

других стран; участие в выполнении совместных проектов;

- проведение научно-практических мероприятий (съездов, конференций, выставок, мастер-классов и др.) и участие в них за рубежом;

- направление наиболее перспективных врачей и научных работников на стажировки в ведущие мировые научные центры и клиники;

- материальное стимулирование научной и интеллектуальной деятельности.

Преимуществом РНПЦ травматологии и ортопедии перед другими клиниками аналогичного профиля является наличие специалистов высокого уровня (опыт стажировок за рубежом и владение иностранными языками), хорошая материально-техническая база – высокотехнологичное оборудование, использование соответствующих мировому уровню технологий в области эндопротезирования, нейрохирургии, артроскопии, малоинвазивного остеосинтеза, а также комфортные условия пребывания (созданы палаты повышенной комфортности) и гибкая ценовая политика.

Направления деятельности РНПЦ травматологии и ортопедии, как в научной, так и практической сфере, соответствуют современным тенденциям развития и уровню мировой медицинской науки. Внедрение по-

лученных результатов в клиническую практику значительно повышает эффективность диагностики и лечения пациентов хирургического профиля и имеет как медико-социальный, так и экономический эффект.

EXPORT OF MEDICAL SERVICES AT REPUBLICAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL CENTRE OF TRAUMATOLOGY AND ORTHOPEDICS

A.V.Beletski, L.N.Lomat, M.V.Kurbalenko

Market of medical services in the field of traumatology and orthopaedics was analyzed. The introduction of high-tech surgical interventions and diagnostic testings allowed attracting patients and increasing extra budgetary funds. The priority areas are: endoprosthesis and arthroscopy of large joints, correcting and stabilizing operations on spine surgery, corrective osteotomies of pelvic bones and hip, modern technologies of osteosynthesis and others. Since 2007 medical services export revenue has increased more than 6 times: from 51900 to 322300 \$ US. The advantage of the Centre over other clinics is the following: highly skilled specialists (internship experience abroad and a good command of foreign languages), perfect material and technical basis, application of high-tech methods as well as comfortable conditions of stay at the Centre (superior wards) and flexible price policy.

ЗДОРОВЬЕ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЬНИЦ ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

¹ Г.С.БУДРЕВИЧ, ² Е.М.ТИЩЕНКО

¹ УЗ «Кореличская центральная районная больница», г.п. Кореличи, Кореличский р-н, Гродненская область

² Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

Здоровье женщин фертильного возраста – важнейшая медико-социальная проблема, его укрепление будет способствовать развитию национальной демографической безопасности [1, 2]. Основываясь на анализе результатов переписи населения и изучив первичную медицинскую документацию, мы исследовали уровень и динамику показателей здоровья женщин фертильного возраста одного из сельских районов.

Удельный вес женщин фертильного возраста в районе составил в 2009 г. 37%, что на 3% выше 1999 г. (34%). В то же время по области в 2009 г. удельный вес женщин фертильного возраста составлял 47%, а по Республике Беларусь – 48%. Это объясняется модернизацией общества и миграцией населения района в город.

Сравнивая удельный вес женщин фертильного возраста по возрастным группам в общей численно-

сти женского населения фертильного возраста за 1999 и 2009 годы, мы выявили в районе значительное снижение числа женщин в возрасте от 15 до 39 лет и увеличение в возрастных группах от 40 до 49 лет.

За период с 1999 по 2009 годы наибольшее снижение числа женщин зарегистрировано в активном детородном возрасте (20 – 34 года) и в возрасте 15 – 19 лет. Увеличение темпа прироста отмечено в возрасте 40 – 49 лет.

В 1999г. удельный вес городских женщин составлял 61,3%. К 2009 г. удельный вес женщин фертильного возраста, проживающих в городе, уменьшился до 49,6%, преимущественно за счет женщин в возрасте от 15 до 34 лет. В то же время удельный вес сельских жительниц возрос с 38,7% в 1999 г. до 50,4% в 2009 г. Рост произошел за счет женщин в возрасте от 40 до 49 лет.

Уровень общего показателя рождаемости, несмотря на тенденцию к росту, регистрировался как низкий (2006г. – 7,7; 2011г. – 9,5‰).

Проведение активных мероприятий, предусмотренных Национальной программой демографической безопасности, позволило снизить показатель смертности женщин фертильного возраста с 3,5 ‰ до 1,04‰.

В структуре смертности лидирующее место занимают внешние причины в 2006г., 2007г., 2008г., (38,5 – 50%), в 2009 г. – онкопатология (27,7%), в 2010 г. – прочие болезни (41,7%), в 2011 г. – болезни системы кровообращения (40%).

Заболеваемость является одним из важнейших параметров здоровья населения. Величина этого показателя зависит как от частоты распространения патологии среди женщин фертильного возраста, так и от многих других факторов.

Общая заболеваемость женщин фертильного возраста имеет некоторую тенденцию к росту. Так, в 2011г. наблюдается увеличение заболеваемости на 11,6% по сравнению с 2007г. В структуре заболеваемости женщин фертильного возраста отмечается возрастание удельного веса следующих заболеваний: болезней органов дыхания (с 17,8% в 2010 г. до 30,1% в 2009 г.), болезней мочеполовой системы (с 12,3% в 2008 г. до 14,0% в 2011 г.), болезней эндокринной системы (с 6,7% в 2009 г. до 13,1% в 2007 г.), онкопатологии (с 10,4% в 2010 г. до 6,2% в 2011 г.), болезней органов пищеварения (с 9,5% в 2011 г. до 6,4% в 2010 г.).

Рост общей заболеваемости имеет место практически по всем группам болезней. Соответственно возросла и частота общей заболеваемости по некоторым классам болезней: системы кровообращения (в 2,0 раза), органов дыхания (в 1,4 раза), органов пищеварения (1,05 раза), а также по классу травм и отравлений (1,3 раза).

Первичная заболеваемость женщин фертильного возраста в 2011 г. составила 302,8 на 1000 женщин фертильного возраста, что выше аналогичного показателя 2007 г. (294,3) на 2,8%. 45,2% первичной заболеваемости составляют болезни органов дыхания, 10,9% болезни мочеполовой системы. В отличие от общей заболеваемости, где на третьем месте болезни эндокринной системы, в первичной заболеваемости третье место на протяжении пяти лет занимают болезни костно-мышечной системы (9,4%).

В структуре госпитализированной заболеваемости женщин фертильного возраста третью часть занимает госпитализация по поводу беременности, родов и послеродового периода. До 20% женщин фертильного возраста были госпитализированы в связи с болезнями мочеполовой системы. На третьей позиции – патология органов дыхания. Несколько увеличился процент госпитализированных с патологией сердечно-сосудистой системы.

Развитие материально-технической базы, совершенствование и модернизация диагностического обо-

рудования позволили повысить процент выявления заболеваний на ранних стадиях при проведении профилактических осмотров. Если в 2006 г. этот показатель составлял 13%, то к 2011 г. при профилактических осмотрах выявлено 33% заболеваний. Своевременность выявления заболеваний позволяет более точно проводить лечебно-реабилитационные мероприятия, что ведет к сокращению трудопотерь.

Динамика заболеваемости репродуктивной системы у женщин фертильного возраста имеет положительную тенденцию к снижению: с 2006г. по 2011г. заболеваемость репродуктивной системы женщин фертильного возраста уменьшилась вдвое (с 9047,2 до 4385,6 на 1000 женщин фертильного возраста).

Наибольший удельный вес в структуре заболеваемости внесли осложнения беременности – от 33,9% в 2006 г. до 46,9% в 2011 г., при том, что уровень заболеваемости на 1000 женщин фертильного возраста уменьшился с 3069,1 до 2057,7.

Трудопотери, связанные с инвалидностью, у женщин фертильного возраста вносят значимый вклад в недопроизводство внутреннего валового продукта, наносят ущерб и ухудшают медико-демографическую ситуацию.

За период с 2006 по 2011 г. показатель первичной инвалидности женщин фертильного возраста имеет тенденцию к снижению (с 37,4 на 10 тысяч женщин данной половозрастной группы до 8,31).

Основными причинами первичной инвалидности женского населения в возрасте 15–49 лет являлись следующие классы болезней: новообразования (женщин фертильного возраста); травмы; болезни системы кровообращения и болезни костно-мышечной системы.

Наибольший удельный вес в тяжелой инвалидности имеют новообразования. В 90% случаев это преимущественно злокачественные новообразования женской половой сферы. Динамика показателя в течение анализируемого периода имеет тенденцию роста. Основной вклад в структуру инвалидности, установленной впервые, вследствие болезни системы кровообращения вносили три группы заболеваний (в порядке убывания): цереброваскулярные болезни, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия.

К наиболее значимым причинам первичной инвалидности женщин фертильного возраста относится класс внешних причин.

Таким образом, несомненно, показатели здоровья населения заслуживают внимания при формировании и реализации комплексных медико-организационных мероприятий.

Литература

1. Наумов И. Укрепление репродуктивного здоровья женщин с воспалительными заболеваниями половых органов в рамках системы перинатальных технологий. – Гродно, 2010. – 316с.
2. Сурмач М. Поведение молодежи: от демографических угроз к национальной безопасности. – Мн, 2009. – 266с.