

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Для служебного пользования

Экз. № _____

На правах рукописи

УДК:614.:312.2-575.1

Файзиева Нозима Нуриллаевна

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СМЕРТНОСТИ
НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

14.00.33 - Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Ташкент – 2012

**Работа выполнена в Ташкентском институте усовершенствования
врачей Министерства здравоохранения Республики Узбекистан**

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
МЕНЛИКУЛОВ Парухат Рскулович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
РУСТАМОВА Хамида Елемесовна

доктор медицинских наук, профессор
МАХМУДОВА Наима Махмудовна

Ведущая организация: Самаркандский Государственный
Медицинский Институт

Защита состоится _____ 2012 года в ____ часов на заседании
специализированного совета Д.087.09.03 при Ташкентской медицинской
академии (100109, г.Ташкент, ул. Фароби, 2)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентской
медицинской академии

Автореферат разослан « ____ » _____ 2012 г.

**Ученый секретарь
специализированного совета
доктор медицинских наук,
доцент**

Ф.И. Саломова

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

Актуальность работы. Смертность населения является актуальной социально-демографической проблемой любой страны, а её тенденции, причины и половозрастная специфика - объектом пристального изучения. Преждевременная смерть детей, женщин детородного возраста и трудоспособного населения сказывается на уровне морально-этической, социально-экономической жизни государства. Актуальность проблемы преждевременной смерти для отмеченных групп населения определяется не столько её масштабами, сколько ранним возрастом, в котором наступила смерть.

В борьбе за снижение смертности и улучшение здоровья населения важное значение имеет анализ частоты смертности от определенных заболеваний и структуры причин смерти. В нашей стране многие характеристики смертности населения содержатся в учетной форме №106/у - «Врачебное свидетельство о смерти», утвержденной приказом Минздрава Республики Узбекистан от 26 июня 2006 г. №287 «Об утверждении медицинских учетных форм, используемых в учреждениях системы здравоохранения». Однако текущего анализа причин смерти, подобно проводимому на автоматической основе в других экономически развитых странах, в Республике Узбекистан не осуществляется. Органами Государственной статистики в текущую разработку причин смерти принимаются только основные или первоначальные причины. Все остальные позиции, в частности, все патологические состояния, имевшиеся у умершего, остаются не использованными для анализа.

Реформирование системы здравоохранения, обеспечивающее повышение доступности и качества медицинской помощи, способствовало снижению показателя общей смертности населения с 6,2‰ - в 1991 г. до 5,1‰ - в 2008 г. и увеличению средней продолжительности ожидаемой жизни с 69,3 лет до 73,1 (Стат. сборник МЗ РУз, Институт здоровья и медицинской статистики, 2009 г.).

Вместе с тем, имеется необходимость изучения географической, половозрастной и профессиональной особенностей и влияния медико-социальных факторов риска на формирование здоровья населения республики.

Степень изученности проблемы. К настоящему времени в Узбекистане имеются научные работы, посвященные изучению некоторых аспектов демографических процессов, происходивших за последнее десятилетие. Смертность населения и её основные причины изучены Исаковым Э.В. (2000; 2001; 2002 и 2003), Кадыровой Ф.Р. (2001), Шагазатовой Б.Х. (2001), Джаббаровой Ю.К. (2003), Сотвалдиевым В.А. (2004) и другими.

Однако эти исследования, в основном, проводились либо среди всего населения, либо среди детей или матерей. Комплексное изучение медико-социальных аспектов преждевременной смертности на одном территориальном уровне, охватывающее детей, женщин фертильного

возраста и взрослого населения, не проводилось. Не изучалось влияние медико-социальных факторов риска на качество жизни в зависимости от характера медицинского обслуживания и профессиональной занятости населения. Также, не проводилась сравнительная оценка правильности определения и регистрации основной причины смерти участковыми врачами и ВОП. Это явилось основанием для проведения научных исследований, направленных на изучение социальных и медико-организационных проблем преждевременной смертности на различных административных территориях республики.

Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР. Диссертационная работа включена в план НИР «Влияние инфекционных, гигиенических, техногенных и экологических факторов на здоровье населения» Ташкентского института усовершенствования врачей Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Номер Государственной регистрации №02090010.

Цель исследования: Выявить современные аспекты характера, уровня и структуры смертности населения Республики Узбекистан, с определением влияния медико-социальных факторов на их уровень и провести сравнительную оценку правильности регистрации основной причины смерти, разработать научно-обоснованные рекомендации по усовершенствованию медико-профилактических мер по улучшению состояния здоровья населения.

Задачи исследования:

1. Выявить закономерности уровней и динамики общей, детской и материнской смертности населения РУз (1991- 2008 г.г.) и определяющие их факторы.
2. Определить влияние медико-социальных факторов, непосредственно способствовавших смерти населения.
3. Провести сравнительную экспертную оценку определения и регистрации основных причин смерти.
4. Разработать и предложить ряд профилактически-разъяснительных работ по снижению смертности в детском, молодом и взрослом возрастах и среди женщин фертильного возраста.

Объект и предмет исследования: архивные материалы отчетных и учетных форм медицинской документации умерших лиц в половозрастном разрезе в г.Ташкенте, Сурхандарьинской и Хорезмской областях (2000-2008 гг.). Изучены официальные статистические данные Государственного Комитета по Статистике Республики Узбекистан (2000-2008 гг.), отражающие уровень детской смертности в возрастном разрезе, смертность подростков, матерей и взрослого населения.

Предмет исследования социально-гигиеническая характеристика медико-социальных аспектов прожитой жизни умершего, состояния медицинского обслуживания и медицинской активности населения за 5 лет предшествовавших смерти, сравнительная оценка установления основных причин смерти с учётом поло-возрастных и климато-географических особенностей регионов.

Методы исследований: выкопировка, экспертная оценка, аналитический, социально-гигиенический, медико-статистический исследования.

Достоверность и обоснованность результатов исследования определяются использованием апробированных методов, в достаточном количестве первичного материала, подвергнутого статистической обработке с применением современных методов.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. За изученный период (1991–2000-2008 г.г.) отмечено снижение младенческой, детской и подростковой смертности и неустойчивый характер снижения материнской смертности. В структуре материнской смертности лидирующую роль занимают поздние токсикозы, акушерские кровотечения и послеродовой сепсис. В детском, подростковом и молодом возрастах наблюдается более высокая частота смерти мальчиков/юношей, по сравнению с девочками/девушками, где основными причинами ранней смертности явились экзогенные причины смерти (внешние причины, травмы и отравления, пневмония, септицемия).

2. Уровень общей смертности населения в Республике Узбекистан имеет тенденцию к снижению, с характерными различиями в зависимости от географической расположенности места проживания, экологического состояния окружающей среды региона. Частота смертности имеет тесную взаимосвязь с характером наблюдения за больными, качеством оказываемой им медицинской помощи на первичном этапе здравоохранения и медицинской грамотностью населения.

3. В соответствии с существующей обще-мировой тенденцией снижения показателей смертности взрослого населения, основными причинами смерти в изучаемых регионах явились болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, болезни эндокринной системы, органов пищеварения и мочеполовой системы, что в определенной степени связано с влиянием экстремальных природных явлений в регионе (жаркий сухой климат и качество питьевой воды, в частности, повышенная минерализация). Некоторое отличие частоты указанных причин смерти от официально зарегистрированных уровней объясняется некачественным заполнением «Врачебного свидетельства о смерти» в ЛПУ.

4. Жизнь умерших больных, помимо основного заболевания, приведшего к смерти, в большинстве своем была отягощена другими хроническими и социально-обусловленными заболеваниями, которые воздействовали на длительность и качество проживаемой жизни, как для каждого изученного лица, так и для населения в целом.

Научная новизна. Определены современные тенденции характера изменения уровней и структуры смертности отдельных групп населения республики, в частности, у детей, подростков, женщин фертильного возраста, матерей и лиц трудоспособного возраста. Выделен ряд медико-социальных факторов воздействующих на качество проживаемой жизни населения в зависимости от климато-географической расположенности. Так в г.Ташкенте, где наблюдается самый высокий процент экономического

роста, промышленной деятельности и технического развития, интенсивность смертности населения выше, чем в других регионах республики. Определен разрыв в стандартизованных показателях смертности мужчин и женщин в различных возрастных группах, выявлены современные тенденции ключевых причин сверх смертности мужчин в трудоспособном возрасте. Установлена роль и значимость характера медицинского наблюдения и медицинской активности/грамотности населения. Выявлена значимость отдельных заболеваний и патологических состояний в смерти населения в половозрастном разрезе. Ретроспективным методом проведена сравнительная экспертная оценка, определения врачами основных причин смерти и достоверности их регистрации.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Результаты исследования позволили получить данные о динамичной характеристике современных тенденций и закономерностей структуры смертности населения Республики Узбекистан. Проведена сравнительная экспертная оценка грамотности определения врачами основных причин и регистрации смерти, выявлены наиболее значимые социально-гигиенические, медико-организационные факторы, способствующие улучшению качества проживаемой жизни населения, как в личном, так и в общественном аспекте. Разработаны методические рекомендации «Обеспечение достоверного учета, оценки и анализа смертности» (утв. МЗ РУз 30 декабря 2008 г.) предназначенные для участковых врачей, ВОП, студентов ВУЗов, работников организационно-методических отделов городских и районных управлений здравоохранения по достоверному заполнению учетной формы регистрации смерти. В связи с этим появилась возможность проведения динамического статистического анализа патологических состояний, с учетом их роли в формировании показателей смертности, а также оценки патогенетических механизмов множественности и сочетанности заболеваний, возраста, пола, профессии, семейного положения, принадлежности к социальной или этнической группе, места жительства и др. По результатам исследования подготовлены и внедрены в практику учебно-методические пособия «Тамаки чекишнинг оқибатлари ва унинг олдини олиш чора-тадбирлари» (утв. МЗ РУз 13 ноября 2009 г. - протокол №6), для врачей общей практики, врачей по пропаганде здорового образа жизни, студентов ВУЗов. Это в свою очередь, позволило совершенствованию санитарно-просветительной работы среди населения, особенно молодежи, в частности по снижению распространенности курения, являющегося одним из пагубных факторов, способствующих ранней смертности.

Реализация результатов. Разработанные методические рекомендации утверждены МЗ РУз и внедрены в практическую деятельность органов здравоохранения г.Ташкента и Республики Каракалпакстан, что подтверждено актами внедрения. Использование результатов исследования в учебных материалах, позволяет повысить качество проводимых лекционных и практических занятий повышения квалификации организаторов

здравоохранения по вопросам демографической ситуации страны и охраны здоровья населения.

Апробация работы. Основные материалы диссертационной работы доложены и обсуждены: на республиканских научно-практических конференциях – «Медико-биологические основы формирования здоровья детей и подростков» (Ташкент, 2008), «Молодые ученые практическому здравоохранению» (Ташкент, 2008); на семинаре врачей Сурхандарьинской области (Термез, 2008 год); на заседании кафедры организации, экономики и управления здравоохранением при ТаШИУВ (Ташкент, 2010), на межкафедральном заседании факультета медицинской профилактики и подготовки ВОП при ТаШИУВ (Ташкент, 2010); на научном семинаре при спецсовете Д.087.09.03 по специальности 14.00.33 - «Общественное здоровье и здравоохранение» при ТМА (Ташкент, 2011).

Опубликованность результатов. По материалам диссертации опубликовано 12 печатных работ из них: 6 журнальных статей (2 - за рубежом), 4 тезиса и 1 методическая рекомендация, 1 учебно-методическое пособие.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 127 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, главы, описывающей методы и материалы исследования, 3-х глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы, содержащего 158 источников, из них 75 - на иностранном языке и приложения. Работа иллюстрирована 19 таблицами, 8 рисунками.

2. ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении изложена актуальность и степень изученности проблемы; связь диссертационной работы с тематическими планами НИР; задачи, сформулированные соответственно цели; научная новизна, научная и практическая значимость результатов исследования; основные положения, выносимые на защиту; апробация диссертации; опубликованность результатов; структура и объем диссертации.

Первая глава (обзор литературы) посвящена анализу демографических процессов в мире. Значительное место в обзоре занимают медико-демографические и социальные проблемы смертности, в частности, динамика показателей смертности населения в экономически развитых, развивающихся и слабо развитых странах, уровни и структура причин смерти различных поло-возрастных групп населения в отдельных климато-географических регионах.

Во второй главе подробно описаны методы исследования с обоснованием использованных математических и статистических показателей, необходимых для решения каждой задачи. Использовано социально-гигиеническое и медико-статистическое исследование с применением ретроспективного метода, метода экспертных оценок, выкопировки, математического и аналитического методов.

Для углубленного изучения частоты, динамики, структуры смертности и её причин в отдельных группах населения страны проведена выкопировка абсолютных статистических данных об умерших из информационной базы Государственного комитета по статистике Республики Узбекистан за 2000-2008 г.г. Из абсолютных величин вычислялись экстенсивные и групповые интенсивные показатели смертности в разных возрастно-половых, климато-географических, территориальных, социальных группах, а также дополнительные производные показатели: наглядности, темпы прироста, коэффициенты относительной интенсивности (КОИ), нормированные интенсивные показатели (НИП), комплексные коэффициенты. Вычислялись коэффициенты корреляции Пирсона. Детальному анализу подвергнуты уровень и структура причин смерти детей (0-14 лет), подростков (15-17 лет) и взрослого населения (18 лет и старше), а также уровень и структура причин смерти лиц трудоспособного возраста (16-59 лет - для мужчин и 16-54 - для женщин) за 2000-2008 годы.

Для проведения выборочного ретроспективного изучения социальных и медико-организационных аспектов смертности информационной базой явились корешки «Свидетельств о смерти», выданных в лечебно-профилактических учреждениях изучаемых регионов, а также «Медицинские карты амбулаторного больного» (ф. № 025/у) умерших.

Выкопировка необходимой информации проводилась на специально разработанную карту «Изучения отдельных вопросов смерти пациента». В «Карту» включены характеристики и индикаторы, охватывающие биологические и медико-социальные аспекты прожитой жизни умершего: пол, возраст, причина и место смерти, заболевания, перенесенные ранее и имевшиеся к моменту смерти, а также характер наблюдения за ними в амбулаторно-поликлинических учреждениях за последние годы.

Для заполнения карт была сформирована группа подготовленных специалистов, которые путем выкопировки информации из «Медицинских карт амбулаторного больного» умерших выявляли сведения об имевшихся у них заболеваниях, о посещениях ими амбулаторно-поликлинического учреждения за последние 5 лет до смерти, полученных ими при жизни лечебно-профилактических мероприятиях и другие данные. Экспертным путем определяли основную причину смерти, сопоставляя её с зарегистрированной причиной в амбулаторной карте.

Проведена выкопировка и углубленный анализ 900 «Медицинских карт амбулаторного больного» (ф. №025/у). Из общего количества карт 306 (34%) заполнены в г.Ташкенте, 297 (33%) карт - в Сурхандарьинской области (районы Сарыяссия, Узун, Денау) и 297 (33%) карт - в Хорезмской области.

Для статистической разработки были созданы сложные и комбинационные рабочие таблицы, давшие возможность сопоставить и анализировать каждый признак из «Карты изучения отдельных вопросов смерти пациента» в половозрастном и климато-географическом аспекте. Были вычислены относительные показатели, их средние ошибки ($\pm m$) и необходимые показатели.

В третьей главе приведена характеристика уровня, динамики и причин смертности в отдельных возрастно-половых группах населения Республики Узбекистан за период с 1991 по 2008 г.г.

Изучение общего тренда изменений за период 2000-2008 г.г. выявило снижение показателя общей смертности в республике, причем у мужчин оно было менее значительно (на 7,2%), по сравнению с женщинами (на 9,6%). Учитывая, что возрастной состав мужчин (средний возраст 26,3 года) моложе, чем женщин (средний возраст 27,5 лет), мы для исключения влияния возрастного состава вычислили стандартизованные показатели общей смертности, которые показали: какие были бы коэффициенты смертности у мужчин и женщин, если бы их возраст был одинаковый (табл.1).

Таблица 1

Интенсивные и стандартизованные показатели общей смертности на изучаемых территориях (на 100 000 населения) в 2008 году

Характер показателей	Регионы			Республика Узбекистан		
	г.Ташкент	Хорезм-ская	Сурхандарь-инская	всего	муж	жен
Показатель общей смертности (интенсивный)	785,9	480,9	394,9	508,3	544,1	472,6
- в % к уровню РУз	154,6%	94,6%	77,7%	100%	115%	100%
Стандартизованный показатель	1124,9	1118,1	882,1	1049,0	1123,1	894,0
- в % к уровню РУз	107,2%	106,6%	84,1%	100%	125,6%	100%
Средний возраст населения (лет)	31,5	26,1	25,2	26,9	26,3	27,5

Как оказалось, различие между стандартизованными показателями мужчин и женщин выражено значительно сильнее, чем в интенсивных показателях (в 2008 г.) – на 25,6% против 15,1%.

Установлены некоторые территориальные различия в уровнях общей смертности. Самый высокий показатель смертности, превышающий уровень по стране в 1,5 раза, отмечен в г.Ташкенте (785,9 на 100 000 населения) с более взрослым составом населения, хотя здесь высокая обеспеченность (доступность) населения квалифицированными кадрами и специализированными ЛПУ. На 5,1% ниже общенационального уровня – смертность в Хорезмской области. Самый низкий показатель смертности наблюдался в Сурхандарьинской области - 394,9‰, имеющей при этом наиболее низкую обеспеченность населения учреждениями первичного звена здравоохранения, врачебными кадрами и стационарными койками. Корреляционный анализ в областном разрезе не выявил связи между показателями смертности и обеспеченностью населения врачами и койками: (коэффициент корреляции составил соответственно - 0,1 и – 0,09).

Вычислив стандартизованные показатели, мы установили, что при условии одинакового возрастного состава на всех указанных территориях, показатели общей смертности в г.Ташкенте (1124) и Хорезмской области (1118), превышают общенациональный уровень на 6-7%. Ниже

общенационального показателя наблюдалась смертность в Сурхандарьинской области (882). При этом, в г.Ташкенте отмечен самый высокий средний возраст населения (31,5 лет) по сравнению с другими исследуемыми регионами, что могло повлиять на уровень показателей общей смертности.

В первой части главы приведена характеристика уровня и структуры смертности младенцев по периодам жизни. С 1991 по 2008 г. уровень младенческой смертности неуклонно снижался, но темпы снижения были неодинаковыми: постнеонатальная смертность снизилась - в 4 раза, неонатальная - в 1,8 раза, мертворождаемость - в 2,1 раза.

Основными причинами смерти детей в возрасте до 1 года являются: перинатальная патология 45,8% (в том числе 16,8% - малый вес, недоношенность плода) и болезни органов дыхания – 36,3% (из них 62,2% смертей обусловлено пневмонией), врожденные пороки развития - 7,5% и инфекционные болезни - 4,6% от всех умерших детей до 1 года. Около 2% смертей классифицированы как внешние причины смерти.

Анализ причин смерти по периодам жизни выявил некоторые различия. Так, в неонатальном периоде основной причиной смерти являются отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (85,4%), что в значительной степени связано с наличием у каждой женщины 1-3 экстрагенитальных заболеваний. Второе место занимают болезни органов дыхания (7,1%), третье - врожденные пороки развития (5,3%), четвертое место – инфекционные и паразитарные болезни, хотя доля их в структуре не велика (0,7%).

В постнеонатальном периоде ведущей причиной смерти являются болезни органов дыхания (69,7%), имеющие в большинстве случаев экзогенный характер. Далее следуют врожденные пороки развития (10%) и инфекционные болезни (9%). Четвертое место занимают внешние причины смерти (3,8%).

На сегодняшний день система здравоохранения в республике имеет высокую обеспеченность населения кадрами. Корреляционный анализ между динамикой неонатальной, младенческой смертности и обеспеченностью новорожденных и младенцев неонатологами и педиатрами выявил слабую прямую связь ($r = 0,2 \pm 0,01$ и $0,26 \pm 0,01$). Это еще раз подтвердило мультифакторность формирования данной проблемы, где основным направлением в снижении фетоинфантильных потерь в целом и младенческой смертности, в частности, в республике является уменьшение перинатальных потерь, которые связаны с состоянием здоровья новорожденных и женщин.

Во второй части третьей главы приведены основные тенденции уровня и структуры смертности подростков (15-19 лет) и молодежи (20-24 года) в Республике Узбекистан. За весь период изучения (2004–2008 г.г.) общая смертность 20-24 - летних была выше, чем у подростков, как в целом, так и по отдельным классам болезней (табл.2).

Таблица 2

Основные причины смерти подростков и молодежи
(на 100 000 населения соответствующего возраста)

Основные причины	Возрастная группа, лет							
	15-19				20-24			
	годы			% изменения	годы			% изменения
	2004	2006	2008		2004	2006	2008	
всего умерших	54,0	53,1	48,8	- 9,6	98,3	85,3	81,8	- 16,8
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	3,0	3	1,9	- 36,7	8,5	6,3	5,6	- 34,1
Новообразования	4,7	4,4	5,3	+ 12,8	5,9	5,7	6,0	+ 1,7
Болезни системы кровообращения	2,5	3,6	3,2	+ 28,0	7,5	8,4	7,7	+ 2,7
Болезни органов дыхания	4,6	4	3,3	- 28,3	5,7	4,8	4,5	- 21,1
Болезни органов пищеварения	7,1	5,6	3,8	- 46,5	12,1	10,4	9,6	- 20,7
Внешние причины заболеваемости и смерти	10,4	17,9	17,8	+ 71,2	19,5	30,1	30,4	+ 55,9

При динамическом анализе в обеих группах за изучаемый период отмечено последовательное снижение показателя общей смертности, однако более интенсивно в группе 20-24-х летних (16,8 против 9,6% - у подростков). Снижение смертности обусловлено в обеих группах в основном классами болезней: органов пищеварения на 4,6% у подростков и 20,5% у 20-24 - летних, органов дыхания - на 28 и 21% соответственно и инфекционными и паразитарными болезнями на 36 и 34% соответственно.

Следует отметить, что неточность постановки диагноза в медицинском свидетельстве о смерти подростков и молодых лиц в возрасте 20-24 года, затушевывает реальные масштабы смертности от социально значимых болезней, которые, вероятно, превышают их официально объявленный уровень за счет неточно обозначенных состояний.

Третья часть III главы описывает основные тенденции уровня и структуры смертности взрослого населения, находящегося в пенсионном возрасте. Уровень смертности этого контингента населения в РУз за период 1997-2008 г.г. снизился на 19,8%.

Отмечена значительная территориальная дифференциация показателя смертности. Самый высокий процент умерших в пенсионном возрасте (из всех умерших) в г.Ташкенте (66%), меньше в Хорезмской области (63,3%) и Сурхандарьинской области (59,5%).

В возрастной структуре смертности лиц пенсионного возраста основная часть смертей (86,8%) естественно приходится на возраст старше 65 лет, причем максимальный удельный вес умерших пришелся на лиц в возрасте

70-74 и 75-79 лет. Среди всех умерших в РУз в 2008 г. лица пенсионного возраста составили 63% (73% среди женщин и 54,1% среди мужчин).

Среди лиц пенсионного возраста в данной возрастной категории во всех исследованных регионах основными причинами смерти на I месте и у мужчин и у женщин являются болезни системы кровообращения (3471,5‰). Второе и последующие места заняли новообразования (248,5‰), болезни органов пищеварения (209,1‰) и дыхания (161,8‰). Частота смертности мужчин (5703,9‰) пенсионного возраста существенно (на 52,6%) превышает показатель женщин (3737,5‰).

В четвертой главе описана социальная структура причин смертности взрослого населения. Первая часть главы посвящена анализу социальной структуры взрослого населения работоспособного возраста и умерших в данном возрасте, изложена численность и занятость населения трудоспособного возраста исследуемых регионов.

Из 900 обследованных нами архивных документов умерших I место по сфере занятости заняли работники сельского хозяйства - $40,5 \pm 3,2\%$. Значительно меньший удельный вес составили работники сферы обслуживания ($9,3 \pm 1,9\%$), служащие в т.ч. преподаватели, учителя ($9 \pm 1,8\%$) и научные сотрудники ($8,4 \pm 1,8\%$). Предпринимательством занимались $6,6 \pm 1,7\%$ умерших, врачами, средним или младшим медицинским персоналом были $4,6 \pm 1,4\%$ умерших. $21,6 \pm 2,6\%$ исследованных, зарегистрированных в графе «другое», были домохозяйками и занимались торговлей на рынке и др. местах, или были частично заняты в сельском хозяйстве.

Во второй части IV главы приведена социально-биологическая характеристика смертности взрослого населения. В целях определения количества лет, прожитых умершими без патологии, мы изучили историю жизни и болезни, которыми страдали умершие, а также их длительность в течение прошедшей жизни. При этом были проанализированы три основных компонента потери потенциально здоровых лет жизни, с акцентом на экономические потери: временная утрата трудоспособности, инвалидность и смертность из-за бремени болезни.

1) Временная утрата трудоспособности (ВУТ). В Узбекистане за 2008 год было выдано 1091,052 больничных листов, общее число дней нетрудоспособности составило 31589,073 дня, в среднем продолжительность одного случая нетрудоспособности составила 28,9 дней. Самая малая длительность одного случая заболевания отмечена в г.Ташкенте (18,7 дней), самая большая – в Сурхандарьинской области (41,2дня). В 2007 году из-за ВУТ в связи с заболеваемостью и травмами экономика республики на каждые 100 работающих теряла 476,1 календарных дней (г.Ташкенте – 426,4; в Хорезмской области – 243,8; в Сурхандарьинской области – 428,6 дней).

2) Инвалидность. Проведенное нами выборочное исследование показало, что из 900 умерших 30,8% ($33,3\%$ - мужчин и $28,6\%$ - женщин) ко времени смерти имели статус инвалида. Высокий уровень инвалидности среди умерших наблюдался в г.Ташкенте, этот показатель составил $34,6\%$

(40,8% - мужчин и 28,9% - женщин), в Сурхандарьинской области – 22,8% (18,1% - мужчин и 27,7% - женщин) и Хорезмской области – 12,9% (15,5% - мужчин и 10,8% - женщин).

3) смертность из-за бремени болезни. Возрастная структура умершего взрослого населения в исследуемых регионах на протяжении нескольких лет практически не менялась.

Учитывая разнородный возрастной состав населения в разных регионах с целью определения относительной частоты повозрастной смертности в изучаемых регионах были вычислены коэффициенты относительной интенсивности (табл. 3).

Таблица 3

**Коэффициенты относительной интенсивности смертности
в отдельных возрастных группах в исследуемых регионах**

Возраст, лет	Регионы		
	г.Ташкент	Сурхандарьинская область	Хорезмская область
до 30	0,3	0,3	0,2
от 31 до 40	0,4	0,4	0,1
от 41 до 50	0,9	0,8	0,3
от 51 до 60	3,1	1,4	0,6
от 61 до 70	4,5	3,3	2,7
старше 70	6,5	10,4	10,1

Как видно из данных, приведенных в таблице 3, с возрастом относительная частота смертности в разных регионах нарастает не равнозначно. Так, в Хорезмской области относительная частота смерти возрастных групп до 61-70 лет самая низкая, а риск смерти даже в возрасте 51-60 лет (КОИ = 0,6) значительно ниже среднего риска (равного единице), в то время, как в этом возрасте риск смерти в других регионах несколько превышает средний риск.

В третьей части IV главы описываются причины смерти в изучаемых случаях, характер имевшихся у них при жизни заболеваний и их длительность. При экспертной оценке «Медицинских карт амбулаторного больного» умерших было установлено, что в структуре основных причин смерти в изученных регионах 48,7±3,1% составили болезни системы кровообращения. Это существенно меньше, чем по данным официальной статистики в тех же регионах за тот же год (59,7% в Сурхандарьинской и Хорезмской областях и 61,1% - в г.Ташкенте). В то же время от злокачественных новообразований умерли - 11,9±2%, от патологии эндокринной системы – 8,1±1,7%, что в 1,5 раза превышает официальные показатели по Сурхандарьинской и Хорезмской областям. Напрашивается вывод, что у части больных с онкологическим диагнозом посмертно имела место неправильная трактовка основной причины смерти, т.е. вместо злокачественных новообразований в качестве основного выбирался сопутствующий диагноз - ишемическая болезнь сердца. Аналогичная картина наблюдалась и в отношении сахарного диабета, когда за основную

причину смерти принималось его осложнение со стороны сердечно-сосудистой системы.

Довольно большой удельный вес в структуре причин смерти, по экспертным данным, занимают болезни мочеполовой системы ($5,3 \pm 1,4\%$), преимущественно пиелонефрит, хотя по официальным данным этот класс болезней составляет около 2%. Это связано с тем, что осложнение пиелонефрита «почечная гипертония» принимается за основную причину смерти как «гипертоническая болезнь». Доля умерших от несчастных случаев, травм и отравлений была не велика ($1,7 \pm 0,8\%$) за исключением умерших в г.Ташкенте ($6,1 \pm 2,2\%$).

Для умерших обоих полов был характерен примерно равный уровень отягощенности сопутствующими болезнями: органов пищеварения (у мужчин – 32,1 случая на 100 умерших и у женщин – 31,8 на 100 умерших), нервной системы (у 55,9 и 55,6 соответственно), системы кровообращения (у 25 и 25,9 соответственно). Характерно, что у 1/3 умерших больных при жизни за последние годы было зарегистрировано по 1-2 хронических заболевания. В частности, у умерших в трудоспособном возрасте женщин в $43,7 \pm 4,3\%$ случаев, а у мужчин – в $29,3 \pm 4\%$ случаев сопутствующей болезнью явилась анемия.

Ретроспективным исследованием «Медицинской карты амбулаторного больного» установлена давность возникновения болезни, от которой пациент умер. До $58,6 \pm 4,7\%$ мужчин и $64,4 \pm 4,5\%$ женщин более 15 лет страдали заболеваниями, которые привели к смерти. При этом, только $63,4 \pm 3,1\%$ умерших посещали ЛПУ довольно регулярно и получали необходимую консультативную и лечебную помощь. Остальные $36,6 \pm 3,1\%$ это делали не регулярно, причем почти половина из них за 1-2 года перед смертью вообще не посещали врача. Можно отметить, что женщины более регулярно посещали врача ($65,7 \pm 4,2\%$) и получали лечебно-оздоровительные мероприятия в амбулаторно-поликлинических условиях ($74,6 \pm 2,6\%$), в т.ч. в стационаре на дому ($6,3 \pm 2,4\%$). Мужчины же чаще, чем женщины лечились в стационаре ($26,2 \pm 2,4\%$), однако регулярность обращения к врачу у них несколько ниже, чем у женщин.

На основании выборочного ретроспективного изучения и экспертной оценки амбулаторных карт умерших, проанализирована достоверность определения врачами основной и непосредственной причин смерти и качество наблюдения за ними при жизни в АПУ в течение предшествовавших 5 лет до смерти. Анализ показал, что $\frac{1}{4}$ часть умерших, страдавших на протяжении нескольких лет такими заболеваниями, как ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД), хронические неспецифические болезни легких (ХОБЛ), в течение предшествовавших 5 лет до смерти не регулярно обращались в АПУ и, соответственно, получали профилактическую и лечебно-диагностическую помощь в недостаточном объеме. Это, вероятно, способствовало преждевременной смерти населения более зрелого возраста, и данная проблема требует активных медико-организационных мер со

стороны руководителей ЛПУ, особенно в отношении трудоспособного населения.

Пятая глава посвящена разработке комплекса мер по совершенствованию охраны здоровья и снижению смертности населения республики.

В структуре ранней смертности более 70-80% приходится на хронические неинфекционные заболевания, в первую очередь, болезни системы кровообращения (48,7%), онкологические заболевания (11,9%), болезни эндокринной системы (8,1%), болезни органов пищеварения (7,4%) и болезни мочеполовой системы (5,3%). В работе по уменьшению распространенности и влияния на здоровье населения данных категорий болезней важную роль играет общество, создающее необходимые условия для пропаганды здорового образа жизни. В то же время не следует преуменьшать значения системы здравоохранения, которая, в свою очередь, должна находить эффективные способы медицинского контроля над факторами риска заболеваемости и смертности пациентов.

Основными мерами по совершенствованию охраны здоровья и снижению смертности населения в республике являются улучшение и сохранение здоровья детей, подростков, женщин и лиц пожилого возраста; снижение уровня социально значимых заболеваний; сокращение распространенности инфекционных болезней; обеспечение здоровой и безопасной среды обитания; формирование здорового образа жизни; совершенствование механизмов государственной гарантии в обеспечении населения бесплатной медицинской помощью; повышение эффективности системы управления и финансирования здравоохранения; модернизация системы подготовки и переподготовки кадров в здравоохранении.

В комплексе мер по совершенствованию охраны здоровья и снижению смертности населения республики необходимо обеспечить приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи с акцентом на профилактику заболеваний, совершенствование консультативно-диагностических служб, развитие медико-социальной реабилитации, оснащение современным диагностическим оборудованием районных (городских) поликлиник, СВП, семейных поликлиник, станций (отделений) скорой медицинской помощи и др.

Одним из направлений эффективной кадровой политики является создание условий для мотивированного высококачественного труда медицинского персонала с использованием экономических, организационных, правовых, психологических и социальных механизмов.

Формирование здорового образа жизни играет ключевую роль в сохранении, укреплении здоровья и снижении смертности населения республики. Состояние здоровья населения, как известно более чем на 60-65% зависит от образа жизни человека, и он служит приоритетным направлением в решении многих проблем, связанных со снижением заболеваемости, инвалидизации, смертности населения, увеличением средней продолжительности предстоящей жизни. Известно, что потребуются многие годы для формирования у населения поведенческих стратегий,

появлению доминанты ценностного отношения к своему здоровью. Прежде всего, надо добиться увеличения ассортимента и доступности безопасных для здоровья продуктов питания, минимизация негативного влияния на здоровье, прежде всего детей, вредных привычек, курения и употребления алкоголя и др.

3. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования позволили сформулировать следующие **выводы:**

1. За период 2000-2008 гг. в Республике Узбекистан отмечена устойчивая тенденция снижения общей смертности, причем у женщин более заметно (на 9,6%), чем у мужчин (7,2%), а в трудоспособном возрасте - на 19,0% и 16,9% соответственно. За период изучения общая смертность мужчин в 1,1-1,2 раза превышала смертность женщин, тогда как в трудоспособном возрасте - в 2-2,2 раза. Выявлены территориальные различия в показателях смертности, с самым высоким уровнем – в г.Ташкенте - 785,9‰ (стандартизованный - 1124,9), и самым низким – в Сурхандарьинской области - 394,9‰ (стандартизованный - 882,1).

2. Среди детского и подросткового контингента наиболее интенсивное снижение смертности наблюдалось у детей в возрасте до 5 лет (на 42%) и младенческой смертности (на 35%). В структуре причин смерти детей до 14 лет и до 5 лет ведущими причинами смерти являются болезни органов дыхания, внешние причины, инфекционные и паразитарные заболевания. В структуре причин младенческой смертности в последние годы наблюдалось преобладание болезней перинатального периода, доля которых из года в год увеличивается; второе место занимают болезни органов дыхания и третье место - врожденные пороки развития. Эти три причины составляют 90% в структуре всех умерших детей до 1 года.

3. Материнская смертность с 2000 по 2008 гг. снизилась на 35,6%; основными причинами её на сегодняшний день остаются маточные кровотечения, гестозы, экстрагенитальные заболевания, родовой сепсис и акушерская эмболия.

4. Экспертная оценка записей об имевшихся заболеваниях в «Медицинской карте амбулаторного больного» умерших выявила довольно частое неправильное формулирование врачами АПУ основного посмертного диагноза у умерших с сахарным диабетом, онко-заболеваниями и болезнями почек, когда в качестве основной причины смерти у них устанавливалась сопутствующая патология или осложнение основного заболевания: ИБС, сердечно-сосудистая недостаточность, артериальная гипертония (вместо почечной).

5. Некачественное заполнение в АПУ «Врачебного свидетельства о смерти» в 1/3 случаях обусловило различие в структуре причин смерти по данным официальной статистики и выборочного исследования. С учетом коррекции, в структуре основных причин смерти изученных нами регионов болезни системы кровообращения составили 48,7%, что существенно меньше, чем по данным официальной статистики за тот же год (59,7% в Сурхандарьинской и Хорезмской областях и 61,1% - в г.Ташкенте). В то же

время от злокачественных новообразований умерли - 11,9% и от патологии эндокринной системы – 8,1% исследованного нами контингента, что в 1,5 раза превышает официальные показатели по Сурхандарьинской и Хорезмской областям. В исследуемой группе в 2,5 раза выше официальных данных оказался и удельный вес умерших от болезней мочеполовой системы; в основном, за счет Сарыасийского, Узунского и Денауского районов Сурхандарьинской области, где частота от этой патологии была почти в 2 раза выше (38,2‰), чем в других регионах.

6. Более 50% умерших взрослых лиц исследованной группы, помимо основного заболевания, явившегося причиной смерти, имели сопутствующие болезни, которые с возрастом накапливались; среди них наибольшее значение имели болезни нервной, сердечно-сосудистой, мочеполовой и костно-мышечной систем. Только в 63,4% случаях пациенты довольно регулярно посещали ЛПУ с целью получения необходимой консультативной и лечебной помощи. Остальные делали это очень редко, причем почти половина из них за последние 2 года перед смертью вообще не посещала врача. Женщины более регулярно посещали врача (65,7%), причем предпочитали получать лечебно-оздоровительные мероприятия в амбулаторно-поликлинических условиях (74,6%), тогда как мужчины чаще лечились в стационаре (26,2% против 6,3% женщин), что связано с их обращением в учреждения здравоохранения в запущенных стадиях болезни, требующих стационарного лечения.

7. Выявлено, что 30,8% умерших (33,3% - мужчин и 28,6% женщин) ко времени смерти имели инвалидность в связи разными заболеваниями; при этом в г.Ташкенте (34,6%) их было значительно больше чем в Сурхандарьинской (22,8%) и Хорезмской областях (12,9%). Экспертный анализ характера медицинской помощи, отраженной в «Медицинской карте амбулаторного больного» умерших, выявил неполноценность организации первичной профилактики и активного раннего выявления социально значимых болезней, а также их последующей диспансеризации в семейных поликлиниках и СВП.

8. Комплексная оценка и прогнозирование значимости факторов риска для здоровья населения в зависимости от климато-географических условий, возраста, пола, социального статуса позволяют адекватно внедрять здоровье-сохраняющие технологии с более значимой эффективностью воздействия. Разработанное нами учебно-методическое пособие для подготовки специалистов по вопросам пропаганды здорового образа жизни с набором программ, адаптированных к различным возрастным и социальным группам, и внедренное в работу ВОП, способствовало формированию у населения поведенческих навыков и приверженности к здоровому образу жизни. Это позволит снизить уровень преждевременной смерти в стране и повлиять на структуру общей смертности.

Рекомендации по использованию результатов диссертации:

1. Основные направления по дальнейшему снижению преждевременной смертности населения должны основываться на сохранении и укреплении здоровья и обеспечении социальной защиты лиц экономически активного возраста, особенно мужчин. Необходимо пересмотреть имеющиеся и разработать новые нормативные документы по охране труда и улучшение условий трудящихся, как в бюджетных организациях, так и в частном секторе экономики.

2. Необходимо повысить уровень знаний ВОП врачей, оказывающих медицинскую помощь детям, не имеющим в анамнезе наследственно-генетических заболеваний и пороков развития и осведомленность матерей в определении первичных признаков болезни у детей, с целью повышения медицинской активности и грамотности населения.

3. Необходимо внедрение в работу участковых врачей, ВОП и педиатров навыков использования стандартных протоколов, разработанных на основании современных, научно доказанных медицинских тенденций по активному выявлению социально-значимых заболеваний и надлежащему диспансерному наблюдению в учреждениях первичного звена здравоохранения.

4. Главным врачам семейных поликлиник, СВП/ГВП принят необходимые меры по повышению квалификации участковых врачей и ВОП по вопросам правильного оформления медицинской документации, описывающей анамнез жизни и болезней до последующего свидетельства о смерти. В схеме записи медицинских документов, характеризующих смерть пациента, должны быть отражены все патологические состояния и их функциональная роль в наступлении смерти.

5. Установить мониторинг уровня и структуры смертности в возрастном, половом разрезе, а работающих контингентов - в профессиональном аспекте, что в дальнейшем даст возможность своевременного определения изменения тенденции смертности с планированием и реализацией необходимых адекватных профилактических мероприятий в надлежащем объеме и качестве.

6. Региональному управлению Сурхандарьинской области следует рассмотреть вопрос об обеспечении населения качественной питьевой водой, что, является резервом дальнейшего снижения уровня смертности от болезней мочеполовой системы, которая в исследуемых районах оказалась в первой пятёрке основных причин смерти населения.

4. СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. Файзиева Н.Н. Возрастные и половые различия смертности населения трудоспособного возраста // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2008. - № 3. – С. 4-6.
2. Менликулов П.Р., Файзиева Н.Н. Медико-социальные различия смертности взрослого населения г.Ташкента // Патология, – Ташкент, 2008. - № 3. - С. 75-79.
3. Менликулов П.Р., Шафайзиева Г.Д., Файзиева Н.Н. Динамика возрастных коэффициентов смертности детей на 1-ом году жизни в Республике Узбекистан // Актуальные проблемы современной науки, - Москва, 2008. – №3. – С. 257-260.
4. Менликулов П.Р., Файзиева Н.Н., И.Г. Горбунова. Характеристика смертности населения республики в трудоспособном возрасте // Бюллетень ассоциации врачей, – Ташкент, 2008. - №3. – С. 83-85.
5. Менликулов П.Р., Файзиева Н.Н., Маматова Н.М., Горбунова И.Г., Турсунов Д.И. Характеристика отношения студенческой молодежи к табакокурению // Наркология, – Москва, 2010. - №12 (108). – С. 57-61.
6. Менликулов П.Р., Турымбетова М.Т., Файзиева Н.Н. Совершенствование педагогической деятельности в медицинском учебном заведении // Личностно-ориентированный подход к современному обучению и воспитанию. Сб. науч.- метод. статей в 18 частях. - Ташкент, 2008. – С. 82-86.
7. Менликулов П.Р., Файзиева Н.Н. Характеристика смертности детей, рожденных с малым весом // «Медико-биологические основы формирования здоровья детей и подростков». Рес. науч.-прак. конф. - Ташкент, 2008. – С. 172.
8. Файзиева Н.Н. Динамика смертности трудоспособного населения в г.Ташкенте // Конференция «Молодые ученые практическому здравоохранению». – Ташкент, 2008. – С. 266.
9. Шафайзиева Г.Д., Файзиева Н.Н. Динамика материнской смертности в республике. // Конференция «Молодые ученые практическому здравоохранению». – Ташкент, 2008. – С. 267.
10. Менликулов П.Р., Салиходжаева Р.К., Файзиева Н.Н. Совершенствование работы медицинской сестры общей практики // Вестник врача. – Самарканд, 2008. - №1. – С. 115-116.
11. Менликулов П.Р., Файзиева Н.Н. Обеспечение достоверного учета, оценки и анализа смертности. Методические рекомендации. - Ташкент, 2008. - 13 с.
12. Асадов Д.А., Менликулов П.Р., Маматова Н.М., Турсунов Д.Ш., Айтжанова Н.Ж., Файзиева Н.Н. Тамаки чекишнинг оқибатлари ва унинг олдини олиш чора тадбирлари. Ўқув-услугий қўлланма. - Тошкент, 2009. - 41 б.

Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасига талабгор Файзиёва Нозима Нуриллаевнанинг 14.00.33 – “Жамият саломатлиги ва соғлиқни сақлаш” ихтисослиги бўйича “Ўзбекистон Республикасида аҳоли ўлимнинг тиббий-ижтимоий жиҳатлари” мавзусидаги диссертациясининг

РЕЗЮМЕСИ

Таянч (энг муҳим) сўзлар: ўлим, ўлим сабабларини қайд этишнинг ишончлилиги, ўлимнинг ёш ва жинсга боғлиқ хусусиятлари.

Тадқиқот объеклари: Тошкент шаҳри, Сурхондарё ва Хоразм вилояти аҳолисининг турли ёш ва жинсдаги ўлим ҳолати қайд этилган архив материаллари. Давлат статистика қўмитасининг аҳолининг ўлими бўйича статистик материаллар.

Ишнинг мақсади: Ўзбекистон Республикаси аҳолисининг ўлим ҳолатлари даражаси, характери ва структурасининг замонавий жиҳатларини аниқлаш, ўлим даражаси ва структурага таъсир кўрсатувчи тиббий-ижтимоий омилларни аниқлаш, ўлимга сабаб бўлган асосий касалликни қайд этиш ҳолатларини ишончлилигини солиштирма қиёсий таҳлилни ўтказиш, ҳамда ушбу хавфли омилларнинг таъсирини камайтиришга йўналтирилган илмий тадқиқотларга асосланган қатор чора-тадбирларни таклиф этиш.

Тадқиқот услублари: маълумот тўплаш, эксперт баҳолаш, таҳлилий, ижтимоий-гигиеник ва тиббий-статистик тадқиқотлар.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги: 2000-2008 йиллар оралигида аҳоли ўлими даражаси ва структурасининг ўзгариш тенденцияси аниқланди. Болалар, туғиш ёшдаги аёллар ва катта ёшдаги аҳолининг ўлимида турли касалликлар ва патологик ҳолатларнинг роли ва аҳамияти белгиланди. Ретроспектив усулдан фойдаланган ҳолда, шифокорлар томонидан, ҳар бир ўлим ҳолатининг асосий сабабини аниқлаш ва рўйхатдан ўтказилиши ишончлилиги солиштирма баҳоланди. Тиббий-ижтимоий омилларнинг республика аҳолиси саломатлигига ва кейинчалик ўлим даражасига бўлган таъсири аниқланди.

Амалий аҳамияти: ўлимга тўғридан-тўғри сабаб бўлган асосий патологик ҳолатларни қайд этиш тизимини такомиллаштириш ва эрта ўлимга сабаб бўлувчи хавфли омилларни (жумладан: чекиш) камайтиришга йўналтирилган тарғибот-ташвиқот ишлар самарадорлигини ошириш юзасидан қатор тавсиялар берилди.

Татбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги: ЎзР ССВ томонидан тасдиқланган амалиётга тадбиқ этиш протоколларига асосланиб, методик тавсияномалар Тошкент шаҳар тиббиёт муассасаларининг бошқарув органлари, врач-статистиклар, бирламчи тиббиёт тизимининг УАШлари фаолиятида кенг қўлланилади.

Қўлланиш (фойдаланиш) соҳаси: бирламчи тиббиёт тизими муассасалари, тиббиёт ОЎЮ нинг УАШ тайёрлаш кафедраларида қўлланилади.

РЕЗЮМЕ

диссертации Файзиевой Нозимы Нуриллаевны на тему: «Медико-социальные аспекты смертности населения Республики Узбекистан» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.33 – «Общественное здоровье и здравоохранение»

Ключевые слова: смерть, достоверность учёта причин смерти, половозрастные особенности смерти.

Объекты исследования: архивные материалы умерших в различном половозрастном разрезе, в г.Ташкенте, Сурхандарьинской и Хорезмской областях. Статистические материалы по смертности населения Государственного Комитета по статистике.

Цель работы: выявить современные аспекты характера, уровня и структуры смертности населения Республики Узбекистан, с определением влияния медико-социальных факторов на их уровень и провести сравнительную оценку правильности регистрации основной причины смерти, разработать научно-обоснованные рекомендации по усовершенствованию медико-профилактических мер по улучшению состояния здоровья населения.

Методы исследования: выкопировка, экспертная оценка, аналитический, социально-гигиенический, медико-статистический исследования.

Полученные результаты и их новизна: определены тенденции уровней и структуры причин смертности населения Республики Узбекистан за 2000-2008 годы. Установлена роль и значимость отдельных заболеваний и патологических состояний в смерти детей, женщин фертильного возраста и взрослого населения. Ретроспективным методом проведена сравнительная оценка определения врачами основных причин смерти и достоверности их регистрации. Определено влияние медико-социальных факторов риска на состояние здоровья и в последующем на уровень смерти населения республики.

Практическая значимость: предложены ряд мер по совершенствованию системы регистрации основных патологических состояний явившихся непосредственной причиной смерти и профилактической деятельности, с целью повышения эффективности проводимой санитарно-просветительной работы, по снижению распространенности вредных факторов (в частности: курение), способствующих ранней смертности населения.

Степень внедрения и экономическая эффективность: методические рекомендации широко используются управленческим составом медицинских учреждений, статистиками, в первичном звене врачами ВОП г.Ташкента, о чем свидетельствуют протоколы внедрения утвержденные МЗ РУз.

Область применения: учреждения первичного звена здравоохранения, кафедры по подготовке ВОП медицинских ВУЗов.

RESUME

Thesis of Fayzieva Nozima Nurillaevna on the scientific degree competition of the doctor of philosophy in medical sciences on specialty 14.00.33 – “Public health and healthcare”, subject: “Medical and social aspects of mortality rate in population of Uzbekistan”

Key words: mortality, accuracy in reporting causes of mortality, age and sex characteristics of mortality.

Subjects of research: State Statistics Committee’s statistical data on population mortality rate. The subjects of research included data of people died in different age and sex in Tashkent city, Surkhandarya and Khorezm regions.

Purpose of work: to reveal modern aspects of character, level and structure of mortality of the population of the Republic of Uzbekistan, with definition of influence of medico-social factors on their level and to carry out a comparative appraisal of correctness of registration of the main reason for death, to develop scientific and reasonable recommendations about improvement of medico-preventive measures about improvement of a state of health of the population.

Methods of research: the social-hygienic selective retrospective study with use peer review, analytical, statistical and mathematical methods

The results obtained and their novelty: the analysis identified the current trends reflecting the change in causes of population death in recent 10 years with comparing the data of 2000s. The role of particular diseases and conditions in mortality of working age population, women in reproductive age and children has been detected. First time in country the potential years of life lost by retirement age and average life expectancy was calculated. Moreover, the economic aspects of human-asset loss due to morbidity burden were explored.

Practical value: the thesis suggests a number of measures to enhance the system of registering basic conditions which are supposed to be the cause of deaths and preventive activities in order to improve sanitary and educational component in reducing risk factors (smoking) prevalence which make negative contribution into population mortality increase.

Degree of embed and economic effectivity: the recommendations are widely implemented to managerial staff of health facilities, statisticians and GPs in primary health care work in Tashkent city. Formal implementation protocols confirmed by MoH are presented as evidence

Field of application: primary healthcare facilities, Medical Universities’ GP training departments.