

СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

.....
ВЫСТУПЛЕНИЕ ГОСПОЖИ АНАСТАСИИ КАМЫЛИК НА ПЯТЬДЕСЯТ
СЕДЬМОЙ СЕССИИ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИЛОЖЕНИЕ
.....

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

ПРОИСХОЖДЕНИЕ И РАЗВИТИЕ СФЕРЫ МЕНЕДЖМЕНТА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ФАКУЛЬТЕТЕ МЕДИЦИНЫ УНИВЕРСИТЕТА
ПАЛАЦКИ, ОЛОМУЦ, ЧЕШСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Введение.....

ОЦЕНКА СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ПОЛИКЛИНИКИ И САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ
СТАНЦИИ СОТРУДНИКАМИ ЭТИХ УЧРЕЖДЕНИЙ
(СООБЩЕНИЕ 1)

Резник В. Л., Нугманова А. Э., Тен И. В., Абишева А. Д.,

Джакиева Г.Т.....

ОЦЕНКА СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ПОЛИКЛИНИКИ И САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ
СТАНЦИИ СОТРУДНИКАМИ ЭТИХ УЧРЕЖДЕНИЙ (сообщение 2)

Резник В.Л., Нугманова АЭ., Тен И.В., Абишева А.Д.,

Кабдыкапаров Н. Р.....

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ТЕНДЕНЦИЙ РАЗВИТИЯ ПРОБЛЕМЫ
НАРКОПОТРЕБЛЕНИЯ В КЫРГЫЗСТАНЕ ЗА ПЕРИОД 1991-2002 г.г.

Байызбекова Д.А., Касымов О.Т.....

АНАЛИЗ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ЗА 1991-2002 ГГ.

Куракбаев К. К.....

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА И
СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СРЕДНИХ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ г. АСТАНА.

Кашафутдинова Г. Т.....

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ
РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

Нукушева С.Г.....

К ВОПРОСУ О ПОТРЕБНОСТИ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

РАБОТНИЦ КОММЕРЧЕСКОГО СЕКСА

Кульжанов М.К., Чен А.Н., Султанбекобаев Г.Б.....

РЕЗУЛЬТАТЫ БИОЛОГИЧЕСКОГО И ПОВЕДЕНЧЕСКОГО НАДЗОРА
ЗА ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ СРЕДИ ПИН, А ТАКЖЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА
МОЛОДЕЖИ Г.КАСКЕЛЕН, КАРАСАЙСКОГО РАЙОНА, АЛМАТИНСКОЙ
ОБЛАСТИ

Жангабылов С.К., Кыраубаев К.К.....

ПРОБЛЕМА НАРКОМАНИИ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА В
СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Жакупова М.Б.....

ПРАКТИКА ВНЕДРЕНИЯ МОДУЛЯ «МЕТОДЫ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ
В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

С. Кожабекова, Р. Кипшакбаев.....

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ НООТРОПИЛА

Пертова Н.И., Раскина О.И., Катели С.Н.....

ПРИМЕНЕНИЕ КВАДРОПРИЛА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТОНИЕЙ

Иванова Л.В., Кусымжанова Ж.М., Жусупова А.А., Югай Л.В., Актаева Ш.С.

ОБЗОРЫОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ ВИЧ/СПИД В УСЛОВИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ
СИСТЕМЫ

Хайрушев А.Е.....

МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО
ДИАБЕТА

Аканов Ж.А.....

ПРОБЛЕМА ВИЧ/СПИД В ГРУППЕ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО СЕКСУАЛЬНОГО
РИСКА

Камалиев М.А., Дерябина А.П.....

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
РЕСПОНДЕНТОВ ЮЖНОГО РЕГИОНА КАЗАХСТАНА.

Кульжанов М.К., Медетбаева Г.Н., Чен А.Н.....

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

ВЫСТУПЛЕНИЕ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА НА ПЯТЬДЕСЯТ СЕДЬМОЙ СЕССИИ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Женева , вторник , 18 мая 2004 г .

Г-н Председатель, уважаемые министры и делегаты, дамы и господа!

1. Многие из вас выразили обеспокоенность во время и после вчерашней дискуссии на пленарном заседании по поводу того, что тратится много времени, которое выделено на рассмотрение повестки дня в течение этой недели. Я разделяю вашу обеспокоенность. Некоторые государства - члены рассчитывали, что Секретариат повлияет на процесс обсуждения, с тем, чтобы его сократить. В последние годы существовало предварительное согласие по вопросу о необходимости ограничения прений. В этом году такого согласия нет. Состоявшиеся широкие обсуждения показали, что такие вопросы имеют весьма важное значение для государств - членов и что в тех случаях, когда среди государств - членов нет консенсуса, важно, чтобы они выслушали друг друга. В течение предстоящего года я попытаюсь найти способы, которые позволили бы облегчить нормальную работу Ассамблеи, с тем чтобы у государств - членов оставалось достаточно времени для обсуждения в ходе сессии всего круга вопросов, включенных в ее повестку дня.

2. Несмотря на мнение, высказанное государствами - членами по рекомендациям Генерального комитета, я уверен, что все они разделяют мою оценку в отношении шагов, объявленных правительством Китайской Народной Республики, которые позволят обеспечить вовлечение Тайваня, Китай, в сферу глобального здравоохранения. Это предполагает возможность включения медицинских работников и специалистов области здравоохранения с острова в китайскую делегацию на Ассамблею, переговоры "через пролив" по вопросу участия Тайваня, Китай, в соответствующих технических мероприятиях ВОЗ, работу с Секретариатом по содействию участия медицинских работников из Тайваня, Китай, в технических обменах ВОЗ и техническую поддержку со стороны ВОЗ. Эпидемия ТОРС показала нам, что мы не можем позволить себе никакого разрыва в нашей глобальной сети эпиднадзора и ответных действий.

3. Я рассчитываю провести в предстоящие месяцы работу по претворению этих предложений в конкретные меры.

Г-н Председатель,

4. Сегодня в мире:

- 2,8 миллиарда человек живут менее чем на два доллара в день;
- 480 миллионов человек вынуждены жить в зонах конфликта, опасаясь за свою жизнь;
- 1,2 миллиарда человек ведут борьбу, пытаясь получить доступ к чистой воде;
- 40 миллионов женщин, мужчин и детей живут с ВИЧ /СПИДом;

- свыше полмиллиона женщин умирают при родах каждый год;
- 1,3 миллиарда человек курят, подвергая себя, таким образом, угрозе болезней и преждевременной смерти;
- 1,2 миллиона человек погибли в дорожно-транспортных происшествиях в прошлом году.

5. Показатели заболеваемости, страданий и смерти в этом мире ужасающи. Как гласит известная пословица, "когда умирает один человек – это трагедия, но, когда умирают миллионы – это статистика". Для тех, кто подвержен угрозам и страданиям, трудно именно так воспринимать эти вещи. Они не могут быть безразличными. В качестве министров здравоохранения, сотрудников и работников здравоохранения нам постоянно напоминают, что статистические данные, которые мы используем, обретают существенный смысл, поскольку они представляют отдельных детей, женщин и мужчин. Именно их голоса мы должны слышать. Поэтому я пригласил на эту Ассамблею Анастасию Камылик из Беларуси, и она теперь расскажет нам о своем опыте.

6. Благодарю Вас, Анастасия, за вашу смелость и за такое четкое и конкретное напоминание об ответственности тех, кто принимает участие в работе этой Ассамблеи.

Г-н Председатель,

7. Прогресс в области технологии в значительной мере изменил то, как мы живем и работаем. Он принес с собой много улучшений, но наши возможности в части укрепления здоровья равноценны нашим возможностям нанести ущерб здоровью. Разрыв между богатыми и бедными стал еще большим, и, несмотря на избыток многих вещей, голод и жажда все еще угрожают многим людям.

8. Вопреки обязательствам, взятым на себя странами в целях сохранения гармонии, мира и безопасности, миллионы людей ежедневно страдают от военных действий и конфликтов. С помощью нашей Программы охраны здоровья в кризисных ситуациях ВОЗ активно работает во многих районах мира, затронутых вооруженными конфликтами.

9. Я хотел бы воспользоваться этой возможностью для того, чтобы подтвердить, что ВОЗ решительно выступает против любых действий, которые направлены на использование в своих интересах учреждений здравоохранения, транспорта или персонала в зонах ведения боевых действий или конфликтов. Также должны быть прекращены и нападения на работников здравоохранения. Международное гуманитарное право налагает соответствующие обязательства на всех участников военных конфликтов по защите доступа гражданских лиц к системам обеспечения основных потребностей - воды, санитарных условий, продуктов питания и действующих медико - санитарных учреждений.

10. Мы видим все больше примеров того, как гражданские лица становятся жертвами конфликтов, которые продолжаются многие годы. Именно те люди, которые не имеют более доступа к продуктам питания, чистой воде и здравоохранению, страдают больше всего. В первую очередь - это женщины, дети, пожилые люди и те, кто страдает хроническими заболеваниями. Учреждения здравоохранения должны встать на защиту тех, чья жизнь и здоровье подвергаются из-за этого угрозе.

11. В мире существует также много районов, в которых серьезные экологические проблемы наносят ущерб здоровью в результате использования опасной для здоровья воды, отсутствия системы удаления твердых отходов и небезопасных условий проживания. Эти проблемы зачастую связаны с бесплановой урбанизацией, изменением климата и бесконтрольным развитием.

12. Даже в тех районах, в которых эти угрозы для здоровья отсутствуют, поддающиеся профилактике хронические заболевания, связанные с образом жизни, в значительной степени отрицательно воздействуют на здоровье, как отдельных людей, так и населения в целом.

13. Вместе с тем, есть факты, свидетельствующие о том, что в мире продолжает увеличиваться желание и способность решить эти проблемы.

14. Принятие Целей тысячелетия в области развития в 2000 г. указывает на то, что глобальное сообщество полно серьезных намерений в отношении требования по сокращению масштабов нищеты и охраны здоровья. Наиболее угрожающим фактором для сегодняшних систем здравоохранения является их неравенство как внутри отдельных стран, так и между ними. Надежда на мир и безопасность в мире уменьшается по мере роста увеличения этого неравенства. Соответствующие службы здравоохранения не только необходимы для достижения трех целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем, но и для обеспечения основного вклада в другие пять целей.

15. Как положительный знак также следует рассматривать расширение помощи в целях развития, конкретно направленной на укрепление здравоохранения, что происходит в последние годы. Она увеличивалась ежегодно на 1,7 млрд. долл. США в период с 1997 по 2002 год. Большая часть этого увеличения обусловлена растущим осознанием того ущерба, который наносит ВИЧ/СПИД.

16. В некоторых общинах практически половина молодежи инфицированы ВИЧ. Если они не получают эффективного лечения, то через несколько лет они будут обречены на смерть.

17. В декабре прошлого года, во время проведения Всемирного дня борьбы со СПИДом, ВОЗ положила начало новой стратегии для обеспечения доступа к антиретровирусному лечению. Первоначальная цель этой стратегии - работать на широких партнерских началах, с целью обеспечить трем миллионам человек в развивающихся странах необходимое лечение к концу 2005 года. Мы работаем совместно со службами здравоохранения в странах для достижения этого, исходя из двойной перспективы: необходимости обеспечить всеобщий доступ к лечению как можно раньше и гораздо более эффективные подходы к профилактике.

18. С помощью наших партнеров мы разработали упрощенные подходы к лечению и обеспечили предварительное лицензирование комбинаций лекарственных препаратов с фиксированной дозой, относящихся к группе антиретровирусных. Мы будем и дальше развивать и расширять эту работу. Я также приветствую сообщение, сделанное ранее на этой неделе правительством США, по поводу предложенного быстрого процесса пересмотра комбинаций лекарственных препаратов в фиксированных дозах и в общей упаковке.

19. В марте правительство Мозамбика ввело в действие обязательную лицензию по изготовлению тройной комбинации антиретровирусных лекарственных препаратов в целях удовлетворения национальных потребностей. В результате этого он стал первой африканской страной, которая предприняла этот важный шаг по осуществлению декларации, принятой в Дохе. Канада явилась первой страной, предложившей внести изменения в патентное законодательство в целях осуществления на практике решения, принятого Всемирной торговой организацией в августе 2003 г., разрешив тем самым экспорт непатентованных лекарственных средств в страны, которые не обладают достаточными производственными возможностями для изготовления фармацевтических препаратов. Я приветствую сделанные на прошлой неделе сообщения о том, что это законодательство принято.

20. Цель тысячелетия в области развития в отношении ВИЧ/СПИДа заключается в том, чтобы остановить распространение ВИЧ и начать работу по сокращению его распространенности к 2015 году. Воздействие лечения на профилактику новых случаев заболевания ВИЧ пока неизвестно, но не каждый человек, получающий лечение, позволяет предупредить один новый случай инфицирования; инициатива "3 к 5" в значительной мере будет содействовать достижению Цели тысячелетия в области развития.

21. Потребности в этом плане ясны. На протяжении февраля и марта ВОЗ направила дополнительный персонал в 25 стран для оказания содействия в разработке национальных планов действий и заявок на ссуды Глобального фонда. Около 90% стран работают в настоящее время и заявляют о том, что им необходима помощь экспертов для укрепления потенциала и подготовки кадров; 60% нуждаются в помощи с поставкой лекарственных средств и в вопросах руководства системой поставок; и 50% нуждаются в такой помощи в отношении мониторинга и оценки. Мы принимаем меры по удовлетворению этих потребностей.

22. Беспрецедентные политические усилия и финансовые ресурсы сегодня направлены на борьбу против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии, особенно в рамках Глобального фонда и на основе многосторонних и двусторонних видов помощи.

23. На прошлой неделе Премьер-министр Канады объявил о выделении гранта в сумме 100 млн. канадских долл. на поддержку работы по реализации стратегии "3 к 5". Вместе со средствами, выделенными ранее правительством Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии, это позволит нам быстро ускорить процесс оказания поддержки странам по расширению масштабов лечения.

24. Мы представим первый подробный доклад об инициативе "3 к 5" Международной конференции по СПИДу в Бангкоке в июле месяце. Тем временем в Докладе о состоянии здравоохранения в мире, озаглавленном "Изменить ход истории", который вышел в этом году, объясняется, как в настоящее время мы можем обеспечить спасение жизней миллионов людей от ВИЧ/СПИДа, и почему мы не можем упустить эту возможность.

25. Вирусы не подчиняются прогнозам и не соблюдают национальных границ. Сегодня мы еще не можем заявить о том, что ТОРС наконец-то побежден, или о том, что появится ли вновь птичий грипп в Азии или еще где-то. После ликвидации эпидемии ТОРС в июле месяце прошлого года имели место еще четыре вспышки заболевания в Азии. Три из них связаны с несчастными случаями в лабораториях, что еще раз указывает на необходимость укрепления биобезопасности. В январе месяце

имела место беспрецедентная с исторической точки зрения вспышка птичьего гриппа (H5N1) в восьми странах Азии, когда 34 человека заболели и 23 умерли. Эксперты ВОЗ обеспечивали незамедлительную помощь органам власти, для того чтобы локализовать эти вспышки. На сегодняшний день мы рассматриваем их объединенные усилия как успешные, однако мы должны оставаться бдительными.

26. Другая наша долгосрочная программа по борьбе с заболеваниями включает ликвидацию полиомиелита. Ключом к решению этой проблемы станет целеустремленность наших коллег, проводящих кампании по иммунизации и обеспечивающих эпиднадзор, и наших доноров. Мы стоим на пороге ликвидации, на что указывают лишь 22 случая заболевания на сегодняшний день в Афганистане, Египте, Индии и Пакистане.

27. С другой стороны, мы потерпели неудачи в западной и центральной Африке, где очень сильная вспышка парализовала более 500 детей. В настоящее время лидеры в этих районах планируют вновь начать проведение синхронных кампаний массовой иммунизации в 22 странах. Если мы не потеряем присутствия духа на этих последних стадиях кампании, в которых можно столь многое потерять или приобрести, мы вскоре выполним обещание, данное этой Ассамблеей здравоохранения еще в 1988 г., по ликвидации полиомиелита.

28. Рамочная конвенция по борьбе против табака, принятая этой Ассамблеей год назад, в настоящее время подписана 112 странами, а также Европейским союзом, и ратифицирована 14 странами. Когда ее ратифицируют 40 стран, Конвенция вступит в силу и поможет правительствам и органам здравоохранения надежно защитить население от одной из существующих в настоящее время самых серьезных и самых ненужных угроз для здоровья.

Г-н Председатель,

29. Я считаю, что мы должны и впредь повышать наш потенциал в качестве организации, реагирующей на этот брошенный нам вызов. В прошлом году на Ассамблее, помимо моего обещания о ликвидации недостатков в лечении людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, я сделал конкретные обещания в отношении четырех других областей, направленных на повышение эффективности нашей работы в странах.

30. Я поставил конкретные задачи в области децентрализации. С того времени мы увеличили на 70% бюджетные ассигнования для региональных и страновых бюро в течение данного двухгодичного периода.

31. Я признаю необходимость повышения эффективности. Мы разработали стратегические рамки для общего руководства и выступили с инициативами по содействию сотрудничеству, укреплению системы управления финансами и упорядочению рабочих процессов.

32. Я беру на себя обязательство улучшить нашу отчетность. Я с удовлетворением сообщаю о том, что уже подготовлен проект доклада об оценке деятельности за двухгодичный период 2002-2003 годов. Благодаря формированию бюджета, ориентированного на конкретные результаты, мы сейчас можем вам доложить о наших достижениях в сравнении с ожидаемыми результатами. Разработка данного доклада также помогла нам в планировании следующего двухгодичного периода.

33. Я отмечаю необходимость улучшения нашего положения с укомплектованием штатов посредством содействия большей справедливости в гендерной и географической представленности, а также на основе содействия мобильности и развитию системы продвижения по службе для получения лучших результатов в странах. Мы продолжаем добиваться прогресса в этих областях, и ввели в действие в прошлом месяце соответствующую схему мобильности и ротации. Я также рад сообщить, что Фонд Билла и Мелинды Гейтс выделил финансовые средства для Службы обеспечения лидерства в области здравоохранения. Эта новая инициатива обеспечит приобретение в рамках ВОЗ молодыми специалистами - медиками, прежде всего из непредставленных и недопредставленных стран, соответствующего опыта работы в ходе двухлетнего курса структурированного обучения.

34. Но мне хотелось бы также особо выделить четыре направления деятельности в области здравоохранения, где нам необходимо сделать большее.

35. Мы еще должны решительнее взяться за установление связей между здоровьем, справедливостью и развитием. основополагающей темой моего первого года в качестве Генерального директора является справедливость в целом и социальная справедливость в частности. В целях содействия нашей работе в этой области я учреждаю новую комиссию по сбору фактических данных в отношении социальных и экологических причин неравенства в области здравоохранения и методов его преодоления. Цель заключается в том, чтобы объединить знания экспертов, особенно экспертов с практическим опытом решения этих проблем. Это может обеспечить необходимое руководство для всех наших программ.

36. Нам еще необходимо добиться значительного прогресса в уменьшении материнской смертности и охраны здоровья детей. Поэтому я делаю это основным приоритетом на предстоящий год. Доклад о состоянии здравоохранения в мире и Всемирный день здоровья будут связаны общей темой: охрана здоровья женщин и детей. Это объединит вместе большое число видов деятельности ВОЗ и деятельности наших партнеров, особенно в областях иммунизации, безопасного материнства и питания.

37. Нам еще предстоит существенно сократить огромное неравенство в области финансирования медицинских исследований. Каждый год более 70 млрд. долл. США тратятся на медицинские исследования и разработки государственными и частными секторами. Однако менее 10% этой суммы используется для научных исследований 90% проблем здравоохранения в мире. Мы, совместно с правительством Мексики, являемся инициаторами проведения встречи на уровне министров по медицинским исследованиям, которая состоится в ноябре. Эта встреча на высшем уровне рассмотрит данные проблемы и акцентирует внимание на знаниях и действиях, необходимых для достижения Целей тысячелетия в области развития.

38. Наконец, у нас по-прежнему существуют недостатки и задержки в работе в области систем медико-санитарной информации. Поэтому мы учредили Центр стратегической медико-санитарной информации в штаб-квартире ВОЗ. Он состоит из наиболее быстро действующих и мощных информационных и коммуникационных систем, в настоящее время имеющихся для урегулирования кризисов и вспышек болезней. Эта технология позволит отдельным лицам, группам и государствам-членам принимать более эффективные меры в чрезвычайных ситуациях. Этот Центр также обеспечит оказание постоянной поддержки в области управления и распространения

информации. На техническом уровне важно быть уверенным в том, что недостатки в глобальной сети предупреждения о вспышках и принятия ответных мер отсутствуют.

Генеральный директор продолжает выступать на французском языке.

Г-н Председатель,

39. Повестка дня настоящей Пятьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения свидетельствует о нашей общей обеспокоенности в отношении решения основных проблем здравоохранения, с которыми сталкивается мир сегодня. Вы будете обсуждать глобальные стратегии по содействию здоровым режимам питания и физической активности и по укреплению репродуктивного здоровья. На заседаниях круглого стола вы обсудите меры по ограничению воздействия пандемии ВИЧ /СПИДа. На технических брифингах вы услышите последнюю информацию о нашей деятельности в условиях кризиса и в области охраны психического здоровья. Это лишь некоторые из многих важных вопросов, которые вы рассмотрите на этой неделе.

40. На эту сессию Всемирной ассамблеи здравоохранения возложена большая ответственность в том плане, что она должна взять на себя ведущую роль в мире по принятию мер в области здравоохранения. Дискуссии и решения, которые будут приняты в течение этих шести дней, могут иметь серьезные последствия для здоровья каждого человека в этом мире.

41. Я начал выступление со статистических данных. Я закончу тем, что приведу еще несколько цифр.

- Пять миллионов детей, которые были бы парализованы, но которые будут ходить в 2005 г. благодаря усилиям по ликвидации полиомиелита.
- Три миллиона больных туберкулезом в настоящее время ежегодно проходят курс лечения ДOTS.
- Шестьсот тысяч случаев слепоты были предотвращены благодаря Программе борьбы с онхоцеркозом.

42. Основное отличие этих цифр заключается в том, что они показывают то, чего может добиться эта Организация. Они дают основания для надежды: надежды для отдельных людей, таких, как Анастасия, а также для миллионов людей, инфицированных ВИЧ.

Г-н Председатель, уважаемые министры и делегаты, дамы и господа,

43. Сотрудники этой Организации разделяют вашу приверженность делу улучшения состояния здоровья в мире, и мы полны решимости продолжать служение людям, которые больше всего нуждаются в улучшении здоровья.

Благодарю вас.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ВЫСТУПЛЕНИЕ ГОСПОЖИ АНАСТАСИИ КАМЫЛИК НА ПЯТЬДЕСЯТ СЕДЬМОЙ СЕССИИ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Большое спасибо, доктор Ли, за предоставленную возможность сказать несколько слов. Добрый день, дамы и господа. Для меня это большая честь принимать участие в Ассамблее, потому что здесь вершится история.

Но сначала я расскажу Вам одну историю.

В одной из стран, в одном из городов жила девушка.

Она хорошо училась в школе, поступила в институт и была послушной дочерью для своих родителей. Когда ей было 18 лет, она впервые влюбилась. Это был замечательный человек. Они встречались два года. Но однажды он сказал, что уезжает.

"Милая моя девочка, прости меня, потому что я не могу простить себе то, что я сделал", - сказал он и уехал.

И вскоре она попала в больницу, где к ней очень хорошо относились и почему-то жалели. "У тебя - ВИЧ", - сказал доктор 14 января 1997 года.

И это моя история. Это только одна история из миллионов тех, кто сейчас живет с ВИЧ. Уже более семи лет я живу с ВИЧ-инфекцией и наблюдаю за процессами, которые происходят в мире.

Я не перестаю задавать себе вопросы:

"Почему правительство Бразилии нашло возможность и деньги на обеспечение антиретровирусной терапии всех своих граждан, живущих с ВИЧ /СПИДом и нуждающихся в ней, а правительства других стран, особенно Восточной Европы и Центральной Азии, не могут этого сделать? Чем ценность жизни поляка отличается от ценности жизни украинца, русского, белоруса, казаха или грузина?"

"Почему фармацевтические компании, получая миллионы от продажи антиретровирусных лекарств, не думают о том, что, снизив цены, они могут спасти миллионы жизней?" Похоже, что человеческая жизнь превратилась в прибыльный бизнес.

Подписывая декларации "приверженности", правительства берут на себя обязательства и ответственность следовать принципам декларации. Однако реальная жизнь ВИЧ-позитивных людей мало от этого меняется.

Все также нарушаются права человека в контексте ВИЧ /СПИДа.

Все также во многих странах антиретровирусное лечение недоступно.

Вам известно, что, например, в Восточной Европе и Центральной Азии большинство людей, живущих с ВИЧ, - это наркопотребители. Это молодые люди в возрасте 18-35 лет. И для того, чтобы лечить стадию СПИДа у этих людей, необходима заместительная терапия. И в этом случае ценность человеческой жизни определяете вы, люди, которые наделены властью. Задумайтесь. Только одна ваша подпись, один приказ могут спасти миллионы, а могут и погубить.

До сих пор в газетах появляются статьи с такими фразами: "СПИД - чума XX века", "Жертвы СПИДа", "Страшная болезнь", что формирует стигматизацию и дискриминацию по отношению к людям, живущим с ВИЧ. А чем же ВИЧ и СПИД страшнее рака, например? Рак развивается независимо от нашего сексуального поведения и независимо от того, потребляем мы наркотики или нет. И мы сострадаем и поддерживаем людей, больных раком. А проблема ВИЧ связана с общественной моралью, и мы отворачиваемся от тех людей, которые, по нашему мнению, ведут себя недостойно. И перестаем видеть суть проблемы. Суть проблемы - в потреблении наркотиков и незащищенного секса. И здесь ВИЧ - это только последствия, а причины лежат глубоко в каждом человеке.

Мы уже создали множество организаций и обществ, пытающихся решить проблемы СПИДа, и сотни конференций были организованы, и множество отчетов было написано. Но к чему же мы пришли?

К тому, что за сегодняшний день, проведенный на этой Конференции, как минимум 8500 человек умрут от СПИДа.

И где мы будем с вами?

Мы будем в этом красивом городе, в этом гостеприимном зале решать вопросы, касающиеся тех самых жизней, которые уносит СПИД. А может быть, мы будем решать другие вопросы, которые, например, мы обсуждали вчера.

Сколько же еще необходимо провести встреч и конференций, чтобы люди, живущие с ВИЧ, в каждом отдельном взятом государстве стали получать полноценное лечение и стали жить без страха за завтрашний день и за свое будущее? Когда же мы перестанем считать потери? Инициатива Всемирной организации здравоохранения "3 к 5" – это реальная возможность начать считать спасенные жизни и снизить смертность от СПИДа.

Я верю, что здесь собрались как раз именно те люди, которые отвечают как за свои слова, так и за свои действия. Ведь именно от вашего решения зависит судьба отдельно взятого человека. Если даже он живет с ВИЧ.

Только на минуту представьте себе, что вам сказали, что у вас ВИЧ.

Я помню эти минуты.

Страх, обреченность и безысходность - это те чувства, которые поглотили меня. Что будет дальше? Смогу ли я родить ребенка? Как сказать об этом своим любимым людям? Неужели это конец?

Желание остаться одной и забиться в угол заставило меня выбежать из кабинета.

Это сейчас я знаю, что с ВИЧ можно жить полноценно.

Это сейчас, повстречав за семь лет много ВИЧ-позитивных, которые принимают терапию, я понимаю, что лекарства действительно вытаскивают человека из могилы.

Я знаю, что могу любить. Создать семью. Родить ребенка.

Но также у меня до сих пор есть страх, что в будущем в нужный момент я не смогу получить то, что спасет жизнь мне или моему будущему ребенку.

Каждый человек достоин того, чтобы ему была оказана своевременная медицинская помощь. И каждый человек имеет право ее получить. Будь это ВИЧ /СПИД или любое другое заболевание. И врач в больнице должен иметь все лекарства, оборудование и материалы, чтобы оказать эту помощь и не нарушать права человека и закон.

Сейчас в зале сидит очень много людей, принимающих решение в своем государстве и наделенных властью.

Я обращаюсь к ВАМ.

Помните - это ваша большая ответственность и ваш долг - действовать на благо ваших граждан.

И дай Бог, чтобы ваши решения сохранили достоинство и права каждого человека. Даже если этот человек живет с ВИЧ.

===

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ –PUBLIC HEALTH

ПРОИСХОЖДЕНИЕ И РАЗВИТИЕ СФЕРЫ МЕНЕДЖМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ФАКУЛЬТЕТЕ МЕДИЦИНЫ УНИВЕРСИТЕТА ПАЛАЦКИ, ОЛОМУЦ, ЧЕШСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Введение

В июне 2003 года на Факультете Медицины Университета Палацки в Оломоуце первые выпускники по специальности управление здравоохранением сдали экзамены и успешно защитили свои дипломные проекты. Магистратура, следующая за бакалавриатом, является уникальным явлением в здравоохранении для Чешской Республики.

Честь его введения и создания концепции принадлежит не только экспертам и специалистам из Чешской Республики, но также преподавателям университетов и опытным менеджерам здравоохранения из медицинских, медсестринских и смежных учреждений образования из Соединенных Штатов Америки, которые работали в Чешской Республике в качестве специалистов и консультантов. Профессиональная помощь Американских партнеров состояла в лекциях и семинарах с использованием интерактивных педагогических методик, сопровождалась современной литературой и журналами, оборудованием учреждений компьютерными технологиями, предоставлением консультативных и информационных услуг релевантных к современным событиям в данной сфере, а также профессиональными образовательными поездками в США.

Введению новой сферы обучения на Факультете Медицины в Университете Палацки предшествовала детальная подготовка. Было, например, необходимо подготовить законодательное, концептуальное, материальное и кадровое обеспечение.

Фокус Программ Управления Здравоохранением

Программа составлена таким образом, что

- Предметы, которые дают знания о том, как понять управление и экономику здравоохранения, как систематическую дисциплину, запланированы на начало программы,
- Основой программы являются предметы (обязательные и добровольные), которые объединяют в логические блоки основные пункты традиционного и современного менеджмента,
- Программа обучения завершается темами, связанными с интегрированными знаниями и творческими упражнениями, которые направлены на применение систематических процедур в здравоохранении,
- Достижение положительных результатов обучения предусматривает большую долю самостоятельной работы студентов, что также означает большую долю практических занятий и семинаров для более детальной спецификации новых знаний и методов их применения, особенно относящихся к решению ситуационных задач и определенных примеров.

В программе обучения требуется индивидуальная профессиональная деятельность студентов, которая также мониторируется. С этой целью в первом семестре регистрируется индивидуальная специализация студентов, которая служит основой для специализации их семестровых проектов. Целью этих проектов является распространение этой специализации на весь курс обучения таким образом, что дипломный проект являлся бы практическим комплексным решением выбранной задачи с точки зрения предметов, изучаемых студентами во время всего периода обучения.

Частью учебной программы является практика между вторым и третьим семестрами, направленная на управление острой стационарной и амбулаторной помощью; практика между третьим и четвертым семестрами направлена на

департаменты бухгалтерии (начисление зарплаты) и кадров; между четвертым и пятым семестрами направлена на управление медпомощи на дому и по хроническим состояниям в учреждениях-партнерах.

Программа обучения не только дает детальные теоретические знания, но также развивает практически используемые привычки. Это является основой концепции данной программы обучения.

Продолжительное Образование

Дополнение к закону № 147/2001, имеющему отношение к университетам разрешает университетам Чешской Республики предлагать образовательные программы так называемого продолжительного образования. С 2001/2002 учебного года заинтересованные абитуриенты, а также общая публика могут выбирать, при определенных условиях, параллельный тип образования в сферах обучения, надлежащим образом зарегистрированных, предлагаемых Факультетом Медицины. Этот вариант также включает управление здравоохранением.

В комбинированной форме обучения акцент делается на самостоятельном изучении материалов подготовленных Институтом Социальной Медицины и Политики Здравоохранения Университета Палацки, возможно включая иностранную литературу. Если возможности самостоятельного изучения ограничены, как, например, таких предметов, как Английский язык или компьютерное дело, студенты должны посещать такое же количество лекций, как и студенты дневных форм обучения. Мы должны выделить, что вследствие своей природы комбинированная форма обучения на год дольше дневной.

Обучение завершается выпускным государственным экзаменом, который включает следующие основные сферы знаний:

- I. Политика здравоохранения, системы здравоохранения, законодательство и этика управления,
- II. Организации здравоохранения и их управление, роли управления, процедуры и навыки менеджера,
- III. Экономика, финансирование и бухучет в здравоохранении,
- IV. Информатика и количественная оценка услуг здравоохранения.

Вкратце, от выпускников требуются следующие общие, профессиональные и специализированные знания, навыки и способности, для того, чтобы уметь:

1. использовать системный подход к управлению и решению проблем
2. выполнять функции и роли управления, включая поведение и персонал
3. получать, обрабатывать, использовать и оценивать информацию, необходимую для управления
4. создавать планы и концепции для организаций (или их подразделений)
5. эффективно управлять и контролировать деятельность и сослуживцев
6. справляться с макро- и микроэкономическими проблемами в здравоохранении
7. предприятие и маркетинг
8. научиться правилам и навыкам в сфере финансирования и бухучета
9. применять соответствующие знания законодательства, необходимые для управления здравоохранением
10. усовершенствовать качество здравоохранения через эффективный и экономичный менеджмент

11. действовать в соответствии с этическими принципами управления здравоохранением.

Будущее для Выпускников

Во время подготовки программы обучения мы анализировали все возможные варианты для будущего выпускников. Эти варианты включали все уровни управления (с низшего до высшего) в следующих типах организаций и учреждений:

- стационарные и амбулаторные медицинские учреждения (медсестринские, реабилитационные, домашнего ухода и т.д.),
- социальная помощь,
- учреждения медицинского здравоохранения,
- государственная администрация и муниципальные органы управления, связанные с здравоохранением и социальной помощью,
- благотворительные и другие некоммерческие организации,
- частное здравоохранение и их агентства.

Заключение

В прошлом году первые выпускники завершили программу магистратуры, успешно продолжается обучение следующих студентов по этой программе. Чешские учреждения, работодатели, а также сами выпускники высоко оценивают этот новый тип обучения в Чешской Республике, а также его форму и качество. Эта сфера обучения была рекомендована к ре-аккредитации даже районной комиссией, главой секции здравоохранения региона Оломуц, а также генеральным управляющим Клинической Больницы Оломуца. В практике будущие должности для выпускников значительно варьируют. В то время, как некоторые занимают прежние должности, некоторые были назначены на руководящие должности более высокого уровня. Мы можем быть уверены, что их амбиции для достижения более высоких позиций в управлении более высокие, и если они не продвинулись сейчас, то они обязательно продвигнутся в будущем. Институт Социальной Медицины и Политики Здравоохранения поддерживает контакты с выпускниками, и заинтересован в их будущих усилиях и ожидает, что некоторые из них продолжат свое образование на докторских программах.

ОЦЕНКА СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИКИ И САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СТАНЦИИ СОТРУДНИКАМИ ЭТИХ УЧРЕЖДЕНИЙ (сообщение I)

В.Л.Резник, А.Э.Нугманова, И.В.Тен, А.Д.Абишева, Джакиева Г.Т.
Высшая Школа Общественного Здравоохранения

Общепринято, что поликлинические учреждения (ПУ) и санитарно-эпидемиологические станции (СЭС) входят в систему первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и осуществляют работу по целому ряду вопросов. При этом сферой

совместной работы названных учреждений должны быть не только противоэпидемические мероприятия, которые обычно выходят на первый план, но также деятельность по гигиене окружающей среды.

Для повышения эффективности названной деятельности этих учреждений большое значение имеют:

- представление сотрудников каждой из служб о целях и задачах такой работы, ее структуре, взаимосвязях и логике, правовом и документальном обеспечении;
- формирование взаимоотношений служб и занятых в них специалистов и т.д.

Поскольку названные объекты исследования входят в систему органов и учреждений здравоохранения, речь идет об изучении внутрисекторального взаимодействия. В этой связи наибольший интерес представляют компоненты, характеризующие данную систему по признакам ее структурности и реализации возложенных функций.

К сожалению, мы не нашли в доступной нам литературе значимых по объему и результатам исследований по проблеме, несмотря на ее важность и свидетельство опыта об определенных сложностях в отношениях субъектов исследования.

Цель и задачи исследования

Провести анализ оценки специалистами, работающими в поликлинических учреждениях и СЭС, совместной деятельности по некоторым разделам обеспечения эпидемического благополучия, существующей системы отношений между этими службами.

Определить основные особенности субъективных оценок и перспективные направления оптимизации внутрисекторального содружества и формирования взаимоотношений в системе «ПУ ↔ СЭС».

Материалы и методы

С целью проведения исследования разработано две анкеты: одна по некоторым вопросам, связанным с деятельностью в области гигиены окружающей среды (ГОС); вторая по вопросам обеспечения эпидемиологического благополучия.

Каждая из анкет состоит из нескольких разделов. Анкета по оценке деятельности в области эпидблагополучия включала два компонента – «Иммунопрофилактика» и «Противоэпидемическая работа», понимая определенную условность второго названия. Формулировка некоторых вопросов в анкетах для работников поликлиники и СЭС различалась, поскольку были учтены их профессиональные особенности. В анкеты были включены вопросы с множественным выбором, а также открытые для свободного ответа.

Пилотное исследование проведено среди сотрудников поликлиники № 2 и санитарно-эпидемиологической станции Медеуского района г. Алматы.

В поликлинике анкетированием охвачено 20 врачей (13 терапевтов и 7 педиатров, из которых - 1 заместитель главного врача, 3 заведующих отделениями, 16 участковых врачей). Средний возраст респондентов – 46,3 года, стаж работы – 22,1 года, из них в учреждениях ПМСП – 15,2 года.

В СЭС проанкетировано по вопросам противоэпидемической работы 14 врачей-эпидемиологов и 6 помощников эпидемиолога. Средний возраст респондентов 29,6 лет, стаж работы – 8,8 лет.

Полученные результаты

1. О деятельности в области обеспечения эпидемиологического благополучия.

Анкетирование проводили по вопросам позволяющим определить мнение сотрудников об уровне контактов между организациями, а также - кто и по какому разделу является инициатором взаимодействия (поликлиника или СЭС), о состоянии обмена информацией и т.д. Установлены определенные различия в оценках, даваемых специалистами ПУ и СЭС (таблицы 1 и 2).

Обращает внимание, что при оценке уровня контактов (см. табл. 1), инициаторами которых является поликлиника, часть специалистов этого учреждения считает их хорошими и/или очень хорошими по разделу иммунопрофилактики, остальные удовлетворительными или затруднились с ответом. Никто не считает эту работу неудовлетворительной. Вместе с тем, специалисты СЭС, практически все (95%), оценили уровень контактов в описываемой сфере деятельности в части инициативности ПУ как удовлетворительный.

В целом уровень контактов в области иммунопрофилактики получил более высокую оценку, чем по противоэпидемической работе, но при этом среди работников поликлиники есть специалисты, которые выразили неудовлетворение уровнем контактов, инициированных СЭС, по указанным разделам работы. Ни один из сотрудников этих учреждений, не охарактеризовал существующий уровень контактов СЭС – поликлиника и поликлиника – СЭС, как «очень хороший».

Результаты анкетирования свидетельствуют и о том, что ПУ и СЭС по-разному оценивают свою активность и инициативы в описываемых сферах, а каждой из сторон недостаточно информирована о работе другой. В большей мере последнее относится к ПУ.

Важным компонентом взаимодействия является обмен информацией (форма, объем, качество и т.д.). Сравнивая данные об объеме информации, предоставляемой в СЭС ПУ, обращают внимание статистически выраженные различия в мнении специалистов. Так, недостаточным его считает $45 \pm 11,11$ % сотрудников СЭС против $5 \pm 4,87$ % сотрудников ПУ. Настораживает, что около 20% сотрудников ПУ вообще не смогли ответить на этот вопрос, а это позволяет предположить, что каждый пятый специалист ПУ не владеет соответствующей информацией.

Большинство сотрудников СЭС информацию, предоставляемую в поликлиники, оценивают, как достаточную или даже чрезмерно большую (от 75 до 100 процентов), в то время как, от 20 до 30 процентов специалистов ПУ считают, что информация от СЭС недостаточна, а 30% опрошенных затруднились оценить информацию, предоставляемую СЭС.

Одним из обязательных условий межсекторального содружества является взаимный обмен информацией. Исследование субъективных оценок по данному вопросу также позволило установить ряд значимых различий. Мнения по этому вопросу сотрудников ПУ и СЭС существенно различаются. Так, сотрудники СЭС в 100% случаев ответили, что СЭС предоставляют информацию в поликлиники по описываемым разделам работы (см. табл. 2), но аналогичного мнения придерживается только 55 – 60 процентов опрошенных работников ПУ. Обращает внимание, что среди сотрудников СЭС не было лиц, затрудняющихся с ответом, в то время как в ПУ затруднился ответить на этот вопрос каждый четвертый. Можно предположить с высокой степенью вероятности, что получаемая поликлиникой информация не доводится до каждого специалиста и, следовательно, часть их не владеет необходимой информацией.

Если из числа форм предоставления информации от СЭС поликлиническим учреждениям, все работники СЭС выделили семинары, то из числа работников ПУ семинары отметили только 25 – 35 процентов специалистов (см. табл. 2; различия достоверны по вертикали и горизонтали). Подобная система оценок может сформироваться по следующим основным причинам: завышенная оценка значимости семинаров в представлении специалистов СЭС, и/или недостаточный уровень подготовленности семинаров; и/или низкая посещаемость их специалистами ПУ. Следовательно, при существующей системе эффективность семинаров, исходя из целей их проведения, низка и в глазах специалистов СЭС необоснованно завышена. Это подтверждается достоверно

более высоким рейтингом, среди специалистов ПУ, инструкций и указаний (85 % против 20 и 30 процентов).

Таблица 1

Оценка сотрудниками поликлиники и СЭС уровня деловых контактов и состояния обмена информацией по обеспечению эпидблагополучия населения
(% от числа опрошенных в данной группе, $\bar{X} \pm S \bar{x}$)

Деловые контакты в системе "поликлиника ↔ СЭС"										
Инициатор контактов поликлиника										
Раздел работы	Уровень контактов									
	очень хороший		хороший		Удовлетворительный		Не удовлетворительный		затруднились ответить	
	ПУ	СЭС	ПУ	СЭС	ПУ	СЭС	ПУ	СЭС	ПУ	СЭС
Иммунопрофилактика	5 ±4,87	0	35 ±10,66	5 ±4,87	40 ±10,95	95 ±4,87	0	0	20 ±8,94	0
Противоэпидемическая работа	0	0	20 ±8,94	5 ±4,87	70 ±10,25	90 ±6,71	5 ±4,87	5 ±4,87	5 ±4,87	0
Инициатор контактов СЭС										
Иммунопрофилактика	0	0	30 ±10,24	40 ±10,95	40 ±10,95	60 ±10,95	15 ±7,98	0	20 ±8,94	0
Противоэпидемическая работа	0	0	20 ±8,94	20 ±8,94	65 ±11,12	80 ±8,94	10 ±6,98	0	5 ±4,87	0
Объем информации, предоставляемой поликлиникой в СЭС										
Раздел работы	достаточный объем информации		чрезмерно велик		чрезмерно мал		затруднились ответить			
	ПУ	СЭС	ПУ	СЭС	ПУ	СЭС	ПУ	СЭС		
Иммунопрофилактика	60 ±10,95	45 ±11,11	15 ±7,98	5 ±4,87	5 ±4,87	45 ±11,11	20 ±8,94	5 ±4,87		
Противоэпидемическая работа	65 ±11,12	45 ±11,11	15 ±7,98	0	5 ±4,87	45 ±11,11	15 ±7,98	10 ±6,71		
Объем информации, предоставляемой СЭС в поликлинику										
Иммунопрофилактика	35 ±10,66	75 ±9,68	5 ±4,87	0	30 ±10,24	15 ±7,98	30 ±10,24	10 ±6,71		
Противоэпидемическая работа	50 ±11,18	85 ±7,98	5 ±4,87	15 ±7,98	20 ±8,94	0	30 ±10,24	0		

Таблица № 2

**Оценка сотрудниками поликлиники и СЭС состояния обмена информацией
по обеспечению эпидблагополучия населения**

(% от числа опрошенных в данной группе, $\bar{X} \pm S \bar{x}$)

Предоставление поликлинике информацию от СЭС				
Варианты ответов	по иммунопрофилактике		по противоэпидемической работе	
	поликлиника	СЭС	поликлиника	СЭС
Да	60±10,95	100-4.87	55±11,12	100-4.87
Нет	15±7,98	0	20±8,94	0
Затрудняюсь ответить	25±9,68	0	25±9,68	0
Всего	100	100	100	100
Форма предоставления СЭС в поликлинику информации (возможно несколько вариантов ответа; %/ранговое место)				
Инструкции, указания	85±7,98/1	75±11,12/ 2	85±7,98/1	60±10,95
Семинары	25±9,68/2	95±4,87/1	35±10,66/2	60±10,95
Телефонограммы, переписка	20±8,94/3	55±11,12/ 3	30±10,24/3	60±10,95
Информативность учетно-отчетной документации, предоставляемой поликлиникой в СЭС				
Информативная	50±11,18	50±11,18	55±11,12	45±11,11
Малоинформативная	5±4,87	50±11,18	5±4,87	20±8,94
Чрезмерно информативная	10±6,71	0	10±6,71	10±6,71
Затруднились ответить	35±10,66	0	30±10,24	25±9,68
Всего	100	100	100	100
Объем учетно-отчетной документация, предоставляемой поликлиникой в СЭС				
Адекватный объем	45±11,11	20±8,94	50±11,18	60±8,94
Чрезмерно большой объем	15±7,98	30±10,24	15±7,98	0
Недостаточный объем	0	35±10,66	0	35±10,66
Затруднились ответить				
Всего	100	100	100	100
Эффективность учетно-отчетной документации, предоставляемой поликлиникой в СЭС				
Помогает в выполнении работы	25±9,68	70±12,24	50±11,18	65±10,66
Затрудняет выполнение работы	15±7,98	15±7,98	10±6,71	15±7,98
Не влияет на выполнение работы	15±7,98	0	10±6,71	5±4,87
Затруднились ответить	45±11,11	15±7,98	30±10,24	15±7,98
Всего	100	100	100	100
Эффективность взаимодействия поликлиники и СЭС				
Весьма эффективна	45±11,11	60±10,95	40±10,95	50±11,18
Мало эффективна	10±6,71	40±10,95	25±9,68	15±7,98
Не эффективна	0	0	0	10±6,71
Затруднились ответить	40±10,95	0	35±10,66	25±9,68
Всего	-----	100	100	100

Известна роль учетно-отчетной документации в постановке и проведении работы в области обеспечения эпидемиологического благополучия. При оценке существующей системы документации по противоэпидемической работе половина из числа заполнявших анкеты специалистов ПУ и СЭС сочли ее информативной, чрезмерно информативной - только 10 % специалистов ПУ, а малоинформативной – 50 % специалистов СЭС. В группе работников ПУ высок процент лиц (35%) затруднившихся ответить на данный вопрос. Столь неоднозначные и диаметрально противоположные оценки специалистов разных и одной и той же групп анкетированных свидетельствуют о необходимости оптимизации и совершенствования системы учетно-отчетной документации, разработки специальной программы обучения специалистов работе с документацией.

К аналогичным выводам позволяют придти и результаты оценок учетно-отчетной документации по иммунизации.

Сказанное подтверждают результаты оценок эффективности существующей документации. Так, в ПУ только 25 % опрошенных считают, что документация помогает в выполнении работы по иммунопрофилактике и 50 % - по противоэпидемической работе. В СЭС уровень оценок существенно выше (соответственно, 70 и 65 процентов опрошенных), что свидетельствует о более широком, в целом, применении документации в повседневной деятельности этой службы, о лучшем ее (документации) знании и понимании.

Вместе с тем, от 20 до 30 процентов опрошенных каждой из групп считают, что система существующей документации затрудняет и вообще не влияет на выполнение работы. В исследуемых службах высок процент лиц, затруднившихся однозначно ответить на данный вопрос. В ПУ доля таких сотрудников при оценке работы документации по иммунопрофилактике составила 45 % против 15 % среди работников СЭС ($p < 0,05$). Подобное положение в группах специалистов, непосредственно работающих с документацией, не приемлемо.

В связи со сказанным выше представляет интерес то, что работники ПУ и СЭС практически одинаково оценивают взаимодействие между организациями как весьма эффективное в обеих сферах деятельности (от 40 до 60 процентов, различия не существенны). Однако из числа опрошенных в СЭС 40 % считают, что мало эффективно взаимодействие в области иммунопрофилактики, а по противоэпидемической работе 15 % оценили взаимодействие как мало эффективное и 10 % - как не эффективное.

Известно, что деятельность организаций и специалистов, в них работающих, связана с выполнением определенных функций. В этой связи нас интересовало мнение специалистов исследуемых служб о приоритетности основных функций каждой из служб. Выявлен ряд особенностей в даваемых анкетированными оценках (табл. 3).

В части противоэпидемической работы обращает внимание существенное совпадение видения функций ПУ специалистами ПУ и СЭС (выявление инфекционных заболеваний и наблюдение за контактными/осуществление мероприятий). Однако специалисты СЭС отметили необходимость ПУ планирования мероприятий (3-е место), а специалисты ПУ поставили на это место лечение, хотя для противоэпидемической работы важно планирование, а лечение – другая сфера деятельности.

Характерно, что специалисты ПУ считают основной функцией СЭС работу по контролю, в то время как работники СЭС данному разделу своей деятельности отвели только 3-е место. На этом фоне обращает внимание практически полное совпадение мнений специалистов ПУ и СЭС относительно разделов работы, по которым анкетированные хотели бы получить больше помощи от взаимодействующей организации.

Для характеристики функций своей службы в области иммунопрофилактики также характерно совпадение мнения сотрудников обеих служб, отдавших первое и

второе место, соответственно, планированию и осуществлению мероприятий. Выделение на третьем месте санитарно-просветительной работы (ПУ) и контрольной функции (СЭС) отражает специфику служб.

Мнения о существующих функциях взаимодействующих служб не совпадают в части оценки деятельности СЭС. Если работники ПУ, говоря о СЭС, на первое место ставят функцию контроля, то сами работники СЭС отводят этой работе лишь 3-е место, ставя на первые места планирование соответствующей работы и обеспечение бактериологическими препаратами.

Выводы

1. Выявлен ряд положительных и негативных признаков в совместной деятельности ПУ и СЭС по обеспечению эпидемиологического благополучия населения.

Таблица № 3

Оценка специалистами поликлиники и СЭС приоритетности выполняемых функций

Опрашиваемая служба	Ранжирование по большинству голосов		
	1 место	2 место	3 место
<i>Деятельность по противоэпидемической работе</i>			
Функции своей организации			
Поликлиника	выявление инфекционных заболеваний	наблюдение за контактными	лечение
СЭС	Планирование	осуществление мероприятий	контроль
Функции взаимодействующей организации			
Поликлиника, по мнению СЭС	выявление инфекционных заболеваний	осуществление мероприятий	планирование мероприятий
СЭС, по мнению поликлиники	Контроль и оценка мероприятий	планирование мероприятий	эпидемиологическое обследование очага инфекционного заболевания
Разделы работы, по которым хотели бы получить больше помощи от взаимодействующей организации			
Поликлиника от СЭС	планирование мероприятий	методическая помощь по проведению противоэпидемической работы	координирующая роль и выявление случаев инфекционных заболеваний
СЭС от поликлиники	планирование	осуществление мероприятий	выявление случаев инфекционных заболеваний
<i>Деятельность по иммунопрофилактике</i>			
Оценка функций			
Поликлиника о своих	планирование мероприятий	осуществление мероприятий	санитарно-просветительская работа

функциях			
Поликлиника, по мнению СЭС	планирование мероприятий	осуществление мероприятий	Контроль
СЭС о своих функциях	планирование мероприятий	осуществление мероприятий	Контроль
СЭС, по мнению поликлиники	Контроль	обеспечение вакцинами	методическая помощь в проведении профилактических прививок
Разделы работы, по которым хотели бы получить больше помощи от взаимодействующей организации			
Поликлиника от СЭС	обеспечение вакцинами.	методическая помощь по проведению вакцинации	инструктаж медицинских работников по проведению иммунопрофилактической работы
СЭС от поликлиники	планирование мероприятий	осуществление мероприятий	контроль

2. Ряд оценок, даваемых специалистами ПУ и СЭС по вопросам о совместной деятельности аналогичен, а по другим – диаметрально противоположен.

3. Ни один из опрошенных сотрудников ПУ и СЭС не охарактеризовал существующий уровень контактов в работе как «очень хороший». При этом мнение специалистов ПУ и СЭС об основных функциях своей и взаимодействующей служб по обеспечению эпидемиологического благополучия совпадает.

4. Недостаточна информированность специалистов о реальной работе другой сторон, что более характерно для специалистов ПУ. Каждый пятый специалист ПУ не владеет информацией, предоставляемой СЭС, в то время как большинство сотрудников СЭС оценивает информацию, предоставляемую в поликлиники как достаточную или даже чрезмерно большую.

5. При существующей системе проводимых СЭС семинаров для специалистов ПУ эффективность этих семинаров низка и, в представлении специалистов СЭС, завышена.

6. Оценки специалистов разных и одной и той же групп анкетизируемых свидетельствуют о необходимости оптимизации и совершенствования системы учетно-отчетной документации по обеспечению эпидемиологического благополучия.

7. Совместная деятельность поликлиники и СЭС не может и не должна рассматриваться без учета особенностей работы по обеспечению санитарного благополучия. Этот раздел отражен в сообщении 2.

ОЦЕНКА СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИКИ И САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СТАНЦИИ СОТРУДНИКАМИ ЭТИХ УЧРЕЖДЕНИЙ (сообщение 2)

В.Л.Резник, А.Э.Нугманова, И.В.Тен, А.Д.Абишева, Н.Р. Кабдыкапаров
Высшая Школа Общественного Здравоохранения

Материалы данного исследования являются логическим продолжением результатов, приведенных в одноименном сообщении 1 об оценке специалистами поликлинических учреждений (ПУ) и СЭС совместной деятельности по некоторым разделам обеспечения эпидемического благополучия.

Цель и задачи исследования

Провести анализ оценки специалистами ПУ и СЭС совместной деятельности в области гигиены окружающей среды и существующей системы отношений между этими службами.

Определить основные особенности субъективных оценок и перспективные направления оптимизации внутрисекторального содружества и формирования взаимоотношений в системе «ПУ ↔ СЭС».

Материалы и методы

Разработаны анкеты, в которые включены как общие вопросы, так и специальные по разделам гигиены детей и подростков (ГДиП), гигиены питания (ГП), труда (ГТ), гигиене окружающей среды и коммунальной гигиене (ГОС и ГК, далее - ГОС), гигиене лечебно-профилактических учреждений (ГЛПУ) и радиационной (ГР). Формулировка некоторых вопросов в анкетах для работников поликлиники и СЭС различалась, поскольку были учтены профессиональные особенности специалистов. В анкеты включены вопросы с множественным выбором, а также открытые для свободного ответа.

Пилотное исследование проведено среди сотрудников поликлиники № 2 и санитарно-эпидемиологической станции Медеуского района г. Алматы.

В поликлинике анкетированием охвачено 20 врачей (13 терапевтов и 7 педиатров), средний возраст респондентов – 46,3 года, стаж работы – 22,1 года, из них в учреждениях ПМСП – 15,2 года.

По вопросам гигиены окружающей среды респондентами были 8 санитарных врачей и 6 помощников санитарного врача, средний возраст – 37 лет, стаж работы – 15,7 года.

Установлено, что мнение специалистов обеих служб о проведении ПУ деятельности в области гигиены (табл. 1) совпало только в части ГТ и ГЛПУ. Среди специалистов ПУ наиболее высоко оценено участие в работе по ГДиП и ГЛПУ. Обращает внимание достаточной высокая доля специалистов (от 30 до 75 процентов), считающих, что поликлиника проводит работу по различным разделам гигиены. Характерно также, что наименьшее число сотрудников, затруднившихся ответить на поставленный вопрос, отмечено по ГДиП (20 %), а наибольшее – по ГОС, ГТ и ГР (соответственно, 45, 50 и 60 процентов). Большая доля лиц, затрудняющихся с ответом, обусловлена недостаточной информированностью сотрудников по данным разделам деятельности в целом. Наименьшее участие сотрудников ПУ – в деятельности по гигиене питания.

По ряду разделов оценки об участии специалистов ПУ в деятельности по различным разделам гигиены, данные специалистами СЭС, достоверно ниже, чем самооценка специалистов лечебного учреждения. Сказанное относится и к разделу ГДиП, а также к ГП и ГР. По мнению специалистов СЭС, ПУ совершенно не занимаются ГР и весьма незначительно – по ГТ, ГОС. Отметим, что разделом, по которому СЭС и поликлиника контактирует чаще всего и на регулярной основе, является гигиена ЛПУ.

Несмотря на очевидную значимость ГОС и ГТ в формировании здоровья населения, лишь 10 % специалистов ПУ учреждения считают себя инициатором деятельно-

Таблица 1

Оценка сотрудниками поликлиники и СЭС совместной работы по разделам гигиены, (% от числа опрошенных в данной группе, $\bar{X} \pm S_{\bar{x}}$)

Варианты ответов	ГОС и Ком.Гиг		Гигиена ДиП		Гигиена питания		Гигиена труда		Радиационная гигиена		Гигиена ЛПУ	
	Поликл	СЭС	Поликл	СЭС	Поликл	СЭС	Поликл	СЭС	Поликл	СЭС	Поликл	СЭС
Проводит ли поликлиника работу по указанным разделам												
Да	35±10,7	21±11,0	75±9,7	44±13,2	45±11,1	14±9,4	40±11,0	43±13,2	30±10,2	0	55±11,1	43±13,2
Нет	20±8,9	43±13,2	5±4,9	21±11,0	35±10,7	29±12,1	10±6,7	14±9,4	10±6,7	36±12,8	5±4,9	14±9,4
Затруднились ответить	45±11,1	36±12,8	20±8,9	36±12,8	20±9,0	57±13,2	50±11,2	43±13,2	60±11,0	64±12,8	40±11,0	43±13,2
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Кто, по Вашему мнению, чаще является инициатором контактов по указанным разделам:												
Поликлиника	10±6,7	0	35±10,6	0	0	0	10±6,7	14±9,4	5±4,9	0	10±6,7	7±6,9
СЭС	15±8,0	36±12,8	10±6,7	43±13,2	30±10,2	36±12,8	10±6,7	50±13,4	10±6,7	29±12,1	40±11,0	50±13,4
Затруднились ответить	75±9,7	64±12,8	55±11,1	57±13,2	70±12,2	64±12,8	80±9,0	36±12,8	85±8,0	71±12,1	50±11,2	43±13,2
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Как Вы оцениваете уровень контактов по указанным разделам в системе поликлиники ⇒ СЭС (инициатор – поликлиника)												
Очень хороший	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5±4,9	0
Хороший	10±6,7	7±6,9	15±8,0	7±6,9	5±4,9	15±8,0	10±6,7	7±7,0	0	7±7,0	10±6,7	0
Удовлетворительный	25±9,7	29±12,1	35±10,7	29±12,1	35±10,7	21±11,0	40±11,0	29±12,1	15±8,0	15±8,0	35±10,7	71±12,1
Неудовлетворительный	20±9,0	35±10,7	15±8,0	29±12,1	30±10,2	43±13,2	10±6,7	50±13,4	10±6,7	57±13,2	5±4,9	0
Затруднились ответить	45±11,1	29±12,1	35±10,7	35±10,7	30±10,2	21±11,0	30±10,2	14±9,4	75±9,7	21±11,0	45±11,1	29±12,1
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Как Вы оцениваете уровень контактов СЭС ⇒ поликлиники (т.е. инициатор СЭС) по указанным разделам												

Очень хороший	0	0	0	7±7,0	0	7±7,0	0	0	0	0	5 ±4,9	0
Хороший	10±6,7	14± 9,4	10±6,7	7±7,0	10±6,7	7±7,0	10±6,7	14± 9,4	0	7±7,0	10±6,7	0
Удовлетворительный	30±10,2	36±12,8	40±11,0	29±12,1	20±9,0	36±12,8	40±11,0	43±13,2	15±8,0	50±13,4	25±9,7	64±12,8
Не удовлетворительный	15±8,0	25±9,7	10±6,7	29±12,1	30±10,2	36±12,8	10±6,7	29±12,1	10±6,7	21±11,0	10±6,7	14±9,4
Затруднились ответить	45±11,1	25±9,7	40±11,0	29±12,1	40±11,0	14±9,4	40±11,0	14±9,4	75±9,7	21±11,0	50±11,1	21±11,0
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Таблица 2.

«Как часто медицинские работники поликлиник доказательно связывают случаи заболеваний с воздействием факторов окружающей среды»

Варианты ответов	ГОС и Ком.Гиг		Гигиена ДиП		Гигиена питания		Гигиена труда		Радиационная гигиена	
	Поликл	СЭС	Поликл	СЭС	Поликл	СЭС	Поликл	СЭС	Поликл	СЭС
Очень часто	5 ±4,9	7±6,9	0	0	5 ±5,0	7±7,0	0	0	0	0
Часто	40±11,0	21±11,0	25±10,0	21±11,0	35±10,7	21±11,0	30±10,2	21±11,0	25±10,0	14±9,4
Редко	0	7±6,9	5 ±4,87	7±6,9	5 ±5,0	21±11,0	10±6,7	7±7,0	5 ±5,0	14±9,4
Крайне редко	5 ±4,9	29±12,1	15±7,98	7±6,9	15±8,0	14±9,4	10±6,7	57±13,3	10±6,7	21±11,0
Никогда	30±10,2	29±12,1	25±10,0	36±12,8	15±8,0	14±9,4	15±8,0	0	30±10,2	29±12,1
Затруднились ответить	20±9,0	7±6,9	30±10,7	29±12,1	25±10,0	21±11,0	35±10,7	14±9,4	30±10,2	21±11,0
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

сти по данному разделу, а специалисты СЭС полагают, что этот процент еще ниже, в том числе отрицают инициативу ПУ по таким разделам как ГОС, ГДиП, ГП и ГР. Среди специалистов обеих групп очень высока доля лиц, затруднившихся ответить на вопрос об инициативности сторон. Приведенные данные косвенно свидетельствуют о недостаточной информированности и, в какой-то мере, о том, какое значение придают этим разделам сотрудники учреждений.

В этой связи еще более показательна оценка опрашиваемыми уровня контактов по описываемым разделам деятельности. Так, изучая мнение респондентов о контактах, инициаторами которых являются ПУ, уровень контактов ПУ и СЭС как «очень хороший» не признан практически ни одним из специалистов обеих групп ни по одному разделу гигиены. Как «хороший» – оценили не более 15-ти процентов опрошенных, удовлетворительную оценку дало большее число анкетированных. Относительно высоко оценены специалистами ПУ (35 – 40 процентов респондентов) инициативы по ГДиП, ГП, ГТ и ГЛПУ. Мнение специалистов СЭС несколько ниже, но по ГЛПУ – выше (71 % опрошенных против 35 %), чем приведенное врачами ПУ.

Близки или аналогичны описанным выше по исследуемым разделам деятельности оценки инициативности СЭС в отношениях с ПУ.

Известна роль факторов окружающей среды в формировании здоровья, но, тем не менее, по оценке специалистов обеих служб все еще редко специалисты ПУ связывают выявленные случаи заболеваний с факторами, относящемуся к тому или другому из описываемых разделов гигиены (табл. 2). Как «очень часто» о подобной связи специалисты обеих служб практически не говорят. О частых случаях связи говорят от 14 до 15 процентов респондентов обеих служб при несколько больших значениях по разделам ГОС, ГП и ГТ. Характерно, что различия между данными по ПУ и СЭС не существенны. Обращает внимание и настораживает то, что значительная часть специалистов ПУ никогда не связывает случаи заболеваний с факторами окружающей среды. Сказанное следует и из ответов врачей ПУ и специалистов СЭС, а доля таких ответов составляет, соответственно, по ГОС 30 и 29 процентов, по ГДиП 25 и 36, ГП 15 и 14, по ГР 30 и 29. Несмотря на то, что сказанное отмечено 15 % анкетированных врачей ПУ, среди специалистов СЭС такого мнения о врачах ПУ нет. Последнее обстоятельство согласуется с тем, что в случаях, когда на участке проживает человек, работающий на предприятии с вредными производственными факторами, 35 % врачей поликлиники ответили, что медицинские работники поликлиник знакомятся с условиями труда на таких производствах и с особенностями влияния производственных факторов на здоровье работающих. Но 30 % врачей дали отрицательный ответ на данный вопрос, а 35% - вообще затруднились на него ответить, что в данной ситуации можно интерпретировать как отрицательный ответ.

В ходе исследования особое внимание уделено организационным аспектам совместной работы поликлиники и СЭС в области гигиены (табл. 3).

Установлено, что 65 % из числа врачей ПУ считает необходимым свое участие в деятельности СЭС по контролю на обслуживаемом участке выполнения физическими и юридическими лицами требований санитарных норм и правил, а по мнению 60 % работники ПУ должны иметь для этого и соответствующие права. Важно отметить, что на целесообразность контроля специалистами ПУ санитарного состояния объектов на обслуживаемом участке указывает и 43 % опрошенных сотрудников СЭС, а делегировать для этого часть прав согласны только 29 % из числа опрошенных. Если посчитать, что отсутствие определенного мнения тоже является отрицательным ответом, то 71 % опрошенных сотрудников СЭС в этом смысле не разделяют принцип субсидарности.

Тем не менее, практически половина опрошенных врачей ПУ полагает, что информирует СЭС о выявленных случаях нарушения санитарных норм и правил, на

обслуживаемом ими участке, хотя больше половины врачей не смогли ответить на данный вопрос, что можно расценивать как отрицательный ответ. Вместе с тем, 50 % опрошенных специалистов СЭС однозначно отрицают предоставление врачами лечебного учреждения информации о санитарном состоянии объектов на обслуживаемом участке, а вместе с затруднившимися с ответом их доля составляет 79 %. На этом фоне обращает внимание понимание специалистами обеих служб необходимости предоставления специалистами ПУ такой информации в СЭС. Сказанное позволяет говорить о назревшей необходимости управления описываемым процессом, его правовой поддержки, включая и внутрисекторальное документальное обеспечение.

Таблица 3

Оценка сотрудниками ПУ и СЭС совместной работы в области гигиены и выполнения непосредственно ПУ требований санитарных норм и правил
(% от числа опрошенных в данной группе, $\bar{X} \pm S_{\bar{x}}$)

Вопрос и варианты ответа	Поликлиника	СЭС
Оценка совместной работы в области гигиены		
<i>Должны ли работники ПУ принимать участие в деятельности СЭС по контролю за выполнением физическими и юридическими лицами требований санитарных норм и правил на обслуживаемом участке?</i>		
Да	65±10,7	43±13,2
Нет	10±6,7	36±12,8
Затрудняюсь ответить	25±9,7	21±11,0
Всего	100	100
Должны ли работники ПУ иметь соответствующие права?		
Да	60±11,0	29±12,1
Нет	0	42±13,2
Затрудняюсь ответить	40±11,0	29±12,1
Всего	100	100
<i>Информируют ли работники ПУ СЭС о выявленных случаях нарушения санитарных норм и правил на обслуживаемом участке?</i>		
Да	45±11,1	21±11,0
Нет	0	50±13,4
Затрудняюсь ответить	55±11,1	29±12,1
Всего	100	100
Должны ли работники ПУ информировать СЭС о выявленных случаях нарушения санитарных норм и правил на обслуживаемом участке?		
Да	70±10,2	79±11,0
Нет	0	14±9,4
Затрудняюсь ответить	30±10,2	7±7,0
Всего	100	100

Оценка состояния работы по санитарному надзору за ПУ		
Оцените действующие санитарно-гигиенические правила и нормы к поликлинике		
Не требуют пересмотра	10±6,7	7±7,0
Требуют пересмотра	45±11,1	36±12,8
Затруднились ответить	45±11,1	57±13,2
Всего	100	100
Оцените выполнение ПУ предписаний СЭС		
Своевременное (согласно установленным срокам)	65±10,6	14±9,4
С задержкой относительно установленных сроков	10±6,7	43±13,2
Частично выполняются	10±6,7	29±12,1
Не выполняются	0	0
Затруднились ответить	15±8,0	14±9,4
Всего	100	100
Охарактеризуйте отношение медицинских работников ПУ к содержанию предписаний СЭС		
Требования адекватные, основанные на санитарных нормах	45±11,1	50±13,36
Требования завышенные	40±11,0	14±9,4
Требования заниженные	0	7±7,0
Затрудняюсь ответить	15±8,0	29±12,1
Всего	100	100

Установлено, что, по мнению самих врачей ПУ, 40±10,9 % из них владеют в недостаточном объеме информацией об обслуживаемом участке в части водоснабжения и канализования, санитарной очистки и состоянии почвы, об объектах торговли продуктами и общественного питания, о школьных и детских дошкольных учреждений, об условиях труда работающего населения; 15±7,9 % вообще не владеют такой информацией, а каждый третий респондент затруднился ответить на этот вопрос. По каждому из разделов доля положительных ответов не выше 30 % (например, водоснабжение), а самые низкие проценты положительных ответов об условиях труда работающих и о санитарном состоянии объектов торговли продуктами и общественного питания (5±4,87%). О санитарном состоянии почвы врачи не владеют никакой информацией. Статистически близки к эти и оценки уровней информированности врачей ПУ, данные специалистами СЭС. По мнению врачей ПУ, СЭС является источником информации поликлиники только в 40±10,9% случаев, доля средств массовой информации и самих пациентов определена в 35±10,6 %. Вместе с тем, 70±12,2 % врачей ПУ хотели бы получать информацию по санитарному состоянию обслуживаемой территории от СЭС.

Таким образом, информированность врачей о санитарном состоянии обслуживаемого ими участка оставляет желать лучшего и, естественно, что низкая степень информированности не позволяет врачам ПУ связать некоторые случаи заболеваний с состоянием окружающей среды.

При сравнении результатов ответов (см. табл. 3) обращает внимание, что сотрудники СЭС, говоря о том, что врачи ПУ должны информировать СЭС об имеющихся на обслуживаемом участке нарушениях санитарных требований, не считают необходимым предоставить им определенные права контроля. Этому можно противопоставить позицию врачей ПУ, считающих, что такое право они должны иметь. Понятно, что иметь право не означает, в данном случае, замены или принятия ПУ на

себя функций СЭС.

Получение права обязывает иметь специальные знания по гигиене и санитарии для реализации этого права. С целью определения уровня знаний в анкету были включены соответствующие вопросы. Оценки, данные самими врачами ПУ и специалистами СЭС об уровне знаний врачей ПУ в области возможного воздействия вредных факторов на формирование здоровья, существенно не различаются и составляют, соответственно: признание его хорошим $30 \pm 10,2$ и $14 \pm 9,3$; удовлетворительным $40 \pm 10,9$ и $57 \pm 13,2$; затруднились с оценкой $30 \pm 10,2$ и $29 \pm 12,1$ процента из числа опрошенных. Оценивая знания по различным разделам гигиены, врачи ПУ наиболее низко оценили их в области ГК ($70 \pm 12,2\%$). С этим согласуется и мнение специалистов СЭС, которые на последующие места поставили ГТ, ГОС и ГР.

Каждый третий врач поликлиники связывают существующий уровень своих знаний с недостатками подготовки на этапе последипломного обучения, а $50 \pm 13,3\%$ специалистов СЭС связывают это с особенностями программы подготовки в вузе. При этом каждый третий сотрудник СЭС одной из причин создавшегося положения считает отсутствие у медицинских работников поликлиник должного интереса к вопросам гигиены, но 80% опрошенных врачей отметили, что имеют интерес к вопросам влияния вредных факторов окружающей среды на здоровье человека. Следовательно, приоритетными являются формирование программы и применяемые методики обучения.

Существенный интерес представляло для нас и мнение специалистов обеих служб о санитарно-гигиенических требованиях, предъявляемых к ПУ. Установлено (см. табл. 3), что абсолютное большинство сотрудников ПУ и СЭС считает нормативы требующими пересмотра или затруднилось с ответом, что также нельзя считать положительным мнением о нормативной базе. Вместе с тем, мнение сотрудников ПУ и СЭС о своевременности выполнения предписаний СЭС существенно различаются и имеют более низкую оценку у сотрудников СЭС. Сказанное тем более представляется странным в связи с тем, что значительная часть врачей ПУ (45%) считает требования СЭС адекватными, что совпадает с оценкой специалистов СЭС. Мнение 40% врачей ПУ о завышенных требованиях СЭС не согласуется с оценкой сотрудников СЭС. В целом сказанное позволяет говорить о возможностях эффективного взаимодействия служб.

Выводы:

1. Оценки специалистами ПУ и СЭС по основным вопросам совместной деятельности в области гигиены имеют положительные и негативные признаки, которые не могут не влиять на эффективность работы по охране здоровья населения.

2. Повышение эффективности внутрисекторального сотрудничества ПУ и СЭС в области гигиены должно основываться на разработке методов, способов и средств более широкого использования потенциала соответствующих учреждений, расширения правовых возможностей для сотрудничества, пересмотра ряда функций. Целесообразно рассмотреть вопрос об участии ПУ в деятельности по контролю выполнения физическими и юридическими лицами требований санитарных норм и правил на обслуживаемом участке.

3. Информированность сотрудников ПУ по основным разделам гигиены (ГОС, ГДиП, ГТ, ГП и ГР) в целом недостаточна. Уровень контактов ПУ и СЭС как «очень хороший» не признан практически ни одним из специалистов обеих групп ни по одному разделу гигиены. Обращает внимание и настораживает то, что значительная часть специалистов ПУ никогда не связывает случаи заболеваний с факторами окружающей среды.

4. Приоритетными направлениями обеспечения эффективности внутрисекторального сотрудничества в деятельности системы ПУ – СЭС по основным

разделам гигиены на территории, обслуживаемой ПУ: повышение инициативы амбулаторно-поликлинического учреждения и его сотрудников; повышение роли СЭС в качестве методического центра по указанным разделам работы; активизация функций СЭС по координации и информации.

5. Имеет место высокая востребованность каждой из исследуемых служб в совершенствовании санитарно-гигиенических требований, предъявляемых к ПУ.

6. Необходимо повышать уровень знаний специалистов ПУ по основным разделам гигиены, используя при разработке соответствующих программ высокий интерес врачей к вопросам вредного влияния факторов окружающей среды на здоровье человека.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ТЕНДЕНЦИЙ РАЗВИТИЯ ПРОБЛЕМЫ НАРКОПОТРЕБЛЕНИЯ В КЫРГЫЗСТАНЕ ЗА ПЕРИОД 1991-2002 г.г.

Байызбекова Д.А., Касымов О.Т.

Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина»
г. Бишкек, Кыргызская Республика

С середины 90-х годов XX века республика стала транзитной страной для опиума и героина афганского происхождения. Афгано-Таджикская граница стала уязвимой и «прозрачной», а наркотрафик осваивал новые пути через ГБАО Таджикистана в Кыргызстан и далее - в страны СНГ и Европы. С 1993 года в стране стал ощущаться приток афганских наркотиков, поступавших по трассе Ош—Хорог [1]. Что естественно не благоприятно сказалось на распространенности наркомании среди населения.

Материалы и методы

Нами был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ тенденций показателей распространенности, заболеваемости и пролеченности от наркотической зависимости по данным Республиканского наркологического центра за период с 1991 по 2002 год с использованием математической параболы первого порядка и корреляционно-регрессионного анализа.

Результаты исследования

За анализируемый период в целом по стране наблюдается выраженная тенденция ($T_{\text{прироста}} \geq \pm 5\%$) к росту, показателей заболеваемости ($T_{\text{прироста}} = +17,82\%$), пролеченности ($T_{\text{прироста}} = +10,91\%$) и распространенности ($T_{\text{прироста}} = +21,38\%$). Наблюдаемый спад показателей заболеваемости и распространенности в последние годы значительно снизил показатели, характеризующие скорость изменения тенденции, но в целом не повлиял на ее общую направленность. Наиболее информативным является показатель распространенности, что характерно для большинства хронических патологий. Показатель распространенности наркотической зависимости в 2002 году в сравнение с 1991 годов вырос почти в 3,5 раза (с 32,73 до 113,0 на 100 тыс. населения).

Выявлена обратная выраженная корреляционная зависимость между ростом распространенности наркомании и снижением цен на героин и опий ($r = (-0,7)$ и $(-0,86)$). Это подтверждает использования наркоторговцами демпинговой ценовой политики, для «оседания» наркотиков в стране. Данная картина также указывает на незначительный удельный вес изъятий из общего объема незаконного оборота наркотиков.

За анализируемый период заболеваемость наркоманией выросла более чем в 4 раза, показатель пролеченности вырос с 1991 по 1995 годы в 3 раза, и с 1995 по 2002 год находится приблизительно на одном и том же уровне. До 1994 года наблюдается прямая зависимость многолетней динамики соотношения показателей «впервые поставленных на учёт» и «пролеченных лиц злоупотребляющих наркотиками» ($r = 0,61$, средней силы). В указанный период основную массу пролеченных лиц составляли пациенты, самостоятельно обратившиеся в наркоучреждения. В последующем регистрируется резкое увеличение лиц, впервые поставленных на учет, что может быть связано с резким ростом количества изъятых наркотиков (а соответственно и количеством «осевших в республике наркотиков»). Так, в 1995 году количество изъятого опия было в 3 раза больше по сравнению с 1994 годом.

Величина показателя распространенности наркотической зависимости формируется за счет наркопотребителей мужского пола. Удельный вес мужчин состоящих на учете с диагнозом наркотическая зависимость за анализируемые 12 лет колебался в диапазоне от 93,16% (2002г.) до 95,99% (1993г.). Удельный вес женщин среди лиц, состоящих на учете в наркологических учреждениях, за анализируемый период не превышал 6,83% (2002г.), среди вновь выявленных случаев не более 9,11%. Соотношение мужчин и женщин в 2002 году составило 14:1. Но если сопоставить темпы роста наркомании среди женщин и мужчин, то у женщин она почти в 2 раза выше. Так численность мужчин с наркотической зависимостью состоящих на учете и впервые взятых на учет с 1991 года выросла в 3,7-4,7 раз, а женщин в 6,26 - 7 раз. Женщины, потребляющие наркотики является для Кыргызстана очень закрытой группой, и регистрация наркозависимых осуществляется в основном в результате их контакта с сотрудниками органов МВД и юстиции. О чем свидетельствует почти идентичное число женщин зарегистрированных в наркоучреждениях республики страдающих наркозависимостью и осужденных за наркопреступления.

Полноценная оценка возрастной структуры наркотической зависимости осложнялась тем, что в статистической отчетности за анализируемый период 4 раза менялась возрастная градация данных, последние два раза в 2001 и 2002 годах. В связи с этим удалось выделить относительно постоянные только 3 группы: до 15 лет, 15-19 лет и 20-59 лет. В возрастной структуре заболеваемости и распространенности наркотической зависимости преобладала возрастная категория 20-59 лет (96,44 – 99,53%). Удельный вес возрастной категории 15-19 лет для показателя распространенности колебался в диапазоне от 0,47 до 3,56%. А для показателя заболеваемости был несколько выше - от 1,89 % до 14,67%, что может свидетельствовать об омоложении наркотизации. За анализируемый 12 летний период было зарегистрировано не более 0,33% случаев наркотической зависимости в возрастной группе до 15 лет.

В сельской местности уровень распространенности и заболеваемости наркотической зависимости ниже, чем в городской. Уровень показателя распространенности для сельской местности за анализируемый период не превышал 25 % (максимальное значение 24,77% в 2002 году). Но для показателя заболеваемости в 1999 году, удельный вес достиг 40,02%, возможно это свидетельствует о стирании грани между городом и селом по факту распространения наркомании.

Дополнительно к выше указанным эпидемиологическим признакам распространенности злоупотребления наркотическими веществами, нами был проведен анализ многолетней тенденции за период 1993 – 2002 г.г. и половозрастной структуры наркотической зависимости к различным запрещенным ПАВ в Кыргызской Республике.

Общий уровень распространенности злоупотребления наркотиками за анализируемый период обусловлен уровнем распространения опиатной наркомании ($r = 0,85$). Многолетняя тенденция числа зарегистрированных лиц, с зависимостью от опиатов за анализируемый период, в отличие от предыдущего показателя, имеет ярко выраженную тенденцию к росту. Для анализируемого периода ежегодный темп прироста составил 27,16%, несмотря на то, что с 1999 года наблюдается некоторый спад постановки на учет лиц с наркотической зависимостью. Такой темп роста до 1999 года был связан с ростом распространения опийной, а в последующие годы с героиновой наркоманией. Анализ показателя распространенности опийной наркотической зависимости среди зарегистрированных случаев за период с 1996 по 2002 год, выявил, что до 1999 года наблюдалась тенденция роста потребления опия (почти в 2 раза) и был зарегистрирован в 1999 году самый высокий показатель 84,17 на 100 тыс. населения. Но в период от 1999 по 2002 год наблюдалась тенденция к снижению. Общая тенденция для всего периода имеет следующие характеристики - «умеренная тенденция к снижению», $T_{\text{прироста}} = -1,25\%$. Но, несмотря на тенденцию к снижению в количественном выражении опий занимает первую позицию. Показатель распространенности потребления героина за анализируемый период с 1998 по 2002 год колебался в диапазоне от 0,71 до 24,63 на 100 тыс. населения, и был намного ниже, чем потребление опия. Однако, для него характерен самый высокий темп прироста. Так за период с 1998 по 2002 год, потребление героина ежегодно вырастает со скоростью 50,06%.

Анализ данных наркологической службы КР за период 1993-2002 г.г. выявил тенденции к снижению показателей распространенности каннабисной ($T_{\text{прироста}} = -3,48\%$) и эфедроновой (-17,97%) зависимостей. Подобные тенденции специалисты связывают с тем, что это легкие наркотики и на фоне эпидемии героиновой наркомании им уделяется меньше внимания как со стороны госструктур, так и со стороны наркоманов, кроме того, кустарное производство эфедрона - относительно сложный процесс, требующий определенных навыков и времени. В связи с тем, что рынок наркотиков в последние годы заполнился другими относительно дешевыми и более удобными для употребления наркотиками, многие лица с наркотической зависимостью от эфедрона перешли на другие виды наркотиков.

Потребление препаратов групп каннабиса и опиоидов женщинами с наркотической зависимостью, за анализируемый период находилось приблизительно на одном уровне. Причем распространенность злоупотребления опиатами в большей мере формируется за счет роста числа женщин-наркоманок. Так если величина соотношения «мужчины:женщины» для каннабиса на протяжении всех 10 лет не превышала 50:1, то для опиатов стабильно находилась в пределах 10:1. Для потребителей опия это соотношение также составило 10:1. Если в колебаниях показателя соотношения «мужчины:женщины» среди лиц потребляющих каннабис или опий это соотношение имеет стабильные параметры, то среди лиц, потребляющих героин, наблюдается рост потребления данного наркотика среди женщин, если в 1998 году на учете состояла всего одна женщина, то в 2002 году их численность выросла до 141. И если в 1998 году соотношение было равно 32:1, то уже в 2002 году - 8:1.

В основном зависимостью к перечисленным выше наркотическим средствам страдают лица старше 20 лет. Среди потребителей каннабиса самая высокая прослойка молодых. Так удельный вес в возрастной категории «15-19 лет» имел максимальный показатель равный 8,26% (1993 г.), в категории «до 15 лет» - 0,36%(2000г.). Удельный вес лиц с опийной зависимостью принадлежащих к возрастной категории «15-19 лет» не превышал 2,05%, что составило 83 случая в 1999 году. Общее количество лиц с героиновой зависимостью состоящих на учете в

возрастной категории «15-19 лет» выросло с 1 случая зарегистрированного в 1998 году, до 23 в 2002 г. Но в общей структуре это не заметно в связи с более высокими темпами роста численности в других возрастных категориях. В возрастной структуре лиц состоящих на учете с героиновой зависимостью преобладает возрастная категория «20-35 года», с 1998 г. в 2002 году численность лиц состоящих на учете в этой категории выросло в 28 раз. За анализируемые пять лет, с момента регистрации героина, наблюдается тенденция роста категории «35 лет и старше», что возможно связано с взрослением части лиц ранее стоявших на учете. За весь период с 1993 по 2002 год среди лиц зависимых к эфедрону было зарегистрировано всего 1 случай в возрасте до 15 лет (2000 год) и 4 случая в возрасте от 15 до 19 лет

Анализ возрастной структуры лиц с зависимостью к опиатам в 2002 году выявил, что в 2 раза чаще в поле зрения медиков попадают лица с опийной наркотической зависимостью в возрасте 40 лет и старше. В структуре героиновых наркоманов чаще встречаются лица, относящиеся к более молодым возрастным категориям. Доля лиц с героиновой наркоманией в возрасте 15-17 лет в 6 раз выше, от 18 до 19 лет более чем в 4 раза, 20- 24 года – в 2.5 раза, 25-29 лет в 1,5 раза. В 2002 году самый большой удельный вес среди героиновых наркоманов пришелся на группу «25-29 лет», что не противоречит общей картине.

Проведенный ретроспективный эпидемиологический анализ данных статистической отчетности наркологической службы выявил, что формирование северного наркотрафика через территорию КР, в целом неблагоприятно сказалось на эпидемиологической ситуации по наркомании. С учетом того, что данные статистической отчетности не отражают реальную картину распространенности злоупотребления наркотиками в стране, необходимо провести дополнительные эпидемиологические исследования, для выявления достоверной эпидемиологической ситуации.

Список литературы

1. Государственная политика борьбы с наркотизмом: Сб. норм. актов (извлечений) и метод. материалов/ *К.К.Кубатбеков*.- Б.: ГККН, 2003.-с.9

АНАЛИЗ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ЗА 1991-2002 гг.

К.К.Куракбаев.

Высшая Школа общественного здравоохранения.

В современных условиях, характеризующихся адаптацией системы здравоохранения к рыночным принципам, сокращением сети медицинской организации и выраженной миграцией населения, проблемы обеспечения населения медицинской помощью приобретают особую актуальность. Многими исследователями отмечено, что последнее десятилетие наблюдается ухудшением качества и доступности медицинской помощи, которые на фоне неустойчивости социально - экономического положения населения привели к ухудшению их здоровья (2,3,4,5).

Цель исследования - на основе статистических данных Министерства здравоохранения Республики Казахстан провести анализ состояния здоровья за 1991-2002 годы.

Материалы и методы.

Анализ состояние здоровья населения на основе изучения общей заболеваемости взрослого, подросткового и детского населения с определением интенсивных и экстенсивных показателей по основным классам болезней. Одновременно использован показатель наглядности, при этом сравнение проводилась по трем периодам – начальный этап реформы по преобразованию советской модели здравоохранения (1991-1995 гг.), период функционирования системы обязательного медицинского страхования (1996-1998 гг.) и период к программно – целевому бюджету финансирования здравоохранения с адаптацией системы здравоохранения к рыночным принципам (с 1999 года).

Изучение общей заболеваемости у различных групп населения показало неоднородность темпов и тенденции изменения их уровня. При этом общая заболеваемость у взрослых характеризуется устойчивой тенденцией к снижению до 1998 года, и составила 84,9% от уровня 1991 г., в дальнейшем наблюдается постепенное увеличение ее, и к 2002 году она на 2,7% превышала уровень 1991 года. Аналогичная тенденция изменения уровня общей заболеваемости наблюдается и у детей, достигая самого низкого уровня в 1998 году (86,9% к 1991г.), а в дальнейшем кривая показателя общей заболеваемости поднимается вверх, и к 2002 году превышает уровень 1991 года на 5,8%.

У подростков за этот период наблюдается ежегодное увеличение показателя общей заболеваемости, которая в 2002 году была 2,2 раза выше уровня 1991 года.

Изучение общей заболеваемости взрослых в Республике Казахстан в 1991-2002 годах показало, что в 1991 году в ее структуре наибольший удельный вес занимали болезни органов дыхания (23,5%); органов нервной системы и органов чувств (11,2%); органов пищеварения (11,1%); органов кровообращения (9,8%) и болезни мочеполовой системы (6,7%).

В 1995 году, по сравнению с 1991 годом, при снижении суммарного показателя почти на 3 %, удельный вес показателя заболеваемости по болезням органов дыхания несколько повысился (29,8%), по болезням нервной системы и органов чувств, органов пищеварения, кровообращения снизился, достигнув 10,8%, 8,8% и 6,7% соответственно.

В 1998 году общий показатель заболеваемости, по сравнению с 1991 годом и с 1995 годом, резко снизился (на 15,1% и 12,7%). На этом фоне, по сравнению с 1995 годом значительно уменьшился удельный вес показателя заболеваемости по болезням органов дыхания (в 1,7 раза); по болезням мочеполовой системы и системы кровообращения повысился в 1,6 и 1,7 раза соответственно, а по болезням органов пищеварения почти не изменился.

Одновременно наблюдается тенденции к увеличению болезней крови и кроветворных органов, которые превысили 1,9 раза уровень 1991 г.

В 2002 году суммарный показатель общей заболеваемости по сравнению с 1998 годом повысился на 19,6 %, и немного превысил показатель 1991 года.

При этом отмечено резкое увеличение удельного веса показателя заболеваемости по классам болезней крови и кроветворных органов, мочеполовой системы, системы кровообращения, нервной системы и органов чувств по сравнению с 1998 годом, а по заболеваниям органов дыхания не изменился.

Таким образом, за период 1991-2002 годы наблюдается существенные изменения структуры заболеваемости по классам болезней. При этом, удельный вес болезней органов дыхания уменьшился с 23,5% в 1991 году до 17,0% в 2002 году, в то же время наблюдается увеличение удельного веса болезней нервной системы и

органов чувств - с 11,2% до 14,1%, органов кровообращения - с 9,8% до 12,1%, болезни мочеполовой системы – с 6,7% до 10,7%, эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ – с 2% до 3,2%.

При анализе и оценке общей заболеваемости среди подростков установлено, что ее структура отличалась от таковой у взрослых. Так, нами выявлено, что в 1991 году в структуре общей заболеваемости среди подростков на первом месте были заболевания органов дыхания, составляя 38,5 % от общего показателя. На втором месте – болезни нервной системы и органов чувств (14,5%); на третьем – болезни органов пищеварения (10,2%), а на четвертом, в отличие от взрослых, травмы и отравления (8,6%).

В 1995 году по сравнению с 1991 годом, суммарный показатель общей заболеваемости подростков увеличился на 20,9 %. Распределение ранговых мест в структуре несколько изменилось: на первом месте, по-прежнему, были заболевания органов дыхания (36,4%); на втором – заболевания нервной системы и органов чувств (15,1%); на третьем – болезни органов пищеварения (10,2%), а на четвертое ранговое место выдвинулись заболевания кожи и подкожной клетчатки (9,1%).

В 1998 году обнаружен дальнейший рост показателя общей заболеваемости подростков. Структурное распределение основных классов заболеваний осталось прежним. Однако при этом по сравнению с 1995 годом резко увеличились частота болезней костно-мышечной систем и соединительной ткани (на 85,6%), нервной системы и органов чувств (на 48,1%) и мочеполовой системы (на 53,8%).

Одновременно следует обратить внимание на продолжающиеся существенные увеличения частоты новообразований, болезней эндокринной системы и нарушения обмена веществ, крови и кроветворных органов, врожденных аномалий, хотя их удельный вес остался небольшим. Обращает внимание, резкое увеличение уровня общей заболеваемости в 2002 году структуре общей заболеваемости, по сравнению с 1991 г. произошли существенные изменения. Удельный вес болезней крови и кроветворных органов, эндокринной системы и нарушения обмена веществ увеличились более 9 раз, болезни мочеполовой системы и врожденные аномалии – 4 раза, костно-мышечной системы и соединительной ткани, нервной системы и органов чувств – 2,0-2,3 раза. Тем не менее ведущее место в структуре заболеваемости занимают болезни органов дыхания (29,%), нервной системы и органов чувств (17,3%), органов пищеварения (9,5%), кожи и подкожной клетчатки (8,3%)

Изучение динамики показателя общей заболеваемости среди детей в Республике Казахстан в 1991-2002 годах., показало, что в 1991 году в структуре изучаемого показателя основное место (55,9%) занимали болезни органов дыхания; второе ранговое место занимали болезни нервной системы и органов чувств (8,3%); третье – болезни органов пищеварения (7,15%); четвертое – болезни кожи и подкожно-жировой клетчатки (5,6%).

В 1995 году, по сравнению с 1991 годом, на фоне резкого уменьшения суммарного показателя (на 16,4%) произошло уменьшение удельного веса болезней органов дыхания (на 9,8%), хотя они и продолжали занимать первое ранговое место. Удельный вес показателя общей заболеваемости при болезнях крови и кроветворных органов увеличился в 1,5 раза.

В остальном структура общей заболеваемости не претерпела заметных изменений.

В 1998 году показатель общей заболеваемости детей по сравнению и с 1995 годом увеличился на 4,4%; в структуре показателей по органам и системам значительных изменений не происходило, за исключением продолжающегося увеличения удельного веса болезней крови и кроветворных органов, которая по сравнению с 1991 годом увеличилась на 67,2%, нервной системы и органов чувств – на 19,3% и тенденции к снижению частоты болезней органов дыхания - на 24,0%.

В 2002 году показатель общей заболеваемости детей достиг уровня с 1991 года, а по сравнению с 1998 годом увеличился на 15%. При этом, при сохранившемся

распределении ранговых мест, продолжал повышаться удельный вес болезней крови и кроветворных органов (на 40,6% по сравнению с 1998 годом), а также мочеполовой системы (на 26,2 % соответственно), органов пищеварения, болезни нервной системы и органов чувств.

Анализ показателей заболеваемости различных категорий населения за 1991-2002 годы показал, что в формировании здоровья взрослого населения ведущее место занимают (в ранговом плане) болезни органов дыхания, нервной системы и органов чувств, системы кровообращения и мочеполовой системы, а у подростков и детей - болезни органов дыхания, нервной системы и органов чувств, органов пищеварения, кожи и подкожной клетчатки. На последующих местах у взрослых болезни органов пищеварения, травмы и отравления, а у подростков и детей болезни мочеполовой системы, травмы и отравления.

Таким образом, оценивая полученные результаты, можно констатировать, что произошедшие изменения в демографических показателях, прежде всего, связаны с объективными трудностями переходного периода. Очевидно, что они были обусловлены не только снижением уровня социального благополучия людей, но и причинами психологического характера.

По мере становления рыночных отношений, макроэкономической стабилизации, центр тяжести в деле охраны здоровья перемещается на самих граждан. Здоровье людей становится все в большей степени реальной экономической категорией, что обуславливает повышение их личной ответственности в сохранении и укреплении здоровья.

Можно констатировать, что в период смены общественно-политической фармации, показатели здоровья населения являются тем социальным индикатором, который определяет направление и темпы социально-экономических преобразований в стране.

Литература:

1. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждения здравоохранения. Статистические материалы за 1991-2002 гг.- Алматы 1992....2003 гг.
2. Петров П.П., Новиков А.В. Современные подходы к совершенствованию управления деятельностью учреждений здравоохранения в условиях рыночных отношений // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – 1995.- №2- с. 32-35
3. Камалиев М.А. Проблемы здоровья населения в Казахстане и пути их решения // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – 1994.- №3- с. 52-54
4. Ибраев С.И. Методологические технологии измерения процессов реформирования здравоохранения Республики Казахстан в новых социально-экономических условиях: Автореферат дис... д-ра мед. наук.- Алматы, 2001- 65 с.
5. Каусова Г.К. Основные проблемы состояния здоровья населения Алматинской области // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением Алматы 2002 г., с.- 50-53.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА И СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

г. АСТАНА.

Кашафутдинова Г.Т.

Высшая школа общественного здравоохранения.

В решении задач по охране здоровья населения и обеспечению медико-санитарной помощи одним из важнейших условий является наличие достаточного количества высококвалифицированных и профессионально подготовленных медицинских работников.

Правильное управление трудовыми ресурсами – одно из важнейших условий эффективности деятельности любой организации. Развитие кадров, обучение персонала способствуют созданию кадрового потенциала, обладающего более высокими инновационными способностями, сильной мотивацией к выполнению задач, стоящих перед здравоохранением. Отношение к работе и профессиональные знания медицинского персонала, оптимальная координация деятельности кадров и стимулирование труда оказывают огромное влияние на эффективность, результативность в достижении поставленных перед здравоохранением задач.

Анализ литературы показывает, что хотя средние медицинские работники являются самыми значительными по численности в системе здравоохранения, вопросы изучения социально-демографической структуры СМР с целью определения научно обоснованной потребности в последипломном образовании, совершенствования перспективного и текущего планирования их последипломного образования оставались в стороне.

Нами было проведено социологическое исследование 165 средних медицинских работников различных ЛПО г. Астана. Целью нашего исследования было изучение демографии СМР, отношения их к своей профессии и квалификации, удовлетворенности профессией и пр. Была разработана анкета, ответы на вопросы которой содержали сведения о возрасте, образовании, семейном положении, удовлетворенности работой и пр. Медицинские сестры сами заполняли анкеты и довольно подробно ответили на вопросы.

Численность СМР в г. Астана на 01.01.03г, составляет 2152 человека, обеспеченность на 1000 населения – 60,0 (республиканский показатель 60,3), коэффициент соотношения врачей к СМР составляет 1:1,7 (республиканский показатель 1:2, 1). Доля женщин, занятых в профессии составила 98,6%, мужчин – 1,4%. Удельный вес работающих пенсионеров – 4,6% (по республике – 3,1%).

При распределении анкетированных по типам ЛПО мы придерживались следующей схемы:

- СМР, занятые в амбулаторно-поликлинических учреждениях (детских и взрослых поликлиниках, диспансерах, СВА и пр.) составили 49% от общего числа;
- СМР, занятые в больничных учреждениях (детские и взрослые больницы) – 42%;
- СМР специализированных медицинских учреждений (НИИ) – 9%.

Анализ возрастных характеристик позволяет сделать следующие выводы (табл.1):

- 1) самые многочисленны возрастные группы - от 36 до 45 лет (32,7%) и от 26 до 35 лет (31,5%);
- 2) самые малочисленные возрастные группы - моложе 25 лет (5,4) и старше 55 лет (3,6%).
- 3) При анализе национального состава выяснилось, что самую большую возрастную группу составили казахи (57,3%), вторую по численности группу составили русские – 26%. Представители других национальностей (украинцы, татары, немцы и пр.) – 17%.

Таблица 1.
Распределение СМР в зависимости от возраста и национальности.

Национальность	до 25 лет	25-30 лет	30-35 лет	35-40 лет	40-45 лет	45-50 лет	50-55 лет	55-60 лет
Казахи	4,2	11,5	9,7	12,7	9,0	4,8	4,8	0,6
Русские	-	6,1	2,4	1,2	4,8	4,8	4,8	1,8
Другие	1,2	-	1,8	1,8	3,6	2,4	4,8	1,2
Всего	5,4	17,6	13,9	15,7	17,0	12,0	14,4	3,6

*примечание – все анкетированные СМР были женщины.

Нами был проведен анализ соответствия основной специальности СМР их базисной подготовке (специальности по занимаемой должности и специальности по диплому). В настоящее время работники имеют разрешение на осуществление профессиональной деятельности на основании диплома о профессиональном образовании и квалификации только по специальности, соответствующей их базисной подготовке, а на занятие видами деятельности, требующими дополнительной подготовки – после прохождения курсов специализации и получения сертификата.

В результате исследования установлено, что доля СМР, у которых основная специальность и специальность по образованию не совпадала, составила: у фельдшеров – 10,5%; у медицинских сестер АПО и стационаров – 3%; у акушерок – 10%. Таким образом, значительная часть СМР лечебного профиля имела высокую степень совпадения основной специальности и специальности по образованию.

Одним из важных демографических показателей медицинских кадров является общий стаж по профессии (общий медицинский стаж). При анализе структуры СМР нами были получены следующие результаты (табл.2). В таблице представлены данные, характеризующие структуру СМР по общему медицинскому стажу (стаж работы после окончания среднего специального учебного заведения) и стажу работы по основной специальности. Установлено, что молодые специалисты (лица с медицинским стажем до 3-х лет) составили 9,8%, а со стажем до 5-ти лет – 42,4%. Доля лиц с большим медицинским стажем (20 лет и более) была самой высокой среди медицинских сестер больничных учреждений.

Таблица 2.
Распределение СМР в зависимости от медицинского стажа по основной специальности.

Наименование	Удельный вес СМР, имеющих данный медицинский стаж (в % от числа СМР данной специальности)													
	0-3 лет		4-5 лет		6-9 лет		10-14 лет		15-19 лет		20-24 лет		25 и больше	
1	мед. ст.	по сп.	мед. ст.	по сп.	мед. ст.	по спец.	мед. ст.	по спец.	Мед. Ст.	По Сп.	Мед. ст.	По Спец.	Мед. Ст.	По Сп.
М/с пол.	6,3	15,2	2,5	4,0	15,2	20,3	12,7	16,5	15,2	16,5	14,0	9,0	30,4	15,
М/с стац	3,5	15,1	5,8	8,1	15,1	11,6	11,6	5,8	9,3	18,6	19,8	17,4	34,9	23,

всего	9,8	30,3	8,3	12,1	30,3	31,9	24,3	22,3	24,5	35,1	33,8	26,4	65,3	38,
-------	-----	------	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-----

*примечание – семь респондентов не указали стаж работы.

Анализ состава и структуры медицинских кадров по признаку «стаж работы по основной специальности» имеет практическое значение для планирования последипломного обучения, так как более конкретно (хотя и субъективно) отражает квалификацию специалиста (В.А. Жуков 1987,1994, 1995;А.И.Торопцев, 1989 и пр.). Комплексный анализ возрастно-половой структуры СМР и их структуры по медицинскому стажу работы позволяет определить важный показатель - долю СМР, не подлежащих направлению на последипломное обучение. Этот показатель представляет сумму двух показателей: удельного веса молодых специалистов со стажем работы до 3-х лет + удельного веса СМР пенсионного возраста. В целом по г. Астана не подлежат направлению на обучение 20,1% (по состоянию на 01.01.2003г.).

Выявленные нами различия по медицинскому и, особенно, по стажу работы по основной специальности, еще раз подчеркивают необходимость дифференцированного подхода к планированию последипломного обучения.

Из общего числа СМР 40,7% имеют квалификационную категорию, в том числе: высшую - 18%; первую- 43% и вторую - 39%. Отмечается прямая корреляционная зависимость между квалификационной категорией специалиста и стажем работы по специальности.

В наше исследование мы включили вопрос о профессиональной преемственности. Выбор профессии и профессиональное развитие является сложным и длительным процессом, который тесно связан с развитием личности и окружающей средой, в том числе наличием среди близких родственников людей той или иной профессии.

Профессиональная преемственность СМР относится к неизученным проблемам общественного здравоохранения. Предполагается, что профессиональная преемственность среди СМР в определенной степени соприкасается с проблемой профессиональной ориентации и влияет на их профессиональную компетентность. Эту связь и влияние можно объяснить тем, что лица родственников медицинских профессий (врачей, СМР, провизоров и пр.), имеют дополнительные повседневные источники пополнения своих знаний в виде частных бесед и на различные медицинские темы, обмена опытом, консультаций, обсуждений различных сложных и атипичных случаев из медицинской практики. Кроме того, следует учитывать и то обстоятельство, что СМР имеющие родственников – медиков, при поступлении в медицинское училище более конкретно представляют себе будущую профессию.

В современных экономических условиях, когда немалая часть СМР чаще всего из-за материальных затруднений не может позволить регулярно выписывать и приобретать специальную медицинскую литературу и журналы по специальности, важным моментом является наличие медицинской литературы у медиков-родственников, что создает дополнительные условия для повышения их профессиональных знаний.

Нами была изучена удовлетворенность СМР своей специальностью. Этот показатель отражает как специфику труда СМР, так и процесс миграции из одной специальности в другую.

Таблица 3.

Удовлетворенность СМР своей специальностью.

Стаж работы по специальности	Удельный вес СМР	
	Удовлетвор.	Неудовлетвор.
до 5 лет	6,9	4,7
6-9 лет	12,8	3,5
10-14 лет	10,5	3,5
15-19 лет	9,3	-
20-24 лет	19,8	-
25 и более	29,0	-

Не указано	-	-
всего	88,3	11,7

Как видно из таблицы показатель удовлетворенности СМР своей специальностью оказался довольно высоким - 88,3% опрошенных. Показатель удовлетворенности является дифференцированным и зависит от специальности и стажа работы. СМР разных стажевых групп были неодинаково удовлетворены своей специальностью. Чаще всего были удовлетворены своей специальностью СМР, имеющие стаж работы от 6 до 25 лет. Меньше всего удовлетворены своей специальностью СМР со стажем работы менее 5-ти лет. Таким образом, число удовлетворенных работой увеличивается с возрастом. Поэтому миграция из одних специальностей в другие чаще всего наблюдается у молодых специалистов. Это объясняется многими факторами: процессом становления личности, проблемами адаптации в коллективе, неэффективным использованием работника, когда полученные знания остаются невостребованными, низкой мотивацией и пр.

По семейному положению СМР распределялись следующим образом: состоит в браке 68,5% доля, не состоявших в браке составила 28%, 3,5% опрошенных не ответили на вопрос о семейном положении. Доля СМР имеющих детей составила 81% ,большинство опрошенных имеют двоих детей (46,8%), одного ребенка имеют 22% опрошенных, 12,6% троих и более детей. По данным нашего исследования доля многодетных была самой большой среди СМР городских поликлиник.

Изучение таких факторов, как семейное положение работников, наличие детей и многодетность влияют на показатели охвата, объема и периодичности (кратности) последипломного обучения медицинских работников.

Известно, что важнейшим фактором, влияющим на качество медицинских услуг, является наличие стандартов медицинской помощи. Большинство опрошенных медицинских сестер (65%) полностью обеспечены учрежденческими стандартами профессиональной деятельности, 22,2% обеспечены частично, 12,8% не обеспечены. Нами было изучено мнение СМР о наиболее актуальных проблемах их лечебно-профилактических организаций. Большая часть опрошенных отметили «недостаточное финансирование и слабую материально-техническую базу» «недостаточное качество оказываемых медицинских услуг» не отметил никто.

Определенный интерес представляет изучения мнения СМР о роли медсестры и мере ее ответственности за больного после назначенного лечения. Так на вопрос «Кто, по Вашему мнению, несет большую ответственность за больного после назначенного лечения?» 74,5% опрошенных ответили - врач и медсестра, 11,5% продолжают считать, что вся ответственности лежит на враче и 14% считают, что на данном этапе оказания медицинской помощи большая ответственность лежит на медицинских сестрах.

На вопрос о том, кем должна быть медицинская сестра ответы распределились следующим образом: 36,9% медсестер по-прежнему считают, что только помощником врача (специалистом по выполнению манипуляций или организатором ухода за больными), 63% опрошенных представляют роль медицинских сестер гораздо шире, отметив все перечисленное, а также роли руководителя группы младшего медицинского персонала.

Мы предложили респондентам отметить наиболее важные личные качества, необходимые в работе медицинских сестер. 80 человек (48,5%) отметили «организаторские способности», 21,8% отметили «сострадание, милосердие», 9% - «личное обаяние и вежливость», 5% - «инициативность и аккуратность». Приоритетность таких качеств, как «исполнительность» «профессиональный опыт», «быстрота реакции» отметили 10,7%.

На вопрос о допустимости выполнения медицинскими сестрами работы санитарки подавляющее большинство (более 80%) ответили отрицательно, подчеркнув, что для повышения престижа профессии медицинской сестры это является недопустимым. По-прежнему предпочитаемым местом работы для медицинских сестер остаются стационары –60,4 % медицинских сестер предпочли бы работу в стационаре.

Нас интересовало изучение мнения медицинских сестер об актуальных проблемах развития сестринского дела в республике. Практически все респонденты отметили: совершенствование нормативно-законодательной базы СД, оплату труда сестринского персонала, не престижности

профессии медсестры в обществе и необходимость совершенствования подготовки медицинских кадров.

На основании результатов исследования можно сделать вывод о необходимости решения таких назревших проблем, как повышение роли медицинской сестры в системе здравоохранения, повышение престижа профессии, качества оказания сестринских услуг, возрождение традиций сестринского милосердия. В основу работы территориальных органов здравоохранения по непрерывному повышению квалификации СМР должны быть положены научно-обоснованные перспективные планы их последипломного обучения, разработанные с использованием дифференцированных по специальностям показателей потребности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. В.С. Преображенская, А.В.Зарубина «Основные тенденции кадрового обеспечения в системе регионального здравоохранения»// Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины, 2002 №2. стр.30-33//
2. Г.М. Перфильева Сестринское дело в России: результаты и перспективы развития (социально-гигиенический анализ и прогноз)//дисс...докт. мед. Наук.- М.,1995.- 225стр.
3. А.Л.Линденбрaten, В.О.Щепин, Г.И.Расторгуева, Н.Д.Захарченко «Роль последипломного образования в подготовке руководителей здравоохранения»// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2003 №2 стр.43-45//.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

С.Г.Нукушева

Высшая школа общественного здравоохранения

В стратегии ВОЗ на XXI век в разделе 3.«Здоровое начало жизни» указано, что страны члены ВОЗ к 2020 году должны обеспечить всеобщий доступ населения к услугам по охране репродуктивного здоровья, снизить уровень младенческой смертности ниже 20 на 1000 родившихся.

В этой связи перед республикой Казахстан, как члена ВОЗ стоят большие задачи, как в обеспечении всеобщей доступности охраны репродуктивного здоровья, так и снижении младенческой смертности (при оценке коэффициента младенческой смертности в республике по критериям живорождения ВОЗ).

Перспективным резервом в улучшении основных социально-демографических показателей, младенческой смертности является снижение репродуктивных потерь, к которым согласно Бурдули Г.М., Фроловой О.Г. (1997) относятся плодовые потери (основной компонент перинатальная смертность и аборт) и материнские потери (основной компонент материнская смертность)

Так, по данным исследования А.А.Баранова, И.С.Цыбульской, В.Ю.Альбицкой (1999) репродуктивные потери наносят обществу значительный социальный эффект, сокращая на 1-2 года среднюю продолжительность жизни, и экономический, уменьшая на 2-3% участие каждого поколения в процессе общественного производства.

В Казахстане уровень репродуктивных потерь высокий. Так, за 2000 год из 334843 беременностей 142315 или 42,5% закончились репродуктивными потерями, в том числе плодовыми потерями 99,9 %, материнскими 0,1 %.

До настоящего времени в Казахстане и в мире отдельно рассчитывались перинатальная и материнская смертность, что не давало возможности комплексно оценить перинатальные и материнские потери, т.е. оценить все репродуктивные

потери. В связи с этим нами были предложены новые показатели репродуктивных потерь – РП – это репродуктивные потери на 1000 женщин фертильного возраста и репродуктивные потери на 100 беременных, которые определяются следующим образом:

$$РП(на1000\ ЖФВ) = \frac{\left[\begin{array}{l} \text{абс.число} \\ \text{внематочно й} + \\ \text{беременнос ти} \end{array} + \begin{array}{l} \text{абс.число} \\ \text{абортов} \end{array} + \left(\begin{array}{l} \text{мертворож} \\ \text{денные} \\ \text{умершие} \\ \text{новорожден ные} \\ \text{втечении 0 – 6дн.послеродов} \end{array} + \begin{array}{l} \text{умершиежен щиныот} \\ \text{внематочно йбеременно сти} + \\ \text{абортов (присрокебе ременности 28нед.} \\ \text{и42дняпослеро д.периода} \end{array} \right) \right] \times 100}{\text{абс.числоженици н} \\ 15 - 49}$$

$$РП (на 1000 \ ЖФВ) = \frac{(4070 + 134111 + 4000 + 134)}{4327700} = 32,9$$

Следовательно, репродуктивные потери на 1000 женщин фертильного возраста в республике составляют 32,9.

Следующий показатель – репродуктивные потери на 100 беременных высчитывается следующим образом:

$$РП(на100бер - x) = \frac{\left[\begin{array}{l} \text{абс.число} \\ \text{внематочно й} + \\ \text{беременнос ти} \end{array} + \begin{array}{l} \text{абс.число} \\ \text{абортов} \end{array} + \left(\begin{array}{l} \text{мертворож} \\ \text{денные} \\ \text{умершие} \\ \text{новорожден ные} \\ \text{втечении 0 – 6дн.послеродов} \end{array} + \begin{array}{l} \text{умершиежен щиныот} \\ \text{внематочно йбеременно сти} + \\ \text{абортов (присрокебе ременности 28нед.} \\ \text{и42дняпослеро д.периода} \end{array} \right) \right] \times 100}{\begin{array}{l} \text{абс.число берем .женщин} \\ \text{поступивиш под .набл .жен консульт} \end{array} + \begin{array}{l} \text{абс.числожен} \\ \text{с.внемат берем} \end{array} + \begin{array}{l} \text{число берем .закончивиш .} \\ \text{самопроиз .абортом} \end{array}}$$

$$РП(на100бер - x) = \frac{\text{репродукти вныепотери} \times 100}{\text{число ..всех..беременных}}$$

$$РП (на 100 \ ЖФВ) = \frac{(4070 + 134111 + 4000 + 134) \times 100}{223515 + 4070 + 107258} = 42,5$$

Нами установлено, что на 100 беременных в нашей республике приходится 42,5 репродуктивных потерь, т.е. почти каждая вторая беременность заканчивается репродуктивными потерями и основная доля репродуктивных потерь (99,9 %) приходится на плодовые потери. Среди плодовых потерь 94,3 % приходится на аборт.

Аналогичным образом нами были определены репродуктивные потери по регионам республики. Так, в г. Алматы репродуктивные потери на 1000 женщин фертильного возраста составили 38,0, на 100 беременных - 72,0. Необходимо отметить, что для г. Алматы характерен большой вклад в репродуктивные потери аборт.

В Северо-Казахстанской области репродуктивные потери на 1000 женщин фертильного возраста составили 42,3, на 100 беременных - 90,1 и здесь также существенную роль в репродуктивных потерях играют аборт.

В Атырауской области репродуктивные потери, несмотря на высокий уровень перинатальных потерь, оказались одним из самых низких в республике и связано это с более меньшим уровнем аборт в этом регионе (показатели аборт по данным официальной статистики в регионе в 2.5 раза ниже, чем в северных регионах).

Уровень репродуктивных потерь в Восточно-Казахстанской области является

один из самых высоких в республике – 42,5 на 1000 женщин фертильного возраста и 94,1 на 100 беременных и существенный вклад в репродуктивные потери в регионе вносят как аборт, так и перинатальные потери.

Интерес вызывало определение репродуктивных потерь в экологически неблагоприятном регионе - Кзыл-Ординской области. В данном регионе уровень репродуктивных потерь был ниже, чем в северном и восточных регионах республики, но большой вклад в репродуктивные потери вносят в этом регионе перинатальные потери и самопроизвольные аборты, уровень которых выше в 2,2 раза, чем в целом по республике.

В Южно-Казахстанской области репродуктивные потери несколько ниже, чем в Кзыл-Ординской области и в 2-3 раза ниже, чем в северных и восточных регионах, и это также связано с меньшим вкладом абортов на репродуктивные потери и ориентированностью женщин на рождаемость.

Однако необходимо отметить, что уровень репродуктивных потерь на 100 беременных в Южно-Казахстанской области почти одинаков с уровнем репродуктивных потерь на 1000 женщин фертильного возраста.

Таким образом, в республике в структуре репродуктивных потерь плодовые потери составляют 99,9 % и среди них 94,3 %, т.е. основная доля приходится на аборты. Уровень репродуктивных потерь различен в зависимости от регионов, более выражен он в северном и восточном регионах республики, где значительный вклад в репродуктивные потери вносят аборты.

Нами проведена оценка социальной значимости репродуктивных потерь с точки зрения репродуктивно-демографических позиций. Для этого мы провели анализ значимости только такого фактора репродуктивных потерь как аборты на демографическую ситуацию в республике и по регионам, при этом отправной точкой мы взяли 1985 год, когда в Казахстане отмечался наивысший пик рождаемости за последние 20 лет - 24,9 на 1000 населения или 381255 родов.

Сравнительный анализ показал, что начиная с 1985 года значительно сократились на 1000 женщин фертильного возраста количество беременностей - со 174,9 до 78,3 в 2000 году, т.е. в 2,2 раза, число родов - с 86,8 на 1000 ЖФВ в 1985 году до 54,5 в 2000 году, т.е. в 1,6 раза, аборты - с 81,1 на 1000 ЖФВ в 1985 году до 30,9 в 2000 году, т.е. в 2,6 раза (рис. 1).

Однако, несмотря на значительное сокращение, аборт, как репродуктивная потеря, вносит значительный вклад в демографические показатели, в частности на такой показатель как рождаемость. Об этом свидетельствует проведенное нами анализ: если бы в 2000 году, когда рождаемость в республике была 14,0 на 1000 населения структура реализации репродуктивной функции 37,8 % женщин фертильного возраста не была бы направлена на репродуктивные потери - аборт (было произведено в республике 134111 абортов), а была бы направлена на рождение ребенка, то в указанный год в республике было бы 354407 родов и рождаемость составляла 23,7 на 1000 родов, т.е. мы почти достигли бы уровня 1985 года, когда был пик рождаемости. Указанное свидетельствует о том, что репродуктивные потери, вносят существенный вклад в демографические показатели.

Проведенное нами исследование социальной значимости репродуктивных потерь, в частности абортов, как основную составляющую репродуктивных потерь, на демографические показатели в регионах республики, также показал выраженное влияние нереализованных рождений на показатель рождаемости

Динамика реализации репродуктивной функции у женщин фертильного возраста за период с 1985 по 2000 годы

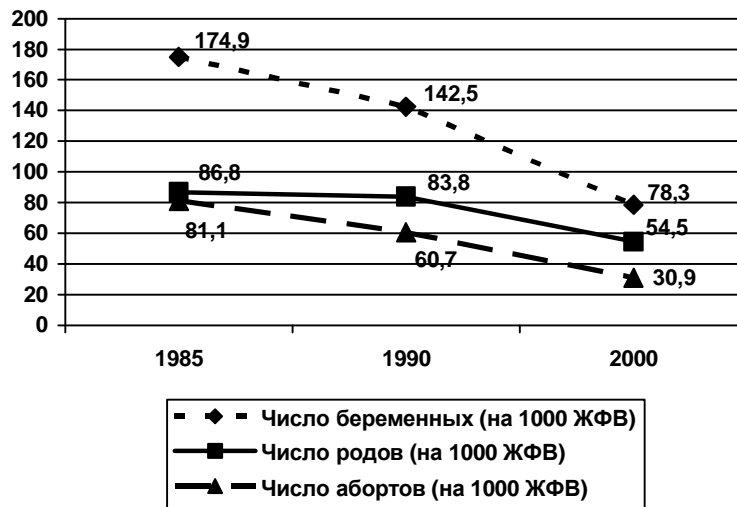


Рисунок 1.

Если бы женщины фертильного возраста в 2000 году реализовали полностью репродуктивную функцию родами, не прибегая к абортсв, то в Северо-Казахстанской области рождаемость была бы в 2000 году 21,2 на 1000 населения, вместо 11,1, в Атырауской - 23,2 на 1000 населения вместо 19,1, в Восточно-Казахстанской области 23,0 вместо 11,1, в Кызыл-Ординской области 25,7 вместо 20,6, Южно-Казахстанской области - 26,3 вместо 22,5 и г. Алматы-26,3 на 1000 населения вместо 12,5, т.е. рождаемость в таких областях как Северо-Казахстанская, Восточно-Казахстанская и г. Алматы выросла бы почти в 2 раза (табл. 1).

Таблица 1.
Вклад репродуктивных потерь – абортсв на рождаемость по регионам республики.

Области	Вид реализации репродуктивной функции ЖФВ в 2000 г (абс. число)			Рождаемость на 1000 населения	
	абортсв	Роды	Роды и абортсв	при замене абортсв родами	данные МЗРК на 2000 год
СКО	7608	7546	15154	21,2	11,1
Атырауская	1957	8321	10278	23,2	19,1
ВКО	18039	16929	34968	23,0	11,1
КЗО	2801	12654	12654	25,7	20,6
ЮКО	7758	44819	52577	26,3	22,5
гАлматы	13249	16609	29858	26,3	12,5
РК	134111	220296	354407	23,7	14,0

Следовательно, репродуктивные потери являются объективным критерием для оценки влияния медицинских, биологических, социально-экономических и других факторов на репродуктивную функцию женщин и при разработке демографической политики необходимо учитывать медико-социальную значимость репродуктивных потерь и ее влияние на воспроизводство населения.

Список литературы:

1. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери. - М.,1997.-188 с.
2. Баранов А.А., Цыбульская И.С., Альбинский В.Ю. и др. Здоровье детей России (Состояние и проблемы). – М., -1999. - С.15-16.
3. Шалбаева А.Д. Медико-организационные аспекты репродуктивных потерь в Республике Казахстан. - Автореф. дисс.канд. - Алматы, 2002-31с..

К ВОПРОСУ О ПОТРЕБНОСТИ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ РАБОТНИЦ КОММЕРЧЕСКОГО СЕКСА

М.К.Кульжанов, А.Н.Чен, Г.Б.Султанбекова

Высшая Школа общественного здравоохранения

В настоящее время проституция, наряду с наркоманией становится движущей силой в распространении ВИЧ-инфекции и ИППП и в той, и в другой группе распространении инфекции идет двумя путями: половым и через иглу. В эпидемиологии каждой инфекции помимо наличия источника, важную роль играют пути передачи. И, если говорить о проблеме проституции, то в странах СНГ такими, в буквальном смысле слова «путями» передачи ВИЧ-инфекции, стали улицы, бульвары и обочины дорог, вдоль которых стоят женщины, предлагающие секс - услуги за деньги [1].

Негативное, презрительное отношение к проституции со стороны медицинских работников, о котором часто говорят сами секс работницы, - закрывает перед последними дверь, где может быть проведено профессиональное, качественное обследование и лечение ИППП. На наш взгляд, такое отношение недопустимо [2, 3].

Недопустимость такого поведения медицинских работников определяется еще и тем фактором, что проституцию необходимо рассматривать как эпидемиологический феномен. Особенности этой группы риска по заражению ВИЧ, ИППП, заключается в их открытости. Если другие группы повышенного поведенческого риска (например, потребители инъекционных наркотиков, гомосексуалисты) достаточно закрыты для взаимодействия с обществом, то с секс работниками дело обстоит иначе. По среднестатистическим данным каждая проститутка обслуживает в течение недели более 10 клиентов. При этом многие из них состоят в браке, имеют постоянных сексуальных партнеров. Таким образом, достаточно ясно, каким образом инфицированность проституток напрямую угрожает обществу в целом [4].

Целью настоящего исследования явилось социологическая оценка потребности работниц коммерческого секса в медико-социальной помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для проведения социологического исследования анонимным методом в г. Шымкенте было опрошено 586 работниц коммерческого секса.

При анализе и оценке распределения опрошенных по частоте использования презервативов показано, что при каждом половом акте презерватив используют 95% девушек от 15 до 18 лет, 93,9% в возрасте от 19 до 25 лет, 91,9% в возрастной группе исследуемых от 26 до 30 лет и 87,5% женщины старше 30 лет.

Опрошенные отметили, что по настоянию клиентов презерватив не используется 5% девушек в возрасте от 15 до 18 лет, 6,1% женщин в возрастной группе от 19 до 25 лет, 8,1% - в группе женщин от 26 до 30 лет и 12,5% - в возрасте старше 30 лет.

Опрошенные показали, что внутриматочную спираль в качестве дополнительного противозачаточного средства использует 7,5% девушек в возрасте от 15 до 18 лет, 19,2% женщин в возрастной группе от 19 до 25 лет, 58,1% - в группе женщин от 26 до 30 лет и 67,8% - старше 30 лет.

Частота использования оральных контрацептивов колебалась от 17,5% в группе девушек от 15 до 18 лет до 23,2% среди женщин наиболее возрастной группы (старше 30 лет). Использование календаря менструального цикла с увеличением возраста уменьшилась с 32,5% в группе девушек от 15 до 18 лет до 19,6% - в старшей группе (старше 30 лет) респонденток. На вопрос, пользуются ли они таким методом контрацепции, как прерванный половой акт, все опрошенные ответили отрицательно.

Однако, как показали результаты дальнейшего опроса опасность навредить своему здоровью часто преодолевается коммерческими мотивациями. Так, оказалось, что в критические дни коммерческим сексом занимаются 42,5% девушек в возрасте от 15 до 18 лет; почти столько же (45,2%) их было в возрастной группе женщин от 26 до 30 лет. При этом в группе женщин от 19 до 25 лет таковых женщин оказалось наибольшая доля (76,9%), а в самой старшей возрастной группе (30 лет и старше) – наименьшая (26,8%).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение осведомленности о проявлениях симптомов основных инфекций, передающихся половым путем, показано, что 536 (91,5%) из 586 опрошенных знают, что основными симптомами сифилиса является появление высыпаний по всему телу, изъязвлений на наружных половых органах, в промежности зуд.

Ответы на вопрос, как проявится ВИЧ-инфекция, показали, что 85,7% (502 респондентки) знают о том, что заражение происходит через кровь, как правило, у наркоманов; заболевание сначала развивается без особых проявлений, затем наступает общая слабость, снижение иммунитета и т. д.

В тоже время 96,1% опрошенных хорошо знают, как проявится гонорея. Среди наиболее ярких симптомов они назвали выделения из влагалища, жжение, зуд в области половых органов, боли внизу живота. Не меньшую осведомленность респондентки показали о трихомонозе. Так, 95,7% из них знают, что основным проявлением этой болезни являются выделения из влагалища и зуд, и, что трихопол является эффективным средством борьбы с ним.

Далее было выяснено, что осведомленность опрашиваемых женщин о хламидиозе, кандидозе, уреоплазмозе крайне низкая. Так только 32,5% из них смогли назвать наиболее общие проявления этих болезней. На вопрос: чем они отличаются друг от друга, смогли ответить лишь единицы опрошенных.

В целом, полученные результаты хотя и свидетельствуют об определенной осведомленности респонденток о проявленных наиболее опасных инфекциях, передаваемых половым путем. Однако их знания о «малых» инфекциях, крайне недостаточны. Это обстоятельство негативно отражается на настороженности в отношении этих инфекций, ослабляет внимание к проведению обязательных гигиенических процедур и способствует их распространению.

На следующем этапе социологического исследования была изучена частота обращаемости респонденток к медицинскому работнику (таблица 1).

Ответы опрашиваемых на этот вопрос показали, что среди работающих девушек от 15 до 18 лет, посещающих медицинского работника ежемесячно, ежеквартально не оказалось. 35% из них обращаются к медицинским работникам только 1 раз в полгода, 27,5% - 1 раз в год, а 37,5% - ни разу.

Таблица 1 - Частота обращаемости респонденток к медицинскому работнику

Возрастные группы	Частота обращаемости									
	1 раз в месяц		1 раз в квартал		1 раз в полгода		1 раз в год		Ни разу в год	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
от 15 до 18 лет	-	-	-	-	14	35,0	11	27,5	15	37,5
от 19 до 25 лет	-	-	129	30,1	146	34,1	81	18,9	72	16,8
от 26 до 30 лет	3	4,8	20	32,2	24	38,7	8	12,9	7	11,3
старше 30 лет	5	8,9	19	33,9	22	39,8	5	8,9	5	8,9

В возрастной группе от 19 до 25 лет, женщин, посещающих медицинского работника 1 раз в квартал было 30,1%, 1 раз в полгода – 34,1%, 1 раз в год – 18,9%, ни разу в год – 16,8%.

В группе женщин в возрасте от 26 до 30 лет 48% указали, что обращаются к медработнику каждый месяц, 32,2% - 1 раз в квартал, 38,7% - 1 раз в полгода, 12,9% - 1 раз в год и 11,3% опрошенных отметили, что в течение года вообще не обращаются.

Наконец, в старшей возрастной группе, женщины, посещающие медработника ежемесячно было уже 8,9%, 1 раз в квартал – 33,9%, 1 раз в полгода – 39,8%, 1 раз в год и не посещающих в течение года медработника ни разу по 8,9%.

В результате анализа и оценки полученных результатов прослежена прямо пропорциональная зависимость между возрастом женщин и частотой обращаемости за медицинской помощью. Можно полагать, что с увеличением стажа коммерческой сексуальной деятельности женщин повышается понимание необходимости систематического наблюдения за состоянием своего здоровья, так как от его уровня, в конечном счете, зависит их конкурентоспособность на рынке сексуальных услуг и стабильность в получении доходов.

Продолжая реализацию задач социологического исследования были оценены ответы женщин на вопрос, к каким врачам в случае необходимости они обращаются. Установлено, что 17,5% девушек от 15 до 18 лет обращается к знакомым врачам кожнодиспансера, 20,0% - к знакомым врачам женской консультации, 27,5% - к частнопрактикующим врачам, 12,5% - в дружественную клинику и 22,5% - не обращаются ни к кому и лечатся сами (таблица 2).

Женщины самой многочисленной исследуемой группы от 19 до 25 лет чаще всего (31,1%) обращаются к частнопрактикующим врачам, к знакомым врачам женской консультации (25,2%), реже – к знакомым врачам кожнодиспансера (19,6%), еще реже – в дружественные клиники. Женщины, лечащиеся самостоятельно в этой возрастной группе было более, чем в 2 раза меньше, чем в предыдущей.

Таблица 2 – Распределение респонденток в зависимости от места работы их лечащих врачей

Возрастные группы	Наименование медицинских организаций									
	к знакомому врачу в кожнодиспансере		в дружественную клинику		к знакомому врачу в женской консультации		к частнопрактикующему врачу		лечатся сами	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
от 15 до 18 лет	7	17,5	5	12,5	8	20,0	11	27,5	9	22,5
от 19 до 25 лет	84	19,6	57	13,3	108	25,2	133	31,1	46	10,7
от 26 до 30 лет	12	19,4	8	12,9	23	37,1	7	11,3	12	19,3

старше 30 лет	9	16,1	6	10,7	22	29,3	5	8,9	14	25,0
---------------	---	------	---	------	----	------	---	-----	----	------

Женщины в возрасте от 26 до 30 лет отдают большее предпочтение знакомым врачам женской консультации (37,1%) и кожнодиспансера (19,4%); доля женщин, пользующихся услугами дружественных клиник и частнопрактикующих врачей, было почти одинаковой (12,9% и 11,3% соответственно), а женщин, не обращающихся к врачам, составляла пятую часть от общего числа опрошенных.

В последней возрастной группе наибольший удельный вес (39,3%) составляли женщины, предпочитающие обращаться к знакомым врачам женской консультации.

При этом доля женщин, которые лечатся самостоятельно возросла до 25,0%, а удельный вес женщин, обращающихся к знакомым врачам кожнодиспансера и к частно практикующим врачам несколько уменьшился по сравнению с предыдущей возрастной группой, соответственно с 19,4% до 16,1% и с 11,3% до 8,9%.

Таблица 3 - Распределение респонденток в зависимости от мотиваций обращения к врачу

Возрастные группы	Мотивации обращения к врачам					
	Для профилактического осмотра		Для диагностики ИППП		Для лечения ИППП	
	абс. число	%	абс. число	%	абс.	%
от 15 до 18 лет	-	-	6	15,0	2	5,0
от 19 до 25 лет	181	42,3	69	16,1	84	19,6
от 26 до 30 лет	32	51,6	23	37,1	8	12,9
старше 30 лет	34	60,7	10	11,8	6	10,7

Можно полагать, что для «начинающих» заниматься коммерческой сексуальной деятельностью имеет большое значение анонимность, стоимость услуг врача, чем их квалификация и качество лечения. С увеличением «сексуального» стажа у женщин появляются устойчивые связи с врачами, которые, очевидно, по твердо установленным тарифам осуществляют контроль за их здоровьем. При этом, как оказалось, приоритет отдается знакомым врачам, работающих в государственных медицинских организациях. В тоже время понятно, почему женщины старших возрастов, чаще лечатся сами. Одновременно следует отметить, что опрошенные еще с большей настороженностью относятся к обращению во вновь созданные дружественные клиники (таблица 3). По-видимому, у них по-прежнему, нет достаточной уверенности в анонимности деятельности дружественных клиник. Очевидно, что функционирование клиник должно сопровождаться более эффективным информационным обеспечением, с другой стороны, важно, чтобы в государственных медицинских учреждениях создавались мораль и психологическая обстановка, соответствующая большому доверию к ним, соблюдение анонимности должно быть твердо установленным правилом, а поборы – ликвидированы.

Таким образом, проведенное исследование раскрывает новые возможности и создает новую методическую базу для планирования и прогнозирования потребности работниц коммерческого секса в медико-социальной помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валиева С.А., Канжигалина З.К., Нарушева С.М. и др. Инфекции, передающиеся половым путем, у работниц коммерческого секса // Вестник дерматологии и венерологии, 2002, №1-2, С.38-40.

2. Букашева Б. Кыргызстан, гендерные исследования//Социсследование проституции, 2002, С.1-5.

**РЕЗУЛЬТАТЫ БИОЛОГИЧЕСКОГО И ПОВЕДЕНЧЕСКОГО НАДЗОРА
ЗА ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ СРЕДИ ПИН, А ТАКЖЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО
ОПРОСА МОЛОДЕЖИ Г.КАСКЕЛЕН, КАРАСАЙСКОГО РАЙОНА,
АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

(Жангабылов С.К., Кыраубаев К.К.)

Алматинский областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД

Цель- Определение распространенности ВИЧ инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в сельской местности путем биологического надзора, а также определения моделей поведения связанное с риском ВИЧ-инфицирования, их осведомленности в отношении ВИЧ инфекции и охвата целевой группы профилактическими вмешательствами поведения молодежи путем проведения поведенческого надзора среди ПИН.

Осведомленность молодежи сельской местности о ВИЧ/СПИДе и профилактике его заражения.

Материалы и методы - В ходе исследования были применены методы связанного анкетирования, т.е. одновременно у респондентов были взяты кровь или смывы от использованных шприцев на ВИЧ у лиц, употребляющие наркотики инъекционным путем (ПИН) и анкетирование этих лиц.

Объем выборки для поведенческого надзора определено – 152 респондента. Выборочная совокупность представлена респондентами от 16 до 36 лет. 94,1% составляют мужчины и 5,8% женщины. При выборке объема исследований исходили из количественных характеристик потребителей инъекционных наркотиков. По данным областного наркодиспансера в Карасайском районе по состоянию на 01.01.2003 года состояло на учете 490 наркоманов, в том числе потребителей инъекционных наркотиков 356. По быстрой оценке количество ПИН – 2900

Для выборки социологического опроса привлечены учащаяся молодежь района, которая дала возможность сделать вывод об осведомленности в целом по району о ВИЧ/СПИДе и профилактике его заражения. Опрошено 100 респондентов

Дата проведения исследования январь-февраль 2003 года.

Результаты. При биологическом надзоре из 152 исследованных выявлено 2 позитивных на ВИЧ и общая численность ВИЧ позитивных образцов 13,1 на 1000 обследованных.

Наиболее распространенными наркотиками, употребляемыми инъекционным путем в районе оказались героин – 72,8%; опиум-сырец ("ханка") – 22,8%. По частоте употребления наркотиков 61,3% опрошенных употребляли наркотики несколько раз в

день, 25% – раз в день. Остальные употребляли наркотики реже, чем один раз в день. Более 80% лиц имели общий стаж употребления наркотиков более 3-х лет.

Одной из самых опасных ситуаций, сопряженных с риском ВИЧ-инфицирования, оказались групповое потребление наркотиков. Только 28,9% ПИН принимали наркотики индивидуально, 26,5% делали это в постоянной группе, а 44,6% в случайной группе и тем подвергались большой опасности,

В данном исследовании была выявлена степень распространенности трех ситуаций: использование общих шприцев, забор наркотика из общей емкости и деление дозой при общем использовании шприцев. Данный индикатор рекомендован ВОЗ для оценки степени риска поведения ПИН.

Только 7,8% респондентов точно ответили, что в течение последнего месяца не применяли ни одну из трех указанных опасных практик.

47,3% респондентов использовали общий шприц при последнем употреблении наркотика, еще 18,0% затруднились ответить на этот вопрос. Определенно можно сказать, что 84,6% ПИН забирали наркотики из общей емкости, делились дозой 26,9%. На вопрос о наличии половых контактов с целью получения денег или дозы 33,1% респондентов отказались от ответа.

Из 37,7% опрошенных указали на факты коммерческого секса (половые контакты с целью получения денег или дозы) в течение последних шести месяцев.

Среди занимавшихся коммерческим сексом ПИН только 43,7% использовали презервативы при последнем половом контакте с целью получения денег или дозы.

14,5% респондентов указали, что не живут половой жизнью. 62,7% имеют постоянного полового партнера. Из них 32,6% использовали презерватив при последнем половом контакте с ним.

В течение последних шести месяцев 54,1% респондентов вступали в половые контакты с непостоянными половыми партнерами: 23,0% от всего количества опрошенных всегда использовали презервативы при контактах с непостоянными половыми партнерами, 63,8% – иногда и 13,1% никогда не использовали презервативы.

В Каскелене весьма успешно работает пункт доверия с функцией обмена шприцев. В последнее время через отдел занятости удалось решить вопрос об оплате волонтерам, помогающим пунктам доверия. Однако, несмотря на невысокую стоимость одноразовых шприцев, особенно в сравнении со стоимостью наркотиков, одной из ведущих причин ограничения доступа ПИН к одноразовым шприцам является отсутствие денег у ПИН, что свидетельствует о необходимости расширения пунктов обменов шприцев в сообществе с ПИН. Весомая причина – опасение полиции, работники которой в административном порядке до сих пор преследуют за употребление наркотиков, а наличие одноразового шприца в кармане у задержанного зачастую является признаком употребления наркотиков. Это обстоятельство в значительной мере препятствует работе пунктов доверия (или пунктов по обмену шприцев).

Добровольное тестирование на ВИЧ является одним из индикаторов поведения ПИН. Сам факт добровольного тестирования отражал факт заботы ПИН о своем здоровье, может быть признаком наличия у ПИН определенного объема знаний о ВИЧ (хотя бы о его существовании). Всего обследовалось на ВИЧ 44,1% опрошенных ПИН. Из них 35,7% делали это на добровольной основе.

Уровень знаний о мерах профилактики ВИЧ/СПИДа можно охарактеризовать как низкий. Уровень знаний о путях передачи ВИЧ значительно выше, чем о мерах профилактики.

Выводы:

1. Распространенность ВИЧ инфекции в г.Каскелен, Карасайского района среди потребителей инъекционных наркотиков выше, чем в городской местности. Общая численность ВИЧ позитивных образцов 13,1 на 1000 обследованных против 11,1 (результат биологического надзора в г.Талдыкоргане за октябрь-ноябрь 2002 года)

2. Наиболее распространенным наркотиком среди потребителей инъекционных наркотиков оказались героин и более 60% употребляли наркотики несколько раз в день и имели общий стаж употребления наркотиков более 3-х лет, что указывает на ухудшение ситуации.

3. В районе практикуется групповое потребление наркотиков, которое является одной из самых опасных ситуаций, сопряженных с риском ВИЧ-инфицирования и только 28,9% ПИН принимали наркотики индивидуально.

4. Имеется степень риска заражения ВИЧ половым путем т.к. 37,7% указали на факты коммерческого секса (половые контакты с целью получения денег или дозы) в течение последних шести месяцев, при этом только 43,7% использовали презервативы при последнем половом контакте.

5. Результаты социологического опроса молодежи Карасайского района показали, что уровень знаний по ВИЧ/СПИД инфекции остается недостаточным. Нечетко ориентируется в вопросах о путях передачи, методах профилактики одна треть опрошенных. Уровень знаний о передаче инфекции от матери к ребенку (перинатальной) требует специальной подготовки.

ПРОБЛЕМА НАРКОМАНИИ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Жакупова М.Б.

Высшая Школа Общественного здравоохранения

Наркомания затронула все уголки земного шара. На сегодняшний день, на смену традиционным наркотическим веществам приходят новые, зачастую более вредные наркотики, а способы их употребления становятся все более разнообразными. Современные наркотики часто вводят инъекционным путем, что обуславливает высокий риск ВИЧ-инфицирования наркоманов.

В настоящее время уже не стоит проблема использования только одного наркотического вещества. Все чаще потребители переходят с одного наркотика на другой более «тяжелый» и прибегают к комбинированию различных наркотических веществ.

Злоупотребление наркотическими средствами и незаконная торговля ими в последнее время во многих, особенно развитых странах мира приняли катастрофические размеры. (Пятницкая И.Н., 1995)

Широкое распространение наркомании в развитых странах во многом является следствием тех социальных условий, которые там существуют, а именно: безработица, неуверенность в завтрашнем дне, ежедневные стрессы, тяжелое нервно-психическое состояние, что способствует стремлению получить допинг, создающий впечатление прилива сил и хотя бы на короткий промежуток времени уйти от окружающей действительности. Кроме того, распространение наркотических веществ является довольно прибыльным бизнесом для наркоторговцев, что также создает целую серию проблем.

В большинстве стран, участвующих в борьбе против наркотиков, контролируется лишь небольшая часть продукции, то есть препараты, вошедшие в список запрещенных наркотических средств, столь разнообразные по своим свойствам, вызывающим

наркоманию. Ступени наркомании ведут все ниже, определяя обострение бедствия, являющегося, как подчеркивают эксперты Всемирной организации здравоохранения, большой угрозой для здравоохранения в мировом масштабе. Опасность эта увеличивается по мере того, как нелегальные предприятия производят все новые и новые типы наркотиков, все более сильных и вредоносных.

Вызывает тревогу самоинъекцирование наркотических средств с немедицинскими целями, в результате чего возникает серьезная проблема, касающиеся здоровья отдельного человека и населения в целом. Практика инъекции наркотиков в развитых странах существует уже в течение долгого времени. Но в последние два десятилетия она распространилась на многие развивающиеся страны; в настоящее время ею охвачено более 110 стран (ВОЗ, 1998).

Эти тенденции выглядят еще тревожнее, если учесть тот факт, что наркологические заболевания более не являются проблемой преимущественно мужской части населения, а стремительно превращаются в реальную угрозу для женщин, особенно женщин детородного возраста и молодежи. Распространение наркологических заболеваний среди всех слоев населения ложиться все более тяжелым бременем на общество в целом. Хотя наркологические заболевания часто характеризуются физическими проявлениями, по своей глубинной сути они принадлежат к числу социальных болезней и требуют соответствующего подхода.

Следует отметить, что организационные подходы оказания помощи наркозависимым женщинам зачастую отсутствуют вовсе или их крайне мало, особенно в развивающихся странах. Существующие же программы лечения или реабилитации обычно не учитывают особых потребностей женщин. К примеру, не учитывается тот факт что, женщине может потребоваться помощь по присмотру за ее детьми, прежде чем она начнет лечение, также не учитывается возникающие во время лечения чувство вины и стыда и сложности во взаимоотношениях с людьми. Если мужчины употребляют алкоголь и запрещенные наркотики, а подростки помимо алкоголя употребляют вещества для вдыхания, то женщины обычно обращаются к выписываемым лекарством типа транквилизаторов. Кроме того, женщины часто употребляют алкоголь и наркотики в домашних условиях, так что их проблемы менее заметны в обществе. Установлено, что хотя молодые женщины менее склонны употреблять запрещенные наркотики, тем не менее, потребление ими каннабиса, амфетаминов, героина и других запрещенных наркотиков возрастает, причем все большее распространение среди них получает практика употребления ими нескольких наркотиков одновременно.

Нами на базе Городского наркологического диспансера города Алматы было проведено интервьюирование 105 наркозависимых женщин. Анкеты состоящие из 50 вопросов, которые затрагивали разные аспекты, касающиеся наркозависимых женщин: по возрастной состав, национальный состав, семейное положение, уровень образования и наиболее употребляемый наркотический препарат при первом употреблении, учитывался также вопрос, на сколько женщины знают о вреде наркотиков и о зависимости к ним, возникали ли у исследуемого контингента женщин перерывы, на сколько доступны по наличию и по цене наркотические средства, получали ли лечение и кратность лечения по поводу наркомании и др. Отдельно рассматривались вопросы, касающиеся репродуктивной функции наркозависимых женщин, такие как регулярность половой жизни, показатель репродуктивной функции исследуемой группы, возникновение беременности и ее исходы.

Все опрошенные женщины были фертильного возраста и наибольший процент приходился на возрастную группу 21-30 лет, что составляло 71,4%. По семейному положению респондентов никаких резких отличий не было выявлено.

При обработке данных по возрастному показателю при первом употреблении наркотиков были получены следующие процентные данные: впервые попробовавшие

наркотики в возрастной группе до 20 лет составили 7,1%; в возрастной группе 20-25 лет – составили 78,6% и в третьей по возрастной группе старше 25 лет – 14,3%.

Как мы видим, наибольший процент употребляющих наркотики приходится на возрастную группу женщин в возрасте 20-25 лет. Интересен тот факт, что почти каждая шестая женщина в возрастной группе старше 25 лет отмечает первое свое употребление наркотических веществ именно в этом возрасте, что весьма нехарактерно, так как люди этого возраста несомненно должны были бы знать о последствиях употребления наркотических средств.

Нами были получены данные, что большинство респондентов (86%) начинали свое употребление с так называемой «ханки», а 14% - начали с героина и как правило это контингент, который недавно пополнил ряды наркоманов. К сожалению, несмотря на то, что 71,4% респондентов знают о вреде наркотических веществ на здоровье и о зависимости, они продолжают употреблять наркотические вещества.

Анализ показал, что 85,7% респондентов пытались отказаться от наркотиков, и в их анамнезе заболевания имели место перерывы, а 14,3% - постоянно употребляли наркотические вещества.

На вопрос о доступности по приобретению и по цене наркотических веществ респонденты ответили, что никаких затруднений не было.

Нами было выявлено, что употребление наркотических веществ оказывает негативное влияние на сексуальное здоровье; 57% респондентов отметили снижение полового влечения.

Исследование репродуктивной функции респондентов показал, что основной процент наркозависимых женщин возникновения беременности заканчивается медицинскими абортными и искусственными родами (40% и 30 % соответственно).

Изучение соматического здоровья наркозависимых женщин показало, что у всех респондентов отмечается экстрагенитальная патология. Наиболее часто встречающиеся из них - это заболевания печени - 64,3%, почек – 28,6% и сердечно-сосудистой системы – 7,1%.

Наибольший интерес вызвал анализ гинекологических заболеваний у женщин страдающих наркозависимостью. Для женщин страдающих наркозависимостью наиболее характерным оказалось нарушение менструального цикла. В том числе обращает внимание большой процент аменореи – 11,0% и бесплодия – 9,6%, что может свидетельствовать о выраженном негативном влиянии наркотических веществ на репродуктивную функцию женщин.

Таким образом, репродуктивная функция наркозависимых женщин характеризуется: высоким удельным весом нарушения менструального цикла, большим количеством абортов, бесплодием, заболеваниями передающихся половым путем, воспалительные заболевания матки и придатков.

С учетом всепроникающей природы наркомании, не знающей ни географических, ни социально-культурных границ, очень важно привлечь население нашей страны и системы первичной медико-санитарной помощи к участию в проводимой ВОЗ политике профилактики, помощи и реабилитации наркомании. Общество должно быть подготовлено к оказанию помощи тем, кто уже нуждается в этом, а также для того, чтобы противостоять физическим заболеваниям, психическим расстройствам и социальному отторжению, которые обусловлены злоупотреблением наркотиками. Необходимо научить население, особенно молодежь, как избежать риска наркомании, особенно в обществе, где процветают наркотики. Это возможно лишь в том случае, если политические лидеры, законодатели и общество в целом осознают многомерность проблемы наркотиков и направят свои современные усилия на поддержание действий министерств здравоохранения и профессиональных медицинских работников по ее решению. Кроме того, политика в области здравоохранения, несомненно, должна строиться с учетом связанных с наркоманией проблем, точно так же как политика в

области наркотиков должна принимать во внимание и интегрировать проблемы здравоохранения.

Наше исследование показало, что проблема наркомании остро стоит в нашей Республике. Учитывая то, что женщины несут основную ответственность за здоровье будущего поколения, им необходимо дать возможность в доступности медицинских и социальных служб по проблемам женской наркомании.

Сложность и масштаб проблемы наркотиков требует соответствующего комплексного и интегрированного подхода. Предупреждение наркомании может проводиться в форме пропаганды здорового образа жизни и сокращения факторов риска для здоровья при настойчивом обеспечении соблюдения прав каждого человека.

Список литературы:

1. Пятницкая И.Н. Наркомании. – М.: Медицина, 1994. – 119 с.
2. Пятницкая И.Н. Развитие наркотизма в прошлом и настоящем (часть I) // Вопросы наркологии, 1995. № 1. – С. 85-91.
3. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В. Современное состояние проблемы наркомании в России // Вопросы наркологии, 1997. № 3. – С. 3-13.
4. Grant B.F. Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: results of a national survey of adults // J.Subst. Abuse, 1995. 7(4).- P. 81-97.
5. Kendler K.S, Gardner Ch.O., Prescott C.A. Religion, psychopathology, and substance use and abuse: A multimeasure, genetic-epidemiologic study // Amer. J.Psychiat., 1997. – 154. № 3. – P. 322 – 329.
6. Jensen B.B. Main components of a health promoting school. In.: Jensen B.B., Simovska V., ed. Models of health promoting school in Europe. – Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001.
7. Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Гериш А.А., Дудко Т.Н., Тростанецкая Г.Н. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами // Наркология. - 2002. № 1 - С. 43-47.

ПРАКТИКА ВНЕДРЕНИЯ МОДУЛЯ «МЕТОДЫ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

С. Кожобекова, Р. Кипшакбаев

Учебно-ресурсный центр ВШОЗ

В лексике современных врачей, фармацевтов и организаторов здравоохранения появился новый термин — «медицина, основанная на доказательствах (доказательная медицина)». Понятие "Evidence-based Medicine", или "медицины, основанной на доказательствах" (доказательной медицины) было предложено канадскими учеными из университета Мак Мастера в Торонто в 1990 году. Вскоре это понятие быстро распространилось и нашло сторонников в разных странах мира. Во многих странах, в том числе России, организованы центры доказательной медицины, которые начинают играть существенную роль в работе национальных служб здравоохранения. В ряде высших учебных заведений России начато преподавание доказательной медицины; в декабре 2002 года состоялось учредительное собрание межрегионального Общества специалистов доказательной медицины. К настоящему времени региональные отделения ОСДМ созданы уже в 15 городах страны. Появились многочисленные

группы медиков, работающие над составлением и обновлением клинических и формулярных руководств.

Главная идея доказательной медицины очень проста - применение в практике только тех методов лечения и диагностики, эффективность которых доказана на основе строгих научных принципов в результате клинических исследований. Осознание этих аспектов поможет будущему врачу в условиях реформирования здравоохранения более аргументировано и экономически-обоснованно, подходить к своим действиям.

Одна из очевидных причин необходимости доказательной медицины - увеличение объема научной информации, в частности в области клинической фармакологии. Ежегодно в клиническую практику внедряются все новые и новые препараты. Они активно изучаются в многочисленных клинических исследованиях, результаты которых нередко оказываются неоднозначными, а иногда и прямо противоположными. Одновременно упростился доступ к научной информации. Сегодня любой пользователь Интернет может в течение нескольких минут получить сведения о сотнях или тысячах статей по интересующей его проблеме. Однако, чтобы использовать полученную информацию на практике, необходимо прежде выявить подходящие источники информации, используя соответствующие стратегии поиска, тщательно проанализировать в плане достоверности источников и использование научного подхода. Врач может и должен учитывать особенности опубликованного исследования, чтобы правильно оценить и использовать его результаты. Следует иметь в виду, что информация важна не сама по себе: важна способность ее извлечь и применить! Сегодня установлено, что большая часть всех конфликтов в медицине является следствием не недостатка знаний, а неумения их применить.

Поиск, оценка и определение сведений о рациональном применении мероприятий обладающих доказанным положительным, или искомым эффектом в сходных условиях, позволяет на практике интегрировать индивидуальный клинический (практический) опыт с лучшими результатами экспериментальных исследований и новейших разработок. (4)

Другая причина - нехватка средств, связанная с ростом расходов на здравоохранение. В этой ситуации среди большого числа лекарственных препаратов необходимо выбрать именно те средства, которые обладают наиболее высокой эффективностью и лучшей переносимостью. Следует отметить, что новизна или высокая стоимость нового препарата не являются гарантией его более высокой эффективности. Проблема рационального расходования средств особенно актуальна для нашей страны, так как с одной стороны бюджет казахстанского здравоохранения явно недостаточный, а с другой стороны продолжают широко использоваться лекарственные препараты, эффективность которых не доказана (или наоборот доказана неэффективность) или вызывает сомнение. Помимо получения доказательства эффективности и безопасности определенного метода лечения, необходимо определить, насколько оптимальным будет его применение в практике. Очевидно, что нет смысла пытаться удешевить лечение путем использования недорогих, но мало эффективных препаратов (например, применять препараты чеснока вместо статинов при дислипидемии), но столь же бессмысленно назначать дорогостоящие лекарственные средства в тех случаях, когда не меньший или даже больший эффект могут дать более дешевые средства. И то, и то другое в конечном итоге приводит к увеличению расходов.

К сожалению, в Казахстане чаще приходится сталкиваться с ситуацией когда, необъяснимой популярностью по-прежнему пользуются совершенно необоснованные методы лечения. По сути дела они представляют собой стереотипы, которые тиражируются в научных статьях и некоторых учебных руководствах. Принципы медицины, основанной на доказательствах, имеют важное значение для преподавания. Студенты и молодые врачи, не имеющие опыта лечения больных,

наиболее подвержены влиянию субъективных факторов, поэтому у них достаточно легко формируются ложные представления о подходах к лечению тех или иных болезней. Возможно, в медицинских вузах нет нужды вводить в программу обучения новый предмет, однако именно там следует прививать стремление к критическому анализу научной информации.

В области преподавания мы также сталкиваемся с еще одной трудноразрешимой проблемой. Учебники, которыми пользуются студенты, обычно устаревают уже к моменту выхода в свет, так как для их подготовки требуется несколько лет, а за этот период многое меняется.

Казахстанская Высшая школа общественного здравоохранения является координатором по подготовке кадров по общественному здравоохранению в Центрально-Азиатском регионе. Высшая школа общественного здравоохранения (ВШОЗ) является частью национальной системы образования, высшим учебным заведением, осуществляющим послевузовскую подготовку и переподготовку кадров по различным аспектам общественного здравоохранения.

Разработанный модуль был основан на данных семинара проведенного на базе КВШОЗ проектом ЗдравПлюс Агентства Международного Развития США, Проектом развития ПМСП в Казахстане Департамента Международного Развития Соединенного Королевства (DFID) и Британского Совета, Ассоциацией семейных врачей Казахстана (АСВК), Алматинским государственным институт усовершенствования врачей (АГИУВ).

Прежде всего, были использованы собственные наработки, обширные данные литературы. Лекции читали и вели практические занятия преподаватели УРЦ КВШОЗ, преподаватели смежных кафедр. Практически все преподаватели прошли обучение на различных международных семинарах по основам доказательной медицины. Использовались современные схемы интерактивного обучения (мозговой штурм, дискуссия, работа в малых группах и др.). Занятия проводились с применением новых технологий обучения.

Модуль рассчитан на 36 часов, и представляет собой комплекс лекционных и практических занятий. Слушатели курса обучались принципам доказательной медицины. Они познакомились также с методологией оценки достоверности клинических исследований: учились критически читать клинические статьи, быстро оценивать достоверность представленных в них результатов. Весьма полезным было узнать об источниках (в основном Интернет-ресурсах), публикующих достоверную информацию в области доказательной медицины, успешной клинической практики и др. особый упор был сделан на вопросы: Терминология и инструментарий ДМ: чувствительность и специфичность; число больных, которых необходимо лечить (ЧБНЛ); отношения правдоподобия; прогностическая ценность; Виды вмешательств; Виды исследований; иерархия научных данных по степени доказательности; Формулирование клинической проблемы; Мета-анализ; Этапы проведения систематического обзора; Разработка клинических руководств, основанных на ДМ – этапы: сбор, оценка информации, структура, процесс обновления, необходимые приложения; Оценка готовых клинических руководств, и их примеры.

Также слушателям были продемонстрированы преимущества программного обеспечения для анализа и обработки данных.

Практическая часть основана на работе с индивидуальными проектами. Техническое обеспечение КВШОЗ позволяет каждому слушателю подготовить индивидуальный проект. В процессе индивидуальной работы слушатели выбирали проблему, формулировали клинический вопрос, проводили самостоятельный поиск и оценку литературы Интернет-ресурсов.

Важность и необходимость данных практических занятий следует из того, что в медицине большую роль играет субъективный фактор, в частности личный опыт врача,

мнение экспертов и т.п. В определенных ситуациях, например, при выборе антибиотика для эмпирической терапии инфекций, индивидуальный опыт имеет важное значение, однако в других случаях он не может принести какой-либо пользы. Пример - применение аспирина с целью вторичной профилактики инфаркта миокарда. Очевидно, что при решении вопроса о целесообразности профилактического лечения врач может ориентироваться только на результаты клинических исследований. Иногда личный опыт приводит к формированию ложных представлений о лекарственном препарате. Например, врачи часто пытаются использовать новые средства при наиболее тяжелых формах болезни. Отсутствие какого-либо эффекта нередко приводит к их полному разочарованию, хотя тот же препарат мог бы оказаться незаменимым средством лечения легких или среднетяжелых форм болезни или пациентов какой-либо определенной группы (пожилых людей, пациентов, страдающих сопутствующими заболеваниями, и т.п.). Поэтому лишь индивидуальная работа убедит слушателя в преимуществах доказательной медицины.

Слушателям были вручены сертификаты, раздаточные материалы и очередное (3-е) дополненное издание справочника медицинских Интернет-ресурсов.

Оценка модуля была проведена методом анонимного анкетирования. В анкетах была отмечена высокая степень необходимости, полезности данного модуля, высказаны мнения о перспективах использования полученных знаний в работе с больными, передавать коллегам, студентам. Были указаны темы, которые, по мнению слушателей необходимо расширить, дополнить.

В условиях реформ здравоохранения, разгосударствления и приватизации медицинских организаций повышается требовательность к уровню профессиональной подготовки организаторов здравоохранения, практических специалистов. Иными словами, успех реорганизации здравоохранения во многом зависит от доступа специалистов к новым знаниям в области медицины, биологии и смежных отраслей, а также от эффективного их использования. (5)

Мы надеемся, что обучение специалистов использованию принципов доказательной медицины, поможет критически оценивать как старые, так и новые подходы к лечению, выбирать оптимальные, что несомненно, приведет к повышению качества медицинских услуг.

Литература

1. <http://www.mediasphera.ru/clinicalevidence/> "Доказательная медицина. Ежегодный справочник" (ЕСДМ)
2. <http://www.medlinks.ru/> Доказательная медицина
3. <http://www.ebm.org.ua/clinical/epidemiology> Основы доказательной медицины
4. Т.Х. Тульчинский, Е.А. Варавикова, Новое Общественное Здравоохранение, Иерусалим, 1999
5. К. Ольчиев, Казахстанский фарм.вестник №9 май 2003 г. (180) стр.14.
6. <http://www.apteka.ua/> ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА Кому и что нужно доказывать?

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ НООТРОПИЛА

Пертова Н.И., Раскина О.И., Катели С.Н.

Клиника профессора Лохвицкого С.В.

В 1972 году в исследовательской лаборатории одной из крупнейших фармацевтических компаний Европы (Бельгия) при изучении психотропных средств

Джурджеа и сотрудники выявили, что под влиянием пирацетама облегчаются процессы памяти и обучения, причем эти эффекты не сопровождаются побочными явлениями, характерными для психостимулирующих средств; двигательным и речевым возбуждением, привыканием и пристрастием. Эти исследования привели к созданию нового класса лекарств ноотропных препаратов (от «ноос» - мышление, «тропос» - стремление). Родоначальником их стал препарат фирмы UCB – ноотропил (пирацетам). Ноотропил с конца 70-х годов широко применяется в нашей стране при сосудистых заболеваниях мозга, астенических состояниях, последствиях перенесенных травм и нейроинфекций. В 1994 г. были опубликованы результаты мультицентрального рандомизированного исследования по изучению эффективности высоких доз ноотропила у больных с инсультом, и с этого времени начался новый этап в его исследовании и применении.

Механизм действия ноотропила.

При рассмотрении многокомпонентного действия ноотропила целесообразно выделить два основных направления: «нейрональное» (нейропротективное) и «сосудистое» (улучшение мозгового кровотока). Нейропротективное действие ноотропила обусловлено улучшением метаболических процессов нейрона, оптимизацией потребления кислорода и утилизации глюкозы.

Как известно, в норме процесс энергетического метаболизма нейрона можно упрощенно представить в виде окисления производных глюкозы, пирувата. Следующим важным звеном в развитии ишемических нарушений является повышение концентрации кальция внутри клетки, что вызвано высвобождением кальция из митохондрий в условиях высокой концентрации натрия и свободных жирных кислот, поступающих из эндоплазматического ретикулума при недостатке АТФ. При ишемии происходит повышение вне клетки уровня эксайтотоксических аминокислот – глутамата и аспартата. Глутамат активизирует каналы, способствующие входу ионов кальция в клетку, что запускает «порочный круг» патобиохимических реакций.

Нейропротективное действие ноотропила многокомпонентно. Он способствует расщеплению глюкозы по пентозофосфатному шунту, увеличивая обмен АТФ, а также уровень цАМФ. Функционирование этого шунта связано с образованием веществ, нейтрализующих свободные радикалы и препятствующих перекисному окислению липидов мембран. Ноотропил стимулирует активность аденилаткиназы, что позволяет осуществлять анаэробный метаболизм глюкозы без образования лактата. С помощью позитронной эмиссионной томографии, позволяющей визуализировать метаболизм глюкозы и кислорода у больных острым ишемическим инсультом, было показано, что после введения ноотропила метаболизм глюкозы в зоне инфаркта и окружающей его функционально не активной зоне увеличивается через 20 минут после внутривенного вливания препарата, имело место увеличение локального мозгового кровотока с 10,8 до 11,3% и опережающее увеличение коэффициента экстракции кислорода и локального метаболизма кислорода с 7,5 до 13,2%, происходящего с образованием АТФ, двуокиси углерода и воды. Этот процесс является аэробным (связанным с потреблением кислорода). Потребление кислорода варьирует от 6мл / 100гр/ мин в коре до 2 мл /100гр/мин в белом веществе. Среднее потребление глюкозы составляет 4-7 мл/100г/мин. В условиях недостатка кислорода в результате гипоксии или ишемии происходит накопление лактата, развивается ацидоз, образуются свободные радикалы. Страдает ионный гомеостаз, поскольку нарушение функционирования энергозависимой натриевой «помпы» приводит к накоплению ионов натрия внутри и калия – вне клетки. Последний фактор провоцирует отек и набухание ткани и увеличивает размеры функционально неактивной зоны ишемического некроза мозговой ткани – зоны ишемической «полутени».

В настоящее время накоплено много фактов, свидетельствующих о том, что нарушения нейротрансмиссии ацетилхолина и глутамата обуславливают «возрастные»

нарушения памяти и другие когнитивные функции. Ноотропил взаимодействует с системой нейротрансмиттеров, оказывая модулирующее действие на холинэргическую и аминацидергическую (аспартат, глутамат) нейротрансмиссию.

«Сосудистое» действие ноотропила обусловлено следующими факторами: уменьшением агрегации тромбоцитов, увеличением деформируемости эритроцитов, снижением адгезии эритроцитов к поверхности эндотелия, уменьшением вязкости плазмы и цельной крови, уменьшением спазма сосудов без вазодилаторного эффекта и гипотензии. Все это обуславливает положительное влияние ноотропила на мозговое кровообращение, что не сопровождается изменением общей гемодинамики.

Наконец, описан положительный эффект ноотропила в качестве противосудорожного средства. Наиболее эффективным и логичным представляется, в первую очередь, применение ноотропила при лечении интоксикационной зависимости (алкоголизм и наркомания). Основным эффектом ноотропила заключается в защите клеток головного мозга от кислородного голодания и токсического поражения путем восстановления нарушенного клеточного метаболизма.

Наиболее положительный эффект ноотропила отмечается у лиц с признаками старческой инволюции и церебрального атеросклероза с явлениями психоорганического синдрома.

Установлено, что препарат наиболее эффективен в группе больных с тяжелым и среднетяжелым инсультом, получавших лечение первые 12 часов от его начала. Выявлена особая эффективность ноотропила у больных с речевыми нарушениями. И показано также лечение постинсультной афазии и в более поздние сроки после инсульта. Ноотропил в больших дозах (2,4-4,8г в день) применяется в восстановительном периоде после инсульта, при этом после 3-х месячного курса лечения показана наиболее положительная его влияние на память и способность больных к обучению.

Не оказывая прямого действия на ряд психических расстройств (например, ведущие синдромы шизофрении или маниакально-депрессивного процесса), ноотропил позволяет довести дозу нейролептических препаратов до высоких цифр, без опасения развития осложнений. Ноотропил практически единственное лекарственное средство, успешно зарекомендовавшее себя в лечении задержки развития в раннем детском возрасте.

Оценка высокой эффективности ноотропила была бы не полной, если бы мы ограничились только описанием его действия. Важным свойством ноотропила (еще одним) является отсутствие выраженных побочных эффектов и противопоказаний к его применению.

Итак, новый по форме и дозировке, но прежний по высокому качеству и эффективности ноотропил появляется на рынке. Это, несомненно, будет способствовать дальнейшему росту популярности ноотропила, а главное – более успешному лечению больных.

Литература

РГМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра неврологии ФУВ, Федин А.И. «Ноотропил. Новое об известном препарате».

Научный центр психического здоровья РАМН М.Н.Жариков. *Ноотропил. Новое об известном препарате.*

ПРИМЕНЕНИЕ КВАДРОПИЛА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Иванова Л.В., Кусымжанова Ж.М., Жусупова А.А., Югай Л.В., Актаева Ш.С.
Центральная клиническая больница Медицинского Центра Управления Делами
Президента Республики Казахстан

Снижение повышенного артериального давления (АД) – это, безусловно, важная задача лечения больных с артериальной гипертонией (АГ), а надлежащий контроль над уровнем давления по-прежнему является важнейшим инструментом в лечении этого крайне распространенного заболевания. Сегодня выбор антигипертензивных препаратов достаточно велик - от диуретиков до препаратов, блокирующих активность ренин-ангиотензиновой системы (РАС) на разных уровнях. Однако наиболее привлекательны препараты, обладающие помимо АД-снижающего действия, дополнительными, в первую очередь органопротективными свойствами, что в конечном итоге должно обеспечить улучшение прогноза у больных с АГ при их длительном применении. В этом плане целенаправленное создание ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) является огромным достижением в лечении АГ и других сердечно-сосудистых заболеваний. Этот класс препаратов соединяет в себе преимущества высокой антигипертензивной эффективности и хорошей переносимости с обеспечением высокого качества жизни с доказанным кардио, васкуло и ренопротективным действием и, что особенно важно, снижением частоты сердечно-сосудистых осложнений и увеличением продолжительности жизни больных при их длительном применении.

В настоящее время в клинической практике для лечения АГ используются более 12 представителей ингибиторов АПФ, отличающихся по содержанию в молекуле тех или иных химических групп, взаимодействующих с активными центрами АПФ, липофильности, путям биотрансформации, длительности антигипертензивного действия.

При длительном лечении большинства хронических заболеваний предпочтение отдается лекарственным средствам с продолжительным действием. С этих позиций оптимальными среди ИАПФ являются препараты II и III поколений, к которым относится квадроприл (спираприл) фирмы «AWD pharma», Хорватия. Биодоступность спираприла при приеме внутрь достаточно высока - в среднем 50%, причем максимальная концентрация спираприлата в крови достигается уже через 1.8-3 часа. Спустя 4 часа после приема 3-12 мг спираприла в плазме крови больных отмечается подавление активности АПФ на 75-92%. Выраженность этого эффекта не зависит от длительности лечения и при использовании доз, равных 6 мг, в значительной степени сохраняется через 24 часа. Таким образом, спираприл относится к числу наиболее эффективных по выраженности ингибирования АПФ препаратов этой группы.

Выведение спираприла осуществляется в 2 этапа с начальным периодом полувыведения, равным 1.5-2.2 часам и конечным - 30-40 часам. Такой длинный период полувыведения из плазмы крови вследствие медленного освобождения спираприла из соединения с АПФ обуславливает длительное – более 24 часов - сохранение его антигипертензивного действия, что позволяет назначать этот препарат только 1 раз в сутки. Это обеспечивает удобство применения спираприла и лучшую приверженность больных к лечению этим препаратом, что относится к числу его важных преимуществ перед многими другими представителями ингибиторов АПФ.

Вторым существенным достоинством спираприла (квадроприла) является его двойной путь выведения - печенью, с желчью, и почками, причем на долю каждого из этих путей приходится примерно по 50%. Это обеспечивает безопасность применения спираприла у больных с почечной и печеночной недостаточностью. Так, показано отсутствие его кумуляции в плазме при приеме полной терапевтической дозы - 6 мг в сутки - в течение 4 недель, даже у больных со значительно сниженным клиренсом

креатинина. Вследствие такой безопасности квадроприлу следует отдавать предпочтение перед другими ингибиторами АПФ у больных пожилого и старческого возраста с полиорганной патологией. Оптимальной является доза 6 мг 1 раз в сутки.

Третьим существенным преимуществом квадроприла перед многими другими представителями ингибиторов АПФ является отсутствие артериальной гипотензии «первой дозы» после первого приема полной терапевтической дозы препарата - 6 мг. Благодаря этому для достижения оптимального антигипертензивного эффекта спираприла не требуется титрование, что особенно удобно при его назначении как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

Квадроприл отличается хорошей переносимостью и малым числом побочных действий.

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-гемодинамических эффектов квадроприла (спираприл) фирмы «AWD pharma», у больных в качестве монотерапии артериальной гипертензии.

Материалы и методы: проведено обследование и лечение 42 больных (29 мужчин и 13 женщин) артериальной гипертензией 2–3 ст. Критерии включения в исследование были следующие: больные АГ с уровнем диастолического АД 90-109 мм рт. ст. и систолического АД 145-199 мм рт. ст., не получающие антигипертензионную терапию в течение 2-х недель. Критерии исключения из исследования: вторичная артериальная гипертензия, диастолическое АД выше 110 мм рт. ст., систолическое АД выше 200 мм рт. ст., любые тяжелые сопутствующие заболевания (нарушение функции печени или почек, застойная сердечная недостаточность, инфаркт миокарда в последние 6 месяцев, недостаточно компенсированный сахарный диабет, любые эпизоды нарушения мозгового кровообращения в последние 6 месяцев). Продолжительность лечения в стационаре составляла 10-12 дней. Квадроприл назначался в дозе 3-6 мг один раз в сутки. Всем больным проводилось клинико-инструментальное исследование: мониторинг артериального давления, двухмерное эхокардиографическое исследование на аппарате SIM 7000 SFM, у 12 больных проводилось суточное мониторирование АД по стандартной методике с анализом общепринятых показателей.

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета компьютерной программы Excel.

Результаты: средний возраст больных составил $69,2 \pm 1,7$ лет., среднее АД на момент включения в исследование было равно $159,7/98,5$ мм.рт.ст., ЧСС- 75,3 в мин. Длительность анамнеза АГ в среднем составила 7,8 лет, у ряда больных имелись различные сопутствующие заболевания и состояния: ИБС - 47%, сахарный диабет - 8 %, ожирение - 12 %, остеохондроз - 43%. Средняя масса тела, включенных в исследование больных оказалась равной $83,4 \pm 1,2$ кг, индекс массы тела $29,3$ кг/м². При обследовании было выявлено поражение органов-мишеней, причем чаще всего гипертрофия миокарда левого желудочка. У 86% больных имелся по крайней мере один из факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, у 90% выявлены изменения на ЭКГ.

В результате исследования монотерапии квадроприлом выявлено снижение систолического АД на 23,4% ($p < 0,001$), диастолического АД на 18,3% ($p < 0,001$), одновременно наблюдалось снижение общего периферического сопротивления с $2508,64 \pm 165,7$ до $1689,03 \pm 117,82$ дин.с⁻¹.см⁵ ($p < 0,001$). Количество больных, у которых произошла нормализация АД (ниже 140/90 мм.рт.ст.), к концу лечения составило 62%., в целом положительный антигипертензивный результат был достигнут у 86% больных (нормализация и снижение АД более чем на 10% от исходного). По результатам суточного мониторирования, проведенного у 12 пациентов было отмечено достоверное снижение суточного ночного и дневного АД, при этом средне-суточная ЧСС достоверно не изменилась.

Гипотензивный эффект сочетался с улучшением общего самочувствия больных, уменьшением головных болей, головокружения. Переносимость квадроприла у 94,2% больных артериальной гипертонией была хорошая. У 2-х больных препарат был отменен в связи с тем, что у 1 пациента появился сухой кашель на третьи сутки лечения, а у второго - крапивница.

При контроле таких лабораторных показателей крови, как уровень общего холестерина, липопротеидов высокой и низкой плотности, мочевой кислоты, содержание калия, натрия, сахара, креатинина, существенной динамики в ходе исследования не было отмечено.

Таким образом, квадроприл является эффективным средством для лечения больных с артериальной гипертонией, оказывает благоприятное влияние на гемодинамику, обеспечивая адекватное снижение АД на протяжении 24 часов и характеризуется безопасностью применения, хорошей переносимостью и улучшением качества жизни больных.

Литература

1. Карпов Ю.А. Лечение артериальной гипертонии: новые исследования- новые подходы. Кардиология. №9. 2003г. С.87-91.
2. Всероссийское научное общество кардиологов. Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертонии. М 2001.
3. Остроумова О.Д., Мамаев В.И., Абакумов Ю.Е. и др. Влияние гипотензивной терапии на качество жизни. Кардиология. №3. 2003г. С.99-103.
4. И. Шмидт, Х. Крауль. Применение спираприла у пациентов с артериальной гипертонией-клинический опыт в Германии. Тер. архив.2000;10;14-18
5. С.А. Шальнова, С.Ю. Марцевич, А.Д. Деев и др. Сравнительное изучение эффективности спираприла (квадроприл) и амлодипина. Результаты рандомизированного исследования у больных мягкой и умеренной артериальной гипертонией. Тер. архив. 2000;10;10-13
6. В.В. Якусевич, М.Е. Можейко, Ш.Х. Палютин и др. Спиреприл-новый ингибитор ангиотензинпревращающего фермента длительного действия : эффективность и безопасность у больных артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом и нарушенной функции почек. Тер. архив.2000;10;6-10
7. Ю.Н. Чернов, Г.А. Батищева, В.М. Проворотов и др. Ингибиторы АПФ: особенности клинического применения. В мире лекарств.1999;13-21
8. Д.В.Преображенский, Б.А. Сидоренко, Н.Е. Романова, И.М.Шатунова. Клиническая фармакология основных классов антигипертензивных препаратов. Consilium medicum. 2000;Том 2;3;99-127.

ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ ВИЧ/СПИД В УСЛОВИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ

А.Е. Хайрушев

Высшая Школа Общественного Здравоохранения

Количество людей, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), а также больных синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) увеличивается с каждым годом, причем, как и среди всего населения, так и среди заключенных. В некоторых странах примерно треть вновь выявленных случаев ВИЧ регистрируется в учреждениях пенитенциарной системы. Постановка диагноза ВИЧ в исправительных учреждениях указывает на необходимость разработки политики и руководства по проведению тестирования на ВИЧ, образовательных мероприятий, по разработке программ по профилактике и лечению, а также совершенствованию надзора за ВИЧ/СПИД и факторами риска в поведении (1).

По оценкам специалистов 25% тех, кто является носителями ВИЧ, проходят через исправительные учреждения ежегодно (2). Если сравнивать популяцию людей в целом и популяцию заключенных, то среди последних распространенность ВИЧ выше по сравнению с остальной популяцией. Во многих странах от 15 до 30 % инфицированных ВИЧ являются заключенными, большинство из них – это молодые люди, употребляющие инъекционные наркотики. Исправительные учреждения часто бывают переполнены заключенными, что приводит к недостаточному обеспечению и финансированию для проведения даже базовых мероприятий.

Колонии и, особенно, СИЗО имеют высокий уровень проходимости и имеют окружение, где факторы риска встречаются часто. Данные учреждения должны быть в фокусе внимания, так как заключенные имеют высокий риск заразиться ВИЧ, а после этого быть выпущены на свободу (3). Подтверждая это предположение, исследователи из СиДиСи, проводившие исследование среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики, получили результаты, которые показали, что частота заражений ВИЧ ассоциирована с тем, что пациенты пребывали в учреждениях пенитенциарной системы (4). Серьезность проблемы ВИЧ/СПИД среди заключенных подтверждается также тем фактом, что заболеваемость СПИД среди заключенных в 4 раза выше, чем среди остального населения США (5).

Заключенные подвержены серьезному риску заразиться ВИЧ/СПИД, ввиду наличия факторов риска в высокой степени, которые характерны для исправительных учреждений. Исследователи и врачи считают, что очень важно наличие службы по профилактике ВИЧ в исправительных учреждениях (6). В связи с пребыванием в исправительных учреждениях, образ жизни заключенных может быть связан с наличием незащищенных сексуальных контактов, употреблением алкоголя и наркотиков, бедностью, бездомностью, неграмотностью, безработицей, - которые ассоциированы с ВИЧ/СПИД. Wohl с коллегами получил результаты, которые указывали на то, что бывшие заключенные вели себя на свободе более рискованно, чем во время заключения. Тем не менее, исследования с бывшими заключенными показали, что рискованное поведение присутствует и в местах заключения (7). Несмотря на то, что очевидным является то, что большинство заражений происходит в общей популяции, тем не менее, очевидно, что программы по снижению риска заражения ВИЧ в исправительных учреждениях необходимы (2).

ВОЗ были разработаны следующие положения (8):

1. Проникающие сексуальные контакты имеют место в исправительных учреждениях, несмотря на их запрещение, поэтому презервативы должны быть доступны заключенным во все время их пребывания в исправительных учреждениях.
2. В тех странах, где хлорная известь доступна для лиц, которые употребляют инъекционные наркотики, раствор хлорной извести (например, раствор гипохлорита натрия) или другого эффективного активного агента, вместе с инструкцией по очистке игл и шприцев должны быть доступны в колониях, тюрьмах и других исправительных учреждениях, для тех, кто употребляет инъекционные наркотики, делает татуировки или занимается пирсингом.
3. В странах, где чистые шприцы и иглы доступны для лиц, которые употребляют инъекционные наркотики, необходимо рассмотреть положение о том, чтобы инъекционное оборудование было бы доступно заключенным во время всего их заключения.

Хотя применение стратегии по снижению вреда (например, применение презервативов и доступность хлорной извести) в исправительных учреждениях по всему миру нашло поддержку инициативы ВОЗ, многие пенитенциарные системы продолжают предлагать минимальную поддержку для подобной политики и практики. (9).

Напротив, заключенным индивидуумам по логике вещей намного легче быть включенными в образовательные программы по профилактике ВИЧ/СПИД, чем, если

бы они были на свободе; у них намного меньше рискованных ситуаций; они имеют время на переоценку ценностей в жизни; у них есть бесплатный доступ к медицинской и психиатрической службам; а также у них меньше жизненных запросов на время пребывания в местах заключения и больше свободного времени. Тем не менее, систематически оцениваемые программы по профилактике ВИЧ в исправительных учреждениях медленно развивались в последние 20 лет. Это происходило по нескольким причинам (б).

Во-первых, имеется двойственность и культурное разделение между общественным здоровьем и исправительной системой. Культура коррекционной системы фокусируется на обеспечении порядка и безопасности среди заключенных, кроме того, имеется некоторая апатия среди официальных представителей пенитенциарной системы в отношении здоровья заключенных. Даже, если существует определенный интерес в обеспечении медицинского лечения, профилактике, то эти задачи находятся в конце списка приоритетов. Общественное здоровье, напротив, держит фокус своего внимания на первичной, вторичной и третичной профилактике заболеваний. В условиях ограниченного бюджета и существования завершенных программ, очевидно, что должностные лица исправительной системы могут недооценить важность профилактических программ по снижению ВИЧ, что скажется на финансировании, в то время, как специалисты общественного здоровья останутся непреклонными во мнении, что подобные программы необходимо поддерживать.

Во-вторых, многие должностные лица исправительной системы не спешат использовать информацию по профилактике ВИЧ (использование презервативов, использование стерильных шприцев и т.д.), т.к. они воспринимают ее, как непосредственное противоречие политике, которая запрещает анальный секс, использование презервативов и употребление инъекционных наркотиков в исправительных учреждениях. Однако эта забота может приобрести форму информации по профилактике ВИЧ/СПИД, которая приведет к повышению уровня знаний и понимания вокруг проблемы ВИЧ/СПИД в контексте обсуждений рискованного поведения после заключения.

В-третьих, существует стигма, ассоциирующаяся с обсуждением проблемы ВИЧ/СПИД, в частности в исправительных учреждениях, где поведение (употребление инъекционных наркотиков, незащищенный анальный секс), связанное с риском заразиться ВИЧ, является непозволительным. Заключенные боятся открыто проявить интерес к проблемам ВИЧ/СПИД или пройти тестирование на носительство ВИЧ, т.к. окружающие могут подумать, что они вступают в гомосексуальные контакты или употребляют наркотики, и это вызовет негативное отношение к ним со стороны окружающих. Более того, заключенные могут бояться пройти обследование на ВИЧ из-за стигмы, которая ассоциируется с позитивным результатом. Конфиденциальность очень трудно сохранить в такой закрытой системе, как колония или тюрьма, которая могла бы побудить заключенного узнать о своем серологическом статусе только после его освобождения.

В четвертых, многие должностные лица из исправительных учреждений вынуждены бороться с недостатком ресурсов для осуществления программы по предотвращению ВИЧ даже притом, что есть понимание, что такие программы необходимы.

Отделы исправительной системы сталкиваются с сокращениями бюджета, которые подразумевают, что программы по профилактике ВИЧ, как «не основные», должны быть исключены из бюджета в первую очередь. Кроме того, программы, которые взаимодействуют с процедурами безопасности, могут показаться обременительными для тюремных должностных лиц, которые ищут решения в условиях нехватки бюджета. Программы Развития, которые рассматривают и ограничения в снабжении в исправительных учреждениях, имеют, поэтому

наибольшую важность.

Есть некоторые инновационные программы образовательного характера по профилактике ВИЧ, которые ведутся самими заключенными в исправительных учреждениях, а также определенные рекомендации для организации защиты по проведению подобных программ (6). В рамках таких программ отделы общественного здоровья предоставляют определенный диапазон услуг от еженедельных занятий по ориентации заключенных в системе обеспечения профилактики ВИЧ до учебных сессий для тех, кто готовится выйти на свободу. Некоторые организации предлагают тренера (равному по положению) для проведения занятий для заключенных в области профилактики ВИЧ, как для ВИЧ позитивных, так и для ВИЧ негативных заключенных. Такие программы дают возможность для организаций, деятельность которых связана с охраной здоровья, строить отношения на основе взаимопомощи между должностными лицами из исправительных учреждений и медицинскими работниками и осуществлять необходимую работу в исправительных учреждениях без затрат из бюджета пенитенциарной системы (10, 11, 12).

Пребывание в тюрьме может представлять первую возможность полного медицинского обследования, а также доступа к услугам по лечению, уходу и профилактике ВИЧ. Этот демографический профиль привел к тому, что множество авторов стали приводить доводы в пользу того, что заключение является идеальной возможностью для проведения образовательных программ по здоровью, и, особенно, на программах по профилактике ВИЧ, которые сфокусированы на поведении повышенного риска (7, 13, 14, 15, 16, 17).

Отдавая легальное поручение в исправительные учреждения по обеспечению заключенных медицинскими услугами достаточного уровня качества и стандарта, следует признать, что потенциал для равного доступа к службам по профилактике ВИЧ выше в колониях, чем в остальной популяции (6). Некоторые авторы утверждают, что для тех, кто инфицирован ВИЧ это даже является выгодной стороной тюремной жизни. Эти индивидуумы имеют тенденцию быть из бедной прослойки населения, безработными перед заключением, и иметь неадекватное юридическое представительство (18, 19). Очевидно, что возможности пенитенциарной системы, которые перечислены выше, были бы желательными для лиц из подобных субпопуляций.

Однако измерения качества управления должны быть интегральным элементом стратегии с самого начала. Научные обзоры играют важную роль в данном контексте. Эпидемиологические обзоры исследований по ВИЧ должны стать основой для концепций. В дополнение следует сказать, что также важно научно подойти к наблюдению потенциальных моделей поведения повышенного риска в обществе даже, если случаи инфицирования еще не имели место в популяции, но для того, чтобы предпринять профилактические мероприятия заранее.

Все рекомендации связанные с профилактической стратегией должны быть сделаны на основе эмпирических данных. Эмпирическая оценка результатов и надежный систематизированный опыт должны стать руководствами в сегодняшней практике. Оценка успешной национальной программы по профилактике ВИЧ включает в себя исследование текущего уровня и развития знаний, отношений, навыков и поведения. Большое количество подобных обзоров различных целевых групп появлялось в печати в последнее десятилетие. Их оценка проводилась с помощью интервью с использованием специально разработанных анкет, которые включали в себя вопросы по эпидемиологии и профилактике ВИЧ, личного отношения к проблеме ВИЧ/СПИД, о сексуальной жизни респондентов и о том, что является для них главным источником информации по данной проблеме (20).

Роль эпидемиологии в этих программах состоит в том, чтобы описать состояние здоровья в исправительных учреждениях и выявить факторы риска. Эти

данные используются в подготовке специальных образовательных материалов в контексте исправительных учреждений и для измерения эффективности подобных программ. Подобное исследование должно вовлекать заключенных, сотрудников исправительных учреждений (охранники, медики, администрация) (21).

Профилактическое образование должно быть доступным, как для сотрудников, так и для заключенных при проведении регулярных и действующих программ. Взаимное обучение заключенных должно изучаться, поддерживаться и финансироваться. Исследование, которое дает надежные показатели превалентности и заболеваемости распространенности и инцидентности рискованных практик должно начинаться немедленно (22).

Программы по образованию и профилактике для сдерживания распространенности ВИЧ среди заключенных дает им доступ к информации о том, как происходит заражение при поведении высокого риска. Первая программная стратегия – это исследование поведения высокого риска в целевой популяции и имеющихся знаний о ВИЧ. Разработка и обеспечение информацией должны базироваться на результатах исследований.

Такое исследование может открыть существование предпосылок для драматического увеличения ВИЧ среди заключенных. Эти предпосылки включают в себя значительную частоту моделей наркозависимого поведения, известный уровень употребления наркотиков внутривенно, совместное использование игл, гомосексуальные и гетеросексуальные спонтанные сексуальные отношения в исправительных учреждениях.

Исправительные учреждения обладают условиями для управления, которые отличаются от тех, которые характерны для общества в целом. В отсутствие серьезных исследований в ритме «тюремной культуры», эффективность медицинских интервенций ставится под вопрос.

Общество не должно «расслабляться» по поводу того, что, на первый взгляд, уровень заболеваемости ВИЧ в исправительных учреждениях достаточно низкий. Специфичность передачи вируса наряду с культуральным императивом кода заключенных, который, похоже, легитимизирует поведение высокого риска, должна быть достаточной для того, чтобы подтвердить унифицированного обзора и оценки.

Такие факторы, как внутривенное употребление наркотиков заключенными с использованием общих игл и шприцев, а также внутренние проблемы субкультуры тех заключенных, которые употребляют наркотики, а также проблемы, связанные с сексуальными контактами (по взаимному согласию или насильственными), которые, несомненно, легитимизированы «тюремной культурой», требуют дальнейшего исследования (23).

Имеется ряд исследований, посвященных таким проблемам ВИЧ/СПИД/ИППП/ Гепатитов, как знание, отношение, практика и поведение (КАРВ), которые проводятся по всему миру и по настоящее время. Большинство из них изучало генеральную совокупность, подростков, гомосексуалистов и лиц, употребляющих наркотики внутривенно. Исключая несколько случаев, они были выполнены в общем контексте образовательных и/или профилактических программ (24). Множество исследований сообщили о поведении высокого риска в отношении ВИЧ/СПИД в исправительных учреждениях, таких, как употребление инъекционных наркотиков и сексуальная активность (25). Существует необходимость «получения большего объема информации о природе и уровне рискованного поведения среди заключенных» (26).

Большое количество обзоров были выполнены во многих странах по всему миру. Их результаты показали, что модели рискованного поведения в отношении ВИЧ/ИППП/Гепатита В и С распространены повсеместно. Однако существуют значительные различия между исправительными учреждениями в различных странах и регионах мира в отношении совместного использования игл, сексуальной активности и

татуировок. Например, исследование, проведенное в Нидерландах показало, что употребление героина или кокаина в заключении наблюдалось в 37% и 20% соответственно среди заключенных. Случаев совместного использования игл и шприцев не наблюдалось. Только 1% мужчин и 0% женщин сообщили об опыте анального или вагинального секса. Результаты, полученные в Нидерландах, являются противоположными тем результатам, которые были получены в других странах, например, низкий уровень рискованного поведения в отношении ВИЧ среди заключенных, употребляющих инъекционные наркотики. Внутри тюремные профилактические меры в отношении ВИЧ должны рассматриваться с учетом национальных, региональных или местных особенностей внутри существующих исправительных учреждений (27).

Эпидемиологическое исследование проводилось среди 574 заключенных в пенитенциарном центре Марсея. 23% из них сообщили об употреблении инъекционных наркотиков во время заключения. Исследование показало, что рискованное поведение в отношении передачи ВИЧ является частым среди лиц, употребляющих наркотики внутривенно, включая их период заключения. Исследование выявило необходимость в усилении профилактических программ в исправительных учреждениях (28).

Было выявлено, что сотрудники исправительных учреждений имеют информационные и образовательные пробелы в отношении ВИЧ инфекции, ИППП и других инфекционных болезней. Ставя целью эту проблему, некоторые образовательные исследования были проведены в странах Балтии. Целевыми группами для этих проектов стали заключенные и сотрудники исправительных учреждений. Образовательные программы были сфокусированы на проблемах здоровья и профилактике инфекционных болезней, снижении вреда и правилах элементарной гигиены. Исследования видятся, как запрос об уровне знаний сотрудников и заключенных в отношении тренировочных топиков на тему профилактики ВИЧ/СПИД/ИППП/Гепатита В и С до и после образовательной интервенции (29, 30).

Регион Содружества Независимых Государств (СНГ) столкнулся с массовым употреблением инъекционных наркотиков и запоздалое начало эпидемии ВИЧ. Лица, подверженные высокому риску и попавшие в ту массу новых случаев ВИЧ, употребляли инъекционные наркотики. Совместное использование инъекционного оборудования является широко распространенным, понимание риска является низким, практика безопасного секса не является общей и ставит целью интервенции, касающиеся здоровья, на раннем этапе заключения. ВИЧ инфекция может легко распространиться из этой группы в остальную часть популяции посредством сексуальных контактов. В последние годы российские исправительные учреждения столкнулись с проблемой эпидемии ВИЧ/СПИД. В первой половине 2001 года, 17.6% зарегистрированных случаев ВИЧ имели место среди заключенных (31).

В Украине проходит большое количество профилактических и образовательных мероприятий. Серия мероприятий проводилась с фокусировкой на трех пилотных регионах. Сначала проект проводился в Житомире, Киеве и Одессе, во второй фазе – в Днепропетровске, Полтаве и Николаеве. КАРВ исследования проводились среди заключенных и сотрудников, с регулярным эпидемиологическим мониторингом. Эта программа началась в 1997 году и продолжается и по настоящее время (32).

Для того, чтобы развивать механизмы по профилактике ВИЧ и измерения их эффективности, организация «Врачи без границ» (ВБГ) провела независимое исследование о рискованном поведении среди заключенных. Количественное, поперечное исследование было организовано, как начало исследования, с использованием анкет на русском языке. Дальнейшие исследования с использованием тех же методов и примерно тех же инструментов в ходе исследования послужили в

качестве мониторинга в изменениях уровня знаний, отношений и поведения в обстановке исправительных учреждений в течение всего курса программы.

Инструмент обзора включает в себя следующие секции: демографическую, медицинскую историю, историю тестирования на ВИЧ, наркотики и сопутствующие риски, секс и сопутствующие риски, татуировки и соответствующие риски, знания о ВИЧ/СПИД, отношения к ВИЧ/СПИД, отношения к профилактическим мероприятиям, и источникам информации о здоровье. Использованные переменные были разработаны по международному стандарту и переведены на русский или адаптированы к условиям страны. Выборка включала в себя заключенных и сотрудников из 8 колоний и 2 СИЗО в возрасте от 15 до 30 лет. 1044 человека были включены в исследование. Анализ респондентов, которые заполнили анкеты, показал, что 10% из них имели сексуальные отношения в местах заключения, 13% из тех, кто имел сексуальные отношения в местах заключения использовали презервативы. 26% заключенных имели татуировки, которые были сделаны в заключении, только 31% татуировок были сделаны новыми иглами. 9% опрошенных пользовались в заключении инъекционными наркотиками, 1% опрошенных начали «колоться» в заключении. 66% заключенных передавали оборудование для инъекционных наркотиков своим сокамерникам. Авторы сделали следующие выводы: несмотря на некоторые недостатки анкетирования среди заключенных, тем не менее, существует сильное доказательство того, что факторы риска в исправительных учреждениях присутствуют. Данные такого исследования описывают природу рисков и некоторых характеристик заключенных, которым эти риски были присущи. Эти результаты информируют и подтверждают развитие механизмов целевой профилактики, которые должны будут внести вклад в создание более здоровой и менее рискованной обстановки в исправительных учреждениях (33).

В других исследованиях, 673 заключенных из 4 мужских исправительных учреждений заполнили анкеты. Согласно их ответам, 36% заключенных использовали инъекционные наркотики в течение заключения и 10% опрошенных начали использовать наркотики в колонии. Чужое оборудование для инъекций было использовано среди 50% опрошенных. Некоторые заключенные (до 31%) сообщили о том, что имели сексуальные отношения во время пребывания в колонии, и презервативы использовались лишь в 37%. До 49% заключенных делали татуировки во время заключения, и только 37% из них использовали новые иглы. Многие заключенные дали неправильные ответы в отношении путей передачи ВИЧ. Поведение заключенных, принявших участие в исследовании, было рискованным в отношении ВИЧ и других инфекций, передающихся с кровью. Таким образом, необходимо, работая над уровнем знаний заключенных, уделять внимание путям передачи ВИЧ и вопросам профилактики ВИЧ. Международные исследования показали, что распространенность употребления инъекционных наркотиков, сексуальной активности, татуировок и других факторов риска является высокой по всему миру (34).

Весной 2003 года было проведено исследование 500 заключенных в 5 исправительных учреждениях Карагандинской области. Одной из целей исследования было изучение факторов передачи ВИЧ/Гепатита С/ИППП среди заключенных для разработки и внедрения профилактической программы. В ходе исследования проводилась оценка моделей поведения, способствующих заражению ВИЧ/Гепатитом С/ИППП (употребление инъекционных наркотиков, сексуальное поведение, татуировки, пользование общими лезвиями для бритья). В ходе исследования было установлено, что 34% заключенных употребляли инъекционные наркотики, 48% из них пользовались общими шприцами. Также, 38% заключенных в мужских колониях имели сексуальные контакты с мужчинами, из них 13% не пользовались презервативами. 24% опрошенных пользовались общими лезвиями для бритья, 11% сделали себе татуировки в условиях заключения. Авторы сделали выводы, что в исправительных учреждениях имеет место употребление инъекционных наркотиков и гомосексуальные (мужчина-

мужчина) контакты. Знания заключенных о путях передачи ВИЧ заметно высокие, но этого недостаточно для изменений в поведении (35).

Аналогичное исследование 439 заключенных в 4 исправительных учреждениях проводилось в Павлодарской области. Было установлено, что 35% заключенных имели опыт употребления инъекционных наркотиков и 39% из них пользовались общими шприцами. Кроме того, 47% мужчин-заключенных имели гомосексуальные контакты. Общими лезвиями для бритья пользовалось 20% заключенных, и 26 % опрошенных сделали себе татуировки во время заключения (36).

Исследование 399 заключенных было проведено в 3 исправительных учреждениях Южно-Казахстанской области. В ходе исследования было установлено, что 41% заключенных использовали наркотики в инъекционном виде и 54% из них пользовались общими шприцами. Также было установлено, что 22% мужчин-заключенных имели гомосексуальные связи и 10% из них никогда не пользовались презервативами. Общими лезвиями для бритья пользовались 34% опрошенных и 9% опрошенных были татуированы в условиях исправительного учреждения (37).

В Западно-Казахстанской области было исследовано 200 заключенных в 2 областных исправительных учреждениях с использованием аналогичных анкет, как и предыдущих исследованиях. Исследование показало, что 19% заключенных пользовались инъекционными наркотиками и 25% из них имели практику пользования общими шприцами. 25% мужчин-заключенных имели опыт гомосексуальных отношений, а 4% из них никогда не пользовались презервативами. 22% заключенных пользовались общими лезвиями для бритья, 17% опрошенных сделали себе татуировки в условиях заключения (38).

Как следует из вышесказанного, требуются дальнейшие исследования по изучению условий в исправительных учреждениях в отношении ВИЧ/ИППП/Гепатитов, которые могут нанести и наносят вред заключенным. Исследования, перечисленные ранее, показали, что знания в отношении гомосексуальных контактов, чистых игл и шприцев, татуировок нуждаются в совершенствовании. Мониторированные исследования показали, что, если средства безопасности доступны для заключенных, то они могут их использовать. Результаты этих исследований показали, что информационные материалы и подготовка самих заключенных в качестве тренеров могли бы стать простым и эффективным средством в достижении скрытых групп риска по ВИЧ. Кроме того, тренинги и презентации, проводимые для заключенных и сотрудников исправительных учреждений помогут держать знания и навыки в активном состоянии.

В то же время исследований типа КАРВ не проводились в Азии, в частности в Центрально-Азиатском регионе. Более того, Азиатская сеть по снижению вреда, состоящая из более чем 500 организаций, информировала о том, что исследований КАР не проводилось и существует необходимость провести оценку моделей поведения. Требуется дальнейшая оценка и надзор (39).

Литература

1. Dean-Gaitor H., Wortley P., and Fleming P. Demographic and behavioral characteristics of HIV-infected incarcerated persons, United States. XIII International AIDS Conference Abstracts, National Library of Medicine. Available at: <http://www.medadvocates.org/disenfranchised/incarcerated/nationalusprevalence.html>.
2. Spaulding A., Stephenson B., Macalino G., Ruby W., Clarke J., Flanigan T. Human immunodeficiency virus in correctional facilities: a review. *Clin Infect Dis.* 2002;35:305-312.
3. Frost L. Health Promotion Program in the Russian Prison System. Prisoner survey 2000. Report on research conducted by Medecins Sans Frontieres – Holland, 2000.

4. Bronzan R. Analysis of HIV infection risk factors among injected drug users in Temirtau and Karaganda, Kazakhstan, 2002.
5. Maruschak L.M. *HIV in Prisons, 2000*. Washington, DC: US Dept of Justice, Bureau of Justice Statistics; October 2002. Report NCJ 196023
6. Braithwaite R.L., Arriola K.R.J. Male Prisoners and HIV Prevention: A Call for Action Ignored. *American Journal of Public Health*, Vol. 93(5), May 2003, pp. 759-763
7. Wohl A.R., Johnson D., Jordan W., et al. High-risk behaviors during incarceration in African-American men treated for HIV at three Los Angeles public medical centers. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2000; 24:386-392.
8. WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. UNAIDS Best Practice Collection. Key Material. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) 1999 UNAIDS/99.47/E (Eng., Sep. 1999).
9. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. September 1999. UNAIDS/99.47/E. Available at: <http://www.unaids.org/publications/>. Accessed January 30, 2003
10. Robillard A.G., Garner J.E., Laufer F.N., et al. CDC/HRSA HIV/AIDS Intervention, Prevention, and Continuity of Care Demonstration Project for incarcerated individuals within correctional settings and the community, I: a description of Corrections Demonstration Project activities. *J Correctional Health Care*. In press.
11. Myers J.J., Barker T.A., Devore B.S., et al. CDC/HRSA HIV/AIDS Intervention, Prevention, and Continuity of Care Demonstration Project for incarcerated individuals within correctional settings and the community, II: implementation issues during years one and two. *J Correctional Health Care*. In press.
12. Arriola K.R.J., Kennedy S.S., Coltharp J.C., Braithwaite R.L., Hammett T.M., Tinsley M.J. Development and implementation of the cross-site evaluation of the CDC/HRSA Corrections Demonstration Project. *AIDS Educ Prev*. 2002;14(suppl A):107-118
13. Polonsky S., Kerr S., Harris B., Gaiter J., Fichtner R.R., Kennedy M.G. HIV prevention in prisons and jails: obstacles and opportunities. *Public Health Rep*. 1994;109:615-625.
14. Braithwaite R.L., Hammett T.M., Mayberry R.M. *Prisons and AIDS*. San Francisco, Calif: Jossey-Bass; 1996.
15. Grinstead O.A., Zack B., Faigeles B., Grossman N., Blea L. Reducing post-release HIV risk among male prison inmates. *Crim Justice Behav*. 1999;26:453-459.
16. Hammett T. *Public Health/Corrections Collaborations: Prevention and Treatment of HIV/AIDS, STDs, and TB*. Washington, DC: US Dept of Justice, National Institute of Justice; July 1998. National Institute of Justice and Centers for Disease Control and Prevention Research in Brief.
17. MacDougall D.S. HIV/AIDS behind bars. *J Int Assoc Physicians AIDS Care*. 1998;4(10):18-24. Available at: <http://www.thebody.com/iapac/prisons.html>. Accessed January 21, 2003.
18. US Dept of Justice. Key facts at a glance. Correctional populations, 1980-2000. Available at: <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/glance/tables/corr2tab.htm>. Accessed January 21, 2003.
19. *Survey of State Prison Inmates, 1991*. Washington, DC: US Dept of Justice, Bureau of Justice Statistics; 1993. Available at: <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/abstract/sospi91.htm>. Accessed January, 30, 2003).
20. Research and Practice of Health Promotion, Volume 3. Quality Assurance in AIDS Prevention. Available at: <http://www.who.int/publications/hiv/>.
21. Frost L. Health Promotion Program in the Russian Prison System. Prisoner survey 2000. Report on research conducted by Medecins Sans Frontieres – Holland, 2000.
22. The Sexually Transmitted Intravenous Risks Project (STIR) Report: HIV Minimization Strategies for Queensland Correctional Centers.
23. Begg C. HIV Minimization Strategies for Queensland Correctional Centers. The Prisoner & Family Support Association. Brisbane, Queensland, Australia.

24. The national prison survey 1991. Available at: <http://www.statistics.gov.uk/statbase/>.
25. UNAIDS. Prison and AIDS, technical update 1997.
26. Australia Department of Community Services and Health 1989, *National HIV/AIDS Strategy*, AGPS, Canberra, p.51.
27. van Haastrecht H.J., Bax J.S., and van den Hoek A.A. High rates of drug use, but low rates of HIV risk behaviors among injecting drug users during incarceration in Dutch prisons./ *Addiction*. 93(9):1417-25, 1998 Sep. Link: <http://gateway1.ovid.com/ovidweb.cgi>.
28. Rotily M., Delorme C., Galinier A., Escaffre N., Moatti J.P. HIV risk behavior in prison and factors associated with reincarceration of injection drug users. Link: <http://gateway1.ovid.com/ovidweb.cgi>.
29. Education of educators on HIV/AIDS/STIs prevention in prisons. Available at: <http://www.baltichealth.org/balticproject/>.
30. Educational training programme on HIV/AIDS for Latvian prison staff and prisoners. Available at: <http://www.baltichealth.org/balticproject/>.
31. Pokrovsky V.V., Ladnaia N.N., Buravtsova E.B., Sokolova E.V. Russian Federal AIDS Centre, HIV-Infection Surveillance in Russia in 2001.
32. Sustainable HIV/AIDS Prevention Activities in Prisons (Ukraine), Ministry of Interior of Ukraine. Link: <http://www.unaids.org/bestpractice/summary/pri/sushiv.html>.
33. Frost L., Tchertkov V., Bijl Murdo. HIV/AIDS and incarcerated populations. Prisoner risk taking in the Russian Federation. Medecins Sans Frontieres-Holland – AIDS Foundation East-West.
34. Results of survey of male colonies inmates. Report on study conducted by AIDS Foundation East-West, AFEW, October 2001.
35. Kryukova V.A. Results of sentinel epidemiological surveillance on HIV infection in the imprisonment sites of Karaganda region, Almaty, July 9, 2003.
36. Babina N.I. Results of sentinel epidemiological surveillance on HIV infection in the imprisonment sites of Pavlodar region, Almaty, July 9, 2003.
37. Sarybaeva G.K. Results of sentinel epidemiological surveillance on HIV infection in the imprisonment sites of South Kazakhstan region, Almaty, July 9, 2003.
38. Shukalova S.I. Results of sentinel epidemiological surveillance on HIV infection in the imprisonment sites of West Kazakhstan region, Almaty, July 9, 2003.
39. Asian Harm Reduction organization network. Link: <http://www.ahrn.net/index.html>.

МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Аканов Ж.А.

НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК.

Сахарный диабет сегодня – реальность для огромного числа современных людей во всем мире. Широко известный факт – по оценкам экспертов ВОЗ /1/ – число больных данным заболеванием на нашей планете составляет около 175,4 млн., и по их же прогнозам – к 2010 г. предполагаемое число составит уже 239,4 млн. человек. Вышеприведенные цифры подтверждают мнение специалистов о том, что количество больных диабетом за каждые последующие 12-15 лет удваивается - к примеру, в 1994 году число больных в мире составляло 110,4 млн. человек./2/.

В Республике Казахстан в 2001 г. зарегистрировано 103207 больных сахарным диабетом /3/, однако, согласно данным ВОЗ, реальная распространенность может превышать официальные статистические показатели в 2-2,5 раза, а, следовательно,

число больных может достигать 200000-250000 . И даже эта цифра неокончательная – большое количество лиц, с нарушенной толерантностью к глюкозе вообще не подозревают о риске развития у них заболевания сахарным диабетом, и, соответственно не обращаются к врачам, не фигурируют в официальных статистических отчетах и регистрационных документах.

Таким образом, определить абсолютно точное число больных сахарным диабетом в Казахстане на данный момент не представляется возможным.

По большому счету, проблема сахарного диабета заключается не только в самом наличии заболевания, чаще всего основной угрозой для жизни является развитие его тяжелых сосудистых осложнений.

В настоящее время, в научном мире, по мере прогрессирования технических возможностей, развивается генетическое направление, с более пристальным изучением (молекулярный уровень) патогенеза различных заболеваний, в том числе и сахарного диабета.

Предлагаемый метод ранней диагностики сосудистых осложнений сахарного диабета в статье рассматривается на примере диабетической нефропатии – одного из самых грозных осложнений, имеющей сложный патогенез и приводящей к ХПН и летальному исходу.

Работа выполнена с учетом применения основной стратегии мировых генетико-популяционных исследований - изучаются частоты встречаемости определенных аллелей определенного гена-кандидата (гена, продукт экспрессии которого – фермент, гормон, рецептор, структурный или транспортный белок прямо или косвенно может участвовать в развитии патологии) в группах больных с СД и осложнениями. Следует отметить, что данный подход более конкретный и реальный: зная факторы развития и прогрессирования процесса, поиск можно вести более целенаправленно – в области генов, кодирующих эти факторы.

Рассматривая вазоактивные факторы как «медиаторы» прогрессирования диабетической нефропатии следует выделять факторы констрикции и дилатации почечных сосудов.

Из констрикторов был выбран ангиотензин II – как самый мощный фактор, оказывающий как гемодинамическое (спазм эфферентных артериол клубочков, констрикция мезангиальных клеток клубочков) так и негемодинамическое (повышение проницаемости для белков базальной мембраны клубочков, активация факторов роста, гиперпродукция вещества мезангиального матрикса) воздействие на различные почечные структуры /4/

Эндотелиальная дисфункция как явление изучена достаточно хорошо для развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний /5,6/. Одним из важнейших биохимических маркеров ЭД является дефицит NO – оксида азота. Как известно, понижение синтеза NO приводит к уменьшению вазодилатации, преобладанию вазоконстрикции, увеличивает общее сосудистое сопротивление, и, следовательно, принимает участие в развитии и прогрессировании АГ, атеротромбоза./7/.

В данном исследовании для оценки синтеза NO на различных стадиях ДН предлагается метод изучения активности NO-синтазы путем определения полиморфизма гена, кодирующего ее деятельность.

Целью настоящего исследования явилось изучение взаимосвязи полиморфизма генов ACE и eNOS-3 с развитием сахарного диабета и диабетической нефропатии.

Задачи исследования:

1. Изучить распределение генотипов и аллелей генов ACE и eNOS-3 у больных сахарным диабетом 1 типа казахской национальности
2. Установить роль полиморфизма генов ACE и eNOS-3 в развитии сахарного диабета 1 типа.

3. Определить взаимосвязь полиморфизма генов со степенью компенсации сахарного диабета 1 типа и показателями функциональной способности почек
4. Определить диагностическую ценность определения полиморфизма генов ACE и eNOS-3 в развитии диабетической нефропатии при сахарном диабете 1 типа.

Работа выполнена в рамках основного плана НИР группы эндокринологии НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК «Изучение генетических и вазоактивных факторов развития диабетической нефропатии в целях улучшения ее диагностики и лечения». Работа также выполнялась в лаборатории медицинской генетики НЦОМид г. Алматы.

Обследовано 208 мужчин и женщин казахской национальности, среднего возраста $31 \pm 1,95$ лет проживающих в Алматы и Алматинской области, не связанные между собой узлами родства, отобранных методом случайной выработки.

В 1 группу вошли 28 мужчин и женщин, больных сахарным диабетом 1 типа, среднего возраста $29,5 \pm 1,7$ лет, со средним стажем заболевания $6,6 \pm 0,6$ лет без клинических признаков диабетической нефропатии, т.е. соответствующие 1 и 2 стадиям по классификации Могенсена.

Во 2 группу вошли 28 мужчин и женщин, больных сахарным диабетом 1 типа, среднего возраста $32,0 \pm 2,7$ лет, со стажем заболевания $12,1 \pm 1,7$ лет с клиническими признаками диабетической нефропатии, т.е. соответствующие 3 стадии по классификации по Могенсену.

В 3 группу вошли 152 практически здоровых лиц казахской национальности (68 мужчин и 32 женщины) средний возраст которых составил $34,7 \pm 3,86$ лет, без клинических проявлений сахарного диабета и артериальной гипертонии и наследственной предрасположенности к СД. Данная группа была составлена для популяционного контроля частоты распределения полиморфизмов генов ACE и NOS3 в казахской популяции.

Общими критериями включения для всех трех групп были:

- Возраст и пол: мужчины и женщины в возрасте от 18 до 46 лет
- Национальность: казахская
- Отсутствие сопутствующих недиабетических поражений почек.
- Устное информированное согласие на участие в данном исследовании.
- В отношении женщин – отсутствие беременности, не использование гормональной контрацепции и гормональной заместительной терапии.

Критериями включения в первую группу исследования явились:

- Наличие СД 1 типа, без ДН (клинически и лабораторно, исключая гиперфльтрацию)
- Отсутствие АГ
- Отсутствие нестабильной гликемии, связанной с переходом на другой вид инсулина, изменения схемы приема инсулина, несоблюдения основной диеты, наличия воспалительного процесса любой локализации.

Критериями включения во вторую группу исследования явились:

- Наличие СД 1 типа, с ДН III-V стадии по классификации С.Е. Могенсена (1983).
- Предполагалась наличие АГ.
- Отсутствие нестабильной гликемии, связанной с переходом на другой вид инсулина, изменения схемы приема инсулина, несоблюдения основной диеты, наличия воспалительного процесса любой локализации.

Методы исследования

- Общеклинические методы исследования. Анкетирование по оригинальной анкете, учитывающей анамнестические данные – наследственный анамнез, длительность заболевания, стадии компенсации СД по временным интервалам.
- Осмотр пациента – определение наличия клинических признаков декомпенсации, наличия признаков поражения почек, наличия иных видов диабетических ангиопатий.
- Физикальное исследование сердца, легких, органов брюшной полости, нервной системы.
- Определение клинического АД ртутным сфигмоманометром, в положении сидя, через 10 минут отдыха, трехкратно с интервалом 2 минуты. САД регистрировалось при появлении тонов Короткова (I фаза), ДАД – при исчезновении тонов (V фаза). Для анализа использовали среднюю величину трех измерений.
- Лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, калий, натрий, кальций), общий холестерин сыворотки, %-содержание НвА1, мочевые пробы – Нечипоренко, Зимницкого, Реберга;
- Регистрация ЭКГ в 12 стандартных отведениях.
- Исследование глазного дна для определения наличия ретинопатии, ее степени.
- УЗДГ н. конечностей для определения степени диабетического поражения сосудов на анализе пульсации a-ae dorsalis pedis et tibealis posterior.

Для получения реальных значений МАУ в исследовании соблюдались правила сбора мочи по методике Vilous R. W., 1996. /8/ с учетом следующих характеристик:

- Проведение исследования на фоне компенсации/субкомпенсации углеводного обмена.
- Исследование мочи не менее 3 раз в течение 1 месяца.
- Исключение высокобелковой диеты в день сбора мочи.
- Исключение тяжелых физических нагрузок в день сбора мочи.
- Вне приема мочегонных препаратов в день сбора мочи.
- Исключение инфекции мочевыводящих путей.
- Исключение сердечной недостаточности.
- Отсутствие лихорадки.

Исследование проводилось с применением тест-полос «Combur-test» (10 показателей мочи) производства фирмы «Boehringer Mannheim» – визуальным методом, в сомнительных случаях с использованием прибора «Урилюкс», с контролем в клинической лаборатории НИИ кардиологии и внутренних болезней. Таким образом, подтверждение стадии МАУ при ДН верифицировалось 3 методами: лабораторно, визуально, с помощью аппарата.

Генетические методы исследования

Забор крови производили в стерильных условиях у взрослого населения из периферической крови в количестве 10 мл в специальные контейнеры с 5 мл р-ра ЭДТА. Все обследуемые были проинформированы и дали добровольное согласие на участие в проведении популяционно-генетических исследований.

На всех обследуемых заполнена генетико-демографическая анкета, включающая данные о ФИО, возрасте, месте рождения, национальности и т.д. Сведения об этнической принадлежности обследованных выясняли не только путем индивидуального опроса с обязательным указанием национальности по обоим родительским линиям до 3-го поколения, но и проведением генеалогического анализа.

Выделение ДНК из периферической крови обследуемых проводилось солевым методом с последующей хлороформ-фенольной очисткой и тестированием на 3% агарозном геле с различными концентрациями фага λ.

Генотипирование проводили путем амплификации ДНК в полимеразной цепной реакции (ПЦР) с применением специфичных олигонуклеотидных праймеров.

Статистические методы обработки результатов

Все полученные при исследовании данные были подвергнуты математико-статистической обработке методом вариационной статистики с определением критерия Стьюдента.

Достоверность анализа частотного распределения аллелей и генотипов полиморфизма генов АПФ и eNOS-3 оценивали с помощью критерия χ^2 .

Взаимосвязь показателей АД, п.Реберга и биохимического анализа крови с генотипами и аллелями гена АПФ и eNOS-3 изучалась с помощью метода корреляционного анализа.

Для выявления доли влияния этих генов на развитие СД и возможности прогнозирования заболевания при сочетании факторов риска был проведен двухфакторный логлинейный анализ.

Для выявления факторов риска развития ДН использовались методы многомерного факторного анализа. При составлении модели для выявления факторов риска ДН в сочетании с СД 1 типа использовались логарифмические линейные модели и логистическая регрессия. Для оценки значимости факторов риска использовался критерий χ^2 . Логлинейная модель мультиномиального распределения имеет вид: $F(p)=Xb+e$, где $F(\pi)$ - есть вектор-функция (функция связи), X - матрица плана, β - вектор параметров.

Логистическая функция имеет вид $F(p)=\ln(p/1-p)$.

Все вычисления проводились на ЭВМ РС современными программами.

Полученные результаты:

Учитывая полученные достоверные различия в частотном распределении генотипов и аллелей как гена ACE так и гена eNOS-3 для выявления доли влияния этих генов на развитие ДН и возможности прогнозирования заболевания при сочетании факторов риска был проведен многомерный анализ (таблица 2).

Таблица 2. Результаты многомерного анализа влияния генов ACE и eNOS-3 на развитие диабетической нефропатии при сахарном диабете 1 типа у лиц казахской национальности.

Факторы риска	Значение t2, в модели	Уровень значимости
Ген ACE	0,97	0,9212
Ген eNOS-3	3,75	0,0629
Креатинин	4,87	0,0566
СКФ	2,52	0,0926

В данной модели в качестве факторов риска взяты гены ACE и eNOS-3, а также уровень креатинина (>100) и СКФ (>99). Как видно из таблицы, фактором риска развития ДН является соотношение уровня креатинина, СКФ и генотипов гена eNOS-3. Сочетание факторов риска с вероятностью развития ДН представлено в таблице 3.

Таблица 3. Вероятность развития ДН в зависимости от сочетания факторов риска.

Сочетание факторов				Вероятность развития ДН	Значения		Ошибка
Генотип ENOS-3	Генотип ACE	Креатинин	СКФ		Наблюдаемые	Предсказанные	

AA	DD			50%	0,50±0,35	0,36±0,18	0,131
AA	DD	Да		85%	0,86±0,18	0,79±0,15	0,060
AA	ID			80%	0,80±0,18	0,63±0,15	0,162
AA	ID		Да	40%	0,40±0,21	0,49±0,17	0,091
AA	ID	Да		67%	0,67±0,38	0,79±0,13	0,130
AA	II			50%	0,50±0,38	0,52±0,20	0,021
AA	II	Да	Да	67%	0,67±0,38	0,57±0,27	0,093
AB	DD			85%	0,86±0,18	0,49±0,18	0,365
AB	DD		Да	20%	0,20±0,18	0,36±0,16	0,154
AB	ID			20%	0,20±0,17	0,49±0,16	0,292
AB	ID	Да		67%	0,67±0,38	0,69±0,20	0,021
AB	ID		Да	60%	0,60±0,21	0,35±0,14	0,243
AB	II			20%	0,20±0,25	0,37±0,20	0,175
AB	II		Да	33%	0,33±0,38	0,25±0,16	0,081
BB	DD			66%	0,66±0,27	0,50±0,19	0,162
BB	DD		Да	28%	0,28±0,12	0,36±0,14	0,070
BB	ID			50%	0,50±0,32	0,50±0,19	0,001
BB	ID	Да		33%	0,33±0,36	0,36±0,16	0,022
BB	ID		Да	67%	0,67±0,32	0,69±0,21	0,034
BB	II	Да		33%	0,33±0,38	0,28±0,17	0,073

Из данных таблицы видно, как при различных сочетаниях факторов риска дается прогнозирование вероятности риска развития диабетической нефропатии.

Исходя из полученных результатов можно сделать вывод, что ген eNOS-3 дает определенный вклад в развитии ДН, именно генотип AA является «неблагоприятным» – так при сочетании этого генотипа с генотипом DD или II гена ACE риск развития ДН определяется в 50%, при добавлении другого фактора риска (повышенный уровень креатинина), то риск развития ДН возрастает до 86% (при небольшой ошибке). Гетерозиготность по обоим генам в сочетании с повышением креатинина крови предполагает риск развития ДН в 67%, такой же процент риска возникает в сочетании BB от eNOS-3 и ID от ACE, с повышенным уровнем креатинина.

Наиболее выраженное протекторное действие отмечается у генотипа BB гена eNOS-3 (в сочетании с генотипом ID гена ACE, даже при наличии высокого уровня креатинина, риск развития составляет 33%) и II гена ACE – даже в сочетании с «неблагоприятным» генотипом AA гена eNOS-3 и при наличии других факторов (увеличение креатинина гиперфилтрация), процент риска развития составляет 67%, без других факторов – 50%.

Таким образом, проведенный в данном исследовании многомерный анализ факторов риска развития ДН при СД 1 типа у лиц казахской национальности, в зависимости от генотипов генов ACE и eNOS-3, выявил «неблагоприятное» значение генотипа AA гена eNOS-3 для развития ДН, «протекторное» сочетание генов BB от eNOS-3 и ID от ACE и «протекторное» значение генотипа II гена ACE.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

У больных сахарным диабетом 1 типа казахской национальности, в момент постановки на учет с клиническим диагнозом предлагается проводить анализ A/B полиморфизма гена eNOS-3 и I/D полиморфизма гена ACE. При обнаружении AA генотипа гена eNOS-3 необходимы мероприятия первичной профилактики развития диабетической нефропатии. Данная группа больных включается в группу риска быстрого развития и прогрессирования диабетической нефропатии.

Литература:

1. Ежегодный отчет ВОЗ, 1999 г.

2. Ежегодный отчет ВОЗ, 1995 г.
3. Жуманов К.Д. Отчет МЗ РК, 1997.
4. Дедов И.И., Шестакова М.В. Диабетическая нефропатия. М. «Универсум Паблишинг», 2000.-80 с.
5. Mogensen C.E. Microalbuminuria as a predictor of clinical diabetic nephropathy //Kidney.Int.- 1987.-Vol.31.-P.673-689.
6. Wang Ph., Meta-analyses of effect of intensive blood-glucose control on late complication of type I diabetes // Lancet.-1993.-Vol.I.-P.1306-1309
7. Hamman R.F. – Epidemiology of microvascular complications // In: International Textbook of Diabetes Mellitus-1994.-Vol.5.-P.1123-1129.
8. Viberty G-C. Pathophysiology of diabetic nephropathy // Medicographia.-1997.-Vol.19.-P.116-121.

ПРОБЛЕМА ВИЧ/СПИД В ГРУППЕ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО СЕКСУАЛЬНОГО РИСКА

М.А. Камалиев, А.П. Дерябина

Казахский национальный медицинский университет

К настоящему времени уже не вызывает сомнений, что все случаи заражения ВИЧ связаны с половыми контактами, рождением от инфицированной ВИЧ матери или передачей ВИЧ при парентеральном введении инфицированных ВИЧ биологических материалов [1].

По данным официальной статистики, в Казахстане основным путем передачи ВИЧ является инъекционное потребление наркотиков (82%). Значительно меньший удельный вес занимает сексуальный путь передачи (10%), что, однако не умаляет его вклада в формирование уровней заболеваемости по многим причинам [2].

К числу лиц, уязвимых в отношении ВИЧ-инфицирования и заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), отнесены мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ) [3].

По имеющимся данным, после некоторого снижения в период с 1996 по 2000 гг. отмечается рост числа вновь выявленных случаев ВИЧ среди МСМ в большинстве стран Западной Европы [4], США [5], Канады [6] и Австралии [7].

С целью определения поведенческого сексуального риска ВИЧ/СПИД проведен анкетный опрос 312 МСМ города Алматы. При составлении анкеты и проведении исследования учтены рекомендации ВОЗ [8] и Руководства Family Health International по проведению поведенческих надзоров среди групп рискованного поведения по ВИЧ-инфицированию [9].

подавляющее большинство опрошенных (81,1%) являются коренными жителями Алматы и постоянно проживают в городе с момента рождения. Среди приезжих лиц (18,9%) проживают в Алматы менее года 2,7%, от года до трех лет – 6,4%, от трех до пяти лет – 6,1%, от пяти и более лет – 3,7%.

Возраст респондентов варьировал от 14 до 52 лет, в среднем – 27 лет. В возрастной структуре преобладали лица возрастной группы 20-29 (40,9%). Лица, не достигшие совершеннолетия, составили 4%. К целевой возрастной группе по профилактике ВИЧ (15-24 года) относились 43,3% респондентов. С учетом возрастных физиологических характеристик контингент опрошенных преимущественно представлен возрастными группами, способными к высокой сексуальной активности со сформировавшимися психосексуальными ориентациями.

Респондентов характеризует высокий образовательный уровень: половина из них (49%) имеет высшее образование (среди лиц в возрасте 24 года и старше – 83,1%), 33,3% - незаконченное высшее. Среднее специальное образование получили 15,1%.

Образование остальных (2,5%) в пределах основного общего (9 классов) и общего среднего (11 классов).

Оценка социального статуса позволяет отнести всех опрошенных к категории служащих (за исключением 14% не указавших своей социальной принадлежности и безработных). Более одной трети (37%) респондентов являются студентами или учащимися. Остальные преимущественно заняты в сфере обслуживания и производства услуг.

На вопрос о сексуальных отношениях с мужчинами за последние 6 месяцев 8,7% указали на отсутствие половых партнеров-мужчин в течение данного времени. У остальных (91,3%) количество половых партнеров-мужчин составляло в среднем 3,8. По свидетельству большинства респондентов, имевших половых партнеров-мужчин за последние 6 месяцев, число их было относительно невелико: один - у 38,7%, два – у 12,7%, три – у 11,2%, четыре – у 3,7%, пять – у 8%, шесть – у 11,2%, семь – у 4,8%. Свыше 7 партнеров имели единичные респонденты. Количество половых партнеров имело тенденцию к увеличению с возрастом. Наибольшее количество половых партнеров за последние 6 месяцев было у респондентов старше 40 лет.

Ответы на вопрос, как часто за последние 6 месяцев использовался презерватив при половых контактах с партнерами-мужчинами, свидетельствуют о достаточно рискованном сексуальном поведении респондентов: никогда не пользовались презервативом 17,1%, пользовались иногда – 32,7%, почти каждый раз – 31,3%, каждый раз – 32,8%.

Неиспользование презервативов при половых контактах может быть обусловлено либо субъективными, либо объективными причинами. Анализ причин отказа от использования презервативов во время секса показал, что это решение является осознанным: 52,1% респондентам не нравится пользоваться презервативами, 39,2% не считают это нужным, 7,2% не думали об этом. Не имели презерватива при себе 15,6%. Возражение со стороны партнера имело место в 14,1% случаев. Такое препятствие, как высокая стоимость презервативов, было названо лишь 1,9% респондентов. Не знают как пользоваться презервативом 4,2%. Другие причины составили 1,1%.

Представляют интерес данные об использовании во время анального секса между мужчинами презервативов в сочетании со смазывающими веществами (лубрикантами). В выборе лубрикантов, которыми пользуются 48,4% респондентов, предпочтение отдано смазкам на специальной водной основе (81%). Около половины (47,7%) используют презервативы со смазками из подручных средств на масляной основе (вазелин, гель для волос, крем для рук, масло для детей, сливочное масло), которые могут способствовать повреждению латексных презервативов и делать их проницаемыми для бактерий и вирусов, в том числе для ВИЧ. В 38% случаев презерватив смачивается просто слюной.

Таким образом, несмотря на относительно высокий социальный и образовательный уровень данной группы MSM, уровень настороженности группы о возможности собственного ВИЧ-инфицирования является крайне низким. MSM являются группой повышенного поведенческого риска инфицирования ВИЧ и ИППП в большей степени вследствие рискованного сексуального поведения и в меньшей степени из-за низкой медицинской активности и социальной уязвимости представителей этой группы.

Литература

1. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция наступает // Терапевтический архив. – 2004. – Т. 76. – С. 9-14.

2. ВИЧ-инфекция: Информационный статистический бюллетень / Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД. – Алматы, 2003.
3. Objectives and Ideas for Action. 2000 World AIDS Campaign. - UNAIDS. September, 2000.
4. EC Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 2003. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire. - 2003. - N. 69.
5. Wolitski R. J. et al. Are we headed for a resurgence in the HIV epidemic among men who have sex with men? // Am. J. Public Health. - 2001.- Vol. 91.- P. 883-8.
6. Remis R. S. et al. Trends in HIV incidence and sexual behavior among a cohort of men who have sex with men (MSM) in Montreal, 1996-2001.
7. HIV/AIDS in Asia and the Pacific Region. - WHO, 2001.
8. Guidelines for Conducting HIV Behavioral Surveillance. - WHO, 2001.
9. HIV Risk Behavioural Surveillance Surveys (BSS): Methodology and Issues in Monitoring HIV Risk Behaviours. Workshop Summary. - Bangkok: Family Health International, 1997.

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РЕСПОНДЕНТОВ ЮЖНОГО РЕГИОНА КАЗАХСТАНА

М.К. Кульжанов, Г.Н. Медетбаева, А.Н. Чен

Высшая школа общественного здравоохранения

Здоровье и качество жизни населения должно рассматриваться как один из основных параметров при стратегическом планировании и прогнозировании демографических процессов и организации здравоохранения в современных условиях.

Здоровье населения отражает взаимосвязь социально-экономических, экологических, медико-биологических и демографических процессов в обществе, характеризует систему «среда обитания – здоровье населения».

В соответствии с программой Всемирного Исследования Здоровья “WHS”, нами было проведено исследование (2002 - 2003 гг.) некоторых социально-демографических аспектов жизни и здоровья семей в Южных регионах страны, и их влияние на качество жизни и здоровья населения.

Всего по Южному региону республики было опрошено 1071 респондентов, из них мужчины составили - 36.7%, и 63.3% - женщин. Соответственно по регионам эти показатели составили: в Южно-Казахстанской области 595 респондентов (41,2% мужчин и 58,8% женщин); в Кызыл-ординской – 178 (37,6% мужчин и 62,4% женщин); по Жамбылской - 298 (31,2 мужчин и 68,8% женщин).

Изучение семейного положения этих респондентов в Южно-Казахстанской области показало: - количество зарегистрированных в браке – 65,4%; никогда не

состоящих в браке – 16,1%; разведенных – 9,4%; и вдовцов/вдов – 7,2%; живущих раздельно – 1,9%. Данные показатели в Кызылординской области выглядят соответственно: - 77,5%, 8,4%, 3,9%, 8,4%, 1,7%; и в Жамбылской соответственно - 60,3%, 18,9%, 10,1%, 8,8%, 2,0%. Следовательно, необходимо отметить, что по Южному региону при опросе наибольшее количество было представлено респондентами, зарегистрированными в браке.

При анализе здоровья респондентов, посредством анкетного опроса, проводилась самооценка здоровья, которая, хотя и являлась субъективным показателем, с учетом всех параметров здоровья, в том числе и социального и духовного благополучия, являлась показательным измерителем.

Таблица

Общее состояние здоровья респондентов по семейному положению

Наименование области	Оценка состояния здоровья	Семейное положение				
		никогда не состоящих в браке	зарегистрированных в браке	живущих раздельно	разведенных	вдовцов/вдов
ЮКО	Хорошо	76,0	66,3	54,6	60,7	41,8
	Удов.	21,9	31,4	45,5	34,0	55,8
	Неудов.	2,1	2,3	-	5,4	2,3
КЗО	Хорошо	47,8	34,0	-	14,3	40,0
	Удов.	41,1	59,4	33,3	85,7	53,3
	Неудов.	1,8	6,5	66,7	-	6,7
Жамб.	Хорошо	57,2	52,0	-	36,7	11,5
	Удов.	41,1	46,3	83,3	50	69,2
	Неудов.	1,8	1,7	16,7	13,3	19,2

Проведенные результаты исследования показали, что в Южно-Казахстанской области из числа никогда не состоявших в браке, отметили свое состояние здоровье «хорошо» 76,0% опрошенных лиц. И эта величина оказалась выше, чем в двух других областях. Также, из числа зарегистрированных в браке, свое состояние здоровье как «хорошо» (66,3%) отметили респонденты Южно-Казахстанской области, в то время как в Кызылординской области эта цифра составила лишь -34,0%, и эта же группа оценивает свое состояние как «удовлетворительное» в большинстве случаев (59,4%), что, вероятно, связано с неблагоприятной социально-экономической, и экологической обстановкой в регионе. В Жамбылской области в этой группе исследуемых свое состояние как «хорошо» оценивает -52,0%, и как - «удовлетворительно» - 46,3% опрошенных лиц.

При изучении взаимосвязи состояния здоровья с уровнем образования респондентов по Южно-Казахстанской области исследование показало, что среди опрошенных со средним образованием оценивают свое состояние «хорошо» - 39,8%, «удовлетворительно» - 20,9%, «неудовлетворительно» - 2,2% и средне-специальным или высшим образованием «хорошо» - 24,0%, «удовлетворительно» - 9,9%, «неудовлетворительно» - 0,3%. Установлено, что данные показатели в Кызылординской выглядят соответственно -18,6%, 27,5%, 4,5% и 14,6%, 29,2%, 2,8%. Одновременно в Жамбылской - 19,5%, 19,5%, 2,4% и 25,2%, 27,6%, 1,7.

При изучении рабочего статуса нами было выявлено, что из опрошенных респондентов в Южно-Казахстанской области среди работающих в государственных предприятиях оценили свое состояние «хорошо» - 27,2%, «удовлетворительно» - 11,4%, «неудовлетворительно» - 0,5%, работающие в частных предприятиях - «хорошо» - 24,6%, «удовлетворительно» - 9,5%, «неудовлетворительно» - 0,9%; и не работающие по разным причинам «хорошо» -13,4%, «удовлетворительно» - 11,1%,

«неудовлетворительно» - 1,2%. Данные показатели в Кызылординской составили: в государственных предприятиях – 22,5%, 23,0%, 1,1%. И почти в два раза меньше данные показатели у работающих в частных предприятиях: «хорошо» - 0,6, «удовлетворительно» - 6,2% и 0,6%, и у неработающих - 10,1%, 29,2%, 6,7%, а в Жамбылской соответственно – 30,9%, 31,0%, 1,7%; 9,4%, 8,7%, 0,3%; и 6,4%, 9,1%, 2,4%.

Таким образом, анализ показал, что социально-экономическое положение (безработица, уровень занятости, нестабильность в экономическом положении) населения Южного региона страны влияет на уровень здоровья населения, и для преодоления этих факторов большое значение имеет повышение образовательного уровня. Необходимо отметить, что темпы экономического развития областей также являются определяющими в повышении качества жизни людей и улучшения здоровья населения.

Резюме

Проведенный в работе анализ оценки здоровья населения Южного региона показал, что две трети респондентов оценивают свое здоровье удовлетворительно и только одна треть «хорошо». Данная оценка состояния здоровья зависит не только от социально-экономического положения, но и от уровня образования населения, так как люди с низким образовательным уровнем с меньшей вероятностью обращаются за медицинской помощью.

Abstract

Conducted analysis of population health evaluation in South region showed that two thirds of the respondents assess their own health as “satisfactorily” and only one third as «good». Current assessment of health status depends not only on socio-economical situation, but on education level of population, as people with low educational level appeal for medical aid with smaller probability.