

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 2002 г.
№ 2. 2010 г. (УДК 614.2.574)

Учредитель:

Национальный Центр проблем ФЗОЖ МЗ РК.
Свидетельство о постановке на учет средства массовой информации № 2178-Ж от 01.08.2001 г. выдан Комитетом информации и архивов Министерства культуры, информации и спорта РК

Решением Коллегии Комитета по контролю в сфере образования и науки МОН РК от 27.02.2008 года журнал «Актуальные вопросы ФЗОЖ, профилактики заболеваний и укрепления здоровья» включен в перечень научных изданий, рекомендованных Комитетом для публикации основных результатов докторских (кандидатских) диссертаций.

Подписной индекс 75978

Рекламодатели предупреждены об ответственности за рекламу незарегистрированных, не разрешенных к применению МЗ РК предметов медицинского назначения.

Редакция не несет ответственности за достоверность информации, опубликованной в рекламе.

Редакция оставляет за собой право редакторской правки статей. При перепечатке ссылка на журнал «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья» обязательна.

Журнал сверстан и отпечатан в типографии
НЦ ПФЗОЖ.

Адрес редакции:
г. Алматы, ул. Кунаева, 86
тел/факс 2918415, внутр. 126
Заказ № 00. Тираж 500 экз.

Главный редактор:

Профессор Диканбаева С.А.

Зам. главного редактора:

профессор Слажнева Т.И.

Ответственный редактор:

профессор Хайдарова Т.С.

Технический редактор:

Досаева С.К.

Технический секретарь:

Акимбаева А.А.

Редакционная коллегия:

Аканов А.А., Шарманов Т.Ш., Тулебаев К.А.,
Айтмурзаева Г.Т. (Бишкек), Муталова З.Д.
(Ташкент), Дурумбетов Е.Е.,
Кудайбергенов Т.К., Байсеркин Б.С.,
Каржаубаева Ш.Е., Булешев М.К. (Шымкент),
Даленов Е.Д. (Астана), Есова Г.К.,
Палтушева Т.П., Рахманов Б.Д., Локшин В.Н.

Научный совет:

Девятко В.Н., Кулмагамбетов И.Р.,
Алчинбаев М.К., Арзыкулов Ж.А.,
Исмаилов Ш.Ш., Кульжанов М.К.,
Омарова М.Н., Изатуллаев Е.А.

Редакционный совет:

Абдреева Г.У. (Шымкент)
Беляева Л.Л. (Петропавловск)
Баймаханов Т.Б. (Павлодар)
Умралина Б.Д. (Актау)
Жаркова Н.В. (Костанай)
Ибраева Р.С. (Актобе)
Курманов М.К. (Астана)
Абдрашева Б.М. (Усть-Каменогорск)
Мухтарова Г.М. (Алматинская область)
Мырзахметов К.Т. (Кызылорда)
Умарова Г.Р. (Уральск)
Шаухаров Х.С. (Тараз)
Калымжанов С.К. (Кокшетау)



СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

РЕАЛИЗАЦИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ» НА 2008-2016 ГОДЫ» ЗА 2009 ГОД. *Диканбаева С.А., Слажнева Т.И., Серикбаева Г.Н., Рахманов Б.Д., Палтушева Т.П., Хайдарова Т.С.* Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗРК, г.Алматы.....6

ИНФОРМАЦИЯ О ХОДЕ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПЛАНА ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ» НА 2008-2016 ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ФАКТОРОВ РИСКА СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ИТОГАМ 2009 ГОДА. *Диканбаева С.А., Каржаубаева Ш.Е., Серикбаева Г.Н., Сарымсакова Б.Е.* Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗРК, г.Алматы.....8

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ, СВЯЗАННЫХ С ОБРАЗОМ ЖИЗНИ, И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ ЗАГРЯЗНЕННЫХ РАЙОНОВ г.ТЕМИРТАУ. *Диканбаева С.А., Слажнева Т.И., Егорычев В.Е., Хайдарова Т.С., Палтушева Т.П., Даришева М.А., Адаева А.А., Акимбаева А.А.* Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗРК, г.Алматы.....13

ПРОПАГАНДА МАССОВОГО СПОРТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН. *Алиева А.К.* Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗРК, г.Алматы.....15

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТАТУСА НА РАЗВИТИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА. *Кулкаева Г.У.* Министерство здравоохранения Республики Казахстан.....17

К ЗДОРОВЬЮ – ЧЕРЕЗ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ. *Абдукаримова С.Т.* Руководитель Центра укрепления здоровья №1, г. Тараз.....19

ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗНАНИЙ ОБ АНЕМИИ И НАВЫКОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОБОГАЩЕННОЙ МУКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА. *Салханова А.Б.* Казахская академия питания, г.Алматы.....20

ЧАСТОТА ПОТРЕБЛЕНИЯ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В КАЗАХСТАНЕ. *Салханова А.Б.* Казахская академия питания, г.Алматы.....23

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ОЦЕНКА УРОВНЯ И СТРУКТУРЫ РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРУПНОГО ГОРОДА. *Дурумбетов Е.Е., Куралбаев Б.С., Исаев Д.С.* Управление здравоохранения города Алматы.....26

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА АЛМАТЫ. *Дурумбетов Е.Е.* Управление здравоохранения города Алматы.....28

СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАБОЧЕГО МЕСТА СПЕЦИАЛИСТОВ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ. *Камалиев М.А., Кожекенова Ж.А.* Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова.....31

МНОГОУРОВНЕВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ. *Хайдарова Т.С., Наржанов Б.А., Садыков Б.Н.* НЦПФЗЖ, ННЦХ им. А.Н.Сызганова, МЗРК.....34

ДИНАМИКА И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕМОГРАФИИ В КАЗАХСТАНЕ. *Айтманбетова А.А., Нурбакыт А.Н.* Каз НМУ им.С.Д.Асфендиярова, Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы.....36

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КАЗАХСТАНЕ. *Аманов Т.И.* РГП «НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗРК», г.Алматы.....39

ОФИЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИКА КАК ОСНОВА УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ НАСЕЛЕНИЯ. *Пругло Г.Ю.* Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.....41

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И БЕРЕМЕННОСТЬ. *Ким Е.М.* Городская поликлиника №2, г. Тараз.....43



ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НЕКОТОРЫХ ПЛАЦЕНТАРНЫХ БЕЛКОВ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ. *Исина Г.М.* Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, г.Алматы.....46

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ УЧАСТНИКАМ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ И ЛИЦАМ, К НИМ ПРИРАВНЕННЫМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН. *Абдулин А.А.* Центральный клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны, г.Астана.....48

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ИНВАЛИДОВ, ИМЕЮЩИХ ЛЬГОТЫ НА ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ. *Абдулин А.А.* Центральный клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны, г.Астана.....51

УСЛОВИЯ ТРУДА И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ПРОЖИВАЮЩИХ ВДОЛЬ ЖЕЛЕЗНО-ДОРОЖНЫХ МАГИСТРАЛЕЙ РК: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ. (обзор литературы). *Рыскулова А.Р.* КМУ, г.Алматы.....53

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ. *Айгырбаева А.Н.* ГККП «Центр первичной медико-санитарной помощи «Кулагер», Управления здравоохранения города Алматы.....55

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КАЗАХСТАНА (обзор литературы). *Сулеева Б.О., Игликова А.Э., Алимбаева Ж.Ж.* Алматинский Государственный институт усовершенствования врачей, г.Алматы.....57

ПРОФИЛАКТИКА НА ПОПУЛЯЦИОННОМ И ИНДИВИДУАЛЬНОМ УРОВНЕ. РОЛЬ ГОСУДАРСТВА, РАБОДАТЕЛЯ И ЧЕЛОВЕКА В СОХРАНЕНИИ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ. *К.Т.Мырзахметов, С.М.Кушенова.* Кызылординский областной центр формирования здорового образа жизни, г.Кызылорда.....59

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА И ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ К СОБСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ. *Имангалиева А.А.* Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы.....61

ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА, ВИЧ/СПИДА И ДРУГИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОУСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ. *Зетов А.Ш.* РГКП «Национальный центр проблем туберкулеза» МЗ РК, г.Алматы.....64

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАРАЗНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА. *Букатова С.Т., Баймагамбетова М.В., Сидорова Н.С.* Алматинский Государственный институт усовершенствования врачей, г.Алматы, Восточно-Казахстанская областная психиатрическая больница, г.Усть-Каменогорск...66

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ г.РУДНОГО ЗА 2007-2009 гг. *Ишмухамбетова А.Б.* ГУ «Рудненский противотуберкулезный диспансер», г.Рудный.....68

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В г.РУДНЫЙ. *Ломако И.В.* ГУ «Рудненский противотуберкулезный диспансер», г.Рудный.....70

СЛУЧАЙ КАРЦИНОМАТОЗА ЛЕГКИХ, ПРИНЯТЫЙ ЗА ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ. *Муржакупова Л.К.* ГУ «Рудненский противотуберкулезный диспансер», г.Рудный.....72

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ПО ПРОГРАММЕ DOTS У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПО ГОРОДУ РУДНОМУ. *Яснева Т.Г.* Противотуберкулезный диспансер г.Рудный...74

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА. *Муржакупов К.Ж.* ГУ «Рудненский противотуберкулезный диспансер», г.Рудный.....76

АНАЛИЗ ИНФИЦИРОВАННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ г. РУДНОГО. *Султангалиева Б.С.* ГУ «Рудненский противотуберкулезный диспансер», г.Рудный.....77



РОЛЬ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПРОЦЕССЕ. <i>Наурызбаева Г.М.</i> ГУ «Рудненский противотуберкулезный диспансер», г.Рудный.....	79
РЕЦИДИВЫ ТУБЕРКУЛЕЗА, ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПУТИ УСТРАНЕНИЯ. <i>Молдатаева Ж.Ж.</i> ГУ «Костанайский областной противотуберкулезный диспансер», г.Костанай.....	81
ТУБЕРКУЛЕЗ - УГРОЗА ДЛЯ ВСЕЙ ПЛАНЕТЫ. <i>Ибраева Р.</i> Областной центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Актобе.....	83
КЛИНИКА БРУЦЕЛЛЕЗА В РАЗЛИЧНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ. <i>Грушина Т.А.</i> Казахский научный центр карантинных и зоонозных инфекций имени М. Айкимбаева, г.Алматы.....	85
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕННОСТИ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРУЦЕЛЛЕЗА У ЛЮДЕЙ И ЖИВОТНЫХ. <i>Т.А. Грушина.</i> Казахский научный центр карантинных и зоонозных инфекций имени М. Айкимбаева, г.Алматы.....	88
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ СРЕДИ МИГРАНТОВ И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ. <i>Кульжанова Д.Р., Мусина Ж.Ж.</i> Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом, г.Алматы.....	90
ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА КОРЬЮ И КРАСНУХОЙ. <i>Нажмеденова А.Г.</i> Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.....	91
РЕЗУЛЬТАТЫ МАССОВОЙ КАМПАНИИ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ КРАСНУХИ. <i>Нажмеденова А.Г.</i> Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.....	93

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПЕРАЦИИ И МЕСТНОЙ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ. <i>Ибраимов Е.К.</i> Государственный медицинский университет, г.Семей.....	95
ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС КАК ПРИЧИНА АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА И ИХ КОРРЕКЦИЯ СОЧЕТАННОЙ ЛАЗЕРО-И КВЧ-ПУНКТУРОЙ. <i>Мырзабаева Н.А.</i> Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.....	98
ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. <i>Султанова Ж.У.</i> Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, г.Алматы.....	100
РЕЗУЛЬТАТЫ ЗАЖИВЛЕНИЯ ЯЗВ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ. <i>Рахметов Н.Р., Ибраимов Е.К., Асылбеков Е.М., Н.К.Бутабаев.</i> Государственный медицинский университет, г.Семей.....	103
ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У НАРКОЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ. <i>Капанова Г.Ж.</i> Казахский Национальный медицинский университетим. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.....	107
ПРЕПАРАТ «БЕТАДИН» В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ ГАЙМОРИТОВ. <i>Жайсакова Д.Е., Кальметьев О.С., Сарсенбаев М.Б., Мусағалиев Н.С.</i> КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, Военный Клинический Госпиталь МО РК.....	109
ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ. <i>Телеушева А.Ж.</i> КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.....	112
МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ. <i>А.М.Шепетов.</i> Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, Республиканская детская клиническая больница «Аксай», г.Алматы.....	115
РОЛЬ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ПУТИ ЕЁ КОРРЕКЦИИ. <i>Ким Е.М.</i> Городская поликлиника №2, г.Тараз.....	118
ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ О МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ. <i>Иванченко Л.В.</i> Городская поликлиника №3, г.Алматы.....	120
КОРРЕКЦИЯ ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ ПРЕПАРАТОМ ПОЛИОКСИДОНИЙ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ. <i>Ибраимов Е.К.</i> Государственный медицинский университет, г.Семей.....	122
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ. <i>Сиснева Т.А.</i> Городская поликлиника №3, г.Алматы.....	125
ЛЕЧЕНИЕ КАРИПАЗИМОМ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ГРЫЖ. <i>Бегасилова Г.У.</i> Городская поликлиника № 2, г.Тараз.....	128



ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ХОНДРОКСИДА В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ. <i>Иванченко Л.В.</i> Городская поликлиника №3, г. Алматы.....	129
ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ. <i>Саятова А.А.</i> Дом ребенка №1, г. Алматы.....	131
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «БИОМУН» В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЕ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ПОДРОСТКОВ. <i>Запорожец И.П.</i> МЦ «Денсаулык», г. Петропавловск.....	133
ПРОБЛЕМЫ ОСТЕОПОРОЗА. <i>Сиснева Т.А.</i> Городская поликлиника №3, г. Алматы.....	134
ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ. <i>Абдуманова М.А.</i> Республиканский семейный врачебный центр, г. Алматы.....	137
ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ. <i>Абдуманова М.А., Сарсенбаева А.Н., Конысова Ж.Ж., Уlicheva Н.В.</i> Республиканский семейный врачебный центр, г. Алматы.....	139

ГИГИЕНА ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

АНАЛИЗ ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ РАБОТНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЙ ПО ПРОИЗВОДСТВУ ХЛЕБОБУЛОЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ. <i>Талиева Г.Н.</i> Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний, г. Караганда.....	141
ХАРАКТЕР И УСЛОВИЯ ТРУДА РАБОТНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЙ МЯСОПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ПРОИЗВОДСТВА. <i>Талиева Г.Н., Байназарова М.А., Абылкасымова К.А., Аирипова С.О., Каскатаева Д.К.</i> Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний, УГСЭН по району имени Казыбек би, г. Караганда; Филиал КГКП КО «ЦСЭЭ» по г. Балхаш; Филиал КГКП КО «ЦСЭЭ» по г. Сатпаев; Бурабайский филиал РГКП АО ЦСЭЭ, г. Щучинск.....	143
ОБ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ НАСЕЛЕНИЯ КЫЗЫЛОРДИНСКОГО РЕГИОНА ПРИЛЕГАЮЩИХ К ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ МАГИСТРАЛИ. <i>Рыскулова А.Р.</i> КМУ, г. Алматы.....	145
О МЕТОДАХ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ОРГАНИЗМ НАСЕЛЕНИЯ ПРОЖИВАЮЩИХ У ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНЫХ ПУТЕЙ СООБЩЕНИЯ РК. <i>Рыскулова А.Р.</i> КМУ, г. Алматы.....	148

МОЛОДЫЕ УЧЕНЫЕ

НУЖЕН ЛИ НАМ ЧАСТНЫЙ СЕКТОР В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. <i>Абдирасилова С.М.</i> КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы.....	150
НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В КАЗАХСТАНЕ. <i>Акшалова Б.Н., Баймуханова К.Х., Белова Е.С., Жунисова М.А.</i> КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы.....	151
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИБС У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА. <i>Гизатуллина А.М., Манишарипова А.Т.</i> НИИ кардиологии и внутренних болезней, г. Алматы.....	154
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН. <i>Еркинбай Г.Е.</i> КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы.....	156
АИВ ИНФЕКЦИЯСЫ МЕН ВИРУСТЫ ГЕПАТИТТЕР. АИВ ИНФЕКЦИЯСЫ МЕН ВИРУСТЫ ГЕПАТИТТЕРДІҢ ЖҰҚТЫРУ ЖОЛДАРЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ. <i>Лапенко Т.Ф., Жунистаева Ж.К.</i> С.Ж. Асфендияров атындағы, Алматы қаласы.....	157
ОКАЗАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ. <i>Кыдралиева К.С.</i> КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова, г. Алматы.....	159
РОЛЬ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СНИЖЕНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. <i>Мусаева З.Г., Аменов А.И.</i> КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы..	161
УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ В КАЗАХСКОМ НАЦИОНАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ ИМ.С.Д. АСФЕНДИЯРОВА. <i>Мырзахметова Ш.К.</i> КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова, г. Алматы.....	162
НОВЫЕ ПОДХОДЫ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. <i>Назарова И.В.</i> КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова, г. Алматы.....	165
ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ИННОВАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ППС КазНМУ. <i>Ожикенова А.К.</i> КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова.....	168
НОВЫЕ ФОРМЫ УПРАВЛЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ БОЛЬНИЧНОЙ ПОМОЩИ. <i>Таукебаев К.Б.</i> КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы.....	170
КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. <i>Темербекоев Ф.О.</i> КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы..	173
СООБЩЕНИЯ ПРЕСС-СЛУЖБЫ	176

*Қазақстан Республикасында салауатты өмір салтын қалыптастыру
жүйесін жетілдірудің теориялық және ұйымдастыру мәселелері —
Теоретические и организационные вопросы совершенствования
формирования здорового образа жизни в Республике Казахстан*

**РЕАЛИЗАЦИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ ФОРМИРОВАНИЯ
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ
«ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ» НА 2008-2016 ГОДЫ» ЗА 2009 ГОД**

*ДИКАНБАЕВА С.А., СЛАЖНЕВА Т.И., СЕРИКБАЕВА Г.Н.,
РАХМАНОВ Б.Д., ПАЛТУШЕВА Т.П., ХАЙДАРОВА Т.С.*

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗРК, г.Алматы

Основные законодательные акты в области ФЗОЖ включены в Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения». В рамках постановления Правительства РК от 15 декабря 2009 года № 2131 «Об утверждении норматива сети организаций здравоохранения в Республике Казахстан» разработаны и направлены в уполномоченный орган предложения по внесению изменений и дополнений в нормативные акты в области формирования здорового образа жизни.

Для мониторинга реализации программы на региональном уровне в 2009 году проверкой охвачено 5 регионов — Мангистауская, Костанайская, Кызылординская, Павлодарская области и г. Астана.

По реализации Плана мероприятий программы проводятся информационные кампании по пропаганде ЗОЖ, профилактике поведенческих факторов риска социально значимых заболеваний среди населения. Продолжено внедрение скрининг-программ с проведением профилактических медицинских осмотров отдельных категорий населения и Алгоритмов действий медицинских работников по пропаганде ЗОЖ.

В соответствии с постановлениями Правительства РК от 21.12.07 г. № 1260 и от 18.02.09 г. № 186, на региональном уровне проведены 4 заседания директората для руководителей центров ФЗОЖ по целевым республиканским трансфертам.

Проведено два заседания Межведомственной рабочей группы при Координационном совете на правительственном уровне по охране здоровья населения. Рассмотрены вопросы: передача штатных медицинских кадров системы образования в систему здравоохранения; совершенствование организации школьного питания; реализация нормативных актов по профилактике табакокурения и алкоголизма.

Реализация мероприятий Программы обеспечивается бюджетным финансированием (выделено 72% из предусмотренных бюджетных средств), а с текущего года выделенными республиканскими целевыми текущими трансфертами.

С 2009 года постановлением Правительства РК от 18 февраля 2009 года № 186 «О внесении изменений и дополнений в постановление Правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2007 года № 1260» на реализацию мероприятий Программы выделены из республиканского бюджета дополнительные средства на 2009-2011 годы.

По итогам предоставленной информации по использованию трансфертов на региональном уровне за 2009 года из выделенных средств РЦТГ (1 050 211,0 тыс.т.) освоено 1 030 928,0 тыс. тенге, что составило 98,2% от общей суммы трансфертов в том числе 10% на реализацию социальных проектов, 5% на материально — техническое усиление и создание районных центров, 5% на поэтапное оснащение ресурсных центров, 5% на материально-техническое оснащение Молодежных Центров Здоровья (МЦЗ), 75% на выпуск печатных информационно-образовательных материалов, 10% на выпуск видео- аудио продукции с прокатом.

По итогам года проведены общественные кампании по программе «Пропаганда здорового образа жизни» 454600 мероприятий, с охватом около 11 млн. человек, в том числе 45% - в сельской местности. Через каналы СМИ (телевидение, радио, печатные издательства) выпущено 3203 программы: вышли в эфир 1220 телевизионных, 1308 радиопередач (включая местные радиоточки в местах скопления населения), опубликованы в журналах и периодической печати 675 материалов по ЗОЖ, профилактике поведенческих факторов риска и заболеваний. Информацией на постоянной основе охвачено 86% населения. Как

показывают проводимые социологические исследования, основным источником информации для населения является телевидение (45-50-% населения).

Среди населения организованы и проведены 36 широкомасштабных акций и информационных кампаний: Всемирные и Международные дни, месячники, декадни, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения.

Организовано и проведено 3 республиканских, 5 выездных и 548 региональных семинаров для специалистов системы здравоохранения, образования. Активизирована работа медицинских работников по пропаганде ЗОЖ и профилактике факторов риска и заболеваний на первичном звене, более 46% медицинских работники ПМСП вовлечены в данную работу.

В целом план реализации Программы «Здоровый образ жизни» на национальном и региональном уровнях выполнен полностью.

Уровень информированности населения в вопросах сохранения и укрепления своего здоровья и профилактики заболеваний, факторов риска составляет в среднем 82% (по отдельным категориям до 89%).

Выполнение научно-исследовательской работы

В 2009 году завершена выполнения НТП «Организационно-управленческие подходы к формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний в первичном звене здравоохранения».

В результаты проведенной работы:

1. Впервые установлена динамика изменения образа жизни в различных регионах страны, совершенствована методология комплексного анализа и мониторинга образа жизни населения РК, определена медицинская и медико-социальная эффективность процесса ФЗОЖ на основе учета динамики изменения образа жизни и показателей здоровья населения;

2. Впервые адаптированная к условиям страны комплексная модель системы раннего выявления заболеваний и оздоровления населения, основанная на интегрированном подходе к профилактике ХНЗ и поведенческих факторов риска (на примере выявления АГ).

3. Предложены для практического здравоохранения экономически обоснованные адаптированные к условиям страны, формы оказания комплексной медико-психосоциальной помощи подросткам, определены стандарты работы специалистов молодежных центров здоровья (МЦЗ) в условиях ПМСП Казахстана.

5. Предложена организационно-функциональная модель оказания медико-психосоциальной помощи подросткам, основанная на межсекторальном подходе.

6. Разработаны и предложены для использования в проекте «Здоровые рабочие места» алгоритмы профилактических программ, учитывающих производственный риск воздействия, оценки и прогноза профессионального риска.

Дальнейшее развитие организации молодежных центров здоровья предусмотрены постановлениями Правительства Республики Казахстан № 1260 от 21 декабря 2007 г. «Об утверждении программы «Здоровый образ жизни» на 2008-2016 годы» и № 1325 от 28 декабря 2007 года «Об утверждении Программы по снижению материнской и детской смертности в Республике Казахстан на 2008-2010 годы».

Утверждены Министерством здравоохранения Республики Казахстан 2 методические рекомендации: «Организация молодежных центров здоровья в Казахстане» 2009 г.; Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Гигиена и здоровье детей и подростков: история и современность» Москва, 2009 г., Третьей Европейской конференции школ, способствующих укреплению здоровья «Лучшие школы через здоровье» (Вильнюс, 2009 г.); Meeting (Euro WHO) on Youth Friendly Health Policies and Services, Edinburgh, Scotland, United Kingdom, 21-23 September 2009. Abstracts of the 24th Conference of the Japan Association for International Health 5-6 августа 2009г., 2-м Съезде терапевтов Республики Казахстан 24-16 октября 2009 г., г. Алматы.

Опубликовано в научно-практических журналах, материалах научно-практических конференций 76 статей.

Некоторые общие проблемы в реализации программы. Остаются проблемными решение вопросов гигиенического обучения детей, подростков в рамках внедрения и совершенствования программы по валеологии, которая обеспечивала повышение информированности учащихся в вопросах профилактики факторов риска и заболеваний. Исключение валеологии из учебной программы школьников Министерством образования и науки привело к резкому сокращению количества школ, внедряющих предмет (с 93% в 2005 году до 46% в 2009 году). Сокращены учебные базы для подготовки и переподготовки учителей-валеологов.

Вопросы обеспечения врачами региональных организаций ФЗОЖ и особенно на уровне ПМСП и их переподготовка, недостаток специалистов с высшим медицинским образованием отмечается в Атырауской, Алматинской, Костанайской, Мангистауской, Северо-Казахстанской областях. В настоящее время практически отсутствует база подготовки среднего медперсонала по ЗОЖ, специалистов с высшим немедицинским образованием, сокращен госзаказ подготовки врачей по ЗОЖ до 65 человек в 2009 учебном году.

Имеет место недостаточный контроль со стороны уполномоченных органов по реализации некоторых нормативных и законодательных актов по вопросам охраны здоровья граждан (запрет курения и распитие алкоголя в общественных местах, запрет продажи табачных и алкогольных изделий несовершеннолетним, запрет поштучной продажи табачных изделий и т.д.).

Результатом работы всего коллектива НЦ ПФЗОЖ являются следующие показатели: увеличение средней продолжительности жизни населения до 68,60; обеспечен мониторинг реализации программы «Здоровый образ жизни» в 5 регионах; обеспечено освоение Республиканских целевых трансфертов на региональном уровне; созданы 40 районных структурных подразделений и 16 информационно – ресурсных центров областных, гг. Астана и Алматы ЦФЗОЖ; скрининговыми осмотрами охвачено более 5 млн. человек, оздоровлено около 74%; осуществляется организационно-методическое руководство по разработке и прокату аудио и видео материалов (35 наименований и прокатом на республиканских местных телерадио кампаний, более 2000 выхода).

ИНФОРМАЦИЯ О ХОДЕ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПЛАНА ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ» НА 2008-2016 ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ФАКТОРОВ РИСКА СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ИТОГАМ 2009 ГОДА

*ДИКАНБАЕВА С.А., КАРЖАУБАЕВА Ш.Е., СЕРИКБАЕВА Г.Н., САРЫМСАКОВА Б.Е.
Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗРК, г.Алматы*

В отчетном году организованы и проведены мероприятия по реализации Комплексной программы «Здоровый образ жизни», утвержденной постановлением Правительства Республики Казахстан, от 21 декабря 2007 года № 1260. Проведены информационные кампании, внедрены скрининг программы по итогам профилактических медицинских осмотров отдельных категорий населения и активизированы внедрения алгоритмов действий медицинских работников по пропаганде ЗОЖ. Так в число ЛПУ свободных от табачного дыма включено 980 ЛПО.

Профилактика поведенческих факторов риска.

По профилактике табакокурения, чрезмерно-го потребления алкоголя проведено 48 общественных слушаний с общим количеством участников 1335 человек. Приняты резолюции, и решения местных исполнительных органов по усилению соблюдения законодательства по части запрета ре-

ализации табачной продукции несовершеннолетним, запрета курения в общественных местах. В Кодекс Республики Казахстан включены вопросы регулирования реализации табачной и алкогольной продукции в торговой сети, запрещение потребления алкоголя и курения в общественных местах, рассматривался вопрос увеличения акцизного налога на реализацию алкогольной продукции в пользу здорового образа жизни.

Сотрудниками ДВД областей на постоянной основе проведено 800 рейдовых мероприятий. За нарушение запрета курения и употребления алкоголя в общественных местах по ст. 336-1 Кодекса Республики Казахстан установлено более 3000 административных нарушений.

За счет трансфертов выполнены 8 социальных проектов, проведены 46 семинаров для медицинских работников ПМСП, 10 общественных акций среди населения с раздачей листо-

вок о вреде курения и употребления алкоголя, преимуществах.

Впервые в республике проведены: 29 октября республиканский **день отказа от употребления алкоголя** с организацией информационной кампании «Мы за здоровый образ жизни» и 17 ноября **Международный день отказа от курения** с привлечением медицинских работников, общественных и неправительственных организаций. По итогам Международного конкурса «Брось курить и выиграй» 2008 года, с целью определения результативности, приняли участие 41 018 курильщиков. В проведении годичного опроса приняли участие 5 662 респондентов. С помощью данной акции навсегда бросить курить намеревались более половины опрошенных (51,3%), не курить только 1 месяц — 23%. Четверть участников хотели снизить количество выкуриваемых сигарет.

Особое место в реализации программы занимали проведение Всемирного дня борьбы с курением под девизом «Предупреждения на табачных пачках спасают жизни!» с месячником. Проведены марш молодежи, семинары для медработников, педагогов по активизации работы снижения факторов риска среди подростков и молодежи Пресс-конференция и круглый стол с обсуждением вопросы профилактики табакокурения и употребления алкоголя. Всего проведено 3826 мероприятий с охватом 680 000 человек.

Имеет место активизация деятельности общественных организаций (более 24), созданных медицинских центров здоровья в Западно-Казахстанской области, Павлодаре, Караганде, Шымкенте, Таразе по проведению антиалкогольной пропаганды, проведению совместных акций, по участию в работе «Родительских комитетов» при школах (действуют 76). Продолжено волонтерское движение — подготовлено 290 волонтеров из числа старшеклассников и студентов.

По профилактике наркомании проведен Республиканский семинар-совещание «Проблемы психосоциальной поддержки и организации досуга детей и подростков» с участием представителей министерств здравоохранения, образования и науки, внутренних дел, туризма и спорта, их подведомственных организаций.

Проведен **Международный день борьбы с наркоманией** и с незаконным оборотом наркотиков и месячник посвященный этой дате. На проведенной пресс-конференции, с участием представителей и специалистов здравоохранения, образования, внутренних дел, международных и об-

щественных организаций основными приоритетными были повышение информированности и образования детей, подростков, усиление работы с родителями, школьными комитетами, обеспечение досуга, активизации работы спортивных-оздоровительных комплексов, дворовых центров оздоровления. Всего мероприятиями охвачено более 4,2 тыс. целевой группы.

Содействие качественному и рациональному питанию — являлся приоритетом года и основными направлениями работы года были вопросы школьного питания, профилактика избыточной массы тела, проведение контроля реализации нормативных актов по школьному питанию, информационное обеспечение населения в вопросах здорового питания с использованием СМИ, медицинских организаций и в рамках образовательных программ в системе образования.

Регулярные рейды по контролю реализации нормативных актов проводились организациями КГСЭН и ФЗОЖ. Проведено 76 проверок, в 18% случаев имели место реализация отдельных продуктов в школах, горячим питанием обеспечены в целом 85% школьников 1-4 классов, 100%- дети малоимущих семей. Совместно с организациями образования и ГСЭН проведены 140 выездов в школы с проведением семинаров, лекций, бесед с администрацией школ с участием родителей, по улучшению качества продуктов и готовой пищи с витаминизацией. Вопросы обсуждены на проведенных 1200 родительских собраниях, на 6 конференциях, на заседаниях рабочей группы по ФЗОЖ гг. Астана и Алматы, Павлодарской, Алматинской, Жамбылской областей.

В рамках проведенных декадников на региональном уровне вышли в эфир телепередачи (12), радио (14), печатных изданиях (12 статей), на радио — точках в местах скопления людей и в общественных местах (120 выхода). По итогам проведенных опросов выявлены 14% с избыточной массой тела среди целевой группы (дети 10-15 лет и женщины фертильного возраста).

НЦПФЗОЖ разработана и внедрена информационно-коммуникационная кампания по профилактике избыточной массы тела, здорового питания, брошюра для медработников ПМСП «Профилактика ожирения».

Содействие физической активности - реализация программы проводилась в рамках дальнейшего развития массового спорта и проведением акций среди населения. Так, в рамках Республиканской спартакиады медицинских работников

с 16 мая по 13 июня 2009 года проведены: «Национальные игры народов Казахстана» под девизом «Национальные игры — культурное наследие народов Казахстана» и массовый забег «Президентская миля» на дистанцию 2 400 метров под девизом «Сила, ум и красота результат забега». В спартакиаде приняло участие 35 460 медицинских работников, из них в массовом забеге приняло участие 15 516 человек, из них достигших полную дистанцию (2 400 метров) составляет 13 067 человек, а в Национальных играх приняло участие 18 277 человек.

Профилактика туберкулеза — по реализации решения Коллегии Министерства здравоохранения РК НЦПФЗОЖ осуществлялись ежемесячный мониторинг проводимых мероприятий по профилактике туберкулеза на региональном уровне с обеспечением их информационно — образовательными материалами.

Проведен Всемирный день борьбы с туберкулезом под девизом «**Защитим себя от туберкулёза**» и месячник, приуроченный к этой дате, под лозунгом «Я могу остановить туберкулез» с участием представителей НЦПФЗОЖ, Национального центра проблем туберкулеза, регионального офиса СДС в Центральной Азии, представителей каналов СМИ. По итогам пресс-конференции опубликовано 11 статей, вышло 6 теле- радио сюжетов.

Проведена конференция «Профилактика туберкулеза — через интеграцию с ПМСП» с участием представителей международных организаций, где рассмотрены вопросы профилактики, лечения больных туберкулезом, совместных действий.

В рамках месячника активизации пропаганды профилактики туберкулеза проведено семинаров — 102, конкурсы — 68, тренингов — 48, конференций — 16, круглых столов — 11. Всего охвачено в течение года более 1 000 000 человек. НЦПФЗОЖ растиражировано информационно-образовательных материалов 10 000 тысяч экземпляров на казахском и русском языках, в регионах тиражировано 62350 экземпляров.

Проблемы туберкулеза освещались на республиканских телевизионных и областных каналах. Всего вышло: 63 телепередачи, радиопередачи — 45 на каналах республиканского, областного и районного значения, 16 пресс-конференций. В СМИ РК опубликовано 18 статьи по профилактике туберкулёза.

Усиление формирования здорового образа жизни в рамках ПМСП

В отчетном году проведен Республиканский семинар-совещание по мониторингу внедрения и совершенствованию алгоритмов профилактической деятельности и скрининговых осмотров на уровне ПМСП с участием специалистов управлений здравоохранения, аналитических центров, центров ФЗОЖ областей, гг. Астана и Алматы.

Рассмотрены вопросы совершенствования скрининговых осмотров и профилактической деятельности на уровне ПМСП, согласованы «Правила проведения профилактических осмотров», подготовленных в рамках Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения». На региональном уровне проведены 120 семинаров УЗ с участием 1560 работников ЛПО по обсуждению вопросов совершенствования внедрения Алгоритмов на уровне ПМСП.

В рамках **межведомственных проверок** (г. Астана, Мангыстауская, Павлодарская, Кызылординская, Костанайская области) проводился мониторинг реализации рекомендаций МЗ РК и НЦПФЗОЖ по выявлению факторов риска с оценкой профилактической деятельности на уровне ПМСП. Результаты проверок обсуждены в региональных Управлениях здравоохранения и представлены в МЗ РК.

Проведен декадник по профилактике **бронхиальной астмы** под девизом «Позаботимся о свободном дыхании детей» 6 по 16 апреля 2009 года. В рамках декадника проведены семинары, тренинги, конференции, дни открытых дверей, консультации, лекции, беседы. Особое место во всех регионах отводилось участию средств массовой информации с целью привлечь внимание общества к проблемам роста заболеваемости бронхиальной астмой среди детского населения. В целом декадником охвачено 229 056, из которых дети около 60%, родители 27% и специалисты ПМСП 13%. Всего проконсультировано около 100 тыс. чел. целевой группы, всего выпущено 16 видов ИОМ общим тиражом 50 тыс. экземпляров.

Так, в г. Астане в дни проведения открытых дверей проконсультировано около 1800 пациентов, в ЮКО сделан акцент на родителей, охват которых составил 24.1% и медицинских работников ПМСП с охватом 87.6%, охвачено 60 тысяч человек, в КЗО из местного бюджета выделено 84 000 тенге, в Костанайской области проведено 39 викторин с охватом 549 учащихся, в ВКО охвачено 55% детского населения, проведено 2870 консультаций, 5740 бесед, в Актюбинс-

кой области охвачено 92 700 человек, из которых 65% дети, в Жамбылской области охвачено детского населения (23%), проконсультировано 5 645 человек.

На сегодня в Казахстане открыты и оказываются комплексные медико-психосоциальные услуги в 17 молодежных центров здоровья (МЦЗ). Согласно предоставляемым отчетным формам общее количество обратившихся к специалистам МЦЗ за отчетный период составило 7500 человек. Проведено 7 семинаров-тренингов для специалистов МЦЗ. Идет подготовка к расширению сети МЦЗ в рамках целевых трансфертов. На региональном уровне проведено 62 семинара для специалистов ЗОЖ организаций ПМСП с участием 1980 чел.

Охрана репродуктивного здоровья и планирование семьи в 2009 году для активизации совместных действий межведомственным уровнем 5 марта проведен круглый стол с участием специалистов здравоохранения, образования, социальной службы по охране здоровья женщин и каналов СМИ.

В рамках программы организованы и проведены мероприятия проведены **международные дни семьи (15 мая) и защиты детей (1 июня)** с девизом «Не оставим ни одного ребенка без внимания» во всех регионах страны с мобилизацией системы здравоохранения, образования, международных и общественных организаций и органов власти.

К Международному дню семьи проведены дни открытых дверей в ЛПО с оказанием консультативной помощи, проведению дополнительных исследований с приоритетом на малообеспеченные и сельские семьи. Проведена акция «Папа, мама и я – спортивная семья» с участием 140 семей на региональном уровне, мероприятия были сопровождаемы пропагандой основ ЗОЖ, вопросов охраны здоровья на семейном уровне. Мероприятиями было охвачено более 120 тыс. человек, проведены шоу – игры – 24, спортивные мероприятия – 86, получили консультативную помощь 820 человек, вышли в эфир 14 передач с мест проведения мероприятий, посвящено 11 радиопередач.

День защиты детей в основном был посвящен охране здоровья детей, организации досуга, проведению спортивно-массовых, культурных мероприятий, организации отдыха детей в период летних каникул с привлечением внимания местных исполнительных органов, организаций, населения к вопросам защиты детей. В целом проведены 48 игровых мероприятий по сохранению здоровья, посещены 18 детских домов и домов

ребенка с вручением подарков, проведены классные часы и родительские собрания в школах по организации отдыха детей. Мероприятиями охвачено более 16 тыс. целевой группы. Распространено 1600 печатной литературы.

Профилактика инфекционных заболеваний (ОКИ, ОРВИ, грипп, ВГ)

Информационные кампании по профилактике инфекционных заболеваний организованы и проведены декадни и месячник активизации пропаганды мер профилактики и повышения уровня знаний населения. По решению уполномоченного органа организованы дополнительные мероприятия по обеспечению информацией населения по профилактике инфекций, НЦПФЗОЖ осуществлялся ежемесячный мониторинг реализации задач, разработаны 6 видов ИОМ (листовка, буклет, лфлет, санбюллетень) и отправлены в регионы. В регионах в ходе проведения кампании выпущено более 150 тысяч экземпляров различного вида ИОМ, охвачено около 2,5 млн. человек, проведено свыше 200 телепередач, организовано 747 выставок и уголков здоровья, состоялось 142 круглых стола. Наиболее активно информационная кампания прошла в Актюбинской, ВКО, Алматинской областях и г. Астане. Всего проведено мероприятий – 156723 с охватом населения 2 646 651 человек, общий тираж ИОМ по стране составил 241 367 экземпляров.

Усиление роли образования в формировании здорового образа жизни

Основным направлением в реализации приоритета является внедрение образовательной программы Валеология в общеобразовательных школах страны. Вместе с тем, на начало учебного года количество школ, внедряющих программу, идет на убыль и по итогам года только в 46% школах осуществляется ведение уроков. Не решается вопрос создания школьной медицины с созданием кабинетов в организациях образования и обеспечения совместных действий по охране здоровья подрастающего поколения.

Разработаны проекты учебно-методических комплексов (УМК) для педагогов и родителей по профилактике табакокурения, наркомании и употребления алкоголя и ВИЧ/СПИД, модули по проведению дебатов, тренингов для педагогов и школьников по проблемам табакокурения, употребления алкоголя, наркотических веществ. Проекты УМК направлены на рассмотрение в МОН РК.

Подведены итоги объявленного конкурса «Здоровая школа» г. Алматы и Алматинской области. По результатам заседания конкурсной ко-

миссии были определены пять лучших школ укрепления здоровья г. Алматы: № 116, № 36, № 83, № 122, № 32. НЦПФЗОЖ комиссионное рассмотрено положение системы критериев и показателей оценки по результатам апробации конкурса «Здоровая школа». Анализ показал объективность системы критериев оценки конкурса «Здоровая школа». Ведется подготовительная работа в регионах по проведению конкурса «Здоровая школа»

Профилактика травматизма

По профилактике дорожно-транспортного травматизма среди детей, подростков и молодёжи с 1 по 30 апреля 2009 года проведен месячник под девизом «Научим детей сегодня — предупредим травмы завтра!». В рамках месячника в г. Алматы организован круглый стол: «Научим детей сегодня — предупредим травмы завтра» на базе НЦПФЗОЖ, слет ЮИДД на базе Дворца школьников, пресс-конференция по итогам Республиканской Акции было охвачено - 137753 чел., из них: детей младших классов — 62700

Организовано 85 акций среди учащихся школ с охватом 8573 человек, проведено 57 тренингов для 1230 учащихся, прочитано 799 лекций в общеобразовательных школах с охватом 34925 человек, 32 встречи хирургов-травматологов с населением, с охватом 1238 человек, «Час вопросов и ответов» среди 561 школьника 8-9 классов, 14 Круглых столов с учащимися, охвачено 350 человек. Всего растражировано 32000 экз. информационно-образовательного материала на государственном и русском языках.

Информационно-коммуникационная работа по пропаганде здорового образа жизни

На уроне НЦПФЗОЖ регулярно обновляется каталог информационно-образовательных материалов. За отчетный период проведено 34 обновлений, вносятся макеты ИОМ, разрабатываемые в соответствии с выделенными средствами в рамках целевых текущих трансфертов в поддержку программы по 17 направлениям Плана.

За период вышли в эфир 279 телевизионных, 583 радио передач (включая местные радиоточки в местах скопления населения), опубликованы в журналах и периодической печати 180 материалов по ЗОЖ, профилактики факторов риска и заболеваний, разработаны техническая спецификация, идеи, сюжетные линии запланированных в 2009 году роликов, фильмов, мультфильма. для

производства и проката 35 видео-, аудиороликов, 1 мультфильма, 3 компьютерных игр, 4 фильмов.

Определенный вклад в информационном обеспечении в вопросах сохранения и укрепления здоровья населения имели **широкомасштабные акции**, проведенные среди населения в отчетном периоде.

Так, по национальным играм; массовый забег «**Президентская миля**» на дистанцию 2 400 метров; выставка-ярмарка товаров для здоровья. Акция широко освещалась в СМИ. Максимально в акции задействованы школьные площадки, центральные площади, стадионы, танцевальные площадки, парки. Акция была поддержана Администрацией Президента Республики Казахстан, организаторами акции были МОН, МТиС, МВД, МКиИ Акиматы областей, гг.Астана, Алматы. По РК Фестивалем охвачено 1 364 855 человек. Выпущены и распространены 1000 плакатов «Будь всегда спортивным, стильным и здоровым!» на каз./русс.яз, листовок «Будь всегда спортивным, стильным и здоровым!» — 1000 экз.

В рамках республиканской широкомасштабной акция «**Денсаулық Жолы**», акцент которой в 2009 году был сделан на предупреждение и раннего выявления **сахарного диабета**. В рамках акции осуществлены выезды бригад медицинских специалистов в сельские населенные пункты с проведением консультаций и определением уровня сахара крови, распространением информационно-наглядных материалов, подготовленного совместно с Диабетической Ассоциацией Республики Казахстан (ДАРК): буклеты «Внимание, диабет рядом!» и «Сахарный диабет и питание», памятки для населения и других. Актцией охвачено 500 тыс. сельских жителей страны. Уровень сахара в крови определен у 10 тысяч человек, среди которых в среднем у 6% выявлен повышенный уровень сахара. Распространено 150 тысяч экземпляров различного вида информационно-образовательного материала. Акция получила положительный резонанс среди общественности, мобилизовала и объединила усилия местных органов власти, Научно-исследовательских институтов и центров, специалистов областного и городского уровней и службы здорового образа жизни. Результаты проведенной акции обсужден на Международной конференции по проблемам сахарного диабета в г. Алматы 14.11. 2009 г. и получил одобрения со стороны специалистов здравоохранения и местных исполнительных органов власти.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ, СВЯЗАННЫХ С ОБРАЗОМ ЖИЗНИ,
И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ
ЗАГРЯЗНЕННЫХ РАЙОНОВ Г.ТЕМИРТАУ**

*ДИКАНБАЕВА С.А., СЛАЖНЕВА Т.И., ЕГОРЫЧЕВ В.Е., ХАЙДАРОВА Т.С.,
ПАЛТУШЕВА Т.П., ДАРИШЕВА М.А., АДАЕВА А.А., АКИМБАЕВА А.А.*

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗРК, г.Алматы

Экологические факторы в значительной степени определяют состояние здоровья детей в Республике Казахстан (Ормантаев К.С., 2000). Существует также взаимосвязь между состоянием окружающей среды и образом жизни населения. С одной стороны ухудшение здоровья в условиях воздействия повреждающих экологических факторов способствует изменениям в образе жизни детей, а с другой стороны, здоровый образ жизни в определенной степени уменьшает негативное влияние условий окружающей среды на здоровье (Егорычев В.Е., Хусаинова Ш.Н., 2005).

Целью нашего исследования явилось изучение факторов, связанных с образом жизни, и оценки состояния своего здоровья у школьников, проживающих в загрязненных районах г.Темиртау.

Всего было обследовано 234 ребенка. Факторы, связанные с образом жизни изучались среди детей двух возрастных групп (11-14 лет и 15-17 лет), проживающих в двух загрязненных зонах г. Темиртау и на контрольной территории (мкр «Отрадное», мкр №8). Детей, проживающих в загрязненных районах г. Темиртау, в возрасте 11-14 лет было 95, в контрольном районе — 35. Детей, проживающих в загрязненных районах г. Темиртау, в возрасте 15-17 лет было 80, в контрольном районе — 24.

Среди факторов образа жизни большое влияние на здоровья населения оказывают факторы, связанные с питанием. Большинство детей 168 (96.0%), проживающих в загрязненных районах г. Темиртау, положительно ответили на вопрос: «Удовлетворены ли Вы своим питанием?». Несколько ниже был удельный вес удовлетворенных своим питанием на контрольной территории 56 (94,9%). Однако разница между опытными и контрольной группой детей была статистически недостоверной ($P > 0,05$). Несущественными были также отличия в показателях между детьми различных возрастных групп ($P > 0,05$).

В плане оценки физической активности большое значение имели ответы на вопрос о выполнении регулярных физических упражнений и

занятии подвижным видом спорта. В загрязненных зонах г. Темиртау 46 (26,0%) обследованных детей не занимались регулярными физическими упражнениями и подвижными видами спорта. Существенно ниже были значения данного показателя на контрольной территории — 6 (9.5%) ($P < 0,01$).

Более высокий удельный вес не занимающихся физическими упражнениями и подвижными видами спорта на загрязненных территориях по сравнению с контролем можно объяснить более высоким уровнем здоровья у детей, проживающих на относительно экологически благополучных территориях.

Различия между возрастными группами были статистически недостоверны.

Для оценки воздействия экологических факторов на здоровье детей важное значение имели ответы на вопрос: «Как часто Вы испытываете стрессовые ситуации?». Это обусловлено тем, что проживание на загрязненных территориях само по себе является стрессом. В этой связи в современных исследованиях часто употребляется термин «экологический стресс». В грязных зонах г. Темиртау каждый день испытывали стрессовые ситуации 5,7% респондентов, часто — 22,73%, редко — 58,0%, не испытывали — 13,6%. Ответы респондентов на контрольной территории существенно отличались. Ежедневный стресс отмечался в 4,8% случаев, часто испытывали стресс 7,9% опрошенных, редко отмечался стресс у 58,7% детей, не испытывали стресс 28,6% респондентов. Таким образом, на загрязненных территориях существенно выше был удельный вес детей, ежедневно, либо часто испытывающих стресс ($P < 0,01$) и, соответственно, ниже доля респондентов вообще не испытывающих стресс ($P < 0,05$). Как в загрязненных районах, так и на контрольной территории стрессы чаще отмечались в возрастной группе у детей 11-14 лет, чем в возрастной группе 15-17 лет. Однако разница была статистически недостоверной ($P > 0,05$).

Во всех обследованных группах дети чаще всего испытывали стресс во время учебы — 127

(48,7%). Часто дети испытывали стресс в семье — 71 (27,2%), намного реже — в транспорте — 15 (5,8%). Распределение мест стрессовых ситуаций в опытных и контрольной группах было сходным. Несколько чаще, чем на контрольной территории дети загрязненных районов г. Темиртау испытывали стресс во время учебы, что можно было бы связать с худшей успеваемостью детей в условиях неблагоприятной экологической обстановки, однако разница была статистически не достоверной ($P > 0,05$).

Особый научный и практический интерес представляют ответы на вопрос о наличии хронических заболеваний. Необходимо отметить, что хотя удельный вес детей, имеющих хронические заболевания, в загрязненных районах был несколько выше, чем в контрольном (18,9% и 17,5%, соответственно), различие между группами было статистически недостоверным ($P > 0,05$). Это можно объяснить тем, что экологические факторы, чаще вызывают, особенно в детском возрасте, донозологические изменения здоровья.

Важными для нас были также ответы на вопрос: «Как бы Вы оценили свое здоровье?». В опытных группах свое здоровье как отличное оценили 18,5% респондентов, как хорошее — 37,6%, нормальное — 41,6%, плохое — 2,3%. В контрольной группе свое здоровье как отличное оценили 33,3%, как хорошее — 31,8%, как нормальное 33,3%, как плохое — 1,6%. Обращает на себя внимание невысокий удельный вес детей, оценивших свое здоровье, как плохое как в опытных, так и в контрольной группах, что можно объяснить более оптимистичной оценкой действительности в детском возрасте. Тем не менее, дети, проживающие в относительно экологичес-

ки благополучном районе, свое здоровье как отличное оценивали достоверно чаще, чем их сверстники, проживающие на загрязненных территориях — 33,3% и 18,5%, соответственно ($P < 0,05$).

Выводы:

1. В загрязненных зонах г. Темиртау 26,0% обследованных детей не занимаются регулярными физическими упражнениями и подвижными видами спорта, что достоверно ниже, чем значения данного показателя на контрольной территории — 9,5% ($P < 0,01$).

2. В опытных группах, проживающих в загрязненных районах г. Темиртау, существенно выше, чем в контрольной группе удельный вес детей, ежедневно, либо часто испытывающих стресс ($P < 0,01$) и, соответственно, ниже доля респондентов вообще не испытывающих стресс ($P < 0,5$).

3. На всех исследуемых территориях дети чаще всего испытывают стресс во время учебы — 48,7%, что можно связать с неадекватными школьными нагрузками.

4. Дети, проживающие в относительно экологически благополучном районе г. Темиртау, свое здоровье как отличное оценивают достоверно чаще, чем их сверстники, проживающие на загрязненных территориях — 33,3% и 18,5%, соответственно ($P < 0,05$).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ормантаев К.С. Здоровье детей на пороге XXI века // Педиатрия и детская хирургия Казахстана, 2000, № 4, С. 3-8.
2. Егорычев В.Е., Хусаинова Ш.Н. Введение в экологическую педиатрию. Алматы. «Дауир», 147 с.

ПРОПАГАНДА МАССОВОГО СПОРТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

АЛИЕВА А.К.

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗРК, г.Алматы

Одной из задач в области устойчивого развития страны является увеличение средней продолжительности жизни населения с внедрением и совершенствованием механизмов, обеспечивающих оздоровление нации.

В современных условиях дальнейшее развитие клинической медицины не может обеспечить улучшение основных показателей здоровья без коренного изменения в сторону профилактической направленности системы здравоохранения.

По данным Всемирной организации здравоохранения (далее — ВОЗ), здоровье человека зависит от системы здравоохранения всего на 10% и на 50% — от образа жизни.

В настоящее время низкая физическая активность или малоподвижный образ жизни является одним из факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, таких как: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда, избыточная масса тела, сахарный диабет инсулиннезависимого типа, остеопороз и тд.

Физически неактивные люди имеют больший риск развития сердечно-сосудистой патологии и других болезней, чем физически активные люди.

В этой связи актуальным является формирование общественного мнения и активности в пользу здорового образа жизни. Одним из его основных инструментов остается комплексное межсекторальное взаимодействие по сохранению и развитию потенциала здоровья человека.

Реализуется Программа «Здоровый образ жизни на 2008-2016 гг.», утвержденная постановлением Правительства РК №1260 от 21 декабря 2007 года, одним из разделов которой является «Развитие физической культуры и спорта».

За истекший период в рамках этой программы службой формирования здорового образа жизни достигнуты определенные результаты:

- Реализация программы «Физическая активность» осуществляется на межсекторальном уровне, совместно с местными исполнительными органами, Министерством образования и науки РК, Министерством информации РК, Министерство туризма и спорта РК, Национальным науч-

но-практическим центром физической культуры Министерства образования и науки РК, неправительственными и международными организациями.

- В 2002 году в рамках проведения Всемирного Дня здоровья Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни выступил с инициативой популяризации велосипедного движения в стране. В этот день в крупных городах республики в велосипедном движении приняли участие свыше 450 000 школьников, студентов, молодежи.

- В 2003 году была проведена широкомасштабная республиканская акция «Час физической активности», в которой приняли участие 4 845 098 человек, что зафиксировано как рекорд в «Книге Гиннеса». Данную акцию поддержал Президент нашей страны, который высоко оценил роль физической активности и призвал население к участию в данной акции. В регионах акция прошла при поддержке местных исполнительных органов.

- По инициативе Министерства образования и науки РК, Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения РК и Министерства туризма и спорта РК во всех общеобразовательных школах внедрены 3-х часовые занятия физической культурой.

- В целях популяризации физической активности среди населения ежегодно проводятся такие республиканские мероприятия, как «Спартакиада - мама, папа, я - здоровая семья», Республиканская спартакиада среди медицинских работников, которые вовлекают до 1 млн. чел.

- С 2003 года проводятся мероприятия среди молодежи по сдаче Президентских тестов.

- В 2004 году в рамках проведения Дня медицинского работника была проведена спартакиада медицинских работников по сдаче Президентских тестов совместно с управлением туризма и спорта.

- В 2006 году по всей стране прошли массовые забеги «Президентская миля-путь к здоровью» на дистанцию 1 600 метров среди различных групп населения (школьники, студенты,

организованное население, пенсионеры, ветераны и все желающие).

- С 2007 года с мая по сентябрь массовые забеги стали ежегодными, а дистанция забега на 2 400 метров.

- В 2008 году в рамках «Фестиваля здоровья» проводилась танцевальный марафон под девизом «Танцы — движение - жизнь», где проходили праздничные концерты, а также обучение населения различными танцами с инструкторами танцевальных кружков.

- В 2009 году «Фестиваль здоровья» прошел под девизом «Будь спортивным, стильным и здоровым!», акцент на массовое катание на роликовых коньках, скейтбордах, самокатах, велосипедах, приняли участие более 1 млн. человек.

- В рамках Республиканской спартакиады среди медицинских работников проходят массовые забеги, национальные игры.

- Ежегодно распространяются информационно — образовательные материалы по вопросам физической активности.

В тоже время необходимо разработать Национальную политику для усиления межсекторального взаимодействия с целью популяризации здорового образа жизни, улучшения доступности населения к занятиям физической культурой и сохранения, развития потенциала здоровья человека.

Для привлечения населения к физической активности и массовому спорту необходимо:

- Повысить уровень информированности по вопросам физической активности и массового спорта, особенно молодежь (разработка информационно-образовательных материалов, открытие веб-сайта для молодежи, проведение широкомасштабных акции, разработка и прокат видеороли-

ков, усиление в рамках проектов ВОЗ развитие велосипедного движения).

- Способствовать внедрению обязательной производственной гимнастики на 10-15 минут в организациях системы образования, здравоохранения, обороны, внутренних дел, предприятиях и других госорганах при активном содействии акиматов, бизнес-структур, неправительственных организаций;

- Обеспечить и создать условия для занятий физкультурой и спортом в организациях системы образования, совершенствовать программы по физической активности (обеспечение организаций образования спортивными залами, площадками, инвентарем, квалифицированными специалистами; открытие новых спортивных секции; проведение спартакиад среди школьников; сдача Президентских тестов и повышение качества уроков физической культуры);

- Обеспечить льготный доступ (абонементы) школьникам, студентам ВУЗов, СУЗов, молодежи к оздоровительно-спортивным сооружениям (тренажерные, спортивные залы, площадки, плавательные бассейны).

- Принять меры по **развитию детско-юношеских спортивных школ**, дворовых клубов, созданию спортивных секций в организациях образования, ВУЗах, СУЗах;

- На телеканалах и радио создавать программы с тематикой формирования навыков гигиены, здорового образа жизни, пропаганды физической активности, рационального здорового питания путем трансляции соревнований между школами, ВУЗами, СУЗами, районами, областями, организациями и т.д.

Основная задача состоит в том, чтобы у каждого члена нашего общества выработать мотивацию и желание вести полноценный и здоровый образ жизни.

**ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТАТУСА НА РАЗВИТИЕ
ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
СРЕДИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА***КУЛКАЕВА Г.У.**Министерство здравоохранения Республики Казахстан*

В течение последних 25 лет в Казахстане смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) стойко занимает лидирующую позицию в структуре смертности (2007 год-51,7%), где более 30% умерших составило население трудоспособного возраста, из них почти 70% были лица мужского пола [1,2].

В действительности, основные причины ССЗ известны, элиминация которых позволила бы предотвратить, по крайней мере, 80% случаев всех заболеваний сердца [3]. Знание и способность идентифицировать факторы риска (ФР) являются важнейшими компонентами изменения поведения и снижения ССЗ [4,5].

Проведенные исследования показывают что социально-экономический статус (СЭС) населения является существенным индикатором развития ФР ССЗ.

Задачами нашего исследования были определены оценка распространенности основных поведенческих ФР ССЗ среди сельского трудоспособного населения Казахстана и уровня их знаний о данных ФР в зависимости от демографического и СЭС. Целевой группой изучения явилось население 2 районов Западно-Казахстанской области в количестве 611 человек в возрасте 25-65 лет ($43,2 \pm 11,5$), из них 304 мужчины и 307 женщин.

Настоящее исследование позволило определить группы сельских жителей, которые имеют наименьшие знания о ФР ССЗ и, следовательно, большую вероятность стать потенциальными больными с сердечно-сосудистой патологией в будущем.

Результаты проведенного исследования продемонстрировали четкую взаимосвязь знаний о ФР ССЗ и их распространенность с показателями демографического и СЭС респондентов. Установлена тесная взаимосвязь знаний о ФР ССЗ с полом, уровнем образования, профессиональным статусом и финансовыми доходами изученного населения. Хороший уровень знаний ассоциировался с низким риском курения и употребления алкоголя, но в то же время, с высоким риском избыточной массы тела. Полагаем, что проводимые в Казахстане мероприятия по пропаганде и формированию здорового образа жизни, способствовали тому, что более 60% исследуемого населения идентифицировали ФР для ССЗ, но только знания 25% населения оценены как хорошие, так как смогли корректно определить вклад данных факторов в развитие, как артериальной гипертензии так и ишемической болезни сердца одновременно.

Различные исследователи имеют свои собственные методы оценки знаний населения, но недостаточный уровень знаний о ФР ССЗ также был выявлен и в других исследованиях [6,7]. Было обнаружено, что наименьшая идентификация ФР ССЗ и худшие знания респондентов имеют место среди мужчин [8], более взрослых респондентов и тех, кто с более низким уровнем образования и финансового дохода, а также среди рабочих [5].

Образование было найдено самым сильным прогнозируемым фактором (предиктором) для наличия знаний о ФР ССЗ [5]. Несмотря на то, что сельское население было осведомлено о поведенческих факторах риска ССЗ, наше исследование показало низкие знания о таких важных биологических ФР ССЗ, как артериальное давление и холестерин крови, только половина населения были осведомлены об уровне собственного артериального давления и 6,5% населения о собственном уровне холестерина крови.

Опыт развитых стран показывает, что принятие мер по сокращению контролируемые ФР приводит к значительному сокращению преждевременной смертности от ССЗ [4,5]. Однако, хорошие знания и осведомленность о ФР заболеваний не всегда показатель хорошего здоровья и ведения здорового образа жизни. Результаты свидетельствуют, что многие люди, знающие о ФР ССЗ, до сих пор сохраняют нездоровые привычки и образ жизни и только одних знаний не достаточно для изменения поведения людей по отношению к своему здоровью. Степень подготовки людей к изменению образа жизни также является одной из важных характеристик в достижении результатов обучения и мероприятий касательно здорового образа жизни.

В настоящее время в развитых странах высокий риск распространенности ФР ССЗ связан с низким СЭС населения, так как категория лиц с более высоким СЭС адекватно следует рекомендациям.

дациям по профилактике ССЗ, хотя прежде высокая распространенность ФР ССЗ ассоциировалась с более высоким социальным положением. Наше исследование показало, что также, как и в развитых странах, курение имело тенденцию обратной связи с СЭС респондентов. В отличие от этого, риск избыточной массы тела веса и гипертонии были непосредственно связаны с более лучшими финансовыми доходами и профессиональным статусом. Тенденция относительного прева-лирования избыточной массы тела и гипертонии среди служащих объясняется сидячим образом жизни и отсутствием физической активности, а также стрессовыми нагрузками. Стресс на работе и дома, депрессия препятствуют адаптации и под-держанию людьми здорового образа жизни и его изменению в конечном итоге. Обнаруженная пря-мая взаимосвязь между уровнем доходов и избы-точной массой тела, возможно, есть результат влияния вестернизации питания и образа жизни, а также привычек питания населения Казахстана, где традиционно мясные продукты и высокока-лорийная диета занимают доминирующую пози-цию. Кроме того, ожирение становится столь же распространенным в развивающихся странах, странах с переходной экономикой и средним уров-нем ее развития [3], как Казахстан.

Согласно полученным результатам, риск та-бакокурения преобладал среди семейных респон-дентов, в тоже время риск развития избыточно-го веса, гипертонии и употребления алкоголя среди вдов/разведенных, возможно потому, что одинокие люди более вероятны вести нездоровый образ жизни.

Большинство исследований показывает обрат-ную зависимость между распространенностью ФР ССЗ и СЭС среди респондентов с более вы-соким социально-экономическим уровнем. Од-нако, наше исследование показало, относитель-но прямую зависимость между распространен-ностью ФР ССЗ и СЭС, вероятно, потому, что это было сельское население.

Были также найдены гендерные различия в распространенности избыточной массы тела и гипертонии. Так, распространенность изучаемых ФР ССЗ резко возросла среди респондентов мужского пола в возрасте 45-54 лет по сравне-нию с более молодыми, в то время как среди женщин, имело место постепенное нарастание факторов риска.

Таким образом, мероприятия по повышению уровня знаний, изменению поведения человека

и снижению распространенности ФР, способ-ствующих развитию ССЗ, явно имеют первосте-пенное значение. При этом, демографические и социально-экономические различия необходимо учитывать при планировании и проведении про-филактических программ и мероприятий по фор-мированию здорового образа жизни в целях со-кращения заболеваемости, смертности от ССЗ и неинфекционных заболеваний в целом.

Проведение профилактических программ на уровне первичной медико-санитарной помощи с концентрацией на изменении поведенческих ФР, пропаганды через средства массовой ин-формации и превентивных мер со стороны ме-дицинских работников, в особенности органи-заций первичной медико-санитарной помощи, может существенно снизить ССЗ и улучшить качество жизни субъектов с высоким риском развития заболевания.

Центральные и местные органы исполнитель-ной власти, неправительственные и обществен-ные организации, и само общество в целом, дол-жны принимать участие в создании устойчивой системы здорового образа жизни в стране.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Kulzhanov M, Rachel B. Kazakhstan: Health system review. *HiT*, 2007; 9: 1–158.
2. К.П. Ошакбаев, Т.И. Аманов, Т.И. Слажнева, Н.И. Назирова, Ш.Е. Каржаубаева, Г.У. Кулкаева, А.Ж. Жыл-кайдарова. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболе-ваний, ранжирование факторов риска. Современные модели профилактической системы здравоохранения, стр. 116–120, Алматы, 2008, Казахстан.
3. WHO global report: preventing chronic diseases: a vital investment. WHO, 2005, Geneva, Switzerland.
4. Nissinen A, Berrios X, Puska P. Community-based noncommunicable disease interventions: lessons from developed countries for developing ones. *Bull World Health Organ*, 2001; 79: 963–970.
5. Potvin L, Richard L, Edwards AC. Knowledge of cardiovascular disease risk factors among the Canadian population: relationships with indicators of socioeconomic status. *CMAJ*, 2000; 162: S5–S11.
6. Yiqui L, Wright SCD. Knowledge and awareness of risk factors for cardiovascular disease in the Ga-Rankuwa community. *Health Sa Gesondheid*, 2008; 13: 31–41.
7. Jafary FH, Aslam F, Mahmud H, Waheed A, Shakir M, Afzal A, Qayyum MA, Akram J, Khan IS, Haque IU. Cardiovascular health knowledge and behavior in patient attendants at four tertiary care hospitals in Pakistan – a cause for concern. *BMC Public Health*, 2005; 5: 124–132.
8. Kraywinkel K, Heidrich J, Heuschmann PU, Wagner M, Berger K. Stroke risk perception among participants of a stroke awareness campaign. *BMC Public Health*, 2007; 7: 39–45.

К ЗДОРОВЬЮ – ЧЕРЕЗ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ*АБДУКАРИМОВА С.Т.**Руководитель Центра укрепления здоровья №1, г. Тараз*

Формирование здорового образа жизни как одно из стратегических направлений отечественного здравоохранения продолжает активно развиваться. Одной из самых актуальных задач в этой области является вопрос активизации пропаганды здорового образа жизни.

Основными методами профилактики на уровне ПМСП являются первичная профилактика заболеваний, санитарно-гигиеническое обучение населения, иммунизация, диспансеризация, дородовой патронаж беременных, патронаж новорожденных и детей в возрасте до одного года. В эту работу вовлечены все врачи и медсестры.

В соответствии с приказом Минздрава РК №738 о 4-х часовой нагрузке по пропаганде здорового образа жизни и профилактике заболеваний. Реализация этого времени идёт за счет проведения лекций, радио-лекций, выпуска санбюллетеней, рефератов, докладов на семинарах, выпуска статей в СМИ, участия в телесюжетах, выступлений по обл.радио, проведения мероприятий в школах и среди населения.

Одной из наиболее эффективных методик пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний являются «Школы здоровья». В поликлинике работают «Школы здоровья» - «Школа молодой матери» - 1 раз в неделю и «Школа здорового ребенка» - 2 раз в неделю. Открыта «Школа артериальной гипертензии», которая начала функционировать с 2006 года. При работе с населением используются интерактивные методы.

В ГП №1 регулярно проводятся семинары по организации и проведению мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, по профилактическим программам (например, семинары по профилактике инфекционных заболеваний, предупреждению факторов риска - табакокурения, наркомании и др.).

В проведении семинаров активное участие принимают специалисты (инфекционисты, гинекологи, терапевты, педиатры и др.).

Непосредственная организация профилактической работы проходит при тесном взаимодействии Центра укрепления здоровья (ЦУЗ) и администрации поликлиники.

ЦУЗ принимает активное участие во всех мероприятиях, организовываемых Городским цен-

тром здорового образа жизни - акциях, месячниках, декадах, Всемирных Днях, конкурсах. Руководитель ЦУЗ регулярно посещает школы по вопросам организации ЗОЖ среди учащихся. На территории ГП №1 расположены 12 школ. В каждой школе разработаны планы мероприятий по пропаганде ЗОЖ школьным координатором и планы по сан-просвет работе школьных врачей. В основном это такие мероприятия как «круглые столы» с участием разных специалистов, дебаты, конкурсы рисунков, сочинений, плакатов на разные темы, диктанты, социально-гигиенические исследования, мини-акции, родительские собрания, на которых выступают школьные мед. работники с информацией о состоянии здоровья школьников, так же проводятся семинары для педагогов по аспектам ЗОЖ, лекции, беседы.

Все врачи активно ведут пропаганду зож и профилактику заболеваний через средства массовой информации (статьи, радио телевидение) при непосредственном сотрудничестве с пресс-центром Городского центра здорового образа жизни.

Помимо основной профилактической работы, наша поликлиника работает по профильному направлению «Ментальное здоровье, профилактика стрессов. Школы, способствующие укреплению здоровья».

Данный проект ВОЗ внедряется в ГП №1 с 2001 г. В этот проект вошли все школы города. Участвующие в движении за укрепление здоровья школы берут на себя обязательства по сохранению и укреплению здоровья детей. Это достигается путем установления и поощрения партнерства учителей, учащихся, родителей и всего школьного сообщества в целях улучшения состояния здоровья. В рамках данного проекта проведена следующая организационная работа:

1. Подписано соглашение между директорами пилотных школ и ГЦПФЗОЖ о сотрудничестве;
2. Школьными координаторами разработаны планы работ по данному проекту;
3. Утверждены составы школьных команд, в число которых входят зам.директора по воспитательной работе, мед.работники, представители из числа учащихся и родителей;
4. Собрана база данных по ШСУЗ, определены приоритетные направления;

5. Проведен проф. осмотр учащихся, разработаны планы по медико-санитарному просвещению и мероприятия по оздоровлению детей (консультации узких специалистов, занятия лечебной гимнастикой, массажем, комплекс закаливающих процедур, фиточаи, витаминотерапия и др.).

Во всех пилотных школах ежегодно проводятся общешкольные родительские собрания, на которых выступают школьные врачи. Родителям предоставляется информация о состоянии здоровья детей, о путях их оздоровления, методах укрепления организма и профилактике заболеваний.

Центр укрепления здоровья занимается так же разработкой методического материала, буклетов,

листовок и др. Разработаны методические рекомендации и информационные материалы профильным центром на темы : профилактика стрессов, профилактика ВИЧ/СПИД и наркомании, рациональное питание - залог здоровья, гигиенические навыки, профилактика ОРВИ и др.

В 2010-2011г. планируется наладить связь с НПО, проводить пропаганду ЗОЖ и профилактику заболеваний более углубленно, с изучением и различных факторов риска, и их мониторингом, а так же продолжить обучающие семинары для врачей по внедрению протоколов по профилактике заболеваний и пропаганде здорового образа жизни.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗНАНИЙ ОБ АНЕМИИ И НАВЫКОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОБОГАЩЕННОЙ МУКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

САЛХАНОВА А.Б.

Казахская академия питания, г.Алматы

Одним из основополагающих моментов проведения массовой профилактики анемии через потребление фортифицированной муки является определение поведенческих, информационных и других факторов, влияющих на осознание широкими слоями населения опасности неполноценного питания матерей и детей, а также факторов, являющихся барьерами и препятствиями для основной целевой аудитории.

С целью определения уровня осведомленности, навыков, привычек и ожиданий целевых групп населения относительно железодефицитной анемии (ЖДА), профилактической роли статуса питания и обогащенной пшеничной муки; установления предпочтительных каналов и источников информирования о ЖДА, характера и степени их влияния на поведенческую практику наиболее уязвимых групп населения было проведено данное исследование.

Методы исследования. Одной из целевых групп исследования явились женщины репродуктивного возраста, которые были опрошены с помощью стандартизованного и индивидуального интервью. Исследование проведено в 5 основных регионах республики (север, юг, восток, запад и центр), а также в г. Алматы и г.Астана, а в рам-

ках регионов были определены следующие области: Северо-Казахстанская (север), Южно-Казахстанская (юг), Восточно-Казахстанская (восток), Актыбинская (запад), Акмолинская (центр). В каждой области исследование проведено в областном центре и двух сельских населенных пунктах. Всего обследовано 584 женщин репродуктивного возраста. Отбор домохозяйств в конкретном населенном пункте осуществлялся случайным маршрутным методом. Список домохозяйств не составлялся заранее, а формировался интервьюерами непосредственно в ходе опроса. Обход квартир в многоэтажных домах или домов в частном секторе, сельском населенном пункте происходил в порядке возрастания их номеров, применялся дифференцированный шаг отбора в зависимости от количества квартир в доме, в сельской местности выбор домохозяйств выпадал на каждый 3-5-й дом по маршруту. Отбирались домохозяйства, где есть дети до пяти лет и женщины репродуктивного возраста. В каждом отобранном домохозяйстве опрашивался только один респондент, соответствовавший контрольным признакам, отбор респондентов происходил подобным образом шаг за шагом до достижения необходимой величины выборочной совокупно-

сти. Таким образом, обеспечивалась процедура случайного отбора при контролируемости параметров квот, что должно было обеспечить репрезентативность полученных данных.

Результаты опроса относительно осведомленности женщин о ЖДА показали, что подавляющее большинство опрошенных (90,8%) слышали о ней, а 86% знают, что развитие ЖДА связано с недостаточным или неполноценным питанием. На вопрос о том, дефицит каких пищевых веществ способствует развитию ЖДА, 60% респонденток ответили, что это дефицит железа, 42,2% - железа и витаминов, 12,2% - фолиевой кислоты, 5,4% - других витаминов, а 14,3% - не знали ответа на этот вопрос. Более половины женщин (52,4%) считали, что наиболее подвержены развитию ЖДА женщины, 39,9% считали, что дети, 0,5% - мужчины, 26 % - все группы населения одинаково, а 9% не знали ответа. Информацией о каких-либо признаках ЖДА владели 86,1% опрошенных, а о негативных последствиях анемии для здоровья, особенно женщин и детей - 81,2%. Результаты выявления осведомленности о конкретных признаках ЖДА выглядели следующим образом: слабость назвали 83,9% опрошенных, головокружение - 78,5%, быструю утомляемость - 71,0%, «мушки» в глазах - 40,6%, тошноту, рвоту - 16,5%. На просьбу назвать негативные последствия анемии для здоровья 67,3% женщин назвали сниженную физическую активность и работоспособность детей и взрослых, 49,6 % - сниженную умственную активность и познавательную деятельность детей и взрослых, 46,6% - риск повышенной смертности матери во время родов, 36,1% - риск повышенной смертности новорожденных и детей раннего возраста, 32,7% - риск врожденных патологий.

Более половины опрошенных женщин (54,6%) заявили о том, что у них была анемия, причем в 95,9% случаев диагноз анемии ставился медицинскими работниками, и 35,8% женщин утверждали о наличии анемии у их детей до 5 летнего возраста, диагностированной в 99,5% случаев также медицинскими работниками. Обрадовал тот факт, что 89,4% респонденток были проинформированы медицинскими работниками о том, как предупредить анемию и, как следствие, 89% считали, что развитие анемии можно предотвратить. Из методов предотвращения анемии наиболее известными оказались употребление продуктов, богатых железом/витаминами (73,9%), и употребление железосодержащих препаратов и витаминов (66,1%), далее следовали частое употребле-

ние мясных продуктов, овощей и фруктов (61,1%), использование обогащенной железом и витаминами пшеничной муки (33,9%) и отказ от чая и кофе во время еды (20,1%). При этом было выявлено, что чай или кофе половина женщин пьет после еды, более трети - во время еды, 6% - до еды, 8,2 % - независимо от приема пищи.

Также всем респондентам был задан ряд вопросов об информированности и предпочтениях относительно пшеничной муки, обогащенной витамино-минеральным премиксом. Как оказалось, о том, что пшеничная мука может обогащаться витаминами и микроэлементами в процессе производства слышали только 46,9% женщин, из числа которых 30% узнали о существовании обогащенной муки более двух лет назад, 12% - 2 года назад, 23% - год назад, 21% - менее года назад. На вопрос о том, какими витаминами и микроэлементами обогащают муку, половина опрошенных (52%) ответили, что железом, о тиаминах (витаминах B1) знали 21%, о фолиевой кислоте - 16%, о рибофлавине (витаминах B2) - 15%, цинке - 7%, ниацине - 2%, а 46% женщин не знали ни об одном из компонентов премикса. О том, что обогащенная мука предохраняет от анемии, знали 49,3% женщин, от дефицита витаминов группы B - 8,4%, анемии/дефицита фолиевой кислоты/витаминов группы B - 8,4%, дефицита фолиевой кислоты - 5%, не знали с какой целью обогащается мука - 35,1%. Вопросы относительно использования муки на уровне домохозяйств выявили, что подавляющее большинство (93,8%) покупают муку домой для выпечки хлеба/лепешек/баурсаков/кондитерских изделий, причем используют ее, в среднем, по 2,5 кг на человека в месяц. Из числа этих людей 76,5% покупают муку в магазине, 20,6% - на базаре, 3,1% - на мельнице. Приблизительно три четверти (78%) респондентов покупают для домашнего пользования обычную муку высшего сорта, треть (32,6%) - обычную муку первого сорта, 1,6% - муку второго сорта, а фортифицированную муку высшего и первого сорта приобретают лишь 1,7% и 1,4%, соответственно. Только в 8% упаковка муки в домохозяйстве содержит информацию о фортификации, а в 2,2% логотип «Healthy food». Половина респонденток покупают готовый хлеб и хлебобулочные изделия, 43% - и покупают, и сами выпекают, а 6% выпекают сами. Чаще всего покупается белый хлеб (78,6%), в 22,9% - ржаной хлеб, в 14% - серый хлеб. Выяснение причин, почему женщины не покупают обогащенную муку, показало, что

47,8% опрошенных не покупают фортифицированную муку, так как ее нет или не всегда имеется в продаже, 12,2% думают, что цена на такую муку выше, чем на обычную, 9,9% не верит, что это поможет предотвратить анемию, 29,3% не смогли назвать какую-либо причину. Определяющим фактором при покупке муки и хлеба у 79,6% респондентов является качество и полезность продукта для здоровья, у 30,5% - цена продукта. Печально, что только 12,8% женщин при покупке выясняют, является ли мука обогащенной, и 11,3% знают, где можно приобрести обогащенную муку. Однако 80,8% женщин готовы покупать обогащенную муку, если бы в магазинах (на рынках) продавалась обогащенная мука и 82,4% женщин готовы сами потреблять обогащенную муку, если бы знали, что обогащенная мука помогает предотвратить анемию. Важным является информация, что в 75% случаев хлеб, муку и другие основные продукты питания для всех членов семьи покупает хозяйка.

Выяснилось, что за последний год только немногим более половины респондентов (55,5%) получили какую-либо информацию о рациональном питании. Анализ источников информации о рациональном питании показал, что от врачей в поликлинике получили информацию 60,2% женщин, по телевидению - 38,3%, от близких родственников, родителей - 32,4%, из газет/журналов - 25,9%, от друзей/соседей/знакомых - 13,0%, из листовок, брошюр - 11,1%, от учителей местных школ - 5,9%, по радио - 5,9%, от известных деятелей страны - 2,5%, из Интернета - 3,1%, на сельском собрании - 0,3%. Информацию по предотвращению анемии за последний год получали 62,5% опрошенных, при этом наиболее частым источником информации служили лечебные учреждения (44,4%), далее следовали телевидение (27,4%), газеты (23,6%), листовки, брошюры (9,3%), радио (5,3%), плакаты в магазинах (4,3%), школа (2,8%), товарные знаки и информационные листки на упаковках (внутри) обогащенной муки (1,7%). Большинство женщин (81,8%) хотели бы получить дополнительную информацию относительно обогащенной муки. Весьма информативным является анализ источников информации, которым больше всего доверяют респонденты. Список таких источников возглавили врачи/медицинские работники (71,7%), далее следуют родители (46,4%), телевидение (26,2%), газеты/журналы (18,5%), учителя в школах (10,8%), друзья/соседи/знакомые (9,6%), радио (4,8%),

представители общественности (уважаемые люди, старейшины, НПО и др.) (4,1%), известные деятели страны (1,0%). Доступными, предпочтительными и имеющими влияние каналами информации для населения являются программы республиканских телеканалов (54,2%), медицинские работники (врачи, медсестры) (43,4%), программы местных телеканалов (42,7%), плакаты в поликлиниках (34,4%), рекламные блоки на телевидении (23,9%), информация на упаковке продукта (снаружи или вкладыш внутри) (22,7%), специальные брошюры для населения (19,4%), статьи в местных газетах/журналах (18,8%), статьи в республиканских газетах/журналах (16,2%), радио-программы (13,6%), плакаты в торговых точках (13,4%), учителя в школе (13,4%), листовки в почтовом ящике (9,5%), реклама снаружи и внутри городского транспорта (9,0%). Респондентам также было предложено выбрать необходимые мероприятия для повышения потребления населением обогащенной муки. Оказалось, что 76,5% респондентов считают наиболее действенным просто выпускать такую муку и продавать ее в магазинах и на рынках, 33,3% - давать рекламу обогащенной муки на телевидении и радио, около четверти женщин выбрали размещение информации на упаковке продукта и выпуск специальных программ о здоровье на телевидении и радио, приблизительно одна пятая респондентов считают необходимым проведение информационно-образовательной работы через медицинских работников, создание специальных рубрик в печатных СМИ, посвященных вопросам здоровья, выпуск листовок для населения.

Таким образом, несмотря на удовлетворительную информированность женщин о ЖДА, ее причинах и последствиях, остается большой пробел в их осведомленности о фортифицированной муке и потенциале ее использования для профилактики ЖДА, учитывая, что подавляющее большинство готово ее приобретать и использовать на уровне домохозяйств. Кроме того, ситуация осложняется тем, что успешно начатая в 2003 году программа фортификации к 2008 году сбавила свои обороты, а затем и вовсе прекратила свою работу, что было связано с исключением статьи об обязательной фортификации пшеничной муки, производимой в Республике Казахстан, из закона «О безопасности пищевой продукции», принятого в 2007 году. Однако сейчас согласно Статье 160 о профилактике железодефицитных состояний Кодекса Республики Казахстан «О здо-

ровье народа и системе здравоохранения», вступившего в силу 9 октября 2009 года, «...пшеничная мука высшего и первого сортов, реализуемая на территории Республики Казахстан, подлежит обязательному обогащению (фортификации) железосодержащими витаминами, минералами и другими веществами». В связи с чем, вновь возникает острая необходимость возобновления и усиления коммуникационной работы с населением с целью повышения использования обогащенной муки для профилактики железодефицитных состояний. Результаты данного исследования могут служить исходной позицией, позволяющей спланировать эту работу с учетом предлагаемых коммуникационных каналов, информационных материалов, способных заполнить пробелы в осведомленности целевой аудитории и провести ее с минимальными потерями и максимальной отдачей.

ТҮЖЫРЫМ

Репродуктивтік жастағы әйелдердің теміртапшылықты анемия, темірмен және витаминдермен байытылған бидай ұны, олар туралы информация көздері мен арналары

жөніндегі хабардарлығының, оларды пайдалану дағдылары мен машықтарының, олардан күтілетін әсерлерінің деңгейін анықтау осы зерттеу жұмысының мақсаты болып табылады. Зерттеу нәтижесінде әйелдердің 90,8% теміртапшылықты анемия туралы естігендігін және 86% оның дамуы толыққанды тамактанбауға байланыстылығын білетіндігін анықтап берді. Байытылған ұн жөніндегі хабардарлық деңгейі одан әлдеқайда төмен болды, 81,8% байытылған ұн туралы қосымша информация алғысы келетіндігі туралы хабарлапты. Сонымен, аталмыш зерттеу жұмысының нәтижелері анемияның алдын алуға арнаған байытылған ұн жөніндегі хабардарлық деңгейін арттыра түсуге бағытталған коммуникациялық жұмыстарды жоспарлауға көмек көрсете алады.

SUMMARY

The objective of the survey is to determine the level of awareness, behavioral models and practice and expectancies regarding iron deficiency anemia (IDA) and fortified wheat flour as well as to determine information sources and channels. The results show that 90,8% of women were aware about IDA and 86% know about malnutrition as about cause of IDA. However awareness about flour fortification is considerably lower, at the same time 81,8% of women would like to get additional information on fortified flour. The results of the survey can facilitate to plan communication work on awareness improvement about fortified flour to prevent IDA.

ЧАСТОТА ПОТРЕБЛЕНИЯ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В КАЗАХСТАНЕ

САЛХАНОВА А.Б.

Казахская академия питания, г.Алматы

Опыт последних десятилетий показал, что для того, чтобы эффективно влиять на состояние здоровья населения через изменение питания и поведенческие факторы риска, необходимо мониторировать данные о питании населения. В этой связи одной из целей Национального исследования микронутриентов, проведенного в 2006 году в Казахстане, было изучено питание матерей. Одними из наиболее простых и доступных подходов для сбора такого рода информации являются метод анализа частоты потребления и метод изучения пищевых привычек, которые позволяют быстро провести как качественную, так и приближенную количественную оценку структуры питания и использовать их для мониторинга этих показателей. Благодаря относительной быстроте сбора информации о питании как о факторе риска развития отдельных заболеваний,

метод анализа частоты потребления можно использовать для оценки питания больших групп населения /1/.

Для выполнения исследования была использована репрезентативная выборка, расчетное число женщин репродуктивного возраста равно 4122. По результатам опроса было подсчитано среднее число дней (округленное до целых чисел) потребления продуктов питания женщинами за семь суток, предшествовавших интервью. Вопросы задавались в отношении частоты потребления основных продуктов: мясных, рыбных и молочных продуктов, картофеля, овощей и фруктов, круп и макаронных изделий, сладостей, хлеба и яиц. Раздел о пищевых привычках, кроме прочих включал вопросы о потреблении железосодержащих препаратов, а также осведомленности о фортификации муки и ее потреблении.

Результаты опроса, представленные в таблице, показали, что ежедневно или почти каждый день женщины потребляли зерновые и молочные продукты, а также сахар и другие сладости, корнеплоды и клубневые (картофель). Мясо (красное) и свежие овощи (кроме моркови и тыквы) респондентки потребляли в среднем 5 дней в течение недели, предшествовавшей интервью, а морковь и тыкву – 4 дня. Выявлена низкая частота потребления свежих фруктов и зелени, а также орехов и семечек. Крайне редко обследованные женщины потребляли птицу, рыбу, бобовые и сушеные фрукты. Что касается различий в зависимости от социально-бытовых характеристик, оказалось, что молочные продукты, морковь и тыква несколько реже потреблялись женщинами 15-19 лет, а свежие фрукты – женщинами 40-49 лет по сравнению с женщинами других возрастных групп. Сельские жители реже потребляли зелень, свежие овощи и фрукты по сравнению с городскими жителями. Последние реже потребляли мясо (красное), чем сельчане. Женщины с низким уровнем образования (без образования/начальное/неполное среднее) реже потребляли молочные и мясные продукты, зелень, морковь и тыкву по сравнению с лицами с высшим образованием. Казашки чаще потребляли молочные и мясные продукты, но реже потребляли зелень, морковь и тыкву, свежие овощи и фрукты, корни и клубневые по сравнению с женщинами русской или другой национальности.

Также респондентам задавались вопросы относительно потребления железосодержащих и поливитаминных препаратов. Как оказалось, в последние 12 месяцев перед проведением интервью 16,2% обследованных женщин принимали железосодержащие препараты, 33,8% – поливитамины. Препараты микронутриентов значительно чаще принимались городскими жителями, по сравнению с сельчанами; лицами с высшим образованием, по сравнению с женщинами без образования/начальным/неполным средним образованием; лицами русской национальности по сравнению с казашками.

Информированность женщин о фортификации пшеничной муки была низкой: 14% обследованных женщин слышали о фортификации пшеничной муки и лишь 1,5% женщин ответили, что потребляют фортифицированную муку. Процент женщин, информированных о фортификации муки и потребляющих такую муку, был в среднем почти в два раза выше в городской мес-

тности, чем среди жителей села.

Как уже упоминалось ранее, частотный метод изучения питания в настоящем исследовании был использован для оценки существующей ситуации относительно частоты потребления пищевых продуктов, что позволяют с определенной степенью вероятности судить о возможном дефиците или избытке нутриентов, витаминов, минералов. Конечно, для развернутой оценки характера питания необходимо изучение количества потребляемых продуктов и нутриентов, тем не менее, некоторые предположения о характере питания можно сделать, опираясь на результаты изучения питания частотным методом. Так, было выявлено недостаточно частое потребление мясных и рыбных продуктов, свежих овощей и фруктов, что способствует развитию анемии, распространенность которой была высокой среди обследованных женщин. Это связано с более высокой биологической доступностью железа из мясных и рыбных продуктов, содержащих гемовое железо, и улучшением всасывания негемового железа в присутствии витамина С /2/ и органических кислот /3/, основными источниками которых являются свежие овощи и фрукты. Мясо, птица и рыба улучшают поступление железа в организм, поскольку не только обеспечивают высокую биологическую доступность гемового железа, но и повышают всасывание негемового железа /4/. Ситуацию усугубляет низкий уровень потребления железосодержащих препаратов и обогащенной муки, равно как и низкая информированность о ней. Небольшая распространенность потребления обогащенной муки среди женщин, а, значит, и всего населения в целом, потребует проведения дополнительных и, возможно, более масштабных усилий по проведению информационно-образовательной работы среди населения. Программа по рационализации питания населения и изменению пищевых привычек должна проводиться постоянно, она не приносит быстрого эффекта, но при успешной реализации может достигаться устойчивый и длительный эффект.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Мартинчик А.Н., Батулин А.К., Баева В.С. и др. Разработка метода исследования фактического питания по анализу частоты потребления пищевых продуктов: создание вопросника и общая оценка достоверности метода. - Вопросы питания. - 1998. - № 3. - С.8-13.
2. Allen L.H, Ahluwalia N. Improving Iron Status through Diet. The Application of Knowledge Concerning Dietary

Iron Bioavailability in Human Populations. OMNI Technical Papers, 1997, № 8. Arlington, VA: John Snow International.

3. *Gillooly M., Bothwell T.H., Torrance J.D., MacPhail A.P., Derman D.P., Bezwoda W.R., Mills W., Charlton R.W., Mayet F.* The effects of organic acids, phytates and polyphenols on the absorption of iron from vegetables. // *British Journal of Nutrition.* - 1983.-№ 49.- P.331–342.

4. *Taylor P.G., Martinz-Torres C., Romano E.L., Layrisse M.* The effect of cysteinecontaining peptides released during meat digestion on iron absorption in humans. // *American Journal of Clinical Nutrition.* - 1986.-№ 43.- P.68–71.

ТҰЖЫРЫМ

Репродуктивтік жастағы 4134 әйелдің тағамдар мен азық-түліктерді пайдалану жиілігі зерттелді. Оның нәтижесінде зерттеуге қатыстырылған әйелдер арасында анемия ауруының дамуына ықпал ететін теріс көріністердің, атап айтқанда ет және балық өнімдерін,

жас көкөністер мен жемістерді пайдалану жиілігі төмен екендігі анық талды. Зерттелген әйелдердің тек 14 % -ы ғана бидай ұнын байыту туралы естігендігі, сонымен қоса олардың тек 1,5%-ы ғана осындай ұнды пайдаланыуы анық талды. Осыған байланысты халық арасында тамақтану ретін үйлестіре түсіп, тамақтану әдеттерін өзгертуге бағытталған жұмыстар кешенді түрде жүзеге асыру қажет.

SUMMARY

The frequency of food intake at 4134 women of reproductive age was evaluated. The intake of meat and fish products, fresh vegetables and fruits was insufficient, which cause and contribute to anemia development, prevalence of anemia was high amongst examined women. The awareness about wheat flour fortification was low: 14% of women were aware about it and only 1,5% of women consume fortified flour. It is necessary to conduct constant communication work with population on rationalization of nutrition and change of dietary habits.

*Қоғамдық денсаулық және денсаулық сақтау
саласының қызметін ұйымдастыру —
Общественное здоровье и организация здравоохранения*

**ОЦЕНКА УРОВНЯ И СТРУКТУРЫ РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРУПНОГО ГОРОДА**

ДУРУМБЕТОВ Е.Е., КУРАЛБАЕВ Б.С., ИСАЕВ Д.С.

Управление здравоохранения города Алматы

Нами проанализированы объем и структура финансовой составляющей ресурсной базы г. Алматы. В настоящее время в структуре ВВП Республики Казахстан доля сектора здравоохранения занимает лишь 3,2%. Вместе с тем, вызывает интерес дальнейшая структуризация расходов бюджетных средств на нужды здравоохранения, процессы их распределения и перераспределения с учетом изменяющихся приоритетов и потребностей населения в качественной медицинской помощи.

В абсолютном исчислении объем целевых затрат на медицинское оборудование имеет поступательную, позитивную тенденцию к росту. Однако, удельный вес этих средств свидетельствует об обратной тенденции, снижаясь от 9,9% в 2005 году до 6,3% в 2008 году (рисунок 1).

Выявлено также значительное несоответствие фактически имеющегося медицинского оборудования установленным технико-экономическим показателям, минимальным стандартам оснащения различных служб здравоохранения согласно приказам МЗ РК, утвержденным протоколам диагностики и лечения, объему и видам гарантированной бесплатной медицинской помощи населению города. Тем самым определены

наиболее приоритетные направления развития системы здравоохранения города, значительные ресурсы и резервы в достижении ожидаемых результатов, переоснащении и модернизации организаций здравоохранения и качества их деятельности.

Нами дана также комплексная оценка технического и технологического обеспечения медицинских организаций и его соответствия стандартам, приведены результаты социологического анализа потребностей организаций здравоохранения в медицинском оборудовании.

Учитывая, что для успешного развития отрасли необходим рост уровня вооруженности медицинских организаций производственными фондами, повышение технического уровня лечебно-диагностического процесса, улучшение использования медицинской техники, задачей анализа явилось определение уровня технического оснащения, выяснение, насколько наличие его отвечает потребностям медицинских организаций.

Установлено отрицательное отношение к реальному техническому оснащению своих медицинских организаций (подразделений) большинства опрошенных руководителей (62,8%) и специалистов (58,4%). Не придерживаются этого

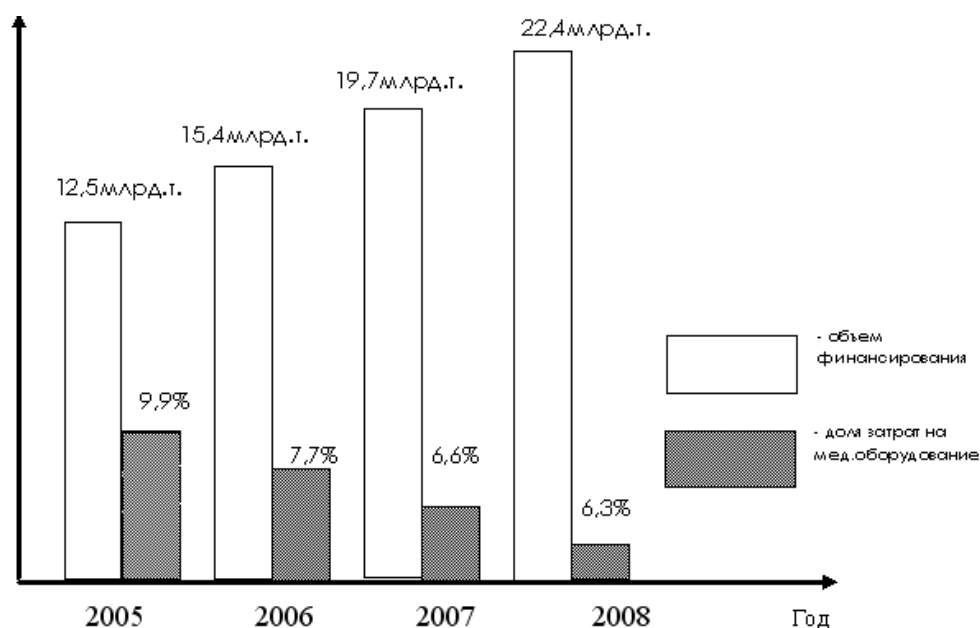


Рис. 1. Динамика объема и структуры финансирования системы здравоохранения г.Алматы

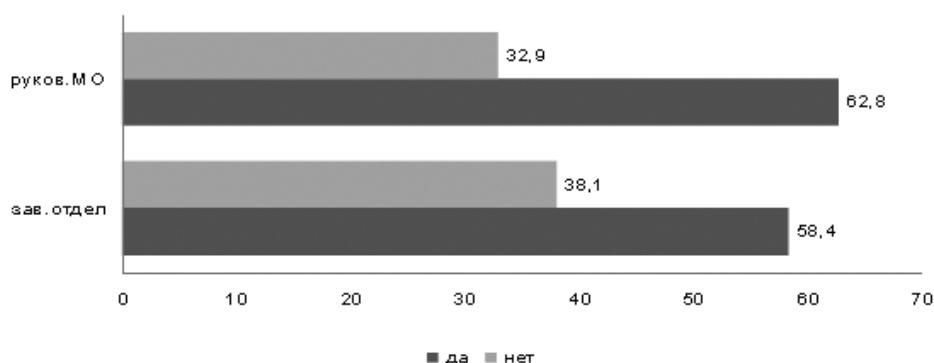


Рис. 2. Степень удовлетворенности уровнем технического оснащения организаций здравоохранения (%)

мнения 32,9% руководителей и 38,1% специалистов (рисунок 2).

Вместе с тем выявлено, что 18,8% пациентам не была оказана медицинская помощь по причине неисправности оборудования, и 19,9% пациентов отметили, что причиной отказов была перегруженность оборудования.

Пожелание улучшения состояния медицинского технического обеспечения лечебно-профилактических организаций выразили 3,6% респондентов, в том числе, чтобы медицинская аппаратура соответствовала мировому уровню, по возможности была бы переносной, работала как от сети, так и автономно (от аккумулятора), легкая, представляла бы последние достижения в области современных медицинских технологий и прогрессивных методов диагностики и лечения заболеваний.

Представления о причинах неудовлетворенности респондентов фактическим техническим оснащением своих медицинских организаций связаны с недостаточным уровнем организации и

финансирования поставок медицинского оборудования.

Основными причинами неудовлетворенности фактическим техническим оснащением организаций здравоохранения и их подразделений указаны следующие (рисунок 3).

— низкое техническое оснащение, не соответствие его мировому уровню по техническим характеристикам и конкурентной способности — 58,4%;

— отсутствие современных медицинских технологий, компьютеризации — 20%;

— недостаточное финансирование — 8,4%;

— недостаточное обеспечение отечественной медицинской техникой — 4,2%;

— несовершенство закупок по тендеру, несвоевременное обеспечение медицинским оборудованием — 3,2%;

— недостаточное обеспечение квалифицированными кадрами — 1,6%;

— в списках жизненно важных лекарственных средств отсутствие необходимых препаратов и не соответствие технического оснащения стандартам диагностики и лечения — 1,6%;

— наличие ненужного промежуточного звена между заводами-изготовителями и медицинскими организациями, плохая работа управленческого аппарата на уровне Управления здравоохранением и Министерства — 1,6%;

— большая нагрузка на рентгенодиагностическое и флюорографическое оборудование — 1%.

Важно отметить, что этот вопрос приобретает особую актуальность при изучении удовлетворенности технического оснащения в подразделениях медицинских организаций.

Так, 30% руководителей и 14% заведующих подразделениями связывают низкое оснащение материально-технической базы, в том числе техническим оборудованием с недостаточно выделяемым финансированием на приобретение со-

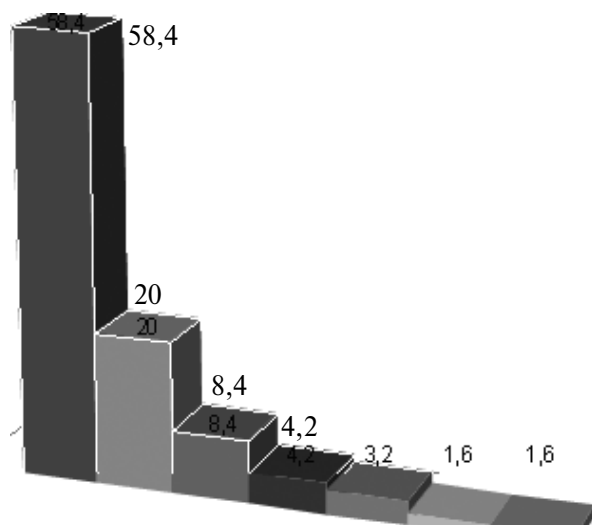


Рис. 3. Причины неудовлетворенности техническим оснащением, %

временного медицинского оборудования, при этом 2,8% руководителей отмечают низкую эффективность планирования централизованного обеспечения через департаменты здравоохранения и отсутствие самостоятельного закупа необходимого медицинского оборудования согласно возникающим потребностям у каждой отдельной медицинской организации.

Помимо указанного, при опросе 1,4% руководителей и 4,8% заведующих подразделениями отмечают отсутствие обученных специалистов, эксплуатирующих имеющееся современное техническое оборудование, вследствие чего оно либо простаивает, либо используется не на полную мощность. В качестве меры, способствующей увеличению эффективности оказываемой медицинской помощи 4,3% руководителей и 1% заведующих отделениями указывают отмену централизованного закупа по тендеру и разрешение самостоятельного закупа необходимого технического оборудования.

На основании анализа полученных с помощью анонимного анкетирования данных выявлено несовершенство действующей в настоящее время

системы обеспечения оборудованием по следующим направлениям: кардиологическое, хирургическое, офтальмологическое, гинекологическое, эндоскопическое, рентгенодиагностическое и флюорографическое, лабораторное, ЛОР-оборудование, оборудование для анестезии, реанимации, искусственного дыхания, гемодиализа и гемосорбции, нейрофизиологическое, оборудование для клиничко-диагностических лабораторий, физиотерапевтическое, ультразвуковые сканеры; отсутствуют целевые программы обеспечения, а нормативные документы, стандарты, касающиеся медицинской техники, не приведены в соответствии с международными стандартами.

В том, что техническое оснащение медицинской организации адекватно объему, требуемому протоколами диагностики и лечения, согласны 36,9% респондентов, 51,8% ответили отрицательно, затруднились с ответом 1,3%.

Таким образом, выявленные несоответствия технического оснащения организаций здравоохранения являются тем резервом в управлении их деятельностью, который будет способствовать улучшению качества медицинской помощи различным группам населения города.

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА АЛМАТЫ

ДУРУМБЕТОВ Е.Е.

Управление здравоохранения города Алматы

Исследование ресурсного оснащения амбулаторно-поликлинических организаций города установило, что большее число респондентов (41%) считает, что техническое состояние диагностического и лечебного оборудования в медицинских организациях соответствует объему, указанному в протоколах диагностики и лечения, чем в больничных организациях (32,4%).

При этом отсутствие условий (наличие физически изношенной медицинской техники) для достижения достаточного объема и качества оказываемых медицинских услуг населению, представленных в протоколах диагности-

ки и лечения, отметили 64,3% руководителей и 61% специалистов.

Таким образом, сложившаяся ситуация с оснащением медицинских организаций г.Алматы сформировалась в результате недостаточного финансирования, при этом присутствует ряд проблем в самой системе развития и взаимодействия здравоохранения и медицинской промышленности, которые, например, связаны с несовершенством действующей в настоящее время нормативной базы. До настоящего времени разработаны только минимальные стандарты (минимальные нормативы) оснащения медицинской техникой

Таблица. Уровень и объем технического оснащения в соответствии с протоколами диагностики и лечения

Вариант ответа	Амбулаторно-поликлинические организации			Больничные организации и ССМП			Всего			
	Р %	С %	Р+С %	Р %	С %	Р+С %	Р %	С %	Р+С абс. n=301	%
Да	35,1	42,8	41,0	33,3	32,1	32,4	34,3	37,7	111	36,9
Нет	62,2	55,5	57,1	66,7	66,9	66,9	64,3	61,0	186	61,8
Не ответил	2,7	1,7	1,9		0,9	0,7	1,4	1,3	4	1,3
Итого	100	100	100	100	100	100	100	100	301	100

лечебно-профилактических организаций, а их применения и обновления нет (таблица).

Представляет интерес мнение опрошенных специалистов о проведении метрологического контроля медицинской техники в медицинских организациях. Из числа ответивших положительно 78,4% (85,7% руководителей и 76,2% специалистов) отметили, что метрологический контроль медицинской техники имеет место, 16,3% (7,3% руководителей и 19% специалистов) ответили отрицательно, 4% — другое (периодически, изредка, частично, как и везде) и 1,3% затруднились ответить.

О выполнении Программы государственных гарантий оказания гражданам РК бесплатной медицинской помощи в государственных организациях здравоохранения за счет государственных источников финансирования в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), безотказной работы диагностической и лечебной аппаратуры высказалось практически две трети — 66,7% специалистов, тем не менее, одна треть (32,9%) опрошенных так не считает, 0,4% респондентов затруднились ответить.

Такая оценка оказалась ниже в больничных организациях (59,8%), чем в амбулаторно-поликлинических организациях, где 73,1% опрошенных руководителей и специалистов отмечают выполнение ГОБМП в здравоохранении в настоящее время.

Одним из важнейших аспектов является установление причин отказов пациентам в диагностике и лечении в рамках ГОБМП в медицинских организациях.

Установлено, что отсутствие лечебно-диагностической аппаратуры имеет больший удельный вес (49,2%) в оценке причин отказов пациентам в диагностике и лечении в рамках ГОБМП в медицинских организациях. В числе других причин отказов пациентам были названы: чрезмерная загруженность лечебно-диагностической аппаратуры (25,8%), нерабочее состояние (полом-

ка) медицинской техники (24,2%), отсутствует специалист (0,8%).

Изучение причин несвоевременного удовлетворения заявок на ремонт медицинской техники показало несовершенство существующего в настоящее время сервисного обслуживания медицинской техники (в основном — качество кадров и координация работы).

Замена отечественной медицинской аппаратуры на импортную приводит к трудностям ее технического обслуживания, зависимости учреждений здравоохранения от закупок импортных расходных материалов и запасных частей, постоянным, не всегда оправданным затратам на сервисное обслуживание. Все это в конечном итоге отражается на уровне диагностики и лечения заболеваний.

Таким образом, состояние медицинского оборудования и использование средств государственного бюджета и внебюджетных источников, направляемых на его производство и закупку, недостаточно. Имеющееся в лечебно-профилактических организациях медицинское оборудование имеет высокую степень износа, в эксплуатации находится более 50% физически изношенной и морально устаревшей медицинской техники.

Ряд приборов и аппаратов эксплуатируются более 20 лет, они выработали свой ресурс, морально устарели, что не может гарантировать высокое качество обследования и эффективность лечения больных. Вместе с тем, многие направления современной медицины требуют серьезной технологической переоснащенности и проведенное исследование выявило необходимость серьезного переосмысления вопросов управления качеством технического и технологического обеспечения медицинских организаций и внедрения соответствующих международных стандартов в решение данной проблемы здравоохранения.

Результаты экспертной оценки ресурсного обеспечения организаций здравоохранения и его адекватности стандартам свидетельствуют о том,

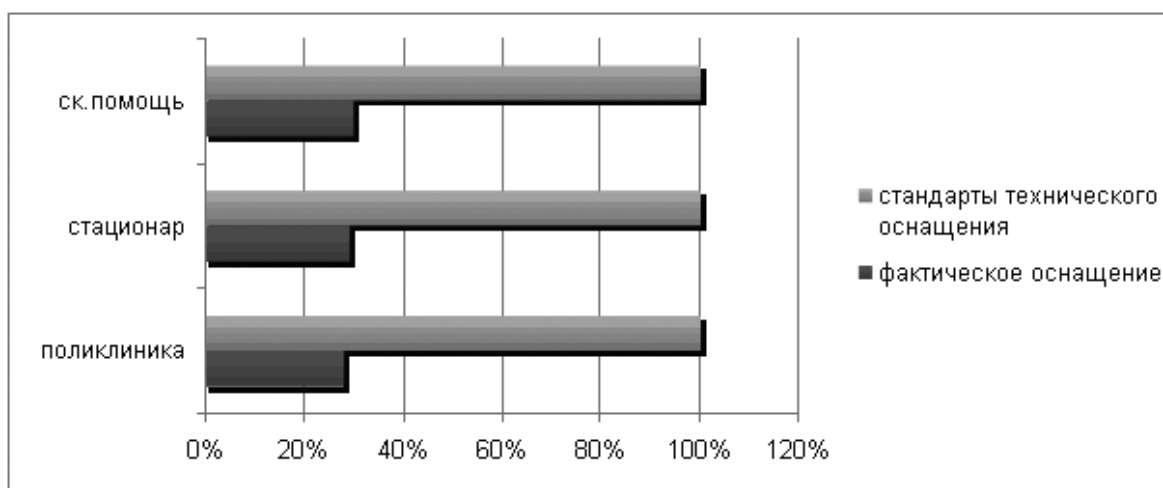


Рис. Адекватность технического обеспечения ОЗ стандартам

что при проведении сопоставительного анализа ТЭПов, утвержденных минимальных стандартов оснащения, протоколов диагностики и лечения, были выявлены значительные различия, которые отражены на рисунке.

Так, например, на уровне городской поликлиники согласно приказу №360 медицинское оборудование представлено 47 наименованиями мед-техники в количестве 3359 единиц, из них 1878 единиц в МО отсутствует. Фактически поликлиника оснащена только 518 единицами медицинского оборудования, что составляет 27,6% полного оснащения.

Стационар оснащен 993 единицами техники, а по приказу должно быть 3398 единиц, что составляет 29,2% от должного минимального стандарта.

Станция скорой медицинской помощи по приказу № 360 оснащена 79 наименованиями медицинской техники в количестве 5478 единиц, из них в наличии на станции - только 1649 единиц, что составляет 30,1% полного оснащения.

Вышеприведенное еще раз подтверждает необходимость разработки методических подходов к стандартизации ресурсного обеспечения, а также установления четких потребностей в техническом оснащении всех звеньев оказания медицинской помощи населению.

В целом нами предприняты управленческие и организационные мероприятия по оптимизации качества технического и технологического обеспечения медицинских организаций в соответствии с международными стандартами.

СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАБОЧЕГО МЕСТА СПЕЦИАЛИСТОВ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

М.А. КАМАЛИЕВ, Ж.А. КОЖЕКЕНОВА

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Среди нематериальных способов мотивации труда, используемых в современном менеджменте, значительную роль играет создание оптимальных условий труда, способных стимулировать производительность труда и, в целом, формировать положительные отношения к работе. Изучение причин, мешающих специалистам трудиться более плодотворно, должно основываться на анализе недостатков, связанных с созданием условий для эффективной и результативной деятельности, выявлением и устранением основных демотивирующих факторов.

Для изучения режима и условий труда специалистов санитарно-эпидемиологической службы проведено анкетирование 1152 сотрудников департаментов и управлений государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ГСЭН) и центров санитарно-эпидемиологической экспертизы (СЭЭ), их них 244 — г. Алматы, 391 — Алматинской области, 116 — г. Актобе, 171 — г. Тараз, 100 — г. Усть-Каменогорск и 130 сотрудников санэпидслужбы железнодорожного транспорта (103) и воздушного (27). Выборочные статистические совокупности представлены различными группами, в т.ч. главные врачи и заведующие отделами, отделениями ГСЭН, директора ЦСЭЭ и их заместители, главные, ведущие специалисты и специалисты ГСЭН, врачи-лаборанты и лаборанты ЦСЭЭ.

В процессе исследования была проанализирована производственная нагрузка специалистов. По сведениям респондентов, средняя продолжительность рабочего дня составляет 8 часов, рабочая неделя длится, как правило, до 40 часов. При этом, в среднем за день они обследуют 1-2 объекта, за неделю — 5-6 объектов, в месяц — 18-20.

Физическую нагрузку респонденты оценили как среднюю (66,3%), что можно отчасти объяснить оцениваемой средней технической оснасткой рабочих мест (53,1%). Умственную нагрузку 33,5% опрошенных отметили как высокую, 63,5% как среднюю. Высоко оцениваются степень психоэмоциональной нагрузки (46,3%) и напряженности труда (42,2%).

Не менее важными показателями удовлетворенности трудом являются санитарно-гигиени-

ческие условия и организация трудового процесса. Производительность труда имеет прямую зависимость от интерьера производственного помещения, окраски потолков и стен, освещенности, уровня шума и вибрации. Эстетика рабочего места не только способствует повышению производительности труда, но и снижает процент заболеваемости.

Оценка организации работы специалистов свидетельствует об имеющихся недостатках. По результатам анкетирования, благоустройство рабочего места далеко от идеального: 76,6% респондентов указали на наличие водопровода, 86,4% — центрального отопления, 77,2% — канализации, 74,6% — телефонной связи, 44,6% — горячей воды, 28,7% — помещении для отдыха и приема пищи, 28,2% — сигнализации.

Из профессиональных вредностей, присутствующих в работе специалистов, на первом месте — общение с разным контингентом людей (24,5%), на втором — напряжение зрения (23,2%) и на третьем месте — действие низкой и высокой температур воздуха (13,5%) (рис. 1). Среди других профессиональных вредностей: мышечное напряжение, вызванное рабочей позой (11,2%), контакт с химическими веществами (10,4%), запыленность, загазованность воздуха (9,4%) и наличие ионизирующих излучений (7,8%), что как правило, отмечают врачи-лаборанты, лаборанты центров ССЭ.

Общение с разным контингентом людей формирует риск контакта с биологически активными химическими веществами и патогенной флорой. Вследствие контакта с патогенной флорой серьезную тревогу вызывает распространенность среди сотрудников санэпидслужбы заболеваемости органов дыхания, что сообщают 22,8% опрошенных. Проблемы, связанные со зрением, отмечают чаще сотрудники центра санэпидэкспертизы (43,2%), причиной которых названы уставшие микроскопы.

Качество и эффективность трудового процесса и проводимых мероприятий определяются оснасткой трудового процесса (табл. 1).

По данным опроса об уровне обеспеченности транспортом для выполнения служебных обязан-

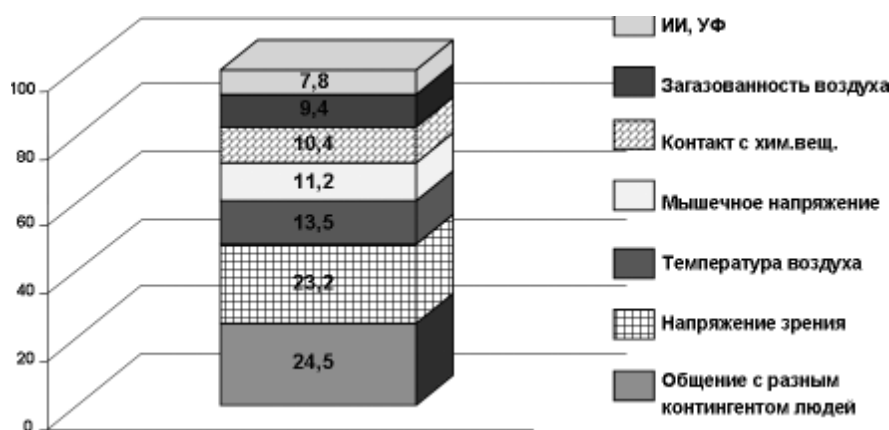


Рис. 1. Структура профессиональных вредностей в работе специалистов

Таблица 1. Оснащенность трудового процесса в организациях санитарно-эпидемиологической службы, %

Обеспеченность сотрудников	Полностью	Частично	Не обеспечен	Не нуждается
служебным транспортом	3,7	21,8	59,3	15,2
необходимым оборудованием	22,8	51,6	18,0	7,6
необходимым инструментарием	18,8	47,1	16,3	17,8
спецодеждой	14,2	19,8	21,3	44,6
средствами индивидуальной защиты	7,6	20,6	23,7	48,1
проездным билетом	0,3	1,3	77,7	20,7
доплатой за контакт с хим. веществами	8,9	16,6	49,6	25,0
лечебно-профилактическим питанием	5,2	3,2	49,1	42,5
сокращенным рабочим днем	7,3	12,9	35,8	44,0

ностей, ограничений в транспорте не испытывают 3,7%, обеспечены частично 21,8%, практически не обеспечены 59,3%, хотя потребность в нем имеется; 15,2 % врачей в транспорте не нуждаются. Неиспользование служебного транспорта на выезды объясняют постоянным отсутствием на него бензина.

Более половина специалистов службы частично обеспечены необходимым оборудованием (51,6%) и инструментарием (47,1%). Обеспечение персональным компьютером (21,8%), столь необходимым в работе специалистов, желает лучшего. По свидетельству специалистов ГСЭН, вся документация, по установленным требованиям делопроизводства, должна быть набрана компьютерным текстом, но из-за нехватки компьютеров им приходится становиться в очередь, оставаться после работы или печатать вне рабочего места.

Хотя, по материалам республиканской санитарно-эпидемиологической станции (РСЭС), в органах и организациях санитарно-эпидемиоло-

гической службы имеется 4435 персональных компьютера (в 2008 г. — 4272). Новые компьютеры приобретались большинством центров ССЭ и департаментов ГСЭН областей, за исключением Карагандинской, Костанайской, Мангистауской областей, где закупки практически не проводились.

Обеспечены спецодеждой и средствами индивидуальной защиты в полной мере имеют только 14,2% и 7,6% респондентов, что может явиться причиной возникновения среди специалистов службы профессиональных заболеваний.

Спецификой работы санитарных врачей, эпидемиологов и их помощников является ежедневный выезд на подконтрольные объекты посредством общественного транспорта. Основная масса специалистов (84,4%) не имеет собственного автомобиля. Проездным билетом также не обеспечена большая часть опрошенных (77,7%). В связи с удаленностью объектов надзора приходится ездить иногда с двумя-тремя пересадками.

Почти половина сотрудников лабораторий отмечает, что компенсации в виде сокращенного рабочего дня, лечебно-профилактического питания и доплат за контакт с химическими (токсичными), ионизирующими веществами, ультрафиолетовыми и инфракрасными лучами они не получают.

Сотрудники центра ССЭ при выезде на объекты вынуждены собой носить приборы и инструменты, необходимые для взятия санитарно-химических и бактериологических и др. проб на исследование. Им приходится носить самим все это оборудование, которое, в свою очередь, малогабаритно, неудобно и имеет неэстетичный вид.

Оценивая центры ССЭ, респонденты чаще жаловались на устаревшие здания, ветхость, сырость и тесноту в помещениях. Морально устаревшая материально-техническая база, отсутствие одноразовой лабораторной посуды, тест-систем для экспресс-методов исследования, современных микроскопов и др., отрицательно сказываются на качестве проводимых исследований. Лаборатории ССЭ вступили в XXI век в изношенных одеяниях прошлого столетия.

По данным РСЭС, обеспеченность лабораторий аппаратурой и оборудованием составила в среднем 84% к действующему табелю оснащения, а центры ССЭ Акмолинской, Кызылординской, Южно-Казахстанской областей, г.г. Астаны и Алматы оснащены на 100 %. Вместе с тем, оснащенность лабораторий Актюбинской, Восточно-Казахстанской, Западно-Казахстанской, Карагандинской, Мангистауской и Павлодарской областей составляет менее 60%. Несмотря на ежегодное списание старого оборудования и аппаратуры, процент оборудования со сроками эксплуатации свыше 20 лет еще достаточно высок — 25% (это термостаты, автоклавы, сушильные шкафы, микроскопы, газоанализаторы и др.). Как и в предыдущие годы, недостает иономеров, электроаспираторов, муфельных печей, автоклавов, микроскопов. Недостаточно этого оборудования в основном в Актюбинской, Карагандинской, Западно-Казахстанской, Павлодарской областях. Служба не полностью укомплектована рядом приборов для измерения электромагнитных излучений, фильтрационными системами, приборами для бактериологического анализа воздуха и другими. В основном дефицит аппаратуры испытывает районное звено Актюбинской (46,8% соответствия табелю оснащения), Западно-Казахстанской (39%), Павлодарской (59,5%) областей.

Одним из критериев оценки деятельности лабораторной службы является выполнение обяза-

тельной номенклатуры исследований. Анализ выполнения номенклатуры по итогам 2009 г. показал, что, в основном, не выполняются некоторые виды исследований из-за отсутствия реактивов, стандартных образцов, зарегистрированных методик, аппаратуры, объектов исследований. Выполнение номенклатуры исследований по лабораториям областных центров ССЭ колеблется от 46 до 94%.

В связи с введением в действие Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» вместо аттестации лабораторий с 2010 года вводится аккредитация, оценивающая соответствие деятельности центров ССЭ установленным стандартам аккредитации. На 01.01.2010 г. аттестовано 212 центров ССЭ, в том числе 169 из 182 районных центров ССЭ, что составляет 92,8% (91,8% - 2008 г.). Не аттестовано 16 районных центров ССЭ, в том числе по Актюбинской — 6, ЮКО — 4. Лаборатории не аттестованы, в основном, в связи с неудовлетворительной материально-технической базой, отсутствием необходимой аппаратуры, невыполнением номенклатуры исследований, низким уровнем подготовки специалистов.

Таким образом, в процессе исследования получен обобщенный материал, касающийся организации трудового процесса специалистов санитарно-эпидемиологической службы, согласно которому выявлен целый ряд нерешенных задач как внутри системы, так и на государственном уровне. Устранение имеющихся недостатков в организации и условиях труда специалистов службы и перевод на научную основу улучшения его условий и организации способны повысить результативность трудовой деятельности, укрепить престиж профессии, облегчить реализацию мероприятий по социальной защищенности работников здравоохранения.

ТҰЖЫРЫМ

ҚР Мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау саласының мамандары арасында әлеуметтік зерттеу жүргізілді. Сұрақнама арқылы олардың жұмыс істеу жағдайы, жұмыс орнының жабдықталуы жөнінде жүргізілді. Зерттеу нәтижесінде осы мамандардың іс әрекетіндегі өзекті мәселелер анықталды.

SUMMARY

Sociological study is organized amongst specialist of the sanitary service. Mode and condition of the labour is evaluated By means of анкетирования. As a result of studies are revealed row defect and undecided problems as inwardly systems, so and on state level.

МНОГОУРОВНЕВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

*ХАЙДАРОВА Т.С., НАРЖАНОВ Б.А., САДЫКОВ Б.Н.
НЦПФЗЖ, ННЦХ им. А.Н. Сызганова, МЗ РК*

За последние десятилетия многие страны пересмотрели свои системы оказания медицинской помощи, в результате чего место и ценность ПМП были либо вновь подтверждены (большинством европейских государств), либо открыты заново (США и СНГ).

Согласно мировому опыту, главной проблемой рационального использования ресурсов здравоохранения является четкое, более раннее деление пациентов по их нуждаемости в первичной, специализированной и сверхсложной медицинской помощи. Например, в Великобритании, Канаде хорошо развитое обслуживание именно на уровне первичных обращений способно решить до 80–90% медицинских проблем населения, не требующих сложных и дорогостоящих диагностических и лечебных технологий.

Организаторы советского здравоохранения 70–80-х годов, при правильном понимании общетеоретических проблем и очевидных сдвигов в здравоохранении стран мира благодаря развитию первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), не смогли изменить ставшие неэффективными принципы и организационные формы, недооценивали ПМСП на индивидуальном и семейном уровне. Помимо застойного, трафаретного мышления негативное влияние оказывали затратные экономические методы хозяйствования, а также экстенсивные подходы к решению главных проблем охраны здоровья. Отсюда проистекают гиперспециализация медицинской помощи на первичном уровне, тяжелейший кризис ПМСП и отсутствие доверия к ней населения — как следствие функционирования системы здравоохранения, занимающейся ежегодным самовоспроизводством вместо радикального реформирования.

В организации ПМСП обращаются более 80 % населения республики и в течение года совершается более 100 миллионов случаев обращения за помощью. ПМСП осуществляет деятельность в неразрывной связи со специализированным уровнем, который состоит из трех уровней. Специализированная служба районного уровня состоит из порядка 430 объектов, областного уровня из 280 лечебно-профилактических организаций, которые оказывают помощь 2, 7 млн. боль-

ных, или 15, 5 % населения. Высокоспециализированная служба состоит из 24 ведущих клиник республики, которые оказывают помощь порядка 60 тыс. пациентам, что составляет 0,3 % к общему населению республики.

В целом на обслуживание пациентов уходит из общих финансовых средств порядка 19, 5 % на ПМСП, специализированную помощь — 76,8 % и на оказание ВСМП — 3,7 % всех расходов. Эти диспропорции являются традиционными и требуют решения в ходе модернизации системы национального здравоохранения.

Специализированная медицинская помощь должна быть выстроена так, что 60 % ее объема оказывалось на первом уровне — районная специализированная служба. Это требует подготовки и переподготовки специалистов по основным 12-18 видам специализации, оснащения и переоборудования учреждений, разработки и утверждения протоколов и стандартов лечения, пересмотра инновационной, кадровой политики на местах.

В случае успешного решения этих вопросов новое соотношение специализированных служб позволит, во-первых, расширить доступность населения к этим видам помощи, во-вторых, реально улучшить работу по профилактике болезней и укреплению здоровья населения.

Областные и региональные центры должны взять на себя все сложные и виды и формы специализированной помощи, практически до 90 % сегодняшнего объема ВСМП, оказываемой республиканскими центрами.

На уровне ВСМП должно оставаться 10 % специализированной медицинской помощи, при этом в этих оснащенных самым современным оборудованием центрах должны проводиться действительно самые уникальные и сложнейшие методы диагностики, лечения и реабилитации.

В настоящее время технология оказания медицинской помощи населению требует внедрения современных методов организации помощи, основанной на многоуровневой системе, которая предусматривает как первичную — общеврачебную практику, вторичная помощь — на уровне паракоспитальной помощи, которая организует-

Схема многоуровневой организации медицинской помощи

ПМСП		Парагоспитальные отделения		Госпитальное		Больничного ухода	
2010	2020	2010	2020	2010	2020	2010	2020
Преимущественно лечебная помощь, профилактическая не является приоритетом. Участковая сеть. Общеврачебная помощь не развита	Преимущественно профилактическая работа у ВОП	Дневные стационары при АПП; Стационары на дому при АПП	Однодневные стационары, Дневные стационары при поликлиниках, стационары на дому, амбулаторная помощь при поликлиниках	Лечение хронических заболеваний, обострений, хронических заболеваний, лечение острых состояний	Преимущественное лечение острых случаев	Единичные больницы сестринского ухода; Мало хосписов	Развитая сеть домов для престарелых; Хосписов; Больничная сестринского ухода
100,4 млн посещений В АПП	150 млн Посещений В АПП	343 тыс пролеченных при АПП, 21% 72,7 тыс при поликлиниках	1 млн пролеченных при АПП, 80% при поликлиниках 800,0 тыс	2,7 млн пролеченных	2,0 млн пролеченных		700,0 тыс Поступивших больных

ся при больницах, затем третичный уровень — госпитальная помощь. Ниже приведена модель многоуровневой помощи, в ней отражена характеристика действующей системы (в графе 2010 год), и также отражена будущая модель (в графе 2020 год)

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бойд Р.Д. Канадская система здравоохранения — роль семейного врача // Семейная медицина и современные проблемы подготовки семейного врача: Междунар. сов.-канад. семинар. — Владикавказ, 1991. — С. 20-22.
2. Раз Д.У. Семейная медицина: обзор международного опыта // Семейная медицина и современные проблемы подготовки семейного врача: Междунар. сов.-канад. семинар. — Владикавказ, 1991. — С. 15—17.

3. Dougherty C. American health care. — N. Y., 1988, — P. 78-89.

ТҮЖЫРЫМ

Қазіргі кезде халыққа медициналық көмек көрсету көпденгейлі жүйеде негізделген бүгінгі күнгі әдістерді енгізуді талап етеді. Ол өз алдына біріншілік — жалпы дәрігерлік тәжірибе, екіншілік көмек — парагоспитальді көмек деңгейінде, үшіншілік деңгей — ауруханалық көмек.

SUMMARY

Now the technology of rendering of medical aid to the population demands introduction of modern methods of the organisation of the help based on multilevel system which provides as primary — practice, the secondary help — at level of the parahospital help which will be organised at hospitals, then tertiary level — the hospital help.

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙДЫҢ ҚАЗІРГІ ҚАЛПЫ ЖӘНЕ ДИНАМИКАСЫ

АЙТМАНБЕТОВА А.А., НУРБАҚЫТ А.Н.

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,

Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі, Алматы қаласы

Көлемі жағынан ТМД мемлекеттерінің ішінде Ресейден кейін екінші орынға ие ауқымды Қазақстан территориясында 16,2 млн. халық мекендейді (ҚР статистика Агенттігі, 2010). Халық тығыздығы 1 ш.км. жерге небары 5,6 адамды құрайды (ҚР статистика Агенттігі, 2009). Солай бола тұра, Қазақстанда жүзден аса ұлт өкілдері қоныстанған. Бұл жағдай Қазақстанның бүгінгі саяси өмірінің маңызды аспекті болып табылатын полиэтникалық топтардың ынтымағын сақтауды талап етеді.

Соңғы жылдары республикамызда халық санының көбейіп отырғандығын айта кеткен жөн. Мұны елдегі экономикалық жетістіктермен, таза демографиялық толқындармен, немесе Қазақстан Республикасына миграцияның артуымен түсіндіруге болады.

2009 жылғы Қазақстан Республикасындағы Ұлттық халық санағының нәтижелері бойынша, республикадағы халық саны 16004,8 мың адамды құрады. Онжылдық кезеңде көрсеткіш 1022,9 мың адамға артқан, халық санының өсуі 1999 жылғы санақпен салыстырғанда 6,8% құрады.

2009 жылғы санақ бойынша қала тұрғындарының саны 8639,1 мың адамды құрады, ауыл тұрғындары – 7365,7 мың адам. Ауыл халқының жалпы өсуі қала халқына қарағанда 10,4% жоғары. Ауыл тұрғындарының саны 195,1 мың адамға немесе 2,3%, ал ауыл тұрғындары 827,8 мың адамға немесе 12,7% артқан. Урбанизация көрсеткіші біршама төмендегені байқалады: елдегі қала халқының үлесі 54%, ауыл халқы - 46% құраса, ал 1999 жылы олардың арақатынасы сәйкесінше 56,4% және 43,6% құраған.

Урбанизация көрсеткіші жоғары болып Қарағанды (қала халқы 77% аса), Павлодар (67,9%) және Ақтөбе (61,1%) облыстары болып табылады. Ауыл тұрғындары негізінен Алматы (ауыл халқы 76% құрайды), Солтүстік-Қазақстан (61,5%), Қызылорда (60,8%) және Жамбыл (60,5%) облыстарында шоғырланған.

2009 жылғы санақ мәліметтерін гендерлік талдауда, ерлер саны алдыңғы санақпен салыстырғанда 507,1 мың адамға немесе 7% артса, ал әйелдер саны – 515,8 мың адамға немесе 6,6% арт-

қан. Жалпы республика бойынша, ерлер саны 7722,8 мың адамды, әйелдер – 8282,0 мың адамды құрайды. Әйелдер мен ерлер арақатынасы, әдеттегідей, әйелдер үлесінің басым болуымен көрінеді (51,7% және 48,3% сәйкесінше). 1999 жылы әрбір 1000 әйелге 929 ер адамнан келсе, 2009 жылы – 932 ер адамнан келген.

Санақаралық кезеңдегі жекелеген этностар санының өзгеруі келесі мәліметтермен сипатталады: қазақтар саны алдыңғы санақпен салыстырғанда 26,1% артып, 10098,6 мың адамды құраған; өзбектер саны 23,3% артып, 457,2 мың адамды; ұйғырлар - 6% артып, 223,1 мың адамды құрады. Орыстар саны 15,3% кеміп, 3797,0 мың адамды құраған; немістер - 49,6% кеміп, 178,2 мың адамды; украиндар - 39,1% кеміп, 333,2 мың адамды; татарлар - 18,4% кеміп, 203,3 мың адамды және басқа этностар - 5,8% кеміп, 714,2 мың адамды құрады.

Сонымен, республика территориясында мекендейтін этностар құрамының үлес салмағы мынадай: қазақтар үлесі 63,1% құрайды, орыстар – 23,7%, өзбектер – 2,8%, украиндықтар – 2,1%, ұйғырлар – 1,4%, татарлар - 1,3%, немістер – 1,1%, басқа этностар – 4,5%.

Қазақстанның қазіргі этникалық спектрі республика тарихындағы саяси өзгерістермен және оның индустриалануымен байланысты халықтың қарқынды миграциясының нәтижесі болып табылады. Сонымен қатар, миграциялық үрдіс барысында Қазақстан жеріне жергілікті ұлт өкілдерінің көп бөлігі қайта оралып, жоғарыда айтылғандай, қазіргі кезде республика халқы санының маңызды бөлігін құрап отыр. Оралған қазақтар негізінен елдің оңтүстік және орталық аймақтарында шоғырланған.

Онжылдық кезеңде елдің 9 аймағында халық санының артуы байқалады (сурет-2): Ақтөбе, Алматы, Атырау, Батыс-Қазақстан, Жамбыл, Қызылорда, Маңғыстау және Оңтүстік-Қазақстан; және керісінше, төмендеуі 6 аймақ бойынша: Ақмола, Қарағанды, Қостанай, Солтүстік-Қазақстан және Шығыс-Қазақстан облыстарында. Халық санының максималды өсуі Оңтүстік-Қазақстан облысы және Алматы қаласында – 40,1

мың және 27,6 мың адам сәйкесінше, ал максималды кемуі — Шығыс-Қазақстан және Қостанай облыстарында — сәйкесінше (– 8,9) және (– 8,8) мың адам.

Жалпы елдегі халық санының артуы туушылықтың артуымен және эмиграцияның төмендеуімен байланысты. Жалпы халық саны өсуіндегі халықтың табиғи өсуінің үлесі ішінде 2009 жылы 96,5% құрады, ал миграция сальдосы (+1117) адамға тең. Санақты ескере отырып жаратылған оперативті мәліметтер бойынша, 2010 жылдың 1 қаңтарында республикадағы халық саны 16196,8 мың адамды құрады. 14901,6 мың адам тіркелеген 2000 жылмен салыстырғанда халық санының өсуі 1295,2 мың адамды немесе 8,0% құрады.

Жас-жыныстық құрамы халықтың денсаулық жағдайын және көбеюін сипаттауда маңызды. Халық құрамындағы түрлі жас-жыныстық топтардың үлесінің артуы өлім, туушылық деңгейін, өлім себептерін, еңбекке жарамды, еңбекке жарамсыздардың үлес салмағын, алдағы өмірдің орташа ұзақтығын анықтауға мүмкіндік береді.

Жоғарыда гендерлік аспектіде, Қазақстанда жыныстық құрам арақатынасында әйелдердің үлес салмағы артық екендігі көрсетілген. Республикада жыныстық құрам диспропорциясы 26 жастан басталады. Жоғары жастарда әйелдер саны ерлер санынан әлдеқайда арта түседі: в 65-69 жаста — 1,5 есе, 75-79 жаста — 2,1 есе және 85 және одан жоғары жаста — 3,6 есе. Жыныстық диспропорция ерлер арасында өлімнің жоғары болу себебінен қалыптасқан.

Қартайған адамдар үлесінің артуымен сипатталатын халықтың қартаю үрдісі туушылықтың төмендеуіне және өмір ұзақтығының артуына байланысты, және бүгінгі таңда барлық жерде байқалады. Қазақстандағы халықтың жас құрамы, статистика Агенттігінің 2008 жыл 1 қаңтардағы мәліметтері бойынша келесідей сипатталады: 15 жасқа дейінгі балалар 24% құрайды, 15-тен 64 жасқа дейінгілер — 68,2%, 65 және одан жоғары жастағылар — 7,8% құрайды. 3-ші суреттен көріп тұрғандай, 2010 жылы да қарттар үлесі (65 жас және одан жоғары) 7% жоғары болып қала берген. Бұл факт БҰҰ қартаю шкаласына сәйкес Қазақстан халқын *қартайған халық* деп есептеуге мүмкіндік береді.

«Халықтың қартаю» үрдісі барысында 65 және одан жоғары жастағылар үлесі 1999 жылғы 6,7%-дан 2010 жылы 7,2%-ға артқан. Халықаралық бағалау бойынша, Қазақстан халқының қартаю үрдісі жеделдетілген қарқынды елдер қатарына кіреді және 2050 жылға қарт адамдардың үлес салмағы 25%-ға дейін жетеді деген болжам бар.

2001-2008 жылдарға демографиялық даму аймағында Үкімет қабылдаған шаралар қазіргі кезде туушылық деңгейінің айтарлықтай өсуіне, өлім деңгейін біршама төмендетуге, халықтың орташа өмір ұзақтығын арттыруға, миграция сальдосын терістен оңға өзгертуге мүмкіндік берді. Жалпы 2004 жылдан республика халқы табиғи қозғалыстың да механикалық қозғалыстың да есебінен өсуде.

2000-2008 жылдар арасындағы Қазақстандағы туушылық тенденциясы жағымды: туылғандар

Сурет. Қазақстан Республикасы облыстары бойынша 2000 және 2010 ж. халық саны

Облыстар	2000 ж.	2010 ж.
Қазақстан Республикасы бойынша	14 883 626	15999483
Ақмола	787 778	738001
Ақтөбе	673 973	719564
Алматы	1 555 731	1692687
Атырау	442 661	513339
Батыс Қазақстан	605 405	624267
Жамбыл	984 036	1044077
Қарағанды	1 377 618	1351854
Қостанай	974 031	886256
Қызылорда	599 132	651554
Маңғыстау	317 197	445821
Оңтүстік Қазақстан	2 028 187	2429571
Павлодар	781 614	750758
Солтүстік Қазақстан	708 126	643276
Шығыс Қазақстан	1 507 941	1419063
Астана қаласы	410 600	683939
Алматы қаласы	1 129 599	1405456

саны 2000 жылғы 1000 халық санына 15-тен 2008 жылы 23-ке дейін көбейді. 2002 жылдан туылғандар саны айтарлықтай артқан: туылғандар саны 2002 жылғы 227,1 мыңнан 2008 жылы 356,5 мыңға артқан.

Жалпы 2000-2008 жылдары республикада 2450,9 мың адам туылған. Осы жылдары 100 қызға 106 ер баладан туылып отырған. Барлық репродукциялық кезең барысында (15-49 жас аралығы) бір әйел орта есеппен қанша бала босанатынын көрсететін туушылықтың сомалық коэффициенті (ТСК) 1999 жылғы 1,8-ден 2008 жылы 2,7-ге өсті.

Орташа өмір ұзақтығы сәйкесінше 65,4 жас-тан 67,1 жасқа артқан. Әйелдер мен ерлердің өмір ұзақтығында айтарлықтай диспропорция байқалады. Әйелдер 10,5 жыл ұзағырақ өмір сүреді екен, яғни әйелдердің орташа өмір ұзақтығы 72,4 жасқа тең, ерлердікі — 61,9 жас.

Қала және ауыл тұрғындарының орташа өмір ұзақтығы арасындағы айырмашылық 1,1 жыл болып отыр, яғни ауыл тұрғындарында — 67,7 жас, қала тұрғындарында — 66,6 жас.

Республика аймақтарының арасында ең төмен көрсеткіш Қарағанды облысында — 64,6 жас, ерлердің орташа өмір ұзақтығы 58,6 жас, әйелдердікі — 70,7 жас. Астаналық статусты ірі қалаларда ең жақсы көрсеткіштер тіркелген. Астана қаласы тұрғындарының орташа өмір ұзақтығы 73,7 жасты құрады. Алматылықтардың орташа өмір ұзақтығы астаналықтардан кейін болғанымен орташа республикалық деңгейден әлдеқайда жоғары.

2000-2008 жылдар аралығындағы кезеңде халықтың өлім көрсеткіші 1000 адамға шаққанда 10 адам деңгейінде сақталғаны жұбатарлық жайт. Қазақстандағы негізгі өлім себептері болып жүрек-қан тамыр аурулары — 100 мың халық санына 489,6, қайғылы оқиғалар, жаракаттанулар мен уланулар — 125,6, қатерлі ісіктер — 115,8, сонымен қатар тыныс алу мүшелерінің созылмалы аурулары — 49,5 өлім оқиғасы. Жұқпалы және паразитарлық аурулардың үлесі көп емес — 100 мың халық санына 22,1, әрі өткен жылғымен салыстырғанда төмендеген (23,3).

Қазіргі жағдайда миграциялық үрдістер жұмыс күшінің әлемдік нарығын қалыптастыруға әсер етіп отыр. Көптеген зерттеулер нәтижелері миграцияға доминантты әсер еткіш фактор ретінде экономикалық себептерді, жоғары табыс табу мақсатымен жұмыс іздеуді көрсетіп отыр.

2004 жылдан Қазақстанда сыртқы миграцияның оң сальдосы байқалады. 2007 және 2008

жылдары халықтың сыртқы миграциясының оң сальдосы сәйкесінше 11,0 және 2,4 мың адамды құрады. Елдегі саяси және экономикалық тұрақтылық соңғы онжылдықта қазақстандықтардың миграциялық ұстанымдарын Қазақстанның пайдасына өзгертті.

2006 жылы 14 қарашада № 216 ҚР Президентінің Нұсқауымен бекітілген 2007-2024 жылдарға Қазақстанның тұрақты дамуына өту Концепциясын, соның ішінде 2024 жылы қазақстандық қоғамның санын 18,18 млн.-ға жеткізу ұстанымдық параметрін іске асыру Үкімет деңгейінде бірқатар әлеуметтік, демографиялық және денсаулық қорғау аймағындағы міндеттерді шешуге байланысты. Соның ішінде туушылықты ынталандырумен, өлімді айтарлықтай қысқартумен, денсаулық сақтау жүйесін қолдаумен, ана мен бала денсаулығын қорғау бойынша шаралар қабылдаумен, халықтың әлеуметтік-әлсіз топтарын толыққұнды медициналық көмекпен қамтамасыз етумен, халыққа білікті көмекті максималды жақындатумен және экологиялық проблемаларды шешумен байланысты медициналық демография аймағындағы сәйкес мемлекеттік саясатты жүргізу қажет.

РЕЗЮМЕ

Принимаемые Правительством страны меры в области демографического развития в 2001-2008 г.г. позволили добиться к настоящему времени заметного роста уровня рождаемости, некоторого сокращения уровня смертности и роста ожидаемой продолжительности жизни населения, перехода от отрицательного к положительному сальдо миграции. Дальнейшее развитие в численности казахстанского населения требует реализации программ, связанных с необходимостью проведения соответствующей государственной политики в области медицинской демографии с последующей стимуляцией рождаемости, заметным сокращением смертности, существенной поддержкой системы здравоохранения, принятием мер по охране здоровья матери и ребенка и т.д.

SUMMARY

The measures, have been undertaken by the Government of the republic, in the area of demographical development in 2001-2008 allowed currently the achievement of the remarkable growth of birth rate, reduction of the mortality rate to some extent, and increase of the life expectancy of the population, transition from negative to positive balance of migration. The further increase in the number of the Kazakhstani population demands the realization of programs, related to the need of conducting appropriate government policy in the field of medical demography with consequent stimulation of birth rate, remarkable reduction of mortality, essential support of health care system, acceptance of the actions on mother and child health protection, and etc.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КАЗАХСТАНЕ

АМАНОВ Т.И.

РГП «НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК»

Среди хронических неинфекционных заболеваний болезни системы кровообращения (БСК) занимают основное место. За последнее время в странах Европейского Союза смертность от БСК (по всем возрастным группам) неуклонно снижалась, и в настоящее время по сравнению с уровнем 1970 года уменьшилась вдвое, составив 240–260 на 100 тыс. населения. При этом показатель смертности от БСК по странам СНГ почти втрое превышает показатель стран Европейского Союза. Причем коэффициенты смертности от БСК у мужчин выше, чем у женщин: от ишемической болезни сердца (ИБС) примерно в три раза, от цереброваскулярной болезни менее чем в два раза. Наибольшее снижение частоты ИБС среди мужчин произошло в западных странах: в Северной Карелии и Куопио в Финляндии, а также в Северной Швеции, итоги эффективности профилактических мероприятий доложены на итоговой конференции в Канаде [1].

Проблема кардиологической помощи населению актуальна в связи с крайне высоким уровнем сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в республике Казахстан. Среди причин, повышающих социально-экономическую значимость БСК необходимо отметить и омоложение контингента больных, страдающих этим заболеванием. Если в высокоразвитых странах отмечалось некоторое снижение смертности от БСК и стабилизация показателей, то в постсоветских странах имеет место высокий показатель.

Анализ динамики заболеваемости и болезненности БСК по республике Казахстан в целом с 1981–2008 гг. показал его увеличение от 4–х до 7 раз. Анализируя болезненность БСК по сельской местности Казахстана, следует отметить интенсивный рост показателей с 1981–2008 гг. более 6 раз. С 1981 г. высокий уровень показателя заболеваемости и болезненности БСК отмечался в основном в северных и центральных областях республики, затем он повышается в западных, в последующем и в восточных регионах страны. Интенсивность роста показателей заболеваемости и болезненности БСК в Алматинской области была значительно больше, чем по республике. Учитывая динамику и тенденции роста показателей, на основе метода прогнозирования — экстраполяции, был определен темп ро-

ста всех анализируемых показателей кардиологической службы Республики Казахстан и находится на уровне, как «выраженный» рост (от 7,2% до 10,3%). При сохранении тенденции динамики показателей кардиологической службы республики за 1981–2008 годы, то рост болезненности к 2024 году составит на 129,0% больше от уровня 2008 года, заболеваемости — 185,4%, смертности — 133,2% [2].

Таким образом, резюмируя динамику состояния заболеваемости и болезненности БСК в республике за последние 28 лет, во-первых, можно констатировать эпидемический рост сердечно-сосудистых заболеваний среди населения страны, особенно в сельской местности, во-вторых, резкий подъем уровня заболеваемости и болезненности начиная с 1991 года, т.е. в период смены политической системы.

Различные оптимизации, секвестрации, приватизации медицинских организаций, проводимые в здравоохранении, отразились на медицинской помощи населения. О чем хорошо высказался на одной из коллегий МЗ РФ известный ученый Л.А. Бокерия ...«серьезным препятствием к улучшению организации помощи больным БСК является разобщенность медицинских служб». Отсутствие преемственности в ведении пациентов, единых подходов к нозологии, единого языка общения среди врачей разных специальностей приводит как к «гипердиагностике», так и к «гиподиагностике» патологических состояний, требующих специализированной помощи».

Рост заболеваемости населения БСК способствовал росту потребностей населения в специализированной кардиологической помощи и, прежде всего, в дорогостоящей стационарной помощи. В республике за последнее время имеет место рост обеспеченности как кардиологическими, так и кардиохирургическими койками с 1,7 в 2007 г. до 1,8 в 2009 г. и с 0,05 в 2007 г. до 0,17 в 2009 г. на 10 тыс. населения соответственно.

Летальность среди больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы вносит существенный вклад в формирование уровня больничной летальности. Самый высокий уровень летальности в РК составляет у кардиологических больных в 2008 г. — 3,05%, в 2007 г. — 3,17%, в 2006 г. — 3,0%, для сравнения в 2002–2003 гг. эта цифра

равнялась 3,3-3,5% соответственно. Остается высокой уровень летальности в республике среди больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ). Среди нозологических форм БСК наибольший уровень летальности в 2008г. от ОИМ (15,0%), которая снизилась по сравнению с 2006г. (17,0%).

Для улучшения показателей здоровья населения от БСК необходимы профилактические и реабилитационные мероприятия среди пациентов, но по имеющимся материалам вопросами реабилитации и соответствующего наблюдения за пациентами уделяется крайне недостаточно внимания, как со стороны медицинских работников, так и отношение самих пациентов к своему здоровью. В советское время в 80-х годах прошлого столетия охват диспансерным наблюдением больных с БСК в Казахстане был максимальным и составлял 97-99%. В последующем к концу XX столетия показатель охвата стал стремительно снижаться по республике до 37%-38%.

В последние годы в результате улучшения экономики в стране и благодаря выходу в свет Постановления Правительства РК №102 от 13 февраля 2007г. «Об утверждении Программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на 2007-2009 годы» вновь начала создаваться структура кардиологической службы: в каждом областном центре открыты кардиологические диспансеры и центры, в городах Астане, Актобе, Павлодаре открылись кардиохирургические межрегиональных центры. В г. Актобе функционирует региональный кардиохирургический центр на 20 коек, в г. Караганде организован кардиоцентр на 180 коек в т.ч. 30 кардиохирургических, а в г. Алматы строительство кардиохирургического центра

не начато из-за разразившегося международного финансового кризиса, начавшего в конце 2008г.

Таким образом, выход в свет Постановления Правительства РК №102 от 2007г. дает надежду на улучшение медицинской помощи пациентам страдающих БСК и к этому есть надежда, за последние 3 года имеет место тенденция к снижению летальности, а также смертности от данной патологии с 535,5 в 2005году до 420,7 в 2009г. (на 100 тыс. населения).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Canadian Consensus Conference on Cholesterol. Final Report. The Canadian Consensus Conference on the Prevention of Heart and Vascular Disease by Altering Serum Cholesterol and Lipoprotein Risk Factors// Can. Med. Assoc. J.- 1988.- 139(11 Suppl).- P. 1-8.

2. Аманов Т.И., Ошакбаев К.П., Абдукаримов Б.У., Абдикалиев Н.А. и др. Проблемы и пути совершенствования специализированной кардиологической помощи населению Республики Казахстан. / Под руководством профессора Джусипова А.К. и под редакцией профессора Ж. Абылайұлы - Алматы.-2007.-246с.

ТҰЖЫРЫМ

20- ғасырдың аяғы мен 21- ғасырдың басында бұрынғы барлық кенес елдеріндегі сияқты Қазақстанда да жүрек-қан тамырлары жүйесі ауруларынан өлім жағдайлары болып, жалпы денсаулықтың төмендеуі белен алды.

Үкіметтің 2007 жылғы №102 Қаулысы жүрек-қан тамырлары ауруымен ауыратындарға арналған медициналық көмекті жақсартуға, осы аурудың өлімге соқтыру жағдайын азайтуға мүмкіндік береді.

SUMMARY

As, another countries from post – USSR, in 21 - th century Republic of Kazakhstan have a problem with increasing of morbidity from cardio-vascular diseases. The governmental law №102 at 2007 year make opportunity for improvement of medical help and decreasing of mortality.

ОФИЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИКА КАК ОСНОВА УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ НАСЕЛЕНИЯ

ПРУГЛО Г.Ю.

*Казахский Национальный медицинский университет
им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы*

В данной статье показаны сильные и слабые стороны системы государственной медицинской статистики в управлении здравоохранением и здоровьем населения. Применение различных методов медицинской статистики позволяют выявить закономерности состояния и динамики здоровья населения и разработать систему эффективных управленческих действий.

Ключевые слова: медицинская статистика, общественное здоровье и здравоохранение, управленческие решения.

Хорошо известно, что эффективное управление возможно лишь на основе надежной информации, постоянно поступающей к лицам, принимающим решение (ЛПР). В настоящее время органы здравоохранения РК располагают во многом уникальной системой государственной медицинской статистики, которая была создана именно для целей информационного обеспечения процесса управления. Ни в одной стране мира (за исключением некоторых стран СНГ) нет столь масштабной по объему системы мониторинга, включающей сбор и хранение данных о состоянии здоровья населения, уровне медицинского обслуживания, санитарно-гигиеническом состоянии объектов окружающей среды (последний ведется органами санэпиднадзора). Другим положительным моментом государственной медицинской статистики является ее унифицированность, что позволяет получать информацию, сопоставимую в масштабе всей страны.

Однако наряду с несомненными достоинствами данная система имеет и ряд недостатков. Главный из них состоит в том, что поступающая в систему государственной статистики информация может быть в большей или меньшей степени искажена под влиянием «человеческого» фактора. Действительно, известно достаточно много примеров, когда в угоду политическим, групповым или иным интересам информация подвергалась произвольным корректировкам. Другим недостатком, также повышающим неопределенность данных медицинской статистики, является наличие неизбежных при создании больших баз данных пропусков информации и технических ошибок.

Названные выше причины, действительно порождающие неопределенность статистической информации, являются характерными для всех

сколько-нибудь значительных систем мониторинга, поэтому не следует рассчитывать на то, что можно создать некую идеальную, полностью независимую от субъективного влияния человека информационную систему. Поэтому основные усилия целесообразно направить на повышение качества статистических материалов, используя для этого как соответствующие организационные действия, так и современные компьютерные технологии, позволяющие повысить качество информации.

Наиболее крупный блок медицинской статистики составляют сведения о состоянии здоровья населения. Сюда относятся многочисленные показатели, характеризующие рождаемость, смертность, заболеваемость, нарушения со стороны репродуктивной функции женщин. Эти данные являются важнейшими в процессе управления здоровьем населения. Вместе с тем следует признать, что эта информация используется организаторами здравоохранения недостаточно. Главная причина этого — слабое привлечение современных технологий оценки и представления данных. Поэтому основная задача, стоящая в ходе анализа огромной по своему объему медико-статистической информации, состоит в том, что результаты его по своему содержанию и формам представления должны быть абсолютно понятны лицу, принимающему решения (ЛПР), и максимально содействовать процессу выработки управленческих действий. Наиболее приемлемыми формами представления информации о здоровье населения являются:

- ранжированные списки (графики, картограммы) проблем по территориям и факторам риска;
- интенсивные и экстенсивные показатели здоровья населения на наиболее проблемных территориях;
- динамика и прогноз изменений показате-

лей, характеризующих приоритетные проблемы в регионе (территории).

Основными критериями в принятии управленческих решений могут быть:

- степень доказанного вреда, наносимого здоровью населения и связанного с этим экономического ущерба, воздействием различных факторов;
- возможность снижения или устранения риска для здоровья населения и стоимость затрат на достижение этих целей;
- важность ожидаемых результатов для общества и их экономическая эффективность.

Несомненно, что большая часть этих вопросов вполне может быть решена при использовании той информационной базы, которую предоставляет государственная медицинская статистика. Однако поскольку, как уже отмечалось выше, у многих организаторов здравоохранения сложился критический взгляд на качество содержащихся в этой системе данных, их анализу обязательно должна предшествовать процедура оценки полноты и достоверности статистических материалов. Основными причинами неопределенности информации обычно являются пропуски данных и обоснованные сомнения экспертов в их достоверности. К этому можно добавить и неудовлетворительные результаты оценки достоверности данных, полученные с помощью специальных средств автоматического контроля, которые все более разрабатываются в последние годы.

Как уже отмечалось, одной из положительных сторон отечественной медицинской статистики является сбор большого числа показателей, характеризующих различные аспекты здоровья населения. Однако многомерная и часто разноречивая информация может создавать для организатора здравоохранения и значительные сложности при ее синтезе и интерпретации. В связи с этим, неслучайно, в последние годы заметно повысился интерес к разработке комплексных индикаторов, количественно характеризующих популяционное здоровье. Действительно, показатель, интегрирующий в себе все многообразие параметров, характеризующих здоровье населения (или какую-то их часть), позволяет получить обобщенное представление по этому вопросу, что важно для ЛПР. Достижению цели управления здоровьем населения могут способствовать и данные по классификации и ранжированию территорий региона (или крупного города) на основе как первичных, так и интегральных показателей.

Известно, что популяционное здоровье на территории формируется под влиянием многих фак-

торов, в частности, социальных условий, качества окружающей среды, организации медицинского обслуживания. Для разработки приоритетов региональной политики в сфере здравоохранения и санитарно-эпидемиологического надзора органам управления важно знать, в какой мере здоровье населения зависит от перечисленных выше факторов, причем истинный вклад здравоохранительного комплекса в формирование популяционного здоровья можно определить, проведя лишь многофакторный анализ.

Информация, необходимая для проведения такого анализа, в большинстве своем также содержится в системе государственной медицинской статистики. В частности, из нее можно получить блок параметров, характеризующих здоровье населения, уровень его медицинского обслуживания, уровень санитарно-гигиенического состояния объектов окружающей среды (атмосферный воздух, питьевая вода, продукты питания, почва). Что же касается социально-экономических показателей, то они могут быть взяты из имеющейся в органах управления территориями соответствующей официальной статистической информации.

Наиболее корректное решение данных задач возможно на основе системного подхода к анализу информации, в связи с чем, наряду с традиционным подходом, опирающимся на математическую статистику, целесообразно воспользоваться методами распознавания образов. При таком варианте анализа могут быть получены ответы на ряд вопросов, важных для принятия управленческих решений.

Первый из них - достаточны ли избранный комплекс или входящие в него субкомплексы факторов для надежного описания различий между территориями с разным уровнем здоровья населения? По результатам решения этой задачи организатор здравоохранения, во-первых, получает возможность очертить круг основных факторов, влияющих на здоровье населения и, во-вторых, в его распоряжении окажется математическая модель, описывающая зависимость уровня популяционного здоровья от комплекса различных факторов. На такой модели можно проводить «проигрывание» различных управленческих решений и оценивать их потенциальную эффективность.

Вторым важным для управленца вопросом является - каковы сила и характер влияния каждого из рассматриваемых факторов на здоровье населения? Получение ответа на него позволит определить приоритеты при проведении региональной здравоохранительной политики.

Третьим вопросом, на который возможно получить ответ, является - как скажутся на здоровье населения те или иные решения, направленные на коррекцию тех или иных факторов? Такой прогноз может быть достигнут с помощью упомянутых выше математических моделей. Для решения всех этих задач существуют специальные компьютерные программы.

Таким образом, система государственной медицинской статистики несомненно может стать еще большим подспорьем в управлении здравоохранением и здоровьем населения. Даже относительно простые методы анализа содержащейся в ней информации, связанные с группировкой, ранжированием материала, не говоря уже о более сложных методах математического моделирования и прогнозирования, позволяют выявить нетривиальные факты и зависимости, касающиеся состояния и динамики здоровья населения, оценить степень социально-экономического, экологического благополучия территории, полу-

чить разного рода прогнозные оценки, и, в конечном итоге, разработать систему эффективных управленческих действий.

ТҮЖЫРЫМ

Бұл жарялымда мемлекеттік ресми медициналық статистиканың халықтар денсаулығын басқаруда алатын орныны, оның күшті және әлсіз жақтары көрсетілген. Медициналық статистика әртүрлі жолдарын пайдалана отырып, денсаулықтың көрсеткіштерінің заңдылықтарын және оның динамикасын анықтау және тиімді басқару жолдарын түптеуге мүмкіндік береді.

Өзекті сөздер: медициналық статистика, қоғамдық денсаулық, басқару шешімдері.

SUMMARY

In given article are shown strong and weaknesses of system of the state medical statistics in management of public health services and population health. Laws of a condition and dynamics of health of the population allow to reveal application of various methods of medical statistics and to develop system of effective administrative actions.

Keywords: the medical statistics, public health, administrative decisions.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

КИМ Е.М.

Городская поликлиника №2, г. Тараз.

Проблема ведения беременности у женщин страдающих сахарным диабетом актуальна во всем мире. Течение беременности и родов при сахарном диабете крайне неблагоприятно сказывается на внутриутробном развитии плода, увеличивается частота пороков развития, высока перинатальная заболеваемость и смертность.

В клинической практике различают три основных вида сахарного диабета:

- сахарный диабет I типа — инсулинозависимый (ИЗСД);
- сахарный диабет II типа — инсулинонезависимый (ИНСД);
- сахарный диабет III типа — гестационный диабет (ГД), который развивается после 28 нед. беременности и представляет собой транзиторное нарушение утилизации глюкозы у женщин во время беременности.

ИЗСД у беременных отличается значительной лабильностью и волнообразным течением заболевания. Характерной особенностью ИЗСД у беременных является нарастание симптомов сахар-

ного диабета, раннее развитие ангиопатий (практически у половины беременных), склонность к кетоацидозу.

Течение сахарного диабета у большинства беременных остается без изменений, или наблюдают улучшение толерантности к углеводам (эстрогены), что стимулирует выделение инсулина поджелудочной железой. В свою очередь, улучшено периферическое усвоение глюкозы. Это сопровождается снижением уровня гликемии, появлением у беременных гипогликемии, которое требует снижения дозы инсулина.

Вторая половина беременности. Благодаря повышенной деятельности контринсулярных гормонов (глюкагон, плацентарный лактоген, пролактин) ухудшается толерантность к углеводам, усиливаются диабетические жалобы, повышается уровень гликемии, повышается глюкозурия, возможно развитие кетоацидоза. В это время необходимо увеличение инсулина.

К концу беременности, из-за снижения уровня контринсулярных гормонов, вновь улучшает-

ся толерантность к углеводам, снижается уровень гликемии и дозы вводимого инсулина.

В родах у беременных сахарным диабетом возможна, как высокая гипергликемия, состояние ацидоза, так и гипогликемическое состояние.

В первые дни послеродового периода уровень гликемии падает, в дальнейшем к 4-5 дню нарастает.

Первая половина беременности у большинства больных сахарным диабетом протекает без особых осложнений. Исключение составляет угроза самопроизвольного выкидыша.

Во второй половине беременности чаще возможны такие акушерские осложнения, как поздний гестоз, многоводие, угроза преждевременных родов, гипоксии плода, инфекции мочевыводящих путей.

Течение родов осложняет наличие крупного плода, что является причиной целого ряда дальнейших осложнений в родах: слабость родовых сил, несвоевременное излитие околоплодных вод, нарастание гипоксии плода, развитие функционально-узкого таза, затрудненное рождение плечевого пояса, развитие эндометрита в родах, родовой травматизм матери и плода.

Сахарный диабет матери оказывает большое влияние на развитие плода и новорожденного. Существует ряд особенностей, отличающих детей, рожденных больными сахарным диабетом женщинами, от потомства здоровых матерей. К ним относят характерный внешний вид (круглое лунообразное лицо, чрезмерно развита подкожная жировая клетчатка), большое количество кровоизлияний на коже лица и конечностях, отечность, цианотичность; крупная масса, значительная частота пороков развития, функциональная незрелость органов и систем. Наиболее тяжелым проявлением диабетической фетопатии является высокая перинатальная смертность детей. У нелеченых во время беременности женщин она достигает 70-80%. При условии специализированного наблюдения за страдающими сахарным диабетом беременных перинатальная смертность детей резко снижается и достигает 15%. Сегодня во многих клиниках эта цифра не превышает 7-8%.

Период новорожденности у потомства больных сахарным диабетом отличает замедление и неполноценность процессов адаптации к условиям внеутробного существования, что проявляется вялостью, гипотонией и гипорефлексией ребенка, неустойчивостью показателей его гемодинамики, замедленным восстановлением веса, повышенной склонностью к тяжелым респираторным расстройствам. Одним из главных условий ведения беременных, страдающих сахарным диабетом,

является компенсация сахарного диабета. Инсулинотерапия при беременности обязательна даже при самых легких формах сахарного диабета.

Основные рекомендации по ведению беременных с сахарным диабетом.

Раннее выявление среди беременных скрыто протекающих и клинически явных форм сахарного диабета.

Планирование семьи у больных сахарным диабетом:

- своевременное определение степени риска для решения вопроса о целесообразности сохранения беременности;
- планирование беременности у больных сахарным диабетом женщин;
- строгая компенсация сахарного диабета до беременности, во время беременности, в родах и в послеродовом периоде;
- профилактика и лечение осложнений беременности;
- выбор срока и метода родоразрешения;
- проведение адекватных реанимационных мероприятий и тщательное выхаживание новорожденных;
- дальнейшее наблюдение за потомством больных сахарным диабетом матерей.

Ведение беременности у больных сахарным диабетом осуществляют в условиях амбулаторного и стационарного наблюдения. У беременных с сахарным диабетом целесообразны три плановые госпитализации в стационар:

I-ая госпитализация - в ранние сроки беременности для обследования, решения вопроса о сохранении беременности, проведения профилактического лечения, компенсации сахарного диабета.

Противопоказания к беременности при сахарном диабете

Наличие быстро прогрессирующих сосудистых осложнений, которые обычно встречаются при тяжело протекающем заболевании (ретинопатия, нефропатия), осложняют течение беременности и значительно ухудшают прогноз для матери и плода.

Наличие инсулинорезистентных и лабильных форм сахарного диабета.

Наличие сахарного диабета у обоих родителей, что резко увеличивает возможность заболевания у детей.

Сочетание сахарного диабета и резус-сенсibilизации матери, которое значительно ухудшает прогноз для плода

Сочетание сахарного диабета и активного туберкулеза легких, при котором беременность нередко приводит к тяжелому обострению процесса.

Вопрос о возможности беременности, ее сохранение или необходимости прерывания решают консультативно при участии врачей акушеров-гинекологов, терапевта, эндокринолога до срока 12 недель.

II-ая госпитализация в стационар при сроке 21-25 недель в связи с ухудшением течения сахарного диабета и появлением осложнений беременности, что требует проведения соответствующего лечения и тщательной коррекции дозы инсулина.

III-я госпитализация при сроке 34-35 недель для тщательного наблюдения за плодом, лечения акушерских и диабетических осложнений, выбора срока и метода родоразрешения.

Основные принципы ведения беременности при сахарном диабете:

- строгая, стабильная компенсация сахарного диабета, что в первую очередь предусматривает нормализацию углеводного обмена (у беременных с сахарным диабетом уровень гликемии натощак должен быть в пределах 3,3-4,4 ммоль/л, а через 2 часа после еды - не более 6,7 ммоль/л);
- тщательный метаболический контроль;
- соблюдение диеты - в среднем суточная калорийность пищи составляет 1600-2000 ккал, причем, 55% об общей калорийности пищи покрывают за счет углеводов, 30% - жиров, 15% - белков, достаточное количество витаминов и минеральных веществ; тщательная профилактика и своевременная терапия акушерских осложнений.

Следует помнить, что повышенная склонность беременных с сахарным диабетом к развития тяжелых форм позднего гестоза и других осложнений беременности, диктует необходимость строжайшего наблюдения за динамикой веса, артериального давления, анализами мочи и крови, а также педантичного соблюдения режима самой беременной.

Срок родоразрешения у беременных с сахарным диабетом определяют индивидуально, с учетом тяжести течения сахарного диабета, степени компенсации заболевания, функционального состояния плода, наличия акушерских осложнений.

При сахарном диабете возможно запоздалое созревание функциональной системы плода, поэтому оптимальным являются своевременные роды. Однако, нарастание различных осложнений к концу беременности (фето-плацентарная недостаточность, поздний гестоз и др.) диктует необходимость родоразрешения больных в 37-38 недель.

При планировании родоразрешения у плодов от больных сахарным диабетом матерей должны проводить оценку степени зрелости. Оптимальным методом родоразрешения для матерей, больных сахарным диабетом, и их плодов, считают роды через естественные родовые пути. Родоразрешение через естественные родовые пути проводят под постоянным контролем уровня гликемии (каждые 2 часа), тщательным обезболиванием, терапией фето-плацентарной недостаточности, адекватной инсулинотерапией.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НЕКОТОРЫХ ПЛАЦЕНТАРНЫХ БЕЛКОВ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ

ИСИНА Г.М.

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, г.Алматы

Среди патологических состояний во время беременности нарушения сосудистого тонуса занимает одно из ведущих мест. Однако, в отличие от гипертензивных нарушений при беременности, артериальная гипотензия (АГ) изучена не так подробно, хотя эта проблема в акушерстве весьма актуальна, так как вызывает серьезные осложнения беременности, родов, послеродового периода и отрицательно влияет на дальнейшее нервно-психическое развитие детей (1,2,3).

Становление плацентарной системы у беременных, имеющих низкое артериальное давление, происходит в исходно неблагоприятных условиях. Серьезным показателем, отражающим состояние плацентарного комплекса, является нарушение его белоксинтезирующей функции. Одним из наиболее информативных маркеров, позволяющих судить о функции плаценты, являются трофобластический П1- глобулин (ТБГ) и плацентарный а1 -микроглобулин (ПАМГ).

Существующие у беременных с АГ нарушения центральной и периферической гемодинамики приводят к гиповолемии, снижению маточно-плацентарного кровотока, нарушению периферической микроциркуляции, микроструктуры и функции плаценты. Становление плацентарной системы у беременных, имеющих низкое артериальное давление, происходит в исходно неблагоприятных условиях [3,4,5]. Серьезным показателем, отражающим дезадаптацию плацентарного комплекса, является нарушение его белоксинтезирующей функции. Одним из наиболее информативных маркеров, позволяющих судить о функции плаценты, являются трофобластический П1 - глобулин (ТБГ) и плацентарный а1 - микроглобулин (ПАМГ).

Целью нашего исследования явилось изучение состояния белоксинтезирующей функции плаценты у беременных с АГ на основании особенностей динамики сывороточного уровня ТБГ и ПАМГ-1.

Материалы и методы исследования

Определение сывороточной концентрации ТБГ и ПАМГ проводили иммуноферментным твердофазным (в качестве твердой фазы применяется полистирол) «сендвич»-методом на готовых тест-системах с использованием моноклональных антител к ТБГ и ПАМГ. Исследование проведено в 3 исследуемых группах: первую группу составили 48 беременных с существующей до беременности артериальной гипотензией. Во вторую группу вошли 42 беременных, у которых снижение АД возникло при беременности. Третью группу составили 30 беременных с физиологическим течением беременности, стабильным нормотензивным уровнем АД (около 120/80 - 115/75 мм. рт. ст.). Обследование проводилось в динамике беременности при сроках 15-20 недель, 21-25 недель и 30-35 недель.

Результаты исследования и их обсуждение

Изучение уровня ТБГ показало, что в крови беременных 1 группы при сроке 15-18 недель беременности показатель составил $17,8 \pm 1,3$ мкг/мл, при сроке 23-26 недель значения возросли в 4,9 раза (до $87,5 \pm 3,0$ мкг/мл), достигнув уровня $337,4 \pm 14,0$ мкг/мл при сроке 30-35 недель. Однако в сравнении с данными 3 группы (группы контроля) при сроке 15-18 недель беременности содержание ТБГ было достоверно ниже на 39%, при сроке 23-26 недель на 22%, при сроке 30-35 недель - на 19% (таблица 1).

В крови беременных 2 группы уровень ТБГ по сравнению с показателями 3 группы был сни-

Таблица 1. Содержание ТБГ (мкг/мл) крови беременных с САГ в динамике беременности

Группы исследования	15-18 недель	23-26 недель	30-35 недель
1 группа	$17,8 \pm 1,3^*$	$87,5 \pm 3,0^{**}$	$337,4 \pm 14,0^{**}$
2 группа	$11,3 \pm 1,0^{**\#}$	$60,4 \pm 2,7^{**\#}$	$231,2 \pm 21,4^{**\#}$
3 группа	$29,1 \pm 1,6$	$111,1 \pm 15,0$	$415,4 \pm 33,0$

*- достоверные данные относительно показателей 3 группы при $p < 0,05$, **при $p < 0,001$

- достоверные данные между показателями 1 и 2 группами при $p < 0,05$

Таблица 2. Концентрация ПАМГ (нг/мл) крови беременных с САГ в различные сроки беременности

Группы исследования	15-20 недель	21-25 недель	30-35 недель
1 группа	15,4±1,0*	70,3±6,2**	88,0±7,0**
2 группа	27,8±2,0**#	100,0±8,5**#	136,3±10,0**#
3 группа	10,6±1,1	34,1 ±2,0	42,2±3,3

- достоверные данные относительно показателей 3 группы при $p < 0,05$,

** при $p < 0,001$

- достоверные данные между показателями 1 и 2 группами при $p < 0,05$

жен на 62% при сроке 15-18 недель, на 46% при сроке 23-26 недель и на 45% при сроке 30-35 недель беременности. В сравнительном аспекте выявлено наибольшее снижение содержания ТБГ в крови беременных 2 группы.

При сопоставлении результатов исследования с клиническими данными, нами установлено, что у 70% беременных 3 группы с нормальным содержанием ТБГ в крови во время беременности родились здоровые дети ($p < 0,05$), период адаптации протекал без осложнений. При концентрации ТБГ ниже физиологической нормы 47,7% новорожденных первой группы имели осложненный период ранней адаптации, причем, чем ниже был уровень ТБГ в крови беременной, тем чаще рождались дети с признаками внутриутробной гипотрофии и внутриутробной гипоксии плода. Более чем в половине наблюдений при наличии задержки развития плода обнаруживалось снижение концентрации белка. Выявлена прямая взаимосвязь между степенью выраженности задержки развития плода и уменьшением уровня гликопротеида ($r = 0,88$). Предполагается, что нарушение синтеза ТБГ связано с морфологическими изменениями в плаценте.

Плацентарный альфа 1-микроглобулин (ПАМГ) относится к классу низкомолекулярных белков, связывающих инсулиноподобные факторы роста, тем самым, модулируя действие гормонов роста. Во время беременности ПАМГ преимущественно синтезируется в основном децидуальной тканью и является индикатором функции материнской части плаценты.

При изучении сыровоточного уровня ПАМГ у беременных с артериальной гипотензией по мере прогрессирования беременности, нами установлено, что в крови беременных 1 группы установлено увеличение концентрации ПАМГ в процессе гестации (таблица 2). Выявлено повышение уровня белка по сравнению с данными 3

группы на 45% при сроке 15-20 недель беременности и в 2 и более раза при последующих сроках беременности.

Аналогичная закономерность обнаружена у беременных 2 группы. Уровень ПАМГ превысил значения 3 группы в 2,6 раза при сроке 15-20 недель, в 2,9 раза при сроке 21-25 недель, в 3,2 раза при сроке 30-35 недель беременности. Прогрессирующее нарастание концентрации ПАМГ в крови беременных с САГ (превышающее значения 3 группы) пропорционально клиническому течению как первой, так и второй половины беременности (токсикоз первой половины беременности в 37,5% в первой группе и в 52,3% во второй группе; угроза прерывания второй половины беременности в 20,8% в первой группе и 40,4% второй группы). Повышение содержания белка, вероятно, связано с нарушением плацентарного барьера и попаданием его из амниотической жидкости в кровь беременных. Также отмечено, что наличие ПАМГ в сыворотке крови у беременных с САГ предшествует рождению детей в состоянии асфиксии или с гипотрофией.

Заключение

В результате проведенных исследований нами выявлено нарушение белоксинтезирующей функции плаценты у беременных с АГ: выявленное достоверно ($p < 0,05$) более низкое значение ТБГ в группах беременных с АГ на ранних сроках беременности (с 15-18 недель) указывает на наличие нарушений функциональной активности плаценты. Ценность теста возрастает с увеличением сроков беременности, что согласуется с данными литературы [5,6]. В то же время, содержание ПАМГ в динамике беременности при с АГ достоверно выше, чем у беременных контрольной группы, что является косвенным свидетельством нарушения плацентарного барьера при артериальной гипотензии и может приводить к развитию плацентарной недостаточности.

Таким образом, определение сывороточного уровня ТБГ и ПАМГ при артериальной гипотензии, начиная с 15 недель беременности, является одним из информативных и достоверных тестов оценки функционального состояния фетоплацентарной системы и прогнозирования состояния новорожденных при рождении.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Елисеев О.М., Шехтман М.М.* Беременность. Диагностика и лечение болезней сердца, сосудов и почек. — Ростов н/д, 2001. — С. 242-352.
2. *Акушерство* / Под ред. Г.М.Савельевой.-М.: Медицина, 2000.- 816 с.
3. *Сидорова И.С., Макаров И.С.* Фетоплацентарная недостаточность. Клинико-диагностические аспекты.- М.: Знание, 2000.- 127 с.
4. *Козинова О.В., Кирющенко А.П.* Особенности течения нейроциркуляторной дистонии во время беременности и ее влияние на гестационный процесс и развитие плода // *Акушерство и гинекология*. - 2002.- № 2.- С. 20 - 24.
5. *Калюжина Л.С.* Роль плацентарных белков в генезе позднего гестоза у беременных с эссенциальной артериальной гипотензией. // Тез. Докл. II Росс. Форума «Мать и дитя», 2000г. - Москва: - 2000. - С. 55-57

ТҰЖЫРЫМ

120 жүкті әйел бізбенен жіктелінді және тексерілген — 90 жүктілердің артериалды гипотензиясы (АГ) бар.

Оларды 2 топқа бөлдік — 1 топта жүктілікке дейінгі АГ бар 48 әйел, 2 топта жүктілік кезінде АГ-сы пайда болған 42 әйел бар. Ал 3-ші топта 30 әйелдің жүктілігі физиологиялық ағыммен және АҚҚ қалыпты деңгейде өтті (120/80-115/75 шамасында). Зерттелген топтарда радиоиммунды тәсілмен қан плазмасындағы трофобластік П7-глобулин (ТБГ) және плацентарлық аІ-микроглобулин (ПАМГ) деңгейі анықталды. Алынған мәліметтер артериалды гипотензиясы бар жүктілердің қанында ТБГ деңгейінің нақты төмендеуін, ПАМГ-нақты үлкендеуін дәлелдейді.

SUMMARY

We have carried out a study on the protein synthesis function of placenta of pregnant women with arterial hypotension. Also, we have surveyed the dynamics of serum level of trophoblastic U1-globulin (TBG), placental aІ-microglobulin (PAMG) and divided it into 3 groups: The 1st group - 48 pregnant women with pre-pregnancy arterial hypotension. The 2 group — 42 pregnant women, whose blood pressure was lowered while pregnant. The 3rd group - 30 pregnant women with physiological pregnancy, stable level of blood pressure (about 120/80 - 115/75 mm. Hg.Art.) and without the effects of vegetative dysfunction. The survey was conducted in 15-18 weeks, 23-26 and 30-35 weeks of pregnancy. The study found a significant decrease in the concentration of placental proteins TBG and increase of placental proteins PAMG of pregnant women with arterial hypotension, beginning with the earliest deadlines.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ УЧАСТНИКАМ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ И ЛИЦАМ, К НИМ ПРИРАВНЕННЫМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

АБДУЛИНА А.А.

*Центральный клинический госпиталь
для инвалидов Отечественной войны, г.Астана*

Изучено и проанализировано состояние медико-социальной помощи участникам Великой Отечественной войны (ВОВ) на современном этапе развития здравоохранения в Республике Казахстан. Совершенствование медицинского обслуживания ветеранов требует развития: геронтологической службы, сотрудничества по вопросам геронтологии и гериатрии с госпиталями стран СНГ и системной научно-практической деятельности.

Ключевые слова: ветераны ВОВ, медико-социальная помощь.

Категория участников Великой Отечественной войны и лиц, к ним приравненных, составляет в Республике значимую часть - 7,7% от взрослого населения страны. Доля декретированного контингента в общей структуре населения Казахстана за 2005-2009 года снизилась с 6,3% до 5,4%. Группы населения Правительственного перечня выделены как инвалиды и

участники Отечественной войны (ИОВ, УОВ), войны-интернационалисты (ВИ), члены семей, погибших воинов (СП), реабилитированные жертвы массовых политических репрессий (ЖР), лица, пострадавшие от ионизирующего излучения при аварии на Чернобыльской АЭС (ЛПИИ-Ч) и от деятельности Семипалатинского испытательного ядерного полигона (ЛПИИ-С).

Таблица 1. Количество контингента по Республике Казахстан

Категории населения	Годы				
	2005	2006	2007	2008	2009
ИОВ	9188	7701	6357	5259	4326
УОВ	22031	18928	15946	13499	11270
ВИ	15345	14968	14912	14860	20560
СП	4737	5044	4806	4311	4067
ЖР	28636	25995	23401	21853	20317
ЛПИИ-С	822555	802400	813893	798394	793661
ЛПИИ-Ч	7515	7284	7159	7028	6797
ИТОГО:	910007	882320	886474	865204	860984

Основной причиной снижения численности является высокая смертность, которая значительно превосходит республиканский уровень. В группах участников и инвалидов Великой Отечественной войны показатель смертности за последние 5 лет растет от 100 до 200%. Вероятно, дефекты статистического учета нарушают целостную картину мониторинга. Закономерные вопросы вызывают: увеличение числа пострадавших от деятельности Семипалатинского испытательного ядерного полигона в 2007 году на 11,5 тысяч к уровню предшествующего года и воинов интернационалистов в 2009 году почти на 4,5 тысячи. В целом в структуре исследуемого контингента преобладают ЛПИИ-С, их доля возросла с 90,4% в 2005 году до 92,2% в 2009 году.

Хотя средний возраст данной категории относится к пожилому возрасту, ни в одной социальной группе не преобладали пожилые. В группах ИОВ, УОВ, СП, ЖР сосредоточены, как правило, старые люди, а ВИ, ЛПИИ-Ч, ЛПИИ-С относятся к лицам среднего возраста. Мужчины составляют подавляющее большинство - 82%, женщины - 18 %. Прогнозируемо женщины преобладают в группе СП, а в группах ЛПИИ-С, ЖР они составляют четвертую часть. Таким образом, обслуживаемый контингент представлен преимущественно мужчинами среднего и старческого возраста. Состояние здоровья этой достаточно

большой категории лиц продолжает ухудшаться в первую очередь из-за проблем старения. Показатели общей заболеваемости декретируемых категории граждан выше общереспубликанского уровня заболеваемости в 4 раза и выглядят следующим образом.

В целом ежегодный рост общей заболеваемости составил 5%, при этом показатели заболеваемости в старческих группах (ИОВ, УОВ, ЖР, СП) стабилизировались на сверхвысоких значениях, а в группах пациентов среднего возраста (ВИ, ЛПИИ - С, ЛПИИ - Ч) продолжается ежегодный рост на 7-10% при высоком уровне заболеваемости. Плохие и ухудшающиеся показатели здоровья участников Великой Отечественной войны требуют применение интенсивных методов лечения и реабилитации. Потребность в медицинской помощи в среднесрочной и долгосрочной перспективе будет сохраняться на высоком уровне.

Внешние деструктивные влияния провоцируют преждевременное старение и нами начата оценка биологического возраста в социальных группах среднего возраста по методике Института геронтологии АМН СССР (1984):

- артериальное давление систолическое и диастолическое;
- продолжительность задержки дыхания после глубокого вдоха и глубокого выдоха;

Таблица 2. Половозрастные показатели декретированной категории

Категории населения	Доля лиц мужского пола в %	Средний возраст (лет)
ИОВ	98,0	87,5
УОВ	89,6	86,4
ВИ	98,8	47,5
СП	5,4	77,2
ЖР	75,0	77,7
ЛПИИ-С	72,4	54,7
ЛПИИ-Ч	99,4	56,5
ИТОГО:	82,0	62,7

Таблица 3. Общая заболеваемость на 1000 населения

Категории населения	2008 год	2009 год
ИОВ	6309	6313
УОВ	6221	6219
ВИ	2587	2815
СП	4655	4487
ЖР	4730	4752
ЛПИИ – С	2933	3107
ЛПИИ – Ч	3570	3729
ИТОГО:	3902	4107,0

- жизненная емкость легких, масса тела;
- аккомодация с помощью таблиц Сивцева;
- слуховой порог или остроту слуха;
- статическая балансировка в секундах при стоянии испытуемого на левой ноге;
- скорость распространения пульсовой волны по артериям эластического типа и мышечного типа.

Из вышесказанного следует, что вся работа специализированных медицинских организаций, обслуживающих участников Великой Отечественной войны и лиц, к ним приравненных, проходит в разделах геронтологии и гериатрии, что продиктовано концептуальным положением — какой календарный возраст следует рассматривать как геронтологический? Данные возрастного деления периодов жизни человека, предложенного ВОЗ, говорят — возраст 60 лет и старше. Однако ряд западных авторов предлагают считать геронтологической возрастную категорию 65 лет и старше. На наш взгляд, термин «пожилой человек» должен учитывать признаки общественного развития, социальной защиты, ожидаемой продолжительности жизни при рождении, возраста выхода на трудовую пенсию по старости.

Современная ситуация диктует необходимость Казахстану, также как и России, придерживаться рекомендации ВОЗ и считать гериатрическим возраст старше 60 лет. Сейчас, доля лиц пожилого и старческого возраста в РК ниже мирового уровня, (в 2009 году в мире - 11%, в РК - 10%).

Совершенствование медико-социальной помощи участникам Великой Отечественной войны обязано учитывать их роль в становлении государства, настоящую их значимость в патриотическом воспитании граждан, потребность Героев Отечества в передаче исторических, культурных, нравственных ценностей населению. Адекватная постановка вопроса является мощным моральным стимулом для выздоровления, реабилитации ветеранов.

Таким образом, совершенствование медицинского обслуживания ветеранам войн не мыслимо без системной научно-практической деятельности, обмена опытом со специализированными медицинскими организациями государств постсоветского пространства. Общие исторические, культурные, медицинские корни являются основой взаимовыгодного сотрудничества лечебных учреждений стран СНГ. Нами достигнуты договоренности о лечении казахстанских пациентов в России и российских в Астане на принципах сотрудничества госпиталей, взаимопомощи организации, бесплатности медицинской помощи для пациентов.

ТҰЖЫРЫМ

Қазақстан республикасындағы денсаулық сақтау ұйымдарының қазіргі уақытындағы даму деңгейінде Ұлы Отан соғысына қатысушыларға медициналық-әлеуметтік көмектің көрсетілуі зерттелген және талданған. Ардагерлерге медициналық қызметті одан ары жетілдіруге төменгі талаптар қажет: геронтологиялық қызметті қалыптастыру, геронтология мен гериатрия мәселелері жөнінде тәуелсіз мемлекеттер ортасында өзара шешу және ғылыми — практикалық қызметтерде оларды тиімді пайдалану мәселелерін шешу қажет.

Өзекті сөздер: Ұлы Отан соғыс ардагерлері, медициналық-әлеуметтік көмек, геронтология, гериатрия.

SUMMARY

The condition of the medical-social help to participants of the Great Patriotic War (Second World War) at the present stage of development of public health services in Republic Kazakhstan is studied and analyzed. Perfection of health services of veterans demands development: gerontology services, cooperation concerning gerontology and geriatrics with hospitals of the CIS countries and system scientifically-practical activities.

Keywords: veterans of the Second World War, the medical-social service.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ИНВАЛИДОВ, ИМЕЮЩИХ ЛЬГОТЫ НА ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

АБДУЛИНА А.

*Центральный клинический госпиталь
для инвалидов Отечественной войны, г.Астана*

В результате проведенного социологического исследования нами дана медико-социальная характеристика инвалидам различных групп, имеющих льготы на лекарственные средства. Выявленные особенности должны учитываться при проведении реформ в области лекарственного обеспечения.

Ключевые слова: инвалиды, лекарственные средства, льготы.

При проведении социальной политики, особенно в области льготного лекарственного обеспечения, необходимо представлять такие характеристики потребителей как их потребности и интересы, связанные с льготным лекарственным обеспечением, реальные возможности их удовлетворения, возраст, семейное положение, род занятий, уровень доходов тех или иных социальных групп. В связи с этим проведено анкетирование по специально разработанному опроснику 1000 пациентов, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение, которые охватывают 60-91% лиц в специально отобранных группах, реализовавших свое право на льготное лекарственное обеспечение. Нами выделено 7 групп населения и категории больных. В 1 группу вошли инвалиды I группы, неработающие инвалиды II группы, имеющие 100% льготу на все лекарственные средства (ЛС) (269 человек). Во 2 группу вошли работающие инвалиды II группы, инвалиды III группы, признанные безработными, имеющие 50% скидку на все ЛС (75 человек). В 3 группу вошли больные дети первых 3-х лет жизни, дети из многодетных семей в возрасте до 6 лет имеющие 100% скидку на все ЛС (93 ребенка). В 4 группу - труженики тыла, лица подвергшиеся политическим репрессиям, пенсионеры, получающие пенсию в минимальных размерах, имеющие 50% скидку на все ЛС (76 человек). В 5 группу вошли пациенты, страдающие сахарным диабетом, имеющие 100% льготу на все ЛС (244 человека). В 6 группу вошли пациенты, страдающие бронхиальной астмой, имеющие 100% льготы на ЛС для лечения данного заболевания (130 человек). В 7 группу вошли пациенты, страдающие психическими заболеваниями, имеющие 100% скидку на все ЛС (113 человек).

По семейному положению в более чем 60% случаев пациенты 1, 2, 4, 5, 6 групп имеют семью. В группе больных с психическими заболеваниями только 20,4% больных имеют семью. При анализе медицинской помощи установлено,

что участковому врачу более всего обращаются дети первых трех лет жизни (участковый педиатр - 40,9%), инвалиды 1 и 2 группы (33,8%), инвалиды 2 и 3 группы (26,7%), труженики тыла (23,7%). Больные с психическими заболеваниями к участковому терапевту не обращаются. Услугами «узких» специалистов пользуется 96,5% больных с психическими заболеваниями, 64,3% больных сахарным диабетом, 59,1% детей до 3-х лет, 39,2% больных с бронхиальной астмой. Советом работников аптеки пользуются более 10% пациентов в группах инвалидов I, II, III группы, труженики тыла и больные бронхиальной астмой.

Частота обращения за помощью составляет 1 раз в месяц более, чем у 80% пациентов 1, 2, 6, 7 групп. Труженики тыла (группа 4) и больные сахарным диабетом обращаются ежемесячно (63,2% и 53,7%) и раз в 3-6 месяцев (30,2% и 33,6%). Дети первых 3-х лет жизни обращаются за помощью ежемесячно (37,6%), раз в 3-6 месяцев (29,0%), раз в год (25,8%).

Стационарно, ежегодно лечится около половины больных 1, 2, 4, 5, 6, 7 групп. Вместе с тем, 20-30% больных 2, 4, 5, 6 группы стационарно не лечатся. Дети первых 3-х лет жизни в 85% вообще не получают стационарного лечения.

Прием препаратов различен в изучаемых группах. Наиболее привержены постоянному, ежедневному приему препаратов больные сахарным диабетом (70,5%), больные с психическими заболеваниями (67,3%), дети первых 3-х лет жизни (65,6%), больные бронхиальной астмой (56,2%). Пациенты 1, 2 группы примерно в равной степени привержены к постоянному приему препаратов (31-43%) курсовому их применению (21-32%) и применению медикаментов по потребности (28-32%). Самый высокий процент применения медикаментов от случая к случаю в группе тружеников тыла (22,4%).

Выбор препаратов для лечения в группе детей в возрасте до 3-х лет по рекомендации врача осуществляется в 98,9% случаев, в группе больных с пси-

хическими заболеваниями в 97,4%, больных бронхиальной астмой в 96,2%, сахарным диабетом в 89,3%, инвалидов I-III группы (1, 2 группа) - 61,3-62,8% и в группе тружеников в 38,2% случаев Реклама существенно влияет на выбор препаратов у инвалидов I-III группы (1, 2 группа) - 20-23% и у тружеников тыла - 35,5%. У тружеников тыла так же самый высокий процент самостоятельного принятия решения по лечению - 19,7%. по 10% инвалидов I-III группы (1, 2 группа) так же самостоятельно принимают решение о лечении.

Самый высокий процент развития побочного эффекта при лечении (39,8%) отмечается у детей первых 3-х лет жизни. Минимальная частота побочных явлений регистрируется у больных психическими заболеваниями (0,9%). В остальных группах частота нежеланных явлений колеблется в диапазоне 4-8%.

При выборе препарата, подавляющее большинство пациентов отдает предпочтение импортному лекарственному средству (от 38,7 до 62,4%). Не имеет значения страна производитель для 34,5% инвалидов II-III группы (34,7%) и тружеников тыла - 44,7%.

При назначении лечения врач в основном ориентирует пациента на время приема препарата: от 20% у психических больных до 57% детей первых 3-х лет жизни. Во вторую очередь идут рекомендации о лечении во время обострения (28-45%), за исключением детей. Далее рекомендуется очередность приема препаратов (10-43%). О побочных эффектах при соматических заболеваниях предупреждается в 10-18% случаев, а в случае психических заболеваний - в 26% случаев.

При выборе пути введения лекарственного препарата предпочтения между инъекционным и таблетированным препаратом отсутствуют у инвалидов I-III группы, тружеников тыла и больных бронхиальной астмой. Предпочтителен пероральный путь введения для детей (66,7%), больных сахарным диабетом (52,9%), больных с психическими заболеваниями (73,5%). Не медикаментозные методы лечения особенно распространены у детей (22,6%), больных сахарным диабетом (12,3%) и тружеников тыла (10,5%).

Эффективность проводимого лечения оценивалось субъективно. Самый высокий процент неэффективного лечения у больных бронхиальной астмой (28,5%), инвалидов I-III группы (26,7-27,1%) и тружеников тыла (17,1%). Малоэффективно лечение в группе тружеников тыла (51,3%), инвалидов II-III группы (42,7%), инвалидов I группы, больных бронхиальной астмой, психически-

ми заболеваниями (32-34%), детей и больных сахарным диабетом (21-23%). Самый высокий процент эффективного лечения у больных сахарным диабетом (75,8%), детей первых 3-х лет жизни (72,1%), вольных с психическими заболеваниями (66,4%). Соответственно неудовлетворенность лечением максимальная в группе инвалидов II-III группы (62,7%), далее инвалидов I-II группы (41,3%), тружеников тыла (32,9%) Около 30% больных частично удовлетворены лечением, за исключением больных бронхиальной астмой (17,7%) Удовлетворены лечением в группе детей до 3-х лет (65,6%), больные бронхиальной астмой (60,8%), больных с психическими заболеваниями (59,3%) сахарным диабетом (47,5%).

От проводимого лечения 70,9% в группе детей первых 3-х лет жизни и больных с психическими заболеваниями (62,8%) ожидают получить улучшение качества жизни. Больные сахарным диабетом считают, что лечение увеличивает продолжительность жизни (55,7%). В остальных группах пациентов четких приоритетов результатов лечения нет.

Из причин отказа пациентов от получения льгот стоит трудности выписки рецептов: у инвалидов I-II группы - 61,3%, у больных сахарным диабетом - 58,6%, у больных бронхиальной астмой - 50,8%, инвалидов II-III группы - 46,7%. У детей первых 3-х лет жизни ведущей причиной отказа от льгот стоит хорошее самочувствие (54,8%). Неэффективность лечения как причина отказа от льготного обеспечения составляет менее 10%, за исключением группы тружеников тыла (17,1%). Несмотря на трудности с выпиской рецепта при встрече с врачом больные нередко настаивают на его получении. Всегда и часто это делают 51,2% инвалидов I группы, 57,3% инвалидов II-III группы, 72,3% тружеников тыла. Никогда не настаивают на выписке рецептов 81,4% больных с психическими заболеваниями. При этом пациенты с правом на льготное лекарственное обеспечение достаточно широко пользуются биологически активными добавками. В группе тружеников тыла их принимают 71,1%, инвалидов I-II группы - 65,8%, инвалидов II-III группы - 53,3%, больных сахарным диабетом - 25,4%, больных бронхиальной астмой - 17,7%. больных с психическими заболеваниями - 13,3%.

Несмотря на то, что лекарственное обеспечение проводится на льготных основаниях, пациенты дополнительно покупают лекарства за свой счет. В группе больных с психическими заболеваниями

дополнительно покупают лекарства - 36,3%, труженников тыла - 38,2%, инвалидов I-II группы - 42,1% больных, инвалидов II-III группы - 45,3%, больные бронхиальной астмой - 83,1%, дети первых 3-х лет жизни - 89,2%, больные сахарным диабетом - 92,2%. Дополнительные затраты составляют в основном 500-1000 тенге в месяц.

Таким образом, доля лиц, имеющих право на льготы составляет 20%. Интегральные демографические показатели свидетельствуют о низком уровне популяционного здоровья сельских жителей, сложном социально-экономическом положении сельскохозяйственных регионов, недостаточном развитии системы здравоохранения. Сложным является так же отношение льготных категорий населения к лекарственной терапии. Это неоднородная клиничко-социальная и поло-возрастная группа, с различными социально-психологическими и медицинскими приоритетами в части результатов фармакотерапии. В целом они готовы следовать рекомендациям врача, но субъективная удовлетворенность результатами лечения очень

невелика. При этом рекомендации выполняются не в полном объеме, особенно, в части постоянного приема препаратов. Эти особенности должны обязательно учитываться при проведении реформ в области лекарственного обеспечения.

ТҮЖЫРЫМ

Бізбенен жүргізілген әлеуметтік зерттеулер нәтижесінде дәрі-дәрмектермен қамтамасыз етуде жеңілдіктері бар әр түрлі топтардағы мүгедектерге медициналық-әлеуметтік мінездеме берілді. Анықталған ерекшеліктер дәрі-дәрмектермен қамтамасыз ету аймағында реформа жүргізгенде есептелуі қажет.

Өзекті сөздер: мүгедектер, дәрі-дәрмектер, жеңілдіктер.

SUMMARY

As a result of the carried out sociological research we give the medical-social characteristic to invalids of the various groups having privileges for medical products. The revealed features should be considered at carrying out of reforms in the field of medicinal maintenance.

Keywords: invalids, medical products, privileges.

УСЛОВИЯ ТРУДА И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩИХ ВДОЛЬ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНЫХ МАГИСТРАЛЕЙ РК: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ (обзор литературы)

РЫСКУЛОВА А.Р.

КМУ, г.Алматы

Железнодорожный транспорт Республики Казахстан занимает второе место в СНГ и располагает сетью железных дорог протяженностью 14,5 тысяч км, по которым осуществляется основной пассажиро - и грузооборот экономики страны.

До недавнего времени железные дороги считались относительно безопасным видом транспорта. Если несколько лет назад можно было говорить о преобладании природных факторов в гибели и травмах людей, то сегодня резко возросла доля техногенных катастроф. В Казахстане эта проблема так же является актуальной.

Возможности отрасли здравоохранения республики сегодня не отвечают в полной мере по-

требностям общества в хорошо организованной и эффективной медицинской помощи, что определяет необходимость проведения радикальных реформ системы здравоохранения, соответствующих социально-экономическим условиям развития общества

[!].

За последние годы в стране создана серьезная нормативно-правовая база для проведения реформ отрасли. Это Законы Республики Казахстан «О санитарно-эпидемиологическом благополучии» (1994), «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» (1999), Указы Президента Республики Казахстан «О первоочередных мерах по улучшению состояния здоровья граждан Рес-

публики Казахстан» (1998), государственной программе «Здоровье народа», Постановления Правительства Республики Казахстан «О мерах по выполнению Указа Президента Республики Казахстан «О государственной программе «Здоровье народа» (1998), «О мерах по улучшению первичной медикосанитарной помощи сельскому населению» (1999), «О Концепции приватизации объектов здравоохранения в Республике Казахстан» (2000), «О концепции дальнейшего развития здравоохранения Республики Казахстан в 2000-2005 годах» (2000), «Об утверждении правил приватизации объектов здравоохранения» (2000) и другие документы [2]. Указанные документы достаточно четко отражают концептуальные подходы государства к охране здоровья граждан, в их числе: разделение ответственности государства, работодателей и самих граждан за создание условий, способствующих формированию, развитию и укреплению здоровья народа, равенство граждан в получении медицинской помощи, социальная защищенность в случае утраты здоровья, научность и профилактическая направленность медико-санитарных и медико-социальных мероприятий, приоритетность решения проблем, связанных с охраной здоровья, свобода функционирования, наряду с государственными, частных медицинских учреждений [3, 4, 5].

Законодательная база в сфере здравоохранения сегодня позволяет реализовать соответствующие демократическим нормам принципы

Однако темпы практической реализации реформ в здравоохранении отстают как от предоставленных законодательством возможностей, так и от реальных потребностей населения в действительности.

Железнодорожные магистрали в Республике Казахстан представляют собой химическую обработку шпал и других изделий из древесины, используемых на железнодорожных магистралях с целью продления срока их службы. Ежегодно в железно дорожной магистрали страны пропитываются антисептиками около 7 миллионов шпал и 4 тысяч комплектов брусьев для стрелочных переводов.

Поэтому железнодорожные магистральные поселения стоят ближе всего к химическим производствам в связи с использованием в технологическом процессе антисептиков по пропитке древесины. Доминирующим производственным фактором шпалопрпиточного процесса являет-

ся -химический [8-10] (как при ингаляционном воздействии, так и при контакте с кожей работников). Многие работы проводятся на открытом воздухе.

Основным неблагоприятным фактором на ЖДМ, по данным Н.М.Борща [11], является наличие в воздухе химических веществ, в частности -нафталина, бензола, толуола, фенола, ацетона, пиридина. Авторами данной работы произведено отбор пробы воздуха в крышечном, машинном отделениях (у пультов управления крышками) и в полувагонах во время погрузок пропитанных шпал.

Следует особо, с гигиенической точки зрения, отметить непостоянство химического состава используемых антисептиков, связанное с поступлением их как с разных заводов, так и с тем, что каждая новая партия сливается в одно общее хранилище.

Однако, до настоящего времени в литературе отсутствуют сведения о гигиене проживающих в регионе Сибири. Нет сведений о концентрациях веществ на основных селитебных зонах с учетом химического состава антисептиков, не определены классы вредности и опасности, тяжести и напряженности труда работающих, не дана оценка профессиональных рисков, не разработаны пути оздоровления условий труда проживающего населения.

Таким образом, анализ литературы свидетельствует, что долгое проживание вдоль ЖДМ и трудовая деятельность рабочих в них, связана с воздействием на организм целого ряда неблагоприятных факторов. Вместе с тем, до настоящего времени не дано комплексной гигиенической оценки населения условиям длительного проживания по показателям вредности и опасности ОС вдоль располагающихся большой ЖДМ. Отсутствуют данные об уровнях, структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Не исследованы компоненты, входящие в состав ОС. Не предложено системы научного обоснования мероприятий по организационно-гигиенического мониторинга ОС и здоровья населения проживающих вдоль ЖДМ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гоженко А.И. Современные проблемы транспортной медицины // О мерах по усилению и обеспечению взаимодействия контролирующих органов по санитарной охране территорий и государственной границы Республики Казахстан: сб. мат. науч.-практ. конф. - Астана, 2006. - С. 251-252.

2. Шайсултанов К.Ш. Научные основы разработки санитарно-эпидемиологических требований по гигиенической безопасности перевозок на железнодорожном транспорте в современных условиях. Дисс. д.м.н. - РК. Алматы.-2009. -40 с

3. Каськов Ю.Н., Сурикова С.С., Артеменков Ю.М. Актуальные проблемы санитарной охраны территории на железнодорожном транспорте в современных условиях *НО* мерах по усилению и обеспечению взаимодействия контролирующих органов по санитарной охране территорий и государственной границы Республики Казахстан: сб. мат. науч.-практ. конф. - Астана, 2006. - С. 12-15.

4. Измеров Н.Ф. Роль профилактической медицины в сохранении здоровья населения //Медицина труда и промышленная экология. Москва, 2000. -№1.- С. 1-6.

5. Омарова М.Н., Шарбаков А.Ж., Шарипова Г.Ж. Гигиено- физиологические исследования условий труда локомотивных бригад депо ст.Алматы 1 //Пути совершенствования санэпидслужбы на транспорте Казахстана в современных условиях: сб.мат. науч.-практ. конф.- Астана, 2005. -С. 133-136.

6. Цфасман А.З. Железнодорожная медицина. Пульмонология. /А.З.Цфасман. - Москва: Астра-7, -2000. - 328 с.

7. Тихова Т.С. Условия труда на современных шпалозаводах. /Т.С.Тихова, Е.В.Трофимова// Медицина труда, гигиена и эпидемиология: Сборник на учено-практических работ. - Москва, -2001. -С.93-97.

8. Кривуля С.Д. Руководство по железнодорожной медицине. Гигиена на железнодорожном транспорте. / С.Д.Кривуля, Ю.Н.Коршунов. -Москва: Полигран, - 1991. -т.2. -ч.2. -С.299

9. Сибилев В.М. Руководство по железнодорожной медицине. /В.М.Сибилев, Ю.Н.Коршунов, А.З.Цфасман. - Москва: ТРАНСПОРТ, -1991. -т.2. -299с.

10. Бориц Н.М. Вопросы гигиены труда в шпалопропиточном производстве: Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук /Институт гигиены им.Ф.Ф.Эрисмана. -Москва., -2002. -23с.

ТҮЖЫРЫМ

Әдеби шолуға жасалған мақалада ҚР темір жол бойында тұратын халықтардың жағдайы мен аурулары туралы, олардың қазіргі жағдайы туралы айтылады

SUMMARY

In overview article is spoken about condition of the labour and diseases of the population living along iron-road pathways RK: modern condition of the problem.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

АЙГЫРБАЕВА А.Н.

ГККП «Центр первичной медико-санитарной помощи «Кулагер»,
Управления здравоохранения города Алматы

В Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» дано следующее определение первичной медико-санитарной помощи — это доврачебная или квалифицированная медицинская помощь без круглосуточного медицинского наблюдения, включающая комплекс доступных медицинских услуг, оказываемых на уровне человека, семьи и общества.

В данный комплекс услуг включены следующие: 1) диагностика и лечение наиболее распространенных заболеваний, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; 2) санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очагах инфекционных заболеваний; 3) гигиенические обучение населения, охрану семьи, материнства, отцовства и детства; 4) разъяснительная работа

по безопасному водоснабжению и рациональному питанию.

Одним из проблемных вопросов в организации первичной медико-санитарной помощи населению является дефицит кадров, особенно участковой службы. По итогам 2009 года укомплектованность медицинских организаций врачами города Алматы составила 92,6% (2008г. — 92,7%), специалистами со средним медицинским образованием — 94,9% (94,4%). Обеспеченность штатных должностей физическими лицами врачей составила 73% (2008г. — 75%), специалистами со средним медицинским образованием — 69% (72%).

На сегодня каждый пятый территориальный участок не имеет участкового врача. Основными причинами оттока кадров являются низкий уровень заработной платы (даже после повышения

средняя заработная плата врача ниже среднего-родского уровня), большая психо-физическая нагрузка, низкий социальный статус. Именно поэтому, и в соответствии с Посланием Главы нашего государства Н.А.Назарбаева, проведена большая работа для внедрения дифференцированной оплаты труда, с учетом его объема, качества, сложности и напряженности.

С января 2007 года заработная плата участковых специалистов повысилась в среднем: врача в 2,3 раза, медсестры — в 2 раза. Принятые меры способствуют изменению ситуации с кадровой обеспеченностью здравоохранения. Но кроме этого, необходимы и нормативные механизмы регулирования закрепления выпускников медицинских ВУЗов, обучавшихся по государственным грантам, повышение привлекательности работы

К большому сожалению, система организации работы поликлиники и условия деятельности участкового врача в последние десятилетия не способствовали становлению его как хорошего домашнего доктора. Сегодня участковый терапевт оказывает больным только терапевтическую помощь по ограниченному перечню заболеваний. Этому в большой степени способствовало появление в поликлиниках многочисленного отряда других специалистов — пульмонологов, нефрологов, эндокринологов, аллергологов, ревматологов, геронтологов, гастроэнтерологов и многих других.

Опыт развитых стран показывает, что большинство взрослого и детского населения медицинскую помощь получает у врачей общей практики — как мы говорим, семейного врача. Основной задачей семейного врача является интегральный подход к здоровью населения, более 80% которых находится под диспансерным наблюдением.

Мировой опыт работы врачей общей практики показывает, что более 80% населения от прикрепленного контингента находится у них под диспансерным наблюдением. В результате постоянного наблюдения у семейного врача, знающего все особенности состояния здоровья каждого из членов семьи, отмечается снижение уровня госпитализации — на 30%, уменьшение обращаемости в службу неотложной и скорой помощи — на 40%.

В настоящее время в государственных медицинских организациях города Алматы работает 45 врачей общей врачебной практики, это составляет всего лишь около 3% от общего числа врачей амбулаторно-поликлинического звена.

В связи с этим, остро стоит вопрос подготовки и разработка механизма закрепления подготовленных семейных врачей в системе здравоохранения, который решается в масштабе республики, для решения которого выделяются республиканские трансферты на обучение врачей общей практики.

Государственной программой реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы предусмотрен постепенный, эволюционный переход к модели оказания амбулаторно-поликлинической помощи, основанной на принципах общей врачебной практики, проведена ее реструктуризация с созданием поликлиник смешанного типа.

Таким образом, вопросы развития и совершенствования первичной медико-санитарной помощи неразрывно связаны с решением дефицита кадрового обеспечения, что позволит значительно повысить эффективность проводимых профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КАЗАХСТАНА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

СУЛЕЕВА Б.О., ИГЛИКОВА А.Э., АЛИМБАЕВА Ж.Ж.

Алматинский Государственный институт усовершенствования врачей, г.Алматы

Офтальмология всегда вносила весомый вклад в дело охраны зрения людей, однако, начиная с 1992 года, происходит снижение как количественных, так и качественных показателей бюджетной офтальмологической службы. Началось формирование и активное развитие альтернативной офтальмологической помощи на внебюджетной основе. За этот период из 8 областных офтальмологических больниц осталась лишь одна в Южно-Казахстанской области, уменьшилось число глазных отделений и глазных кабинетов в поликлиниках в составе ЛПУ.

Ухудшилось оказание специализированной офтальмологической помощи сельскому населению. Это связано с нехваткой специалистов, удаленностью проживания населения, плохими условиями транспортной связи. Кроме того, специалисты, работающие в районах, лишены современной диагностической аппаратуры и микрохирургического оборудования, имеются сложности с получением информации о новейших методах диагностики и лечения глазных заболеваний, в ЦРБ исчезли кабинеты детского приема.

Все это не могло не сказаться на уровне заболеваемости офтальмопатологией среди населения республики и качестве оказываемой специализированной помощи.

Так при анализе качества оказываемой помощи больным глаукомой установлено, что в 80% случаев отдельными офтальмологами проводится недостаточный объем функционально-диагностических исследований, с использованием преимущественно малоэффективных в прогностическом плане методов (визометрия, однократная тонометрия), что приводит к неправильной трактовке формы и стадии глаукоматозного процесса [1].

Развитие амбулаторной офтальмологической службы в настоящее время является главным направлением в практике оказания медицинской помощи больным с патологией органа зрения. Глазные болезни, как нозологическая единица, в общей структуре заболеваемости занимают шестое место, однако, по тяжести исходов и социальным затратам на компенсацию слепоты и слабовидения этот вид патологии значительно превышает другие заболевания.

Население Алматинской области на 2004 год составляло более 1,5 млн. человек, из них около

1 млн - взрослые, 72% всего населения проживает в сельской местности [1]. В связи с широкой распространенностью, ежегодным ростом уровня заболеваемости и инвалидности, глаукома, слабовидение и слепота являются одной из важнейших медико-социальных проблем офтальмологии, которые приводят к инвалидности и относятся к социально значимым заболеваниям.

В 2004-2006гг среди впервые признанных инвалидами составляют лица трудоспособного возраста в возрасте от 40 до 58 лет- 53,8% и до 39 лет -27% соответственно [2].

По основным видам офтальмопатологии глаукома лидирует среди нозологических форм первичной инвалидности по зрению [1]. Первичная закрытоугольная глаукома составляет не менее 20% от числа больных первичной глаукомой, а в районах Средней Азии и Казахстана эта форма заболевания преобладает среди коренного населения и составляет до 45% среди больных первичной глаукомой. Удельный вес глаукомы в структуре всей патологии глаза в 2008г составил 12% [3]. Ежегодно глаукомой болеет 1 из 1000 человек в возрасте от 40 до 45 лет. Уже сегодня не менее 105 млн. людей на нашей планете болеют глаукомой, из них 9,1 млн. — слепые на оба глаза. По данным МЗ РК, на 2007 год количество больных глаукомой составляло 37744 человек, на диспансерном учете из них состоит только 65,4%, при этом показатель болезненности - 298,2 на 100 тыс. взрослого населения, показатель заболеваемости - 55,3. Заболевание глаукомой выявляется только при непосредственном обращении больного к офтальмологу, когда процесс чаще диагностируется в запущенных стадиях: первая стадия- 27,8%, вторая стадия- 27,7%, третья и четвертая стадии- 45%, при этом лица моложе 40 лет страдают глаукомой в 10% случаев. В отдельных поликлиниках процент слепоты и слабовидения среди глаукомных больных составляет 38- 52% [3].

Неуклонный рост общего числа сосудистых и эндокринных заболеваний приводит к увеличению количества больных с сосудистой патологией глаз и является одной из основных причин инвалидности среди лиц трудоспособного возраста. Слепота на почве указанных заболеваний увеличилась за последние 30 лет от 1 до

15%, а в США- до 19%, превышая ее уровень при глаукоме [4]. Основными заболеваниями, приводящими к слепоте и слабовидению, являются диабетическая и гипертоническая ретинопатии, острые сосудистые нарушения сетчатки и зрительного нерва и хориоретинальные дистрофии. Чаще всего больные с сосудистой патологией обращаются к врачу уже с развитыми и далекозашедшими стадиями заболевания. В структуре сосудистой офтальмопатологии первое место занимает диабетическая ретинопатия (ДР), потеснив хориоретинальные дистрофии и острые сосудистые нарушения. По данным М.Б. Имантаевой (2003г) по проблеме «Сосудистая патология глаза» распространенность диабетической ретинопатии среди больных сахарным диабетом различна и составляет от 23 до 98%. ДР является ведущей причиной слепоты среди лиц трудоспособного возраста в развитых странах мира и занимает 2 место после гипертонической болезни в структуре осложнений сахарного диабета. Она составляет в среднем от 11,8% в Восточно-Казахстанской области до 49,3% в Западно-Казахстанской, в среднем 24,2% [4]. Одновременно с целенаправленным осмотром пациентов с неврологическим статусом выявлен высокий процент ангиопатий сетчатки до 28%. [5].

К 2007 г. в РК значительно увеличилось число больных с конъюнктивитами: до 14,4% против 4,2% в предыдущие годы [5].

В настоящее время проведение диспансеризации населения с целью раннего выявления глаукомы и других заболеваний глаз, таких как миопия, макулодистрофия, атрофия зрительного нерва и ряда других, которые приводят к слепоте и слабовидению, почти не проводится. Диспансерное обслуживание пациентов нередко сводится лишь к их учету, без наблюдения и назначения адекватного лечения.

Важно также, что только половина пациентов знает о своей болезни и еще столько же больных не подозревают об этом. Врачи поликлинической службы ведут прием больных с наиболее распространенной глазной патологией, на каждого больного заполняется документация: амбулаторная карта, диспансерная карта учета, но нет единых требований к заполнению данной документации, что затрудняет работу врача-офтальмолога на приеме, отдельными офтальмологами проводится недостаточный объем функционально-диагностических исследований, что приводит к неправильной трактовке диагноза.

В связи с увеличением показателей заболеваемости болезнями глаз необходима разработка

комплексных мероприятий, а именно внедрение медико-организационных технологий, которые повысят уровень и качество оказываемой офтальмологической помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне, и снизят уровень офтальмопатологии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Материалы международной конференции. «Актуальные вопросы диагностики и лечения глаукомы и сосудистой патологии органа зрения». Алматы 2005г. Ст. «Проблемы борьбы с глаукомой в Алматинской области». А.И. Белошапкин, Ю.С. Краморенко, С.Е. Исламова, Р.Р. Михалева, К.М. Невенчанный. Областная больница, г. Талдыкорган. КазНИИ глазных болезней, г. Алматы, стр. 93.
2. Казахстан офтальмологиялык журналы- № 1- 2008 г. М. Ж. Кожакбаева. «Социально-гигиеническая характеристика инвалидов вследствие офтальмопатологии». Казахстан офтальмологиялык журналы-№ 1-2008г, стр. 31, 32.
3. Казахстан офтальмологиялык журналы- № 4- 2008 г. Результаты скрининг- обследования на глаукому в поликлиниках г. Алматы. Т.К. Ботабекова, М.М. Курмангалиева, Н.А. Алдашева, С.Е. Исламова, М.С. Худжатова. Казахский НИИ глазных болезней, г. Алматы, стр. 10, 11.
4. Сборник научных трудов международной конференции «Актуальные проблемы офтальмологии». Алматы 2003г. Основные научные разработки по проблеме «Сосудистая патология глаза». М.Б. Имантаева г. Алматы, Казахстан.
5. Казахстан офтальмологиялык журналы- 2008 г. № 2 (26)- С.2. «Анализ работы глазного кабинета ЦРБ с. Узун - Агаш Жамбылского района Алматинской области». М.К. Агзамова, Г.М. Абдиева., стр. 48, 49.

ТҮЖЫРЫМ

Қазіргі уақытта көру мүшесінде ақауы бар науқастарға медициналық көмек көрсету, емхана жағдайында офтальмологиялық қызметті дамыту негізгі бағыт болып табылады. Науқастарға көрсетілген көмектің деңгейі мен сапасын зерттегенде, кейбір офтальмологтарда функциональді-диагностикалық зерттеулер толық көрсетілмей, диагнозы дұрыс қойтауға әкеледі. Көз аурулары аурутандығының көрсеткішінің көбеюіне байланысты, емхана жағдайында офтальмологиялық көмектің деңгейі мен сапасын көтеру үшін кешенді шаралар талдауды жетілдіру, соның ішінде медико- ұйымдастыру технологиясын енгізу арқылы көз ақауының аурушандығын төмендеуге болады.

SUMMARY

In analyzing the quality and level of care patients found that individual ophthalmologists performed the insufficient functional and diagnostic studies, which leads to an incorrect interpretation of the diagnosis. The development of outpatient ophthalmic services are now a central focus in the practice of providing medical care to patients with pathology of the organ of vision. Due to the increased morbidity eye diseases requires the development of integrated activities, namely the introduction of medical and organizational technologies that will improve the level and quality of eye care in the outpatient level, and reducing morbidity in ophthalmic pathology.

*Жекелей және түсіндіріп тарату дәрежесіндегі профилактика.
Жұмысберуші мен адамның өз денсаулығын сақтаудағы мемлекеттің ролі —
Профилактика на популяционном и индивидуальном уровне.
Роль государства, работодателя и человека в сохранении своего здоровья*

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

К.Т.МЫРЗАХМЕТОВ, С.М.КУШЕНОВА.

Кызылординский областной центр формирования здорового образа жизни, г.Кызылорда

В настоящее время распространенность ожирения достигает масштабов эпидемии, в связи с чем это заболевание становится одним из наиболее социально значимых. Его высокая распространенность обусловлена урбанизацией, снижением физической активности, доступностью калорийной пищи.

Ожирение представляет собой хроническое гетерогенное заболевание, связанное с рядом генетических и неврологических факторов, стилем жизни и особенностями пищевого поведения. Ожирение приводит к развитию многочисленных заболеваний, высокой инвалидизации к снижению общей продолжительности жизни больных.

В связи с этим избыточная масса тела давно перестала рассматриваться как сугубо эстетическая проблема и расценивается как важный фактор, влияющий на здоровье, трудоспособность и качество жизни. На это прямо указывает частая связь ожирения с такими распространенными и социально значимыми заболеваниями, как сахарной диабет, артериальная гипертензия, атеросклероз, ИБС, синдром обструктивного апноэ во сне, нарушения репродуктивной функции, онкологические заболевания./1/

Резко ограничивая свою физическую подвижность, люди начинают страдать от малоподвижности — гипокинезии. У них нарушаются механизмы физиологической регуляции, ухудшаются жизненные реакции нервной системы, обмена веществ, органов кровообращения, дыхания,

пищеварения и выведения. Привычный прием пищи обычном в таком случае приводит к накоплению в организме избыточного количества жировой ткани.

От того, как организован режим дня и как используются занятия физической культурой и спортом, во многом зависит деятельность различных систем и органов человека. Покой и движения в режиме каждого дня должны дополнять друг друга.

Французский клиницист Тиссо писал: «Движения могут заменить лекарства, между тем как всевозможные лекарства, вместе взятые никогда не могут заменить движения»./2/

Для определения распространенности ожирения, избыточной массы тела и занятий физическими упражнениями среди взрослого населения Кызылординской области областным центром здорового образа жизни проведено анкетирование с охватом городского и сельского населения. Всего в анкетирование участвовало 5049 респондентов. В анкете отмечался возраст, рост, вес, пол (мужской, женский), были следующие вопросы: 1- занимаетесь ли вы физическими упражнениями ежедневно? с ответами да, нет; 2- сколько времени занимаетесь физическими упражнениями? с ответами 10 минут, 20 минут, 30 минут; 3- какое количество овощей и фруктов ежедневно используете в рационе? с ответами 100 грамм, 200 грамм, 300 грамм, 400 грамм.

Таблица 1. Типы массы тела среди женщин в абсолютных числах

Возраст	Дефицит Массы Тела	Нормальная Масса тела	Избыточная Масса тела	Первая Степень ожирения	Вторая Степень ожирения	Третья Степень ожирения	Всего
20-30лет	92	587	231	58	10	-	978
30-40лет	46	420	342	102	21	3	934
40-50лет	28	237	352	119	37	11	784
50-60лет	7	168	295	97	24	8	599
60-70лет	-	73	51	12	3	2	141
70лет и более	-	-	-	-	-	-	-

Таблица 2. Типы массы тела среди мужчин в абсолютных числах

Возраст	Дефицит Массы тела	Нормальная Масса тела	Избыточная Масса тела	Первая Степень ожирения	Вторая Степень ожирения	Третья Степень ожирения	Всего
20-30лет	22	347	115	17	2	-	503
30-40лет	10	155	183	21	9	-	378
40-50лет	8	115	149	28	13	2	315
50-60лет	7	107	169	43	24	3	353
60-70лет	-	29	27	3	1	-	60
70лет и более	-	4	-	-	-	-	4

По показателям роста и веса учитывая возраст и пол был определен индекс массы тела для каждого участника и разделение по типам массы тела.

Из таблиц 1 и 2 видно что избыточная масса тела и ожирение встречается во всех возрастных категориях как среди мужчин так и среди женщин. Мужчин с нормальной массой тела больше (46,8%), чем женщин (43,2%), но несмотря на эти цифры мужчин (39,8%) с избыточной массой тела оказалось также больше чем женщин (36,9%). Максимальный процент избыточной массы тела среди мужчин встречается в возрастных категориях от 30 до 60 лет (30-40 лет-48,4%; 40-50 лет-47,3%; 50-60 лет-47,8%), а среди женщин от 40 до 60 лет (30-40 лет-36,6%; 40-50 лет-44,8%; 50-60 лет- 49,2%), это указывает на то, что мужчины менее подвижны уже в ранних возрастах и более склонны к ожирению.

При подсчете ежедневных занятий физическими упражнениями 2899 человек дали положительный ответ, что составляет 57,4% от общего числа респондентов. Из них занимаются ежедневно физическими упражнениями в течении 10 минут 1247 человек (24,6%), в течении 20 минут 1034 человек (20,4%), в течении 30 минут 618 человек (12,2%). Просмотрев анкеты мужчин и женщин занимающихся ежедневно физическими упражнениями в течении 30 минут, выяснилось, что индекс массы тела у них в большинстве случаев нормальный и только у 2,1% имеется избыточная масса тела.

Такие же результаты по подсчетам в анкетах на вопрос по ежедневному использованию в рационе овощей и фруктов. Те респонденты которые используют в рационе ежедневно 400 грамм овощей и фруктов в большинстве случаев имеют нормальную массу тела 638 человек, что составляет 12,6% от общего числа опрошенных.

Чтобы снизить вес и удержать его в здоровых пределах ежедневный рацион должен соответствовать принципам пищевой пирамиды. Обязательно включать в рацион источники сложных

углеводов и клетчатки для получения энергии и удаления балластных веществ (размер порции — соответствует величине сжатого кулака): хлеб черный, зерновой, с отрубями (2-3 кусочка в день), гречка, рис, пшено, овсянка, злаковые смеси (1-2 порции в день), макароны из пшеницы твердых сортов с нежирными соусами (1-2 раза в неделю), овощи свежие, отварные, тушеные, приготовленные на гриле или овощной суп (не менее 3-4 порций в день), зелень, фрукты и ягоды по сезону (не менее 2 фруктов в день).

Для поддержания мышечной массы и укрепления иммунной системы ежедневно необходим белок. Он может быть животного происхождения — 1 порция (125г): нежирная морская и речная рыба -2-3 порции в неделю; жирная морская рыба (сельдь, палтус) и красная рыба (семга, форель)-1-2 порции в неделю; белое мясо птицы -1-2 порции в неделю; постное мясо (говядина, телятина, баранина, свинина) -1-2 порции в неделю; яйца-до 3 штук в неделю; морепродукты - не менее 1 порции в неделю. Молочные продукты пониженной жирности; творог, кефир, ряженка, сыры рассольного типа (брынза, сулугуни, козий сыр), также являются источниками белка животного происхождения и кальция необходимого для костей и суставов, 1-2 раза в неделю полезно включать в меню продукты, богатые растительным белком: зеленый горошек, зерновую фасоль, чечевицу, продукты из сои, грибы. Общий объем потребляемой жидкости (питьевая вода, чай с мелиссой, мятой, шиповником, зеленый чай, разбавленные водой фруктовые соки и морсы) должен составлять не менее 1,5литра в день при ограничении потребления поваренной соли до 1 чайной ложки в день.

Наряду с соблюдением принципов рационального питания полезны также занятия спортом, физическими упражнениями.

Полезно ежедневно совершать три прогулки по 10 минут в среднем темпе, выходить раньше на одну остановку, пользоваться лестницей вмес-

то лифта, гулять с собакой, работать в саду. Следующим шагом может стать посещение бассейна — плавание, аквааэробика. Летом хорошо вместе с детьми играть в бадминтон, кататься на велосипеде, зимой отправляется на лыжные прогулки./3/

Полнота всегда старит человека и делает его менее здоровым и жизненно способным. Если к малой подвижности и перееданию прибавляются нервные нагрузки и отрицательные эмоции (обида, страх, злость, ревность, зависть, досада и т.п.), то в организме происходят различные виды нарушения обмена веществ (ожирение, диабет и др.) Чтобы предохранить себя от болезней такого рода, прежде всего, необходимо в полной мере трудиться, активно участвовать в общественной жизни, правильно отдыхать, соблюдая рациональный ре-

жим каждого дня, недели, года. Способность критически относиться к себе неопределима. Люди должны выделять из бюджета своего времени час-полтора на занятия физической культурой, не откладывая своего решения на весну или на лето./2/

ТҮЖЫРЫМ

Сауалнама нәтижесін қорытындылай келгенде ұтымды тамақтану шарттарын сақтап, күнделікті ас мәзірінде жеткілікте мөлшерде көкөністер мен жеміс-жидектерді қолданып, дене жаттығуларымен айналысу арқылы салмақ пен семіздіктен арылудың ең тиімді жолы болмақ.

SUMMARY

Thus on the basis of questionnaire «The principles of a balanced diet», for daily use in a diet rich in vegetables and fruits and daily physical exercise it is possible to avoid problems with excessive body weight and prevent obesity.

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА И ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ К СОБСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ

ИМАНГАЛИЕВА А.А.

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы

Одним из наиболее значимых показателей отношения индивидуума к здоровью является субъективная оценка им своего физического и психо-эмоционального состояния. Субъективная оценка здоровья, с одной стороны, рассматривается как один из показателей здоровья населения, с другой, оно является регулятором само-сохранительного поведения. Доказано, что в обеспечении психического и физического здоровья населения субъективный фактор играет немало-важную роль [Калмаханов С.Б., 2006].

Одной из задач проведенного исследования было изучение субъективной оценки и отноше-

ние студентов к собственному здоровью. В исследовании участвовало 846 студентов 1-5 курсов двух крупных ВУЗ-ов г.Алматы (Казахский Государственный Женский педагогический университет, Казахский Национальный аграрный университет). Студенты-парни составили 23,2%, студентки-девушки — 76,8% опрошенных.

На вопрос: «Как Вы оцениваете свое здоровье?» более половины всех опрошенных оценили как «Хорошее», практически каждый третий выбрал ответ «Отличное», каждый шестой «Удовлетворительное». 2,4% не смогли оценить свое здоровье (Рисунок 1).

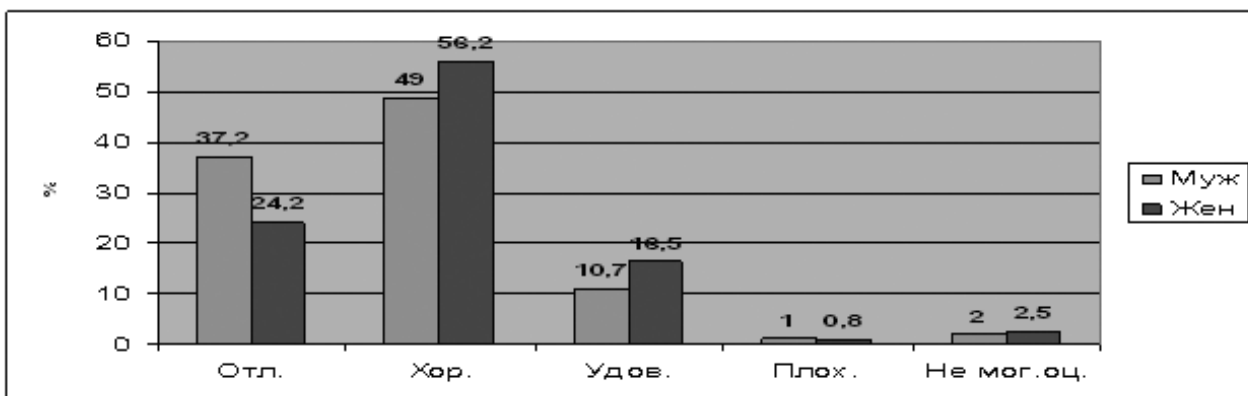


Рис. 1. Субъективная оценка здоровья согласно половой принадлежности

Выявлены достоверные различия между полом и субъективной оценкой здоровья ($\chi^2=14,430$; $df=4$; $p<0,01$). Студенты-парни достоверно чаще (н.о. = 2,7; $p<0,01$) отмечают свое здоровье как «отличное».

Следовательно, студентки-девушки более критично относятся к состоянию своего здоровья. Такая картина наблюдается и у других исследователей (Дмитриева Н.В., 1991; Максимова Т.М., 2002; Максименко Л.Л., Курьянов А.К., 2003).

На вопрос: «Чем обосновывается оценка здоровья?» половина респондентов ответили, что болеют редко и легко переносят заболевания. Каждый третий отметил, что практически не болеет. У студентов-парней этот процент выше, чем у студенток-девушек (41,8% и 28,3% соответственно). Каждый седьмой имеет в анамнезе частые простудные заболевания (студентки-девушки – 13,2%, студенты-парни – 9,2%). 4,0% имеют хронические заболевания с редкими обострениями, причем этот показатель наиболее высокий у студентов старших курсов (1-курс – 1,9%, 2-курс – 1,7%, 3-курс – 7,7%, 4-5 курс – 7%).

Корреляция по Кендаллу показала, что существует корреляционная зависимость между переменными «курс» и «обоснование оценки своего здоровья» ($\tau=0,050$; $p<0,05$).

Студенты-парни достоверно чаще (н.о. = 2,6; $p<0,01$) отмечают, что практически не болеют. Средний ранг у студентов – парней составил 364,76; а у студенток – девушек – 429,52. Двухвыборочный тест Колмогорова-Смирнова показал, что данное различие является статистически значимым (z Колмогорова – Смирнова = 1,673; $p<0,01$). Более низкий ранг соответствует более высокому показателю, т.е. студенты-парни чаще, чем студентки-девушки отмечают, что практически не болеют.

Половина из всех опрошенных респондентов отметили, что сейчас их здоровье примерно так же, как год назад. 38,2% отметили, что лучше, чем год назад. Причем наиболее высокие проценты по данной позиции у студентов начальных курсов (1-курс – 41,3%, 2-курс – 43,0%, 3-курс

– 36,2%, 4-5 курс – 29,1%). В разрезе студенты-парни и студентки-девушки первые отмечают этот факт чаще (43,9% против 36,5%). 9,1% отметили, что здоровье их сейчас хуже, чем год назад. Субъективное ощущение ухудшения здоровья растет с курсом. Ответы старшекурсников значительно отличаются от ответов студентов обучающихся на начальных курсах (1-курс – 6,3%, 2-курс – 7,0%, 3-курс – 12,3%, 4-5 курс – 12,2%). По данному факту у студенток-девушек процент выше (10,5% против 4,6%).

Критерий χ^2 выявил наличие соответствия между переменными «курс» и «состояние здоровья год назад» ($\chi^2=16,730$; $df=8$; $p<0,05$). Корреляция по Кендаллу показала, что существует статистически значимая корреляционная зависимость между переменными «курс» и «здоровье год назад» ($\tau=0,099^{**}$, $p<0,001$). Между полом респондентов и состоянием здоровья год назад так же имеются достоверные различия ($\chi^2=7,906$; $df=2$; $p<0,05$).

Более половины всех опрошенных отметили, что в течение последнего года болели 1-2 раза, каждый третий отметил, что не болел ни разу (28,6%) – наиболее высокие показатели у студентов 1-го курса (33,8% против 29,6%, 21,85%, 26,9% и 21,1%). 11,7% болели 3-4 раза. Исследование показало, что чем старше курс, тем чаще болеют. По позиции «ни разу не болел/а» высокий процент у студентов-парней – 42,3%, у студенток-девушек он составил 24,5%. У студенток-девушек высокий процент наблюдается по позиции «болела 3-4 раза» – 14,0% против 4,1%. χ^2 – тест по Пирсону показал, что есть статистически значимое соответствие между полом респондентов и количеством болезней за год ($\chi^2=32,536$; $df=4$; $p<0,001$).

Студенты-парни достоверно чаще (н.о. = 3,6; $p<0,001$) отмечают, что за последний год ни разу не болели (z Колмогорова – Смирнова = 2,175; $p<0,001$).

Каждый третий из опрошенных (34,6%) отметил, что имеет то или иное хроническое заболевание. Чем старше курс, тем выше процент студентов имеющих хронические заболевания (Рисунок 2).

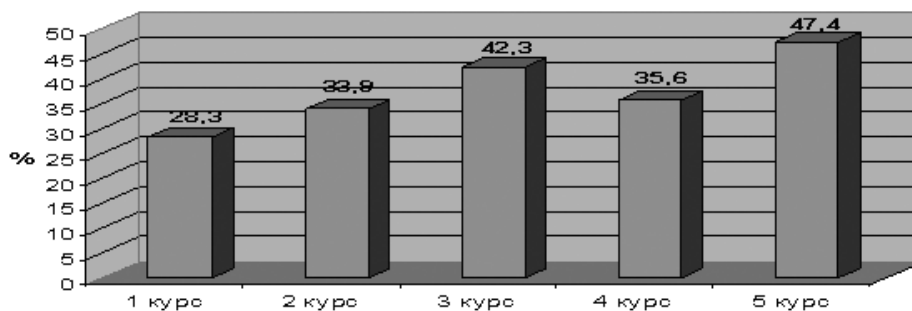


Рис. 2. Хронические заболевания у студентов согласно курсу

Наличие того или иного хронического заболевания преимущественно отмечали студентки-девушки (38,6% против 21,4%). Исследование выявило статистически достоверные различия между полом респондентов и наличием того или иного хронического заболевания ($\chi^2=19,649$; $df=1$; $p<0,001$). Метод нормированных остатков показал, что студенты-парни достоверно чаще по сравнению с ожидаемым интервалом (н.о. = 2,3; $p<0,05$) отмечают, что не имеют хронические заболевания. Это подтверждает метод «Отношение шансов риска», который равен 0,434 (доверительный интервал 0,298 – 0,631). Шансы мужчин на ответ «нет хронических заболеваний» достоверно выше, чем у женщин ($p<0,05$).

Каждый десятый респондент ответил, что имеет хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта (10,2%), каждый шестнадцатый дыхательной системы (5,9%), далее идут болезни органов зрения – 5,4%, сердечно-сосудистой системы – 4,3%, мочеполовой системы – 3,8%.

Метод нормированных остатков показал, что студенты 3 и 5 курсов достоверно чаще по сравнению с ожидаемым интервалом (н.о. = 2,7 и 2,6 соответственно; $p<0,01$) отмечают, что имеют хронические заболевания мочеполовой системы.

«Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта» чаще отмечали студентки-девушки – 12,2% против 3,6% ($\chi^2=12,146$; $df=1$; $p<0,001$). «Отношение шансов риска» равен 3,736 (доверительный интервал 1,695 – 8,233). Шансы студентов-парней на ответ «не имею хроническое заболевание ЖКТ» достоверно выше, чем у студенток-девушек ($p<0,05$). Что касается болезней органов дыхания, то различия между студентами-парнями и студентками-девушками незначительные (5,6% и 6,0% соответственно). По хроническим заболеваниям органов зрения половые различия составили 1,5% и 6,6% соответственно ($\chi^2=7,572$; $df=1$; $p<0,01$). «Отношение шансов риска» равен 4,557 (доверительный интервал 1,398 – 14,854). Шансы мужчин на ответ «не имею хроническое заболевание органов зрения» достоверно выше, чем у женщин ($p<0,05$). «Хронические заболевания мочеполовой системы» – 0,5% против 4,8% ($\chi^2=7,506$; $df=1$; $p<0,01$). «Отношение шансов риска» равен

9,766 (доверительный интервал 1,325 – 72,003). Шансы мужчин на ответ «не имею хронические заболевания мочеполовой системы» достоверно выше, чем у женщин ($p<0,05$).

На утверждение: «У меня отличное здоровье» 34,2% - ответили «определенно верно», 26,6% «в основном верно», 25,8% - «не знают» ($\chi^2=52,099$; $df=20$; $p<0,001$). Студенты 4 и 5 курсов достоверно чаще по (н.о. = 2,7; $p<0,01$) отмечают, что утверждение «У меня отличное здоровье» определено неверно.

Подводя итог данного раздела работы можно заключить:

- более половины опрошенных респондентов оценили свое здоровье как «хорошее», практически каждый третий «отличное». Высокие оценки своему здоровью студенты обосновали тем, что болеют редко и легко переносят заболевания. Каждый третий отметил, что практически не болеет;
- юноши в целом дают более оптимистичные оценки своему здоровью;
- с курсом растет число лиц, имеющих хронические заболевания с редкими или частыми обострениями;
- каждый третий респондент субъективно ощущает улучшение своего здоровья за последний год, что чаще отмечается у студентов начальных курсов;
- вместе с тем, ухудшение здоровья за последний год чаще наблюдается у студентов старших курсов, в разрезе половой принадлежности у студенток-девушек процент по данной позиции выше;
- каждый третий из опрошенных отметил, что имеет то или иное хроническое заболевание. Наиболее частые заболевания, которые указывались респондентами, были заболевания ЖКТ (10,2%), органов дыхания (5,9%), органов зрения (5,4%), далее идут болезни сердечно-сосудистой системы – 4,3%, мочеполовой системы – 3,8%. Чем старше курс, тем выше процент студентов имеющих хронические заболевания. Наличие хронических заболеваний чаще отмечали студентки-девушки.
- доказано, что чем старше курс, тем меньше у студентов уверенности в хорошей оценке собственного здоровья.

*Туберкулез, АИВ/ЖИТС тағы басқа жұқпалы
аурулар профилактикасы —
Профилактика туберкулеза, ВИЧ/СПИДА
и других инфекционных заболеваний*

**СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЛЕКАРСТВЕННОУСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ**

ЗЕТОВ А.Ш.

РГКП «Национальный центр проблем туберкулеза» МЗ РК, г.Алматы

На эффективность хирургического лечения больных туберкулезом легких, по мнению большинства авторов, влияет наличие лекарственной устойчивости микобактерии туберкулеза (МТ) к применяемым противотуберкулезным препаратам /1/.

Вызывает озабоченность и тревогу излечение больных с суперрезистентностью или так называемой тотальной лекарственной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам первого и второго ряда. Непосредственные результаты хирургического лечения достигнуты у 74-80%, а в отдаленные сроки - лишь у 60% больных. Послеоперационные осложнения возникают до 50%, в основном после пневмонэктомии, рецидивы туберкулеза возникают у 43% больных /2/.

Приводим клинический пример хирургического лечения больной с суперрезистентным туберкулезом легких с применением коллапсохирургического метода.

Больная А., 36 лет, поступила в легочно-хирургическое отделение с диагнозом: «Фиброзно-кавернозный туберкулез оперированного левого легкого. Суперрезистентная форма. МТ+. IV категория».

Из анамнеза выяснено, что страдает туберкулезом легких с 2001 года. Заболела после родов. Лечилась в противотуберкулезном диспансере по I категории с диагнозом «Инфильтративного туберкулеза верхней доли левого легкого в фазе распада и обсеменения, осложненного экссудативным плевритом слева. МТ+» в течение 3 месяцев, на амбулаторном этапе лечение самостоятельно прервала.

Рецидив заболевания в 2003 году, лечилась противотуберкулезными препаратами (ПТП) I ряда. С ноября 2003 года начала лечение препаратами II ряда (ПАСК, Cs, Pt, авелокс 0,4). В июле 2005 года произведено оперативное лечение — верхняя лобэктомия слева.

Повторный рецидив туберкулеза отмечен в мае 2008 г, повторно назначили химиотерапию ПТП второго ряда. Поступила в легочно-хирургическое на оперативное лечение.

Общее состояние при поступлении средней тяжести. Кожные покровы чистые обычной ок-

раски, пониженного питания. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 20 в 1 минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Артериальное давление было 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме.

Результаты исследования мокроты на МТ методом микроскопии и посева были положительными с момента лечения.

Анализ лекарственной чувствительности показал наличие устойчивости к ПТП I и II ряда (то есть изониазиду и рифампицину, капреомицину и офлоксацину).

Заключение фибробронхоскопического исследования - инфильтративный туберкулез устьев сегментарных бронхов Б 9-6-10 слева и частично шпоры нижнедолевого бронха слева с экссудативной реакцией. При биопсии слизистой пораженного бронха - признаки хронического бронхита.

На обзорной рентгенограмме грудной клетки левое легкое уменьшено в объеме, в верхней зоне определяется полость неправильной формы с инфильтрацией вокруг. Справа усиление легочного рисунка. Сердце в норме. Синусы свободны (рисунок 1).

Учитывая длительное бактериовыделение, наличие суперрезистентной формы туберкулеза легких, наличие инфильтрации в оперированном легком, высокий риск пострезекционного осложнения, решено применить коллапсотерапию — произвести операцию торакотомии, установление катетера для управляемого селективного коллапса левого легкого, что было сделано в феврале 2009 года.

Показанием к применению селективного управляемого коллапса легкого явился случай фиброзно-кавернозного туберкулеза с одиночной каверной для стабилизации процесса перед основным хирургическим вмешательством в виде резекции /3/.

Катетер установлен в плевральную полость после выполнения локального пневмолиза. После ушивания операционной раны баллон с помо-

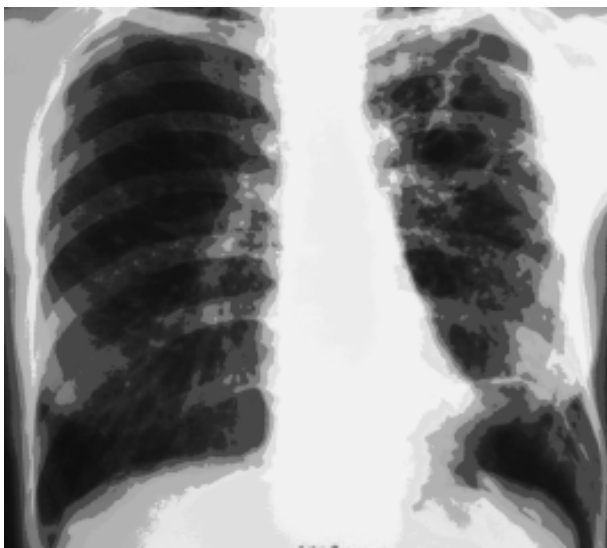


Рис. 1. Рентгенограмма грудной клетки больной до 1-й операции

щью шприца раздут воздухом до достижения коллапса в зоне деструкции.

Катетер находился в плевральной полости в течение года. На рентгенограмме в левом легком стала щелевидной (Рисунок 2). Бактериовыделение прекратилось через 8 месяцев.

При достижении стабилизации процесса в легком больной произведена в феврале 2010 года операция - пневмонэктомия левого легкого. Послеоперационный период протекал гладко.

Гистология резекционного материала показала наличие фиброзно-кавернозного туберкулеза с альтеративно-продуктивной тканевой реакцией.

На рентгенограмме через 2 месяца после операции левый гемиторакс тотально затенен, заполнен жидкостью. Правое легкое без очаговых те-



Рис. 3. Рентгенограмма грудной клетки больной после пневмонэктомии слева

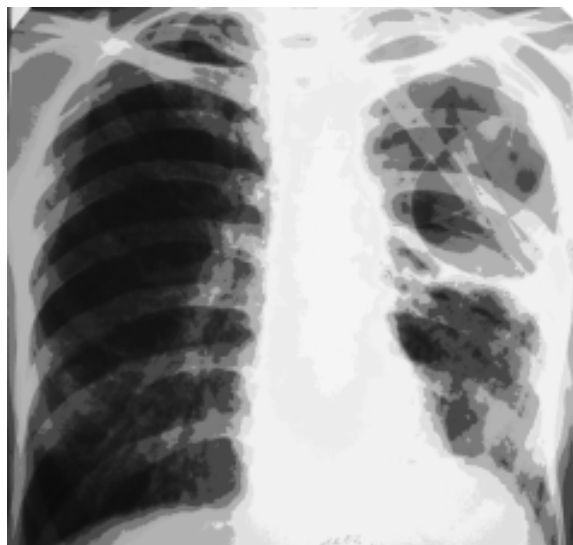


Рис. 2. Рентгенограмма грудной клетки больной после наложения катетера для управляемого селективного коллапса легкого

ней. Сердце в норме (рисунок 3).

Общее состояние при выписке удовлетворительное. В легком дыхание везикулярное, хрипов нет. Рана зажила первичным натяжением. Выписалась из стационара в тубдиспансер по месту жительства для продолжения лечения.

Таким образом, представленный клинический пример демонстрирует о целесообразности применения различных методов хирургического лечения в комплексной терапии больных с суперрезистентной формой туберкулеза легких. Эффективность хирургического лечения на фоне химиотерапии у больной с суперрезистентной формой туберкулеза легких достигнута при сочетании резекционного метода с коллапсохирургическим.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Перельман М.И. Хирургия туберкулеза // Материалы межд. конф.- М., 1997.- С. 14-15.
2. Елькин А.В., Репин Ю.М., Кобак М.Э. и др. Эффективность резекции легких и пневмонэктомии у больных с тотальной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза // Туберкулез сегодня: Материалы VII Рос. съезда фтизиатров.- М., 2003.- С. 277.
3. Иванов А.В. и др. Катетер для селективного управляемого коллапса легкого. Патент 2007/2290876.

ТҰЖЫРЫМ

Практика жағдайында суперрезистентті өкпе туберкулезінің резекциялық және коллапсохирургиялық әдістерін үйлестіріп қолдануы емнің тиімділігін көрсетеді.

SUMMARY

It is described a case of effective surgical treatment of patient with extra-resistant form of pulmonary tuberculosis combined with resection method with collapsosurgical one.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАРАЗНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА

БУКАТОВА С.Т., БАЙМАГАМБЕТОВА М.В., СИДОРОВА Н.С.

Алматинский Государственный институт усовершенствования врачей, г.Алматы,
Восточно-Казахстанская областная психиатрическая больница, г.Усть-Каменогорск

Факторами, препятствующими снижению заболеваемости и смертности от туберкулеза, являются алкоголизм и наркомания, имеющие большое распространение среди больных туберкулезом. При этом эффективность их лечения в 3-4 раза ниже по сравнению с больными, не имеющих данные сопутствующих заболеваний [1, 2].

У больных туберкулезом, страдающих алкоголизмом и наркоманией, как правило, имеется множество сопутствующих заболеваний, что является причиной плохой переносимости этими пациентами противотуберкулезных препаратов. И главное, это категория больных самая недисциплинированная в процессе лечения. Частые запои и пропуски лечения нарушают главный принцип лечения туберкулеза — регулярного контролируемого приема антибактериальных препаратов согласно в DOTS-стратегии [3]. Данный контингент является главным источником заражения здорового населения [3].

Лица с сочетанной патологией представляют большую эпидемиологическую опасность не только из-за часто встречающихся у них тяжелых деструктивных форм туберкулеза с массивным бактериовыделением. Эти больные вследствие деградации личности, низкого уровня санитарной грамотности не соблюдают элементарных правил гигиены, поздно обращаются за медицинской помощью, пренебрегают рекомендациями врачей, отказываются от радикальной терапии. Среди больных туберкулезом и алкоголизмом лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза наблюдается чаще — соответственно 42,3% против 34% [1].

По данным Колесникова В.В. и др. (1990) данный контингент состоял на 50-65% социально-дезадаптированных лиц, ранее судимых, 10-15% — без определенного места жительства (БОМЖ), все больные страдали хроническим алкоголизмом [4].

Ершовым А.И. (1966) отмечалось, что у больных алкоголизмом чаще встречаются далеко зашедшие деструктивные формы туберкулеза легких с бактериовыделением: деструкция легочной ткани — в 72,9%, бактериовыделение — 82,9%. У

большинства больных алкоголизмом (81,6%) размеры каверн были средними, большими и гигантскими, при которых наблюдается наиболее обильное бактериовыделение [2].

Таким образом, принудительное лечение в противотуберкулезном учреждении закрытого типа по данным авторов является одним из реальных путей повышения эффективности лечения больных туберкулезом с массивным бактериовыделением. Кроме того, авторы подчеркивают, что лечение указанного контингента в условиях противотуберкулезного диспансера малоэффективно [5].

В нормативно-правовых актах Республики Казахстан предусмотрена принудительная госпитализация умышленно уклоняющихся от обследования и лечения больных с заразными формами туберкулеза на основании решений суда.

Учитывая актуальность данной проблемы, наличие больных туберкулезом с заболеваниями алкоголизмом, наркоманией и др., социально-незащищенных, а также большого количества больных бацилловыделителей и с мультирезистентными формами, нами предпринято изучение эффективности лечения больных туберкулезом в условиях Специализированного противотуберкулезного отделения для принудительного лечения заразных форм туберкулеза (СПТЛПО) на 60 коек, расположенного на базе Восточно-Казахстанской областной психиатрической больницы с.Ново-Канайка Уланского района.

В настоящем сообщении приведен анализ принудительного лечения 71 больных, поступивших в 2007 г. Из них страдало хроническим алкоголизмом 90,0%, в т.ч. — 62% БОМЖи, а 4% — это больные с наркоманией.

Поступали, в основном, больные бацилловыделители — 93,1%. С мультирезистентными формами — 65,7%.

Больные с впервые выявленным туберкулезом легких или 1 категория (1 группа) 18 человек или 25,3%.

2 группа включала в себя больных 2 категории (31 человек) 42,5%, в том числе: после пере-

рыва в лечении — 26,7%; рецидивы — 7%; с неудачей лечения — 8,8%.

Кроме того, во вторую группу вошли больные 4 категории (5 человек) 4,2% (из 1-2 категории). Фиброзно-кавернозный туберкулез наблюдался в 26,7% случаев (19 человек).

В отделении СПТЛПО лечение проводилось в режиме DOTS- стратегии и индивидуальной химиотерапии.

Учитывая специфику отделения с условиями принудительного лечения стало возможным применение длительного контролируемого лечения больных на фоне общеукрепляющего, десенсибилизирующего, патогенетического лечения, гепатопротекторов и оксидантов, а также лечения сопутствующих заболеваний.

Лечение проводилось под постоянным лабораторным контролем. Лабораторией Областной психиатрической больницы проводились анализы бактериоскопии мокроты на БК в срок согласно категориям больных [приказ №723]. Посевы мокроты отправляются в Центральную бактериологическую лабораторию Облтубдиспансера.

В рентгенкабинете проводится рентгеномографическое обследование больных.

Лечение в СПТЛПО проводилось в стандартном режиме для больных 1-й категории: интенсивная фаза 2-4 мес. 4 АБП: изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол. Поддерживающая фаза 4-7 месяцев проводилась 2 антибактериальными препаратами: изониазид, рифампицин в ежедневном режиме.

Больные со 2-й категорией получали в интенсивной фазе 3-5 месяцев 5 антибактериальных препаратов: изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол, стрептомицин 2 мес. В поддерживающей фазе в течение 5 месяцев получали 3 антибактериальных препарата: изониазид, рифампицин, этамбутол в ежедневном режиме.

С учетом всех данных анамнеза, клинических данных лечение проводится длительно, непрерывно, строго индивидуально, направлено на медицинскую реабилитацию.

В первой группе больных из категории вновь выявленных больных прекращено бактериовыделение у 100%, вылечены 16 человек.

Из 31 больных 2-й категории 70% вылечено, прекращено бактериовыделение у 80%. Среди больных, получавших лечение после перерыва вылечено 73,6%.

Из 5 больных 2-й категории, вылечено 3 больных с рецидивом, также вылечен один больной с неблагоприятным исходом.

Из поступивших 22 больных 4-й категории — 8 вылечены (33,3%).

Из 19 больных с Фиброзно-кавернозным туберкулезом у 7 больных достигнуто закрытие полости распада (36,8%) и у 10 больных имеется стойкое абациллирование (52,6%).

Таким образом, из 1 группы вновь выявленных больных 1-й категории вылечены 88,8%, из 2 группы больных с рецидивами и лечения после перерыва вылечены 89,4%, больные хроники вылечены в 33,3%, что позволило сделать следующие

Выводы:

1. Лечение в отделении для принудительного лечения дает высокие показатели эффективности лечения за счет исключения нарушения больничного режима.

2. Случаи неблагоприятных исходов наблюдались только у больных с наличием устойчивости микобактерий к основным противотуберкулезным препаратам.

3. При сохранении чувствительности микобактерий к антибактериальным препаратам у больных 4 категории возможно достижение закрытия полости распада со стойкой конверсией мазка.

4. Учитывая возрастающую потребность в привлечении к принудительному лечению больных из деклассированных слоев общества имеет смысл увеличение коечного фонда.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Рудой Н.М., Чубаков Т.Ч. Туберкулез легких и алкоголизм — М., 1965.
2. Еришов А.И. Туберкулез и алкоголизм — М., 1966.
3. Исмаилов Ш.Ш. Стратегические тактические задачи сегодняшнего дня по контролю за мультирезистентным туберкулезом в Казахстане //Фтизиопульмонология. — 2007.- № 1 (5).
4. Колесников В.В., Горелов Г. М., Котляренко Ю. П., Река А. Д.//Проблемы туберкулеза.-1990.-№2.-С.61-63.
5. Муздыбаев С.К., Самойленко Г.И., Сидорова Н.С., Исакова Б.Б. Результаты лечения больных в специализированном противотуберкулезном отделении для принудительного лечения за 2002 г. по Восточно-Казахстанской области //Фтизиопульмонология. - 2003.- № 2 (4).

ТҰЖЫРЫМ

Мақала авторлары туберкулезбен ауырған науқастарға жүргізілген зерттеу нәтижелерінде, мәжбүрлеп емдеу бөлімшесінде ауруханалық тәртіп бұзылмағандықтан, емдеу тиімділігі жоғары болатындығын көрсетті.

SUMMARY

Authors are given data about effectiveness of treatment tuberculosis patients in the forced occlusion department because these patients breached therapeutic regimen.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ г. РУДНОГО ЗА 2007 - 2009 гг.

ИШМУХАМБЕТОВА А.Б.

ГУ «Рудненский противотуберкулезный диспансер», г.Рудный

В оценке эпидемиологической ситуации по туберкулезу используется комплекс показателей, среди которых решающее значение имеет заболеваемость туберкулезом. Заболеваемость - это показатель, который свидетельствует об уровне распространенности туберкулеза среди детей и подростков.

Два других показателя болезненность и смертность в значительной степени определяются величиной показателя заболеваемости и ее структурой, а также интенсивностью и качеством проводимых лечебных мероприятий. Анализ показателей заболеваемости туберкулезом населения Казахстана за семнадцатилетний период (1991-2007 годы) показывает увеличение показателя заболеваемости в 2,0 раза в 2007 году (126,4 на 100 тысяч населения) по сравнению с 1991 годом (64,4 на 100 тысяч населения). Резкое увеличение показателя связано с социальными и экологическими последствиями, происшедшими в обществе за анализируемый период. В течение данного периода отмечается рост показателя заболеваемости туберкулезом детей с 23,3 (1991 год) до 30,5 (2007 год), с максимальным уровнем показателя в 1999 году (57,6 на 100 тысяч детей). В течение 1991-2007 годов показатель заболеваемости туберкулезом в республике возрос в 1,3 раза.

Таблица 1. Характеристика населения г.Рудный

	Общее население	Детей	Подростков
2007	115100	18508	7561
2008	114591	19081	8186
2009	116630	18078	7907
<i>Впервые выявленных больных туберкулезом:</i>			
	Общее количество	Детей	Подростков
2007	162	2	6
2008	144	3	8

В связи с ростом заболеваемости взрослого населения, растет заболеваемость среди детей и подростков.

Нами проведен анализ структуры заболеваемости туберкулезом среди впервые заболевших детей и подростков. Из приведенных в таблице 2 данных видно, что в организованных коллективах доля заболевших впервые больше, чем среди

неорганизованных детей. Поэтому, необходимо улучшить профилактическую работу среди школьных и средних специальных учебных заведений, и улучшить раннее выявление туберкулеза среди учащихся школ.

Таблица 2. Структура первичной заболеваемости туберкулезом среди детей и подростков

Контингент	2007	2008	2009
Учащиеся школ, колледжей, ПТШ	87,5	81,8	81,7
Неорганизованные дети	12,5	18,2	18,2

Основными методами выявления туберкулеза остается флюорографические исследования (выявляемость при ФГ исследованиях - в 2007 году 37,5%, в 2008 году - 27,2%, в 2009 году - 36,3%). Не менее эффективный метод - с помощью туберкулиновых проб, так при помощи этого метода выявлено от 25% (2007 г.) до 27,2% (в 2008 г и такая же доля - в 2009 году). Возрастно-половых отличий в первичной заболеваемости туберкулезом нами не выявлено среди детей. Однако заболеваемость подростков, как среди девочек, так и среди мальчиков, выше чем среди детей в 3 раза, что связано с физиологическими особенностями подросткового периода.

В структуре клинических форм первичного туберкулеза отмечены следующие формы туберкулезного процесса: инфильтративный туберкулез легких (2 детей, и у 5 подростков - 2007 г.), в 2008 - 2009 годах встречались и другие клинические формы - первичный туберкулезный комплекс (у 4-х), туберкулез лимфатических узлов (у 2-х), инфильтративный и очаговый туберкулез (8 больных детей и подростков).

В фазе распада и бактериовыделения (запущенные формы туберкулеза) ежегодно отмечены до 3-5 случаев (таблица 3).

Таблица 3. Запущенные формы туберкулеза среди детей и подростков

	2007	2008	2009
Дети	2	0	0
Подростки	3	4	3

Анализ случаев заболеваний в фазе распада свидетельствует о ведущей роли несвоевременного обращения пациентов к врачу, некачественная и несвоевременная диагностика туберкулеза со стороны врачей, низкая профилактическая направленность работы в ПМСП, низкая санитарная грамотность населения по туберкулезу, и конечно социально-экономические факторы также играют важную роль при развитии туберкулеза. Нами проведен анализ социальных факторов при заболеваемости туберкулезом среди детей и подростков (таблица 4).

Таблица 4. Показатели социально-экономических факторов при туберкулезе детей и подростков

	2007	2008	2009
Из неполных семей	12,5%	45,4%	18,2%
Родителей нет	25%	-	27,2%
Родители не работают	-	18,2%	18,2%
Работает 1 из родителей	87,5%	63,6%	36,4%
Работают оба родителя	-	18,2%	27,2%

По таблице видно, что у заболевших туберкулезом детей и подростков материальное положение зависит от семейного и материального благополучия в семье, по данным 2008 года работают оба родителя только в 18,2% семей, в 2009 году — у 27,2%, в 2008 году преимущественно работал только один из родителей у 63,6 % семей, в 2009 году — 36,4%. Не работают около 18,2% родителей, нет родителей у 27,2% детей, из неполных семей — 18,2%.

Таким образом, проведенное исследование показывает, что социально-экономические проблемы семей г. Рудный, в частности увеличение социопатических семей, и низкое качество лечебно-профилактических и санитарно-просветительских мероприятий, отрицательно отразились на уровне здоровья детей и подростков и способствовала увеличению запущенных форм туберку-

леза. Следует усилить комплекс медико-социальных, профилактических противотуберкулезных мероприятий среди данного контингента населения.

ТҮЖЫРЫМ

Балалар мен жасөспірімдер арасындағы туберкулез ауруы дамуы ересектердің туберкулез ауруы дамуына байланысты. Балалардың ортасына қарағанда, жасөспірімдердің арасында туберкулез ауруы үш есеге жоғары, себебі жасөспірімдердің жастық ерекшеліктеріне байланысты. Туберкулез асқынуына көбінесе жоғары тыныс жолдары ауруларымен жиі сырқаттанытын балалар мен жасөспірімдер, дәрігерлік көмекті уақытында алмағандар, материалдық аз қамтылған және әлеуметтік жағдайы нашар отбасылар себепті болып отыр.

Толық емес отбасылар және ата - анасы жоқтар / 1 жетімдер және 2 жетімдерге арналған мектеп интернатты /, материалдық аз қамтылған отбасылардың алғашқы ауырған балалар мен жасөспірімдер арасында толқымасы кездеседі.

Туберкулезді ерте анықтау мақсатында туберкулезбен ауырған қауіпті топтағы балаларды туберкулин сынағы және құрымы мен құрылымсыз елді мекендерде жасөспірімдерді флюорографиялық тексеруден анықтайды. Елді мекендерде санитарлық ағарту жұмысын жақсарту.

SUMMARY

Growth of diseases of a tuberculosis among children and teenagers is connected to growth of disease among adult population. Disease of a tuberculosis among teenagers is higher in 3 times, than among children. The reason of the started cases of a tuberculosis among children and teenagers are often sharp respiratory diseases, the delayed reference (manipulation) behind medical aid, from socially — unsuccessful and is material — needy families. Among for the first time fallen ill children and teenagers from incomplete families and where there are no parents (1 prevail is brought up by the grandmother — and 2 boarding schools for orphans), from material — needy families.

With the purpose of early revealing a tuberculosis among children of group of risk of disease by a tuberculosis and fluorographic inspection of the organized and unorganized teenage population is necessary 100%, to improve sanitary — educational work among the population.

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В г.РУДНЫЙ

ЛОМАКО И.В.

ГУ «Рудненский противотуберкулёзный диспансер», г.Рудный

Динамика заболеваемости туберкулёзом, как социально обусловленной патологией отражает уровень экономики и культуры, материальной обеспеченности населения и другие особенности социальной инфраструктуры. Кризисная отразилась на состоянии фтизиатрической помощи. Кроме социально-экономических факторов, неблагоприятное воздействие на эпидемиологические показатели по туберкулёзу (заболеваемость, болезненность, смертность, рост числа хронических заболеваний и т.д.) оказывают поведенческие факторы, как алкоголизм, наркомания и др.

Внедрение на территории РК адаптированной программы DOTS, было необходимо на фоне катастрофического роста туберкулёза и отсут-

с 26 до 35 лет — 26,73% (104 случая);

с 36 до 45 лет — 22,10% (86 случаев);

с 46 до 65 лет — 25,18% (98 случаев);

По приведенным данным видно, что основная доля (72,52%) «новых случаев» приходится на трудоспособный возраст от 18 до 45 лет.

Клиническая характеристика «новых случаев» такова:

-инфильтративный туберкулёз лёгких 82,26% (320 случаев);

-туберкулёзный плеврит 7,45% (29 случаев);

-очаговый туберкулёз 6,16% (24 случая);

-диссеминированный туберкулёз 0,52% (2 случая);

-фиброзно-кавернозный туберкулёз 0,25% (1 случай);

Таблица 1. Заболеваемость туберкулёзом по городу Рудному за 2007–2009 годы

Годы	Число новых случаев туберкулёза			Заболеваемость туберкулёзом (на 100 000 населения)
	муж	жен	Всего (абс.)	
2007	86	63	148	134,61
2008	83	51	140	128,44
2009	74	32	101	93,72
Итого	243 (62,46)	146 (37,54)		389

ствия средств для борьбы с ним. Однако, за годы применения программы DOTS в РК не наблюдается снижения заболеваемости туберкулёзом.

Цель работы: провести анализ «новых случаев» туберкулёза по городу Рудному за 3 года (2007 – 2009 годы). В работе использованы материалы статистических отчётов (формы годового отчёта Ф33, ТБ01, ТБ03, ТБ07, ТБ08) и экспертная оценка амбулаторных карт больных.

Всего рассмотрено 389 новых случаев туберкулёза за 2007-2009 годы.

Из таблицы 1 видно, что имеет место снижение заболеваемости по городу Рудному за 2007 – 2009годы со 134,61 на 100 тысяч населения до 93,72 на 100 тысяч.

Анализ «новых случаев» показал, что туберкулёз больше распространён среди мужчин 62,46% (243 случая), меньше среди женщин 37,54% (146 случаев).

По возрастам распределение «новых случаев» следующее:

с 18 до 25 лет — 25,69% (101 случай);

-на долю внелегочного туберкулёза (кроме плеврита) пришлось 3,3% (13 случаев).

Среди вновь выявленных больных за 3 года, число случаев с бациловыделением составило 31,87% (124 случая), а без выделения МТ 64,78% (252 случая).

При анализе результатов лечения большое значение имеет показатель конверсии мазка. Из таблицы №2 видно, что качество лечения в 2009 году улучшилось по сравнению с 2007 годом. Так если в 2007 году первичная конверсия мазка была достигнута всего у 72% больных, в 2008 году у 78% больных, то в 2009 году у 81,25% больных.

В свою очередь абацилирование в 2007 году составило 94%, в 2008 году — 95%, в 2009 году — 95,4%. Среди новых случаев туберкулёза за 3 года, число больных с полостями распада в лёгких составило 143 случая (36,76%), а процессов без деструкции 246 случая (63,23). Закрытие полостей распада в 2007 году составило 83,3%, в 2008году — 83,6%, в 2009 году — 84%. Это также говорит об улучшении качества лечения. И, на-

Таблица 2. Конверсия мазков у вновь выявленных больных за 2007 – 2009 годы

Годы	2007			2008			2009			Всего	
Конверсия мазка	Абсолютные числа	%		Абсолютные числа	%		Абсолютные числа	%		Абсолютные числа	%
Через 2 месяца	27	52,9	72%	30	73,17	78%	18	56,25	81%	95	76,6
Через 3 месяца	5	9,8		2	4,87		4	12,5			
Через 4 месяца	5	9,8		0	0		4	12,5			
Нет конверсии	14	27,4		4	9,75		3	9,37		21	16,9
Не сдавал мокроту				5	12,19		3	9,37		8	6,45

Таблица 3. Исходы лечения «новых случаев» по городу Рудному за 2007 – 2009 годы.

Годы	2007		2008		2009		Всего	
Исходы лечения	Абсолютные числа	%	Абсолютные числа	%	Абсолютные числа	%	Абсолютные числа	%
Вылечен	32	21,62	29	20,71	22	21,78	83	21,3
Лечение завершено	87	58,78	87	62,14	63	62,37	237	60,92
Умерло	2	1,35	42	2,85	1	0,99	7	1,79
Неблагоприятный исход	12	8,1	9	6,42	4	3,96	25	6,43
Нарушитель лечения	11	7,43	6	4,28	9	8,9	26	6,68
Переведено	4	2,7	4	2,85	2	1,98	10	2,57

конец, проведен анализ исходов лечения «новых случаев» за 2007 – 2009 годы.

В двух случаях «внелегочного туберкулеза» - диагноз в последующем был снят.

Анализируя исходы лечения в целом, можно сделать заключение, что благоприятные исходы лечения в общем («вылечен» и «лечение завершено») составили 320 случаев (82,2%), что является хорошим показателем. Но и достаточно высокий уровень «неблагоприятных исходов» - 25 случаев (6,43%). Смертельных исходов 7 случаев (1,79%), нарушителей режима лечения 26 случаев (6,68%), переведенных 10 случаев (2,57%).

Если же рассматривать исходы лечения в динамике, то отрядным является то, что отмечается рост «благоприятных исходов» с 80,4% в 2007 году до 84,15% в 2009 году; уменьшается число «неблагоприятных исходов» с 8,1% в 2007 году до 3,96% в 2009 году; снижается смертность от первичного туберкулеза с 1,35% в 2007 году до 0,99% в 2009 году. Отрицательным фактом является рост нарушителей лечения с 7,43% в 2007 году до 8,9% в 2009 году.

Выводы:

В городе Рудном за 2007 – 2009 годы отмечается снижение заболеваемости туберкулезом со 134,61 до 93,72 на 100 тысяч населения.

Среди вновь выявленных больных преобладают мужчины (62,46%) в возрасте от 26 до 35 лет (26,73%).

Инфильтративный туберкулез лёгких среди новых случаев составил 82,26%, очаговый туберкулез 6,16%, туберкулезный плеврит 7,45%, внелегочной туберкулез 3,3%. Отрядным является то, что за 3 года в Рудном среди вновь выявленных больных всего 1 случай фиброзно-кавернозного туберкулеза.

Абацилирование по городу Рудному за 2007 – 2009 годы составило в среднем 94,8%, закрытие полостей распада 83,6%.

Отмечено улучшение качества лечения: рост конверсии мазка с 72% в 2007 году до 81,25% в 2009 году, увеличение числа благоприятных исходов, уменьшение смертности среди вновь выявленных больных.

Рост числа нарушителей лечения говорит о необходимости реальной, а не только бумажной, совместной работе с правоохранительными органами.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Исмаилов Ш.Ш. «Состояние борьбы с туберкулезом и внедрение программы DOTS в РК». Время быть здоровым. 2000 год. №1(7); стр.1-5.
2. Мишкинис К.А.; Муминов Т.А.; Искакова Ф.А., «Стратегия DOTS. Основные положения и начало внедрения в РК». Алматы 1999 год; стр.24.
3. Приказ Агентства по делам здравоохранения РК №466 от 03. 08 2007г. «Об утверждении некоторых инструкций по борьбе с туберкулезом».

СЛУЧАИ КАРЦИНОМАТОЗА ЛЕГКИХ, ПРИНЯТЫЙ ЗА ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ

МУРЖАКУПОВА Л.К. ГУ «Рудненский противотуберкулезный диспансер», г.Рудный

Большую сложность представляет дифференциальная диагностика диссеминированных процессов в легких, т.к. в настоящее время, по данным Н.Р.Палеева (1), распространенные диссеминации встречаются при 154 заболеваниях.

К диффузным (диссеминированным) поражениям легких относят патологические состояния, при которых наблюдаются распространенные изменения в легких в виде рассеянных очагов, увеличения объема интерстициальной ткани или сочетания этих процессов. Диффузные поражения представляют собой обширную и неоднородную группу заболеваний легких, различных по этиологии, клиническим и рентгенологическим проявлениям, патологоанатомическому субстрату. Зачастую больные с синдромом легочной диссеминации госпитализируются в стационары туберкулезных учреждений, направительный диагноз - диссеминированный или инфильтративный туберкулез легких, МТ (-). Но в 9,5% случаях (2), после обследования или дифференциально диагностического лечения выставляет диагноз рак легкого.

Привожу собственное наблюдения из практики. Больная Х., 72 года поступила в городской противотуберкулезный диспансер города Рудного 09.09.2009 г., история болезни №370. Жалобы при поступлении на одышку в покое, на боли в грудной клетке с двух сторон постоянного характера, на боли за грудиной, на кашель с небольшим количеством слизистой мокротой, на выраженную слабость, плохой аппетит (за последний месяц похудела на 5 кг), на периодическое повышение температуры тела до 37,2С. В анамнезе - ИБС. Артериальная гипертензия II степени. Стенокардия напряжения, II-III функциональный класс. Желчекаменная болезнь. Мочекаменная болезнь. В 1980 г. оперирована по поводу миомы матки и поликистоза яичников. 1992 г. удалены слюнные железы справа. Последнее флюорографическое обследование 1 год назад. Контакт с туберкулезным больным отрицает. Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение 1 месяца, когда впервые появились боли в грудной клетке, кашель, одышка, стала худеть. Обратилась к терапевту 3.08.09г. После флюорографии легких направлена на стац. лечение в тер. отд. гор. б-цы с д/зом: Внебольничная пневмония правого легкого. Проведен курс противовос-

палительной терапии 2 недели. При контрольной флюорографии легких динамики нет. Была направлена на консультацию к онкологу в ООД, где 28.08.09 г. сделана ФБС заключение: Диффузный эндобронхит, гистология №1425: - признаки хр. эндобронхита с выраженной лимфоцитарной инфильтрацией. Илогически больше данных за туб. процесс. Рекомендовано лечение у фтизиатра по месту жительства и Яконтроль через 3 мес. 9.09.09г. представлена на ЦВКК №102, установлен клинический д/з: Инфильтративный туберкулез правого легкого БК-, 1 категория. 1 «А» гр. ДУ., новый случай и госпитализирована 22.08.09 г.

При осмотре: общее состояние больной тяжелое за счет дыхательной недостаточности, интоксикации Рост-163 см., вес-72 кг. Положение вынужденное полусидящее, с опущенными ногами. Кожные покровы бледные, акроцианоз, чистые. Грудная клетка правильной формы. В акте дыхания участвовала вспомогательная мускулатура. При аускультации дыхание жесткое, в нижних отделах справа крепитирующие хрипы. ЧД 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, деятельность ритмичная. ЧСС-100 ударов в минуту. АД 150/100 мм.рт. столба. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеки на ногах.

Анализ мокроты на МТ (методом люминесцентной микроскопии) - МТ не найдены (трижды). Анализ мокроты на атипические клетки отрицательный. Обзорная рентгенография легких и томография легких через средостения: Правое легкое не однородно затемнено за счет очагово-фокусных теней средней интенсивности, сливного характера. Справа в корне кальцинированные паратрахеальные, трахеобронхиальные и бифуркационные лимфоузлы. Корни легких расширены. УЗИ органов брюшной полости и почек: желче-каменная болезнь, мочекаменная болезнь. Матка в стадии инволюции. Бронхологическое обследование не проводилось из-за тяжести состояния больной.

Общий анализ крови: гемоглобин -147 г\л, лейкоциты -6,0*9\л, СОЭ -25 мм\час. Начато лечение: изониазид -0,3 в\в струйно, рифампицин -0,6; пиразинамид -2,0; этамбутол—1,2. Одновременно проводилась патогенетическая, дез интоксикационная,

симптоматическая терапия. На фоне проводимого лечения состояние больной ухудшилось: нарастали явления дыхательной с сердечной недостаточности, симптомы интоксикации, усилился болевой синдром в грудной клетке с обеих сторон. На контрольной обзорной рентгенограмме легких рентгенологические изменения оставались прежними. Больной повторно была назначена консультация онколога. Онколог исключает онкопатологию. Больная продолжает лечение противотуберкулезными препаратами основного ряда, получает инфузионно трансфузионную терапию с частичным парентеральным питанием (гемодез, рефортан, инфезол), дезинтоксикационную терапию со стимуляцией диуреза, активаторы клеточного обмена (актовегин), сердечно-сосудистые средства.

Несмотря на проводимое лечение, при нарастающих явлениях легочно-сердечной недостаточности, на 29 сутки пребывания в стационаре больная умерла.

Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез правого легкого, МТ-, 1Б, 1 кат. Карциноматоз легких? Осложнения: Интоксикация. Дыхательная недостаточность III степени.

Протокол вскрытия №371. При вскрытии легкие увеличены в размерах, плевра тонкая, гладкая. Легкие неравномерно уплотнены: на фоне тестовато-воздушной консистенции в ткани легких прощупываются плотные очаги диаметром до 10-12 мм. На разрезе ткань легких синюшно-красного цвета с округлыми очагами диаметром 10-12 мм синюшно-серого цвета. С поверхности разреза стекает кровянистая жидкость в умеренном количестве. В сосудах легких на разрезе жидкая кровь. Бронхопульмональные лимфоузлы с обеих сторон и бифуркационные - плотноэластические, размерами 18x25 мм, на разрезе белесовато-серого цвета. Строение ткани легкого нарушено за счет очагов роста полей призматических клеток с вытянутыми гиперхромными ядрами, клетки растут по стенкам альвеол, образуя сосочковые и ацинарные структуры. Клетки продуцируют слизь. Строение лимфатических узлов нарушено за счет обширных полей метастазов опухоли, аналогичного строению опухоли легкого, с очагами некрозов.

Патологоанатомический диагноз: Диссеминированная бронхиоло-альвеолярная аденокарцинома легких. Метастазы в бифуркационные и бронхопульмональные лимфатические узлы. Раковая интоксикация. Атеросклеротический ко-

ронарокардиосклероз. Атеросклероз аорты. Хронический пиелонефрит. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Причина смерти: легочно-сердечная недостаточность.

Таким образом, трудность данного случая в плане дифференциальной диагностики состояла в том, что рентген картина легких по типу синдрома диссеминации кальцинированные лимфоузлы в корне справа, отсутствие атипических клеток в мокроте, в первую очередь дали основание выставить диагноз туберкулезной этиологии (инфильтративный туберкулез). С учетом патоморфоза туберкулеза, при отсутствии положительной динамики или стабилизации процесса после специфического лечения и нарастания симптомов дыхательной недостаточности, интоксикации, болевого синдрома дало возможность предположить онкологическую природу заболевания, что в данном случае подтвердилось.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Болезни органов дыхания. /Под. Ред. Н.Р. Палеева. - М., 1990. - Т.4. - С. 549; 598-602.
2. Байарстанова К.А. вопросы диагностики опухоли легких в условиях областного объединения фтизиатрии г. Караганда /1 Конгресс фтизиатров Казахстана: Сб. тр. - Алматы, 2004. - С. 122-123.
3. Краевский Н.А., Смольникова А.В. Патология анатомическая диагностика опухолей человека. - М., 1982. - С. 130.
4. Головин Д.И. Атлас опухолей человека. - М., 1975. - С. 102-106.

ТҰЖЫРЫМ

Макалада, өкпеден туберкулездің диссемириленген микобактериясы үшін, өкпеге қауіпті ісік араласуымен зақымдану жағдайы жазылған. Осы жағдайдың талдамаларында егер өкпенің рентген сәулесінде диссеминациялық нышанның түрі бойынша аурудың басында аздаған нышан мен туберкулоstaticалық емдеу түрінде наукастың халінің ұдайы нашарлауы білінсе, бірінші кездегі көкірек қуысының ауруы мен демікпесі қақырығында туберкулез микобактериясының болмауы, өкпеге онкопатология болмауының жойылуында деген қортынды жасауға болады. Диссемирилі процесті анықтау үшін, көкірек қуысына фибробронхоскопия, тораскопия мен биопсия, серлогиялық және иммунологиялық әсерлер сияқты қазіргі кездегі зерттік әдістерді кенінен қолдану қажет.

SUMMARY

A case of the diffuse lung cancer injury mistaken for disseminated pulmonary tuberculosis was described in this paper. M. tuberculosis was absent. Analysis of this case aids to conclude that if there is a rentgenographic picture of the dissemination syndrome, disease development nearly without symptoms (1), but if the patient status deteriorates against the background of the tuberculosstatic treatment, and if the dipnea and chest pains are the main symptoms at the absence of M. Tuberculosis in the sputum, it necessary to widely use the update methods of investigation: computer tomography of the chest organs, bronchofibroscopy with biopsy and immunological testing.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ПО ПРОГРАММЕ DOTS У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПО ГОРОДУ РУДНОМУ

ЯСНЕВА Т.Г.

Противотуберкулезный диспансер г.Рудный

Проблема туберкулеза у лиц пожилого возраста остается весьма актуальной. Научные исследования фтизиатров из стран СНГ и Казахстана подтверждают что у пожилых людей выявляется ряд особенностей в возникновении проявления и течении заболевания, поэтому, диагностика и лечение туберкулеза у больных пожилого и старческого возраста требует к себе пристального внимания. Целью моей работы явилось изучение характеристики туберкулеза легких и эффективности его лечения по стратегии DOTS у лиц старше 60.

Материалы и методы.

Проведен анализ заболеваний туберкулезом и исходов лечения по возрастным группам. Для этого использованы статистические данные по г.Рудный за 5 лет (2005-2009), проведены выкопировка данных с амбулаторных карт, историями болезни, из отчетных форм ТБ-01, ТБ-03, ТБ-07, ТБ-08.

Результаты исследования и их обсуждения.

За период 2005-2009 год в городе Рудном по программе DOTS пролечено 1050 больных туберкулезом. Из этого числа было лиц старше 60 – 89 больных, что составило 8,5%.

Изучение наличия сопутствующей патологии показало, что до 60 лет – у 203 имелись сопутствующие заболевания (19,3%) а из 89 больных старше 60 – у 39 (43,8%). Следует отметить, что у больных до 60 лет чаще встречается хроничес-

кий алкоголизм 65% (132 больных), язвенная болезнь 12,3% (25 больных), а у больных старше 60 лет преобладают сахарный диабет 38,5% (15 больных) и ХНЗЛ 20,5% (8 больных).

Среди всех пролеченных за 2005-2009 год новые случаи составили 68% (715 больных) из них лиц до 60 лет было 660 человек – 92,3%, старше 60 лет – 55 (7,7%). Следует отметить, что наличие распада и бацилловыделения несколько чаще было отмечено у пожилых. Так среди первичных больных до 60 лет бациллярных было 333 (50,4%), а лиц старше 60 лет 31 (56,4%). Абациллировано среди больных до 60 лет 74%, среди пожилых больных 71%. Процессов с распадом у первичных больных до 60 лет было – 320 (48,5%), закрытие полости и распада в этой группе составило 54,4%. У пожилых больных деструктивные процессы были у 26 (51%), а закрытие полости распада отмечено в 53,6% случаев.

Сравнительная оценка исходов лечения у первичных больных туберкулезом.

«Неблагоприятные исходы» и «умерло» преобладают у лиц старше 60 лет, что указывает на определенные трудности лечения этой категории. Повторно заболевших больных было 380 из них 38 (10%) составили лица старше 60 лет (Таблица 2).

Бациллярные, среди повторно заболевших туберкулезом, составили 262 человека (70,8%) и наличием полости распада отмечено у 258 (67,9%). Как видно из таблицы 3 частота этих показате-

Таблица 1. Возрастной состав больных

Возраст	2005		2006		2007		2008		2009		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
< 60	190	89,9	144	91,1	157	91,2	214	90,2	256	94,8	961	91,5
> 60	23	10,8	14	8,9	15	8,8	23	9,8	14	5,2	89	8,5

Таблица 2. Характеристика случаев повторного заболевания туберкулезом по возрастным группам

Случай	Больные до 60 лет		Больные старше 60 лет	
	Абс.	%	Абс.	%
Рецидивы	174	44,2	19	50,0
ЛПП (лечение после прерывания)	124	41,2	13	38,2
Неблагоприятный исход	30	10,0	6	11,8
Переведено	14	4,6	0	0,0
Всего	342	100	38	100

Таблица 3. Эффективность лечения повторно заболевших туберкулезом

Возраст	Всего	БК (+)		Абациллирование		Распад		Закрытие полости	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
< 60	342	242	70,7	123	50,8	232	67,8	69	29,7
> 60	38	27	70,0	11	40,7	26	68,4	12	46,1

лей в обеих группах особо не отличается, но закрытие полости несколько выше у пожилых. Ретроспективный анализ рентгенологических данных показал, что изначально это были более ограниченные процессы. В возрасте до 60 лет частыми были нарушения больничного режима, наличие сопутствующего хронического алкоголизма.

Анализ исходов лечения повторно заболевших по программе DOTS.

Благоприятные исходы лечения («вылечен», «лечение завершено») несколько преобладают у лиц старше 60 лет. У этих же больных при наличии сопутствующей патологии преобладают «неблагоприятные исходы» и «умерло».

Выводы:

1. Среди впервые выявленных больных преобладало бацилловыделение и распад легочной ткани у пожилых людей, а абациллирование и закрытие полости у лиц до 60 лет.

2. Результаты исходов лечения указывают на более частый показатель «неблагоприятного ис-

хода» и «умерло» у лиц старше 60 лет, что объясняется особенностями физиологической старости и сопутствующей патологии.

3. За период 2005-2009 количество пожилых людей, у которых выявляется туберкулез легких, остается стабильным от 14 до 23 больных, что составило в среднем 8,4%.

4. Больные старше 60 лет значительно чаще страдают сопутствующими заболеваниями: 43,8% по сравнению с 19,3% больных среднего и молодого возраста. Причем, если у пожилых людей чаще встречается сахарный диабет — 38,5% и ХНЗЛ — 20,5% то у более молодых больных хронический алкоголизм — 65%.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Карачунский М.А., Уварова Т.Г. Эффективность интенсивного этапа химиотерапии туберкулеза у лиц пожилого и старческого возраста. // Пробл. туб. и болезней лёгких. — 2005.-№3.—С.19-21.
2. Карачунский М.А. Туберкулез в наши дни // Рус. мед. журн. — 2005. - №9. — с 951-953

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА

МУРЖАКУПОВ К.Ж.

ГУ «Рудненский противотуберкулезный диспансер», г.Рудный

Начало XXI века характеризуется значительным ростом заболеваемости туберкулезом и смертности от него во всем мире [1]. Туберкулез в Республике Казахстан до настоящего времени является важнейшей эпидемиологической и медико-социальной проблемой. Глубокие социальные и экономические изменения в республике в 90-х годах прошлого столетия отразились на качестве и объеме проводимых противотуберкулезных мероприятий. Заболеваемость туберкулезом в республике в период с 1991 по 2007 годы увеличилась в 2,0 раза, смертность – в 1,7 раза [2].

Цель данной работы: изучить основные социальные факторы, сопутствующие заболевания и причины смертности больных с хроническими формами туберкулеза за последние три года в противотуберкулезном диспансере г.Рудного. Методы исследования: аналитический, статистический, метод сравнительного анализа показателей противотуберкулезного диспансера за 3 года. Результаты исследования: в противотуберкулезном диспансере г.Рудного рассчитанного на 180 коек, одно из трех стационарных отделений на 60 коек, предназначено для госпитализации больных с хроническими формами туберкулеза органов дыхания со всей области. В данной работе проводился анализ причин смертности за 3 года (2007 - 2008 - 2009 годы). За данный период в отделении пролечено всего - 465 больных: 128 в 2007 году, 149 в 2008 году 188 в 2009 году. Из

них умерло за 3 года 97 больных, что составило 20,8 %: в 2007 году умерло 25 (19,5%) больных, в 2008 году умерло 22 (14,7 %) больных, в 2009 году умерло 50 (26,6 %) больных. Из общего числа больных, умерших за три года, женщин было 11 (11,4%), мужчин 86 (88,6 %); городских жителей - 37 больных (38,1%); сельских жителей 60 (61,9%). Как видно из таблицы 1 за 3 года умерло по возрастам: до 19 лет 1 (1,03 %>) больной, от 20 - 29 лет 20 (20,6 %), 30 - 39 лет 25 (25,7%), 40 - 49 лет 39 (40,2%), 50 - 59 лет 8 (8,2 %), старше 60 лет 4 (4,1%) больных. Как видно из таблицы 2, за три года умерло: в первые трое суток - И (11,3%) больных, от 3-х до 10 суток -11(11,3%). В период госпитализации до 1 месяца 25 (25,7%), до 2 - X месяцев 13 (13,4%), до 3 - х месяцев 13 (13,4%), до 4 -X месяцев 9 больных - (9,2%), при лечении 5 и более месяцев 14 (14,4%) больных.

Из общего числа умерших больных 62 (69,3 %) злоупотребляли алкоголем. В местах лишения свободы находились 76 (78,3%) больных. Лиц без определенного места жительства (БОМЖ) было 29 (29,8%).

Из всех умерших больных 14 имели различные сопутствующие заболевания: сахарный диабет был у 4 (4,2 %), цирроз печени у 4 (4,2 %), заболевания почек с хронической почечной недостаточностью у 6 (6,2%)больных. Среди больных, умерших от туберкулеза, поступили с поражением легких несовместимым с жизнью 47

Таблица 1. Возрастной состав больных хроническим туберкулезом, умерших в стационаре за 2007 - 2009 годы

Годы	Всего	До 19 лет	20-29Л	30-39Л	40-49Л	50-59Л	60 и ст.
2007	25	1	4	5	9	4	2
2008	22	-	5	6	8	1	2
2009	50	-	11	14	22	3	-
Всего	97	1	20	25	39	8	4

Таблица 2. Длительность стационарного лечения умерших больных за 2007-2009 годы.

Годы	Всего	до 3 сут	от трех суток до десяти дн	до 1 мес.	до 2 мес.	до 3 мес	до 4 мес.	5 и более мес
2007	25	5	5	8	2	1	2	2
2008	22	2	1	5	5	3	1	4
2009	50	4	5	12	6	9	6	8
Всего	97	11	11	25	13	13	9	14

(48,4%) больных. Казеозная пневмония была у 49 (50,5 %) больных. Процесс в легких продолжал прогрессировать на фоне лечения у 14 (14,5%) больных. У 1/3 умерших больных определена лекарственная устойчивость к 1,2,3 препаратам. У всех больных отмечалась выраженная туберкулезная интоксикация, легочно-сердечная недостаточность, что и служило основной причиной смерти. От легочного кровотечения за 3 года умерло 11 (11,3%) больных.

Таким образом, анализ смертности за 3 года от хронических форм туберкулеза органов дыхания показал, что основными причинами смерти у больных с хроническим туберкулезом легких являются: большие распространенные процессы, выраженная туберкулезная интоксикация, легочно-сердечная недостаточность, легочное кровотечение, устойчивость к антибактериальным препаратам. В структуре социальных факторов, приводящих к хронической форме туберкулеза преобладают: нахождение в местах лишения свободы (78,3%), злоупотребление алкоголем (69,3%), БОМЖ - (29,8%). Среди умерших за 3 года больше мужчин в возрасте от 40 до 49 лет. Сопутствующие заболевания были у 14,4 % больных (сахарный диабет, цирроз печени, заболевания почек).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Сагын Х.А., Назирова Н.И. Проблемы туберкулеза в Республике Казахстан и пути решения. // Материалы II съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. — Астана, 2002. — Том I. — С. 574-576.
2. Диканбаева С.А., Ракишев Г.Б., Назирова Н.И. Результаты внедрения и реализации Программы борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан. // Фтизиопульмонология. — Алматы, 2006. - №2 (6). — С. 6-12.

ТҰЖЫРЫМ

Негізгі өлім себептері, наукастардың созылмалы өкпе туберкулезінің кең жайылуы, туберкулезбен әлсіресу, өкпе жүрек жетімсіздігі, өкпеден қан кету, МКД тұрақтылығы. Әлеуметтік жағдайлар құрылымының туберкулездің созылмалы түріне әкелетіндері: бас бостандығынан айрылғандар (78,3%), маскүнемдікке салынғандар (69,3%), баспанасыздар (29,8%).

3 жыл ішінде қайтыс болған еркектер 40 жастан 49 жасқа дейін. Ілеспелі аурулар наукастарда 14,4% кездесті (қант диабеті, бауыр циррозы, бүйрек аурулары).

SUMMARY

Main mortality causes among patients with chronic pulmonary tuberculosis are as follows: expanded processes, expressed tuberculosis intoxication, pulmonary and cardiac insufficiency, resistance to anti-TB drugs. There are some social factors leading to TB process chronization such as staying in the penitentiary system institutions (78.3%), alcohol addiction (69.9%), status of person without regular place of residence (29.8%). Men are prevalent in these categories of patients. Comorbidity (diabetes mellitus, cirrhosis, kidney diseases) was found in 14.4% of patients deceased.

АНАЛИЗ ИНФИЦИРОВАННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ г. РУДНОГО

СУЛТАНГАЛИЕВА Б.С.

ГУ «Рудненский противотуберкулезный диспансер», г.Рудный

Для определения инфицированности туберкулезом и для раннего выявления туберкулеза применяется туберкулиновая проба, которая проводится среди детей старше 2-х месяцев, в 6-7 ревакцинацией, а также детям из группы риска по туберкулезу.

К группе «риска» относятся дети из социально-неблагополучных семей, дети, находящиеся на амбулаторном и стационарном лечении с длитель-

ным кашлем, дети с увеличенными периферическими лимфоузлами и дети с неразвившимся поствакцинальным рубцом БЦЖ.

Инфицированность населения о туберкулезе — это показатель, характеризующий процент лиц, зараженных туберкулезом. В соответствии с рекомендацией ВОЗ туберкулез будет считаться ликвидированным при достижении уровня 1% инфицированности у детей до 14 лет.

Таблица 1. Инфицированность туберкулезом детского населения.

	Детское население	Запланировано реакции Манту	% охвата реакций Манту	Общая инфицированность
2007	19301	12434	99%	57,8%
2008	19514	11838	100%	52,6%
2009	18591	12432	99%	43%

Таблица 2. Инфицированность туберкулезом детей в очагах туберкулеза, перед вакцинацией БЦЖ и в группе риска

	Положительная реакция Манту		
	В очагах туберкулеза	Перед RV БЦЖ	В группе риска
2007	155-69,8%	1343-63-8%	1746-49%
2008	193-69,4%	1087-49,2%	2877-49,9%
2009	152-55%	920-36,6%	2282-40,6%

Таблица 3. Первичное инфицирование в очагах туберкулеза, перед ревакцинацией БЦЖ и в группе риска

	В очагах туберкулеза	Перед RV БЦЖ	В группе риска
2007	3,46%	2,57%	2,23%
2008	3,73%	2,67%	1,86%
2009	5,5%	3,43%	1,53%

Анализ инфицированности детского населения г. Рудного за 2007–2009 годы показывает, что инфицированность детского населения высокая, но с тенденцией к некоторому снижению.

В очагах туберкулеза инфицированность среди детей и подростков выше, чем инфицированность детей группы риска по заболеваемости туберкулеза, но также с тенденцией к снижению.

Важное значение имеет показатель первичного инфицирования, или вираж туберкулиновых проб, более точно отражающий эпидемиологическую ситуацию, так как в показателе инфицированности отражаются лица, заразившиеся туберкулезом. Показатель первичного инфицирования вычисляется как процент лиц, у которых при постановке реакции Манту обнаружен вираж туберкулиновой чувствительности по отношению к числу обследованных, которые при обследовании в прошлые годы были неинфицированными.

По данным таблицы 3 видно, что первичное инфицирование высокое в очагах туберкулеза и ниже в группе риска. За 2007 - 2009 годы первичное инфицирование в бациллярных очагах туберкулеза составило 4,75%, в небациллярных очагах туберкулеза - 3,07%, т.е. на 1,68% ниже. При анализе первичного инфицирования в группе риска в среднем за 2007 - 2009 годы процент первичного инфицирования у детей с увеличенными лимфоузлами в 4-х и более группах - 0,95%; с длительным кашлем - 1,38%, из социально -

неблагополучных семей 3,11%, с неразвившимся поствакцинальным рубчиком БЦЖ- 7,11 %.

Это указывает на наиболее высокий риск заболевания туберкулезом среди детей из очагов туберкулеза, среди детей перед ревакцинацией БЦЖ, а в группе риска среди детей с неразвившимся рубцом БЦЖ и из социально - неблагополучных семей.

С помощью туберкулиновой пробы среди впервые заболевших туберкулезом детей и подростков выявлено в 2007 г. из 11 человек - 5; в 2008 г. из 2 человек - 23; в 2009 г. из 7 человек - 4.

ТҰЖЫРЫМ

Балалардың ортасында жалпы жұқпалығы жоғары болғанымен салыстырмалы түрде біршама төмендеді. Туберкулез ошағындағы балалар мен жасөспірімдерде алғашқы жұқпалық жоғарлауы, ЕТБ ревакцинациясы алды балаларда, әлеуметтік жағдайы төмен отбасылары және ЕТБ вакцинациядан кейінгі тыртыктанып эпидемиологиялық тұрғыдан дәлелдеген.

Балалар отбасында туберкулез пайда болуын анықтайтын бірден – бір, ең – негізгі тәсіл туберкулин сынағы болып табылады.

SUMMARY

General the children's population remains high, but with the tendency to some decrease {reduction}. High primary инфицирование at children and teenagers in the centers of a tuberculosis, at children before, testifies that the epidemiological situation on a tuberculosis remains intense, is a conducting {ieading} method a tuberculosis among the children's population.

РОЛЬ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПРОЦЕССЕ*НАУРЫЗБАЕВА Г.М.*

Для больных со сниженной реактивностью организма, общей гипотонией, незначительным повышением температуры, с вялым течением болезни калорийность рациона в пределах 2700-3000 ккал. Диета характеризуется повышенным содержанием аскорбиновой кислоты, витаминов группы В. Кулинарная обработка обычная, питание дробное.

При дефиците массы тела, повышении температуры до 38 градусов Цельсия, без признаков усиленного разрушения тканей в очагах туберкулезного воспаления суточную калорийность рациона поднимают до 3500 ккал. В пищу вводят продукты богатые кальцием (молоко, молочные продукты - кальцинированный творог, яйца).

В период обострения заболевания (высокая температура, выраженные явления интоксикации, значительное истощение) необходимо вводить дополнительные количества аскорбиновой кислоты, кальция. Диета построена в основном на употреблении большого количества свежих соков, овощей, фруктов. В этот период всю пищу готовят в протертом виде. Питание дробное, через каждые 2-3 часа. Если заболевание протекает с аллергическими реакциями в рационе ограничивают углеводы, преимущественно за счет сахара, меда, сладостей, сладких фруктов. При склонности к образованию выпотов (экссудатов, транссудатов) в рационе ограничивают поваренную соль.

Лечебное питание должно строиться с учетом локализации, характера процесса, степени активности, реактивной способности организма, состояния органов пищеварения, упитанности и образа жизни больного, сопутствующих заболеваний и осложнений, функционального состояния пораженных органов.

При расчете общей калорийности, наряду с учетом роста, массы тела, пола и образа жизни (режима) больного, необходимо иметь в виду частое наличие при туберкулезе повышенного расхода энергии, связанного с инфекцией и лихорадочным состоянием

При массе тела больного ниже нормы и прогрессирующем похудании показано назначение усиленного питания, которое предусматривает повышение калорийности на 1/3 по сравнению с нормой. Не следует прибегать к усиленному пи-

танию при выраженных нарушениях деятельности желудка, кишечника, печени и сердечно-сосудистой системы. О благотворном влиянии усиленного питания свидетельствует не столько увеличение массы тела, сколько улучшение аппетита, настроения и появление бодрости. Вместе с тем, если масса тела больного при усиленном питании не увеличивается, необходимо пересмотреть качественный состав пищи.

В связи с усиленным белковым распадом показано включение в рацион повышенного количества белка (в период вспышки до 2,5 г и вне вспышки туберкулезного процесса до 1,5—2 г на 1 кг массы тела), что способствует повышению сопротивляемости организма к туберкулезной инфекции; не менее половины положенного количества белков должны быть животного происхождения (мясо, рыба, яйца, молоко, творог и др.).

Имеются данные о возможном образовании веществ, обладающих антибиотическим действием, в процессе обмена в организме таких аминокислот, как аргинин, триптофан, фенилаланин. Поэтому целесообразно рекомендовать включение в рацион пищевых продуктов, содержащих эти аминокислоты (молоко, творог, судак, треска, говядина, курица, баранина, свинина, овсяная и гречневая крупы, пшено, рис, соя, фасоль, ячмень, горох, морковь, картофель, капуста и др.).

Вне вспышки туберкулезного процесса следует обеспечивать организм нормальным количеством углеводов (7 г на 1 кг массы тела). При активизации процесса рекомендуется снижать их содержание в рационе (до 4—5 г на 1 кг массы тела), что оказывает противовоспалительное действие. Ограничение углеводов, особенно легкоусвояемых (сахар, мед, варенье и др.), показано при нарушениях нервной регуляции, которые проявляются лабильностью вегетативной нервной системы (стертые симптомы гипо- и гипергликемии), гиперсенсibilизации организма.

Избыток жиров в рационе способствует ацидотическому сдвигу, затрудняет деятельность органов пищеварения, вызывает поносы, жировую инфильтрацию печени, угнетает и без того часто пониженную желудочную секрецию и аппетит. Быстрая насыщаемость ведет к недоста-

точному введению в организм белков, витаминов и минеральных веществ. В настоящее время обоснована целесообразность некоторого ограничения количества жиров в рационе в период активизации туберкулезного процесса (до 1 г на 1 кг массы тела) и нормального количества жиров (1,5 г на 1 кг массы тела) в фазе ремиссии. Следует отдавать предпочтение сливочному маслу и растительным жирам. Последние являются основными источником незаменимых жирных кислот.

При туберкулезе имеет место повышенная потребность в витаминах (ретинол, аскорбиновая кислота, тиамин, рибофлавин, пиридоксин, никотиновая кислота), особенно при наличии поражений органов пищеварения (энтероколит, гастрит, гепатит и т. д.), которые затрудняют усвоение витаминов. Недостаток некоторых витаминов (пиридоксин, аскорбиновая кислота и др.) может быть вызван применением ряда антибактериальных средств. Обеспечение организма достаточным количеством витаминов оказывает благотворное влияние на течение туберкулеза.

Обеднение организма кальцием, его противовоспалительное и десенсибилизирующее влияние определяет необходимость обогащения рациона солями кальция за счет богатых ими продуктов (молоко, творог, сыр, капуста, листовный салат, бобовые, изюм и т. д.). Лучшему усвоению кальция способствует введение его в оптимальных соотношениях с фосфором (1 : 1 или 2 : 1) и обеспечение организма достаточным количеством витамина Д. Фиксации кальция в тканях способствует ограничение количества соли. Рекомендуется ее употребление в период вспышки туберкулезного процесса до 8 г и в неактивной фазе до 12 г в сутки. Наличие жидкости в полостях (экссудативный плеврит, эмпиема, транссудат) служит показанием к более резкому ограничению употребления соли (2—4 г в сутки), что способствует рассасыванию жидкости. Вместе с тем после больших кровопотерь, профузных поносов, частой рвоты необходимо вводить повышенное количество соли (20—25 г в сутки).

Следует обеспечивать потребность организма в других минеральных веществах (железо, магний и др.).

Поскольку туберкулезная интоксикация способствует повышению гидрофильности тканей, необходимо избегать употребления избыточного количества жидкости.

Для повышения часто сниженного аппетита рекомендуется разнообразить меню, включать в

него с учетом возможных противопоказаний стимуляторы желудочной секреции (мясной бульон, рыбная уха, сельдь и др.), заботиться о высоких вкусовых качествах и красивом оформлении блюд, выработать индивидуальный режим питания с регулярным приемом пищи и употреблением основного ее количества во время снижения температуры. Поражение печени определяет целесообразность исключения яичных желтков, жирного мяса, рыбы и овощей, сдобного теста, копченостей, острых блюд, крепкого кофе, алкогольных напитков.

При кровохарканье важно обеспечить организм повышенным количеством витаминов (аскорбиновая кислота, викасол), солями кальция и при больших кровопотерях — повышенным количеством соли (до 20—30 г в сутки). Рекомендуются в охлажденном виде кисели, фруктовые и ягодные желе, протертый творог с молоком, сливки, яйцо всмятку, жидкая манная молочная каша, прохладное питье (томатный сок, подкисленная лимонная вода и т. д.).

При осложнении туберкулеза легких легочно-сердечной недостаточностью показано ограничение жидкости, соли, обогащение рациона солями калия, проведение разгрузочных дней.

К числу распространенных методов диетотерапии при этом относится кумысолечение. Один литр кумыса обеспечивает организм 530 Ккал и содержит белка 22 г, жиров 17 г, углеводов 32,6 г, аскорбиновой кислоты 200—250 мг и около 20 г спирта. Рекомендуется назначать кумыс по одному стакану 5—6 раз в день. Кумысолечение противопоказано при остро протекающих и декомпенсированных туберкулезных поражениях, сопутствующих хронических нагноениях в легких и плевре (абсцесс, бронхоэктазы, пиопневмоторакс и др.), язвенной болезни и гастритах с повышенной желудочной секрецией, заболеваниях печени, преобладании бродильных процессов в кишечнике, болезнях обмена (сахарный диабет, подагра, ожирение), неврозах с выраженной лабильностью вегетативной нервной системы, гиперфункции щитовидной железы, недостаточности кровообращения II—III стадии, туберкулезе кишечника и почек.

Таким образом, лечебное питание при туберкулезе очень важно. Особенностью диетического питания при туберкуле является повышенная потребность организма больного в белках, витаминах и минеральных веществах. Показано введение в рацион таких продуктов, как яичный желток, морковь, помидоры, красный перец и др.

РЕЦИДИВЫ ТУБЕРКУЛЕЗА, ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПУТИ УСТРАНЕНИЯ*МОЛДАТАЕВА Ж.Ж.**ГУ «Костанайский областной противотуберкулезный диспансер», г.Костанай*

Результаты анализа статистических данных за последние годы показывает тенденцию к снижению показателя заболеваемости туберкулезом населения как Костанайской области, так и республики в целом. Но вместе с тем, особую озабоченность вызывает рост числа рецидива туберкулеза по области. Как известно, рецидивы являются показателем, характеризующим эффективность проводимых противотуберкулезных мероприятий. Поэтому целью данной работы явилось изучение причин возникновения рецидивов туберкулеза и пути их устранения. Анализируя данный материал на промежуточном этапе текущего года, мы также ставили перед собой задачу выяснить роль факторов, которые оказывают влияние на развитие повторных вспышек туберкулеза с целью положительного воздействия на них в дальнейшем в деле предупреждения рецидивов.

Частота реактивации туберкулезного процесса находится в прямой зависимости от клинической формы, фазы и распространенности исходного процесса, предыдущего этапа лечения, характера остаточных изменений в легких, наличия сопутствующих заболеваний и отягощающих факторов у больного, препятствующих на проведение непрерывно контролируемого курса лечения. Нельзя не забывать также все больше приобретающую роль лекарственной устойчивости в лечении и течении туберкулезного процесса повсеместно.

Материалы и анализ: Были проанализированы 166 диспансерных карт больных с повторными вспышками туберкулеза за 1 полугодие 2008 года.

При этом был установлен следующий социальный статус больных: неработающих — 103 (62,0%), лиц без определенного места жительства — 18 (10,8%), студентов — 4 (2,4%), пенсионеров — 9 (5,4%), учащихся школ — 2 (1,2%).

В основном рецидив заболевания у больных был выявлен при обращении в лечебно-профилактические учреждения и при очередных контрольных обследованиях в процессе диспансерного наблюдения.

Сроки выявления рецидивов туберкулеза разные. У 15 (9%) больных рецидив туберкулеза возник в первые 12 месяцев после успешного завер-

шения полного курса лечения. Через 1-2 года — 20 (12%), через 2-3 года — 32 (15,7%), через 3-4 года 16 (9,6%), а через 4 года и более после излечения у половины зарегистрированных больных — 83 (50%).

У подавляющего количества больных (78%) повторная вспышка процесса протекала с тяжелой клинической симптоматикой, с выраженными явлениями интоксикации, массивным бактериовыделением (62%). Позднее выявление рецидива с осложнениями усложняет процесс лечения и влияет на исход терапии. Своевременная диагностика рецидива зависит от активности самого больного — своевременного обращения за медицинской помощью, ведения постоянной работы с диспансерным контингентом, привлекая их на обследования в регламентированные сроки согласно приказа №466 МЗ РК от 03.07.2007г., реабилитации их в условиях туб. санатория, налаженности преемственности работы по передаче лиц снятых с диспансерного учета в ОЛС и их регулярности ФГ осмотра как группы «риска».

В клинической структуре у подавляющего количества больных диагностирован инфильтративный туберкулез — 136 (81,9%), фиброзно-кавернозный — 26 (15,7%), диссеминированный — 4 (2,4%). По распространенности у более чем у половины больных — 112 (67,5%) процесс был двусторонним, в 147 (88,6%) случаях были поражены больше одной доли. Вместе с тем стоит отметить, что у 21 (12,6%) зарегистрированы повторные рецидивы.

Одним из причин способствующих развитию рецидива туберкулеза является отягощающие факторы. Так, среди 166 больных у 18 (10,8%) развитию рецидива предшествовало пребывание в местах лишения свободы, 23 (13,9%) человека страдали алкоголизмом и наркоманией, а у 4 (2,4%) повторной реактивации процесса способствовали беременность и роды.

Немаловажную роль в развитии рецидива туберкулезного процесса играет наличие у больного сопутствующих заболеваний, что отмечалось у 67 (40,4%). Наиболее часто встречались ХОБЛ — 19 (23,9%), язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки — 6 (9%), хронический гастрит — 12 (17,9%), сахарный диабет — 8 (12%), психичес-

кие заболевания — 6 (9%), ВИЧ- инфицированных — 3 (4,5%) и др. Среди всех больных с рецидивом 9 (5,4%) имели инвалидность по другим заболеваниям.

Непрерывно-контролируемое лечение с соблюдением сроков длительности и полного набора ПТП согласно стандартным схемам являются важнейшими принципами стратегии DOTS. Строгое выполнение данных принципов влияет на результат лечения. Перерывы в лечении ведут к неполному излечению от болезни, а самое главное к развитию лекарственно устойчивых форм туберкулеза.

По результатам нашего анализа 35 (21,1%) больных имели перерывы в предыдущем этапе лечения по разным причинам. Из них 14 (8,4%) больным отменялись ПТП на разные сроки из-за плохой переносимости, а 21 больной прерывала прием ПТП нарушая режим.

В настоящее время актуальным остается рост лекарственно-резистентных микобактерии туберкулеза, которая играет важную роль в развитии рецидива туберкулезного процесса. При изучении причин возникновения рецидива у 166 больных, было выявлено что 28 (16,6%) больных заканчивали предыдущий этап лечения с резистентностью к 2-м и более препаратам имея опасность развития повторной вспышки туберкулезного процесса.

Резюме, обсуждение: Проведенный анализ свидетельствует о многосторонности причин развития повторной вспышки туберкулеза после проведенного полного курса эффективной химиотерапии.

Суммация причин социального, медицинского и личностного характера является важным звеном в закреплении результатов лечения.

Поэтому устранение отягощающих факторов, проведения адекватной противотуберкулезной терапии, активизация санитарно-просветительских работ являются неотложным звеном профилактики рецидивов туберкулеза.

В процессе лечения больных необходим строгий контроль за проведением второго этапа лече-

ния у химизатора для предупреждения повторной реактивации туберкулезного процесса.

Своевременная диагностика рецидива туберкулезного процесса не допускает развития его осложнений облегчает процесс лечения. С этой целью участковым фтизиатрам необходимо вести постоянную работу с диспансерным контингентом, привлекая их на обследования в регламентированные сроки предусмотренные приказом МЗ РК №466 от 03.07.2007г. и не забывать о реабилитации их в условиях туб. санатория с целью закрепления полученного успеха лечения. Налаженность преемственности работы с работниками ОЛС также имеет большое значение в предупреждении развития тяжелых повторных вспышек. Тесный контакт фтизиатра с терапевтом улучшает своевременную передачу лиц снятых с диспансерного учета, правильное формирование группы «риска» и их регулярности ФГ осмотра.

Широкая разъяснительная работа среди населения о первых симптомах заболевания и путях его профилактики является важным звеном в борьбе с туберкулезом.

Выводы:

Проанализированы причины возникновения 166 случаев повторного заболевания туберкулезом за первое полугодие 2008 года по Костанайской области. У 9% больных рецидив туберкулеза возник в первые 12 месяцев после успешного завершения полного курса лечения. Через 1-2 года — 12%, через 2-3 года — 15,7% через 3-4 года 9,6%, а через 4 года и более после излечения у половины зарегистрированных больных — 50%.

В 40,4% случаев развитию рецидива способствовало наличие у больного сопутствующих заболеваний, у 21,1% больных имели место перерывы в предыдущем этапе лечения по разным причинам, 16,6% больных заканчивали предыдущий этап лечения с резистентностью к 2-м и более препаратам. Обращает на себя внимание также социальный состав больных — среди рецидивов 62,0% неработающих, лиц без определенного места жительства составляет — 10,8%.

ТУБЕРКУЛЕЗ – УГРОЗА ДЛЯ ВСЕЙ ПЛАНЕТЫ*ИБРАЕВА Р.**Областной центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Актобе***Немного истории**

Это беда всего человечества приобретала все большее распространение, став «белой чумой XX века». Не случайно чахотка была отражена в произведениях Ф.М. Достоевского и А.П. Чехова, Ч. Диккенса и А. Дюма, в полотнах художников К.Д. Флавицкого, Н.П. Клодта, В.М. Максимова, В.Д. Поленова, в операх Д. Верди, Д. Пуччини. Туберкулезом болели и умерли В.Г. Белинский, Н.А. Добролюбов, А.П. Чехов, Ф. Шопен и многие другие писатели, поэты, художники, композиторы. К середине XX века во всем мире эпидемиологические показатели по туберкулезу удалось существенно улучшить. Уровень заболеваемости в нашей стране к концу 80-х годов был уже достаточно низким. Однако, с начала 90-х годов на фоне снижения жизненного уровня населения отмечается рост заболеваемости.

Направления профилактики

Факторы, способствующие заболеванию туберкулезом. К факторам, способствующим заболеванию туберкулезом, следует, прежде всего, отнести:

- неполноценное питание,
- алкоголизм,
- табакокурение,
- наркоманию,
- ВИЧ-инфицированность,

-наличие сопутствующих заболеваний (диабет, язвенная болезнь желудка и 12-типерстной кишки, хронические неспецифические болезни легких).

Профилактика туберкулеза состоит из 3 составляющих - специфическая, санитарная, социальная.

Санитарная профилактика.

Санитарная профилактика складывается из следующих моментов:

1. изоляция больных туберкулезом с бактериовыделением
2. правильная и систематическая дезинфекция мест нахождения больного
3. санитарная пропаганда

Изоляция. С 20-х годов было узаконено, что семьи, где находится больной туберкулезом с бактериовыделением обязательно подлежат расселению. До 1991 года давали жилплощадь. Если в семье имеется двое больных - муж и жена и выписывается ребенок из роддома, то необходимо с целью безопасности лучше изолировать малыша на 2-3 месяца для формирования иммуни-

тета (госпитализируются в диспансер).

Расселению подлежат лица больные туберкулезом.

Дезинфекция широко применяется, не утратила свое значение. Проводится хлорамином, хлорной известью. Хлорамин в 1-2% растворе (применяется в лечебных учреждениях) не эффективен против *Mycobacterium tuberculosis*, поэтому используют большие концентрации. Проводят влажную уборку, 2 раза в день. При изоляции больного проводится заключительная дезинфекция силами дезстанциями города - обрабатывается все помещение, вещи и одежда отправляется в дезкамеру. Текущая дезинфекция включает также: отдельная посуда, обязательная обработка хлорамином (замачивание в течение 5 часов). Лучше советовать кипятить в 2% растворе соды (горячий раствор убивает *Mycobacterium tuberculosis* моментально). Обычно советуют взять 60 соды на 3-х литровую банку.

Постельное и нательное белье должно быть прокипячено. Желательно чтобы в помещении, где живет больной, не было ковров, потому что при кашле пылинки оседают на мебели, коврах.

Запрет на некоторые профессии:

1. все профессии, связанные с контактом с детьми - воспитатели, учителя и др.

2. все профессии, связанные с коммунальным обслуживанием

3. профессии связанные с транспортом (проводники, стюардессы и др.). всего около 20 профессий.

Социальная профилактика.

Прежде всего, эта работа лежит на властях.

1. каждый больной туберкулезом имеет право на отдельную жилую площадь

2. право на больничный лист в течение 10-12 месяцев

3. все больные туберкулезом имели право на отпуск только в летний период

4. все больные туберкулезом на производстве имеют право на бесплатное диетическое питание

5. каждый больной, переболевший, и его родственники имеют право на бесплатное санаторное лечение в течение 2-3 месяцев

Санитарная пропаганда: ею должна заниматься власть - печатные листовки о заболевании в общественных местах и др, телевидение, радио.

Профилактика туберкулеза в Актыбинской области за 4 месяца 2010 года

В целях реализации программы «Здоровый образ жизни», утвержденной Постановлением Правительства РК от 21.12.2007г. №1260 и «Программы усиления борьбы с туберкулезом на 2008 – 2010г.г.» по Актыбинской области за 1 квартал 2010г. проведены следующие мероприятия:

- Областным центром формирования здорового образа жизни, областным противотуберкулезным диспансером и областным управлением образования составлен комплексный план по профилактике туберкулеза и утвержден областным управлением здравоохранения.

- Совместно с областным управлением образования составлен и утвержден план и график по проведению семинар-тренинга с 1 февраля 2010 года по инновационной технологии для заместителей директора и классных руководителей школ.

- За 4 месяца 2010 года организовано 8 семинар-тренинга и обучено 192 преподавателей школ.

- Третий год совместно с областным управлением образования проводится семинар-тренинг по интерактивной методике среди учащихся 1 курса колледжей, с последующей подготовкой волонтеров.

- За 4 месяца 2010 года подготовлено среди учащихся колледжей 225 волонтеров, они проводят занятия среди своих сверстников по принципу «равный-равному».

- В институте повышения квалификации учителей за 4 месяца 2010 года проведено 4 семинар-тренинга с участием 104 сельских учителей.

- Областным управлением здравоохранения с 23.02.10г. по 23.03.10г. был объявлен месячник, приуроченный к Всемирному дню борьбы с туберкулезом под девизом: «Наша цель - остановить туберкулез».

Во время месячника проведены следующие мероприятия:

- 18 февраля 2010 года проведен семинар-тренинг на тему: «Мультirezистентный туберкулез – как угроза для современного общества. Профилактика и меры дальнейшего снижения заболеваемости туберкулезом» для участковых терапевтов, педиатров и медицинских работников школьных дошкольных учреждений с участием главных специалистов областного управления здравоохранения, заведующего кафедры фтизиатрии Актыбинского государственного медицинского университета им. М.Оспанова, заведующего диспансерным отделением областного противотуберкулезного диспансера и зав. эпид. отделом областного управления госсанэпиднадзора.

- С целью повышения уровня санитарной грамотности и медицинской активности среди женщин репродуктивного возраста в городском

центре планирования семьи и репродукции человека организовано за 3 месяца 2010 года 2 семинар-тренинга и проведено 62 анкетирования.

- В 4-х городских поликлиниках организованы встречи с населением.

- 17 марта 2010 года во дворце «Студенттер сарайы» Актыбинского государственного педагогического института организована широкомасштабная акция с участием 870 студентов.

- 4 марта 2010 года в университете им. С.Баишева организован круглый стол с участием 45 студентов.

- В студенческой поликлинике университета им.К.Жубанова проведен семинар-тренинг с участием 240 студентов.

В нижеследующих СУЗах с участием главных специалистов областного управления здравоохранения, областного центра формирования здорового образа жизни, областного противотуберкулезного диспансера, специалистов госсанэпиднадзора и заслуженных мастеров спорта организована акция и проведено анкетирование:

- Актыбинский колледж транспорта, коммуникаций и новых технологий

- Актыбинский кооперативный колледж

- Актыбинский музыкальный колледж им.

А.Жубанова

- Актыбинский технический колледж

- Актыбинский медицинский колледж

- Финансово-экономический колледж

- Гуманитарный технический мультипрофильный колледж.

Все проведенные мероприятия были освещены в средствах массовой информации.

За 4 месяца 2010 года в средствах массовой информации организовано:

- пресс-конференция - 1

- телеканал «Казахстан –Актобе»

программа «Қайырлы таң, Ақтөбе» под рубрикой «Здоровье» - 8.

- программа «Актуальное интервью» - 1.

- информационная программа «Арна» - 7.

- телеканал «Рика ТВ»

- программа «Ашық әңгіме» - 1,

- программа «Рядом»- 1,

- информационная программа «Таулик», «Факт» - 5

- статьи в газеты «Актобе» - 6, «Актыбинский вестник» - 4, «Эврика» - 2, «Диапазон» - 3.

- в радио «Ақтөбе», «Тандем» 1 раз в неделю проведена беседа в прямом эфире.

В рынках «Шығыс», «Алия», «Табыс» «Центрального рынка» радиоточках прочитаны лекции.

Аналогичные мероприятия проведены во всех районах области.

КЛИНИКА БРУЦЕЛЛЕЗА В РАЗЛИЧНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

ГРУШИНА Т.А.

Казахский научный центр карантинных и зоонозных инфекций имени М. Айкимбаева, г.Алматы

Введение

В Республике Казахстан (РК) бруцеллез регистрируется практически во всех регионах, однако более 80% - на территории южных областей. Социально-экономические преобразования в стране в 90-х годах привели к передаче около 92% сельскохозяйственных животных индивидуальным владельцам /1/.

Восточно-Казахстанская область с начала 70-х годов относилась к территориям с относительно низким уровнем заболеваемости бруцеллезом /2/. После слияния с Семипалатинской областью, неблагополучной по бруцеллезу, интенсивный показатель заболеваемости в 2001 году относительно 2000 года возрос в 2,7 раза, достигнув 6,6 на 100 тысяч населения, в Тарбагатайском районе - в 1,9 раза, достигнув 40,19. Несмотря на длительное неблагополучие по бруцеллезу в Семипалатинской области, специалистами данного региона /3-5/ описывалась клиника бруцеллеза, значительно отличающаяся от таковой в южных областях /6-8/. Она характеризовалась более легким течением, без очаговых изменений в острой стадии болезни. Масштабы воздействий ионизирующих излучений на состояние здоровья населения, проживающего на территориях, прилегающих к Семипалатинскому полигону, долгое время умалчивались. В результате испытаний ядерного оружия в земной коре появились трещины и разломы, из которых может продолжаться излучение, загрязняющее почву, воду и воздушное пространство. Суммарная радиационная доза за 40-летний период испытания ядерного оружия будет служить еще 5730 лет дополнительным источником облучения многих поколений людей /9/. В начале 90-х годов появилась серия публикаций, в которых отмечался рост онкологических, респираторных вирусных, аллергических заболеваний, болезней аутоиммунного генеза и туберкулеза /10-15/. У населения, подвергшегося воздействию малых доз радиации, были выявлены Т-лимфопения и снижение фагоцитоза /16, 17/.

Целью настоящего исследования было сравнительное изучение клинических проявлений

бруцеллеза в различных экологических условиях окружающей среды.

Материалы и методы

Было проведено клинико-эпидемиологическое и лабораторное обследование 113 владельцев сельскохозяйственных животных в указанных районах в 2001-2004 годах: 78 человек - из Жамбылского района Алматинской области, где показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 38,5, и 35 - из Тарбагатайского района Восточно-Казахстанской области (регион Семипалатинского ядерного полигона), где показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 40,19. Среди владельцев выявили 54 больных человека с острым бруцеллезом (45 - в Жамбылском и 9 - в Тарбагатайском) и 45 - с вторично-хроническим (33 и 12 соответственно). Для диагностики использовали бактериологический метод и традиционные серологические тесты: реакции агглютинации Хеддльсона (РХ) и Райта (РА), Роз-Бенгал тест (РБТ), иммуноферментный анализ (ИФА) /18/.

Результаты

Сравнительный анализ клинических проявлений бруцеллеза в указанных районах показал значительную разницу между ними. Так, острый бруцеллез отличался манифестным началом у всех 9 больных (100%) в Тарбагатайском районе и снижением манифестации (постепенное начало болезни) у 20 больных (44,5%) в Жамбылском. Снижение манифестации острых форм связано с предшествовавшей заболеванию сенсibilизацией специфическим антигеном владельцев скота в условиях несанирующихся очагов инфекции, что ведет к удлинению инкубационного периода, снижению антимикробного иммунитета /4/. Экспериментальными исследованиями /19/ показано быстрое распространение по организму меченых изотопом S35 бруцелл у интактных животных и задержка их в регионарных лимфатических узлах у предварительно сенсibilизированных специфическим антигеном морских свинок. Не случайно, среди больных Жамбылского района (6,7% случаев) регистрировались лимфадениты, позже присоединялась лихорадка

ка, а лимфаденит оставался единственным локальным проявлением болезни. Предварительной сенсibilизацией можно объяснить и более частые поражения опорно-двигательного аппарата (55,5% - Жамбылский, 25% - Тарбагатайский районы). В то же время у больных Тарбагатайского района несколько чаще, чем Жамбылского, регистрировались поражения селезенки (100% и 88,8%) и печени (33,3% и 25% соответственно), что не противоречит патогенезу бруцеллеза, развивающемуся без предварительной сенсibilизации организма специфическим антигеном.

При переходе процесса в хроническую стадию болезни (вторично-хронический бруцеллез) различия в клинических проявлениях были еще более рельефными. Очаговые поражения костно-суставной системы у больных Жамбылского района встречались достоверно чаще ($P = 0,035$), чем Тарбагатайского (82,6% и 25%). При этом более частыми были остеохондроз (23,2% и 12,5%), спондилит (9,5% и 0%), спондилоартроз (19% и 0%), спондилолистез (14,3% и 0%), артрозы (40% и 12,5%). В Жамбылском районе регистрировался менингоэнцефаломиелит - 4,7%, миокардит - 13%, не имевшие места в Тарбагатайском районе. Суперинфицирование также регистрировалось только в Жамбылском районе (14,3%), что и способствовало бактериемии (8,7%), формированию дополнительных очаговых поражений и неблагоприятному прогнозу болезни - инвалидности (23,4.% против 0% - в Тарбагатайском районе).

Нашими исследованиями в Тарбагатайском районе выявлено снижение иммунного статуса в НСТ-тесте: функциональная активность нейтрофилов здоровых жителей Алматинской области оказалась достоверно выше, чем жителей Тарбагатайского района Восточно-Казахстанской области ($7,0 \pm 0,12\%$ против $5,66 \pm 0,12\%$, $P < 0,01$ соответственно), так же, как и у больных бруцеллезом сравниваемых районов (соответственно $3,7 \pm 0,14$ и $4,25 \pm 0,16\%$, $P < 0,05$).

Сравнительный анализ клинических проявлений современного бруцеллеза на изученных территориях выявил менее тяжелое течение бруцеллеза в Тарбагатайском районе, что связано с меньшим числом очаговых поражений с самого начала болезни, менее распространенными поражениями в хронической стадии. В 80-е годы клиницисты описывали течение бруцеллеза в Семипалатинской области как легкое (41, 9%) и среднетяжелое (55, 8%), тогда как в южном регионе - преимущественно среднетяжелое и тяжелое

(96%). Прежде всего, это было связано с отсутствием очаговых воспалительных изменений в острой фазе болезни, смещением их на подострый период болезни. Не встречались тяжелые поражения позвоночника, ЦНС, сердца, которые обычно развиваются на сенсibilизированном фоне и служат причиной инвалидности и смерти больного человека. Известно, что ПЧЗТ играет важнейшую роль в патогенезе клинических проявлений бруцеллеза /19/, однако это звено иммунитета у населения территории, прилегающей к Семипалатинскому ядерному полигону, находится в состоянии депрессии.

Представленное состояние иммунитета у людей радиационно-загрязненного региона логично объясняет существовавшие на протяжении многих лет различия в клинических проявлениях бруцеллеза восточной и южной зон Республики. З.В.Шевцова /20/ нашла, что при облучении морских свинок, если оно производилось до вакцинации живой бруцеллезной вакциной ВА-19, происходило угнетение иммунитета.

Таким образом, было установлено влияние последствий радиоактивного заражения на клиническое течение бруцеллеза у людей. Оно проявлялось менее тяжелым течением инфекционного процесса в результате замедленной сенсibilизации, в связи с этим поздним развитием очаговых воспалительных изменений со стороны опорно-двигательного аппарата и жизненно важных органов. Выявлено, что современное течение бруцеллеза в южном регионе страны характеризуется более тяжелым течением в результате сенсibilизации владельцев скота в постоянно действующих очагах инфекции, повторными заражениями, формированием глубоких поражений со стороны различных органов и систем необратимого характера, неблагоприятным исходом болезни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Казахстан и страны СНГ. Ежеквартальный журнал. - Алматы, 2005. - С. 9.
2. Фосс Б.Б., Задорожный И.Ф. Опыт оздоровления хозяйств Восточно-Казахстанской области от бруцеллеза и снижения заболеваемости людей бруцеллезом. - Алма-Ата, 1978. - 43 с.
3. Муковозова Л.А. Клинико-иммунологическая характеристика и иммуномодулирующая терапия: Автореф. дисс. докт. мед. наук. - М., 1989. - 47 с.
4. Садыков К.Б. Иммунологические аспекты патогенеза, диагностики и прогнозирования при бруцеллезе: Автореф. дисс. докт. мед. наук. - Л., 1991. - 30 с.

5. *Брыжахин Г.Г.* Клинико-физиологическая характеристика нервной системы при бруцеллезе: Автореф. дисс. докт. мед. наук. — Семипалатинск, 1992. — 42 с.
6. *Амиреев С.А., Ременцова М.М., Цирельсон Л.Е., Сатаров А.И., Студенцова В.К., Грушина Т.А., Нифантьев В.М., Ищанова Р.Ж.* Бруцеллез / Эпидемический процесс как социально-экологическая система: Сб. науч. труд. — М., 1986. — С.112-119.
7. *Цирельсон Л.Е.* Клинико-иммунологические особенности бруцеллеза на фоне специфической вакцинации: Автореф. дисс. докт. мед. наук. — Алматы, 1992. — 38 с.
8. *Дуйсенова А.К.* Клинико-иммунологические аспекты реабилитации больных бруцеллезом: Автореф. дисс. докт. мед. наук. — Алматы, 2003. — 50 с.
9. *Тлеубергенов С.Т.* Полигоны Казахстана. — Алматы: Нылым, 1997. — С. 48,49.
10. *Гусев Б.И.* Медико-демографические последствия облучения населения некоторых районов Семипалатинской области вследствие испытаний ядерного оружия: Автореф. дисс. докт. мед. наук. — Алма-Ата, 1993. — 31 с.
11. *Тохтаров П.Т.* Инфраструктура инфекционных заболеваний у жителей Семипалатинской области в отдаленные сроки после воздействия малых доз ионизирующих излучений: Автореф. дисс. канд. мед. наук. — Алма-Ата, 1991. — 17 с.
12. *Гусев Б.И., Ибраев С.С., Белозеров Е.С.* Состояние здоровья сельского населения, проживающего в районах, прилегающих к Семипалатинскому ядерному полигону // Здравоохранение Казахстана, 1992. №7. — С. 7-8.
13. *Сейсембеков Т.З., Чуганбекова С.К.* Медико-социальные и экологические проблемы региона, прилегающего к Семипалатинскому ядерному полигону // Здравоохранение Казахстана, 1991. №12. — С. 56-57.
14. *Тулеутаева Г.А.* Аллергические заболевания дыхательного тракта и кожи у детей в условиях Северо-Восточного региона Казахстана: Автореф. дисс. докт. мед. наук. — Алма-Ата, 1993. — 347 с.
15. *Розенсон Р.И.* Особенности иммунопатогенеза респираторных аллергозов у населения региона, подвергшегося выпадению локальных радиоактивных осадков: Автореф. дисс. докт. мед. наук. — Шымкент, 1996. — 436 с.
16. *Гусев Б.И., Чайжунусова Н.Ж.* Изучение фагоцитоза, как показателя резистентности организма к инфекции среди населения, в прошлом подвергшегося воздействию продуктов ядерных взрывов // Труды Семипалатинского мед. ин-та, 1994, ч.1. — С.221-228.
17. *Жумадилова З.К., Садыков К.Б.* Система моноцитов периферической крови у больных с острой формой бруцеллезной инфекции, вызванной *Br. melitensis*. / ЖМЭИ, 1989. - №5. — С. 107-108.
18. *FAO/WHO Expert Committee on Brucellosis. Sixth Report Technical Report Series No. 740.* World Health Organization, Geneva 1986;17(55):133.
19. *Шапошников Э.М.* Влияние сенсibilизации замедленного типа на распространение меченых бруцелл и меченого лизированного бруцеллезного антигена: Автореф. дисс. канд. мед. наук. — Алма-Ата, 1971. — 20 с.
20. *Шевцова З.В.* Влияние облучения рентгеновыми лучами на иммуногенез и напряженность иммунитета у животных, иммунизированных живой бруцеллезной вакциной: Автореф. дисс. канд. мед. наук. — М., 1961. — 15 с.

SUMMARY

Influence of various ecological conditions of environment upon clinic of brucellosis was investigated. It was found that consequences of radioactive pollution has an influence upon clinic of brucellosis at people.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕННОСТИ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРУЦЕЛЛЕЗА У ЛЮДЕЙ И ЖИВОТНЫХ

Т.А. ГРУШИНА

Казахский научный центр карантинных и зоонозных инфекций
имени М. Айкимбаева, г.Алматы

Введение

Бруцеллез остается наиболее распространенным заболеванием сельскохозяйственных животных во всем мире и сопровождается большими экономическими потерями и тяжелыми страданиями больных людей /1, 2/. Серологические методы традиционно используются в диагностике бруцеллеза. Однако ни один из доступных тестов не имеет 100 % чувствительности и специфичности, и не может быть отмечен как абсолютный эталон или золотой стандарт.

Выбор наиболее подходящих иммунологических методов для качественного тестирования больных бруцеллезом животных и людей имеет большое значение. Научный анализ результатов борьбы с этим заболеванием в Казахстане показал, что широко известные диагностические методы не могут выявить всех инфицированных особей.

Ухудшение социально-экономических условий в Казахстане в постсоветский период усилило распространенность бруцеллеза, особенно человеческого. В 2009 году было зарегистрировано 2110 случаев впервые диагностированного бруцеллеза, и показатель заболеваемости составил 13,3 на 100000 населения против 2577 случаев и показателя 16,4 - в 2008 году. Однако в некоторых областях показатель заболеваемости был 39,6 (Жамбылская), 28,4 (Южно-Казахстанская) и 27,8 (Алматинская). Напротив, официальная статистика сообщала о невысоком уровне заболеваемости среди домашних животных. Было изолировано из крови больных людей 1106 культур бруцелл, которые относились исключительно к козье-овечьему виду (*Brucella melitensis* биовары 1,2,3).

Имели место случаи выделения культур бруцелл из крови больных бруцеллезом людей при отрицательных традиционных серологических тестах /3/. Новый непрямой иммуноферментный анализ (НИФА) был изучен как скрининг метод в качестве альтернативы традиционным серологическим тестам /4-6/. Липополисахарид (ЛПС) гладких форм *B. abortus* 1119.3 или ЛПС шероховатых форм *B. abortus* RB51 используют в НИФА для определения антител ко всем *Brucella spp.*

Кроме того, смесь ЛПС гладких и шероховатых форм бруцелл используют как универсальный антиген для НИФА. Активные пептиды A/G - рецепторы иммуноглобулинов (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus spp.*) с участком пероксидазы хрена, которые продуцирует *E. Coli*, используют как универсальный реагент обнаружения (конъюгат) для НИФА /7/.

Цель нашего исследования состояла в том, чтобы найти оптимальное сочетание традиционных и новых серологических тестов, которые обеспечили бы эффективную диагностику бруцеллеза у людей и животных.

Материалы и методы

Сыворотка крови людей и животных была собрана в эндемичных по бруцеллезу областях Казахстана. Человеческая сыворотка, которая была исследована, включала 125 сывороток от пациентов с различными формами бруцеллеза и 124 сыворотки от людей, контактировавших с сероположительными животными.

Сыворотка крови животных, которая была исследована, включала 45 сывороток от коров и 55 — от овец. Все исследуемые животные контактировали с сероположительными особями.

Серологические тесты

Три традиционных теста на бруцеллез /8/ - Роз-Бенгал тест (РБТ),

реакция агглютинации Райта (РА) и реакция связывания комплемента (РСК) — были использованы для определения *Brucella spp.* антител в сыворотке крови животных. РБТ и РА были использованы для определения антител в сыворотке крови людей.

НИФА. Коммерческий доступный НИФА комплект был использован для обнаружения антител к гладким и шероховатым формам бруцелл в соответствии с рекомендациями производителя (Peace River Biotechnology Company Limited, Harbin, Heilongjiang Province 150010, People's Republic of China). Результат считался положительным, если значение оптической плотности превышало 20%.

Результаты

Были оценены в сравнительном аспекте ре-

Таблица 1. Результаты серологических исследований сывороток крови людей и животных

Сыворотки	Серологические и иммуноферментный тесты							
	РБТ		РА		РСК		НИФА	
	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%
Человеческие	96	38.5	108	43.3	не/ис	не/ис	106	42.5
Животных	79	79.8	89	89.9	87	87,8	99	100

не/ис — не исследовали (РСК использовали только для животных)

зультаты РБТ, РА, РСК и НИФА человеческие сыворотки (n=249) и сыворотки животных (n=99). Человеческие сыворотки реагировали положительно в РБТ (38.5 %), РА (43.3 %) и НИФА (42.5 %), в то время как сыворотки от животных реагировали положительно в РБТ (79.8 %), РА (89.9 %), РСК (87.8 %) и НИФА (100 %) (Таблица).

В нашем исследовании, приблизительно 42 % человеческих сывороток реагировали положительно в РА и НИФА, в то время как сыворотки от животных демонстрировали более высокий процент положительных реакций (80-100%) в тех же самых тестах.

Результаты серологических исследований подтверждает изоляция 12 культур бруцелл из крови больных бруцеллезом людей. Наличие бактерий в крови пациентов было определено изоляцией и идентификацией *Brucella spp.*

/8, 9/. По результатам типирования все двенадцать культур бруцелл были отнесены к козье-овечьему виду (*Brucella melitensis*). Все пациенты, из крови которых были выделены культуры бруцелл, оказались в 100% случаев сероположительными в РБТ, РА и НИФА.

Кроме того, НИФА обладает высокой чувствительностью и специфичностью, легко выполняется, требует минимум оборудования, ее можно использовать для исследования большого количества сывороток крови человека и всех видов животных /10/.

Таким образом, наши данные демонстрируют, что традиционные РА, РСК и новый НИФА являются оптимальным сочетанием для исследования большого количества сывороток крови и для эффективной диагностики бруцеллеза у людей и животных.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Corbel, M.J. Brucellosis: An Overview. «Emerg. Infect. Dis.», 1997, Apr; 3, p 213-22.
2. Dahouk Al. S, Tomaso H, Nockler K, Neubauer H. The detection of *Brucella* spp. using PCR-ELISA and real-time PCR assays. Clin Lab. 2004;50(7-8), p.387-94.
3. Grushina T, Tabatabai L, Tserelson L, Syzdykov M, Rementsova M, Daulbayeva S, et al. Diagnostics of human brucellosis caused by *Brucella melitensis*. In: Brucellosis 2003 international research conference including the 56th Brucellosis research conference. 2003. p. 108.
4. Lucero NE, Foglia L, Ayala SM, Gall D, Nielsen K. Competitive enzyme immunoassay for diagnosis of human brucellosis. J Clin Microbiol 1999;37:3245-8. 136.
5. Lucero NE, Escobar GI, Ayala SM, Paulo PS, Nielsen K. Fluorescence polarization assay for diagnosis of human brucellosis. J Med Microbiol 2003;52:883-7.
6. Nielsen K, Lin M, Gall D, Jolley M. Fluorescence polarization immunoassay: detection of antibody to *Brucella abortus*. Methods 2000;22:71-6.
7. Nielsen K, Smith P, Yu W, Nicoletti P, Elzer P, Vigliocco A, et al. Enzyme immunoassay for the diagnosis of brucellosis: chimeric protein A—protein G as a common enzyme labelled detection reagent for sera for different species of animals. Vet Microbiol 2004;101:123-9.
8. FAO/WHO Expert Committee on Brucellosis. Sixth Report Technical Report Series No. 740. World Health Organization, Geneva 1986;17(55):133.
9. Grushina TA. Molecular typing of field *Brucella* strains isolated from patients and animals in endemic areas of Kazakhstan, vol. 4. Almaty: The Bulletin of the Kazakh National Medical University; 2006. p. 111-6.
10. Corbel M.J. Brucellosis in humans and animals. Geneva: WHO; 2006. p. 31.

SUMMARY

Combination of conventional serological methods and new indirect enzyme-linked immunosorbent assay procedure was evaluated to develop the most efficient and effective diagnostics for the detection of brucellosis in humans and animals. It turned out that the combination of conventional serological tests (SAT and CF), combined with the iELISA is optimal for the processing of large numbers of samples and the most efficient detection of human and animal brucellosis

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ СРЕДИ МИГРАНТОВ И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ

КУЛЬЖАНОВА Д.Р., МУСИНА Ж.Ж.

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом, г.Алматы

ВИЧ-инфекция среди мигрантов — лиц, въехавших в РК, в т.ч. с целью осуществления трудовой деятельности, является одной из важных проблем, влияющей на распространение вируса иммунодефицита.

По оценкам Международной организации по миграции в мире около 175 миллионов человек, что составляет 3% населения планеты, живут вне страны своего гражданства. Исследования показывают, что вследствие социально-культурных и экономических факторов мигранты имеют повышенный риск заражения ВИЧ — инфекцией. Этому способствуют: ограничение прав за пределами родной страны, незнание законов, уязвимость для дискриминации и эксплуатации, также мигранты могут сталкиваться с ксенофобией, изоляцией и враждебностью со стороны части населения принимающей страны. Существуют целый ряд серьезных препятствий для получения мигрантами информации о профилактике заболевания и медицинской помощи: культурные, языковые различия, экономические барьеры, административные и законодательные ограничения. Пребывание в новой стране может провоцировать у рабочих-мигрантов поведение, более рискованное в отношении заражения ВИЧ. Это связано с тем, что нередко трудовая миграция означает разделение с семьей и постоянными партнерами, таким образом, повышая спрос на платные сексуальные услуги и увеличивая вероятность случайных связей. Оторванные от своего привычного социума рабочие мигранты становятся восприимчивыми к воздействию равного окружения, т. е. соотечественников, которые ранее прибыли в эту страну и уже приняли новые, иногда достаточно опасные, поведенческие стереотипы. Вследствие этого мигрантам может грозить повышенный риск заражения ВИЧ в стране пребывания. Этот риск, в свою очередь, распространяется на близких родственников и сексуальных партнеров в родной стране, которые могут заразиться при возвращении рабочих мигрантов на родину.

Республика Казахстан является одной из центрально-азиатских государств, где темпы роста

экономики опережают соседние страны. Трудовые мигранты из стран ближнего и дальнего зарубежья с целью получения высокого заработка прибывают в регионы республики с развитым производством в сфере нефтедобывающей промышленности и строительства.

В 2007г. в Республике Казахстан с целью предупреждения завоза и распространения ВИЧ-инфекции было принято Постановление Комитета ГСЭН № 10, регламентирующее обследование прибывающих иностранных граждан. В соответствии с данным Постановлением в 16 регионах РК Центрами по профилактике и борьбе со СПИД проводят обследование лиц, прибывающих из зарубежных стран на постоянное место жительства, а также на временное проживание на срок более 6 месяцев.

За период с 2007 по 2009гг. из прибывших в РК иностранных граждан обследовано 203538 человек, из них с ВИЧ-инфекцией выявлено 407. Удельный вес ВИЧ-инфицированных иностранцев составляет 6,3% от всех зарегистрированных случаев за данный период. Ближнее зарубежье составляет 96%, на страны дальнего зарубежья приходится 4%. Из стран ближнего зарубежья наибольшее количество ВИЧ-инфицированных составляют граждане Республики Узбекистан (46%), Российской Федерации (30%), Республики Кыргызстан (10%). По регионам республики наибольшее количество случаев регистрируется в г. Алматы и Южно-Казахстанской области.

Республиканским центром по профилактике и борьбе со СПИДом с 2009г. проводятся исследования по профилактике ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов в Казахстане в рамках проекта «Профилактике ВИЧ-инфекции на предприятиях, использующих вахтовый метод работы» при поддержке Проекта по контролю за СПИДом в Центральной Азии (СААР). Целью данного исследования является снижения риска инфицированности ВИЧ среди трудовых мигрантов путем повышения уровня информированности и формирования навыков безопасного поведения. Данные мероприятия проводятся в 5 регионах РК: гг. Астана, Атырау, Мангистау, Ак-

сай Западно-Казахстанской области и г. Темиртау Карагандинской области.

При проведении анализа полученных данных за 2009г. установлено:

1. 25% опрошенных рабочих имели половые контакты со случайными партнерами, при этом использовали презервативы только 51% из них.

2. На начальном этапе анкетирования только 20% были достаточно информированы о ВИЧ-инфекции, уровень знаний и представлений о ВИЧ/СПИД до проведения обучающих семинаров составил 61,2%.

3. Уровень информированности после проведения обучающих семинаров вырос до 85%.

4. Процент рабочих-вахтовиков, практикующих рискованное половое поведение снизился до 16%.

Таким образом: Республика Казахстан является страной со значительным миграционным притоком, что может оказывать влияние на эпидемиологическую

ситуацию по ВИЧ/СПИДу. Уязвимость данной целевой группы к ВИЧ-инфекции определяется крайне низкой осведомленностью о путях передачи и профилактики ВИЧ, а также высокой распространенностью рискованных поведенческих практик. В связи с этим необходимо проводить активную профилактическую работу среди трудовых мигрантов путем повышения знаний о ВИЧ/СПИДе и пропаганде использования презервативов как надежного средства защиты.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бобрик А. ОИЗ. Практические аспекты организации профилактики ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов в России.

2. Хван Г.В. Профилактика ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов Атырауской области. Журнал «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья» № 4 г. Алматы 2009г. с 166-167.

ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА КОРЬЮ И КРАСНУХОЙ

НАЖМЕДЕНОВА А.Г.

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

Введение. В 2004 году Европейское региональное бюро ВОЗ поставило цель — к 2010 году добиться элиминации кори и краснухи в Европейском регионе. Стратегия элиминации кори на континенте предусматривает проведение в сжатые сроки мероприятий дополнительной иммунизации с целью охвата уязвимых групп населения. В 2005 году в Республике Казахстан была проведена Национальная Кампания Иммунизации (НКИ) против кори и краснухи населения в возрасте 15-35 лет и дополнительная «подчищающая» иммунизация лиц в возрасте старше 35 лет.

Материалы и методы. В период НКИ 2005 года против кори и краснухи были привиты 2,7 млн. населения РК. Для установления эпидемиологической эффективности НКИ был проведен оперативный эпидемиологический анализ текущей эпидситуации и ретроспективный эпидемиологический анализ многолетней заболеваемости населения РК корью и краснухой за 1986-2009 гг.

Результаты. С 2002 года в республике внедрена интегрированная Программа, предусмат-

ривающая элиминацию кори, краснухи и снижение синдрома врожденной краснухи до 0,01 случая на 1000 живорожденных детей. 27 апреля 2007 года был издан приказ №264 Министра здравоохранения Республики Казахстан «О совершенствовании эпидемиологического надзора за заболеваемостью корью, краснухой, врожденной краснушной инфекцией и эпидемическим паротитом».

Национальная кампания иммунизации против кори и краснухи 2005 года, при финансовой поддержке Правительством РК, организованная и проведенная под руководством МЗ РК, позволила оценить эпидемическую ситуацию по кори в стране как элиминацию. По оценке ВОЗ при элиминации кори допускается 1 случай заболевания на 1 млн. населения. С 2006 года показатели заболеваемости корью в республике колеблются в рекомендуемых границах.

Постановлением Правительства РК за № 40 от 22 января 2008 года были внесены и утверждены изменения и дополнения в Календарь прививок РК. В частности, вакцинацию против кори,

краснухи и эпидемического паротита проводят тривакциной в 12-15 месяцев и ревакцинация в 6 лет.

В стране продолжается интегрированный эпидемиологический надзор за краснухой и синдромом врожденной краснухи. Под руководством МЗ РК в республике с 1 по 26 ноября 2009 года была проведена дополнительная кампания иммунизации против краснухи 1.5 млн. детей в возрасте 8-14 лет. Процент охвата вакцинацией составил 99,1%. Поствакцинальных осложнений не зарегистрировано по всей территории республики. По рекомендации ВОЗ при 95-98% охвате вакцинацией декретированных групп населения создается защитный популяционный иммунитет. Эта цель была достигнута после проведения НКИ 2005 года против кори и краснухи и дополнительной кампании иммунизации против краснухи 2009 г. (график 1).

В многолетней динамике заболеваемости корью за 1986-2009 гг. наблюдались эпидемические подъемы заболеваемости в 1986, 1989, 1991, 1993, 1998, 1999 годах средней интенсивности, когда максимальный показатель заболеваемости на 100 тысяч населения составила 55,6. В 2005 году была зарегистрирована интенсивная эпидемия кори с показателем на 100 тысяч населения 106,4. В эту эпидемию переболело корью более 17 тысяч людей. В эти же годы в стране заболеваемость краснухой ежегодно регистрировалась от 50,6 до 219,5 на 100 тысяч населения, что в 4-8 раз превышало показатели заболеваемости кори. Эпидемии краснухи выраженной интенсивности были зарегистрированы с 1986 по 1991 годы с показателями 107,7-219,5, в 2000-2001 гг. — 100-197,4 и в 2003 году — 122,1 на 100 тысяч населения. Эти проявления эпидемического процесса при краснухе были связаны с отсутствием плановой вакцинации против краснухи в

республике до 2005 года. Эпидемиологическая ситуация резко изменилась после НКИ против кори и краснухи, когда были привиты 2,7 млн. населения. В настоящее время, на этапе элиминации кори, основной задачей органов здравоохранения республики является активное выявление каждого завозного или эндогенного случая кори с серологическим и/или вирусологическим подтверждением. Показатель заболеваемости на 100 тысяч населения в 2009 году по краснухе снизился до 3,82, а случаи кори не зарегистрированы по всей территории республики.

Таким образом, эпидемиологическая ситуация по кори после плановой иммунизации детей по Календарю прививок РК против кори и краснухи и НКИ 2005 года оценивается как элиминация кори на территории республики, а многолетняя динамика заболеваемости краснухой имеет выраженную тенденцию к снижению и приближается к элиминации.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада ҚР-да қызылшамен қызамыққа бағытталған интегралды эпидемиологиялық қадағалаудың қорытынды нәтижелері жазылған. Бұл қадағалаудың мақсаты — қызылшаны және қызамықты еліміздің аймағында жою. Қызылшамен қызамыққа қарсы жас өспірімдерді жоспарлы иммунизациялап және жаппай иммунизациялау кампаниясын өткізгеннен кейін елімізде қызылша ауру жойылып, қызамықтың сырқаттанушылық көрсеткіштері күрт төмендетілген.

SUMMARY

The article describes the results of an integrated surveillance for measles and rubella in Kazakhstan. The purpose of epidemiological surveillance - elimination of these infections on the territory of the republic. As a result of routine immunization of children against measles and rubella, and mass immunization campaign against these infections achieved elimination of measles and dramatically reduced the incidence of rubella.

РЕЗУЛЬТАТЫ МАССОВОЙ КАМПАНИИ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ КРАСНУХИ

НАЖМЕДЕНОВА А.Г.

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

Введение. Европейское региональное бюро ВОЗ наряду с элиминацией кори поставила цель элиминации краснухи и снижения синдрома врожденной краснухи до 1 случая на 100000 живорожденных детей. Министерство здравоохранения Республики Казахстан при политической и финансовой поддержке Правительства страны успешно выполняет цели, рекомендованные ВОЗ.

Материалы и методы. Использованы оперативный и ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости населения РК краснухой, анализ охвата прививками против краснухи населения и определена эпидемиологическая эффективность вакцинации.

Результаты. После Национальной кампании иммунизации (НКИ) против кори и краснухи 2005 года в Календарь прививок РК были внесены изменения и дополнения по этим инфекциям. Ранее против кори и эпидемического паротита применялись моновакцины, а плановой вакцинации против краснухи не было до 2008 года. С 2008 года введена плановая вакцинация тривакциной против кори, краснухи, эпидемического паротита детей в возрасте 12-15 месяцев и в 6 лет. В 2007-2008 годах среди детей и подростков 8-14 лет, ранее не охваченных вакцинацией против краснухи, была зарегистрирована высокая заболеваемость краснухой с показателем 17,4 и 21,4 на 100 тысяч населения.

По рекомендации ВОЗ при 95-98% охвате вакцинацией декретированных групп населения создается защитный популяционный иммунитет. Эта цель была поставлена перед проведением дополнительной кампании иммунизации против краснухи. В республике с 1 по 26 ноября 2009 года была проведена дополнительная кампания иммунизации против краснухи детей в возрасте 8-14 лет. В целом по республике было запланировано на вакцинацию 1556016 детей этого возраста. Вакцинацию против краснухи получили 1541396 детей 8-14 лет с высоким процентом ох-

вата в целом по республике - 99,1% (таблица №1). Поствакцинальных осложнений не было зарегистрировано по всей территории республики.

В 2009 году отмечается улучшение эпидемиологической ситуации по краснухе и 622 случая краснухи в большем проценте были зарегистрированы в период с мая по октябрь, т.е. до дополнительной кампании иммунизации. Показатель заболеваемости краснухой на 100 тысяч населения в 2009 году составил 3,9 и снизился в 5,5 раза по сравнению с предыдущим 2008 годом, когда показатель составил 21,4. В 2009 году в Алматинской области от матери, которая во время беременности была в контакте с больным краснухой, родился ребенок с врожденной патологией — расщеплением мягкого и твердого неба, с внутриутробной задержкой развития плода 1 степени. При обследовании материала от больного ребенка в вирусологической референс-лаборатории республики диагноз врожденной краснухи подтвержден диагностическими титрами IgG. Этот факт подтверждает неуклонное выполнение на местах эпиднадзора за краснухой. При выборе тактики вакцинации против краснухи разные страны пользуются различными схемами: вакцинацию детей, подростков, женщин детородного возраста и т.д. В нашей стране во время НКИ против кори и краснухи были привиты молодые люди в возрасте 15-35 лет. Затем в календарь прививок РК в начале была введена вакцина против краснухи девочек 15 лет, а затем и мальчиков. В настоящее время плановая прививка предусмотрена детям в возрасте 12-15 месяцев и в 6 лет.

Анализ многолетней динамики заболеваемости краснухой населения РК за 1980-2009 годы демонстрирует выраженную тенденцию к снижению (График 1). Результатами Национальной кампании иммунизации против кори и краснухи 2005 года и дополнительной кампании иммунизации против краснухи 2009 года явилось улучшение эпидемической ситуации по краснухе и

Таблица 1. Результаты дополнительной вакцинации детей против краснухи в возрасте 8-14 лет по РК в 2009 году

Территория	Кол-во лиц, запланированных привить	Количество привитых лиц	% охвата
Республика Казахстан	1556016	1541396	99,1



краткосрочный прогноз по тенденции многолетней заболеваемости населения краснухой на ближайшие годы — элиминация краснухи в республике. Коэффициент эффективности вакцинации при сравнении заболеваемости населения краснухой с первого года официальной регистрации -1986 года и последнего года наблюдения — 2009 года составил 98,3 и индекс эффективности вакцинации — 58,8. Таким образом, эпидемиологическая ситуация по краснухе после НКИ 2005 и 2009 годов оценивается как тенденция к элиминации этой инфекции на территории республики.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада қызамыққа қарсы өткізіліп отыратын жоспарлы вакцинация және 2005 мен 2009 жылдарды 8-14 жасар жас өспірімдерге өткізген жаппай иммунизация-

лардың қорытынды нәтижесі жазылған. 2009 жылы қызамыққа қарсы 8-14 жасар балалар егілген. Иммунизациялаудың пайызы 99,1% жеткен. Қазақстан халқының көп жылдық - 1986-2009 жылдар арасындағы қызамықпен сырқаттанушылығын зерттегенде, құрт төмендеу тенденция анықталған. Қазіргі кезеңде қызамықтың эпидемиологиялық жағдайы елімізде элиминацияға жақындап келе жатыр.

SUMMARY

The article describes the results of vaccination against rubella and mass immunization campaigns in 2005 and 2009. Additional mass immunization against rubella in 2009 were covered 1mln.541396 children aged 8-14 years. Interest coverage reached 99.1%. The multi-year incidence of rubella population of Kazakhstan for 1986-2009 years, established a strong tendency to decrease. Epidemiological situation of rubella in the country are currently close to elimination.

**ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПЕРАЦИИ
И МЕСТНОЙ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ**

ИБРАИМОВ Е.К.

Государственный медицинский университет, г.Семей

Качество жизни в настоящее время рассматривается как ключевой фактор, определяющий результаты лечения больных многими хроническими соматическими заболеваниями /1,2/. Этот фактор может быть оценен при использовании ряда специально разработанных методов исследования /3/. В частности для определения качества жизни при большинстве нозологий общепринятой является методика SF-36.

В то же время во многих случаях заболеваний различных органов и систем исследование качества жизни ещё не вошло в состав клинических стандартов, принятых в нашей стране. Одной из таковых областей является хирургическое лечение ряда патологий, в том числе язвенной болезни.

Тем не менее, данные ряда различных исследований свидетельствуют как о наличии достоверного снижения качества жизни при данной патологии /4/, так и возможности его коррекции при использовании тех или иных способов лечения /5/. Большой интерес поэтому представляет определение особенностей качества жизни у пациентов с хирургической патологией двенадцатиперстной кишки на фоне лечения. В нашей работе предпринята попытка такого исследования.

Цель исследования — Оценка влияния типа оперативного вмешательства и применения местной предоперационной подготовки на качество жизни больных с дуоденальными язвами.

Материалы и методы исследования

Всего были обследованы 158 больных язвенной болезнью с локализацией в луковице двенадцатиперстной кишки в возрасте от 21 до 62 лет (средний возраст — $38,9 \pm 1,4$ года), в том числе 111 мужчин (70,3%) и 47 женщин (29,7%). Средняя продолжительность язвенного анамнеза составила $5,3 \pm 0,2$ года. В значительном числе случаев имели место язвенные кровотечения в анамнезе (11,4%) и признаки кровотечения при поступлении (мелена — $15,2 \pm 2,9\%$, положительное содержание скрытой крови в кале — $26,6 \pm 3,5\%$ эндоскопически продолжающееся кровотечение — $10,1 \pm 2,4\%$, тромб на язве — $14,6 \pm 2,8\%$).

Кроме того, в $29,7 \pm 3,6\%$ случаев был диагностирован стеноз привратника, в $70,9 \pm 3,6\%$ — деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, в $25,9 \pm 3,5\%$ — дуодено-гастральный рефлюкс.

У всех больных проводилось оперативное лечение — селективная проксимальная ваготомия (СПВ) в сочетании с органосохраняющими операциями (у 115 пациентов) или резекции желудка по Бильрот-I и Бильрот-II (у 43 больных).

При проведении предоперационной подготовки у 106 больных был использован способ местного лечения, заключающийся в нанесении клеевых аппликаций (клеевые основы — сульфакрилат или латексная клеевая композиция) на язву и окружающую слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки с депонированием под клеевой пленкой лекарственных препаратов (де-нол и метронидазол или вентер и метилурацил в зависимости от степени контаминации слизистой *Helicobacter pylori*).

В зависимости от проводимого оперативного лечения и особенностей предоперационной подготовки все больные были распределены на 4 группы.

У 83 пациентов (52,5%) проводилась СПВ с органосохраняющими операциями (ОСО) после местного лечения, у 32 — СПВ с ОСО без местного лечения (20,3%), у 23 (14,5%) — резекции с местным лечением и у 20 (12,7%) — резекции желудка без предшествующего местного лечения.

Анализ качества жизни осуществлялся в срок поступления больных в стационар и через 2 месяца после первичного обследования, а также через 1 год с использованием адаптированного русскоязычного варианта опросника SF-36.

Результаты исследования и их обсуждение

Данные, характеризующие показатели качества жизни в предоперационном периоде в среднем по всей группе обследованных представлены на рисунке 1, а динамику качества жизни у оперированных больных через 2 месяца после операции — на рисунке 2.

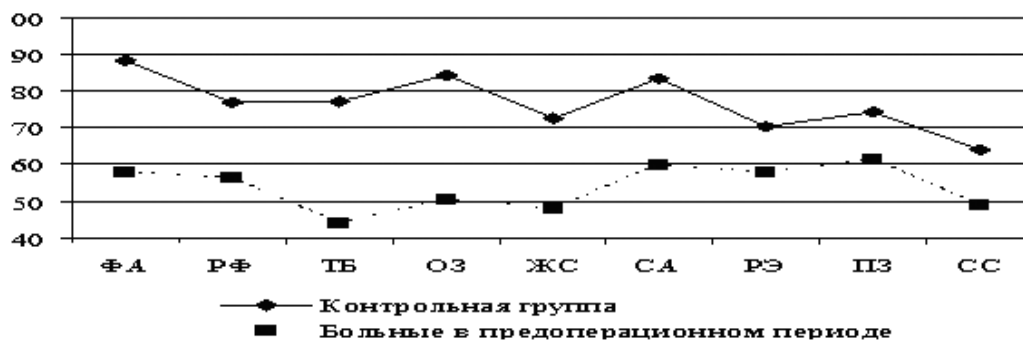


Рис. 1. Показатели качества жизни у больных в предоперационном периоде

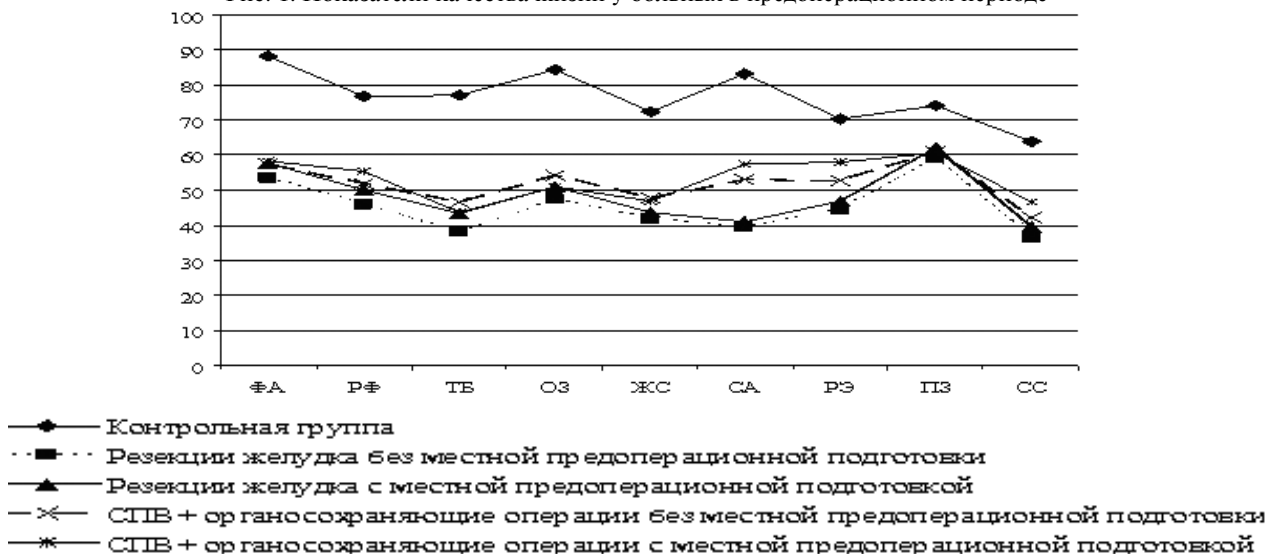


Рис. 2. Показатели качества жизни у обследованных больных через 2 месяца после операции

Как в исходе, так и через 2 месяца показатели иммунного статуса у больных с дуоденальными язвами, подвергавшихся оперативному лечению, были снижены относительно контрольной группы практически здоровых лиц, причем во всех группах.

В то же время, отмечались определенные различия между исследованными показателями в динамике через 2 месяца, зависевшие от проведенного оперативного лечения. Так, достоверное снижение средних величин показателей SF-36 было выявлено по всем шкалам только в группе резекции без местной предоперационной подготовки. При этом по уровню СА и СС различия с исходом были высокодостоверными (37,9% и 22,6% соответственно, $p < 0,05$ в обоих случаях).

У больных, подвергавшихся резекциям желудка с предварительным проведением местной предоперационной подготовки, степень снижения качества жизни относительно исходного до операции была меньшей, нежели в группе без подготовки. Достоверные различия с исходом отмечались только по шкалам РФ, СА, РЭ и СС.

Значительно меньшее снижение показателей качества жизни в ранние сроки его исследова-

ния после операции характеризовало группы больных, подвергавшихся органосохраняющим операциям с СПВ.

Так, в подгруппе без проведения местной предоперационной подготовки отмечалось достоверное уменьшение средних величин только по двум шкалам — СА (на 15,4%) и СС (на 16,1%, $p < 0,05$ в обоих случаях). Однако, по обеим этим шкалам было выявлено достоверное превышение над уровнем соответствующей группы больных, подвергавшихся резекции желудка (на 34,1% и 15,9% соответственно, $p < 0,05$ в обоих случаях).

Наиболее высокие показатели качества жизни по всем шкалам через 2 месяца были выявлены при проведении СПВ с органосохраняющими операциями после предварительного местного лечения в соответствии с клиническими показаниями. У больных данной группы не было выявлено достоверных различий показателей качества жизни с исходом через 2 месяца, причем по некоторым шкалам отмечалась тенденция к повышению. Достоверное превышение над соответствующими показателями группы резекции желудка были получены по шкалам СА (на 39,6%), РЭ (на 23,9%) и СС (на 17,9%, $p < 0,05$ во

всех случаях). Достоверное различие между группами СПВ+органосохраняющие операции в зависимости от наличия предоперационной подготовки было выявлено по уровню СС ($p<0,05$).

Таким образом, анализ показателей качества жизни в ранние сроки после оперативного вмешательства у больных с дуоденальными язвами выявил наличие достоверных преимуществ СПВ в сочетании с органосохраняющими операциями, а также позитивное влияние на уровень качества жизни проводимой местной предоперационной подготовки в обеих клинических группах.

На рисунке 3 представлены результаты анализа качества жизни в группе оперативного лечения через 1 год после первичного обследования.

В группе оперативного лечения достоверное снижение показателей качества жизни по шкалам SF-36 через 1 год не было выявлено после проведения СПВ и органосохраняющих операций. Напротив, после осуществления резекции желудка без местной предоперационной подготовки умеренное, но достоверное снижение КЖ было отмечено по шкалам ФА, РФ, ТБ, ОЗ, ЖС и РЭ ($p<0,05$ во всех случаях). Превышение над соответствующим показателем контрольной группы (недостоверным) было выявлено по величине СС.

Позитивное влияние местной предоперационной подготовки было выявлено в виде снижения числа параметров, по которым отмечалось достоверное различие качества жизни в сторону снижения (ФА, РФ и РЭ), а также в увеличении степени превышения по шкале СС до достоверного (на 11,0%, $p<0,05$).

В группе больных, подвергшихся СПВ с органосохраняющими операциями, показатели качества жизни не имели достоверных различий с контрольной группой, кроме одного — СС, по которому отмечалось достоверное превышение на 27,3% и 24,1% в группе проведения вмешательств без и с наличием местной предоперационной подготовки соответственно. Кроме того, в обеих подгруппах данной группы достоверное превышение относительно резекции желудка было констатировано по шкалам ФА, РФ, ТБ и РЭ, а при наличии местной предоперационной подготовки — и по шкале ПЗ ($p<0,05$ во всех случаях).

Анализируя в целом результаты анализа качества жизни у обследованных больных через 1 год, следует указать, что оно имеет тенденцию к росту относительно исходного уровня и, в особенности, показателей через 2 месяца (при оперативном лечении). Кроме того, проведение комплексного консервативного лечения с использованием разработанных методов местного лечения и системной иммунотерапии позволило добиться тенденции к росту показателей качества жизни в большей степени, чем при базисной консервативной терапии.

В группе оперативного лечения результаты в отношении качества жизни в среднем были выше при проведении СПВ с органосохраняющими операциями, нежели при осуществлении резекции.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о наличии достоверной взаимосвязи между характеристиками проведенного хирургического лечения и его резуль-

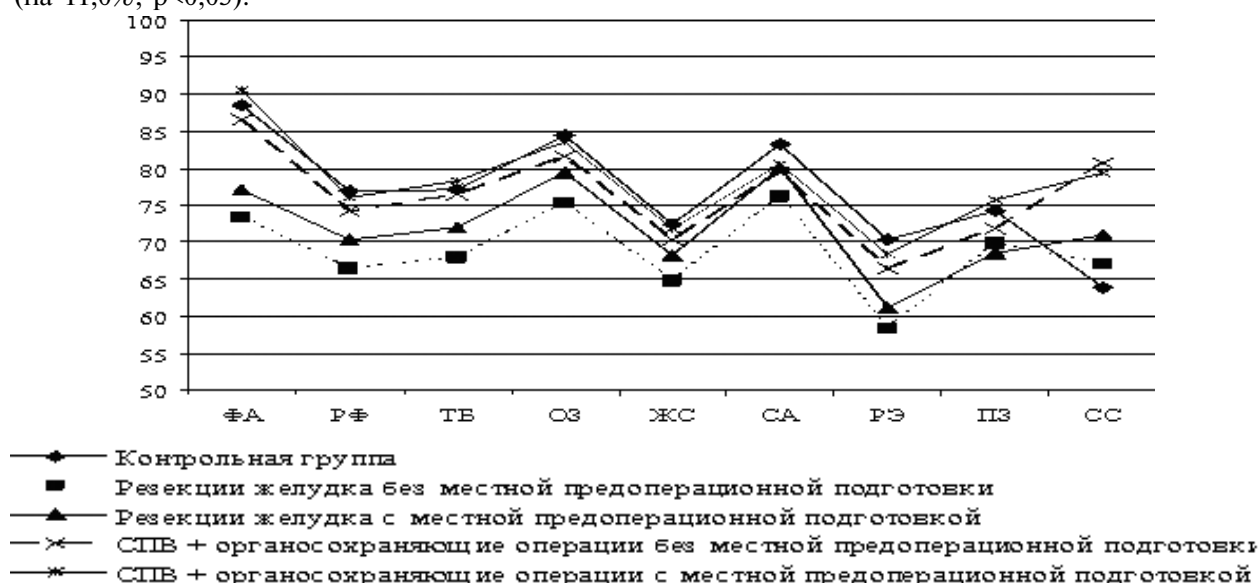


Рис. 3. Показатели качества жизни у больных с дуоденальными язвами (группа оперативного лечения) через 1 год с момента первичного обследования

татами в отношении качества жизни больных с дуоденальными язвами. Следует отметить, что наиболее высокие показатели были получены нами при использовании органосохраняющих операций, в том числе — на фоне местной предоперационной подготовки. Эти данные свидетельствуют о двух существенных, по нашему мнению, моментах:

1. наличия высокой клинической эффективности разработанных способов лечения;

2. перспективности применения методики исследования качества жизни в оценке клинических результатов лечения больных с дуоденальными язвами.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Aaronson N.K., Bullinger M., Ahmedzia S.A. A modular approach to quality-of-life assessment in cancer trials // *Recent Results Clin. Res.* — 1998. — Vol. 11. — P. 231-241.

2. Goodyear A., Fraumeni C. Quality of Life in Clinical Trials // *Forth Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research: Abstracts // Quality Life Res.* — 1997. — Vol. 7/8. — P. 613-747.

3. Орлов В.А., Гиляревский С.Р. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине: обзорная информация. — М., 1992.

4. Гусейнзаде М.Г. Оценка качества жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // *Тер. архив.* — 2006. - №2. — С.38-42.

5. Кадыров Д.М., Кодиров Ф.Д., Хусейнов Б.А. Косимов Х.Ш. Качество жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки до и после хирургического лечения // *Хирургия.* — 2009. - №10.

ТҰЖЫРЫМ

Зерттеу мақсаты: ұлтабар жарасы бар науқастарға операция түрі мен операция алдындағы дайындықтың өмір сүру сапасына әсерін бақылау.

Ұлтабар буылтығы жарасымен 158 науқас тексерілді.

Тексеру нәтижесі ойлап табылған ем тәсілінің жоғары клиникалық тиімділігін және ұлтабар жарасы бар науқастарда өмір сүру сапасын бағалау тәсілінің болашағы зор екенін көрсетті.

SUMMARY

Research objective is an estimation of influence of surgery type and application of local preoperative treatment on life quality in patients with duodenal ulcers.

Are surveyed 158 patients with ulcers when located in a duodenal bulb.

The obtained data as testifies to presence of high clinical efficiency of the developed ways of treatment and perspectivity of a technique of life quality investigation of a in an estimation of clinical results of treatment of patients with duodenal ulcers.

ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС КАК ПРИЧИНА АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА И ИХ КОРРЕКЦИЯ СОЧЕТАННОЙ ЛАЗЕРО-И КВЧ-ПУНКТУРОЙ

МЫРЗАБАЕВА Н.А.

Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

Дуоденогастральный рефлюкс (ДГР) представляет собой ретроградный заброс дуоденального содержимого в желудок и выявляется у значительного числа лиц. Большинство авторов объясняют это нарушениями моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, которые и обуславливают возникновение ДГР. По современным представлениям, ДГР является причиной развития прогрессирующего атрофического гастрита. Несомненно, что ДГР отрицательно влияет на слизистую оболочку желудка, вследствие чего могут развиваться дистрофические и некробиотические изменения желудочно-го эпителия.

В этой связи лечение должно быть направлено не только на подавление кислотопродуцирующей функции желудка, но и на устранение или создания минимальной возможности заброса желчи в желудок.

Нами была предпринята попытка применения сочетанной лазеро-и КВЧ-пунктуры с целью достижения потенцирующего эффекта.

В комплексное исследование было включено 68 пациентов (27 лиц мужского пола и 41 женского) в возрасте от 16 до 45 лет. Длительность заболевания составляла от 12 месяцев до 4 лет. В основную группу вошли 38 пациентов, которым была назначена симптоматическая терапия и, до-

полнительно, с первого дня лечения лазеропунктура на местные точки акупунктуры, а КВЧ-пунктура проводилась на отдаленные точки общего действия по предложенной нами методике (патент на полезную модель №27007; инновационный патент № 21841).

Контрольную группу составили 30 обследованных нами пациентов, которые получали только медикаментозное лечение в комплексе с базисной терапией основного заболевания. Оно было направлено на нейтрализацию раздражающего действия компонентов дуоденального содержимого на слизистые оболочки желудка и пищевода. Исследуемые группы пациентов по полу, возрасту, клиническим, биохимическим, морфологическим показателям были сопоставимы и репрезентативны. Эффективность лечения оценивали через 3-4 недели после завершения курса лечения.

Хотя клинические проявления ДГР могут маскироваться и нивелироваться, а у некоторых даже протекают бессимптомно, у подавляющего большинства обследуемых нами пациентов (72,1%) имелись отчетливые клинические признаки желудочного дискомфорта, у 27,9% наблюдалась помимо этого периодическая рвота с примесью желчи. Так, 47,1% пациентов отметили боли в эпигастриальной области жгучего характера; на чувство тяжести, распирающего, переполнения, возникающие сразу после приема пищи указали 33, 8% пациентов; у 26,5% была тошнота; отрыжка горьким и чувство горечи во рту наблюдалась у 32,4% пациентов; регургитация пищей - у 16,2%; изжога была у 23,5% пациентов; на снижение аппетита жаловались 13,2%; снижение работоспособности - 20,6%. Выраженность симптомов ДГР была различной в зависимости от его интенсивности и становилась особенно отчетливой при присоединении к ДГР недостаточности кардии, обуславливающей возникновение гастроэзофагеального рефлюкса.

При рентгенологическом исследовании было обнаружено нарушение прохождения бариевой взвеси по протяжению двенадцатиперстной кишки (неравномерный, замедленный пассаж, с антиперистальтическими сокращениями её, а также стаз в нижне-горизонтальном отделе кишки). Отмечалось ретроградное поступление контраста в антральный отдел желудка. В положении лежа забросов бариевой взвеси в дистальный отдел пищевода не было ни у одного пациента.

У всех наблюдаемых нами пациентов был зафиксирован ДГР при эндоскопическом исследовании (по наличию желчи в антруме). Регургита-

ция дуоденального содержимого была нами замечена у 17,6% пациентов, а также отмечались признаки характерные для рефлюкс-гастрита: гиперемия у 22,1%, небольшая отечность - у 17,6%, мелкие единичные эрозии - у 8,8%, участки атрофии в антральном отделе - у 38,2% пациентов. При этом поверхностный рефлюкс-гастрит был у 42,6%, атрофический - у 57,3% пациентов. Как известно, атрофические изменения слизистой оболочки желудка могут быть следствием ряда повреждающих факторов. Возможно, атрофические изменения антрального отдела желудка у наших пациентов также были связаны с дуоденогастральным рефлюксом. При ВЭФГДС картина атрофического гастрита имела свои особенности: слизистая оболочка желудка была истончена, бледно-сероватого цвета, с не выраженным сосудистым рисунком, с уменьшением размеров складок. При резко выраженной атрофии слизистая оболочка была резко истончена, сухая, с просвечивающимися сосудами, серого цвета, легко ранимая, складки почти полностью исчезали.

Исследование морфофункционального состояния слизистой оболочки желудка показало некоторое уменьшение процессов слизеобразования в клетках поверхностного железистого эпителия, гиперплазию железистых ямок.

При внутрижелудочной pH-метрии у подавляющего большинства больных наблюдалась тенденция к гиперацидности, непрерывное кислотообразование; декомпенсация ощелачивания в антральном отделе желудка. При исследовании моторной функции желудка выявлен гиперкинетический тип с высокоамплитудными зубцами. При гастродуоденальном зондировании с пероральной холецистографией: моторно-эвакуаторная деятельность желчного пузыря у большинства пациентов была снижена. Выявлен ДГР. При манометрии наблюдалась незначительная базальная интрадуоденальная гипертензия. При ультразвуковом исследовании отмечались косвенные признаки дискинезии желчного пузыря.

Проведенное наблюдение за пациентами показало, что у больных основной группы на фоне сочетанной лазеро-и КВЧ-пунктуры положительная клиническая динамика наступала значительно быстрее (на 3-4 день от начала лечения), в сравнении с контрольной группой. Наиболее существенное влияние терапии отмечено на купирование болевого синдрома (у 89,5% пациентов). У 10,5% значительно снижена ее интенсивность. Диспепсические симптомы устранены к концу

курса лечения у всех пациентов основной группы. Также наблюдалось улучшение общего самочувствия, нормализовался аппетит.

При ВЭФГДС отмечалось уменьшение отека, гиперемии, смыкание привратника. В полости желудка немного секрета без примеси желчи. ДГР отсутствовал. У большинства пациентов после проведенного лечения была выявлена положительная динамика морфологических показателей в виде уменьшения, а в ряде случаев исчезновения признаков воспаления (лимфоцитарной и нейтрофильной инфильтрации), уменьшение признаков атрофии слизистой оболочки желудка. Показатели рН тела желудка достоверно увеличивались, то есть кислотность снижалась по сравнению с исходным уровнем. Наблюдалось улучшение ощелачивающей функции антрального отдела желудка с удлинением щелочного времени. Сочетанная лазеро- и КВЧ-пунктура снижает уровень кислотности области тела и ант-

рального отдела, что можно связывать с уменьшением кислотопродукции и улучшением функции ощелачивания. После курса сочетанной лазеро- и КВЧ-пунктуры отмечалось улучшение моторной функции желудка (снижение повышенной амплитуды электрических потенциалов).

Таким образом, результаты лечения свидетельствуют о позитивном влиянии и эффективности этих неинвазивных методов терапии на дуоденогастральный рефлюкс.

ТҰЖЫРЫМ

Лазер-мен КВЧ-пунктурасы қолданылған терапияның позитивті әсерін және жоғары тиімділігін дуоденогастралді рефлюкс бар наукастарды емдеу нәтижелері дәлелдейді

SUMMARY

Medical treatment results showed a positive influence and high effectiveness of these non-invasive methods of treatment of duodenogastric reflux.

ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

СУЛТАНОВА Ж.У.

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, г.Алматы

Актуальность: При воздействии на организм любого раздражающего фактора первой активируется вегетативная нервная система. Основной функцией вегетативной нервной системы является поддержание внутреннего гомеостаза. По состоянию вегетативной нервной системы можно оценить степень агрессивности воздействующего фактора, уровень функциональных резервов организма, адекватность защиты, степень напряжения регуляторных механизмов, а также определить «цену» адаптации к стресс-фактору. (1,2)

Установлено, что хирургический стресс оказывает мощное повреждающее действие на организм и приводит к развитию в организме сложных и многообразных сдвигов гомеостаза. Характер хирургического вмешательства определяет выраженность операционного стресс-ответа (3).

Стресс-реакция в условиях длительного и сильного повреждающего воздействия превращается в фактор патогенеза, в т. ч. и при хирурги-

ческих вмешательствах. Стресс приводит к быстрому истощению резервных возможностей организма и серьезным нарушениям метаболизма с гиперкатаболической направленностью. Подобные нарушения метаболизма являются фактором риска повышенной заболеваемости (3).

Эндокринный, метаболический и воспалительный ответы на операционную травму определяют совокупность патофизиологических изменений, именуемую хирургическим стресс-ответом. В реализации данного ответа основную роль играет активация соматосенсорных и симпатических афферентов. В процессе формирования и развития хирургического стресса выявлено 3 основных периода: предоперационный, операционный и послеоперационный. Одним из наиболее мощных триггеров стресс-ответа является послеоперационная боль, активирующая вегетативную нервную систему и вызывающая ряд серьезных расстройств функционирования внутренних органов и систем.

Целью исследования явилась сравнительная оценка напряжения регуляторных организмов вегетативной нервной системы при видеолaparоскопических и открытых хирургических вмешательствах у гинекологических больных.

Материалом исследования явились пациентки, оперированные в условиях НЦ АГиП с различной гинекологической патологией, с различным видом оперативного доступа. Для обеспечения анестезиологического пособия был использован одинаковый вид анестезии во всех исследуемых группах.

В группу I (n=35) вошли пациентки, которым делали операции в объеме ампутации, экстирпации матки лапаротомическим доступом (нижнесрединная лапаротомия, либо доступ по Pfannenstiel).

Во II группу (n=38) вошли пациентки, которым делали органосохраняющие операции лапаротомическим доступом. Этой группе пациенток проводились консервативная миомэктомия, цистэктомия в связи с выраженным спаечным процессом и наличием объемных и множественных образований, при которых выполнение запланированного объема представляли высокий риск осложнений и технические затруднения.

В группу III (n= 45) составили пациентки, которым проводились органосохраняющие операции (консервативная миомэктомия, цистэктомия, гистерорезектоскопия) лапароскопическим доступом.

В группу IV (n=47) вошли пациентки, которым проводились вмешательства на придатках матки, такие как сальпингооариолизис, сальпингостоматопластика, тубэктомия.

Методом исследования вегетативной регуляции явился метод кардиоинтервалографии, основанный на анализе вариабельности сердечного ритма по Баевскому.

Состояние вегетативной регуляции оценивали по показателям:

Индекс напряжения (ИН) - условные едини-

цы Стандартное квадратичное отклонение (СКО) - мс Высокочастотные волны (НР) % Низкочастотные волны (БР) -% Очень низкочастотные волны (УБР) -%

Исследования проводились в 3 этапа:

1 этап-до операции

2 этап - в первый час послеоперационного периода

3 этап- первые сутки послеоперационного периода

Обсуждение: Уровень ответа вегетативной нервной системы на стрессорное воздействие зависит от силы от силы стрессорного фактора, от исходного уровня функционирования и реактивности ВНС, и от наличия функциональных резервов.

У пациенток 1 и 2 групп, которым проводились открытые оперативные вмешательства, то есть лапаротомическим доступом, вегетативная регуляция осуществлялась автономным контуром с высоким уровнем напряжения, повышенной активностью симпатической системы. Этому соответствовали высокие исходные показатели индекса напряжения (632+43 у.е. в 1 группе и 548+46 у.е. во второй группе), его значительное повышение в 1 час послеоперационного периода (в 5 раз в 1 группе и в 8 раз во второй группе), а так же низкие значения исходного СКО (39+7,1 мс в 1 группе и 36+3,7 мс во второй группе), затем их достоверное снижение в первый час послеоперационного периода до 16,8+3,7 см в 1 группе и 16+4,2 во второй группе).

У пациенток 3 и 4 групп, которым проводились оперативные вмешательства, лапароскопическим доступом, вегетативная регуляция осуществлялась и центральным и автономным контуром с умеренным уровнем напряжения, повышенной активностью симпатической системы. Исходные показатели индекса напряжения (550+43 у.е. в 3 группе и 580+35 у.е. в четвертой группе) не имели отличий от исходных данных 1 и 2 групп.

Таблица 1. Основные показатели вегетативной регуляции у пациенток различных групп

	показатель	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
1 этап	ИН	632+43	548+ 46	550+4	580+35
	СКО	39+7,1*	36+3	30,1 + 3,7*	28+ 3,8
2 этап	ИН	320 0+120**	4500+253**	1020+132**	854 +64
	СКО	18,8+3,7*	16+4	21+3, 2	25+ 3,7
3 этап	ИН	541+32*	600+45**	420+2 3*	243 +24**
	СКО	20+ 4,5**	19+3	22+4, 5*	19+ 3,6

*p<0,05

**p<0,001

Повышение индекса напряжения в 1 час послеоперационного периода (в 1,8 раз в 3 группе и в 1,4 раза во четвертой группе), низкие значения исходного СКО (31+3,7 мс в 3 группе и 28+3,8 мс в четвертой группе) , показатели СКО в первый час послеоперационного периода не имели достоверного снижения.

На третьем этапе исследования (в 1 сутки послеоперационного периода) показатели индекса напряжения во всех группах достигли исходного уровня, однако СКО в всех группах имели достоверно низкие значения ($p < 0,05$).

Таким образом, хирургическая травма при лапаротомическом доступе оперативного вмешательства, особенно в группе с объемом (консервативная миомэктомия, цистэктомия при выраженном спаечном процессе) требует больших адаптационных резервов. После окончания хирургического вмешательства как лапаротомическим доступом, так и лапароскопическим доступом, напряжение регуляторных систем сохраняется, являясь фактором нестабильности в послеоперационном периоде.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Баевский Р.М.* Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. М.: Медицина, 1919. 294 с.
2. *Каплан А.Я.* Вариабельность ритма сердца и характер обратной связи по результату операторской деятельности у человека /Журнал высшей нервной деятельности, 1999. Т.48, (6), С. 345-350

3. *Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В.* Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. М: Триада-Х 2003; 216.

4. Особенности адаптивных реакций женского организма на кровопотерю / В.Т. Долгих, С.С. Степанов, А.В. Проноза, Г.В. Степанова, О.Б. Калинина, К.А. Иванов / Омский научный вестник. - 2002. - №18. - С. 190-195.

ТҰЖЫРЫМ

4 топтағы әйелдердің кардиоинтервалография әдісімен агрессивті хирургиялық араласу мен ағзаның функционалды қор деңгейін вегетативті жүйке жүйесінің жағдайы бойынша бақылау жүргізілді, олар оперативті араласудың ену жолы мен көлеміне байланысты топқа бөлінуі шарт. Операциядан кейін кезінде ашық жол арқылы операция жасалынған әйелдерде қысымдық индекстің 1 топта - 5 есе және 2 топта - 8 есе жоғарыланғаны байқалды, ол ағзаның лапароскопиялық енумен салыстырғанда бейімделу шарттарын көп талап ететінін көрсетеді, өйткені лапароскопиялық енуде қысым индексі аз мөлшерде жоғарлайды (3 топта 1,8 есе, ал 4 топта 1,4 есе).

SUMMARY

Assessing the extent of aggressiveness of surgical intervention and the level of functional reserves of the body as the autonomic nervous system Cardiointervalography the four groups of patients, the criterion for the separation of which were the size and access to surgical intervention. In the postoperative period in patients with open-access noted pronounced increase in the tension index to 5 times in group 1 and 8 times in Group 2, which required large adaptivnyh reserves compared with laparoscopic access, in which the tension index rose moderately (by 1,8 times Group 3, and 1.4 times in group 4).

РЕЗУЛЬТАТЫ ЗАЖИВЛЕНИЯ ЯЗВ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ

*РАХМЕТОВ Н.Р., ИБРАИМОВ Е.К., АСЫЛБЕКОВ Е.М., Н.К.БУТАБАЕВ.
Государственный медицинский университет, г.Семей*

Целью лечения язвенной болезни является полное заживление язвенного дефекта и достижение как можно более длительной ремиссии заболевания /1/. Именно это предотвращает развитие всех осложнений, представляющих наибольшую угрозу для пациентов — от кровотечения до малигнизации. К сожалению, разработанные в конце прошлого века и оказавшиеся тогда высокоэффективными подходы к консервативной медикаментозной терапии в современных условиях все чаще дают сбой. Это связано как со снижением результативности элиминационной терапии, связанным с появлением полирезистентных штаммов *Helicobacter pylori*, так и с комплексом других причин, немалую роль в котором играют социально-экономические /2,3/.

Действительно, проведение достаточно частых курсов медикаментозного противорецидивного лечения или вообще постоянное применение зачастую весьма недешевых противоязвенных препаратов, осуществляемое за счет самого пациента, оказывается для многих непосильным бременем. Ввиду этого, а также отказа от планового хирургического лечения больных язвенной болезнью в условиях отечественного здравоохранения, как и в других странах СНГ /4/ возросла частота осложнений в виде кровотечения, пенетрации, перфорации язвы. Это связано с длительным персистированием заболевания без терапии или с эпизодическим и неполным лечением в амбулаторных условиях.

В создавшейся ситуации особенно возрастает роль стационарного лечения язвенной болезни, в том числе ее неосложненных форм, которые, согласно существующим протоколам диагностики и лечения не требуют проведения оперативных вмешательств /5/.

Цель работы — оценка особенностей заживления язв луковицы двенадцатиперстной кишки при использовании способа местного лечения, основанного на депонировании лекарственных препаратов под клеевой пленкой.

Материалы и методы исследования

Обследованы 280 больных язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки в возрасте от 19 до 70 лет (средний

возраст — $40,8 \pm 1,8$ года). Все обследованные были распределены на группы. Важным аспектом распределения было наличие или отсутствие контаминации слизистой оболочки гастродуоденальной зоны *Helicobacter pylori* как главный этиологический фактор заболевания. Из обследованных у 144 контаминация была выявлена и верифицирована, у 136 — не выявлена.

В группе обследованных с наличием хеликобактерной инфекции (НР+) в качестве препаратов для местного лечения были использованы де-нол и метронидазол, без такового (НР-) — вентер и метилурацил. У части больных была также использована методика системной иммунокоррекции препаратом полиоксидоний.

Местное лечение осуществлялось с использованием депонирования препаратов под клеевой пленкой, формируемой в разные сроки работы из трех различных медицинских клеев: аэрозольный клей «Статизоль», «Сульфакрилат» и латексная клеевая композиция (ЛКК).

Различные свойства и устойчивость данных клеев послужили причиной для проведения разного числа эндоскопических процедур. Сравнительный анализ сроков заживления язвенного дефекта, вариантов заживления и требуемого количества лечебных эндоскопических процедур является непосредственной задачей анализа, представленного в публикации.

Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 1 представлена частота и средние сроки заживления язвенного дефекта у больных различных клинических групп.

По отношению к консервативной медикаментозной терапии у больных с положительным высоким титром НР на слизистой верхних отделов ЖКТ было выявлено достоверное увеличение числа случаев заживления язвенного дефекта при местном лечении с использованием АБТ на 52,2% ($p < 0,05$) и при сочетании системной иммунотерапии с местным применением антибиотиков (на 61,7%, $p < 0,05$). Средние сроки заживления язвенного дефекта уменьшались во всех трех группах разработанного лечения ($p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,01$). При отсутствии НР-инфекции имела только тенденция к увеличению частоты случаев заживления язвенных дефектов. Сред-

Таблица 1. Частота и сроки заживления язвенного дефекта в группах применения различных способов терапии дуоденальных язв

Группа	Число случаев заживления		Средние сроки заживления (сут.)
	абс.	%	
Сравнения 1 (консервативная терапия НР+), n=25	13	52,0±10,0	31,7±2,0
Консервативная терапия + СИТ, НР+, n=27	17	63,0±9,3	20,5±1,5*
Консервативная терапия + АБТ местно (НР+), n=48	38	79,2±5,9*	15,2±1,1**
Консервативная терапия + СИТ +АБТ местно (НР+), n=44	37	84,1±5,5*	13,4±1,0**
Сравнения 2 (консервативная терапия НР-), n=22	16	72,7±9,5	28,2±2,2
Консервативная терапия + СИТ, НР-, n=18	15	83,3±8,8	20,3±1,4*
Консервативная терапия + СРТ местно (НР-), n=50	44	88,0±4,6	12,9±1,1**
Консервативная терапия + СИТ +СРТ местно (НР-), n=46	40	87,0±5,0	11,6±0,8**

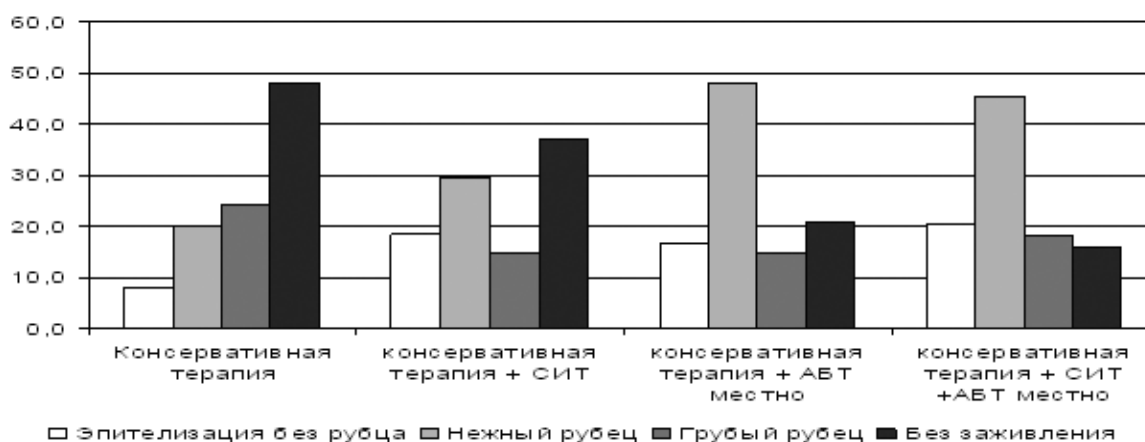
Примечание - * - различия с группами сравнения достоверны, $p<0,05$, ** - $p<0,01$ 

Рис. 1. Варианты заживления язвенного дефекта при применении различных способов местной терапии дуоденальной язвы у больных с обсеменением слизистой желудка НР

ние сроки заживления достоверно снижались в случае применения СИТ на 28,0% ($p<0,05$), СРТ – на 54,3% ($p<0,01$) и сочетании СИТ+СРТ на 58,9% ($p<0,01$).

На рисунках 1 и 2 представлено распределение вариантов заживления язвенного дефекта по данным контрольной ФГДС.

У пациентов, подвергавшихся традиционной консервативной антихеликобактерной и противоязвенной терапии дуоденальных язв, в числе случаев заживления преобладало формирование рубца, при том грубого – 24,0±8,5% более, чем нежного 20,0±8,0%. Заживление без рубца имело место только в 8,0±5,4%.

В случаях проведения консервативной терапии с дополнительным использованием разработанных общих и местных способов лечения структура исходов существенно улучшалась, при применении СИТ, местной АБТ и их сочетания в случаях заживления язвенного дефекта преобладало формирование нежного рубца. В двух последних группах отмечалось абсолютное преобладание этого варианта заживления над всеми ос-

тальными эндоскопическими вариантами исхода. При сочетанном применении СИТ и АБТ до 20,5±6,1% увеличивалась частота эпителизации без рубца.

На рисунке 2 показана аналогичная структура местных результатов лечения у больных с НР-или минимальным обсеменением слизистой НР.

В структуре исходов консервативной терапии преобладала эпителизация с формированием грубого рубца. Аналогичные результаты были получены и при дополнительном применении СИТ. В то же время, местное лечение с использованием СРТ ассоциировалось с преобладанием (38,0±6,9%) формирования нежного рубца, при этом частота случаев эпителизации без рубца превысила число больных с развитием грубого рубца и частоту без заживления. При использовании сочетания СИТ и местной СРТ число случаев заживления без формирования рубца и наличия нежного рубца практически сравнялось и составило 30,4±6,8% и 32,6±6,9% соответственно. Формирование грубого рубца и число пациентов без заживления имели место в меньшем

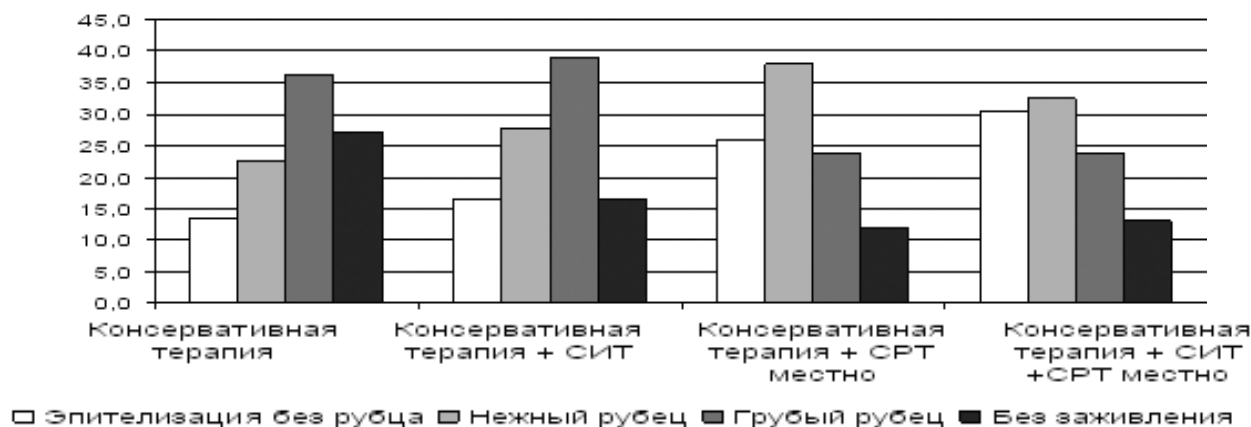


Рис. 2. Варианты заживления язвенного дефекта при применении различных способов местной терапии дуоденальной язвы у больных без обсеменения слизистой желудка НР

проценте случаев ($23,9 \pm 6,3\%$ и $13,0 \pm 5,0\%$ соответственно).

Таким образом, клинические результаты разработанного лечения являются достоверными как в плане нормализации субъективных показателей, так и при анализе объективных результатов динамического эндоскопического обследования.

На рисунке 3 представлено сравнительное число проведенных с лечебной целью эндоскопических процедур в зависимости от проводимого местного и общего лечения.

Среднее число эндоскопических процедур при проведении традиционного консервативного лечения в сочетании с местным применением средств эрадикационной терапии у больных НР+ составило $5,0 \pm 0,2$, при дополнительном использовании системной иммунокоррекции — $4,4 \pm 0,2$ ($p < 0,05$).

В группе больных с отсутствием хеликобактерной инфекции, подтвержденным двумя методами исследования, среднее число проведенных

эндоскопических процедур при сочетании консервативного лечения с местной стимуляцией регенерации составило $4,5 \pm 0,2$, при дополнительном использовании системной иммунокоррекции данный показатель снижался недостоверно (до $4,2 \pm 0,1$).

Следует отметить, что дополнительное использование системной иммунокоррекции в целом способствовало более раннему заживлению язвенного дефекта и снижению частоты применения лечебных эндоскопических манипуляций, однако различия между группами были умеренными.

Наименьшее среди всех примененных подходов к местному лечению число эндоскопических процедур наблюдалось при применении клея «Сульфакрилат».

При использовании местных способов лечения у больных НР+ без применения системной иммунотерапии среднее число эндоскопий по группе составило $2,7 \pm 0,2$, использование системной иммунотерапии позволило снизить его до

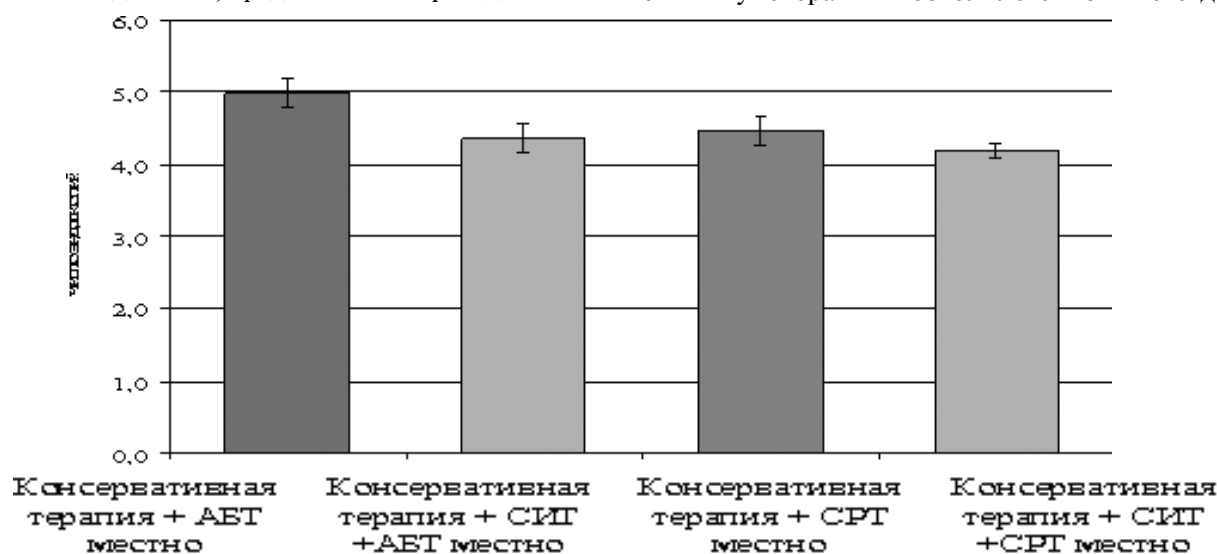


Рис. 3. Сравнительное число эндоскопических процедур при различных методах сочетания общего и местного лечения с использованием аэрозольного клея

2,5±0,2. Соответствующие значения в группе больных с дуоденальными язвами НР- составили 2,5±0,2 и 2,3±0,1.

По количеству эндоскопических процедур, необходимых для выполнения всего курса лечения, применение ЛКК находилось между показателями статизола и сульфакрилата. В группе НР+ без применения иммунокоррекции число лечебных процедур было равно 4,1±0,2, с применением иммунокоррекции — 3,9±0,2. У пациентов с НР- соответствующие показатели составили 3,8±0,2 и 3,5±0,1.

Таким образом, нами было достигнуто значительное улучшение результатов заживления язвенного дефекта при неосложненном течении язвы луковицы двенадцатиперстной кишки при применении разработанного подхода к лечению и двух вариантов сочетаний депонируемых препаратов. При этом наименьшее количество эндоскопических процедур в среднем отмечалось при применении клея «Сульфакрилат».

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Маев И.В., Самсонов А.А. Язвенная болезнь. — М.: Миклош, 2009. — 428 с.
2. Боровков Н.Н., Дугина В.В., Хрулева Н.С. Оптимизация эрадикационной терапии *Helicobacter pylori*-ассоциированной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Вестник Российской военно-медицинской академии. — 2009. - №1(25). — С.485-486.
3. Аруин Л.И., Ильченко А.А., Городинская В.С. и др. Влияние длительного воздействия антибиотиков на сли-

зистую оболочку желудка и *Helicobacter pylori* // Клин. мед. - 1995. - №5. - С.78.

4. Рыбачков В.В., Дряженков И.Г. Осложненные гастро-дуоденальные язвы // Хирургия. — 2005. - №3. — С.27-29.

5. Протоколы диагностики и лечения гастроэнтерологического отделения. — Семей, 2009. — 94 с.

ТҰЖЫРЫМ

Жұмыс максаты: ұлтабар жарасын жергілікті ем ретінде желімді қабық астына дәрілік заттарды жинақтау арқылы қолданудың ерекшеліктерін бағалау. Ұлтабар буылтығы жарасы бар 19 бен 70 жас аралығындағы 280 науқас тексерілді. Жергілікті ем ретінде желімді қабық астына дәрілік заттарды жинақтау қолданылды, оған 3 түрлі медициналық желім пайдаланылды: бүріккіш желім «Статизоль», «Сульфакрилат» және латексті желімді композиция. Ұлтабар буылтығы жарасының асқынбаған ағымында ойлап табылған әдіспен 2 түрлі дәріні жинақтауды пайдаланған кезде жаралық кемістіктің жазылу көрсеткіштерінің жақсаруы байқалды.

SUMMARY

The purpose of work is an estimation of features of healing of duodenal bulb ulcers at use of local treatment based on deposition of medicines under a glutinous film. 280 patients with stomach ulcer are surveyed with ulcer localisation in a duodenal bulb at the age from 19 till 70 years. Local treatment was carried out with use of deposition of preparations under the glutinous film formed in different terms of work from three various medical glues: aerosol glue «Statizol», «Sulfakrilat» and a latex glutinous composition. Considerable improvement of results of healing of ulcer defect has been reached at not complicated current of ulcers of a duodenal bulb at application of the developed approach to treatment and two variants of combinations of deposited preparations.

ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У НАРКОЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ

КАПАНОВА Г.Ж.

*Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы*

Актуальность. Мировая статистика свидетельствует о неуклонном и повсеместном росте числа больных, страдающих наркоманией. В Казахстане в настоящее время резко увеличилось число наркозависимых больных, и проблема наркомании из социальной перешла в общенациональную, так как затрагивает все области общественных отношений, представляя серьезную угрозу здоровью населения, экономике страны, социальной сфере и правопорядку.

Эпидемиологические исследования, проведенные в Казахстане, показали высокий уровень распространенности зависимости от психоактивных веществ в Казахстане и Центрально-Азиатских странах (1,2,3). Абсолютное число наркопотребителей составило 165—186 тысяч человек (1,2).

Наркомания приводит зачастую к широкому распространению инфекционных, венерических и соматических заболеваний, высокой смертности среди лиц молодого и среднего возраста, то есть наиболее трудоспособного населения. Соответственно росту наркомании увеличивается и число больных с постинъекционными гнойно-воспалительными осложнениями (4). И, несмотря на возможности современной антибактериальной фармакотерапии и других комплексных мер по детоксикации, проблема лечения гнойных ран и острых гнойных хирургических заболеваний среди наркозависимых остается актуальной, так как все еще остаются высокими показатели развития сепсиса и летальности. По характеру течения гнойного процесса и по данным поступления в стационары наркозависимых, даже опосредованно, можно судить о степени распространенности наркомании.

В тоже время, до сих пор нет четкой классификации гнойно-воспалительных постинъекционных осложнений у больных наркоманией, недостаточно полно изложены особенности их клинического течения. В связи с этим, представляется важным разработка классификации с учетом уже наработанных исследований в этой области (4,5,6). Сегодня, к сожалению, из-за отсутствия четкой классификационной характери-

стики постинъекционных осложнений у наркозависимых, комплексные мероприятия носят эмпирический характер. Диагнозы данному контингенту больных выставляются по классической методике, применяемой в хирургических стационарах применительно к гнойным заболеваниям (В соответствии с МКБ-10, инфекционные заболевания включены в XII класс. Класс XII—L называется «Болезни кожи и подкожной клетчатки». Подкласс L характеризует степень поражения тканей (от L2 до L8).

Однако, у наркозависимых имеются свои особенности и постинъекционные осложнения носят специфический характер. В этом аспекте, необходимо четко сконцентрировать данные об имеющихся изменениях в организме у наркозависимых больных.

Цель: Модифицировать и доработать классификацию постинъекционных гнойно-воспалительных осложнений у наркозависимых.

Материал и методы. Сегодня существует классификация, предложенная Сажиным А.В., Зверевым А.А. и Льготиной А.В., 2007 г. (4), но она имеет некоторые недостатки. В данной работе дан модифицированный вариант данной классификации. Другой классификации в известной литературе не найдено.

Обсуждение и результаты.

Постинъекционные гнойно-воспалительные осложнения у наркозависимых разнообразны. Исходя из наших наблюдений и наблюдений других авторов (Например, Льготина А.В. г. Москва; Нурмаков А.Ж., г. Алматы; Тулебаев С.Е., г. Алматы и др.) различают изменения мягких тканей от петехиальных изменений на коже до глубоких флегмон с развитием общих осложнений. Исходя из того, что постинъекционные острые гнойно-воспалительные процессы в мягких тканях у наркозависимых носят прогрессирующий характер и отличаются обширностью площадей поражения с захватом мышечного массива и глубиной поражений вплоть до фасциального ложа, то исход гнойного воспаления зависит от глубины и площади поражения в мягких тканях, своевременности оказания медицинской помощи.

Классификация А.В.Сажина, А.А.Зверева, А.В.Льгиной	Модифицированная классификация Капановой Г.Ж.
<p>Классификация постинъекционных воспалительных осложнений у больных наркоманией:</p> <p>1. В зависимости от клинической картины наркомании:</p> <p>а) сопровождающиеся наркотическим опьянением или абстиненцией,</p> <p>б) без признаков наркотического опьянения или абстиненции.</p> <p>2. В зависимости от характера воспаления:</p> <p>а) негнойные,</p> <p>б) гнойные.</p> <p>3. В зависимости от локализации осложнения:</p> <p>3.1. Постинъекционные воспалительные процессы в коже и подкожной жировой клетчатке:</p> <p>1) инфицированные колотые раны,</p> <p>2) гранулемы,</p> <p>3) гнойно-некротические язвы,</p> <p>4) абсцессы,</p> <p>5) флегмоны,</p> <p>6) сочетанные поражения.</p> <p>3.2. Постинъекционные воспалительные поражения сосудов:</p> <p>а) патология вен – тромбоз магистральных вен, тромбофлебиты (трофические язвы);</p> <p>б) патология артерий и капилляров – инфицированные ложные аневризмы тромбозы и эмболии, спазм сосудов (ишемия, гангрена конечностей);</p> <p>в) патология лимфатических сосудов – лимфедема, лимфангит;</p> <p>г) сочетанные поражения сосудов.</p> <p>3.3. Комбинированные поражения сосудов и мягких тканей.</p> <p>4. Генерализация инфекции с развитием сепсиса, бак.эндокардита.</p> <p>5. Постинъекционные следы на коже – стигмы инъекционной наркомании: рубцы, инфицированные колотые раны, расчесы.</p>	<p>Классификация гнойно-септических постинъекционных осложнений у больных наркоманией:</p> <p>1. По типу введения наркотического вещества (наркотические препараты, психо-активные вещества, фальсификаторы):</p> <p>2. По характеру изменений в организме:</p> <p>1) Первичные;</p> <p><u>А) местные</u></p> <p>1) повреждения на уровне кожи и подкожной клетчатки, (поверхностные инфицированные колотые раны, гранулемы, трофические язвы, стигмы, петехии и т.д.)</p> <p>2)сосудистые поражения (тромбофлебиты, лимфангоит с вовлечением магистральных сосудов, формирование ложной аневризмы, флеботромбоз, лимфоста)</p> <p>3) поражения мягких тканей конечностей (флегмоны, абсцессы, лимфадениты)</p> <p><u>Б) общие</u> (сепсис, аллергические реакции)</p> <p>2) Вторичные</p> <p><u>А) в месте инъекций</u></p> <p>1) ишемия конечностей вследствие склероза сосудов</p> <p>2)сосудистые поражения (патологические сосудистые шунты, свищи)</p> <p>3) нарушение иннервации конечностей</p> <p><u>Б) в отдаленных органах</u></p> <p>1)Хронический гепатит (некротическая форма)</p> <p>2)ТЭЛА</p> <p>4) инфекционный эндокардит</p> <p>5) сепсис</p> <p>6) пневмония</p> <p>3. По наличию сопутствующей вирусной инфекции:</p> <p>1) СПИД-ассоциированные заболевания;</p> <p>2) с наличием гепатита С; В, Д</p>

Прогрессирующий характер гнойного воспаления нередко становится причиной развития осложнений в послеоперационном периоде.

Как видно из таблицы имеющаяся классификация Сажина А.В. и соавт. не отражает патогенетические аспекты заболевания. Очень важен вид введенного препарата, так как от вида введенного препарата зависит характер изменений в тканях. Наличие или отсутствие абстинентного синдрома не влечет за собой обсуждение реше-

ния об экстренной операции, если таковая показана. К тому же, мы говорим об осложнениях, с которыми встречаются непрофильных (хирургических стационарах) или поликлиниках. В п.5-отмечены изменения на коже, которые можно было бы отнести к п. 3.1. Нет четкой градации по вторичным изменениям или постинъекционным гнойным заболеваниям, протекающим с осложнениями. В п.3.3. указываются комбинированные поражения. На мой взгляд, если на них

акцентировать внимание, то необходимо перечислить все возможные комбинированные поражения, так как часто бывает гнойное воспаление с развитием гепатита, сепсиса, аорозивного кровотечения и т.д.

Предложенная классификация, более четко отражает изменения и при ее использовании, поможет понять характер изменений и проводить соответствующие диагностические мероприятия и лечебную тактику.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алтынбеков, С. А. Исследование распространения наркоманий и типичные характеристики наркозависимости в Республике Казахстан / С. А. Алтынбеков, Е. В. Денисова // Вопросы ментальной медицины и экологии. - 2001. - Т. 7, № 4. - С. 70—83.
2. Алимханов, Ж. А. Проблемы наркомании в Республике Казахстан. Мифы и реальность / Ж. А. Алимханов // Вопросы наркологии Казахстана. — 2001. - Т. 1, № 1. - С. 29—30.
3. Россинский, Ю. А. Современный взгляд на проблему наркомании и реабилитации наркозависимых в Рес-

публике Казахстан / Ю. А. Россинский // Вопросы наркологии Казахстана. - 2001. - Т. 1, № 1. - С. 24—25.

4. Береберийский С.Я., Паницкая Г.Е., Баранович С.Ю. Лечение гнойно-септических осложнений у наркоманов. Актуальные вопросы хирургии. Сб. науч. трудов, посвященный 90-летию проф. Богатова. Астрахань, 1998; 194—6.

5. Fah F, Zimmerli W, Jordi M, Schoenenberger RA. Septic deep venous thrombosis in intravenous drug users. Swiss Med Wkly 2002; 132 (27—28): 386—92.

6. Schondorf J, Jungehulsing M, Brochhagen HG et al. Infection of deep soft tissues of the neck in intravenous drug abuse. Laringorhinologie 2000; 3:171-3.

ТҰЖЫРЫМ

Қазіргі уақытта қолданатын нашакорлар тәуелді наукастардағы инъекциядан кейінгі ірінді-қабыну асқынуларын жіктелуін автор өзіндік модификацияны жасалуда. Осы көрсетілген жіктелуі дұрыс диагностика ретінде және емдеу тактикасын қолдану үшін енгізуге болады.

SUMMARY

The author offers the modified classification postinjection pyoinflammatory complications at narcotized. The offered classification will help to expose the correct diagnosis and to choose optimum tactics of treatment.

ПРЕПАРАТ «БЕТАДИН» В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ ГАЙМОРИТОВ

ЖАЙСАКОВА Д.Е., КАЛЬМЕТЬЕВ О.С., САРСЕНБАЕВ М.Б., МУСАГАЛИЕВ Н.С.
КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, Военный Клинический Госпиталь МО РК

Острый гайморит — воспаление верхнечелюстной пазухи (ВЧП), занимающее первое место по частоте выявляемости среди всех синуситов [1]. Известно что, воспалительные процессы органов дыхания характеризуются быстрым распространением инфекции, тенденцией к затяжному течению, хронизации и большим числом осложнений. Объяснить подобное явление можно прежде всего тем, что изменился характер возбудителей респираторных инфекций. Это создает определенные трудности в выборе адекватного антибактериального препарата для лечения [2].

С целью повышения эффективности лечения воспалительных заболеваний верхнечелюстных пазух нами проведена оценка влияния разных антисептических растворов (фурацилина, метронидозола, бетадина и его концентрации) на динамику и изменение клинической картины данных патологических процессов.

Одним из распространенных методов лечения острого гнойного гайморита является пункцион-

ный метод, обеспечивающий эвакуацию гнойного содержимого. Затем возможно введение раствора антисептика, либо применение раствора антибиотика (метронидозола)[3]. При этом весьма эффективным считают постоянное дренирование, позволяющее до двух раз в день и чаще проводить промывание пазухи [4]. Наряду с неоспоримыми преимуществами, этот метод имеет негативные стороны, обусловленные подавлением местного иммунитета под воздействием антибиотиков и снижение местной реактивности, что в дальнейшем способствует повышению вероятности реинфекции и хронизации воспалительного процесса [5]. Нами предложено применение антисептического раствора бетадина, как метод выбора в лечении острых гнойных синуситов.

Бетадин представляет собой комплексное соединение йода и поливинилпирролидона (ПВП) — инертного синтетического полимера, выполняющего роль носителя. Поэтому все фармакологические свойства препарата связаны только с

йодом. Сразу возникает вопрос, чем в таком случае бетадин отличается от стандартного раствора йода? В ходе соприкосновения с кожей и слизистыми находящийся в комплексе с ПВП йод высвобождается постепенно, равномерно, не проявляя раздражающего действия.

Йод относится к группе галогеновых антисептиков, спектр действия его распространяется на грамположительные и грамотрицательные бактерии, грибы, вирусы и простейшие. Бактерицидное действие йода объясняется его сильными окислительными свойствами, он активно взаимодействует с аминокислотами белков, в результате чего меняется четвертичная структура белка, теряется его каталитическая и ферментативная активность. В основном йод нарушает структуры бактериальных трансмембранных белков и ферментов, не имеющих мембранной защиты [6]. Исходя из этого, резонно предположить вероятность такого же воздействия и на патогенную флору в ВЧП при острых воспалениях, что позволит повысить эффект пункционного метода лечения гайморита. Однако подобные возможности не исследовались.

Цель исследования — изучить с помощью объективных клинических данных, методов лабораторных и инструментальных исследований влияние бетадина на комплексное лечение острых воспалений ВЧП и проследить динамику изменений в процессе лечения.

Были отобраны четыре группы пациентов с острым воспалением ВЧП. Основные жалобы: затрудненное носовое дыхание, наличие слизистого или гнойного отделяемого из носа, боли в проекции ВЧП и головная боль, снижение обоняния, субфебрильная или фебрильная температура, слабость. Развитие заболевания связывалось с острым воспалением верхних дыхательных путей. Пальпация в области ВЧП выявляла болезненность без иррадиации. При прямой риноскопии, имели место гиперемия и отек слизистой оболочки носовых ходов, гнойное отделяемое в области среднего носового хода. На рентгенограммах определялось понижение пневматизации ВЧП. В анализах крови отмечались умеренный лейкоцитоз и ускорение СОЭ.

В первый день проводилась пункция пазухи, во время которой получали гнойное содержимое, брали на посев для определения флоры и чувствительности к антибиотикам, устанавливали полихлорвиниловый катетер. Проводили стандартную терапию сосудосуживающими каплями в нос, антибактериальными препаратами с учетом чув-

ствительности к ним микрофлоры и нормобактериальную оксигенацию ВЧП. Промывания пазух раствором антисептиков, отличались следующим в разных группах:

1 группа — раствор фурацилина (22 пациента)

2 группа — раствор фурацилина и метронидазола (28 пациентов)

3 группа — раствор фурацилина и бетадина в концентрации 1:10 (23 пациента)

4 группа — раствор фурацилина и бетадина в концентрации 1:7 (27 пациентов)

Общее количество исследованных пациентов 100.

Лечение различными растворами оценивали по 3-х бальной системе с учетом динамики клинических проявлений заболевания на 7 сутки от начала лечения. Жалобы больного, риноскопической картины, количества патологического отделяемого при каждом промывании. Через 7 дней от начала лечения больным выполнялась контрольная рентгенография и посев отделяемого из синуса на флору после его промывания. Степень выздоровления оценивалась по следующим параметрам:

· Жалобы пациента: затруднение носового дыхания — 1 балл. Присутствие чувства заложенности носа и ринорея — 2 балла. Присутствие болей в области проекции ВЧП — 3 балла.

· Клиническая картина: отек и гиперемия слизистой полости носа — 1 балл. Присутствие полиорреи из устья ВЧП — 2 балла. Присутствие болезненности при пальпации в области проекции ВЧП — 3 балла.

· Количество отделяемого: до 5 мл — 1 балл, 5-10 мл — 2 балла, более 10 мл — 3 балла.

Полученные данные анализировались с помощью методов вариационной статистики методом Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Согласно результатам, за период от начала лечения (7 дней) у пациентов (90%) первой группы сохранялись жалобы оцениваемые нами как 2-3 ($M=2,1$) балла. Риноскопическая картина, как и количество отделяемого — были оценены нами на 2 ($M=2,0$) балла. На контрольной рентгенографии пазух — явные признаки воспаления слизистой ВЧП.

Жалобы пациентов второй (86%) и третьей (91%) групп оценивались на момент контрольной рентгенографии на 1-2 ($M=1,7$) балла. Оценка состояния слизистой носа, количество отделяемого и данные рентгенографии подтверждали это.

Таблица 1.

	Раствор фурацилина M1, ml	Раствор метронидазола M2, ml	Раствор бетадина 1:10 M3, ml	Раствор бетадина 1:7 M4, ml
Жалобы пациента	2.1± 0.008	1.7± 0.001	1.5± 0.008	0.5± 0.001
Клиническая картина	2.0± 0.004	1.7± 0.001	1.8± 0.004	0.9± 0.001
Количество отделяемого	2.8± 0.008	1.2± 0.005	1.3± 0.008	0.8± 0.009

Пациенты четвертой (92%) группы за период лечения отмечали полную нормализацию состояния, что подтверждали данные риноскопии и отсутствие отделяемого при промывании ВЧП. Данные этой группы были оценены нами как 0-1 (M=0,7). Лишь у четверых (14%) пациентов сохранялись признаки незначительного воспаления, отделяемое при промывании пазух практически отсутствовало.

Неблагоприятные реакции на введение через катетер разных концентраций раствора бетадина нами не наблюдались. Сравнительная оценка результатов исследования показала, что раствор фурацилина не оказывал столь существенного влияния на флору ВЧП, как растворы метронидазола и бетадина. Сравнивая данные динамики лечения метронидазолом и бетадином можно сделать вывод, что у больных, в лечении которых применяли бетадин, сроки купирования воспалительного процесса меньше. Так же этот анализ показал, что при наращивании концентрации раствора бетадина имело место сокращение срока нахождения катетера в синусе и соответственно койко-дней. Так, при использовании раствора фурацилина у больных катетер приходилось оставлять на 7 дней и более, при использовании метронидазола и бетадина в концентрации 1:10 у 70,4% пациентов его удаляли на 5-й день и более, а применение раствора бетадина в концентрации 1:7 позволило у большинства пациентов завершить лечение на 4 сутки от начала лечения.

Итак, проведенное нами сравнительное исследование показало следующее:

1. Раствор бетадина в концентрации 1:7 позволяет сократить экссудативный период острого воспаления ВЧП на 2-3 суток по сравнению с тем же раствором в концентрации 1:10.

2. Применение раствора бетадина в концентрации 1:7 сокращает сроки санации синуса в сравнении с раствором метронидазола на 2-3 суток.

3. Применение раствора бетадина в концентрации 1:7 позволяет сократить средний койко-день на 3 и более суток.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. М 1984
2. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии. М 1990
3. Солдатов И.Б., Гофман В.Р. Острые синуситы. СПб-Петербург 2000.
4. Шеврыгин Б.В. Синуситы у детей и взрослых. М 1998
5. Шварцман Я.С., Хазесон А.Б. Местный иммунитет. М 1978
6. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М., Юдаев В.Н. Препарат «Бетадин» в лечении и профилактике воспалительных заболеваний женских половых органов. Журн. «Гинекология» Том 05/N 3/2003

ТҰЖЫРЫМ

Іріңді гайморитпен ауыратын стационарлық емдеудегі 100 науқастың қатысуымен зерттеу жұмыстары жүргізілді. Алынған мағлұматтар жоғарғы жақтық қуыстардың қабынуын емдеуде басқа антисептикалық ерітінділерімен қатар бетадин ерітіндісін (йод повидоны) қолданудың артықшылықтарын көрсетеді. Бұл қуыс санациясының мерзімдерін азайтып, сол арқылы төсек күндерді 2-4 күнге азайтуға мүмкіндік береді.

SUMMARY

We have made a research with the participation of 100 patients undergoing the hospital treatment, who had a maxillary sinusitis. The received data are the evidence of the advantages of the betadines (povidone iodine) solution's use in the maxillary sinuses' acute inflammation along with another antiseptic solutions. It promotes the reduction of the sinus' assistance and, thus, helps to diminish the number of the bed-days by 2-4 days.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ТЕЛЕУШЕВА А.Ж.

КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

Хроническое легочное сердце (ХЛС) занимает одно из ведущих мест в смертности пульмонологических больных. Основным механизмом, ведущим к его развитию, является увеличение и стабилизация легочной гипертензии /1/. На ранних стадиях формирования ХЛС развивается гипертрофия правого желудочка и нарушение его диастолической функции, предшествующей его систолической дисфункции /2,3/. На фоне перегрузки объемом правого желудочка развивается его дилатация и начинает страдать систолическая функция сердца, что приводит к снижению ударного выброса /4/. Кроме того, рядом авторов у больных ХЛС выявляется диастолическая дисфункция левого желудочка /5/. В то же время некоторые исследователи считают появление диастолической дисфункции характерным для больных с сопутствующей патологией, в частности с артериальной гипертензией (АГ) /6/. Однако несмотря на множество публикаций, влияние АГ на течение декомпенсированного ХЛС остается до сих пор недостаточно изученным.

Материалы и методы:

Обследовано 40 больных с хроническим легочным сердцем (ХЛС). Среди них 28 составили мужчины и 12 женщины. Средний возраст больных составил 68 ± 15 лет. В зависимости от степени компенсации больные были разделены на 2 группы: 1-ую составили 15 больных с компенсированным ХЛС, 2-ую 15 больных ХЛС в стадии декомпенсации ХСН 2Б. 3-ю группу составили 10 больных ХЛС в стадии декомпенсации ХСН 2Б в сочетании с АГ 1 ФРЗ степени (АД среднее = $143,7/88$ мм.рт.ст.). Всем пациентам проводили эхокардиографию с доплерометрией. Определялись следующие показатели: размеры левого предсердия (ЛП), конечнодиастолический размер левого и правого желудочка (КДРлж, КДРпж), конечнодиастолический объем (КДО) и конечносистолический объем левого желудочка (КСО), ударный объем (УО), фракция выброса (EF%), степень укорочения передне-заднего размера ЛЖ в систолу (?S%) масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ), размеры межжелудочковой перегородки (МЖП), задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖ), правого предсердия (ПП), правого

желудочка (ПЖ), толщина передней стенки правого желудочка (ТПСПЖ), диаметр легочной артерии (ЛА), нижней полой вены (НПВ), соотношение фазы раннего и позднего наполнения правого и левого желудочков (Е/Апж, Е/Алж), время изоволюмического расслабления (IVRT), систолическое давление в легочной артерии (СДЛА), среднее давление в легочной артерии (СрДЛА).

Данные эхокардиографического исследования подтвердили наличие хронического легочного сердца в изучаемых группах (Таб.1). Так КДР правого желудочка (ПЖ) в группах с компенсированным и декомпенсированным ХЛС, были достоверно выше по сравнению с нормальными размерами правого желудочка у здоровых людей, составив $3,3 \pm 0,1$ и $3,7 \pm 0,08$ соответственно ($p < 0,01$). В группах ХЛС в стадии декомпенсации в сочетании с артериальной гипертензией 1 степени также было выявлено достоверное увеличение размеров ПЖ, составив $3,6 \pm 0,25$ ($p < 0,01$).

По мере декомпенсации ХЛС отмечено достоверное увеличение размеров ПЖ в группе с компенсацией и декомпенсацией сердечной недостаточности ($p < 0,05$). У пациентов в сочетании с артериальной гипертензией отмечалось, хоть и недостоверное, но тоже увеличение размеров ПЖ.

Толщина передней стенки правого желудочка в группе с декомпенсацией легочного сердца была достоверно больше, составив $0,74 \pm 0,03$ см по сравнению с группой компенсированного ХЛС. Сочетание с артериальной гипертензией не оказало влияния на данный показатель и осталось на том же уровне, что и при декомпенсированном ХЛС.

Размеры правого предсердия в группе декомпенсированного ХЛС были достоверно больше, чем в группе с компенсацией ХЛС и составили $3,9 \times 4,4 \pm 0,3$ см ($p < 0,01$). Выявлена достоверная прямая зависимость слабой степени между размерами правого предсердия и правого желудочка, а также с СДЛА в группе с декомпенсацией ХЛС. Выявленная взаимосвязь доказывает увеличение размеров правого предсердия от степени легочной гипертензии, а также от размеров правого желудочка у больных с декомпенсацией

Таблица 1. Сравнительные данные гемодинамических показателей правых отделов сердца в группах

Показатели	1-ая гр.-ХЛС компенсация n=15	2-ая гр.-ХЛС декомпенсация n=15	3-ья гр.- ХЛС декомпенсация АГ1 n=10
ПП, см	3,2х3,8±0,1	3,9х4,4±0,3'	3,8х4,2±0,35
ПЖ, см	3,3±0,1*	3,7±0,08*	3,6±0,25
ТПСЛЖ, см	0,54±0,01	0,74±0,03<>	0,75±0,02
ЛА, см	2,15±0,2	2,6±0,2	2,5±0,08
НПВ	1,79±0,1	1,96±0,1	2,0±0,12
рЕ/рАтк	0,97±0,13	1,32±0,3	0,88±0,12
СДЛА мм.рт.ст.	37,9±2,5	60,21±6,5^	59,67±2,9
СрДЛА мм.рт.ст.	26,5±4,0	30,78±2,96	35,19±4,7
Дискинезия МЖП	0	6	4

Примечание: *р<0,01, в сравнении с нормой КДРпж

°р<0,05, между 1-ой и 2-ой группой

^ р<0,01, между 1-ой и 2-ой группой

<> р<0,01, между 1-ой и 2-ой группой

' р<0,01, между 1-ой и 2-ой группой

легочного сердца. Влияния артериальной гипертензии на размеры правого предсердия не было выявлено и соответствовало декомпенсации ХЛС.

При сравнении показателей СДЛА в группах выявлено достоверное его увеличение по мере прогрессирования ХЛС. Так у больных с ХЛС в стадии декомпенсации СДЛА было достоверно увеличено на 74% (р<0,01) в сравнении с компенсированным ХЛС.

Среднее давление в легочной артерии в группе декомпенсированного ХЛС было выше на 16%, чем в группе с компенсацией ХЛС. Присоединение АГ увеличивало данный показатель у декомпенсированных больных в 1,14 раз, хотя и недостоверно.

Если говорить о диастолической дисфункции правого желудочка, то она была выявлена во всех группах больных по типу «замедленной релаксации» и характеризовалась замедлением скорости раннего диастолического наполнения и пре-

обладанием кровотока во время предсердной систолы.

Согласно литературным данным дискинезия межжелудочковой перегородки является показателем систолической перегрузки правого желудочка /7-11/. Так и в группах больных с декомпенсацией легочного сердца (во 2-ой и 3-ей группах) у 50% больных выявлено парадоксальное движение МЖП.

В последнее время в литературе часто обсуждается вопрос о нарушениях показателей левого желудочка у больных с легочной гипертензией /5,12/. Авторы считают, что характерным является выявление нарушений диастолической функции левого желудочка у больных ХЛС.

В нашей работе выявлена диастолическая дисфункция левого желудочка с замедлением раннего диастолического наполнения и удлинением времени изоволюмического расслабления левого желудочка во всех группах, которая не зависела от наличия артериальной гипертензии (Таб.2)

КДО, КСО и УО левого желудочка в группе ХЛС декомпенсации были ниже нормы, хоть и недостоверно составив 95,6±17,3см, 41,5±11,8см

Таблица 2. Сравнительные данные гемодинамических показателей левых отделов сердца в группах

Показатели	1-ая гр.-ХЛС компенсация n=15	2-ая гр.-ХЛС декомпенсация n=15	3-ья гр.- ХЛС декомпенсация АГ1 n=10
ЛП, см	3,6± 0,14	3,7±0,3	3,6±0,13
КДР, мл	4,7 ±0,08	4,4±0,32	4,4±0,2
КДО, мл	105,4±3,9	95,6±17,3	92,11±11,9
КСО, мл	38,96±3,6	41,5±11,8	38,15±6,5
УО, мл	65,54±2,9	54,17±6,0	51,64±6,1
EF %	60,3±3,2	61,2±3,8	59,52±2,0
?S%	33,09±2,07	33,13±2,7	31,59±1,4
ММЛЖ, мг	144,4±6,09	151,5±27,2	156,1±25,8
МЖП, см	0,85±0,04	0,91±0,05	1,04±0,08
ЗСЛЖ, см	0,99±0,04	0,94±0,05	0,9±8,76
рЕ/рАмк	0,8±0,04	0,9±0,2	0,9±0,97
IVRT	72,0±10,54	85±8,2	81,4±6,4

и $54,17 \pm 6,0$ см соответственно. При присоединении АГ 1 степени данные показатели имели тенденцию к снижению по сравнению с группой декомпенсированного ХЛС составив $92,11 \pm 11,9$ см, $38,15 \pm 6,5$ см и $51,64 \pm 6,1$ см соответственно. Снижение данных показателей в группе декомпенсированного ХЛС говорит о нарушении как систолической, так и диастолической функции миокарда ЛЖ, а присоединение АГ 1 степени усугубляет эти изменения. Проведенная корреляционная зависимость выявила достоверную прямую связь высокой степени между объемными показателями левого желудочка, массой миокарда левого желудочка и размерами межжелудочковой перегородки и позволяет сделать вывод о внесении отрицательного вклада артериальной гипертензии в течение ХЛС, усугубляя существующую дисфункцию миокарда.

Сократимость миокарда левого желудочка оставалась в пределах физиологической нормы, тем не менее выявлялась тенденция к ее снижению в группе декомпенсированного ХЛС в сочетании с АГ 1 степени, в сравнении с декомпенсированным ХЛС, составив $31,59 \pm 1,4$ см и $33,13 \pm 2,7$ см соответственно. Согласно вышеуказанным данным можно думать, что сопутствующая артериальная гипертензия ухудшает систолическую функцию миокарда левого желудочка.

Выводы:

1. Размеры правого предсердия зависят от степени легочной гипертензии у больных с декомпенсацией легочного сердца. Чем выше систолическое давление в легочной артерии, тем больше размеры правого предсердия.

2. Наличие артериальной гипертензии оказывает влияние на среднее давление в легочной артерии у больных декомпенсированным ХЛС, усугубляя легочную гипертензию.

3. Существующие нарушения функции левого желудочка при декомпенсированном ХЛС ухудшаются при присоединении артериальной гипертензии 1 степени, как систолическая так и диастолическая.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. В.П. Сильвестров., Ю.А. Суворов., С.Н. Семин., В.Ю. Марциновский. Хроническое легочное сердце: механизмы формирования и прогрессирования.
2. K.Nakamura, Y.Miyahara, S.Ikeda, T. Naito. Assessment of right ventricular diastolic function by pulsed Doppler echocardiography in chronic pulmonary disease and pulmonary thromboembolism. *Respiration* 1995;62:237-243.
3. R.R. Frangulyan, L.L. Janjapanyan. Right ventricular functional peculiarities on various stages of COPD. 12th

ERS Annual Congress: Abstracts. *Eur Res J* 2002;20:Suppl 38:483S.

4. А.П. Ребров, Н.А. Кароли. Эхокардиографические показатели формирования хронического легочного сердца у больных бронхиальной астмой. *Клиническая медицина* 2002г. №12, стр. 26-31.

5. M.Schena, E.Clini, D.Errera, A.Quadri Echo-Doppler evaluation of left ventricular impairment in chronic cor pulmonale. *Chest* 1996;109:1446-1451.

6. В.С. Задионченко., Т.В.Адашева., Е.В. Шилова, И.В. Погонченкова., Л.В. Заседателева., В.В.Лу. Клинико-функциональные особенности артериальной гипертензии у больных хроническими обструктивными болезнями легких. *Русский медицинский журнал*

7. King M, Braun H, Goldblatt A et al. Interventricular septal configuration as a predictor of right systolic hypertension in children: a cross-sectional echocardiography. *Circulation* 1983; 68: 68-75.

8. Jardin F, Dubourg O, Gueret P et al. Quantitative two-dimensional echocardiography in massive pulmonary embolism: emphasis on ventricular interdependence and leftward septal displacement. *J Am Coll Cardiol* 1987; 10: 1201-6.

9. Jessup M, Sutton MS, Weber KT, Janicki JS. The effect of chronic pulmonary hypertension on left ventricular size, function, and interventricular septal motion. *Am Heart J* 1987; 113: 1114-22.

10. Brinker J, Weiss J, Lappe D et al. Leftward septal displacement during right ventricular loading in man. *Circulation* 1980; 61: 626-33.

11. Фейгенбаум Х. Эхокардиография. М.: Видар, 5-е изд., 1999; с. 124-8, 148-58.

12. Kiely D.G., Cargill R.I., Lipworth B.J. Effects of acute oxygen therapy on left ventricular diastolic filling in hypoxemic cor pulmonale. *Appl Cardiopulmon Pathophys* 2000;9:27-31.46.

ТҰЖЫРЫМ

Созылмалы өкпе текті жүрегі (СӨЖ) бар наукастардың жүрекшілік гемодинамикасының ерекшеліктері және артериальды гипертензияның (АГ) декомпенсацияланған СӨЖ-тің ағымына әсері зерттелді. СӨЖ-тің декомпенсациялану мөлшеріне байланысты өкпе артериясындағы систолалық қысымның нақты жоғарлауы анықталады. АГ-нің 1-дәрежесі қосарлағанда өкпе артериясындағы орташа қысым деңгейі жоғарлайды, ол өз кезегінде өкпелік гипертензияның күшейуіне әкеледі, сонымен қатар СӨЖ кезіндегі болатын сол қарынша қызметінің бұзылыстарын нашарлайды.

SUMMARY

It was studied the features of intracardiac hemodynamics in patients with chronic cor pulmonale (CCP), as well as the influence of arterial hypertension on the course of decompensated chronic pulmonary hear CCP. There was a reliable increase in systolic pulmonary artery pressure along with decompensating of CCP. Upon addition of 1st degree AH the level of average pressure in the pulmonary artery increases, which leads to aggravation of pulmonary hypertension, the existing left ventricular dysfunction under decompensated CCP worsens as well.

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ

А.М.ШЕПЕТОВ

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова,
Республиканская детская клиническая больница «Аксай», г.Алматы

Актуальность. Хронические болезни почек (ХБП) являются распространенными и опасными для жизни больных детей и взрослых заболеваниями не только развитием терминальной почечной недостаточности (ТПН), но ростом сердечно-сосудистой смертности среди этой категории больных [1-3]. Обеспечение достаточно длительной и качественной жизни больных на диализной терапии возможно только при максимальном устранении последствий потери функционирующей почечной паренхимы, часть из которых не корригируется диализом. Важнейшие из них — это фосфорно-кальциевые нарушения, именуемые сейчас «минеральные и костные нарушения при хронической болезни почек» (МКН-ХБП) [1]. Процессы, вызывающие нарушения минерального обмена и ведущие к болезням кости, развивается уже на начальных стадиях ХБП, сохраняются на всем протяжении прогрессирующей потери функции почек, которые требуют специальных методов обследования.

Для изучения степени снижений костной массы используются количественные методы определения потери костной ткани. Для измерения минеральной плотности кости (МПК) используют:

- 1) двухэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию (рассматривается как «золотой стандарт» из методов костной денситометрии) и
- 2) ультразвуковую сонометрию (рассматривается как аппаратура скрининга).

Денситометрия — это количественное определение в различных участках скелета показателей костной плотности, выраженные в граммах на 1 см² площади исследованного участка кости. При использовании методов денситометрии результаты исследования оцениваются по Z-критерию (в процентах (%)) и величинах стандартного отклонения (SD) от нормальных значений для данного пола и возраста) и T-критерию (% и SD) — от пика костной массы взрослых. В настоящее время степень снижения МПК у детей определяют при помощи рентген и ультразвуковой денситометрии, оснащенными программой для оценки костной ткани у детей (детские критерии — Z-score (показатель) -0-1 норма; -1-2,5 остеопения;

-2,5 и ниже остеопороз выраженный). У детей подобные исследования проведены в единичных случаях [4].

Цель исследования: выявление снижений минеральной плотности кости у детей и взрослых на программном гемодиализе методами рентген и ультразвуковой денситометрии.

Материал и методы. Нами проведена рентген и ультразвуковая денситометрия у 33 детей и 28 взрослых с ТПН. Возраст обследованных детей был от 4-х до 18 лет, в среднем составил $12,2 \pm 0,32$ лет. Возраст взрослых пациентов был от 19 до 70 лет (в среднем $45,1 \pm 1,19$ лет). Продолжительность лечения программным гемодиализом (ПГД) у детей составила от 1 до 74 месяцев, в среднем $12,2 \pm 1,20$ месяцев. Большинство больных находилось на лечении ПГД — до 12 и более 12 месяцев — по 34,5% ($p < 0,001$). Среди взрослых преобладали пациенты, получавшие ПГД более 12 месяцев 86,4%. Группу сравнения составили 11 дети с ХБП 3-4 стадией (СКФ — 15-29 мл/мин) не получавших ПГД.

Были исследованы два отдела скелета — поясничные позвонки — L₂-L₄ и шейка бедра. Для оценки МПК использован у детей расчет Z-критерия, показателя отклонения от возрастной нормы плотности кости. У взрослых рассчитывали наряду с Z-критерием, T-критерий — отклонение от пиковой костной массы.

Результаты исследования. У детей неблагоприятной зоной по МПК оказались поясничные позвонки, где изменения выявлялись еще до проведения диализа. Так, при обследовании МПК у 11 детей с ХБП 3-4 стадии установлена значительная остеопения и остеопороз. У них МПК была снижена по Z-показателю до $-2,95 \pm 0,26$. У больных детей на гемодиализной терапии максимальные потери костной массы зафиксированы при исследовании поясничных позвонков, нежели при денситометрии шейки бедра ($Z = -2,20 \pm 0,15$ и $-0,96 \pm 0,08$ соответственно, $p < 0,001$) (таблица 1).

У взрослых достоверных различий в средних значениях отклонений от возрастной нормы и пиковой костной массы при сравнении двух отделов скелета не найдено. МПК поясничных по-

Таблица 1. МПК различных отделов скелета у больных ТПН на ПГД

Группы сравнения	ДЭРА					УЗ-денситометрия костей предплечья	
	позвоночник		шейка бедра				
	Z M±m	T M±m	Z M±m	p	T M±m	Z M±m	T M±m
Дети, n=33	-2,20±0,15 min -4,15 max -0,31	-	-0,96±0,08 min -1,79 max 0,0	<0,001	-	-1,33±0,36 min 1,20 max -5,40	-
Взрослые, n=28	-1,22±0,16 min -4,05 max -0,19	-1,38±0,17 min -3,96 max -0,06	-1,35±0,18 min -3,25 max -0,11		-1,88±0,21 min -4,69 max -0,11	-3,14±0,53 min -8,20 max -0,50	-3,54±0,53 min -0,30 max -0,60
p	<0,001	-	<0,05			<0,01	

Таблица 2. Частота остеопении и остеопороза при исследовании различных отделов скелета у больных ТПН на ПГД

Группы сравнения	Позвонки, абс. (%)			Шейка бедра абс. (%)		
	N	osteopenia	osteoporosis	N	osteopenia	osteoporosis
Дети	n=32 3(9,4%)	12(37,5%)	17(53,1%)	n=23 9(39,1%)	14(60,9%)	0±0
	n=28			n=26		
Взрослые	9(32,2%)	17(60,7%)	2(7,1%)	10(38,5%)	8(30,8%)	8(30,8%)
p	<0,001	<0,001	<0,001	> 0,05	<0,001	

звонков была достоверно ниже у детей по сравнению со взрослыми ($Z=-2,20\pm0,15$ и $-1,22\pm0,16$ соответственно, $p<0,001$). При исследовании шейки бедра, наоборот, выявили более низкую МПК у взрослых, чем у детей ($Z=-1,35\pm0,18$ и $-0,96\pm0,08$ соответственно, $p<0,05$). Ультразвуковая денситометрия костей предплечья была более информативной у взрослых. Частота остеопении и остеопороза при денситометрии поясничных позвонков преобладали у детей (таблица 2).

Остеопороз позвонков выявлен у 53,1% остеопении – у 37,5% детей тогда, как лишь у 7,1% взрослых был остеопороз позвонков. При исследовании позвонков в 32,2% и шейки бедра в 38,5% МПК у взрослых были в пределах нормы. Таким образом, дети и подростки, больные ХБП, раньше и больше подвержены костным нарушениям по данным рентген денситометрии. При анализе длительности гемодиализной терапии с изменением МПК корреляционная связь не ус-

тановлена. Некоторые авторы факторами риска остеопороза и перелома костей у взрослых считают высокий уровень паратгормона (ПТГ), пожилой возраст, женский пол, низкий уровень альбумина, анемию [5].

Мы выявили более высокую степень гиперпаратиреоидизма у детей и взрослых с остеопенией и остеопорозом по сравнению с пациентами с нормальной МПК. При этом такая закономерность установлена как при исследовании позвонков, так и шейки бедра (таблица 3).

У детей различий в выраженности гиперпаратиреоидизма от степени нарушения плотности костей не нашли. В то же время у взрослых пациентов наиболее высокий уровень ПТГ нашли именно при выраженном снижении плотности кости – остеопорозе. По нашим данным у детей преобладает высокообменная болезнь с высоким уровнем ПТГ, сопровождавшаяся остеопенией и остеопорозом. У взрослых наряду с высокообмен-

Таблица 3. Показатели паратгормона у больных с различным МПК

Скелет	МПК	ПТГ, пг/мл, M±m	
		у детей	у взрослых
Позвоночник	osteopenia	697,5±132,0*	582,8±122*
	osteoporosis	492,0±77,1*	952±80,3* **
	норма	280,0±43,1	288,7±58,7
Шейка бедра	osteopenia	782,7±114,5*	259,5±87,2
	osteoporosis	-	875,6±75,0* **
	норма	298,7±15,6	291,8±46,5
Примечание - 1* - достоверное отличие при сравнении с нормальной МПК 2** - достоверное отличие при сравнении остеопороза с остеопенией			

Таблица 4. Показатели ОК и ЩФ у больных с различным МПК

Скелет	МПК	ОК, нг/мл (M±m)		ЩФ, U/l (M±m)	
		у детей	у взрослых	у детей	у взрослых
Позвоночник	остеопения	182,0±8,88*	89,0±12,5	87,6±10,5*	736,3±56,9*
	остеопороз	148,0±24,0	123,3±14,7**	63,0±7,53	911,6±79,8*
	норма	108,0±10,4	98,0±13,4	59,7±6,82	580,7±53,8
Шейка бедра	остеопения	177,2±19,4	96,0±13,0	55,0±8,06	452,4±29,5
	остеопороз	-	113,3±12,0	-	784,5±91,3*, **
	норма	155,5±12,4	98,3±32,6	64,1±8,12	471,8±46,1

Примечание - 1* - достоверное отличие при сравнении с нормальной МПК
2** - достоверное отличие при сравнении остеопороза с остеопенией

ным типом наблюдается нормальная минеральная плотность, сочетающаяся с низкообменной болезнью. Такие различия, по-видимому, и обусловили полученные нами результаты.

Биохимические маркеры костного метаболизма в крови — остеокальцин (ОК) и щелочная фосфатаза (ЩФ) также были повышены у больных со сниженной минеральной плотностью костей. Наиболее высокие уровни ОК и ЩФ выявлены у взрослых пациентов с остеопорозом костей. У детей остеопения и остеопороз в одинаковой степени сопровождались высокими уровнями ОК и ЩФ в крови (таблица 4).

У детей с ТПН на ПГД выявлены выраженные костные нарушения методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Примененный в нашем исследовании метод ультразвуковой денситометрии, относительно недорог и неинвазивен [2]. Однако, на наш взгляд, ультразвуковая денситометрия не может считаться основным методом диагностики ренальной остеодистрофии, поскольку определяет остеопению только в одном участке скелета и не может отражать потери костной массы в целом. Тем не менее, ультразвуковая денситометрия по данным других позволила выявить остеопению у большей части пациентов по сравнению с ранее использовавшейся стандартной рентгенографией костей скелета [2].

Выводы:

1. Для диагностики ренальных остеодистрофий, у больных с терминальной почечной недостаточностью целесообразно применять неинвазивный метод исследования — рентгеновскую костную денситометрию, которое позволяет выявлять и оценивать потерю костной ткани в более ранние сроки заместительной почечной терапии, а также проводить динамическое наблюдение за состоянием костной ткани в различных отделах скелета.

2. У детей рекомендуется использовать метод двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии костной денситометрии позвоночника, а у взрослых шейки бедра.

3. Ультразвуковая сонометрия позволяет за-

подозреть ренальную остеодистрофию, но не замещает двухэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию, является скрининг-методом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Wesseling K., Bakaloglu S., Salusky I. Chronic kidney disease mineral and bone disorder in children//Pediatr Nephrol. — 2008. — Vol.23. — P.195-207.
2. Ермоленко В.М. Фосфорно-кальциевый обмен и почки//Из книги: Нефрология: Руководство для врачей. Под ред. И.Е. Тареевой. — М.: Медицина. — 2000. — 2-е изд., перераб. и доп. — С. 62-75.
3. Cannata-Andia J.B., Carrera F. The pathophysiology of secondary hyperparathyroidism and the consequences of uncontrolled mineral metabolism in chronic kidney disease: the role of COSMOS//NDT Plus. — 2008. — Vol. 1. P2-6.
4. National Institutes of Health. Conference on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy, 2000.
5. Михеева Ю.С., Румянцев А.Ш., Есаян А.М., Балашов А.Т. Факторы риска развития остеопении и остеопороза у больных на хроническом гемодиализе//Нефрология. — №4. — Том 7. — 2003. С.34-39.

ТҮЖЫРЫМ

Қосэнергетикалық рентген сәулелі абсорбциометрия және ультрадыбыстық денситометрия әдістерімен жоспарлы гемодиализ емін қабылдаған балалар мен ересектер сүйектерінің минералды тығыздығы зерттелді. Ересектерде сүйек қаңқасының екі бөлігін салыстырғанда жасына сәйкес орташа мөлшері мен сүйектерінің салмағына тән стандартты ауытқылары арасында көзжетерлік айырмашылық болмайтыны анықталды. Ал балаларда бел омыртқаларының минералды тығыздығы ересектерден анағұрлым төмен болатындығы анықталды. Бүйректің созылмалы аурулары бар балалар мен жасөспірімдерде сүйек тіні ересектерге қарағанда ерте және айқынырақ зақымдалады. Қосэнергетикалық рентген сәулелі абсорбциометрия арқылы сүйектің минералды тығыздығын зерттейтін денситометрия әдісі — сүйек зақымдалуының дәрежесіне баға беретін ең ақпаратты әдіске жататыны мойындалуда.

SUMMARY

We have conducted an assessment of mineral bone density in children and adults on program hemodialysis using methods of two-powered X-ray absorptiometry and US densitometry. There no any significant differences found in mean values of deviations from age normal values of peak bone mass (PBM) when comparing two skeletal parts. Vertebral PBM was significantly lower in children in comparison with adults. Children and adolescents with chronic kidney disease earlier and more prominently susceptible to bone disorders. The most informative and approved method of bone disorder assessment in clinics is the densitometry — the measurement of mineral bone density using two-powered X-ray absorptiometry.

РОЛЬ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ПУТИ ЕЁ КОРРЕКЦИИ

КИМ Е.М.

Городская поликлиника №2, г.Тараз

Метаболический синдром составляет от 15 до 25% среди населения, причем пик развития заболевания приходится на молодой и средний возраст (25–40 лет).

Риск развития сердечно–сосудистых событий у пациентов с сахарным диабетом 2 типа в 3 раза выше, чем в общей популяции. 67% больных сахарным диабетом умирают от сердечно–сосудистых причин. Главными причинами, приводящими к смерти при сахарном диабете 2 типа, являются такие сердечно–сосудистые осложнения, как инфаркт миокарда и нарушения мозгового кровообращения. Что касается пациентов с метаболическим синдромом, то они должны рассматриваться как больные с сердечно–сосудистой патологией на фоне нарушения толерантности к глюкозе или развившегося сахарного диабета 2 типа.

На протяжении последних 15 лет проблема метаболического синдрома активно обсуждается, причем с каждым годом актуальность ее возрастает. Если еще до недавнего времени МС включал в себя сочетание ожирения, артериальной гипертензии, дислипидемии, подагры и углеводных нарушений, то на сегодняшний день количество составляющим метаболического синдрома практически удвоилось и включает около 10 заболеваний и нарушений:

- Абдоминальное ожирение;
- Инсулинорезистентность;
- Нарушение толерантности к глюкозе/сахарный диабет 2 типа;
- Атерогенную дислипидемию, характеризующуюся повышением уровня триглицеридов, липопротеидов низкой и очень низкой плотности и снижением уровня липопротеидов высокой плотности;
- Артериальную гипертензию;
- Гиперкоагуляцию;
- Гиперлептинемию;
- Активность неспецифического воспаления, характеризующегося повышением уровней С–реактивного белка, интерлейкина–6, фактора некроза опухоли;
- Повышение экскреции альбумина с мочой;
- Гиперурикемию;
- Синдром поликистозных яичников и эректильную дисфункцию.

По рекомендации IDF от апреля 2005 г. обязательным критерием метаболического синдрома является абдоминальное ожирение: окружность талии у мужчин более 94 см, у женщин более 80 см (у людей европеоидной расы) в сочетании, как минимум, с двумя из следующих симптомов:

1. Повышение ТГ более 1,7 ммоль/л.
2. Снижение ЛПВП менее 1,03 ммоль/л у мужчин и менее 1,29 ммоль/л у женщин.
3. Повышение систолического АД более 130 мм рт.ст., или диастолического более 85 мм рт.ст.
4. Повышение глюкозы венозной плазмы натощак более 5,6 ммоль/л или ранее установленный диагноз сахарного диабета 2 типа.

В развитии метаболического синдрома ведущую роль играет инсулинорезистентность. ИР является генетически детерминированным фактором приложения внешних воздействий, таких как качество питания, низкая активность, злоупотребление алкоголем, возраст, пол (риск развития метаболического синдрома выше у женщин в постменопаузальном периоде), психоэмоциональные факторы, лекарственные препараты (глюкокортикоиды, никотиновая кислота, половые гормоны).

В условиях ИР β –клетки поджелудочной железы компенсаторно повышают секрецию инсулина для поддержания эугликемии. При истощении ресурса β –клеток манифестируют нарушения гликемического профиля. В дальнейшем поддержанию гипергликемии способствует усиление продукции глюкозы печенью и тканевая ИР. Снижение чувствительности к инсулину приводит к нарушению поступления и утилизации глюкозы в мышечной ткани, а также к развитию резистентности к антилиполитическому действию инсулина в жировой ткани. Активация липолиза в висцеральных адипоцитах приводит к освобождению большого количества свободных жирных кислот (СЖК), которые оказывают «липотоксический» эффект, с одной стороны. С другой – СЖК являются субстратом для формирования атерогенной фракции холестерина (ЛПНП). Одновременно с этим происходит снижение концентрации ЛПВП. Данные дислипидемические изменения лежат в основе прогрес-

сирования атеросклероза при метаболическом синдроме.

ИР наряду с гиперинсулинемией и дислипидемией способствует развитию нарушений фибринолитической активности крови — за счет повышения уровня фибриногена и снижения фибринолиза.

Таким образом, не вызывает сомнения тот факт, что именно ИР является основным звеном, на которое должно быть направлено лечение метаболического синдрома. Основополагающим фактором в лечении метаболического синдрома, безусловно, является изменение образа жизни, включая изменения режима и рациона питания, активности, отказ от курения, диету с низким содержанием соли.

Несмотря на огромные усилия, прилагаемые врачом и пациентом, в борьбе за модификацию образа жизни и достигнутые результаты, в реальной практике часто возникает необходимость присоединения медикаментозной поддержки, направленной в первую очередь на борьбу с ИР, как основному патогенетическому звену в формировании метаболического синдрома. В этом случае препаратом выбора, рекомендованным IDF, являются бигуаниды, единственным представителем которых, разрешенным к применению на сегодняшний день, является метформин. Эффективность метформина доказана еще в исследовании UKPDS, в котором при применении метформина риск развития инфаркта миокарда снижался на 39%, инсульта на 41% и общей смертности на 42%.

Основными механизмами действия метформина в преодолении ИР является подавление глюконеогенеза в печени, улучшение чувствительности периферических тканей к инсулину путем повышения аффинности инсулиновых рецепторов, снижение абсорбции глюкозы в тонком кишечнике, анорексигенный эффект. Дополнительным действием, оказываемым метформином, является подавление окисления СЖК и липидов, что положительно сказывается на изменении липидного профиля пациентов.

Другой относительно новой группой препаратов, повышающих чувствительность к инсули-

ну, являются тиазолидиндионы или «тканевые сенситайзеры». В России зарегистрировано 2 представителя этого класса — росиглитазон и пиоглитазон. Механизм действия тиазолидиндионов связан со стимуляцией PPAR γ рецепторов, расположенных в ядрах клеток жировой и мышечной тканей, а также в ядрах клеток сердечной мышцы, печени и почек. Росиглитазон (Роглит и др.) снижает ИР периферических тканей в большей степени на уровне мышечной и жировой, чем на уровне печени. Уникальностью препарата является его участие в восстановлении функции β -клеток поджелудочной железы, что позволяет продлить их функционирование.

Помимо улучшения гликемического контроля, росиглитазон (Роглит и др.) оказывает положительное гиполипидемическое действие, происходит повышение уровня ЛПВП, снижение концентрации ТГ. На фоне приема росиглитазона отмечается тенденция к нормализации АД.

Противопоказаниями к назначению «тканевых сенситайзеров» является нарушение функции печени, почечная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность III–IV ФК по NYHA, беременность.

Таким образом, больным с проявлениями метаболического синдрома должно проводиться комплексное лечение, направленное в первую очередь на борьбу с ИР и профилактику сердечно-сосудистых заболеваний, включающее модификацию образа жизни, снижение веса, коррекцию углеводных и липидных нарушений, нормализацию АД.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. М.И. Дзидзария. Эндокринологический научный центр РАМН. Москва 2009 год.
2. XII Международная научно — практическая конференция «Современный подход в вопросах диагностики, профилактики и лечения сахарного диабета и его осложнений» X 2008 год. Астана.
3. Проф. Абылаев Ж.А. 2009 год. «Актуальные вопросы патологии эндокринной системы». КазНИИ кардиологии и внутренних болезней.
4. Аубакирова Ш.С. кафедра эндокринологии АГИ-УВ 2009 год. Метаболический синдром.

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ О МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

ИВАНЧЕНКО Л.В.

Городская поликлиника №3, г.Алматы

В последние годы врачи впервые заговорили о новой угрозе для сердечников - метаболическом синдроме, который резко, в несколько раз, повышает риск развития инфаркта миокарда. Метаболический синдром относится к наиболее актуальным проблемам современной медицины. В индустриальных странах распространённость МС среди населения старше 30 лет составляет 10-20 %, в США — 25 %. У лиц с метаболическим синдромом смертность от всех причин в 4 раза выше, чем в контроле, а от сердечно-сосудистой патологии — более чем в 5 раз. Многие называют его «опасным квартетом», другие даже смертельным. Существуют тесные причинно-следственные связи между метаболическим синдромом (МС) и другими заболеваниями, влияние которых можно представить следующей таблицей:

МС	+	Ожирение
МС	+	Синдром поликистоза яичника
МС	«	Подагра
МС	«	Жировая дистрофия печени
МС	®	ИБС
МС	®	Инсульт
МС	®	Сахарный диабет
МС	®	Эректильная дисфункция
МС	®	атеросклероз нижних конечностей

Метаболический синдром - это сочетание ряда факторов, прежде всего четырех основных:

- ожирение;
- артериальная гипертензия;
- нарушение углеводного обмена;
- нарушение жирового обмена.

К этим основным четырём факторам могут присоединяться и другие метаболические нарушения, которые усугубляют прогноз. Это нарушение выведения из организма мочевой кислоты или изменение свертываемости крови (кровь становится склонной к образованию тромбов).

Не все знают какой вес у них должен быть. Существуют таблицы отдельно для мужчин и женщин, где указаны колебания нормального

веса в зависимости от роста и возраста. Но проще и доступнее вычислить свой индекс массы тела — ИМТ, и вы будете знать есть ли у вас лишние килограммы.

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{вес(кг)}}{\text{рост}^2(\text{см})}$$

ИТТ меньше 25 — нормальная масса тела.

ИМТ от 25 до 29,9 — это показатель избыточной массы тела. Могут возникнуть проблемы со здоровьем.

ИМТ от 30 до 39 — у вас ожирение, существует высокий риск приобрести ряд заболеваний.

ИМТ свыше 40 — ожирение резко выражено. К сожалению, вы уже приобрели заболевания, которые отразились на качестве вашей жизни.

Проанализировав росто-весовой показатель больных, обратившихся в течение года в поликлинику, мы пришли к выводу, что из всех обследованных 40 % были с избыточным весом, а 30% с ожирением.

Ожирение в основном абдоминального типа, когда жир откладывается в области живота.

Тип ожирения можно определить по формуле:

Объём талии/объём бедер. Если коэффициент составляет 0,85, ожирение висцерального происхождения. У мужчины талия не должна быть более 102 см, у женщины более 88 см.

Несложные измерения артериального давления и окружности талии дают в то же время много информации, потому что, если артериальное давление высокое и окружность талии больше положенного, существует высокая вероятность нарушений жирового и углеводного обмена.

К нарушениям углеводного обмена может быть отнесен уже развившийся сахарный диабет или нарушение толерантности к глюкозе, когда снижается чувствительность тканей к инсулину: инсулина вырабатывается много, но в клетки он поступает плохо. Это можно определить, дав человеку сахарную нагрузку. После приёма пищи уровень глюкозы возрастает, но в течение двух часов он должен приходить в норму. При нарушении углеводного обмена уровень глюкозы нарастает не так быстро, но и долго не снижается. В последнее время более достоверным считается определение глюкозы после еды и наблюдение

за ее уровнем в течение одного-двух часов.

Под нарушением жирового обмена (дислипидемия) подразумевают повышение уровня общего холестерина или пониженное количество липопротеидов высокой плотности («хорошего» холестерина), или повышения уровня триглицеридов. Таким образом:

ОЖИРЕНИЕ+ГИПЕРТОНИЯ+ДИАБЕТ+ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЯ=МЕТАБО-ЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.

Это не диагноз, это сумма симптомов. В диагнозе указывается, что у человека артериальная гипертония, ожирение (указывается коэффициент), сахарный диабет. Данная категория пациентов должна наблюдаться у врача общей практики, эндокринолога, кардиолога.

Основные пути коррекции этого состояния:

- рациональное питание, необходимое для того, чтобы человек избавлялся от лишнего веса. Для людей с избыточной массой тела необходимо ограничение калорийности пищи. Гипертоникам и лицам с избыточным весом необходимо также дополнительно снизить употребление соли до 5 г и менее в день, ограничение приема алкоголя. Отказываясь от жирной пищи, надо быть осторожными и с углеводами.

- физическая нагрузка: тридцать-сорок минут быстрой ходьбы.

Медикаментозная терапия: из всех симптомов надо выделить те, что наиболее сильно выражены и опасны, и бороться прежде всего с ними. Это гипертония+сахарный диабет. Такие больные должны получать гипотензивные препараты с первых дней, при этом необходимо добиться снижения уровня артериального давления (не менее 130/85 мм рт.ст.). При наличии метаболического синдрома используют препараты, которые снижают резистентность к инсулину или действуют нейтрально (например: антагонисты кальция).

Каждый из составляющих симптомов может быть выражен незначительно, но их совокупность приводит к тому, что риск инфаркта миокарда возрастает в несколько раз. Таким образом, метаболический синдром-это комплекс взаимосвязанных метаболических нарушений, в основе которого лежит сниженная чувствительность к инсулину и абдоминальное ожирение.

В помощь пациенту приводится диагностическая анкета.

Ваш пол:

Муж. (1) Жен. (0)

Ваш возраст: Моложе 45(0) Старше 45(1)

Имеется ли избыточный вес по формуле:

Объем талии

Объем бедер

Коэффициент 0,8 (0)

Коэффициент 0,85 и выше (2)

Был ли дважды зафиксирован подъем АД выше 140/95

Да (1) Нет(0)

Отмечали ли Вы боли, дискомфорт в области сердца

Да (5) Нет(0)

Какую часть вашего рациона занимает пища, богатая жирами (масло, сало, жирное мясо)?

Более 30% (2)

От 10-30% (1)

Менее 10% (0)

Вы курите?

Да (3) Нет (0)

Какое примерно расстояние Вы проходите за один день пешком

Менее 1 км(1) Более 1 км (0)

Были ли изменения на ЭКГ или на ЭХОКГ в виде увеличения отделов сердца

Да (5) Нет(0)

Страдали ли Ваши родители, родственники гипертонией, сердечно-сосудистыми заболеваниями или сахарным диабетом

Да (5) Нет(0)

Результаты теста:

1.Вы набрали менее 6 баллов: у Вас нет причин для беспокойства. Ежегодно повторяйте самотестирование и старайтесь вести здоровый образ жизни.

2.Вы набрали от 6 до 14 баллов: Вы находитесь в зоне риска развития ишемической болезни сердца (ИБС), рекомендуется пройти обследование у кардиолога и терапевта.

3.Вы набрали более 14 баллов: у Вас высока вероятность развития ИБС и метаболического синдрома, нужно пройти полное обследование у кардиолога, терапевта, эндокринолога.

КОРРЕКЦИЯ ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ ПРЕПАРАТОМ ПОЛИОКСИДОНИЙ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

ИБРАИМОВ Е.К.

Государственный медицинский университет, г. Семей

Наличие комплекса результатов клинико-иммунологических исследований, свидетельствующих об определенной роли нарушений со стороны иммунной системы в патогенезе язвенной болезни, поднимает вопрос о целесообразности использования методов иммунокоррекции в комплексном лечении больных с дуоденальными язвами /1-3/. Решение данного вопроса имеет несколько возможных составляющих это, во-первых, определение непосредственно целесообразности применения методов иммунокоррекции в комплексном лечении пациентов с рассматриваемой патологией /4/, далее — выявление прямых показаний к использованию методов иммунокоррекции /5/, а также, при положительном решении первых двух вопросов, определение наиболее адекватных способов её осуществления /6/.

Фрагмент исследования, посвященного комплексному лечению больных с язвой двенадцатиперстной кишки, был направлен на попытку решения данной клинической проблемы.

Цель исследования: определение клинико-иммунологических результатов применения иммунокоррекции полиоксидонием в комплексном лечении больных с язвенной болезнью.

Материалы и методы

Исследование проведено на материалах обследования больных с дуоденальными язвами, которые наиболее часто встречаются в современной клинической практике.

Всего были обследованы 112 больных, в том числе у 67 проведено традиционное консервативное лечение, а у 45 — дополнительно использован способ системной иммунокоррекции.

По возрастно-половому составу, язвенному анамнезу и прочим клиническим характеристикам группы обследованных были репрезентативными.

Нами выбран подход к иммунокоррекции у больных язвенной болезнью, предусматривающий применение одного из наиболее эффективных, по мнению зарубежных и отечественных авторов /7,8/, современных препаратов — полиоксидония, который назначался per rectum 1 раз в день курсом 10 суток.

При этом системная иммунокоррекция являлась компонентом базисной терапии, на фоне

которой в ряде случаев осуществлялось местное лечение.

Результаты исследования и их обсуждение:

Полученные в ходе применения системной иммунокоррекции результаты представлены на рисунках 1 и 2.

Поскольку в исходе не было достоверных различий с контрольной группой, как в подгруппе традиционной консервативной терапии, так и дополнительного применения иммунотерапии у больных с дуоденальными язвами, не было зарегистрировано и достоверной динамики данных параметров в соответствующих группах в ходе лечения. Более значительные изменения были выявлены по содержанию CD3+CD8+ клеток в крови, которое имело тенденцию к уменьшению при традиционной консервативной терапии, в результате чего показатель после курса лечения получил достоверные различия с контрольной группой. При проведении дополнительной иммуномодуляции данный показатель достоверно увеличился относительно исходного на 34,4% ($p < 0,05$).

Достоверные различия по этому показателю были выявлены и при анализе относительных значений (на 20,3%, $p < 0,05$). Соответствующие различия были обнаружены также и при сравнении показателей с группой традиционной консервативной терапии.

Абсолютное, но не относительное, содержание CD4+CD25+ клеток в группе традиционной терапии оставалось достоверно сниженным, тогда как у больных, получавших иммуномодуляцию, повысилось на 21,1% ($p < 0,05$) и после курса лечения не имело существенных различий с контролем.

Содержание CD95+ клеток имело тенденцию к росту в группе традиционной терапии, и оно достигло достоверного превышения над контролем (на 21,8%, $p < 0,05$). В группе иммуномодуляции данных изменений не было, а отмечалась тенденция к нормализации показателя.

Соотношение CD3+CD4+/CD3+CD8+ в группе традиционной терапии имело тенденцию к увеличению и достоверные различия с контролем после лечения (на 26,9%, $p < 0,05$). Напротив,

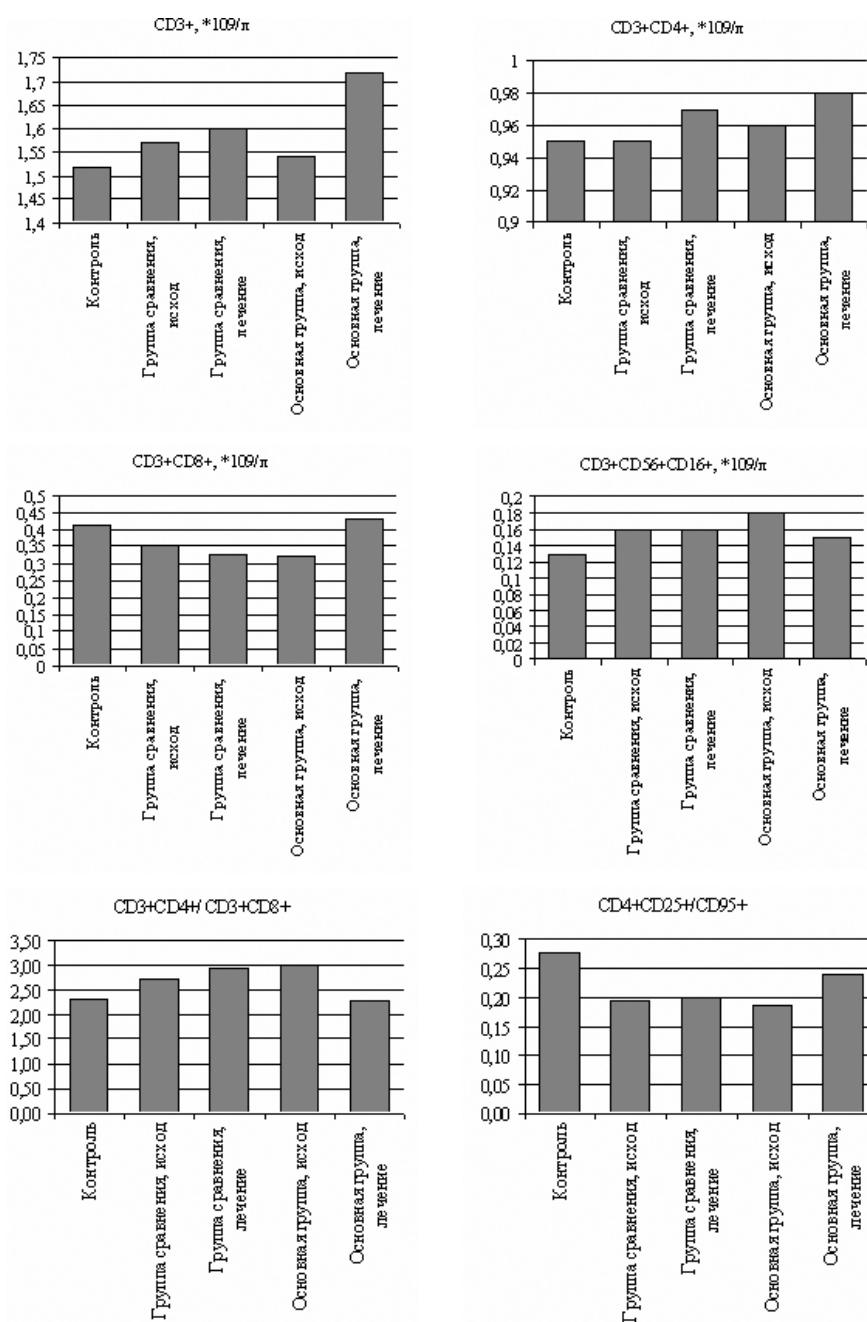


Рис. 1. Особенности показателей клеточного иммунитета у обследованных больных в зависимости от иммунокоррекции

при проведении иммуномодуляции увеличение содержания CD3+CD8+ клеток дало снижение данного показателя до уровня контрольной группы и достоверные различия как с исходом, так и с показателем традиционной терапии (на 24,0% и 22,5% соответственно, $p < 0,05$ в обоих случаях).

Индекс стимуляции ($CD4+CD25+/CD95+$) в группе сравнения не имел существенной динамики, а в основной — достоверно увеличился на 28,6% ($p < 0,05$). При этом степень достоверности его различий с показателем в контрольной группе снизилась.

В целом полученные данные свидетельствовали о наличии достоверного позитивного (нормализующего) влияния проводимой иммуномодуляции на показатели клеточного звена иммунной системы, в первую очередь — на некоторые регуляторные механизмы иммунной реактивности.

Тенденция к нормализации содержания IgA в крови у обследованных больных была зарегистрирована в обеих подгруппах, т.е. при проведении традиционной консервативной терапии и в группе иммуномодуляции, однако, только в последнем случае она была достоверной с различия-

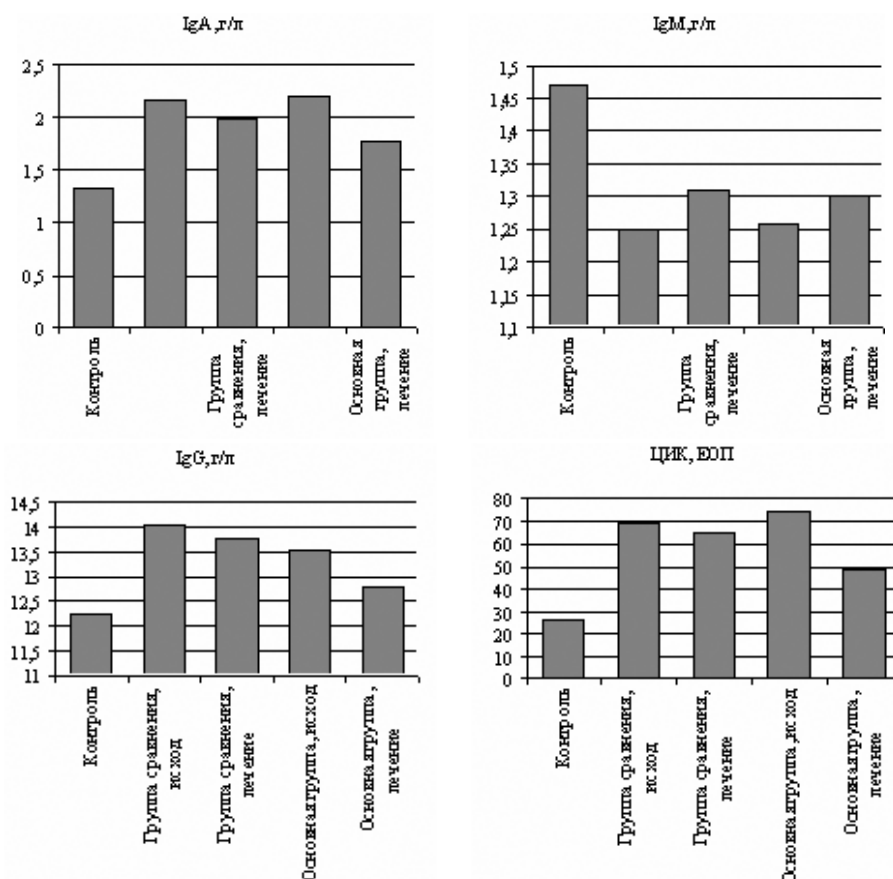


Рис. 2. Влияние разработанного способа системной иммунотерапии на показатели гуморального звена иммунной системы

ми относительно исходного показателя на 19,9% ($p < 0,05$).

Содержание IgM в обеих группах оставалось недостоверно сниженным относительно контроля.

Концентрация IgG достоверно превышала контрольный показатель в оба срока обследования у больных группы сравнения и не имела таковых — в группе иммуномодуляции после проведенного курса лечения.

Содержание ЦИК в группе традиционной терапии практически не изменялось по отношению к исходному. При проведении иммуномодуляции отмечалось достоверное уменьшение данного показателя на 35,2% относительно исходного, причем различия с группой сравнения была также статистически значимыми (на 25,7%, $p < 0,05$).

Таким образом, изменения, касающиеся показателей гуморального звена иммунной системы, заключались, главным образом, в уменьшении содержания иммуноглобулинов и особенно ЦИК в крови обследованных.

В целом полученные данные свидетельствуют о нормализации наиболее выраженных иммунологических отклонений у больных язвенной болезнью в динамике применения полиоксидония.

Результаты клинических исследований свидетельствовали также в пользу эффективности данного способа лечения, в том числе в комбинации с эндоскопическими лечебными процедурами.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Малащенко И.К., Дидковский Н.А. Принципы иммунокорригирующей терапии вторичных иммунодефицитов, ассоциированных с хронической вирусно-бактериальной инфекцией // РМЖ. — 2002. — Т.10, №21. — С.973-977.
2. Станулис А.И., Гришина Т.И., Кузеев Р.Е., Сафронов Д.А. Иммунокоррекция иммунофаном у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / В сб. научн. тр. - Новые технологии в клинической медицине, т. 3. - под ред. Луцевича Э.М. — 1999. — С.78-80.
3. Аннамалай Гунасекаран. Иммунодиагностика и иммунокоррекция при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: дисс. канд. мед. наук. - Ташкент, 1999. - 135 с.
4. Ширинский В.С., Старостина Н.М., Сенникова Ю.А., Малышева О.А. Проблемы диагностики и классификации вторичных иммунодефицитов // Аллергология и иммунология. — 2000. — Т.1, №1. — С.62-70.
5. Малащенко И.К., Дидковский Н.А., Левко А.А. К вопросу о роли индивидуального подбора иммунокорректоров // Фарматека. — 2004. — С.118-122.

6. Новиков Д.К., Новикова В.И., Деркач Ю.Н., Новиков П.Д. Основы иммунокоррекции. — Витебск, 1998.

7. Патютко М.Ю. Клинико-иммунологическая оценка применения нового иммуномодулятора «полиоксидоний» в комплексной терапии гнойно-септических осложнений у хирургических больных: автореф. канд. дис. — М., 1996.

8. Хаитов Р.М., Иванова А.С., Некрасов А.В., Патютко М.Ю. Результаты применения нового иммуномодулятора полиоксидония у больных с послеоперационными гнойно-септическими процессами. В кн: Актуальные проблемы клинической иммунологии. Сочи, 1994, с. 109.

ТҮЖЫРЫМ

Зерттеу максаты: ұлтабар жарасы бар науқастарда полиоксидоний препаратын кешенді ем ретінде қолданғандағы клинико-иммунологиялық нәтижелерін анықтау. Барлығы 112 науқас тексерілді, оның 67-не әдеттегі консервативті ем, ал 45-не қосымша кешенді иммуно-

түзету әдісі қолданылды. Зерттеу нәтижелері ұлтабар жарасы бар науқастарда иммунологиялық ауытқулардың полиоксидоний препаратын қолданғанда тез қалпына келгенін көрсетті. Клиникалық зерттеу нәтижелері аталған емнің тиімділігінің, әсіресе оны эндоскопиялық әдіспен қолданғанда артатынын көрсетті.

SUMMARY

Research objective is the definition of clinical-immunological results of immune correction application with polyoxidinium in complex treatment of patients with an ulcer. In total 112 patients have been surveyed, including at 67 traditional conservative treatment is spent, and at 45 — the way system immune correction is in addition used. The obtained data testifies to normalisation of the most expressed immunological deviations in patients with ulcer in dynamics of polyoxidinium application. Results of clinical researches testified also in favour of efficiency of the given way of treatment, including in a combination with endoscopic treat procedures.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

СИСНЕВА Т.А.

Городская поликлиника №3, г.Алматы

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся морфологическим изменением слизистой оболочки пищевода вследствие ретроградного заброса желудочного или желудочно-кишечного содержимого, проявляющееся пищеводными и внепищеводными симптомами.

Эволюция ГЭРБ может приводить к развитию метапластических изменений в пищеводе. Точных данных о распространенности данного состояния у детей нет, однако сам факт роста частоты пищевода Барретта у детей также не вызывает сомнений. Особое значение проблеме ГЭРБ придает высокий риск малигнизации метаплазий [6].

Непосредственной причиной, приводящей к развитию ГЭРБ, является гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) — непроизвольное затекание или заброс желудочного/желудочно-кишечного содержимого в пищевод.

Для предотвращения заброса существует «антирефлюксный» барьер, регулирующий так называемые «закрывающие» и «открывающие» ме-

ханизмы [2]. Первые препятствуют рефлюксу, преобладание вторых, наоборот, создает предпосылки для его возникновения.

В механизме закрытия кардии основная роль принадлежит нижнему пищеводному сфинктеру (НПС) — это кардиальное мышечное утолщение, имеющее особую иннервацию, кровоснабжение, специфическую автономную моторику.

Физиологическое функционирование НПС поддерживается:

1. Сжимающим действием диафрагмы. Это происходит за счет сокращения правой ножки диафрагмы и диафрагмально-пищеводной фасции во время вдоха увеличивается давление НПС.

2. Длиной брюшного отдела пищевода. Этот показатель прямо пропорционален состоятельности антирефлюксного барьера. В норме длина этого сегмента составляет более 2 см. Следует отметить, что у новорожденных детей длина НПС менее 1 см, приближаясь к норме к 3-м месяцам жизни.

3. Острым углом Гиса и состоятельностью складки Губарева.

4. Протяженностью зоны высокого давления. Эта зона располагается в области пищеводно-желудочного перехода, ее длина составляет 1 см у новорожденных и 2–4 см у взрослых.

5. Уровнем внутрибрюшного давления. Показатели внутрибрюшного давления в пределах 6–8 см водного столба обеспечивают смыкание брюшного отдела пищевода.

С другой стороны, механизмы открытия кардии связывают с повышением внутрибрюшного давления (при кашле, запорах и др.); с дискоординацией моторики желудка и пищевода, в том числе перистальтическими и эвакуаторными функциями. Следует отметить, что нарушения эвакуаторной функции желудка у новорожденных могут быть напрямую связаны с неврологическими расстройствами, а также с созреванием этой функции спустя несколько недель после рождения.

Таким образом, в патогенезе возникновения ГЭР ведущим является дисбаланс между «закрывающими» и «открывающими» механизмами, возникающий вследствие следующих причин:

- абсолютная недостаточность кардии (пороки развития пищевода, оперативные вмешательства на пищеводе и кардии, дисплазия соединительной ткани, поражение ЦНС и др.);
- относительная недостаточность кардии (морфофункциональная незрелость НПС у детей до 12–18 мес, диспропорции увеличения длины тела и пищевода, вегетативная дисфункция, преходящее расслабление НПС и др.).

ГЭР может существовать как физиологический процесс, при этом физиология этого явления поддерживается факторами защиты: резистентностью слизистой оболочки пищевода, эффективным клиренсом (т. е. способностью к самоочищению посредством перистальтики), буферным действием слюны, своевременной эвакуацией желудочного содержимого.

Физиологический процесс может становиться патологическим под действием провоцирующих факторов:

- нарушение режима, качества, объема питания;
- повышение внутрибрюшного давления (запоры, неадекватная физическая нагрузка, длительное наклонное положение тела и др.);
- прием лекарственных препаратов, снижающих давление НПС (холинолитики, седативные, снотворные средства, β -адреноблокаторы, нитраты и др.);
- вредные привычки (курение, алкоголь).

Для оценки воспалительных изменений пи-

щевода используется классификация G. Tytgat в модификации В.Ф.Приворотского с соавторами, по которой выделяется четыре степени эзофагита, а также три степени нарушения моторной функции.

I степень. Умеренно выраженная очаговая эритема и (или) рыхлость слизистой абдоминального отдела пищевода. Умеренно выраженные моторные нарушения в области НПС (подъем Z-линии до 1 см), кратковременное провоцированное субтотальное (по одной из стенок) пролабирование на высоту 1–2 см, снижение тонуса НПС.

II степень. То же + тотальная гиперемия абдоминального отдела пищевода с очаговым фибринозным налетом и возможным появлением одиночных поверхностных эрозий, чаще линейной формы, располагающихся на верхушках складок слизистой пищевода. Моторные нарушения: отчетливые эндоскопические признаки недостаточности кардиального жома (НКЖ), тотальное или субтотальное провоцированное пролабирование на высоту 3 см с возможной частичной фиксацией в пищеводе.

III степень. То же + распространение воспаления на грудной отдел пищевода. Множественные (иногда сливающиеся) эрозии, расположенные не циркулярно. Возможна повышенная контактная ранимость слизистой. Моторные нарушения: то же + выраженное спонтанное или провоцированное пролабирование выше ножек диафрагмы с возможной частичной фиксацией.

IV степень. Язва пищевода. Синдром Барретта. Стеноз пищевода.

Консервативное лечение ГЭРБ основано на трех принципах:

1. Диетотерапия.
2. Постуральная терапия.
3. Медикаментозная терапия.

Постуральная терапия способствует очищению пищевода и уменьшению степени рефлюкса

Для этого, необходимо рекомендовать больным:

- снизить вес при ожирении;
- не лежать после еды;
- избегать тесной одежды, тугих поясов;
- избегать глубоких наклонов, длительного пребывания в согнутом положении, поднятия руками тяжестей более 8–10 кг и т. п.;
- избегать приема ряда лекарств (седативных, снотворных, транквилизаторов, антагонистов кальция, теофиллинов, холинолитиков);
- прекратить курение.

Медикаментозная терапия ГЭРБ направлена на

восстановление моторной функции верхних отделов пищеварительного тракта, на нормализацию кислотосекретирующей функции желудка, а также на протективное воздействие на слизистую пищевода.

Антацидные препараты (Фосфалюгель, Алмагель, Маалокс) используют с кислотонейтрализующей целью. Они эффективны при лечении ГЭР без эзофагита, а также при рефлюкс-эзофагите I–II степени.

Среди прокинетики успешно используется антагонист дофаминовых рецепторов домперидон (Мотилиум). Назначается препарат за 30–40 мин до еды и на ночь.

Антисекреторные препараты (H₂-гистаминоблокаторы, ингибиторы протонной помпы (ИПП)) рекомендовано использовать при лечении рефлюкс-эзофагита II–III–IV степени.

Широкое применение получили блокаторы H₂-рецепторов. Многочисленные клинические испытания показали, что заживление слизистой пищевода происходит в 65–75% случаев при проведении 8-недельного курса терапии. Ранитидин (150 мг) и Фамотидин (20 мг) назначаются однократно вечером после ужина (не позднее 20 ч). Длительно препараты используют в половинной суточной дозе для профилактики обострений заболевания. По антисекреторному эффекту блокатор Na⁺, K⁺-АТФазы Омепразол превосходит другие препараты. Ингибируя протонную помпу, Омепразол обеспечивает выраженное и продолжительное подавление кислой желудочной секреции. Препарат лишен побочных влияний, так как в активной форме существует только в париетальной клетке. Омепразол обычно назначают в суточной дозе 10 мг в течение 3–4 нед. В ряде случаев возникает необходимость назначения ингибиторов синтеза соляной кислоты и детям раннего возраста: Ранитидин (Зантак) и/или Фамотидин в дозе 5–10 мг/кг на прием каждые 6 ч, причем последняя доза на ночь.

ИПП, хотя и обладают выраженным антисекреторным эффектом, практически не действуют на тонус НПС. Их клинический эффект обусловлен снижением кислой продукции в желудке, уменьшением агрессивности рефлюксата

и благоприятным воздействием на желудок и двенадцатиперстную кишку.

Возможный механизм действия антисекреторных препаратов на НПС имеет опосредованный характер. Любая терапия, подавляющая желудочную секрецию, приводит к повышению секреции гастрина за счет снижения тормозящего влияния кислого желудочного содержимого на гастринпродуцирующие G-клетки, а гастрин, предположительно, повышает тонус НПС. Этот эффект в большей степени приписывался H₂-блокаторам, однако было показано, что их влияние на тонус НПС имеет и другие, пока неустановленные, составляющие. ИПП также повышают уровень гастрина в крови в 2–4 раза по крайней мере у одной трети пациентов, но существенного влияния на моторику пищевода не оказывают.

В комплекс терапии рекомендуется включать препараты, ускоряющие репарационные процессы дефектов слизистой оболочки пищевода. С этой целью используется сукральфат, назначается по 0,5–1 г/сут в 3 приема и на ночь.

Учитывая важную роль вегетативных дисфункций в развитии ГЭРБ, желательна консультация специалиста-психоневролога с последующей коррекцией вегетативного статуса и неврологических расстройств.

Показаниями к хирургическому лечению являются:

- неэффективность консервативной терапии, проявляющаяся в виде выраженной, снижающей качество жизни, клинической симптоматики или в виде длительно сохраняющихся эндоскопических признаков рефлюкс-эзофагита III–IV степени на фоне неоднократных курсов медикаментозной терапии;
- осложнения ГЭРБ (кровотечения, стриктуры, пищевод Барретта).

В настоящее время применяется два вида оперативного вмешательства: фундопликация по Ниссону и операция Thal-Ashcraft и Boix-Ochoa.

Таким образом, ГЭРБ — многофакторное заболевание с многообразной клинической картиной, с возможным развитием серьезных, угрожающих жизни, осложнений, требующее своевременной диагностики и адекватного лечения.

ЛЕЧЕНИЕ КАРИПАЗИМОМ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ГРЫЖ

БЕГАСИЛОВА Г.У.

Городская поликлиника № 2, г.Тараз

Остеохондрозами, осложненными грыжами и протрузиями межпозвонковых дисков страдают около четверти всего взрослого населения. В развитии процесса большое значение имеют тяжелый физический труд, травмы, наследственная предрасположенность и другие факторы. Одна из основных причин обострения остеохондроза, особенно в пояснично-крестцовом отделе — подъем и перенос тяжести.

В ГП № 2 наряду с массажем, мануальной терапией, амплипульстерапией, электростимуляцией мышц и нервов, и парафинолечением, применяется электрофорез с карипазимом и карипоимом.

Карипазим — протеолитический ферментный препарат прямого действия растительного происхождения, полученный из латекса дынного дерева (папайи). В медицинской практике используется его лиофилизированный порошок белого цвета.

Карипазим характеризуется протеолитической активностью широкого спектра. В состав препарата входят 3 протеолитических фермента (папаин, химоиопаин, протеиназа) и муколитический фермент — лизацин, содержащий в своих активных центрах сульфгидрильные группы. Оптимальные условия действия карипазима — pH 5-7, температура 37-39.

Фермент папайи выделен 30 лет назад в Югославии. На своей родине папайю называют чудо - деревом за уникальные лекарственные свойства. Одно из них - воздействие на хрящевую ткань. В 80 - е годы фермент стали применять в СССР. При использовании в нейрохирургии грыжи межпозвонковых дисков рассасывались. Но тогда фермент вводили через пункцию. Внутридисковая инъекция часто вызывала аллергические реакции и приравнивалась к операции. Сегодня создан современный препарат папайина — карапазим. Он не вызывает аллергические реакции и проникает в хрящевую ткань через кожу. Применяют его в ортопедической, травматологической, нейрохирургической и неврологической клиниках. Особенно эффективен при остеохондрозе позвоночника, в том числе при различных формах грыж межпозвонковых дисков и дикогенных радикулитах, посттравматических контрактурах, келоидных рубцах различного происхождения, при атрозо-артритах крупных суставов и др.

В косметологии применяется в комплексном лечении рубцов после пластических операций. В урологической и гинекологической практике эффективен при воспалительных и спаечных процессах, при лечении бесплодия.

Методика лечения межпозвоночной грыжи, остеохондроза позвоночника разработана в Институте нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко профессором В. Л. Найдиным. Метод прошел многолетнюю апробацию. Эффективность метода достигает 82 % .

Карипазим вводится методом электрофореза с положительного полюса. Лечение длительное, курсовое (3 курса по 20-30 процедур), мы применяем 20-дневный курс. Перерывы между процедурами допускаются до 2-х дней. Процедура занимает не более 20 минут. Больные могут получать лечение не прерывая своей обычной работы. Повторные курсы проводят через 30-60 дней, но лучше через 30 дней.

На кожу над пораженными позвонками накладываются электроды с прокладками. Берется 1 флакон карипазима, разводится в 10 мл физраствора (0,9 % NaCl) непосредственно перед процедурой. В раствор добавляются 2-3 капли димексида. Готовый раствор наносится на фильтровальную бумагу, размещенную на прокладках электрода. Размер электрода-прокладки 10*15 см, она накладывается на кожу над пораженными позвонками. Карипазим вводится только с (+) положительного полюса, эуффуллин (2,4 %) на другой прокладке с (-) отрицательного полюса. Температура прокладок строго 37-39. Сила тока до 10-15 мА (в начале каждой процедуры увеличивается постепенно по ощущениям пациента). Время экскрозии 20 минут.

Под воздействием электрического тока вещество проникает глубоко в ткани и воздействует на пораженный диск и на саму грыжу. Она начинает постепенно уменьшаться, становится мягкой. Этого бывает достаточно, чтобы освободить нервное окончание, которое она защемляет. В меньшей степени лекарство действует на весь межпозвоночный диск. Он разрыхляется, становится более эластичным, увеличивает высоту, как бы омолаживается. Препарат усиливает регенерацию ткани диска, который восстанавливает свою нормальную структуру.

Электрофорез с карипазимом при межпозвонковых грыжах и протрузиях в ГП № 2 стали применять за последние 3 года, с 2006 по 2009, 3 курса лечения карипазимом прошли 112 человек (такое количество связано с дорогой стоимостью препарата). Все пролеченные отмечают отсутствие болей в течение нескольких лет. После лечения ведут активный образ жизни. 10 человек сделали контрольную томографию, во всех случаях отмечается положительная динамика — небольшие грыжи до 4 мм рассосались, большие значительно уменьшились в размерах.

Наблюдается хороший клинический эффект, позвоночник становится более гибким и подвижным, улучшаются амортизационные свойства дисков.

В г. Красноярске в клинике вертебродологии, наряду с применением карипазима, успешно используют крем карипоин, который в своем составе, кроме папайина, основного действующего вещества, содержит также глюкозамин и гиалуроновую кислоту. Этот комплекс вводится с помощью ультразвука. Курс лечения 10 дней. Карипазим они больше используют при грыжах, а карипоин при небольших протрузиях.

При применении карипазима возможны местные аллергические реакции, при повышенной чувствительности проявляющиеся зудом и сыпью на коже. В этом случае проводится антигистаминная терапия (тавегил, диазолин, зертек и другие, местно применяют гидрокартизоновую мазь или мазь «Линин»). Между 5 и 8 процедурами возможно временное обострение основного заболевания (назначаются коротким курсом противовоспалительные нестероидные препараты), после которого обычно наступает улучшение.

Противопоказаниями электрофореза с карипазимом являются:

- острые воспалительные процессы в окружающих тканях;

- при секвестрации грыжи диска и фораминальном расположении секвестра в большинстве случаев эффект карипазима ниже;

- онкологический анамнез не является абсолютным противопоказанием.

На основании наших данных, данных клиники вертебродологии (г. Красноярск), НИИ нейрохирургии им. Бурденко (г. Москва) можно сделать вывод, что электрофорез карипазима является эффективным безоперационным методом лечения межпозвонковых грыж и протрузий.

ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ХОНДРОКСИДА В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

ИВАНЧЕНКО Л.В.

Городская поликлиника №3, г. Алматы

Остеоартроз является наиболее распространенной патологией суставов, который наблюдается более чем у 20% населения земного шара, зачастую приводящей к временной и стойкой утрате трудоспособности. По современным представлениям остеоартроз (ОА) является не только дегенеративным поражением суставов, но и результатом взаимодействия многих причин и механизмов: генетических, биомеханических, метаболических нарушений и даже локального воспаления. Течение ОА волнообразное, но часто неуклонно прогрессирует. Выделяют первичный ОА (50%) (дегенерация развивается на здоровом до этого хряще) и вторичный ОА (50%), когда дегенерация развивается уже после измененного хряща после травмы, внутрисуставных переломов,

артритов и т.д. Рассматривают также «не воспалительный» и «воспалительный» варианты.

Лечение ОА до сих пор остается сложной и нерешенной проблемой современной медицины. Используемые в лечении остеоартроза препараты (особенно анальгетики и НПВС) имеют достаточно большое количество побочных эффектов. Основными требованиями, предъявляемыми к препаратам, используемым в лечении остеоартроза, является эффективность, низкая токсичность, воздействие на патогенетические механизмы заболевания. Перспективными препаратами патогенетической терапии являются препараты, модифицирующие структуру хряща (хондропротекторы), в частности хондроитинсульфат (1000-1500 мг/сут.) - анальгетический эффект которо-

го проявляется быстро, но главное отличие от НПВП в том, что эффект сохраняется в течение нескольких месяцев после завершения лечения.

В состав препарата «ХОНДРОКСИД» 5% мазь для наружного применения входят:

- хондроитин сульфат 5,0 г (ФС-42-3741-99) производства Россия;
- диметилсульфоксид 10,0 г (ФС-42-2980-93) Россия (Химреак-тивкомплект);
- ланолин безводный 15,0 г (ФС-42-2520-99) производства Латвия, Санда;
- вазелин 14,0 г. (ФС-42-2456-98) производства Латвия, Санда;
- кислота стеариновая 5,0 (ГОСТ 6419-78) Германия, Хемаг;
- эмульгатор №17,0 (ФС-42-3821-99) Россия, Нижфарм;
- нипагин 0,08 г. (ФС-42-1460-89) Австрия, Кемекс;
- нипазол 0,02 г. (ФС-42-2079-91) Австрия, Кемекс.

Содержание диметилсульфоксида в количестве 10,0 г, который является синергистом хондроитинсульфата обеспечивает усиление противовоспалительного действия препарата.

Показания к применению: лечение дегенеративных заболеваний суставов и позвоночника, так как препарат оказывает стимулирующее действие на регенерацию хрящевой ткани с уменьшением сопутствующего воспаления и ослабления боли в суставах.

Цель клинического исследования:

Оценка эффективности мази «ХОНДРОКСИД» 5% для наружного применения у больных ОА.

Материалы и методы:

Согласно Программе клинических испытаний лечение 5% мазью «ХОНДРОКСИД» было проведено у 15 больных обоего пола с верифицированным диагнозом остеоартроз.

Соответственно условиям испытания среди исследованных ОА было 5 человек с преимущественным поражением тазобедренных суставов, 5 человек с поражением коленных и 5 человек с узелками Гебердена и Бушара.

Среди больных ОА было 3 мужчин и 12 женщин. Возраст больных был от 34 до 56 лет.

Общее состояние всех 15 пациентов оценивалось как удовлетворительное при умеренно выраженном общем дискомфорте.

Всем больным, отобранным кандидатам для испытания, перед началом лечения назначались рентгенологические исследования пораженных суставов с целью верификации диагноза и уточ-

нения стадии ОА, а также перед началом испытания и после нее определение СОЭ и лейкоцитоза.

Суставной синдром клинически выражался в болях в вышеуказанных суставах больше к вечеру, затихали в покое, у 10 человек были «стартовые боли», выраженная крепитация в коленных и дистальных суставах, незначительная ограниченная тугоподвижность в суставах. У 3 пациентов было умеренное увеличение СОЭ до 20 мм/ч.

Рентгенологическая картина у 10 исследованных показала I стадию, т.е. наличие остеофитов при неравномерном сужении суставной щели (это были больные с гонитом и узелками Гебердена), а у 5 больных с коксоартрозом картина соответствовала II ст. и характеризовалась значительными остеофитами на фоне субхондрального остеоартроза.

Мазь наносилась на пораженный сустав ежедневно 3-4 раза в день и втиралась до полного впитывания (в течение 3-5 минут) в количестве 1 см выдавленной из тюбика мази на каждый межфаланговый сустав и 3-4 см на коленный, 4-5 см на тазобедренный сустав на протяжении 3 недель по два курса с перерывом в неделю.

Клинические проявления суставного синдрома оценивались по следующим параметрам.

1. Интенсивность боли по визуальной шкале в баллах (оценивается больным).

2. Болезненность при пальпации в баллах: 0-нет, 1-пациент констатирует боль, 2-grimаса боли при пальпации, 3-отдергивает исследуемый сустав

3 Боль в суставах при давлении в баллах: 0-нет боли. 1-констатирует наличие боли без эмоций, 2-движение возможно с grimасой боли, 3-почти невозможно провести исследование из-за боли

4. Выраженность синусита: 0-нет синусита, 1-легкой степени выраженности, 2-умеренно выражен, 3-сильно выражен.

5. Ограничение функции движения в баллах: 0-полный объем движений (180 гр. разгибание и 145 гр. сгибание), 1-ограничение движения на 5-20 гр., 2-ограничение на 21-50 гр., 3-ограничение более чем на 50 гр.

Эффективность полученных результатов лечения оценивалась положительно при уменьшении общего числа баллов на 10% и более по сравнению с исходными показателями.

Результаты исследования:

Анализ результатов проведенного лечения больных с ОА различной локализации показал положительный эффект у 12 человек, т.е. сни-

жение баллов более чем на 30%, у 3 больных был эффект незначительный, возможно это связано с далеко зашедшими деструктивными изменениями в тазобедренных суставах, также из-за короткого курса терапии.

Заключение

Проведенное клиническое испытание местного применения 5% мази «ХОНДРОКСИД» является эффективным методом лечения у 70% больных ОА с умеренно выраженными изменениями

как клинически, так и на I-II стадии рентгенологических изменений.

Наше исследование свидетельствует о целесообразности применения в комплексной терапии остеоартроза препаратов хондропротективного действия.

С учетом ограниченного количества и видов лекарственных средств данной группы на рынке РК, а также социальной значимости патологии применение мази «ХОНДРОКСИД» является обоснованным.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

САЯТОВА А.А.

Дом ребенка №1, г.Алматы

Целью исследования явилось изучение структуры врожденных пороков развития у детей с внутриутробными инфекциями (ВУИ).

Под наблюдением находилось 384 больных I-го года жизни с верифицированной внутриутробной инфекцией, в структуре которой моноинфекция отмечена у 212 (55,2%) детей (I группа), микстинфекция — 172 (44,8%) больных (II группа). Моноинфекции были представлены ЦМВИ (50,9%), герпетической инфекцией (27,3%), реже - хламидиозом (14,1%), микоплазмозом (7,5%). ЦМВИ+ВПГ (56,9%), ЦМВИ+токсоплазмоз (18,6%), ЦМВИ+хламидиоз (24,5%) составили микст-инфекции.

Врожденные пороки были выявлены в 68,2% случаев, среди которых в I группе частота врожденных пороков составила 55,7%, во II группе — 44,3%. Структура ВПР у детей с моноинфекциями и микстинфекциями представлена в таблице 1.

Как видно, ведущее место в структуре ВПР заняли ВПР ЦНС и органов чувств, которые встречались часто как в I, так и во II группе без

достоверных различий. ВПС, ВПР костно-мышечной системы выявлены в одинаковом проценте случаев у больных с ВУИ, во всех группах без достоверных различий. Достоверных различий не найдено в частоте ВПР ЖКТ, почек и мочеполовой системы, которые обнаружены в 7,2% и 5,0% случаев соответственно. Множественные врожденные пороки (МВПР) зарегистрированы у 2,3% детей, причем чаще во II группе. ВПР легких обнаружены у 1 ребенка II группы.

Врожденные пороки ЦНС (83,3%) и органов чувств (16,7%) были выявлены у 132 (34,3%) детей с ВУИ, причем в I группе - в 53,8%, во II группе — 46,2%. Преобладали изолированные поражения нервной системы (77,2%), в структуре которых отмечены гидроцефалия (67,2%), микроцефалия (18,1%), корковые дисплазии (7,3%), порэнцефалия (1,8%), арахноидальная киста (1,8%), агенезия мозолистого тела (1,8%). ВПР ЦНС в большинстве случаев диагностированы у младенцев I группы (61,8%) против 38,2% II группы. Врожденная патология органов чувств пред-

Таблица 1. Структура ВПР у детей с ВУИ

Врожденные пороки	I группа n=212	II группа n=172	Всего n=384
ВПР ЦНС и органов чувств	71 (48,6%)	61 (52,3%)	132 (50,4%)
ВПС	27 (18,5%)	19 (16,4%)	46 (17,5%)
ВПР костно-мышечной системы	25 (17,2%)	20 (17,3%)	45 (17,2%)
ВПР ЖКТ	11 (7,5%)	8 (6,9%)	19 (7,2%)
ВПР почек, мочеполовой сист.	10 (6,8%)	3 (2,7%)	13 (5,0%)
МВПР	2 (1,4%)	4 (3,4%)	6 (2,3%)
ВПР легких	-	1 (0,6%)	1 (0,4%)

ставлена микрофтальмией (27,3%), слепотой (22,7%), тугоухостью (18,2%), врожденной катарактой (13,6%), врожденной миопией (1,5%), врожденным птозом (1,5%) и достоверно чаще констатирована у больных II группы (86,4%), нежели I группы (13,6%).

Гидроцефалия у больных с моноинфекциями составила 67,2%, микстинфекциях -44,2%. В I группе гидроцефалия преобладала у детей с герпетической инфекцией (72,4%), ЦМВИ (50,0%), тогда как во II группе у пациентов с ЦМВИ+токсоплазмозом (64,6%), ЦМВИ+герпес (50,0%). Наиболее характерными симптомами гидроцефалии в постнатальном периоде были: большие размеры головы (100,0%), ускорение темпов прироста головы (100,0%), расхождение швов черепа (100,0%), глазная симптоматика (страбизм, нистагм, симптом «заходящего солнца») - 100,0%, задержка психомоторного развития (ЗПМР) - 100,0%, срыгивания (94,0%), нарушения мышечного тонуса (гипертонус) 90,0%, грубая ЗПМР (21,0%), судороги (18,0%). Среди форм гидроцефалии окклюзионная составила 8,1%, сообщающаяся -91,9%.

Микроцефалия превалировала у больных I группы (80,0%), среди них 53,3% дети с ЦМВИ, 43,7% - с ВПГ. Во II группе в одинаковом проценте случаев встречалась у младенцев с ЦМВИ+ВПГ (50,0%), ЦМВИ+хламидиозом (50,0%). В неврологическом статусе отмечалось уменьшение размеров головы (100,0%), грубая ЗПМР (90,0%), спастический тетрапарез (80,0%), судороги (55,0%). На КТ мозга выявлен атрофический процесс в лобно-височной (40,0%), лобнотемменно-затылочных областях (20,0%).

С арахноидальной кистой наблюдали 2 детей с ЦМВИ+герпесинфекцией. Кисты имели одностороннюю полушарную локализацию в области Sylvian fissure. У больных выявлено увеличение размеров головы, эпилептические приступы.

Порэнцефалия односторонней лобной локализации обнаружена у 2 больных (ЦМВИ, ЦМВИ+ВПГ). Клинически имело место уменьшение размеров головы, ЗПМР, страбизм, мышечный гипертонус, судороги.

С частичной агенезией мозолистого тела зарегистрированы 2 детей с ЦМВИ, микоплазмозом, при этом отмечены мышечный гипертонус, грубая ЗПМР. Нарушения миграции нейронов (шиссенцефалия, лиссэнцефалия, пахигирия, полигирия) констатированы у 8 пациентов с ВПГ (3), ЦМВИ (2), ЦМВИ+токсоплазмоз (2), микоплазмозом (1).

Структура ВПС представлена открытым овальным окном (ООО) - (41,3%), ДМПП (28,3%), ДМЖП (21,7%), тетрада Фалло (2,2%), ОАП (2,2%). В I группе ООО отмечено в 44,4%, ДМПП -33,3%, ДМЖП - 18,5% случаев, причем 55,6% ВПС были выявлены у детей с ЦМВИ, 14,8% - микоплазменной инфекцией, 14,8% - ВПГ, 14,8% - хламидийной инфекцией. У больных II группы ООО обнаружено у 36,8% детей, ДМЖП -26,3%, ДМПП - 21,0%. Кроме того, в этой группе найдены комбинированные пороки - тетрада Фалло (10,5%) и открытый артериальный проток (5,3%).

Таким образом, не исключено, что воздействие инфекционного фактора на ранних этапах внутриутробного развития может приводить к аномалиям развития ЦНС, а возникший хронический воспалительный процесс вследствие инфекции на поздних этапах нарушает формирование нервной системы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «БИОМУН» В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЕ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ПОДРОСТКОВ

ЗАПОРОЖЕЦ И.П.

МЦ «Денсаулык», г.Петропавловск

Острые респираторные инфекции (ОРИ) являются распространенными в подростковом возрасте и остаются одной из актуальных проблем здравоохранения. Наиболее подвержены ОРИ подростки, иммунная система которых находится в стадии формирования, подростки, посещающие учебные заведения, из-за их скученности, а также подростки с аллергической патологией. Подростков, подверженных частым респираторным инфекциям, принято называть часто болеющими (ЧБ). Чаще всего это подростки с частыми и длительно текущими респираторными инфекциями, возникающими из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма, и не имеющих стойких органических нарушений в них. Частота эпизодов ОРИ больше 4 раз в год. Среди этиологических факторов ОРИ ведущую роль играют вирусные инфекции. У таких подростков заболевание часто сопровождается такими осложнениями, как синусит, трахеобронхит, бронхит, что связано как с незрелостью и нарушениями специфической иммунной защиты, так и ослаблением неспецифической - резистентности растущего организма.

Острые формы респираторных заболеваний приводят к структурным изменениям слизистой оболочки дыхательных путей, срыву адаптационных механизмов защиты и формированию ранней хронической патологией лор-органов, бронхолегочной системы, а также другим соматическим заболеваниям. Рецидивирующие респираторные инфекции могут быть причиной задержки физического и нервно-психического развития подростков, приводят к снижению функциональной активности иммунитета и срыву компенсаторно-адаптационных механизмов, ведут к социальной дезадаптации подростка из-за разобщения со сверстниками и пропусков занятий в школе. Частые и затяжные ОРИ у подростков поглощают значительные материальные ресурсы, нанося экономический ущерб, связанный как непосредственно с затратами на лечение, так и потерей трудового времени.

Оздоровление часто болеющих подростков требует планомерного и систематического про-

ведения целого комплекса медико-социальных мероприятий, включающего также иммуно-реабилитацию с использованием препарата «Биомун», оказывающее направленное воздействие на разные звенья иммунной системы. «Биомун» является биологически активной пищевой добавкой, в состав которого входят 5 компонентов. Эхинацея - известная, как эффективное профилактическое средство против бактериальных и вирусных инфекций, кошачий коготь, обладающий противовоспалительным, противоаллергическим и противовирусным эффектом. Цинк - жизненно необходим для нормальной работы иммунной системы организма, обладает антиоксидантным и антиоксидантным действием. Витамин С значительно увеличивает сопротивляемость организма к инфекциям. Пробиотики-лакто и бифидобактерии - ключевой регулятор нашей иммунной системы, обеспечивают естественную защиту организма от вирусов, уменьшают остроту проявления симптомов ОРИ. Все это определяет успешное применение препарата в профилактике и комплексном лечении ОРИ-больных.

Материалы и методы.

С целью изучения эффективности препарата «Биомун» проведено исследование у 25 ЧБ подростков, 12 девочек и 13 мальчиков, возраст которых составил 16 и 17 лет. Эффективность применения препарата оценивали на основании сопоставления частоты, структуры и тяжести течения ОРЗ в течение 2 месяцев (ноябрь, декабрь) до назначения препарата, на фоне приема препарата и в последующие 2 месяца (январь, февраль) после завершения указанного курса. В группу контроля вошли ЧБ подростки ОРВИ, которым данный препарат в комплексную терапию не включали. Препарат «Биомун» назначался по 1 капсуле 1 раз в сутки.

Результаты и обсуждение.

Анализ исследований показал, что «Биомун» существенно действовал на течение воспалительного процесса в носоглотке, уменьшая воспаление и отек, боль в горле, улучшая состояние тканей миндалин, одновременно облегчая течение респираторной инфекции и пре-

дупреждая развитие осложнений в виде отита. Он наиболее эффективен при назофарингите, остром и хроническом тонзиллите и фарингите. У всех больных на фоне лечения «Биомуном» отмечены клинический и иммуномодулирующий эффект-снижение частоты ОРЗ в 1,3 раза, снижение вторичных бактериальных осложнений (ларингит, бронхит, пневмония, отит, этмоидит). Включение препарата в курс лечения ОРИ обуславливало более легкое их течение и достоверно меньшую продолжительность заболевания.

Кроме того, выявлено изменение тяжести течения ОРИ (за счет перехода форм средней тяжести в легкие). У подростков же в контрольной группе положительная клиническая динамика прослеживалась в более поздние сроки, на 7-8 день терапии, отмечалась более выраженная частота бактериальных осложнений ОРИ. При контроле соматического статуса подростков не выявлено ни одного случая ухудшения состояния и самочувствия, то есть ни у одного пациента не было побочных эффектов на лекарственный препарат, в том числе и аллергических реакций.

Таким образом, включение препарата «Биомун» в комплексе оздоровительных мероприятий позволило предупредить развитие повторных эпизодов респираторных инфекций, назначение препарата подросткам открывает реальный путь оздоровления, повышения качества их жизни.

Выводы:

1. Сравнение лечения подростков с ОРИ в основной и контрольной группах выявило лучший результат в основной группе.
2. С целью коррекции иммунного ответа, достижения динамичного клинического эффекта при лечении больных ОРИ эффективно использование препарата «Биомун».

SUMMARY

In article the data about effectiveness of application of «Biomun» medication in complex treatment of an ARI (Acute Respiratory Infection) at sickly teenagers is cited. Correction of the immunological status due to components forming «Biomun», leads to decrease in duration of disease, reduction of sequel and the prevention of relapse of ARI (Acute Respiratory Infection) at the given category of patients.

ПРОБЛЕМЫ ОСТЕОПОРОЗА

Сиснева Т.А.

Городская поликлиника №3, г.Алматы

Остеопороз - это состояние организма, при котором кости теряют кальций, становятся хрупкими и менее плотными. В результате при малейшей травме они легко деформируются или ломаются. Остеопороз - это болезнь, при которой кальций плохо усваивается костями или «вымывается» из организма.

Конституция и возрастно-половые факторы.

Процесс усвоения кальция организмом зависит от многих факторов.

Плотность костей зависит от количества определенных гормонов в организме, в первую оче-

редь — от половых. В организме мужчины количество тестостерона больше, нежели в женском, поэтому у мужчин кости изначально толще и прочнее женских. Именно поэтому мужчины гораздо меньше страдают от последствий остеопороза. Комплекция человека во многом зависит от гормонального фона и уровня обмена веществ. Высокие и худые, «тонкокостные» люди в большей степени подвержены остеопорозу, чем люди плотного телосложения и невысокого роста. С наступлением климакса у женщин существенно снижается уровень половых гормонов в орга-

низме, вследствие чего остеопороз начинает довольно быстро прогрессировать. После наступления менопаузы примерно у половины женщин происходит потеря 1-2% костной массы в год. Точно так же влияет на плотность костей и «искусственный климакс», вызванный операциями по двухстороннему удалению яичников.

Малоподвижный образ жизни.

Если человека на год лишить подвижности, за это время скелет потеряет 50%(!) своей прочности. Движение - фактор, который определяет крепость костей. Именно из-за нехватки физических нагрузок в наш век признаки остеопороза можно обнаружить у все большего числа людей.

Хронические болезни.

Заболевания, которые способствуют развитию остеопороза, можно перечислять долго — это и сахарный диабет, болезни щитовидной и околощитовидной желез, хроническая почечная или печёночная недостаточность, синдром нарушенного всасывания в кишечнике... Также высокий риск развития остеопороза возникает у больных, страдающих бронхиальной астмой и ревматоидным артритом (на фоне приема глюкокортикоидов), а также у людей, длительно принимающих противосудорожные, мочегонные препараты и антикоагулянты.

Недостаток витамина D.

Витамин D синтезируется в организме человека самостоятельно, под влиянием солнечного света, или поступает в организм с такими продуктами, как рыбий жир, масло, яйца, печень и молоко. Витамин D участвует в процессе регуляции всасывания кальция в кишечнике и механизме образования костной ткани. Соответственно, недостаток солнечного света или нехватка в питании вышеперечисленных продуктов увеличивают риск развития остеопороза.

Поведенческие факторы риска.

Проведенные в последние годы исследования однозначно установили тенденцию к снижению костной массы у людей, систематически употребляющих алкоголь, по сравнению с непьющими людьми, причем в равной степени, как у женщин, так и у мужчин. В отличие от алкоголя, курение в большей степени влияет на женщин - курящие женщины имеют более низкую концентрацию половых гормонов в крови и у них раньше наступает менопауза. Всё это приводит к более быстрому разрежению костей. Резюмируя разговор о причинах остеопороза, с некоторой долей иронии можно составить портрет «идеального» кандидата на развитие болезни: «Высокая

худая женщина старше 50 лет, ведущая сидячий образ жизни, проживающая в северных районах, обильно принимающая «на грудь» и выкуривающая по две пачки сигарет в день вместо завтрака».

Поговорив о причинах остеопороза, необходимо разобраться в формах его проявления. Основная ошибка многих врачей кроется в том, что зачастую они принимают за проявления остеопороза симптомы других болезней. В действительности остеопороз проявляется незначительными симптомами с почти полным отсутствием жалоб, очень часто заболевание выявляется только при наличии переломов. Такая особенность болезни дала ученым повод назвать остеопороз «молчаливой эпидемией». Конечно, и при остеопорозе бывают боли в спине, но это ноющие боли «усталости», возникающие только после относительно длительного (больше 30 минут) нахождения в одной статической позе, - стоя или сидя. К другим косвенным признакам болезни относятся старческая сутулость (горб), ночные судороги ног, повышенная утомляемость, пародонтоз, хрупкость ногтей и преждевременное поседение. И хотя наличие этих симптомов не является стопроцентным подтверждением диагноза, оно всё-таки позволяет определить круг исследований, необходимых для его уточнения.

Наиболее объективный результат при подозрении на остеопороз можно получить при исследовании на специальном аппарате по измерению плотности костей - денситометре. Денситометрия позволяет определить плотность костей с погрешностью всего 1-5%. Чем меньше плотность кости, тем больше рентгеновских лучей проходит через кость и попадает на измерительное устройство. Облучение при данном методе исследования минимальное — в десятки раз ниже, чем при обычной рентгенографии. И ещё одно исследование, которое необходимо будет сделать для подбора группы лекарственных препаратов - биохимический анализ крови, в котором обращают внимание на содержание в крови кальция, фосфора и щелочной фосфатазы.

Для борьбы с остеопорозом применяются многие методы, условно их можно разделить на две вполне совместимые и дополняющие друг друга группы: медикаменты и здоровый образ жизни, под которыми здесь подразумевается разумная физическая активность (гимнастика), дозированное пребывание на солнце и массажные процедуры. К примеру, при регулярных занятиях гимнастикой 3-4 раза в неделю по 30-40 минут можно уже в течение первых месяцев добиться уве-

личения костной массы на 3-5%. При этом, конечно, желательно, чтобы комплекс гимнастических упражнений подобрал специалист с учетом ваших особенностей и возможностей. Массажные процедуры усиливают эффект гимнастических занятий, позволяя улучшить кровообращение и «прокачку» мышц спины: особенно хороши в этом смысле ручной и вакуумный массаж. Однако необходимо соблюдать осторожность и делать процедуры очень мягко, чтобы избежать травмирования костей.

На прочность костей влияет не столько абсолютное количество кальция в пище, сколько соотношение в пищевом рационе кальция и фосфора: количество кальция должно в полтора-два раза превышать количество фосфора. Кроме того, для полноценного усвоения кальция в рационе должны быть еще магний, бор, медь, марганец, цинк, витамины В6, С, К и фолиевая кислота, а также определенные белки и жиры, способствующие усвоению витамина D. Правильно составленная диета, содержащая все необходимые компоненты, способна серьезно уменьшить угрозу развития остеопороза.

В меню человека, предрасположенного к остеопорозу, должны быть включены следующие продукты: Молоко и молочные продукты (лучше обезжиренные). В них оптимальное соотношение кальция и фосфора. Кроме того, жир затрудняет усвоение кальция, поэтому молочные продукты сниженной жирности предпочтительны. Свежие овощи и фрукты, особенно все виды капусты (белокочанная, брокколи, цветная), морковь, репа. Кроме кальция они содержат всю «группу поддержки» микроэлементов, необходимых для полноценного усвоения кальция. Бобовые, грецкие орехи, тыквенные и подсолнечные семечки, растительные масла содержат белки и жиры, необходимые для укрепления костной ткани и усвоения витамина D.

Продукты, которые ухудшают усвоение кальция или способствуют его «вымыванию» из организма: Сахар, мед, изделия из пшеничной муки (макароны, белый хлеб), кофе, чай. Все рафинированные продукты и кофеин нарушают всасывание кальция в кишечнике. Мясные продукты заводского изготовления (натуральное мясо на усвоение кальция не влияет).

Избыток соли. Вытесняет из организма кальций, который уходит вместе с мочой. Всего одна лишняя чайная ложка соли в день может вызвать уменьшение костной массы на 1,5 процента в год.

Зимой и весной темпы развития остеопороза ускоряются, потому что для процесса строительства костной ткани мало одного кальция (хотя это и очень важный «стройматериал»), нужен еще витамин D, но он образуется в организме только под воздействием солнечных лучей. А весеннее солнце средней полосы еще робкое и показывается ненадолго, причем именно в те часы, которые мы проводим на работе, в помещении. Даже если удастся побыть на свежем воздухе днем, солнечным лучам открыто только лицо, да и то зачастую покрытое защитным кремом — во избежание появления веснушек. А за «темные» месяцы зимы резервы кальция в организме истощились: ведь усваивался он без солнца плохо, а расходовался с прежней интенсивностью. В это время может выручить солярий, который подстегнет образование витамина D в организме. Для профилактики остеопороза достаточно двух посещений в месяц.

Профилактику остеопороза необходимо начинать уже в 25-30 лет. Следует отказаться от чрезмерного употребления алкоголя и кофе, курения, регулярно выполнять физические упражнения, больше ходить, двигаться. Лечить остеопороз гораздо эффективнее в ранней стадии не дожидаясь, когда заявит о себе переломом. При обнаружении болезни необходим прием кальция и витамина D, а также в обязательном порядке препаратов, останавливающих разрушение костей.

При приеме препаратов кальция в крови увеличивается концентрация кальция. Концентрация кальция — постоянная и важная для организма величина. «Лишнего» кальция у него не бывает, часть он запасает, помещая в кости, а часть — выводит с помощью почек. Если в составе препарата, насыщенного кальцием, входит витамин D3, то это улучшает транспортировку кальция в кости. Однако при массивном разрушении костей вследствие остеопороза в кости не поступает достаточное количество кальция. Клетки-строители не успевают заполнить им все впадины. Поэтому прием обычных препаратов кальция даже с витамином D3 не способен остановить разрушение кости.

Самую мощную защиту от разрушения костей обеспечивают особые лекарственные вещества — бисфосфонаты. По своему строению они сходны с минералом в составе кости — гидроксиалатитом. Поэтому при приеме внутрь эти вещества быстро попадают в кость — а именно в те участки, где идет разрушение и образуют там защитную пленку. В результате клетка-разруши-

тель гибнет, а клетки-строители продолжают работать. Равновесие между разрушением кости и образованием новой восстанавливается. Запас кальция в организме стабилизируется и даже восстанавливается. Наиболее современные бисфосфонаты действенны в режиме всего одна таблетка в месяц. Предыдущее поколение бисфосфо-

натов предполагает ежедневный или еженедельный прием. Чтобы восстановить прочность костей необходимо регулярно принимать бисфосфонаты в течение длительного периода — 3-5 лет. В этом случае кости достигнут достаточной степени минерализации и избавятся от многочисленных пор.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

АБДУМАНАПОВА М.А.

Республиканский семейный врачебный центр, г.Алматы

Артериальная гипертензия (АГ) остаётся во всем мире ведущим фактором риска развития сердечнососудистых заболеваний и смерти. По данным статистики АГ страдает 25-30% взрослого населения, в Казахстане это составляет 3 млн. человек.

Термин «инновация» происходит от латинского «*іппоуато*»-«обновление» или «улучшение».

Применительно к АГ основу инновационного процесса составляют данные доказательной медицины, результаты рандомизированных контролируемых клинических исследований (РККИ).

Рассмотрим историю доказательной гипертензиологии.

В 1960-1970 годы первые РККИ дали однозначный ответ на вопрос о необходимости снижения высокого диастолического давления, показав, что антигипертензивная терапия снижает сердечнососудистую заболеваемость и смертность.

В 1970-1980 годы результаты этих исследований стали основанием для рекомендации диуретиков и В-адреноблокаторов пациентам с мягкой, умеренной АГ, сделав их эталонными препаратами, с которыми сравнивали антигипертензивные средства «новых» классов.

Исследования 1990-х годов показали высокую эффективность антигипертензивной терапии и пожилых людей с изолированной систолической артериальной гипертензией (ИСАГ).

В 2000-е годы при исследовании НУУЕТ, в котором наблюдались пациенты старше 80 лет с АГ, больные были рандомизированы для терапии

индапамидом ретард в дозе 1,5 мг/сут, при необходимости в- комбинации с ингибитором ангиотензин- превращающего фермента (ИАПФ) периндоприлом (2-4 мг/сут) или плацебо. В группе активной терапии риск смертности от любой причины снизился на 21%, риск смерти от инсульта на 39% сердечнососудистой смерти на 23%.

С внедрением в клиническую практику антагонистов кальция и ИАПФ была доказана эффективность комбинаций лекарственных средств для достижения контроля артериального давления (АД).

Инновационным стало исследование A8COT-ВРБА, в котором сравнивалось комбинации антагониста кальция амлодипина и ИАПФ периндоприла с комбинацией В-блокатора атенолола и тиазидного диуретика бендрофлюметиазида. «Выиграла» комбинация «новых» препаратов, при которой снизился риск развития инсульта на 23%, сердечнососудистой смерти на 24%, новых случаев нарушения функции почек на 15%, новых случаев сахарного диабета (СД) на 30%.

Современные рекомендации по АГ указывают на возможность комбинированной терапии уже на старте лечения и подчеркивают преимущества фиксированных комбинаций.

Первым и единственным исследованием, в котором сравнивались исходы при использовании 2-х фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов: ИАПФ / антагониста кальция (бенazeприла/ амлодипина) и ИАПФ/ диуретика (бензаприла/гидрохлортиазида) у больных АГ высокого риска среднего возраста

68 лет, 50% имевших ожирение, 60%-СД, 36%-коронарную реваскуляризацию, стало исследование АССОМРЫ8Н. Основным его результат-достоверное снижение сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности на 20% в группе больных, получавших бензоприл/амлодипин.

Результат исследования АБУАМСЕ, опубликованные в 2007-2008 гг, стали основанием для рекомендации по достижению более жесткого контроля АД у больных с СД типа 2 (СД2). В группе больных, получающих комбинированное лечение по снижению АД (периндоприл/индапамид) и уровня сахара в крови, сердечнососудистая смертность на 24% ниже, а общая смертность-на 18%, чем в группе обычного лечения СД 2. Подтверждена клиническая ценность комбинации ИАПФ/диуретик у больных СД2.

Один из сложнейших клинических вопросов-назначение антигипертензивной терапии пациентам, перенесших инсульт. В исследовании РКО-ОКБ88, начатом в 1994 году, проводилась активная терапия ИАПФ периндоприлом (4мг) и диуретиком идапамидом (2,5 мг) 6105 больным, перенесшим в течении 5 лет до этого инсульта или транзиторную ишемическую атаку (ТИА). Длительность наблюдения составила 3,9 года. В этой группе больных снизился повторный фатальный/инвалидизирующий инсульт на 38% ишемической на 24%, геморрагический-на 50%.

Доказана высокая эффективность применения при АГ, хронической сердечной недостаточности, хронической болезни почек препаратов,

блокирующих ренин-ангiotензин-альдестероновую систему (РААС)-ИАПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина (БРА) II.

При исследовании БРЕ у больных с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) по данным ЭКГ, терапия, основанная на лозартане, оказалась эффективнее терапии антеололем, снижала риск сердечно-сосудистых событий.

Более 20 лет ведется разработка препаратов, подавляющих активность ренина. Алискирен-единственный представитель этого класса, зарегистрированный для клинического использования. Он ингибирует ренин-фермент, ответственный за превращения ангиотензиногена, который преобразуется в ангиотензин - основной эффекторный белок РААС. Важная особенность алискирена - длительный период полувыведения-40 часов, что подтверждено исследованиях с пропуском дозы, которые показали сохранение антигипертензивного действия препарата. Алискирен эффективен как в монотерапии, так и в комбинации с антигипертензивными препаратами всех основных классов.. В 2009 году была зарегистрирована комбинация алискирен/валсартан у пациентов, у которых контроль АД не достигался при использовании одного из этих компонентов, и в качестве стартовой терапии у больных АГ с потребностью в комбинированной терапии для достижения контроля АД.

Анализ РККИ существенно расширяет возможности практического врача в выборе оптимальной стратегии снижения АД.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

АБДУМАНАПОВА М.А., САРСЕНБАЕВА А.Н., КОНЫСОВА Ж.Ж., УЛИЧЕВА Н.В.

Республиканский семейный врачебный центр, г.Алматы

Хронический панкреатит - наиболее грозный диагноз в практике врачей-гастроэнтерологов, терапевтов, а его обострение вызывает опасения и у хирургов.

Хронический панкреатит - динамичная, плохо поддающаяся терапии болезнь, что обусловлено прогрессированием деструкции ткани поджелудочной железы. Повторяющиеся обострения хронического воспаления ведут к развитию склероза и фиброза, замещению секреторной ткани железы соединительной тканью и снижению внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Ведущими симптомами в клинике хронического панкреатита являются боли и признаки недостаточности экзокринной функции поджелудочной железы.

Ациноцит - функционально-анатомическая единица поджелудочной железы, составляющая до 90% ее клеточной массы. Они собраны в альвеолярные образования - ацинусы, связанные между собой протоковой системой поджелудочной железы. Ациноциты секретируют в полость протоков белковый секрет, состоящий на 98% из ферментов в неактивной форме (трипсиноген, химотрипсиноген, проэластаза и др.), и только после поступления панкреатического сока в просвет двенадцатиперстной кишки под влиянием энтерокиназа, цитокиназа, кишечного сока они переходят в активную форму. Таким образом, ткань поджелудочной железы защищена от самопереваривания.

Особое положение из ферментов занимает трипсин, который способен активировать сам себя и другие протеолитические ферменты. Но любое препятствие продвижению секрета (анатомическое сужение протоков, гипертензия, потеря «текучести» секрета поджелудочной железы, наличие физического препятствия - камни, опухоль) может быть причиной внутрипротоковой активации ферментов и аутолизиса ткани поджелудочной железы. Транзиторное повышение уровня панкреатических ферментов в 2 раза и более во время болевого приступа указывает на наличие препятствия в протоках.

Центральная нервная система через ее вегетативный отдел и нейромедиаторы выполняет координирующую роль в регуляции воспаления и регенерации в поджелудочной железе.

При обострении хронического панкреатита у больных установлено повышенное содержание ацетилхолина и серотонина в крови, что приводит к усилению стимулирующего влияния на гладкие мышцы, вызывая спазм и нарушение моторики, появление висцеральной гиперчувствительности, повышению давления в протоковой системе поджелудочной железы.

Воздействие внешних факторов (таких как стресс, вызывающий чувство тревоги, социальная неустроенность), нарушение деятельности центральной нервной системы, а на этом фоне любое нарушение диеты, употребление

алкоголя, курение замыкают патогенетический «порочный круг», способствуя возникновению и поддержанию патологического процесса в ткани поджелудочной железы.

Терапия панкреатита проводится по нескольким направлениям:

- отказ от употребления алкоголя и курения;
- соблюдение диеты с низким содержанием жира (до 50-75 г/сутки) и частым приемом небольших количеств пищи;
- купирование боли;
- заместительная терапия при экзо- и эндокринной недостаточности. Фармакотерапия хронического панкреатита в первую очередь должна быть направлена на снятие спазма гладкой мускулатуры для устранения болевого синдрома.

Антихолинергические средства (метацин, платифиллин, бускопан) блокируют мускариновые рецепторы органов-мишеней и, как следствие, снимают мышечный спазм.

Миотропные спазмолитики (папаверин, дротаверин, мебеверин) снижают тонус и двигательную активность гладкой мускулатуры. Преимуществом использования мебеверина (дюспаталина) является то, что гладкомышечные сокращения подавляются неполностью, сохраняется нормальная перистальтика после подавления гипертонуса, при этом отсутствует системный эффект, так как дюспаталин избирательно действует на билиарный тракт и кишечник.

Для снижения болевого синдрома при обострении хронического панкреатита используются и панкреатические ферменты.

Обезболивающий эффект их связан с тем, что попадание ферментов поджелудочной железы, особенно трипсина, в двенадцатиперстную кишку, приводит к разрушению регуляторных белков - релизинг-пептидов. Разрушение этих стимуляторов экзогенными ферментами снижает панкреатическую секрецию, что уменьшает давление в протоках и паренхиме поджелудочной

железы. Ферментная терапия, в частности креон, применяется и в качестве заместительной терапии. На более поздних стадиях, хронического панкреатита дозы ферментных препаратов назначаются индивидуально в зависимости от степени тяжести внешне-секреторной недостаточности поджелудочной железы. Высокое содержание ферментов наряду с наличием кислотоустойчивой оболочки является обязательным условием, предъявляемым к современным ферментным средствам.

**АНАЛИЗ ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ РАБОТНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЙ
ПО ПРОИЗВОДСТВУ ХЛЕБОБУЛОЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ**

ТАЛИЕВА Г.Н.

Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний, г.Караганда

Питание является одним из наиболее важных, постоянно действующих и, в то же время, поддающихся рациональному регулированию фактором жизнедеятельности человека. Влияние фактора питания на состояние здоровья, работоспособность и продолжительность жизни особенно усиливается при воздействии неблагоприятных профессиональных, климатических, социальных, экологических и других факторов на организм человека [1, 2]. В результате эпидемиологических исследований, проведенных специалистами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), доказано, что 80% всех заболеваний в той или иной мере связаны с нарушением питания, а 40% заболеваний непосредственно обусловлены питанием [3, 4].

В последнее время для изучения влияния на здоровье человека социально-бытовых и производственных факторов, а также условий и характера питания все шире используется метод субъективной оценки (так называемый анкетный опрос).

Целью настоящей работы явилось изучение фактического питания, быта, состояния здоровья и пищевого поведения работников предприятий по производству хлебобулочных изделий по результатам анкетного опроса.

Материалы и методы. Метод субъективной оценки был применен при изучении условий и характера питания, быта и состояния здоровья работников предприятий по производству хлебобулочных изделий на примере ТОО «Караганды-Нан». Опрос проводился по разработанной нами анкете, куда были включены вопросы по оценке работниками факторов производственной среды, степени утомляемости, тяжести и напряженности труда, состояния здоровья, а также отражены вопросы организации питания и отдыха работающих, вредные привычки. Кроме того, в анкете регистрировался возраст, стаж работы в отрасли. В число опрошенных входили работники производственных цехов предприятия, имеющие стаж работы более одного года. Всего было опрошено 106 человек (в том числе 89 женщин).

Результаты и обсуждение. Анализ анкетных данных показал, что наиболее представительной среди опрошенных была возрастная группа 29-40 лет (63%) и 41-52 года (37%).

По анкетным данным в меню преобладает мясная (58%) и овощная (21%) пища. Причем женщины в два раза больше употребляют жареную пищу (23%), а также мучную (13%) продукцию. Ежедневно молоко и молочные продукты употребляют 32% мужчин и 17% женщин. Сливочное масло ежедневно ест каждый третий мужчина, каждый пятый употребляет его 1-2 раза в неделю.

Куриные яйца ежедневно употребляют 5% респондентов. 1-2 раза в неделю их едят 47% мужчин и 33% женщин. Половина опрошенных довольно редко включают в свой рацион яйца. Мясо и мясопродукты (в первую очередь колбасные изделия) ежедневно ест каждый третий мужчина. Рыбу и рыбную продукцию в свой рацион не включает более половины опрошенных. Раз в неделю потребляют рыбу 38% мужчин и 23% женщин, два раза в неделю ее потребляют 28% респондентов.

Копчености две трети опрошенных почти не употребляют. Из оставшейся трети респондентов копчености больше любят мужчины (32%). Мясные и рыбные консервы предпочитают мужчины (53%) и включают их в свой рацион еженедельно.

Прослеживается количественная зависимость потребления некоторых групп продуктов от специфики пищевых производств, где работали опрошенные. Кондитерские изделия (пирожное, торты, печенье) в свое меню редко включают три четверти мужчин и две трети женщин. Аналогичная тенденция наблюдается и в отношении шоколада. Интересен тот факт, что среди любителей шоколада преобладают мужчины. Сахар (конфеты) ежедневно употребляют 69% респондентов. Натуральные соки в меню отсутствуют у большинства опрошенных. Не чаще одного раза в неделю пьют соки 31% мужчин и 21% женщин.

Субъективная оценка работниками предприятий по производству хлебобулочных изделий своего питания показала, что не соблюдают режим питания большинство опрошенных. Рациональным питанием является четырехкратный прием пищи. Рациональным — четырехкратным был прием пищи у 21% респондентов (т.е. у каждого пятого). 3-х разовое питание отмечалось у 43% работающих, остальная часть работающих принимали пищу два раза в день (т.е. каждый четвертый мужчина и каждая третья женщина). Вообще не завтракают 16% женщин и 11% мужчин. Каждый третий мужчина идет на работу, выпив только стакан чая (кофе). 45% женщин и 59% мужчин завтракают более плотно (булочки, яйца, каши и др.). Только 35% женщин и 44% мужчин пользуются рабочей столовой один раз в смену (обед). 56% женщин и 31% мужчин приносят с собой обед в цеха. Вызывает тревогу тот факт, что каждый четвертый мужчина вообще не обедает, хотя физическая нагрузка у них довольно значительна. Такая же тенденция наблюдается у 9% женщин.

Среди вредных привычек на употребление алкоголя каждую неделю указало 56% мужчин и 7% женщин. Изредка по праздникам алкогольные напитки употребляют еще 41% мужчин и 76% женщин. Совсем не употребляют алкоголь только 3% мужчин и 17% женщин.

Три четверти семей опрошенных тратят на питание более 70% месячного заработка, а одна четвертая часть от 35% до 60%. Половина опрошенных (54%) имеет приусадебный участок или дачу, где выращивают для себя овощи, фрукты и ягоды.

Таким образом, наши исследования выявили дисбаланс пищевого статуса работников предприятий по производству хлебобулочных изделий, который не соответствует рациональному питанию. Недостаток финансов опрошенных привел к вынужденному ограничению в рационе ряда продуктов, которые ранее являлись доступными. Почти половина работников не пользуются столовой, ассортимент которой по нашим данным

достаточно разнообразен и широк. Они предпочитают приносить еду из дома и употреблять достаточно большое количество готовой продукции, выпускаемой предприятием, работниками которого они являются (булочки, сушки, баранки, хлеб, пирожное и др.). Указанные пищевые продукты содержат легкоусвояемые углеводы, которые могут быть причиной возникновения заболеваний нарушения обмена веществ, такие как сахарный диабет, ожирение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. В.А. Доценко, А.И. Петухов, Г.А. Дмитриева, В.В. Власова. Эколого-гигиенические подходы к оценке риска факторов питания для здоровья населения // Гигиена и санитария, -2005, -№4., -С.38-40.
2. В.А. Тутельян Пища и биобезопасность //Вестник РАМН, -2002, -№10, -С.14-18
3. А.Н. Мартинчик, А.К. Батулин, В.С. Баева, Е.В. Пескова. Изучение фактического питания с помощью анализа частоты потребления пищи: создание вопросника и оценка достоверности метода //Профилактика заболеваний и укрепление здоровья, - 1998, -№5, -С.15-19.
4. Ю.А. Черемин, А.М. Соколова, Г.И. Чудин, О.И. Черемина, И.О. Фоменко. Методологические проблемы при оценке фактического питания как показателя здоровья населения //Южно-Российский медицинский журнал, -1998, -№3, -С.18-21.

ТҰЖЫРЫМ

Нан-токаш бұйымдарын өндіретін кәсіпорындары жұмысшыларының нақты тамақтануын сауалнама зерттеу нәтижелері ұтымды – төрт мезгіл тамақтанғандары туралы респонденттердің 21%-і (яғни әрбір бесінші), үш мезгіл тамақтануды жұмысшылардың 43%-і, ал қалғандары тәулігіне екі рет ғана тамақтанғанын (яғни әрбір төртінші ерлер және үшінші әйелдер) көрсетті.

SUMMARY

The Results of the questionnaire study of the actual feeding workman enterprises on production хлебобулочных product has shown that rational - fourfold was a receiving the food beside 21% respondent (i.e. beside each fifth). 3-h single feeding were noted beside 43% working, remaining portion working took the food twice a day (i.e. each fourth man and each third woman).

ХАРАКТЕР И УСЛОВИЯ ТРУДА РАБОТНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЙ МЯСОПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ПРОИЗВОДСТВА

ТАЛИЕВА Г.Н., БАЙНАЗАРОВА М.А., АБЫЛКАСЫМОВА К.А.,
АШРЕПОВА С.О., КАСКАТАЕВА Д.К.

*Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний,
УГСЭН по району имени Казыбек би, г.Караганда; Филиал КГКП КО «ЦСЭЭ» по г.Балхаш;
Филиал КГКП КО «ЦСЭЭ» по г.Сатпаев; Бурабайский филиал РКП АО ЦСЭЭ, г.Щучинск*

По имеющимся данным на мясоперерабатывающих предприятиях отмечаются большие физические нагрузки, связанные с преобладанием ручного труда, воздействие низких температур в сочетании с повышенной влажностью воздуха, высокие уровни шума и опасность инфицирования работающих при контакте с продуктами животного происхождения [1, 2].

Анализ научной литературы свидетельствует, что работники, в том числе работающие на предприятиях пищевой индустрии, подвергаются целому ряду неблагоприятных производственно-профессиональных факторов - вибрации, шума, микроклиматических условий, запыленности, загазованности на фоне физического и психоэмоционального напряжения, а также может иметь место воздействие токсических и биологических активных веществ [3, 4, 5].

На современных мясокомбинатах производят полную переработку всех продуктов, получаемых от животного. Отсюда многоцелевой характер пищевых и не пищевых цехов, среди которых главными являются цеха по разделке туш (обвалка, жиловка), подготовке сырья (измельчение, посол) и изготовлению мясoproductов - колбасных изделий, полуфабрикатов, консервов. В основном технологические процессы поставлены на конвейер и механизированы. Однако и в современном производстве остается еще часть операций, выполняемых вручную.

В связи с этим **целью** настоящей работы явилось изучение характера и условий труда работников предприятий мясоперерабатывающего производства.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе мясоперерабатывающих предприятий г.Караганды. Наряду с данными собственных исследований анализировались протоколы лабораторных измерений Центров государственной санитарно-эпидемиологической экспертизы.

Результаты и обсуждение. Ведущие профессии работников основных цехов мясоперерабатывающих предприятий — жиловщики и фасовщики мяса, формовщики и вязальщики колбас-

ных изделий. Хронометражные наблюдения показали, что у жиловщиков и фасовщиков мяса ручные операции составляют в среднем соответственно 47,3% и 36,4% от времени рабочей смены, а у формовщиков и вязальщиков колбасных изделий — соответственно 16,% и 19,8%. Противоположная ситуация определялась в отношении затрат времени производственного периода на обслуживание технологического оборудования: у жиловщиков и фасовщиков мяса в среднем соответственно 21,5% и 34,6%, у формовщиков и вязальщиков колбас — 56% и 52,9%. Жиловщики вручную ножами отделяют из кусков мяса, поступающих по транспортеру, сухожилия, кровеносные сосуды, остатки костей, разбирают жилованное мясо и сдвигают его по сортам на транспортер, а обрезь сбрасывают в тару, установленную у каждого рабочего места. Работы по жиловке мяса выполняются на строго фиксированном рабочем месте в позе «стоя». Жиловка мяса преимущественно выполняется с участием мышц рук и плечевого пояса. За смену число стереотипных движений колеблется от 5000 до 55000, что соответствует тяжелому труду 1 степени по классу условий труда.

Фасовщики осуществляют кондиционный подбор мяса, вручную и механизмами режут мясо на порции, укладывают соответствующие куски весом до 4 кг на лотки, движущиеся по конвейеру для взвешивания и упаковки. В обязанности формовщика входит наблюдение за наполнением емкостей колбасным фаршем, периодическое нанизывание на автоматы колбасной оболочки для набивки ее фаршем и регулируют прохождение фарша из автоматов в оболочки с соблюдением плотности наполнения и норм расхода фарша. Вязальщики перевязывают сформированные колбасные батоны, навешивают их на палки, размещенные на рамах, которые перемещаются по подвесным путям, отделяют друг от друга соприкасающиеся на рамах батоны, контролируют механизированную перекрутку сосисок и вязку сарделек, а на отдельных линиях — работу линкеров, разделяющих заполненные колбасные обо-

лочки на одинаковые участки. Операции, выполняемые фасовщиками, сопровождаются региональной нагрузкой на мышцы рук и плечевого пояса.

В среднем за рабочую смену фасовщик выполняет до 2800 стереотипных движений. Вязальщики при перевязывании колбасных батонов выполняют более 4000 мелких движений за смену с участием мышц кистей и пальцев рук. В отличие от жиловщиков и фасовщиков, работа формовщиков и вязальщиков требует переходов, обусловленных технологическим процессом, в среднем до трех километров за смену и периодического подъема и переноса груза весом от 1,5 кг до 3,0 кг, в совокупности до 140 кг за смену.

Все рабочие операции включают малое количество приемов (3-9), которые повторяются каждые 10-20 секунд. По данным исследований число элементов задания у жиловщиков и фасовщиков составляет 3-5 при их повторяемости через 8-9 секунд и 10-12 секунд соответственно, у формовщиков и вязальщиков — 6-9 приемов и 15-20 секунд, что соответствует 3 классу условий труда (3.2 — жиловщики и 3.1 — фасовщики, формовщики и вязальщики).

В сырьевых цехах, где проводится жиловка и фасовка мяса по требованиям технологии искусственно поддерживается низкая температура и сквозняки. На рабочих местах средние показатели температуры воздуха составляли $15,3 \pm 2,3^{\circ}\text{C}$ в холодный и теплый периоды года. Скорость движения воздуха чаще в холодный период года, в 43% измерений превышала допустимые величины. На рабочих местах формовщиков и вязальщиков параметры микроклимата в основном соответствовали допустимым параметрам. Шум на

рабочих местах в сырьевых цехах превышал допустимые уровни на 1-3 дБА.

Таким образом, работа жиловщиков и фасовщиков мяса относится соответственно к категории 2а и 1б по интенсивности энерготрат, проходит в условиях вредного 1 степени микроклимата. Работа формовщиков и вязальщиков относится к категории 1б по интенсивности энерготрат, проходит в условиях допустимого микроклимата.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Нуштаев И.А. Производственный травматизм // Молочная и мясная промышленность, - 1998, -№5, -С.19-21.
2. Шишкина Н.Д., Гутлернер Б.М., Аурова Н.М. Снижение тяжести и монотонности ручного труда // Молочная и мясная промышленность, - 1996, -№6, -С.29-32.
3. Сухарева Л.М. Шубачкина Е.И., Молчанова С.С. Гигиенические проблемы формирования здорового трудового потенциала в современных условиях // Вестник РАМН, -2003, -№12, -С.38-41.
4. Н.Г. Кураева. Гигиенические и эргономические особенности труда работников молокоперерабатывающих предприятий // Гигиена труда и медицинская экология, -2003, №11, -С.31-34.
5. А.П. Суворов, С.А. Теплов. Заболеваемость дерматозами и изменения показателей иммунного статуса у работников мясокомбината // Гигиена труда и профессиональные заболевания, 1990. №2. — С.52-53.

ТҰЖЫРЫМ

Зерттеу нәтижелері ет өндірісі жұмысшыларының зиянды өндірістік орта факторларының әсеріне ұшырайтынын көрсетті.

SUMMARY

Results studies have shown that workmans to meat branch are subjected to the bad production factor.

ОБ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ НАСЕЛЕНИЯ КЫЗЫЛОРДИНСКОГО РЕГИОНА ПРИЛЕГАЮЩИХ К ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ МАГИСТРАЛИ

РЫСКУЛОВА А.Р.

КМУ, г. Алматы

Проблема окружающей среды сегодня стоит как никогда остро. Его загрязнение нарастает вместе с интенсификацией хозяйственной деятельности человека. Особенно большую опасность для здоровья людей представляют токсические химические элементы, в первую очередь тяжелые металлы, токсичные газы [1].

Железнодорожный транспорт является источником неблагоприятных химических, физических, биологических факторов, характерных для стационарных, так и подвижных составов. При этом экологические проблемы, связанные с их эксплуатацией в штатных ситуациях, могут значительно обостриться при авариях, катастрофах и других нештатных ситуациях [2].

Охрана окружающей среды в условиях Кызылординской области приобретает особую актуальность и представляет сложную задачу в связи с ухудшением экологической ситуации в регионе.

Экологическая обстановка на данной территории имеет свои особенности, связанные с расположением его в зоне санитарной охраны реки Сырдарья и пролеганием железной дороги через весь изучаемый регион.

Источниками хозяйственно-питьевого водоснабжения населения и изучаемого региона в основном являются индивидуальные шахтные колодцы, скважины, а также привозная вода.

Нами были проведены определение и гигиеническая оценка содержания приоритетных тяжелых металлов (свинца, кадмия, никеля, железа), ХОП А-1254 в питьевой воде подземных, поверхностных децентрализованных источников водоснабжения, изучение проводились в теплый период (2003-2009 годы), вдоль железнодорожной магистрали от ст. Кызылорда до ст. Аральск.

Объектом исследования биоценоза была принята: питьевая вода из водопровода и колодцев. Определение содержания спектра тяжелых металлов - РЬ, Сё, №, Р1 и пестицидов - а, У - изомеры ГХЦГ, ДДТ и Арохлора -1254 в перечисленных выше объектах выполнена методами атомной абсорбционно спекторграфе АА8- Ш (Германия) и газовом хромтографе 11 «Агат-19» (Россия).

Минерализация проб и определение тяжелых металлов в объектах окружающей среды проводили в соответствии с методическими рекоменда-

циями (1 вода). Определение остаточного количества пестицидов в отобранных пробах выполняли в соответствии с методическими рекомендациями (2 вода).

В качестве источника водоснабжения до июля 2003 года являлся водозабор реки Сырдарья. С августа 2003 года введен в эксплуатацию Арало-Сарыбулакский групповой водопровод (АСВГ), источником питания, которого служат подземные воды. 19,2% населения Казалинского района питаются с железнодорожного водопровода, который имеет собственные очистные сооружения, источник водозабора- река Сырдарья. Контроль качества воды осуществляет железнодорожный участок. Разводящая сеть района действует в течение 40 лет. Город Айтеке би Кент имеет водопровод 59% который выражается в изношенности, коррозии труб.

Водоснабжение г. Арала и близлежащих пунктов (Косаман, Акеспе, Бенрдиколь, Куланды, Шижага, Бирлестик, Жаксыкылыш и Абай) обеспечиваются с Арал-Сарыбулакского группового водопровода.

Источником водоснабжения являются артезианские скважины. Водонасосные станции отапливаются от печи. Обеззараживание воды производится по упрощенной методике - смешиваются гипохлоритом кальция. Хлораторной установки нет.

Контроль качества воды не проводится, производственная лаборатория не предусмотрено. Таким образом, средняя обеспеченность доброкачественной питьевой водой городов и населенных пунктов примерно 3 раза ниже нормативно-допустимого уровня в целом по республике и в 6-8 раз ниже в отдельных его регионах. Более 40% сельского населения используют для хозяйственно-питьевых целей воду из децентрализованных источников (колодцы, родники, скважины без разводящей сети).

Санитарно-эпидемиологическое благополучие жителей населенных пунктов, расположенных вдоль железной дороги зависит от качества питьевой воды.

Обеспеченность населения питьевой водой и удельное среднесуточное водопотребление Казалинского и Аральского районов представлено в таблице 1.

Таблица 1. Обеспеченность населения питьевой водой и удельное среднесуточное водопотребление Казалинского и Аральского районов

№ п п	Наимен. территор.	Всего население, абс	Подземные водоист., %	Децентр. водоист.	Открытые водоемы	Привозной	Уд.вес водопотребл, %	
							город	село
1	Казалин. р-н	71273	72,8	20,5	6,6	И,5	61,4	38,6
2	Аральский р-н	69250	82,5	9,66	7,7		82,5	17,4

Исследованиями установлено, что если солевой состав поверхностных водоемов характеризуется натриево-хлоридно-магниево-кальциевым содержанием, то питьевая вода (колодцы) натриево-магниевым. По-видимому хорошо растворимый в воде соли Na и Mg в летнее время в виде коллоидных частиц, переносится пыльными бурями с высохшего озера на большие расстояния, а в последующем, благодаря диффузным процессам в почве, происходит их просачивания в подземные воды. Это подтверждается и нашими исследованиями.

Известно, что жесткость воды не является ее конкретным компонентом, а представляет собой варьирующую и сложную смесь катионов и анионов. Главным образом она обусловлена солями кальция и магния.

По данным ВОЗ [3] употребление питьевой воды с высокими концентрациями солей натрия и магния в сочетании с сульфатами раздражающе влияет на желудочно-кишечный тракт. Так, сульфат магния в концентрации свыше 100 мг/л оказывает на взрослых людей слабительное воздействие, а у грудных детей этот факт наблюдается при поступлении 21 мг/кг массы тела в сутки (около 60-80 мг/сут) (4 вода).

Содержание исследованных тяжелых металлов в пробах питьевой воды, отобранных на исследуемой территории от ст. Кызылорда, Казалинск, Аральск, колебались по свинцу от 0,02 до 0,04, по кадмию от 0,004 до 0,005, по никелю от 0,03 до 0,04, по железу от 0,1 до 0,54 мг/л превышала ПДК в 1,7 раза по свинцу ст. Аральск, по кадмию в 4,0 раза ст. Кызылорда, в 4,3 раза в ст. Казалинск и 5,0 раза ст. Аральск. Содержание никеля в питьевой воде не превышала ПДК во всех исследованных территориях..

Концентрация железа в питьевой воде превышала в 1,8 раза на ст. Казалинск и 1,7 раза в ст. Аральск (рис 1)

Выполненная экстракция хлорорганических соединений и Арохлора-1254 гексаном из проб воды, взятых у населения проживающих на железнодорожных станциях железнодорожного пути ст. Кызылорда, ст. Казалинск, ст. Аральск с последующим определением их содержания методом газовой хроматографии можно увидеть в содержании. Анализ результатов газохроматографического определения приоритетных хлорорганических пестицидов и Арохлора -1254 показал, что в питьевой воде идентифицировался α -ГХЦГ в пределах от 0,0027 до 0,0036, V - ГХЦГ в

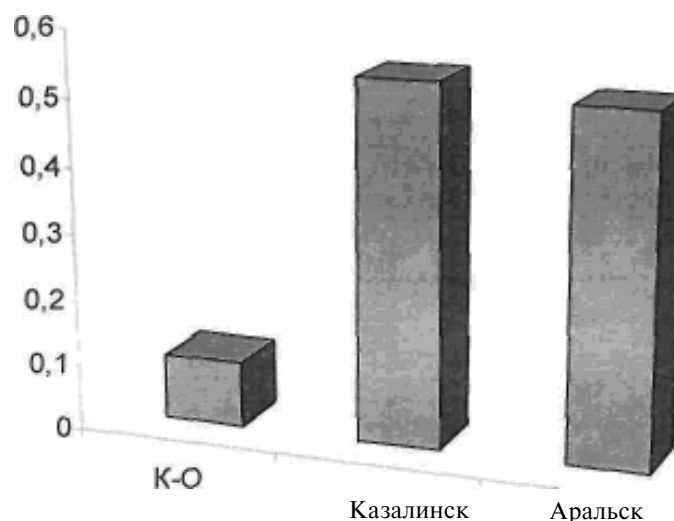


Рис. 1. Сравнительная оценка концентрации железа в питьевой воде ст. Казалинск и ст. Аральск

пределах от 0,00085 до 0,0032, ДДТ не обнаружено, а средняя концентрация Арохлора -1254 колеблется в пределах от 0,030 до 0,38 уш/к и не превышает ПДК.

В целом по изучаемому району числится 20 населенных пунктов, в том числе административные центры - г. Кызылорда, г. Айтеке би кент. Транспортная связь между населенными пунктами осуществляется железнодорожной магистралью.

В районах размещения и развития железнодорожной магистрали группой ведущих ученых с 2003 года проводятся комплексное гигиеническое изучение и оценка динамики состояния объектов окружающей природной среды и влияние экологических факторов на здоровье жителей этого региона.

Результаты исследований по гигиенической оценке окружающей среды в 20 репрезентативно отобранных населенных пунктах (рис 1), (станциях), прилегающих к железнодорожной магистрали, свидетельствуют о том, что на различных стадиях технологического процесса при эксплуатации железнодорожного транспорта (ЖДТ) и химизации сельского хозяйства в природную среду попадали токсиканты РБ, СБ, №, Ре и пестициды в виде а и V - гексохлорана, ДДТ и Арохлора-1254.

В Кызылординской области одной из острых гигиенических и социальных проблем являются вопросы, связанные с обеспечением населения питьевой водой и устранением последствий от высыхания Аральского моря. Кроме того антропо- техногенный прессинг на среду, в том числе и гидросферу, приводит к угнетению процессов самоочищения.

Интенсивные темпы обмеления Арала способствовали усилению процессов. Континентального засоления подземных вод, особенно в Аральском и Казалинском районах, где уровень минерализации их составляет 2300- 3700 мг/л а по прогнозам оценка специалистов, он будет возрастать до 5000-7000 мг/л.

Источником поступления металлов в питьевую воду поселков (станции) могут быть растворимые соли использованных металлов и дренируемых осадках или это обусловлено наличием железнодорожного транспорта. Негативное воздействие на здоровье населения региональных факторов характеризуется многокомпонентностью и сочетанием факторов аграрной, транспортной промышленности и природной среды в зоне железнодорожной магистрали.

Таким образом, концентрация приоритетных и наиболее токсичных металлов (свинец, кадмий, никель) в воде железнодорожных станций Кызылорда, Казалинск и Аральск зависит от удаленности от Аральского моря и в среднем в 1,4-5,8 раз превышает ПДК.

Превышение кадмия на 4 раза на ст. Кызылорда, в 4,3 раза по ст. Казалинск и в 1,7 раза по ст. Аральск. Содержание хлорорганических пестицидов {а и У изомеры - ГЦХГ, ДДТ) не превышает допустимых значений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Муминов Т.А., Неменко Б.А. Окружающая среда и доказательная профилактическая медицина - Алматы, 2005 -180 с
2. Павлова Н. И. Гигиена труда работающих на железнодорожных производствах. Дисс... к.м.н. - Иркутск. 2006. -26 с.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада Қызылорда аймағы және оған жақын орналасқан темір жолдар бойындағы халықтың ауыз сумен қамтылу сапасына баға беру туралы мәліметтер келтіріледі

SUMMARY

Information is given in case about estimation quality drinking water of the population Kyzylordinskogo region adjoining to railway pathway

О МЕТОДАХ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ОРГАНИЗМ НАСЕЛЕНИЯ ПРОЖИВАЮЩИХ У ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНЫХ ПУТЕЙ СООБЩЕНИЯ РК

РЫСКУЛОВА А.Р.

КМУ, г.Алматы

Главной целью санитарно-эпидемиологической службы является сохранение и укрепление здоровья народа, предупреждение заболеваний, повышение трудоспособности и продление активной полноценной жизни людей, т.е. обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

В соответствии с государственной программой реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010гг. предусмотрена фундаментальная перестройка деятельности санэпидслужбы. Одной из главных задач при этом, поставленных перед санэпидслужбой, является мероприятия направленные на профилактику инфекционных заболеваний и переход на новую методологию - профилактику и неинфекционных заболеваний (194,195).

На организм человека постоянно воздействуют самые разнообразные факторы (экологические, социальные, экономические и т.п.). Следовательно, человек является субъектом и объектом изменений жизненной среды, выступая как основной измеритель и критерий степени и качества этих изменений, которые отражаются на состоянии здоровья, продолжительности жизни и процессы развития в целом.

Поэтому для решения основных задач по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения создается необходимость установление корректных причинно-следственных связей, в условиях нарастающего экологического неблагополучия, будет являться ключевым элементом доказательной профилактической медицины. Здесь особую важность и сложность представляет именно нахождение причинно-следственных связей между качеством среды обитания человека и его здоровьем (1-3)

Предметом исследования явились: параметры качества объектов окружающей среды (питьевая вода, почва, продовольственное сырье и продукты питания местного производства), биосубстраты населения, медико-демографическая ситуация и показатели здоровья детского и взрослого населения.

Исследования выполнены на всей территории Кызыл-Ординской области, прилегающей к железнодорожной магистрали от станции Кызыл-

Орды и до ст. Саксаульск, где единственным градообразующим фактором является железная дорога. Железнодорожный путь включал 20 населенных пунктов.

Методологической основой анализа по факторам риска является гигиеническое ранжирование селитебных территорий по результатам комплексной оценки качества среды обитания, т.е существенную методическую роль играет гигиеническая технология нахождения риска для здоровья как мера опасности проявления неблагоприятных эффектов.

Согласно этим мнениям нами проведено 2-х кратно комплексный медицинский осмотр, где полным медицинским осмотром охвачены состав взрослого и детского населения 20 населенных пунктов с параллельным отбором проб основных объектов окружающей среды (питьевая вода, продукты питания, почва) и биосубстраты населения (кровь, пуповинная кровь, плацента, грудное молоко).

И вся изучаемая территория условно объединена на 3 селитебные территории, соответственно зонам обслуживания ЛПУ железной дороги и существующих административных границ поселений - г.Кызыл-Орда, Казалинский район, Аральский район. Осмотрами охвачено 15000 человек (рис 1 карта)

Выделение территории различаются по характеру и уровням загрязнения среды обитания, количеству источников загрязнения, по доступности медицинской помощи, социальным и бытовым условиям жизни, сходны по уровню продовольственного обеспечения, природно-климатическим условиям и различны по удаленности от зоны Аральского моря.

При изучении здоровья взрослого и детского населения в натурных исследованиях с помощью передвижного мобильного санитарно-профилактического поезда (ПМСПП) проводили комплексный медицинский осмотр с привлечением специалистов 10 профилей из Кызыл-Ординского, Казалинского филиалов железнодорожных больниц АО «Медицинская служба транспорта».

Заболеваемость взрослого населения по обращаемости изучалось путем выкопировки из по-

ликлинических, амбулаторных карт. Заболеваемость железнодорожного населения изучалась по амбулаторным картам периодических медицинских осмотров, проводимых поликлиниками обеих филиалов АО «МСТ».

Разработка данных по состоянию здоровья проводилась в объеме Международной классификации болезней, используемой в статистике здоровья населения (МКБ-Х, 1995).

Данные по численности населения, возрастной структуре, необходимой для расчета общих и возрастных коэффициентов заболеваемости и смертности, получены из материалов Кызыл-Ординского управления статистики.

Статистическая обработка полученных данных проведена согласно «Международной классификации болезней, травм, причин смерти» (Х пересмотра) на 1 тыс. (заболеваемость) и 10 тыс. (смертность) населения. Для нивелирования возрастных различий применен метод стандартизации.

Риск влияния факторов окружающей среды оценивался в соответствии с «Руководством по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду» (Р 2.1.10.1920-04, 2004).

Проводилось оценка риска неблагоприятного воздействия контаминентов пищевых продуктов на население - канцерогенный и не канцерогенный риск.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. В.А. Капцов, Н.А. Павловская, Б.Т. Величковский. Лабораторная диагностика. //Руководство по методам исследования профессиональных, экологически зависимых заболеваний и действия наркотических веществ. - М. -2005. - 200с.
2. Ларионова Т.К. Биоиндикация тяжелых металлов природного и техногенного происхождения в системе социально-гигиенического мониторинга: автореф. дисс... к.б.н. - М, 1999. - 26с.
3. Архипова О.Г. Методы исследования в профпатологии. Руководство для врачей. М, М, 1988.-. 371с.

ТҮЖЫРЫМ

Мақалада қоршаған ортаның, темір жол бойындағы тұрғын халықтар денсаулығына тигізетін әсерін зерттеуде қолданылған тәсілдер туралы айтылады

SUMMARY

Article is spoken about method of the study of the influence surrounding ambiances on organism of the population living beside railroad track of the message RK used given to work

НУЖЕН ЛИ НАМ ЧАСТНЫЙ СЕКТОР В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

АБДИРАСИЛОВА С.М.

КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

Состояние здоровья населения Казахстана является одним из наиболее значимых ее конкурентных преимуществ на мировом рынке, а поддержание и укрепление здоровья граждан - залогом успешного социально-экономического роста страны. Повышение реальной доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения является основным направлением государственной политики в области здравоохранения[1].

Современное здравоохранение - отрасль высоких технологий и требует должного финансирования. Однако, существующего финансирования недостаточно даже для сохранения доступности и качества медицинского обслуживания. В этих условиях медицинские учреждения не могут предоставить пациентам необходимый объем бесплатной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий. В условиях роста доходов населения и ограниченности выделяемых ресурсов на развитие здравоохранения, увеличение объема платных услуг является дополнительным источником расширения возможностей для удовлетворения потребностей человека в медицинской помощи [2]. Поэтому в настоящее время наряду с бесплатной гарантированной государством медицинской помощью широкое распространение получило оказание населению платных медицинских услуг.

В государственном секторе речь идет об удовлетворении массовых потребностей в бесплатных лечебно-профилактических услугах, которые отличаются неэластичностью предложения, поэтому потребительский выбор невозможен или сведен к минимуму. Этого требуют основополагающие принципы прав на жизнь и здоровье человека, их достаточности, объективности и гибкости регулирования социально-экономических отношений, адекватных современному состоянию медицины и организации здравоохранения[3].

Опыт стран, имеющих наиболее развитые системы общественного здравоохранения, показывает, что платное звено является их неотъемлемой частью, дополняет общественный сектор, компенсирует нехватку некоторых видов медицинской и лекарственной помощи и средств на

их развитие, расширяет возможности пациентов для получения более качественных медицинских услуг.

В Алматы в 2009 году действовало 65 государственных медучреждений (включая больницы, амбулатории, медицинские НИИ и профильные стационары)[4]. По данным Казахстанского информационного портала на сегодняшний день в Алматы, также в Алматинской области функционируют 96 частных медицинских центров[5].

В конце 2008 года экспертный фонд «Аман Денсаулык» в Алматы провел опрос и выяснил, что 62 процентов жителей города считают лечение в частных медучреждениях лучшим выбором и всегда делают это, когда позволяют финансовые возможности. Не менее 80 процентов алматинских пациентов хотя бы раз в год используют платные диагностические услуги, такие как УЗИ, компьютерная или МР-томография[4]. Это показывает, что народ хочет обслуживаться в комфортных условиях, получить качественную медицинскую помощь от квалифицированных медицинских работников и технически хорошо оснащенных медицинских учреждениях.

Анализ тенденций развития здравоохранения в Казахстане показал, что существуют следующие предпосылки для развития платных медицинских услуг:

1) бюджетное финансирование не в состоянии обеспечить развитие материально-технической базы, наращивание научно-практического потенциала, материальное стимулирование медработников;

2) спрос со стороны населения, предприятий на высококвалифицированную медицинскую помощь, комфортные условия пребывания в медицинском учреждении.

В 2010 году стартовала реформа казахстанской медицины — с 1 января началось создание Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ). Первым этапом реформы стало введение новых Правил и условий оказания платных услуг в организациях здравоохранения. Согласно распоряжению, отныне «платные медицинские услуги оказываются государственными и частными медицинскими организациями при

соответствии профиля заболевания и лицензии на занятие медицинской деятельностью».

В условиях Единой национальной системы здравоохранения государству было бы выгодно работать с частным сектором в его современном качестве. Бюджетные деньги тратятся на строительство больниц, на их ремонт, на коммунальные услуги, на приобретение нового оборудования. А частная медицина во все это уже вложила сама. Значит, государство, размещая заказ в коммерческой клинике, платило бы ей только за лечение.

С августа прошлого года среди компаний, оказывающих медицинские услуги, проходила аккредитация на право работать в рамках госзаказа. первоначально на аккредитацию в целом по республике подали 912 государственных и частных медицинских организаций, но позднее многие частные центры стали отзываться свои заявления. Частным клиникам предлагалось пройти сложную административную проверку на соответствие государственным требованиям: выполнить самооценку и предоставить всю отчетность, получить положительное заключение областных управлений здравоохранения, при необходимости — подвергнуться экспертизе основных показателей[4].

Таким образом, аккредитация частного сектора необходима, для того, чтобы частные меди-

цинские учреждения находились под надзором государства на равном уровне с государственными медицинскими учреждениями.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Идрисов И.М. Об организации работы отделения платных услуг // Здоровье населения и реформирование здравоохранения. — Казань: Медицина, 2006. — С.97-99
2. Абзалова Р.А. Социальное благополучие и здоровье: теория и практика. — Астана, 2006
3. Т.Носкова www.almatyzdrav.kz/content/view/325/41/lang,en/
4. http://www.continent.kz/asia_14/5.htm
5. <http://www.03portal.kz/>

ТҰЖЫРЫМ

Жалпы ұлттық денсаулық сақтау жүйесі денсаулық сақтау жүйесінде нарықтық тетіктер мен бөсеклестіктің туындауын ескерді, сондықтан да денсаулық сақтауда жеке меншік секторының маңыздылығы мемлекеттік сектордан кем емес, себебі жекеменшік сектор медицинада жаңа технологиялар енгізілуінің ізашары болып келеді.

SUMMARY

Unified national health system provides for the creation of market mechanisms and competition in health care, and therefore the importance of the private sector is no less important than the state. With the knowledge unified national health system private sector in medicine will play the role of stabilizer of prices and will be a pioneer in introducing new technologies in health care.

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В КАЗАХСТАНЕ

АКШАЛОВА Б.Н., БАЙМУХАНОВА К.Х., БЕЛОВА Е.С., ЖУНИСОВА М.А.

КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

В Казахстане туберкулез считается классическим социально обусловленным заболеванием и продолжает оставаться серьезной проблемой общественного здравоохранения.

Тяжесть эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Казахстане определяют показатели заболеваемости и смертности. Начало 21 века характеризуется значительным ростом заболеваемости туберкулезом и смертности от него во всем мире. Туберкулез занимает в настоящее время одно из ведущих мест среди причин смертности от инфекционных заболеваний населения. Также высокой является инвалидность от него. По данным ВОЗ ежегодно туберкулезом заболевают 9 млн. человек и более 3 млн. умирают от этой болезни.

Глубокие социальные и экономические изменения в республике, произошедшие в 90-х годах прошлого столетия отразились на качестве и объеме проводимых противотуберкулезных мероприятий. Особенно пострадала в этих условиях система профилактических противотуберкулезных мероприятий (иммунизация вакциной БЦЖ, туберкулиновая диагностика, флюорография). Социально-экономическая нестабильность повлияла на усиление миграционных процессов, способствовала увеличению социопатических семей. В условиях ухудшения эпидемиологической ситуации по туберкулезу и увеличения групп риска по развитию заболевания, наибольшего внимания требуют пациенты из очагов туберкулезной инфекции и социальных групп риска.

За период 2005-2009 гг. заболеваемость туберкулезом в стране снизилась на 28,5% (с 147,3 до 105,3 на 100 тыс. населения). Однако изменение этого показателя было неоднозначным в различных регионах из-за комплекса характерных социально-экономических проблем. Так, несмотря на общее улучшение эпидемиологической ситуации, в г. Астане данный показатель не только не снизился, но, наоборот, вырос в сравнении с 2005 г. на 72,1%. Неравномерный темп снижения данного показателя отмечается и в различных регионах Казахстана: если в Акмолинской области его снижение составило 6,7%, то в Актюбинской области — 53,9%.

В структуре заболеваемости детей также отмечаются положительные тенденции: в 2009 г. заболеваемость снизилась с 39,4 до 21,4 на 100 тыс. населения. Темп снижения — 45,7%. Но и в этом случае отмечается неравномерность в изменении показателя: в этот же период заболеваемость детей увеличилась как в г. Алматы (на 11%), так и в Акмолинской области (на 1,9%).

Особого внимания требует эпидемиологическая ситуация среди подростков, которая исходно характеризуется величинами показателей, не уступающими взрослым. В этом случае при темпе снижения 18,9% заболеваемость в стране снизилась всего со 139,2 до 112,9 на 100 тыс. Вместе с тем отмечается рост показателя на 41,9% в Акмолинской области (с 101,6 до 144,2) и на 15,3% в г. Алматы (с 77,2 до 118,0). Стабильно высоким остается показатель в Атырауской области (215,7), Кызылординской (163,9), Мангистауской (185,5) и в г. Астане (179,1).

Особое внимание в Казахстане уделяется регистрации запущенных и тяжелых форм туберкулеза, как тонких индикаторов эпидемиологической ситуации. Снижение регистрации запущенных форм за последние 5 лет имеет в стране стойкую тенденцию к снижению — с 3% до 0,7%, что сопровождается уменьшением случаев заболеваемости менингитом как среди взрослых (с 37 до 13 случаев), так и среди детей (с 10 до 3 случаев). Между тем имеются области, в которых ежегодно регистрируются новые случаи заболевания туберкулезным менингитом (Южно-Казахстанская, Павлодарская и Жамбылская).

Несмотря на позитивный характер изменения вышеперечисленных показателей в стране, в таких областях как Акмолинская, Атырауская, Восточно-Казахстанская, Кызылординская, Мангистауская, Северо-Казахстанская и в г. Астане эпидемиологическая ситуация остается напря-

женной. Так, например, в Мангистауской области при снижении общей заболеваемости с 204,4 (в 2005 г.) до 118,8 (в 2009 г.) на 100 тыс. удельный вес больных с запущенными формами туберкулеза среди впервые выявленных превышает в 2 раза среднереспубликанские показатели.

За последние 4 года в стране отмечается снижение показателя смертности на 39,9% (с 20,8 до 12,5), темп снижения которого также является неравномерным и колеблется от 8,5% в Акмолинской области до 64,3% в Мангистауской. Наиболее значительно смертность снижается среди впервые выявленных больных — на 41,4%, а основной контингент умерших составляют больные с хроническими осложненными формами туберкулеза.

Одним из приоритетных направлений противотуберкулезной программы является борьба с мультирезистентным туберкулезом (МЛУ ТБ). В Казахстане среди впервые выявленных больных эта форма заболевания встречается в 18,55% случаев, а среди ранее пролеченных — в 45,2%.

В контроле за МЛУ ТБ основной доказательной базой является бактериологическая диагностика по тесту на лекарственную чувствительность. До 1999 г. в стране не существовало стандартной системы изучения лекарственной устойчивости. На международной конференции по контролю за туберкулезом в Европе в 2000 г. Казахстан был включен в Программу ВОЗ по изучению лекарственной устойчивости на мировом уровне. Бактериологическая лаборатория Национального центра по проблемам туберкулеза МЗ РК прошла тестирование на контроль качества в супранациональной лаборатории в г. Борстел (Германия) и получила статус Национальной референс-лаборатории. В настоящее время в 21 бактериологической лаборатории областных и региональных диспансеров осуществляются культуральные исследования и определение лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза с контролем качества в референс-лаборатории при НЦПТ МЗ РК.

Создание лабораторной базы и внедрение программы ДОТС-плюс позволило организовать в стране лечение резервными препаратами, охват которым в 2008-2009 гг. составил 85,7% (4366 больных). Внедрение ДОТС - терапии туберкулеза в Казахстане, отразилось на некоторой стабилизации показателей заболеваемости, болезненности, смертности и инвалидности. Тем не менее, ни один из данных показателей, кроме показателя инвалидности, не достигнут уровня 1991 года.

Анализ эффективности лечения больных

МЛУ ТБ в РК за 2006 г. показал, что критерий «вылечен» был достигнут в 78,9% случаях. Между тем этот показатель был недостаточно высоким в Карагандинской (34,2%), Северо-Казахстанской (62,0%) областях и в г. Алматы.

(67,0%). Напротив, высокий уровень показателя «излеченности» отмечался в Западно-Казахстанской (92,7%), Атырауской (90%) и Жамбылской (89,2%) областях.

Одной из причин увеличения в РК числа больных с МЛУ ТБ является низкая эффективность лечения впервые выявленных больных с чувствительными формами заболевания, некачественный лекарственный менеджмент, большая текучесть и неукомплектованность кадров, недостаточная интеграция фтизиатрической службы с сетью ПМСП, отсутствие социальной поддержки уязвимых групп больных туберкулезом. Так, показатель «излечения» этой категории больных снизился с 80,2% в 2005 г. до 64,3% в 2009 г. Особенно низкая величина этого показателя отмечается в Восточно-Казахстанской (57,8%), Жамбылской (55,6%), Карагандинской (52,55), Павлодарской (52,2%) областях. С 2005 г. увеличивается доля больных с «неблагоприятным исходом», которая в настоящее время достигла 25,6%.

Приведенные цифры говорят о том, что в настоящее время эпидемиологическая ситуация как в целом по туберкулезу, так и в частности по распространению его лекарственно устойчивых форм является очень непростой. Увеличение числа больных с MDR-формой заболевания несет в себе угрозу перехода эпидемии обычного заболевания в разряд лекарственно устойчивой, что чревато как значительным ухудшением эпидеми-

ологической ситуации, так и возрастанием финансовых затрат на борьбу с этим тяжелым инфекционным заболеванием. В связи с этим изучение причин развития лекарственной устойчивости представляет большую значимость, так как позволит четко определить перечень проблем, на которые в первую очередь должны быть направлены усилия общества.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Исмаилов Ш.Ш., Турсынбаева А.С. Основные причины неудовлетворительных результатов лечения у впервые выявленных больных туберкулезом в Казахстане // Фтизиопульмонология. - №1.- с.6 – 10
2. Исмаилов Ш.Ш. Значение интеграции противотуберкулезной службы, сети ПМСП. Органов государственного санитарно-эпидемиологического надзора, КУИС Казахстана в контроле над туберкулезом // Сб. трудов «Актуальные проблемы фтизиатрии», Алматы.,-2008 - с.5-12
3. Самойлова А.Г., Марьяндышев. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза – актуальная проблема фтизиатрии // Пробл. туберкулеза и болезней легких.- 2005.,№7.-с.3-9

ТҰЖЫРЫМ

Келтірілген деректер белгілі кол жеткізген жетістіктерге карамастан, Қазақстанда әлі де болса дұрыс шешімін таппай жатқан әлеуметтік-экономикалық мәселелер бар екендігін көрсетеді. Осы мәселелердің дұрыс шешімін табуы туберкулез бойынша эпидемиологиялық жағдайдың жақсаруына жол ашады.

SUMMARY

Thus, the data is showing that inspite of some success in Republic of Kazakhstan there is a great number of the social economic and organizational problems, the successful solution of which can help improve the epidemiological situation on tuberculosis.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИБС У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ГИЗАТУЛЛИНА А.М., МАНШАРИПОВА А.Т.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, г.Алматы

Термин ишемическая болезнь сердца (ИБС) был предложен 1962 году комиссией экспертов Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) и включает в себя следующие заболевания: стенокардию, инфаркт миокарда (ИМ), бессимптомную ишемическую болезнь, критерии которого являются специфические изменения ЭКГ, нарушения ритма и проводимости. В докладе Научной группы ВОЗ от 1971 года ИБС рассматривается как «дисфункция острая или хроническая, возникающая вследствие относительного или абсолютного уменьшения снабжения миокарда артерией кровью». Дисфункция же чаще всего является результатом наличия патологического процесса в системе коронарных артерий. Этим «патологическим процессом» в основном является атеросклероз, вызывающий сужение просвета коронарных артерий и ишемию миокарда.

В старших возрастных группах ИБС почти исключительно связана с развитием атеросклероза. Если среди молодых людей, умерших от коронарной недостаточности, преобладают лица со слабым или умеренным атеросклерозом, то у лиц старше 60 лет преобладают явления резко выраженного атеросклероза. Все это позволяет считать пожилой и старческий возраст одним из важных факторов ИБС, которую в свою очередь можно назвать одной из важнейших проблем геронтологической кардиологии.

Так как ИБС — это дисфункция коронарных сосудов, то и причин, predisposing к этому, много. Факторы риска ИБС: 1. Сам возраст является своего рода фактором риска у пожилых (если под этим понимать анатомо — физиологические особенности пожилого человека) — старение, как фактор риска. 2. Нарушение липидного обмена, особенно гиперхолестеринемия. При появлении важнейшего фактора риска ИБС увеличивается в 4, 5 раз. А повышение в крови триглицеридов увеличивает риск развития ИБС в 3 раза. 3. Системная артериальная гипертония (АГ) повышает риск развития ИБС в 2-3 раза. 4. Курение (повышает риск возникновения ИБС в пожилом возрасте в 1,4 раза, особенно если чрезмерное, более 10-15 сигарет в день). 5. Гиподинамия (недостаточная физическая активность, ма-

лоподвижный образ жизни). 6. Гипергликемия — повышение сахара в крови или нарушение толерантности к глюкозе (отсюда СД). 7. Нарушение системы свертывания крови (в сторону тромбообразования). 8. Ожирение (избыточная масса тела, особенно если превышение массы тела от нормы на 30% и выше). 9. Стрессы (нервно-психическое напряжение). 10. Гиперурикемия (повышение уровня мочевой кислоты), т.е. наличие в анамнезе больного такого заболевания, как подагра. 11. Наследственная предрасположенность.

У лиц пожилого возраста к факторам риска относятся также нарушение функции щитовидной железы, хронические обструктивные заболевания легких, избыточное потребление соли, недостаточное содержание в пище ненасыщенных жирных кислот, витаминов, клетчатки, недостаточный синтез, естественного антиоксиданта витамина Е, а также злоупотребление алкоголем. Риск развития ИБС в возрасте 50-60 лет возрастает. При наличии 1-2 факторов вероятность заболеваемости ИБС возрастает в 3-4 раза по сравнению с лицами без факторов риска. Почти 50% лиц старше 65 лет страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями, из них 80-85% — ишемической болезнью сердца. Частота ИБС значительно увеличивается с возрастом: пик заболеваемости отмечен в 60-70 лет, достигая максимума в 80 лет. Виды профилактики ИБС: первичная, вторичная, третичная, медикаментозная, немедикаментозная.

Первичная профилактика заключается — отказ от курения, курение у мужчин до 65 лет увеличивает риск смерти от заболеваний сердца в 2 раза, снижение массы тела. У мужчин при ИМТ 24,9 — 29,9 кг/м² риск ишемической болезни сердца на 70%, а при ИМТ 30 — 34,9 кг/м² в 3 раза выше по сравнению с худощавыми мужчинами. Снижение потребления алкогольных напитков до безопасных доз или полный отказ, уменьшение потребления поваренной соли. Комплексные изменения режима и характера питания. Увеличение физической нагрузки, оптимальны аэробные физические нагрузки, ограничение стрессовых ситуаций. Вторичная профилактика и принципы медикаментозной профилактики. Под медикаментозной профилактикой понимают: гиполлип-

демическую терапию, антиагрегантную и антикоагулянтную терапию, а также гипотензивную, антиишемическую терапию. Принципы немидекаментозной профилактики. Является первым этапом любых профилактических мероприятий. Синонимами немидекаментозной профилактики является- «изменение жизненных привычек», «изменение стиля жизни». Это в первую очередь полный отказ от курения, снижение избыточного веса, диета, расширение физической активности за счет динамических нагрузок, психорелаксация и медитация.

Подходы к немедикаментозной профилактике ИБС при первичной и вторичной профилактике являются различными. При первичной, массовая профилактика и индивидуальная профилактика. При вторичной, включающая стратегию высокого риска.

Модель оказания медицинской помощи пожилым с ИБС. Гериатрическая бригада функционирует во внебольничных условиях (пример, домашний стационар). Проводят наблюдение и контроль за пожилым больным с учетом специфики соматических и психических проблем (например, заболевания опорно-двигательного аппарата,держание мочи, депрессия и др.)

В состав бригад могут входить наряду с курирующим врачом (врач-гериатр, семейный врач) специально обученная медсестра, психотерапевт, социальный работник (социальная сестра), решающий различные социально-бытовые вопросы. «Успешного старения» как комбинация следующих факторов, которые должны сопровождать старение: 1. Низкая вероятность болезней или инвалидности; 2. Высокие возможности к обучению и физической деятельности; 3. Активное

участие в жизни общества. Эти цели могут быть достигнуты как с помощью общества, так и благодаря известным усилиям пожилых людей по изучению и поддержке социальных связей, особенно с людьми младшей возрастной группы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Основы социальной работы. Учебник. / Под ред. П.Д. Павленка. - М., 2006. - 337 с.
2. Павленок П.Д. Теория, история и методика социальной работы. Учебное пособие. - М.: «Дашков и Кн», 2003. - 278 с.
3. Пантелеева Т.С., Червякова Г.А. Экономические основы социальной работы: Учеб. пос. - М., 2006. - 258 с.
4. Пожилой человек: проблемы возраста и аспекты досуга. - Ульяновск, 2005. -120 с.
5. Популярная энциклопедия пожилого человека. - Самара, 2007. -120 с.

ТҰЖЫРЫМ

Жүректін ишемиялық ауруын 1962 жылы Бүкіл Өлемдік денсаулық сақтау ұйымының комиссия мүшесі ұсынған. Стенакардия, миокард инфаркты, симптомсыз ишемиялық аурулар, ЭКГ-да жүректін өзгерістері т.б. аурулар кіреді. БДҰ ғылыми тобындағы баяндамасында 1971 жылы ЖИА «Қан артериясының миокартының абсолюттік кішірейіп қамтамасыз етілуі немесе салыстырмалы өзгерісі, созылмалы немесе жедел дисфункциясы» қарастырылады.

SUMMARY

The heart, the central organ of the cardiovascular system, is located between the two lungs in the middle of the chest. Two-thirds of the heart lies to the left of the breastbone and one third to the right. Placing a hand on the chest, we can feel the heartbeat on the left side of the rib cage because in that spot, the bottom left corner of the heart, which is somewhat tilted forward, comes closest to the surface of the body. The human heart is divided into four chambers—the right atrium and right ventricle and the left atrium and left ventricle.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

ЕРКИНБАЙ Г.Е.

КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

В современных условиях необходим принципиально новый подход к организации здравоохранения, гарантирующий право каждого гражданина на получение медицинской помощи, соответствующей уровню развития как страны в целом, так и отдельных ее регионов. Реализацию такого подхода в ближайшее время может обеспечить система страховой медицины, которая основана на производственном принципе организации и состоит в отчислении предприятиями средств на возможные профилактику и лечение каждого работника. Как показывает мировой опыт, переход к страховой медицине является необходимым в условиях рыночной экономики и развития рынка медицинских услуг, так как он обеспечивает: во-первых, гарантированность и доступность высококачественных медицинских услуг (даже при неизбежном росте цен на них) для широких слоев населения; во-вторых, помогает решению проблемы привлечения дополнительных финансовых ресурсов в сферу здравоохранения.[1]

С помощью страховой медицины можно отказать от остаточного принципа финансирования здравоохранения, существенно увеличить объем ресурсов, выделяемых отрасли, и тем самым создать необходимые экономические условия для радикального повышения уровня медицинского обслуживания всего населения. [2]

Важным аргументом в пользу медицинского страхования является широкое распространение его в развитых странах мира, обеспечивающее высокий уровень медицинских услуг разным категориям граждан.

Введение принципов медицинского страхования предполагает перевод отрасли на рыночные отношения, при которых действуют жесткие экономические законы. Поэтому обязательным условием этого перевода является внедрение экономических методов хозяйствования в практику работы медицинских учреждений. [3]

В условиях медицинского страхования возникает «треугольник» взаимоотношений в системе. Потребитель, обращающийся за медицинской помощью к учреждениям, предоставляющим эту помощь, покупает услугу, счёт за которую последние направляют платёжной стороне — страхо-

вой организации. Плательщики, контролируя счета и сопоставляя их с количеством и качеством «проданных» услуг, завершают платёжный цикл.

Медицинское страхование как предмет специализации страхующей организации мало совместимо с другими областями страховой деятельности. Об этом свидетельствует высокая специфичность предмета страхования (здоровье), необходимость иметь дело с массовым контингентом страхующихся, повседневный характер взаимоотношений с клиентами по поводу наступления страховых случаев, наконец, значительный объем страхового возмещения. Следовательно, распорядителями средств медицинского страхования должны стать прежде всего специализированные страховые организации и действующие автономно территориальные страховые фонды. Кроме того, создание страховых фондов на уровне территорий позволит реализовать принцип децентрализации источников финансирования отрасли. [4]

Предпочтительным может оказаться создание фондов медицинского страхования под управлением хозяйственных ассоциаций. Если усилия по страхованию трудовых коллективов объединяют крупные предприятия со значительными накоплениями и развитой социально-бытовой инфраструктурой, служба медицинского страхования может оказаться более мощной и высокоорганизованной, чем независимый страховой фонд. Крупные предприятия способны создавать автоматизированную базу данных и, подключив к ней страхующиеся организации и лечебно-профилактические учреждения, наладить сплошной учет движения страховых средств. При достаточном обеспечении кадрами возможно представительство ассоциации страхующихся предприятий в руководящих органах территориального медицинского объединения и отдельных учреждениях здравоохранения.

Система прямого контроля с качеством и затратной эффективностью оказываемой помощи может быть дополнена созданием попечительского совета при медицинских объединениях и ведущих лечебных учреждениях. [5]

Распорядительство средствами страховой медицины приближает крупные предприятия к

материальным нуждам и интересам развития местной лечебно-профилактической сети. Взаимодействие страхующей стороны и производителей медицинской помощи приобретает черты неформального сотрудничества, спонсорства предприятий.

Подчинение фондов медицинского страхования мощным, жизнеспособным предприятиям, обеспечивая экономичность и гибкость, в то же время имеет потенциальный недостаток. Предприятия, обладающие финансовыми и организационными рычагами влияния на деятельность лечебно-профилактической сети, способны превратить здравоохранение в новую разновидность ведомственной медицины. Важно поэтому, чтобы хозяйственная ассоциация, учреждающая фонд медицинского страхования, насчитывала в своих рядах достаточное число местных предприятий и принимала решения на основе равноправного, демократичного учета интересов как крупных, так и малых трудовых коллективов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1 *О.Т. Жузжанов, М.К. Кульжанов* «Финансирование и медицинское страхование в условиях рынка» Алматы. - 1993 г.

2 *Девятко В.Н. Кульжанов М.К.* «Медицинское страхование в Казахстане» - Алматы-1995г.

3 *Абылкасымов Ерасыл* «Система обязательного медицинского страхования в РК». Алматы-1997г.

4 *Шарманов Т. Ш.* «Страховая медицина благо или зло?» Алматы-1992г.

5 *Лопатенко Г.Я.* «Медицинское страхование и платные услуги» С-Петербург-2005г.

ТҰЖЫРЫМ

Медициналық сактандыру жүйесі сактандырылған адамдарға жоғары сапалы медициналық қызмет көрсетуді қамтамасыз етеді. Халықаралық тәжірибе көрсетуінше сактандыру компаниялары денсаулықты жақсартатын шараларды қаржыландыруға қатысады. Жалпы алғанда медициналық сактандыру денсаулық сақтау жүйесін қаржыландыру мен қатар халыққа өзара тиімді медициналық көмекті қамтамасыз етеді.

SUMMARY

The health insurance system can provide improved quality and service provided to insured medical services. Besides the international practice shows that insurance companies are involved in the financing of special programs including those aimed at improving environments. Of general health insurance not only solves the issue of additional financing but also provides access to basic health services to the public on a reciprocal basis.

АИВ ИНФЕКЦИЯСЫ МЕН ВИРУСТЫ ГЕПАТИТТЕР. АИВ ИНФЕКЦИЯСЫ МЕН ВИРУСТЫ ГЕПАТИТТЕРДІҢ ЖҰҚТЫРУ ЖОЛДАРЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

*ЛАПЕНКО Т.Ф., ЖУНИСТАЕВА Ж.К.
С.Ж.Асфендияров атындағы, Алматы қаласы*

Адамның иммунды тапшылық инфекциясы (АИВ) және вирусты гепатиттер (ВГ) денсаулықты қорғау тәжірбиесінде және медицина ғылымында әлеуметтік мәселелердің бірі болып табылады. Бұл аурулар нәтижесінде жаман көріністермен сипатталады.

Әлемде жыл сайын жедел вирусты гепатиттердің ауруларымен 20 млн адам кемінде ауырады, олардың 10% созылмалы түріне ауысады. Одан басқа, гепатоцеллюлярлы карциномалардың дамуын шақыратын, негізгі агент ретінде HBV болып табылады. Вирусты гепатит С ауруының жоғары деңгейде өсуі 70%-80% байқалады.

Көп ғылыми шығарылымдарға қарамастан, эпидемиология, патогенез, клиника, терапия және вирусты гепатиттердің бітуі туралы сұрақтарға, басқа да көп мәселелер шешілмей қала береді. Вирустардың элиминациясына жетуіне және қолайсыз жағдайлардың бітуін тоқтататын нақты емдеу жолдары жоқ, процесстің болуын болжамдап хабарлайтын сенімді критерилер жоқ.

Жаңа эпидемиологиялық, клиникалық және әлеуметтік мәселелердің бірі болып - нашакорлықпен айналысатын науқастарда гемоконтакты механизмимен берілетін вирусты гепатиттер кездеседі. Өзекті мәселелердің бірі болып В және С гепатиттері, суперинфекция түрінде ВИЧ/

СПИД болып табылады. [1] ХІ-шы ғасырдан бастап АИВ инфекциясы пандемиялық таралуымен сипатталады. ДДҰ-ның мәліметтері бойынша бастапқы 2000 жылдары ЖИТС тан 16,3 млн адам қайтыс болса, ал 33,6 млн адамдар АИВ инфекциясын жұқтырған. Бүкіл әлемде осы аурумен тіркелгендер кездеседі, Африка елінде жұқтыруы 15-20% ересектер саны кездеседі. ДДҰ бағалауы бойынша АИВ инфекциясымен инфицирленгендер саны кемінде 400-500 мың адамдарды құрайды [2]. Гепатиты В, С, Д, Е, F, G, TTV гепатиттерінің түрлері парентеральді гепатитер топтарын түзеді.

Қазіргі уақытта гепатит вирустарының парентеральді жолмен жұғу деңгейінің өсуі, әсіресе С гепатиті 100 мың халыққа 50 оқиғалар кездеседі. Гепатит ауруының қазіргі кезде «жасару» тенденциясы байқалады: ол балалардың, жасөспірімдердің ауруларымен байланысты, сонымен қатар қала және ауылдық жерлердің көрсеткіштері теңесті [3]. ДҰҰ-ның мәліметтерінше В гепатиті әлемде өлімге себепші аурулардың ішінде 9-шы орында, яғни өкпенің созылмалы ауруынан кейін және ЖИТС-тің алдында орын алған [4]. Осы аурулардың эпидемиологиясындағы ұқсастықтардың болуы маңызды және вирусты гепатит пен АИВ-инфекцияның қосарлануы аурудың ағымын өршітеді [5].

Вирусты гепатит (А және Е гепатитінен басқа) пен АИВ-инфекцияның негізгі берілу жолдары:

Парентеральді немесе гемотрансфузионды (залалданған қан және оның компоненттерін құю барысында: плазма, эритроцитарлы масса, қанның концентраты);

Жыныстық;

Вертикалді, интранаталды (ауру анадан баласына туу барысында);

Осыған қоса келесі беріліс механизмдері болады:

инъекциялық және инструменталды, вирус пен залалданған шприцтерді, инелерді, катетерлерді және т.б. пайдаланғанда;

Трансплацентарлы (залалданған ішкі ағзаларды, сүйек кемігін ауыстырғанда, залалданған шәуітпен жасанды инсеминациясы кезінде);

Сүт арқылы (анасынан баласына емізу кезінде);

Кәсіптік және тұрмыстық қан мен кейбір секреттермен қатынасатын адамдар зақымдалған тері және шырыш қабаттары арқылы жұқтыруы мүмкін (жатыр шырышы, емшек сүті, жара бөлінділері).

Ауруды тасымалдаушылар эпидемиологиялық қауіпті болып табылады [6].

Осылайша, В вирусты гепатитінің созылмалы симптомсыз түрлері жиі балаларда кездеседі. Оның қарама-қарсы өршуі созылмалы гепатит. Интранаталды залалданған жаңа туған нәрестелерде, көп жағдайда (90%) симптомсыз созылмалы инфекция дамиды, жасөспірімдерде 20%, ал ересектерде 10%-да кездеседі [7].

В гепатиті вирусы мен адамның иммунды тапшылық вирусында көп ұқсастықтар бар, вирустағы кері транскриптаза функциясы бар ДНК полимераза арнайы ферментінің болуы В гепатитінің вирусын жасырын ретровирус деп атауға мүмкіндік береді. Екі вирустың да беріліс механизмі бірдей: жыныстық қатынас, медициналық манипуляциялар кезінде, залалданған қан және оның қосылыстары арқылы, анасынан баласына берілуі. Қауіп-қатер тобы ортақ. АИВ/ЖИТС наукастарында В гепатитінің суперинфекция түрінде дамуы АИВ-инфекцияның белсенді түріне тез ауысуының кофакторы болып табылады [8].

TTV мен АИВ-инфекцияның арақатынасындағы мүмкіндіктері жөніндегі мәліметтерге ерекше көңіл бөлу керек. S.K. Christensen автормен (2000) TTV донорларға қарағанда (7%), АИВ-наукастарында 11 ретке жиі (76%) анықталды. TTV және АИВ ко-инфекциясының жарты жағдайында ДНК TTV титрлері донорлар арасындағы жағдайға қарағанда 5 есеге жоғары болды, авторлар TTV жоғары вiremиясы өмір сүргіштіктің төмендеуімен байланысты екендігін анықтады және TTV АИВ-инфекциясының өршуіне әсер ететіндігін дәлелдеді.

Қорытындылай келе, ВГ пен АИВ-инфекцияны жұқтыру мен оның таралуының алдын алу шараларын қадағалау керек:

қауіп-қатер тобы болып табылатын жасөспірімдер арасында алдын алу шараларын өңдеу және енгізу, өйткені олар сексуалды-белсенді және қоғамда психологиялық-әлеуметтік тұрақсыз болып саналады.

Донорларды тексеру.

Денсаулық сақтау білім беру жүйесінің белсенді ара-қатынасы және интеграциясы. Балалар мен жасөспірімдер арасында жаңа технологияларды және халықаралық тәжірибені пайдаланып, ақпараттық-білім беру бағдарламаларын ұйымдастыру, жүргізу.

Ауру әйелдердің бала тууын және туылған балалардың денсаулығын бақылау.

Медициналық мекемелер мен ұйымдарда са-

нитарлык-эпидемиологиялык нормативтердін сақталуын бақылау.

Халық арасында инфекцияны жұқтыру жолдары жөнінде ақпараттық насихаттау жүргізу.

Халықты диспансерлеу[9].

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Белозеров Е.С., Иоанниди Е.А. «Вирусный гепатит 2004г. стр3
2. Воробьев А.И. «Справочник врача общей практики» том I 2007г. стр746
3. Лисицин Ю.П. «Общественное здоровье и здравоохранение» 2009г. стр234
4. Белозеров Е.С., Иоанниди Е.А. «Вирусные гепатиты» 2004г. стр24-25
5. Нечаева Г.И. «Вирусный гепатит» 2007г.,стр58
6. Елисеев Ю.Ю. «Полный справочник инфекциониста» 2006г. стр539
7. Дж.Д.Клейн, Т.Е. Заутис «Секреты лечения детских инфекций» 2007г.стр190
8. Белозеров Е.С., Иоанниди Е.А. «Вирусный гепатит 2004г. стр24-28
9. Елисеев Ю.Ю. «Полный справочник инфекциониста» 2003 г. стр. 676-682

РЕЗЮМЕ

Вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекция представляют собой социальную и медицинскую проблему, так как нередко приводят к стойкой утрате трудоспособности, требуют повторного и продолжительного лечения.

Вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекция – группа антропонозных вирусных заболеваний с множественными путями передачи.

Существует 3 основных пути передачи вирусов гепатита В, С и ВИЧ-инфекции: парентеральный – через инфицированную кровь и ее компоненты, половой и вертикальный от матери к плоду при беременности, родах и во время кормления грудью.

SUMMARY

Viral hepatitis and HIV infection represent a social and medical problem, because often lead to a disability, require repeated and prolonged treatment.

Viral hepatitis and HIV infection - group anthroponotic viral diseases with multiple modes of transmission.

There are 3 main routes of transmission of hepatitis viruses B, C and HIV infection: parenteral - through infected blood and blood components, sex and vertically from mother to fetus during pregnancy, childbirth and during breast-feeding.

ОКАЗАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

КЫДРАЛИЕВА К.С.

КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова, г. Алматы.

Сохранение и укрепление здоровья граждан относится к числу основных государственных приоритетов, и в современных условиях важно для сохранения общества и обеспечения национальной безопасности. Состояние систем здравоохранения характеризуется наличием фундаментальных проблем, требующих принятия решений в целях дальнейшего развития государства [1].

Развитие детской стоматологической службы необходимо осуществлять в целях сохранения здоровья населения, профилактики и снижения заболеваний полости рта, более полного удовлетворения возникающих потребностей детского населения в стоматологических услугах.

Обращаемость за стоматологической помощью занимает второе место после обращаемости к врачам-педиатрам. По данным ВОЗ и различных авторов, уровень распространенности заболеваний полости рта, слюнных желез и челюстей уже у детей в возрасте до 14 лет

включительно, составляет 600 % и более, при максимальной пораженности в 7-9 лет. В критической группе детей в возрасте 12 лет, кариесом поражено в среднем у одного ребенка по 5-6 зубов.

Это свидетельствует об огромной потребности детского населения в данном виде медицинской помощи.

Отмечается тенденция к увеличению стоматологической заболеваемости у детей, это связано с ослаблением внимания к детской стоматологической службе, особенно такого ее звена, как школьные кабинеты, где резко снизились объем и качество лечебно-профилактической работы [2].

Школьный стоматологический кабинет (ШСК) – первичное стоматологическое звено, обеспечивающее необходимый профилактический и первичный лечебный уровень стоматологической помощи для детей и подростков, в рамках первичной медико-санитарной помощи.

Школьный стоматологический кабинет является удобной формой организации работы с детьми в условиях организованного коллектива, где есть все возможности для обследования детей, выявления факторов риска, проведения лечебно-профилактических мероприятий с индивидуальным подходом, под постоянным контролем медицинского персонала и в тесном контакте с педагогами и родителями.

Единственной республикой бывшего Советского Союза, где приватизировано 85% стоматологических учреждений, является Казахстан. Наряду с несомненными положительными результатами, которые дала перестройка для стоматологической службы республики наметились и определенные серьезные негативные моменты [3,7]. Прежде всего, они коснулись дефектов оказания стоматологической помощи детскому населению.

Руководство республики Казахстан предпринимало и предпринимает определенные усилия для решения данной проблемы. В частности, предусмотрен, так называемый, госзаказ, на обслуживание детей, который распределяется на конкурсной основе среди частных стоматологических организаций. Единственная сложность заключается в том, что выделяемых государством для этого средств явно недостаточно для оздоровления детского населения. В частности, на санацию 1 ребенка в год государством выделяется в среднем по республике менее 350 тенге (около 2,2 долларов США). Учитывая относительно высокий уровень стоматологической заболеваемости на территории Казахстана, значительная часть детского населения не получает столь необходимой стоматологической помощи.

Оценивая сложившееся положение и необходимость его решения, а также в целях предотвращения дальнейшего ухудшения состояния здоровья полости рта и зубов детского населения республики, необходим поиск оптимальных путей выхода из создавшегося положения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1 Щепин О.И. Оценка качества и эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений (Методические материалы). М., 1996.

2 Суниев Т.К., Мирзабеков О.М, Есембаева С.С., 2005; Суниев Т.К., 2007

3 Организация стоматологической помощи школьникам в условиях частного здравоохранения // Вісник стоматології.-2006.-№1.-С.97-101 (В соавт. с А.В. Алимским).

4 Куракбаев К.К. Состояние стоматологической помощи населению республики и пути ее дальнейшего развития. Материалы IV съезда стоматологов Республики Казахстан. Алматы, 2008, с. 8-13

5 Некоторые издержки внедрения рыночных отношений в стоматологию // Новое в стоматологии.- 1999.- №3.-С.41-43 (В соавт. с А.В. Алимским, К.З. Шалабаевой).

6 Перспективы развития детской стоматологии в условиях рыночной экономики // Актуальные вопросы хирургической стоматологии, челюстно-лицевой хирургия и новые организационные формы детской стоматологической службы в РК. —Алматы, 2003.- С.31-34 (В соавт. с А.В. Алимским).

7 Показатели пораженности кариесом зубов среди школьников г. Караганды и возможности получения ими бесплатной стоматологической помощи на фоне тотальной приватизации стоматологических учреждений в республике Казахстан // Экономика и менеджмент в стоматологии. — 2005. - №3. — С.92-94 (В соавт. с А.В. Алимским).

8 Организация стоматологической помощи школьникам в условиях частного здравоохранения // Вісник стоматології.-2006.-№1.-С.97-101 (В соавт. с А.В. Алимским).

ТҰЖЫРЫМ

Мектеп жасындағы балаларға арналған ақысыз стоматологиялық көмек халықты әлеуметтік қорғаудың құралы болып табылады. Стоматологиялық ауруларды алдын алуға арналған бағдарламалардың жоктығы халық арасында ауыз қуысы гигиенасы туралы білімінің төмендігін және алдын алу шараларын жүргізуге талпынысының төмендігін көрсетеді. Нәтижесінде әр түрлі жас топтары арасында (балалар, жас өспірімдер және ата-аналар) стоматологиялық денсаулықтың төмендігін көрсетеді.

SUMMARY

Dental School, providing free dental care for children, is an instrument of social protection. Lack of prevention of dental diseases indicates a low level of knowledge among the population for oral health, lack of motivation for carrying out preventive measures and, consequently, poor dental health in the majority of the representatives of various age groups (children, adolescents and parents) of the population.

РОЛЬ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СНИЖЕНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

МУСАЕВА З.Г., АМЕНОВА И.

КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г. Алматы

Сердечно-сосудистые заболевания остаются основной причиной смерти населения большинства развитых стран. Среди наиболее актуальных и сложных проблем практического здравоохранения следует особенно выделить проблему инфаркта миокарда. Сердечно-сосудистые заболевания оказывают большое влияние, на такие показатели здоровья, как средняя продолжительность жизни, уровень заболеваемости, смертности, временная нетрудоспособность населения. Ранняя диагностика инфаркта миокарда на догоспитальном этапе является одной из актуальных проблем современной кардиологии [1].

Неотложные кардиологические состояния развиваются внезапно, могут протекать тяжело и непосредственно угрожать жизни больного. Чаще всего они возникают на догоспитальном этапе, поэтому от качества оказания экстренной кардиологической помощи зависит течение и исход заболевания.

По статистическим данным станции скорой медицинской помощи в 2008 году 40% случаев от числа больных от инфаркта миокарда составляют лица трудоспособного возраста: от 40 до 60 лет.

По тем же данным летальность больных от сердечно сосудистых заболеваний на этапе скорой помощи в среднем составляет 20% , причем, в 17% случаев вызовы на скорую помощь поступают при обнаружении больных их родственниками без признаков жизни, в 1,5% случаев больные умирают при транспортировке в стационар.

Одной из причин высокой смертности таких больных является то, что 75% больных с заболеванием сердечно - сосудистой системы обращаются за скорой медицинской помощью после 6 часов от момента ухудшения самочувствия.

Данная патология является основной причиной не только смертности, но и высокой инвалидизации. В этой связи данная проблема является не только актуальной, но и социально значимой.

По данным официальной статистики, в 2008 году на долю болезней системы кровообращения приходилось более 11,5% общей заболеваемости и 51,6% смертности.

Анализ динамики заболеваемости показывает, что болезнь системы кровообращения вырос-

ла за период 2005 по 2008 год (с 1460,8 до 1906,1 на 100 тысяч человек соответствующего населения) [2].

Рост заболеваемости обусловлен в основном повышением таких нозологий как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда.

Первое место среди заболеваний, приводящих к смертности от ССЗ, занимает ишемическая болезнь сердца, удельный вес которой повысился с 35 % в 2005 году до 43% в 2009 году.

Следует отметить, что в большинстве случаев причиной летальных исходов у больных с ИБС является инфаркт миокарда, что обуславливает необходимость дальнейшего развития и совершенствования кардиологической службы на всех этапах оказания медицинской помощи в плане профилактики инфаркта миокарда и снижения смертности.

Установлено, что заболевания сердечно - сосудистой системы связаны с такими факторами риска как табакокурение, избыточная масса тела, низкая физическая активность, стрессы [3].

Стратегия формирования здорового образа жизни в Казахстане направлено на изменение поведения населения в сторону здорового образа жизни.

В соответствии поручением Президента Н.А. - Назарбаева Министерством здравоохранения разработана и реализуется отраслевая программа «Развитие кардиологической и кардиохирургической помощи в РК на 2007-2009 годы».

В части развития скорой медицинской помощи данной программы предусмотрено:

- оснащение специальных бригад современным диагностическим и лечебным оборудованием;
- самых современных методов диагностики и лечения;
- повышения специальной подготовки медицинского персонала;
- создание кардиологических центров, для оказания специализированной кардиологической помощи населению [4].

Все это позволяет добиться значительного улучшения качества кардиологической помощи на догоспитальном этапе, усиливает преемственность между скорой медицинской помощью и

стационаром, что, несомненно, влияет на сохранение жизни и уменьшение инвалидности от сердечно - сосудистых заболеваний.

Специализированные бригады работают в тесном контакте с блоками интенсивной терапии и реанимационными отделениями.

Врачи прослеживают судьбу больного в стационаре, выявляют допущенные ошибки.

В борьбе с сердечно - сосудистой патологией значительную роль играют организация скорой и неотложной кардиологической помощи.

Созданная в нашей стране и развивающаяся кардиологическая служба строится на принципе преемственности и этапности оказания медицинской помощи населению: амбулаторно-поликлинической, скорой, стационарной и санаторно-курортной. Эта служба представлена стройной и взаимосвязанной системой кардиологических учреждений, решающих широкий круг практических, организационно-методических и научных задач.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Сатбеков Ж.С., //Динамика развития сердечно - сосудистых заболеваний// Терапевтический вестник, Алматы, 2007, С 36-40.
2. Аманов Т.И., Жусупов А.К. — // Здоровье населения Казахстана по сердечно-сосудистым заболеваниям и оцен-

ка работы кардиологической службы// Материалы научно-практической конференции Астана, 2008. С 3-7.

3. Мамбетмуратова Г.С., Калназарова У.С. — //Преемственность станции скорой медицинской помощи с амбулаторно-поликлинической сетью города // Материалы научно-практической конференции по совершенствованию СМП.С. 3-4.

4. Отраслевая программа «Развитие кардиологической и кардиохирургической помощи в РК на 2007-2009 годы», Астана, 2007, С 3-6.

ТҰЖЫРЫМ

Өте өзекті және күрделі мәселелердің бірі болып, дамыған елдердің көпшілігінде тұрғындарының өлімі жүрек қантамыр аурулары себеп болып табылады. Денсаулық сақтауларының арасында миокард инфаркті ерекшелік керек. Халықтың уақытша жұмыссыздығына, өліміне, сырқаттанушылық деңгейіне, өмірінің орташа ұзақтығын жүрек қантамырлар ауруларына ақеліп соғады. Госпиталға дейінгі кезеңдегі миокард инфарктінің ерте диагностикасы жана кардиологияда өзекті мәселелердің бірі болып табылады.

SUMMARY

Cardiovascular disease remains the leading cause of death among the population of most developed countries. Among the most pressing and complex problems of practical public health should especially highlight the problem of myocardial infarction. Cardiovascular diseases have a major impact on such health indicators as life expectancy, morbidity, mortality, temporary incapacity of the population. Early diagnosis of myocardial infarction in the hospital before the stage is one of the urgent problems of modern cardiology.

УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ В КАЗАХСКОМ НАЦИОНАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ ИМ.С.Д. АСФЕНДИЯРОВА

МЫРЗАХМЕТОВА Ш.К.

КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова, г. Алматы

Человеческие ресурсы — понятие, отражающее главное богатство любого общества, процветание которого возможно при создании условий для воспроизводства, развития, использования этого ресурса с учетом интересов каждого человека. Понятие «человеческие ресурсы» более емкое, чем «трудовые ресурсы» и «персонал», так как содержит в себе совокупность социокультурных характеристик и личностно-психологических свойств людей [1].

Как отдельная задача со своими специфическими особенностями, аспекты управления человеческими ресурсами в период организационных изменений и развития стали затрагиваться совсем

недавно и являются еще малоизученным вопросом [2, 3].

Общая черта управленческой деятельности в сфере управления человеческими ресурсами обычно видится в том, что люди теперь рассматриваются как достояние организации, как важный и дефицитный ресурс, используемый ею в конкурентной борьбе, который надо размещать, мотивировать, развивать. Возможность же эффективного использования человеческого ресурса связывается с новой кадровой политикой, ориентированной на удовлетворение потребностей работника, интересов работников, с социальным партнерством, ориентацией на увязывание лич-

ных и организационных целей. В этом контексте управление человеческими ресурсами рассматривается как деятельность, которая способствует наиболее эффективному использованию работников для реализации как общеорганизационных, так и их личных целей [4, 5].

Управление персоналом в высших учебных заведениях рассматривается как управление важнейшим ресурсом, определяющим успех его деятельности.

Здесь наибольшее внимание уделяется: оценке и мотивации персонала; планированию карьеры, планированию поощрений и продвижения, карьерному росту персонала; анализу соответствия сотрудника занимаемой должности; анализу эффективности персонала; планированию потребностей в персонале; развитию и удержанию сотрудников, постоянному повышению квалификации персонала; оптимизации затрат на персонал в рамках принятой кадровой политики.

В соответствии с Посланием Президента народу Казахстана, Стратегическим планом развития Республики Казахстан до 2010 года и анализом результатов реализации Государственной программы «Образование» разработана Государственная программа развития образования в Республике Казахстан на 2005–2010 годы [6]. Одним из основных направлений Программы является создание эффективной системы управления образованием, обеспечивающей формирование профессионально компетентной личности, конкурентоспособного специалиста, способного самостоятельно и творчески решать профессиональные задачи, сознавать личностную и общественную значимость профессиональной деятельности, нести ответственность за ее результаты.

На сегодняшний день Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова является старейшим медицинским вузом страны, флагом медицинской науки и профессионального медицинского образования. На 7 факультетах университета ведется обучение по 7 специальностям высшего профессионального образования, по 7 специальностям бакалавриата, по специальности «Медицина в магистратуре», а также обучение в интернатуре (первичной специализации) по 7 специальностям.

В Университете работает 1454 человека профессорско-преподавательского состава, в том числе: академики — 4 человека, доктора наук — 172 человека, кандидаты наук — 475 человек.

Имеют звание «профессор» 108 человек. На сегодня в Казахском национальном медицинском университете им. С.Д. Асфендиярова обучаются 9138 студентов.

Для создания условия формирования сплоченного и высоко конкурентного ППС университета была разработана новая кадровая политика, которая позволила эффективно развивать человеческие ресурсы, внедрить справедливую политику развития каждого сотрудника.

Разработанная в университете дифференцированная система оплаты труда дала возможность создать мотивацию к эффективной работе для сотрудников. Была создана система оценки индивидуального вклада ППС на основе разработанного и утвержденного Ученым Советом специальной программы.

Развитие студенчества и внедрение принципов студенческого самоуправления позволило выделить и развивать перспективных молодых людей, внедрить новые креативные идеи в жизнь Университета и сформировать дух университетского патриотизма.

В целях реализации Стратегии развития университета на 2008–2011 гг. и Программы развития персонала:

1. В течение 2008–2009 учебного года организовано обучение сотрудников профессорско-преподавательского состава Университета со стажем работы в университете до 5 лет на нижеследующих циклах повышения квалификации:

- основы педагогики и психологии - 190 сотрудников

- информатика — 200

- казахский язык — 125

- английский язык - 250

2. В течение 2009–2010 учебного года продолжено обучение профессорско-преподавательского состава университета:

- основы педагогики и психологии — 346 сотрудников

- информатика — 354

- казахский язык — 125

- доказательная медицина — 150 (обучение продолжается)

Программы занятий разработаны совместно с сотрудниками кафедр казахского языка, иностранных языков и мед. физики и информатики, Общая и клин. психология, психотерапия и коммуникативные навыки.

Всего за время работы отдела обучено сотрудников профессорско-преподавательского и адми-

нистративно-управленческого персонала:

- основы педагогики и психологии — 530 сотрудников
- информатика — 562
- казахский язык — 255
- английский язык - 250
- доказательная медицина — 150 (обучение продолжается)

Проводится большая работа с будущим потенциалом — талантливыми студентами. С января месяца 2010 года лучшие студенты университета — «ТОР-100» приняли активное участие в качестве тренеров в Первой международной зимней школе «Актуальные вопросы общественного здравоохранения».

Создан Клуб «ТОР-100», разработан и утверждён Устав Клуба. На заседаниях Клуба регулярно проводятся тренинги, встречи с известными людьми, рабочие совещания.

Из числа первого набора «ТОР-100» создан общественный ректорат, в состав которого вошли департаменты: равный-равному, науки, образования, социальной и административной работы.

Проведено 3-х этапное тестирование среди студентов университета для набора нового состава «ТОР-100». По результатам тестирования и собеседования отобрано 20 человек. С новым составом «ТОР-100» еженедельно проводятся тренинги по лидерству, менеджменту, навыкам принятия решений. Ежедневно организуются office-hours. Студенты самостоятельно разрабатывают индивидуальные планы развития и еженедельно по ним отчитываются [7].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кибанов А.Я. Управление персоналом организации: Учебник / Под ред. А.Я. Кибанова. — 3-е изд., доп. и перераб. — М.: ИНФРА — М, 2006. — 638 с.
2. Stace D., Dunphy D. Beyond traditional paternalistic and developmental approaches to organizational change and human resource strategies // International Journal of Human Resource Management. 1991. No. 2 (3). Pp. 263 — 283.;
3. Pichault F., Schoenaers F. HRM practices in a process of organizational change: A contextualist perspective // Applied Psychology: An International Review. 2003. No. 52 (1). Pp. 120 — 143.)
4. Управление человеческими ресурсами. Энциклопедия / Под ред. М. Пула, М. Уорнера. СПб., 2002.
5. Шуллер Р.С. Управление человеческими ресурсами // Управление человеческими ресурсами: Энциклопедия. СПб., 2002.
6. Послание Президента народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2030» на Новом этапе развития Казахстана», 2007.
7. Аканов А.А., Хамзина Н.К., Ахметов В.И. и соавт. / Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова: на пути инновационных преобразований// Алматы, 2010, 181 с.

ТҰЖЫРЫМ

Адам ресурстарын басқару саласындағы менеджмент — бұл әлеуметтік немесе адам ресурстарымен жұмыс істеу саласында басқару жүйесін реттеуге бағытталған қамтамасыз етуші, мамандандырылған, кәсіби, шығармашылық инновациялық қызмет.

SUMMARY

Human resources management - is providing, specialized, professional, highly creative innovation, aimed at streamlining the management system in a certain area - a sphere of work with a social or human resources.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

НАЗАРОВА И.В.

КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова, г. Алматы

Управление персоналом — это система взаимосвязанных организационно-экономических и социальных мер по созданию условий для нормального функционирования, развития и эффективного использования кадрового потенциала организации. Система управления персоналом включает такие подсистемы, как кадровое планирование, набор и увольнение, обучение и развитие, мотивацию и вознаграждение, организацию деятельности, оценку и аттестацию кадров.

В настоящее время, в Казахстане актуален вопрос о внедрении современных технологий управления персоналом. В условиях макроэкономической и социальной стабилизации в Республике Казахстан, реализации Государственной Программы реформирования и развития здравоохранения в Республики Казахстан на 2005-2010 годы вопрос о стоматологической помощи населения не получил своего отражения. Между тем, она продолжает оставаться самым массовым видом медицинской помощи, а стоматологическое здоровье — неотъемлемой частью качества жизни людей [1,2,3]. В этой связи, научное обоснование и внедрение инновационных управленческих технологий совершенствования стоматологической помощи населению города Алматы, является актуальным.

Успешное развитие любой сферы человеческой деятельности немыслимо в современном обществе без управления, то есть систематического процесса использования ресурсов для достижения определенных целей. Можно выделить 6 основных ресурсов управления: люди, деньги, материальные средства, помещение, информация, время.

Основной из них это люди (персонал), поскольку именно они приводят в действие все остальные ресурсы. Искусство управления заключается, прежде всего, в умении организовать определенную деятельность, оптимально используя человеческий фактор. В системе здравоохранения исключительно важная роль отведена непосредственно медицинскому работнику, поэтому управление развитием кадров во всем мире признается приоритетной задачей менеджмента в области здравоохранения.

Поэтому организационное совершенствование и управление персоналом становится одной из главных функций менеджмента организации, обеспечивающих его эффективность.

Естественно, система управления персоналом зависит от структуры управления предприятием — является ли предприятие самостоятельным или это холдинговая структура, состоящая из материнской компании и многих подчиненных фирм. Но даже в холдинговых структурах применяются разные модели управления — от сосредоточения в рамках головной компании холдинга ряда общих функций и соответственно оперативного управления процессами на его предприятиях до «акционерной» модели управления, когда предприятия в основном самостоятельны, а холдинг контролирует лишь прибыльность и эффективность работы входящих в него предприятий. Указанные модели диктуют свои требования к системе управления персоналом. Однако наряду со специфическими на каждом предприятии существуют базовые элементы управления персоналом.

Если посмотреть в целом на управление персоналом, то можно отметить два важнейших подхода к управлению — американский (а) и японский (я). Особенности каждого подхода показаны в виде совокупности критериев (принципов), используемых при управлении [4,5].

Большинство американских руководителей выполняют целевые роли, в то время как японские руководители целевые и поддерживающие роли.

В США руководители склонны делать упор на производственную деятельность и игнорировать социальные аспекты, в то время как в Японии достижение и сохранение состояния удовлетворенности членов рабочей группы идет бок о бок с выполнением целевых ролей.

Деятельность по управлению персоналом — целенаправленное воздействие на человеческую составляющую организации, ориентированное на приведение в соответствие возможностей персонала и целей, стратегий, условий развития организации.

Одна из важнейших составных управленческой деятельности — управление персоналом, как

правило, основывается на концепции управления — обобщенном представлении (необязательно декларируемом) о месте человека в организации. В теории и практике управления человеческой стороной организации можно выделить четыре концепции, которые развивались в рамках трех основных подходов к управлению: экономического, организационного и гуманистического[6]:

- 1) использования трудовых ресурсов;
- 2) управления персоналом;
- 3) управления человеческими ресурсами;
- 4) управления человеком.

При изучении вопроса по совершенствованию системы управления кадровым потенциалом, решаются разнообразные задачи: определение потенциальных возможностей каждого предприятия, фактический уровень использования кадрового потенциала, выявление неиспользованных резервов, совершенствование потребностей в кадровом обеспечении, прогнозирование развития предприятий.

Кадровый потенциал следует рассматривать как ресурсы и резервы живого труда, которыми обладают работники стоматологической клиники. Величина кадрового потенциала определяется количественными (численность кадрового состава, совокупный фонд рабочего времени и т.д.) и качественными показателями (уровень квалификации и личностные характеристики работников предприятия, удельный вес специалистов в резерве, общий объем профессионально-квалификационного продвижения на предприятии). С позиции влияния внешних и внутренних факторов на систему управления персоналом можно сделать вывод, что изучение поведения работников в той или иной сфере деятельности на предприятии, использование всех новейших методов управленческой деятельности, оценочной и стимулирующей деятельности является залогом здорового функционирования как самого предприятия, так и внутри коллектива. Привлечение квалифицированной рабочей силы напрямую зависит от социально-экономических, демографических, бытовых условий, условий труда и возможности карьерного роста.

Контроль качества медицинских услуг в мировой практике является одним из главных механизмов управления отраслью здравоохранения. Одной из основ совершенствования качества медицинских услуг, согласно Государственной Программе реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 г.г., является внедрение

в медицинских организациях систем управления качеством в соответствии с требованиями международного стандарта.

С появлением коммерческой сферы в здравоохранении, и развитием рынка платных медицинских услуг появилось определенное понятие — «требование к качеству» медицинской услуги. Важным параметром качества для пациента являются критерии приведенные Кузнецовым В.В., Щепиным О.И., Гриневым В.Ф. [7,8,9], такие как:

- доступность услуги;
- квалификация персонала;
- отношение к пациенту.

Гармоничное слияние, полноценность всех составляющих понятия «качество» и эффективное его функционирование для упорядочения деятельности организации возможны при внедрении эффективных систем менеджмента качества.

На сегодня в РК крупные нефтяные, строительные корпорации, промышленные предприятия, ВУЗы, страховые компании и многие другие отрасли производства внедрили и сертифицировали систему менеджмента качества на соответствие международным требованиям МС ИСО 9001:2008. Стандарты серии ИСО-9001 применимы к любым предприятиям независимо от сферы деятельности, формы собственности, размеров предприятия.

Медицина начинает осваивать эти системы. В настоящее время в Казахстане, в рамках реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения в Республике Казахстан на 2005-2010гг, а также Постановления Правительства Республики Казахстан от 16 февраля 2004г. «О стандартизации в области здравоохранения», уполномоченным органом в области здравоохранения в лице Министерства здравоохранения РК с 2005 года проводится активная разработка и внедрение в медицинскую практику клинических руководств и протоколов диагностики и лечения. [10,11]

Системы качества являются эффективным инструментом для достижения главной цели любой организации здравоохранения — удовлетворения требований потребителя.

Построение системы качества не является одномоментным действием, а представляет собой процесс, зависящий от степени развития системы управления. Система качества создается работниками организации, на каждом этапе формирования которой критерием правильности слу-

жит положительный результат. В настоящее время назрела необходимость проведения пропаганды идей международных стандартов ИСО по менеджменту и обеспечение широкомасштабности, системности и планомерности этой работы в сфере деятельности предприятий, в том числе и медицинских [12,13,14,15].

До настоящего времени внедрение таких систем сдерживается отсутствием необходимого целевого финансирования, низкой информированностью потребителей, отсутствием реальной конкурентной борьбы на рынке предоставления стоматологических услуг, отсутствием нормативной документации на системы качества стоматологических услуг, правил (порядков) оценки систем управления качеством, специалистов по системам качества в здравоохранении, недооценкой практической отдачи от внедрения системы менеджмента качества.

Актуальность данной работы заключается в разработке новых подходов в совершенствовании качества медицинских услуг, основанных на стандартах ISO серии 9001. Опыт внедрения этих стандартов может лечь в основу рекомендаций по разработке стандартных процедур оказания высококачественной стоматологической помощи в медицинских клиниках.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 Концептуальные подходы к затратам и качеству: По материалам проекта по обеспечению качества Центра социальных служб США //Главный врач. - 2002. - №6. - С. 69-77.
- 2 Послание Президента народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2030» на Новом этапе развития Казахстана», 2007.
- 3 Куракбаев К.К. Состояние стоматологической помощи населению республики и пути ее дальнейшего развития. Материалы IV съезда стоматологов Республики Казахстан. Алматы, 2008, с. 8-13
- 4 Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Качество медицинской помощи. Управление. Измерение. Безопасность. Информация. — М.: Медицина XXI, 2004. — С. 30.

5 Кнорринг В. И. Теория, практика и искусство управления. — М., 2001.-С.512.

6 Rampesad H.K. Total Performans Scorecard, Redefining Management to Achive Performans with Integrity. — Massachusetts: Butterworth-heinemann Business Books, Elsevier Science. — 2003. — 330 p.

7 Гринев В.Ф. Инновационный менеджмент: Учебное пособие. — МАУП.: 2001, С. 152.

8 Щепин О.И. Оценка качества и эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений (Методические материалы). М., 1996.

9 Кузнецов В.В. Менеджмент стоматологической организации — М.: Медицинская книга, Стоматология, 2007. — 664с.

10 Государственная Программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005 — 2010 годы.

11 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 декабря 2005 года № 655 «Об утверждении периодических протоколов диагностики и лечения».

12 Масуд Р., Асков К., Рейне Д., Франко Л.М. и др. Современная парадигма улучшения качества в здравоохранении. - Москва, 2002, С.8.

13 Антология русского качества. Под ред.Б.В. Бойцова, Ю.В. Крянева. — М.: РИА «Стандарты и качество».

14 Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента/ Пер. с англ. М.: Дело, 1997. — 701 с.

15 Council on Medical Service, American Medical Association. Quality of care. JAMA. 1986;256:1032-1034.

ТҰЖЫРЫМ

Қызметкерлердің басқарудағы іскерлігі — адам баласының құрамдас бөлігінің әсер етту бағытына, ұйымның берілген талаптарға сәйкес дамуы, бағыт көрсету мақсатымен және қызметкерлердің мүмкіндіктері мен талапқа сай болуы келтірілген.

Ұйымның жұмыскерлері мен бірге сапалы жүйе қалыптасады, оң нәтиже дұрыс критерилердің қалыптасуы әр кезеңде байқалады.

SUMMARY

Activities of Personnel Management - purposeful influence on the human component of organizations focused on the alignment of staff capabilities and objectives, strategies, conditions for development of organization.

The quality system established by organization workers at every stage of the formation which is criterion of correctness for a positive result.

ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ИННОВАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ППС КазНМУ

ОЖИКЕНОВА А.К.

КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова

На данной статье были изучены и проанализированы предпосылки и условия способствующие развитию инновационного потенциала ППС КАЗНМУ.

В Послании Президента страны Н.А. Назарбаева народу Казахстана четко определены стратегические приоритеты развития Республики. Послание Президента, содержащее в себе программу мощного продвижения вперед, всецело обращено к человеку, его созидательным творческим силам. И глубоко закономерно то, что особое место отводится развитию образования и науки, профессиональной подготовке кадров: «Мы должны сформировать кадровый потенциал для высокотехнологичных и наукоемких производств будущего. Без современной системы образования и современных менеджеров, мыслящих широко, масштабно, по - новому, мы не сможем создать инновационную экономику»[1].

Государственная политика в области образования и науки в соответствии со Стратегией индустриально-инновационного развития Республики Казахстан на 2003-2015, Государственной программой развития образования в Республике Казахстан на 2005–2010 годы реализуется, исходя из признаков приоритетности повышения качества подготовки высококвалифицированных и конкурентоспособных кадров для всех отраслей экономики, развития социального партнерства, активного привлечения работодателей для организации профессиональной практики[2,3].

Это стало краеугольным камнем Стратегического развития Казахского Национального Медицинского Университета (КАЗНМУ)

им. С.Д. Асфендиярова принятого в 2008 г. Основные меры были направлены на подготовку высококвалифицированных специалистов, отвечающих требованиям современного рынка труда, вхождения в мировое образовательное пространство. Одними из путей реализации данных мер были определены: улучшение внутренних коммуникаций среди сотрудников университета, формирование корпоративного духа и повышению уровня мотивации работы в университете, формирование интеллектуального потенциала личности на основе ее активного участия в процессе обучения, в научно-исследовательской

работе и других сферах многогранной жизни университета и за его пределами.

В «Кадровой стратегии здравоохранения Казахстана: от учета кадров к управлению человеческими ресурсами» поднимаются вопросы состояния, основные тенденции развития человеческих ресурсов в мировом сообществе в целом, и в системе здравоохранения в частности. В работе представлено концептуальное видение управления человеческими ресурсами в системе здравоохранения Казахстана[4] [Аканов А.А. и др.].

Развитие и будущее университета во многом зависит от уровня эффективности проведения кадровой стратегии, и административной реформы. Безусловно, ППС нуждается в условиях, как способствующей формированию и развитию его профессионального потенциала, соответствующие к новым требованиям, так и в эффективности кадровой стратегии, которую должен иметь каждый ВУЗ.

Такая система невозможна без современной, комплексной системы оценки уровня внутреннего потенциала ППС как в целом, так и всех его составляющих в отдельности. Чем точнее будут построены оценки, и полнее учитываться характеристики, тем успешнее могут быть решены приоритетные вопросы по реализации кадровой политики.

Чтобы реализовать встающие в ходе развития инновационного потенциала ППС задачи, необходимо разрешить **ряд основных противоречий**: между потребностью в педагогах, способных к инновации, и несоответствием к этим требованиям профессионально – личностных характеристик многих педагогических кадров; между потребностью в постоянном самообразовании и сохраняющимися стереотипами подготовки педагогов без учета развития мотивации к инновациям; между потребностью постоянного повышения квалификации педагога и слабо разработанной теории и методики формирования их инновационного потенциала.

Недостаточная разработанность проблемы, связанные с вопросами развития внутреннего потенциала ППС КазНМУ требует изучения и анализа предпосылок и условий, способствующих развитию инновационного потенциала ППС.

В последние годы исследователи условия повышения внутреннего потенциала ППС [5,6,7,8,9,10] в совокупности своих трудов, по существу, сформулировали новую область знания — педагогическую инноватику. Осмыслены и введены такие понятия как «педагогические инновации», «инновационный процесс», «реформирование», «модернизация», и т.п. Их применение в качестве методологического инструмента поиска и апробации новых путей модернизации будет во многом зависеть от формирования инновационного потенциала педагогов, их стремления и способности воплощать в жизнь новые проекты.

В справочно — энциклопедической литературе понятие «потенциал» в общем смысле рассматривается как «средства, запасы, источники, имеющиеся в наличии и способные быть мобилизованы и использованы для достижения определенной цели, осуществление плана, решения какой — либо задачи». В семантическом смысле данное понятие толкуется как «сила», «способность», «ресурс», «резерв», «запас».

Опираясь на это, рассматривается «инновационный потенциал педагога» как совокупность новых знаний, творческих способностей и активной деятельности в соответствии с новыми социально — экономическими реалиями и, прежде всего, с потребностями рынка труда.

Современные теории развития личности создают хорошую методологическую основу для научного исследования. В частности, как показывает анализ акмеологических концепции, полнота рассмотрения развития личности требует обобщенного понятия, определяющего всю совокупность его качеств как профессионала.

Это создает предпосылки для использования такого интегрального понятия как «инновационный потенциал педагога». Оно использовано в исследовании совокупной характеристики способности и готовности педагогических коллективов.

Целевое исследование данной проблемы позволяет выделить объективные и субъективные предпосылки формирования инновационного потенциала педагога. К объективным (внешним) предпосылкам отнесены: государственная (в том числе региональная) политика в области образования, которая регулирует социальный заказ общества (рынка труда, работодателя), образовательное пространство субъекта, требующее от педагога учета в своей деятельности особенностей экономики и культурно — образовательной сре-

ды, в которой педагог выступает и как потребитель и как деятель образования; традиции и опыт учреждения, где трудится педагог.

К субъективным предпосылкам относятся индивидуальные особенности профессионального развития личности педагога, в том числе и психологические, степень освоения предмета своей педагогической деятельности, уровень развития инновационного потенциала в целом.

На основе анализа практического опыта педагогических коллективов были определены, что внедрение нового требует преодоления стереотипов, изменения педагогического сознания и самосознания.

Проведенные наблюдения показали устойчивость типа мышления педагогов и руководителей, направленного на сохранение и поддержание сложившихся на протяжении достаточно длительного времени традиций и нравственных ценностей, восприятие существующей модели профессионального образования, как не требующей совершенствования. Инновационный потенциал педагогов формируется крайне медленно. Сопровождаясь высокой инерционностью и консерватизмом. Почти половина педагогов убеждены в том, что:

- Образовательный процесс должен строиться по учебному плану, который «спускается сверху» и его только надо добросовестно выполнять;

- Разработка учебных программ — это дело вышестоящих методических органов, а не непосредственная функция преподавателя или мастера производственного обучения;

- Несмотря на различные познавательные возможности и интересы, все учащиеся должны освоить одну и ту же образовательную программу в одно и то же время;

- Занятия должны проводиться в форме урока, желательно при полной и недопущении недозванного общения учащихся между собой и т.п.

Такой тип мышления характеризуется отсутствием инновационного потенциала. Педагог не поставлен в условия, когда от него требовалось бы профессиональное размышление над критериями отбора содержания образования, выбором эффективных средств и способов обучающей деятельности. Анализ применяется только по отношению к текущим педагогическим ситуациям, которые не требуют глубоких научно- педагогических знаний.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. В Послании Президента страны Н.А. Назарбаева народу Казахстана.
2. Государственная политика в области образования и науки в соответствии со Стратегией индустриально-инновационного развития Республики Казахстан на 2003-2015
3. Государственной программы развития образования в Республике Казахстан на 2005–2010 годы
4. «Кадровой стратегии здравоохранения Казахстана: от учета кадров к управлению человеческими ресурсами». [Аканов А.А. и др.]
5. Никитин М. В.»Управление развитием персонала» //, #1, 2005г., Москва Рубрика: Корпоративное обучение.
6. Гиацинтова С. «Управление человеческим потенциалом», #2, 2009 г.М, Рубрика: Подбор персонала / Удержание персонала
7. Лейбович А.Н., Профессиональная педагогика (учебник) 32 п.л. М.: Ассоциация «Профессиональное образование», 2003

8. Лейбович А.Н., Четко сформулированная цель — залог успеха М.: Профессиональное образование, 2004 N 7
9. Лейбович А.Н., Социальное партнерство М.: Профессиональное образование, 2005, N 3
10. Лейбович А.Н., Рыкова Е.А., Гривина И.В., Гринько В.С. / Методика прогнозирования объемов и структуры подготовки кадров на региональном и муниципальном уровнях. Институт развития профессионального образования Минобразования России, 2005г

ТҰЖЫРЫМ

Бұл статьяда ҚазҰМУ-дың профессорлық — оқытушылық құрамының инновациялық потенциалын дамытуға әсер ететін алғышарттары мен мүмкіншіліктері зерттелді.

SUMMARY

In this article have been studied and analyzed the prerequisites and conditions contribute to the development of innovative potential of professors and teaching staff of kazakh national medical university.

НОВЫЕ ФОРМЫ УПРАВЛЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ БОЛЬНИЧНОЙ ПОМОЩИ

ТАУКЕБАЕВ К.Б.

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы

С распадом СССР, реформы стали повседневной частью жизни нашей республики, рыночная экономика диктовала нашей стране новые правила, и с учетом этих же правил, экономика и все остальные отрасли перетерпели многие изменения. Здравоохранение тоже не избежало реформ, и попытки реформировать эту отрасль предпринимались не раз:

Этапы истории системы здравоохранения Казахстана:

1992-1995 годы — (пост) советская система здравоохранения;

1996-1998 годы — бюджетно-страховая модель здравоохранения;

1999-2003 годы — бюджетная модель на основе программного финансирования. [4]

Однако ни одна из этих реформ не была доведена до логического конца и не смогла коренным образом изменить ситуацию в системе здравоохранения, и потому стационарная помощь многие годы работала по старинке, не ориентируясь на конечный результат и выгодное использование ресурсов, до введения единой националь-

ной системы здравоохранения (ЕНСЗ) в 2009 году. [2]

На первом этапе (1992-1995 годы), конечно же, нашей стране ничего не оставалось, как использовать старую модель, поскольку на освоение и реформу никаких других средств у страны вовсе не было.

Второй этап был вполне продуктивен, но последовавший кризис в мировой экономике так и не дал закончить данные преобразования, и стране ничего не оставалось, как обратно вернуться к бюджетной модели, основанной на программном финансировании.

С введением ЕНСЗ использование методов менеджмента в здравоохранении стало вполне актуальным.

Управление или менеджмент присутствует во всех организационных структурах, поскольку организация имеет системную структуру. Больницы или стационары так же являются системой, и имеют управление. За рубежом наука об управлении широко развита, хотя как наука она родилась совсем не так давно, но применение ее

послужило для развитых стран большим толчком, как в экономике, так и в производстве [6].

И нашей стране грех было бы не воспользоваться опытом развитых стран и с учетом наших же потребностей и имеющихся средств, применить этот опыт в нашей системе здравоохранения и стационарной помощи, что могло бы в разы повысить качество стационарной помощи. В развитых странах уже давно поняли, что используя человеческий ресурс на максимальной эффективности можно добиться очень хороших и эффективных результатов.

Исходя, из системного подхода по менеджменту любая та или иная организация управляет-ся и функционирует по трем видам деятельности:

1. Системный подход - организация является структурой трансформирующей входные элементы (все виды ресурсов) в результаты, или выходные элементы (товары и услуги), попадающие во внешнюю среду. В обмен на товары и услуги, организация забирает из внешней среды те ресурсы, которые не обходимы для повторения цикла. Этот цикл постоянен и непрерывен. Все организации функционирует, и могут управляться по единым правилам.

2. Ситуационный подход противоположен системному подходу. Каждая организация уникальна и должна вырабатывать свой стиль управления. Этот подход относительно не нов, однако он получает все больше признания среди современных менеджеров, так как в нем доказывается отсутствие универсальных методов управления.

3. Качественный подход, основан на приоритете качества во всем, что предпринимает организация в своей деятельности. Это позволяет им приобретать конкурентное преимущество на рынке. [5]

Как мы видим из вышеизложенного наша стационарная помощь все эти годы в основном работала на принципах системного старого подхода оставшегося нам от союзного опыта системы Симашко. Но поскольку мы живем в рыночной экономике, то и этот подход уже исчерпал себя, и введение ЕНСЗ стало жизненно необходимым, потому что ЕНСЗ как раз таки больше затрагивает стационарную помощь в большей степени, чем ПМСП. И это вполне оправдано, потому что более 50% выделяемых всех средств на данный сектор осваивается именно стационарной помощью [1]. Применение технологии менеджмента позволит более эффективно использовать как человеческий ресурс, так и финансовые ресурсы.

В США, как и в Британии, давно уже существует в здравоохранении как больницах так и в крупных клиниках должность Медико-санитарной помощи менеджеров, поскольку здравоохранение у них является бизнесом и как всякий бизнес подлежит хорошему управлению. Медико-санитарные менеджеры или называемые по-другому администраторы здравоохранения выполняют функции планирования, управления, координации и контроля за доставкой в здравоохранении. Это рабочие, либо специалисты, ответственные за конкретные клинические отделы, которые управляют всеми объектами или системой в целом. Менеджеры могут выполнять как административную так и клиническую работу, и как правило эти специальности не взаимосвязаны, если специалист по административному делу то он выполняет функции администратора, а клиницист управления клиническими отделами. [7]

В наших же больницах как мы знаем функции менеджеров выполняет главный врач, их заместители, и заведующие отделениями и для нашего опыта вполне применимо чтобы увеличить эффективность работы стационаров ввести дополнительные должности и создать рабочие места .

В ЕНСЗ предусматриваются этапы создания и введение в практику новых административных должностей и применение ими опыта зарубежных стран в управлении больниц. [3]

При выполнении своих функций руководитель должен поступать творчески, умело маневрируя имеющимися ресурсами, «встраивая» свои знания и опыт в реальную действительность с выгодой для организации, общества и для себя. Существует две различные точки зрения на значение науки менеджмента и специального управленческого образования для подготовки кадров менеджеров. Первая точка зрения, характерная для США и Европы, отводит управленческому образованию очень важную роль. Здесь считают науку менеджмента основополагающей для формирования специалистов по управлению людьми. Вторая точка зрения сложилась в Японии, где крупные фирмы сами подготавливают руководителей, т. е. происходит обучение опытом. [6]

Как и все остальные отрасли, рынок медицинских услуг в республике имеет свой потенциал развития и должен быть освоен как государственным, так и не государственным сектором. И применение практики менеджмента в этом должно играть не последнюю роль, так как из менеджмента вытекает и грамотный маркетинг, а из него конкуренция.

Рыночная экономика диктует свои правила, и введение ЕНСЗ нацелено создать вполне эффективную и развитую конкуренцию, как среди частного сектора здравоохранения, так и государственного. Так, по введенным с нынешнего года реформам пациент может сам выбирать как врача, так и организацию где он будет проходить лечебные мероприятия. В данной ситуации применение методов больничного менеджмента очень необходимы, и имеет вполне конкретный смысл, дабы успехи работы организации будут напрямую зависеть от клиентов организации, а то есть от пациентов. Для того, чтобы организация могла добиться успеха, цели и задачи ее подразделений должны быть скоординированы посредством вертикального и горизонтального разделения труда. Успешность деятельности организации зависит от умения выжить, результативности, эффективности и производительности, которые определяются уровнем менеджмента. Развитие менеджмента, приспособление его к конкретной обстановке на сегодня является одним из главных рычагов улучшения результатов деятельности организаций, предприятий. И применение методов науки управления вполне становятся реальными и необходимыми.

Методы менеджмента — это совокупность правил и процедур решения различных задач управления с целью обеспечения эффективного развития организации. Методы менеджмента позволяют снизить интуитивный характер управления, внести упорядоченность, обоснованность и эффективную организацию в построение и функционирование систем управления в организациях, несмотря к каким отраслям деятельности это имеет значение.[6]

И в последующем именно менеджеры будут решать, какие цели и задачи будут поставлены перед организациями, и какие методы можно использовать для достижения данных целей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Здравоохранение Казахстана — прошлое, настоящее, будущее. А.А. Аканов 2005г
2. Здравоохранение мира: Состояние, Перспективы, Развитие. В.Н. Девятко, М.К. Кулжанов, А.А. Аканов
3. Здравоохранение Казахстана на пороге структурных преобразований (взгляд в будущее). А.А. Аканов 2006г
4. Больничное дело в Казахстане: Состояние, проблемы и подходы к новой модели А.А. Аканов, В.Н. Девятко, В.И. Ахметов, Б.С. Байсеркин, К.А. Тулебаев, А.Я. Кацага 2006г
5. Организация здравоохранения Казахстана. А.А. Аканов, К.К. Куракбаев, А.Н. Чен, В.И. Ахметов 2006г
6. Практикум по теории управления. Васильев Юрий Викторович, Порохина Валентина Николаевна, Ушвицкий Лев Исакович 2004г
7. Journal of Healthcare Management По Аллисон А. Chilgren | Журнал управления здравоохранением - июль-август 2008 г

ТҰЖЫРЫМ

Жалпы ұлттық денсаулық сақтау жүйесін енгізу барысында аурухана басқару жүйесіне шет елдік менеджмент тәжірибесіне негізделген жаңа мамандықтарды енгізу көзделген. Осы шаралар денсаулық сақтаудың бұл саласында экономикалық және адамзаттық ресурстарын тиімді пайдалануға өсерін тигізеді.

SUMMARY

Introduction new systems of the health care provides steps for creating and introducing new administrative positions and use their experience of foreign countries in the management of hospitals. This will allow more efficient use of both economic and human resources in this part of health care.

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ТЕМЕРБЕКОВ Ф.О.

КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

Основной задачей любой системы здравоохранения независимо от принципов ее организации и уровня функционирования является предоставление гарантированной возможности каждому жителю страны прожить длительную, здоровую и продуктивную жизнь. Целью ее является: «Обеспечение высококачественной и доступной медицинской помощи, динамичное развитие системы здравоохранения с ориентацией на предупреждение заболеваний, формирование мотивации к здоровому образу жизни населения и улучшение демографической ситуации» [2].

Проблема качества исключительно важна во всех аспектах оказания медицинской помощи: для профилактики заболеваний, сохранения здоровья, увеличения продолжительности жизни, улучшения ее качества при заболевании и при инвалидности.

Качество медицинской помощи — совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии.

В практике зарубежного здравоохранения и специальной литературе наиболее распространены следующие определения (понятия) качества медицинской помощи:

1. Совокупность свойств и характеристик услуг, которые определяют их способность удовлетворять установленные или предполагаемые требования:

- снижать риск прогрессировать, либо возникновения нового заболевания,
- оптимально использовать ресурсы,
- обеспечивать удовлетворенность.

2. Совокупность результатов профилактики, диагностики и лечения

заболеваний, определяемых установленными требованиями на основе

достижений медицинской науки и практики.

Таким образом, для создания качественного обслуживания (услуги) необходимо выявить потребности, которые предполагается удовлетворить медицинской помощью или отдельной медицинской услугой, и их характеристики.

Характеристики качества медицинской помо-

щи как требования пациентов, врачей и инвесторов медицинской помощи представлены широко. Как считают американские (Henry Ford Medical Group Clinical Practice Improvement Process, 1998) и российские (Г.И. Назаренко, Е.И. Полубенцева, 2000) авторы, такими приоритетными характеристиками качества являются:

- со стороны пациентов — заинтересованность, вежливость персонала;
- облегчение симптомов заболевания; функциональное улучшение;
- со стороны врачей — соответствие оказываемой помощи современному техническому оснащению, свобода действий в интересах пациента;
- со стороны инвесторов — эффективное использование имеющихся

фондов здравоохранения, соответствующее использование медицинских ресурсов, максимальный вклад в снижение нетрудоспособности.

А.Донабедиан (Donabedian A., 1990) выделил следующие основные характеристики качества медицинской помощи:

- Результативность — внешняя эффективность, измеряющая достижение целей организации. Результативность можно определить как отношение достигнутого результата к максимально возможному, основанному на использовании последних достижений науки технологии.

- Эффективность — внутренняя эффективность, экономичность, измеряющая наиболее рациональное использование ресурсов. Отражает стремление добиться наименьшей стоимости медицинской помощи без снижения ее результативности.

- Оптимальность — оптимальное соотношение затрат на здравоохранение и получаемых результатов в улучшении здоровья.

- Приемлемость — соответствие оказанной помощи ожиданиям, пожеланиям и надеждам пациентов и их родственников.

- Законность — соответствие социальным предпочтениям, выраженным в этических принципах, законах, нормах и правилах.

- Справедливость, беспристрастность — соот-

ветствие принципу, который определяет обоснованное и законное распределение медицинской помощи и льгот среди населения.

Вместе с изменением представлений о качестве менялись и концептуальные модели управления качеством. В настоящее время общепризнаны следующие концептуальные модели:

1. Контроль качества (quality control) — методы и виды деятельности оперативного характера, используемые для выполнения требований к качеству.

2. Обеспечение качества (quality assessment) — виды деятельности, планируемые и систематически осуществляемые в рамках системы качества, а также подтверждаемые, необходимые для создания достаточной уверенности в том, что объект будет выполнять требования к качеству.

3. Непрерывное повышение качества (continuous quality improvement) — мероприятия, предпринимаемые повсюду в организации с целью повышения эффективности и результативности деятельности и процессов для получения выгоды, как для организации, так и для ее потребителей.[3].

Как же обстоят дела с контролем качества в Казахстане?

Государство, выступая гарантом конституционного права каждого гражданина на охрану здоровья, ставит перед собой разнообразные задачи: законодательные, медико-экономические, технические, организационные и прочие. Одним из инструментов их решения является контроль качества медицинской помощи.

В большинстве развитых стран с многолетней практикой рыночных отношений в здравоохранении вопросы экспертизы медицинской помощи, оценки квалификации медицинских работников, так же как и вопросы разработки стандартов лечения и медицинского образования, решают профессиональные объединения.

В Казахстане, где профессиональные ассоциации еще находятся в стадии становления, данные задачи возложены в основном на государственные органы.

Тем не менее, Министерство здравоохранения использует все возможности для интеграции государственных и общественных институтов в деле повышения качества медицинских услуг.

Тема обеспечения прав пациентов — одна из наиболее актуальных в современном здравоохранении. На этапе перехода отечественной системы здравоохранения от административной моде-

ли к рыночной обостряются насущные проблемы здравоохранения. Есть проблемы и в законодательном регулировании взаимоотношений врача и пациента, и в системе оценки медицинской деятельности в целом.

Сегодня в Казахстане, согласно действующему законодательству, экспертиза качества медицинской помощи осуществляется независимыми экспертами Комитета по контролю в сфере оказания медицинских услуг.

Осуществляя контроль качества медицинской помощи, Комитет опирается на действующие отраслевые правила и нормы.

Повышение качества медицинской помощи

В целях повышения качества медицинских услуг Комитет принимает меры по развитию аккредитации, независимой экспертизы (и) внутриведомственного контроля в сфере медицинских услуг.

Аккредитация начинается с проведения самооценки, и в этом службам качества клиники помогают специально подготовленные эксперты. Эта работа может быть довольно продолжительной по времени, в течение которого производится не просто оценка, а доведение деятельности клиники по организации и предоставлению медицинских услуг до определенных стандартов.

По окончании работы экспертами выносятся заключение о соответствии организации работы стандартам аккредитации. Аккредитация организации — это бесценный опыт по управлению качеством медицинской помощи, и несомненное улучшение показателей деятельности клиники.

В течение нескольких лет последовательно ведется работа по развитию независимой экспертизы в сфере медицинских услуг, создан стандарт дополнительного медицинского образования по специальности «экспертиза качества медицинских услуг», определены требования к экспертам, проводится аккредитация специалистов практического здравоохранения на право проведения независимой экспертизы медицинской деятельности.[1]

Учитывая необходимость и эффективность внутрибольничного контроля, министерство проводит целенаправленную работу по созданию службы управления качеством в медицинских организациях. Положение о службе внутреннего аудита включено в проект Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения[4]. Предполагается, что структура и состав данной службы будут определяться руководителем организации

в зависимости от объема оказываемых медицинских услуг. Службой внутреннего контроля (аудита) будет проводиться текущий анализ организации оказания медицинской помощи, клинической деятельности медицинского учреждения. Кроме того, в полномочия службы будет входить своевременное рассмотрение обращений пациентов, находящихся на лечении.

Создание единой системы управления качеством медицинской помощи предполагает взаимодействие и интеграцию механизмов внутреннего аудита, государственного контроля и независимой экспертизы медицинской деятельности.

В перспективе должен развиваться внешний контроль со стороны страховых компаний, медицинских и попечительских советов, обществ защиты прав пациентов.[1]

Экспертиза качества медицинских услуг станет прерогативой независимых экспертов, неправительственных профессиональных организаций и страховых компаний. Профессиональные медицинские ассоциации будут обладать широкими полномочиями в осуществлении аккредитации субъектов здравоохранения, аттестации медицинских кадров.[5]

Разграничение полномочий государства и неправительственных организаций позволит направлять усилия уполномоченного органа в области здравоохранения на анализ ситуации и принятие стратегических решений, общее руковод-

ство отраслью и межотраслевую координацию мероприятий по дальнейшему развитию здравоохранения.[1]

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Журнал «Ремедиум» №10 (2008) Б.С. БАЙСЕРКИНА, зам. председателя Комитета по контролю в сфере оказания медицинских услуг Минздрава Республики Казахстан
2. «Современные требования, предъявляемые к качеству оказания медицинской помощи» к.м.н., профессор Н.Н. Безюк
3. <http://edu.samsmu.ru/course/view.php?id=21>
4. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения»
5. «Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи». Ковалев У.В., Гайдаров Г.М., Голубева А.П., Гуров А.Н., Стариков К.А., Фомин А.А.

ТҰЖЫРЫМ

Демографиялық жағдайды жақсарту денсаулық сақтау жүйесінің негізгі талабы, оны жүзеге асыру үшін дәрігерлік көмектің сапасын көтеру қажет. Бұл үшін дәрігерлік көмектің айқын анықтамсын, оны бағалаудағы критерилерін, оны қадағалайтын жүйе мен даму стратегиясын қалыптастыруымыз қажет.

SUMMARY

The most important way to achieve the objectives for health and to improve the demographic situation is to provide high quality health care. To do this we must have a clear idea of what determines the quality of care, to develop criteria for its evaluation, and create system of quality control and identify strategies to improve it.

7 апреля 2010 года в Министерстве здравоохранения РК состоялась пресс-конференция, посвящённая Всемирному дню здоровья. В пресс-конференции приняли участие: Вице-министр здравоохранения Республики Казахстан Елжан Биртанов, Глава Странового офиса ВОЗ в Казахстане Павел Урсу, Генеральный директор Национального центра проблем формирования здорового образа жизни Сауле Диканбаева.

«Урбанизация и здоровье» – такова тема Всемирного дня здоровья 2010 года. Выбор был сделан из-за воздействия, которое урбанизация оказывает на общее здоровье на глобальном уровне и на здоровье каждого человека в отдельности.

По словам Главы странового офиса ВОЗ в Казахстане Павла Урсу сегодня более 3 миллиардов людей на планете живет в городах, и эта тенденция продолжает расти. Эксперты ВОЗ отмечают, что в 2030 году в городах будет проживать шесть из десяти землян, а к 2050 году этот показатель составит уже семь из десяти жителей планеты. Это значит, что урбанизация набирает обороты, а вместе с ней нарастает и число проблем для здоровья, связанных с качеством воды, экологией, насилием и травмами, а также неинфекционными болезнями.

Переселение в города усугубляет и такие факторы риска для здоровья, как употребление табака и алкоголя, нездоровое питание, малоподвижный образ жизни, возможные вспышки болезней. Многие из этих проблем могут быть устранены за счет правильного планирования городов и улучшения жилищных условий, считают в ВОЗ.

В рамках Всемирного дня здоровья проводится кампания «1000 городов — 1000 жизней», призывающая большие и малые города открыть свои улицы для проведения мероприятий по укреплению здоровья и продвижению здорового образа жизни и чествовать людей, внесших заметный вклад в оздоровление своего города и защиту здоровья горожан.

В эти дни Казахстан станет частью мирового движения за оздоровление городов. Девиз Всемирного дня здоровья 2010 года в Казахстане: **«Сделаем наши города безопасными для здоровья!»**. 7 апреля будет дан старт Республиканскому фестивалю-эстафете «Здоровые города Казахстана». В течение недели горожанам будут предоставлены улицы, свободные от транспорта. Во всех городах страны организованы

массовые забеги и марши; в парках, скверах, на стадионах и других открытых местах пройдут массовые спортивные мероприятия.

Кампания «1000 городов — 1000 жизней» послужит платформой для объединения местных органов власти, групп гражданского общества и отдельных лиц вокруг общей цели обеспечения здоровья. Она даст возможность людям получать удовольствие от физических упражнений, музыки и пребывания на открытом воздухе.

12 мая 2010 года состоялась пресс-конференция на тему: **«Заболеваемость артериальной гипертонией в Казахстане. Вопросы профилактики и раннего выявления болезни»**, посвященная Всемирному дню борьбы с гипертонией.

Участники пресс-конференции: Сауле Диканбаева - Генеральный директор Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни, Сымбат Абзалиева - главный врач Научно-исследовательского института кардиологии и внутренних болезней, Анаркул Кулембаева — ведущий специалист Городского кардиологического центра, Курмангазы Мадалиев — заведующий кардиологическим отделением Научно-исследовательского института кардиологии и внутренних болезней.

Артериальная гипертония является широко распространенным заболеванием, как в развитых, так и развивающихся странах. Сегодня в мире около 40 % взрослого населения страдает артериальной гипертонией. Однако половина больных не знает, что они имеют высокие показатели артериального давления. Коварность этого заболевания заключается в том, что оно часто протекает бессимптомно. Последствия артериальной гипертонии могут быть катастрофическими — это не только ухудшение зрения, развитие ишемической болезни сердца, но и инсульты, инфаркты, которые приводят к инвалидизации и высокой смертности.

В Казахстане артериальная гипертония имеет стойкую тенденцию к росту. Так, по данным Агентства РК по статистике, в 2006 году регистрировалось 577,5 случаев на 100 тысяч населения; в 2007 году - 597,3; в 2008 году - 764,6; в 2009 году - 877,5 случаев на 100 тысяч населения. Ежегодно регистрируется от 92 тысяч до 135 тысяч новых впервые выявленных случаев заболеваний. Следует отметить, что артериальная гипертония выявляется у большего числа людей

молодого возраста. Существенное влияние на рост заболеваемости артериальной гипертонией оказывают такие факторы риска, как курение, злоупотребление алкоголем, избыточная масса тела, малоподвижный образ жизни, стрессы.

Недостаточная информированность населения о гипертонии приводит к недооценке тяжести этого заболевания, к низкой обращаемости за помощью к врачам на ранней стадии, когда еще можно избежать серьезных осложнений. Отмечается низкая активность населения в определении уровня своего артериального давления. По рекомендациям ВОЗ, каждый человек старше 18 лет должен знать свое артериальное давление, показатели нормы не должны превышать 140/90 мм рт.ст.

Всемирная лига борьбы с гипертонией объявила 17 мая 2010 года Всемирным днем борьбы с гипертонией. В этот день в Казахстане пройдет масштабная кампания, цель которой — донести до широких кругов общественности опасность артериальной гипертонии и серьезность ее медицинских осложнений, а также предоставить всю необходимую информацию о профилактике, выявлении и лечении этого заболевания.

17 мая 2010 года каждый житель Казахстана может измерить свое артериальное давление во всех медицинских организациях, а также специально организованных пунктах в многолюдных местах (торговые центры, аэропорты, вокзалы, бизнес-центры и др.). Все участники получают консультацию по профилактике артериальной гипертонии и информационные материалы «Узнай свое давление». Акция проводится при поддержке компании «Гедеон Рихтер», которая предоставила тонометры для измерения давления 200 волонтерам в 16 городах Казахстана и осуществила тираж информационно-образовательных материалов для населения.

20 мая 2010 года прошла пресс-конференция на тему: **«Готовность Казахстана в борьбе с инфекцией полиомиелит».**

Участники пресс-конференции: **Татьяна Слажнева** — заместитель директора Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни, **Бауыржан Байсеркин** — директор Казахской Республиканской санитарно-эпидемиологической станции, **Сакен Амиреев** — заведующий кафедрой эпидемиологии Казахского Национального медицинского университета, **Сауле**

Нургалиева — начальник отдела эпидемиологического надзора Департамента государственного санитарно-эпидемиологического надзора города Алматы.

Эпидемиологическая ситуация в Республике Казахстан по полиомиелиту благополучная, на 18.05.2010 года случаев полиомиелита не зарегистрировано. На протяжении ряда лет уровень охвата вакцинацией против полиомиелита детей в Республике Казахстан составляет 95%. С 2002 года Казахстан объявлен ВОЗ страной свободной от полиомиелита.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения по состоянию на 17.05.2010 г. в Таджикистане зарегистрировано 278 случаев острых вялых параличей, из них в 56 случаях лабораторно подтвержден полиомиелит, в том числе 52 случая (93%) — у детей в возрасте до 6 лет. В России в городах Иркутск и Москва зарегистрировано 2 случая полиомиелита среди детей до 1 года, завезенных из Таджикистана.

Учитывая эпидемиологическую ситуацию по полиомиелиту в сопредельных странах, Министерством здравоохранения Республики Казахстан проводятся следующие мероприятия:

- создан оперативный штаб по координации мероприятий по недопущению завоза и распространения случаев полиомиелита в республику;
- проводится еженедельный эпидемиологический мониторинг за острыми вялыми параличами (ОВП) в Казахстане, а также за эпидемиологической ситуацией, сложившейся в странах, где зарегистрированы случаи ОВП;
- территориальными органами санитарно-эпидемиологического надзора с участием специалистов Министерства здравоохранения осуществляется анализ привитости от полиомиелита детей в возрасте до 5 лет с последующей довакцинацией непривитых детей;
- проводятся мероприятия по выявлению и вакцинации детей, прибывших из Таджикистана;
- в пунктах пропуска на Государственной границе Республики Казахстан усилен санитарно-карантинный контроль за лицами, прибывающими из Таджикистана с проверкой наличия сертификата о прививках от полиомиелита у детей до 15 лет и с дальнейшей вакцинацией детей без прививочного сертификата на базе медицинских пунктов (санитарно-карантинных пунктов) международных аэропортов и железнодорожных вокзалов;
- направлено письмо в Министерство иностр-

ранных дел Республики Казахстан по рассмотрению вопроса об ограничении въезда детей из Таджикистана, непривитых против полиомиелита;

- обеспечена готовность лечебно-профилактических организаций на случай регистрации полиомиелита в Казахстане;

- налажена взаимосвязь с Всемирной Организацией здравоохранения, Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ), министерствами здравоохранения Таджикистана и России.

26 мая 2010 года состоялась пресс-конференция на тему: «**Рост курения среди женщин в Казахстане: ситуация и последствия**», посвященная Всемирному дню без табака.

Участники пресс-конференции: Сауле Диканбаева — директор Национального центра проблем формирования здорового образа жизни, Асхат Идрисов — начальник отдела профилактической службы Управления общественной безопасности Департамента внутренних дел г. Алматы, Лаззат Базарбаева — заведующая отделом социальной и судебной психиатрии Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии.

Табачная эпидемия ежегодно уносит жизнь 5,4 миллионов человек из-за рака легких, болезней сердца и других заболеваний. Потребление табака является одним из основных и предотвратимых факторов риска развития смертельных заболеваний и второй причиной смерти на глобальном уровне после гипертонии.

Табак убивает половину тех, кто его употребляет. Тем не менее, потребление табачной продукции приобрело повсеместный характер во всем мире. Это обусловлено низкими ценами, агрессивной и широко распространенной практикой сбыта, отсутствием осведомленности о связанных с табаком опасностях и непоследовательной государственной политикой, направленной против его потребления. Особенно пугает рост курильщиков среди женского населения.

По инициативе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно 31 мая отмечается Всемирный день без табака, цель которого привлечь внимание мирового сообщества на табачную эпидемию и ее смертоносные последствия. Этот день позволяет пропагандировать конкретные меры по сокращению табакокурения и содействовать реализации Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака.

Всемирный день без табака 2010 года нацелен на привлечение внимания общественности к вредному воздействию табачного маркетинга по отношению к женщинам и девушкам. По данным ВОЗ в мире курит 12% женщин. Наибольшая распространенность курения среди женщин отмечена в Дании — 37%. В развивающихся странах, где живет наибольшее количество курильщиков, курит 7% женщин.

В Казахстане курит около 9,8% женщин в возрасте старше 12 лет (в 2001 году — 7,5%, в 2006 году — 8%), причем наибольшие уровни курения отмечаются в возрастной группе 20-29 и 40-49 лет (данные Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни). Соотношение курящих женщин к курящим мужчинам в 2004 году составляло 1 к 5, сегодня оно равно 1 к 3, а в возрастной группе 13-15 лет — 1 к 2, хотя еще только 10 лет назад соотношение курящих девочек и мальчиков в отдельных регионах было 1 к 5 и даже 1 к 10. Самый высокий уровень курения женщин отмечается в возрастных группах 18-19 лет (20%) и 20-29 лет (17,2%).

Не последнюю роль в приобщении к курению женского населения сыграл рекламный маркетинг табачных компаний. Так, за последние годы табачные компании в Казахстане увеличили количество «женских» брендов сигарет в 2 раза (Philip Morris — с 4,5% в 2001 году до 9% в 2006 году), заманивая разнообразными ароматизаторами, «гламурными» красочными упаковками, стильными «супертонкими» сигаретами.

Зав. отделом информационно-коммуникационных технологий НЦ ПФЗОЖ
Г.К. Есова