Возраст	(указать полных лет)
2.	Образование	1.Высшее 2.Неоконченное высшее 3.Среднее специальное 4.Среднее общее 5.Неполное среднее 6.Начальное и ниже
3.	Социальное положение	1.Рабочая 2.Служащая 3.Работник сельского хозяйства 4.Пенсионерка 5.Инвалид 6.Предприниматель 7.Безработная 8.Домохозяйка 9. Студент 10.Другое (вписать)
4.	Кем работаете?	1. Домохозяйка. 2. Животновод. 3. Уборщица. 4. Разнорабочая. 5. Продавец. 6. Строитель. 7. Преподаватель. 8. Бухгалтер. 9. Прочие
5.	Вы знаете, есть ли у вас хронические заболевания?	1.Да. 2.Нет.
6.	Есть ли у вас заболевания сердца и сосудов (гипертоническая болезнь, стенокардия, был ли инфаркт миокарда)?	1.Да. 2.Нет.
7.	Есть ли у вас заболевания органов дыхания (хронический бронхит, бронхиальная астма)?	
8.	Есть ли у вас заболевания органов пищеварения (гастрит, язвенная болезнь, панкреатит, заболевания печени и желчного пузыря)?	
9.	Есть ли у вас заболевания почек?	
10.	Есть ли у вас заболевания мочевого пузыря	
11.	Есть ли у вас воспалительные заболевания матки, влагалища, шейки матки?	1.Да. 2. Нет. 3. Не знаю
12.	Есть ли у вас миома матки?	1.Да. 2. Нет. 3. Не знаю
13.	Есть ли у вас кисты яичника?	1.Да. 2. Нет. 3. Не знаю

14.	Была ли эрозия шейки матки?	1.Да. 2. Нет. 3. Не знаю
15.	Есть ли у Вас заболевания молочной железы?	1.Да. 2. Нет. 3. Не знаю
16.	Как Вы считаете, причиной этих заболеваний что является?	1.Низкое качество медицинской помощи. 2. Низкая доступность медицинской помощи. 3. Не соблюдение режима питания 4. Частое потребление жареной, соленой пищи 5. Частое потребление мясных продуктов. 6. Частое потребление алкоголя 7. Курение. 8. Малоактивный образ жизни 9. Низкие знания о причинах заболеваний. 10.Не обращение к медработникам при появлении жалоб. 11. Не выполнение назначений врача.12. Редкое прохождение медосмотров 13. Лечение народными средствами. 14. Прочее
17.	На Ваш взгляд, загрязнение окружающей среды вредными веществами является причиной возникновения заболеваний?	1.Да. 2.Нет. 3. Не знаю
18.	На Ваш взгляд, вредные факторы производства (токсические вещества, пыль, шум) являются причиной возникновения заболеваний?	1.Да. 2.Нет. 3. Не знаю
19.	На Ваш взгляд, избыточная масса тела является причиной возникновения заболеваний?	1.Да. 2.Нет. 3. Не знаю
20.	На Ваш взгляд, качество и доступность медицинской помощи (доступность бесплатной медицинской помощи, наличие аппаратуры и специалистов в поликлиниках) является причиной ухудшения здоровья населения?	1.Да. 2.Нет. 3. Не знаю
21.	На Ваш взгляд, курение является причиной возникновения заболеваний?	1.Да. 2.Нет. 3. Не знаю
22.	На Ваш взгляд, чрезмерное потребление алкоголя является причиной заболеваний?	1.Да. 2.Нет. 3. Не знаю
22.	На Ваш взгляд, низкая физическая активность является причиной возникновения заболеваний?	1.Да. 2.Нет. 3. Не знаю
23.	На Ваш взгляд, генетический риск (предрасположенность к заболеванию) является причиной возникновения заболеваний?	1.Да. 2.Нет. 3. Не знаю
24.	На Ваш взгляд, злоупотребление лекарствами	1.Да. 2.Нет. 3. Не знаю

	является причиной ухудшения здоровья?	
25.	На Ваш взгляд, не соблюдение назначений и рекомендаций врачей является причиной возникновения онкологических заболеваний репродуктивной системы?	1.Да. 2.Нет. 3. Не знаю
26.	На Ваш взгляд, применение гормональных противозачаточных средств и гормональных препаратов при нарушении репродуктивных функций является причиной возникновения заболеваний?	1.Да. 2.Нет. 3. Не знаю
27.	На Ваш взгляд, не соблюдение режима питания является причиной возникновения заболеваний?	1.Да. 2.Нет. 3. Не знаю
28.	На Ваш взгляд, излишнее потребление мяса является причиной заболеваний?	1.Да. 2.Нет. 3. Не знаю
29.	На Ваш взгляд, излишнее потребление жирных, соленых и жареных продуктов является причиной возникновения заболеваний?	1.Да. 2.Нет. 3. Не знаю
30.	Хотели ли бы получить знания о причинах заболевания женщин?	1.Да. 2.Нет.
31.	Если да, то от кого лучше получать знания	1.От врача. 2. От фельдшера 3. Из средств массовой информации 4. Из газет и журналов 5. Из интернета

Анкет для изучения результатов реализации мероприятий по
совершенствованию первичной медико-санитарной помощи по мнению
врачей, %

№	Критерии оценки	Ответы респондентов, %
1.	Повысилась мотивация пациентов к улучшению и сохранению своего здоровья	
2.	Улучшилось отношение пациентов к медработникам	
3.	Уменьшение обоснованных жалоб пациентов	
4.	Улучшилось отношение пациентов к своему здоровью	
5.	Возросло число пациентов, выполняющих рекомендации врачей	
6.	Возросла культура пациента	
7.	Уменьшились очереди на прием к врачу	
8.	Уменьшились вызова на дом к пациентам	
9.	Увеличилось число пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении	

10.	Увеличилась выявляемость хронических заболеваний	
11.	Удовлетворены своей работой	
12.	Удовлетворены внедрением проекта	
13.	Удовлетворены оплатой труда	
14.	Мотивированы работой	
15.	Удовлетворены организацией работы учреждения	

Анкета по изучению удовлетворенности пациентов организацией
медицинской помощи

Критерии не удовлетворенности пациентов	Ответы
Отношением персонала регистратуры	
Организацией записи на прием к врачу	
Временем ожидания приема врача	
Временем, отведенным врачом на приеме пациенту	
Отношением врача к пациенту	
Отношение медицинской сестры	
Время ожидания неотложной медицинской помощи	
Квалификацией врача	
Организацией работы поликлиники	
Организацией работы регистратуры	
Возможность получения консультации у руководителей подразделений	
Возможность получения необходимых документов	

Научное издание

Полунина Виктория Валерьевна
Мустафина Гульнара Талгатовна
Шарафутдинова Назира Хамзиновна

**Здоровье женщин: медико-социальные
аспекты, пути улучшения**

Монография

Лицензия № 0177 от 10.06.96 г.

Подписано к печати 29.04.2019 г.

Отпечатано на цифровом оборудовании с готового
оригинал-макета, представленного авторами.

Формат 60x84 ¹/₁₆. Усл.-печ. л. 10,4.

Тираж 100 экз. Заказ № 19.

450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3,

Тел.: (347) 272-86-31

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России



Полунина Виктория Валерьевна, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры реабилитации, спортивной медицины и физической культуры ФГБОУ ВО «Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России. 117997, г. Москва, Россия, ул. Островитянова, д. 1, E-mail: vikt025@gmail.com



Мустафина Гульнара Талгатовна, доктор медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России. 450008, г. Уфа, Ленина, д. 3, E-mail: gmustafina412@yandex.ru



Шарафутдинова Назира Хамзиовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России. 450008, г. Уфа, Ленина, д. 3, E-mail: nazira-h@rambler.ru