

СОДЕРЖАНИЕ

KAZAKHSTAN HEALTH CARE REFORMS: COMPULSARY MEDICAL INSURANCE

Akhmetov R.T.¹, Nishimura A.²

РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ – ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Ахметов Р.Т.¹, Нишимура А.²

К СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ РАБОТНИКОВ СЛУЖБ ЧС

Слесарев В.Г., Кульжанов М.К.

ПРОЦЕССЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ И НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Е. Дурумбетов, А. Жунусова

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Какенов С.К.

ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Какенов С.К.

СТРУКТУРНЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

С. Какенов, К. Куракбаев

ОРГАНИЗАЦИЯ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Бижигитов Ж.Б.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ РАБОТНИЦ КОММЕРЧЕСКОГО СЕКСА В Г. ШЫМЖЕНТЕ

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

КАЧЕСТВЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СТРАТЕГИЙ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Исаев Д.С., Иванченко Н.Н., Калмаханов С.Б., Алдамжарова М.К., Нурмухамбетова С.И., Исаева А.Д.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ДЕТСКОГО ЦЕНТРА ГЕМОДИАЛИЗА

Аязбеков Е.А.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СЛУЖАЩИХ ВНУТРЕННИХ ВОЙСК МВД РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Т. Ибраев

**STATE OF EMPLOYEE'S HEALTH OF INTERNAL TROOPS MID
REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

Т. Ibraev

**БАЗОВЫЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
УЧРЕЖДЕНИЙ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА**

**Исаев Д.С., Нурмухамбетова С.И., Калмаханов С.Б., Насырова М.С., Алдамжарова
М.К., Исаева А.Д.**

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАБОТНИКОВ
ЗАО НК «КАЗАХСТАН ТЕМИР ЖОЛЫ»**

И.Н. Шуваев

**ЭТАПЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В
РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН НА БАЗЕ АЛМАТИНСКОГО
МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА**

Аяпов К.

ПРОФЕССИОГРАММА ПРЕПОДАВАТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

М.А. Камалиев, Р.Т. Мустапаева

**ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ЗНАНИЙ И ПРАКТИКИ ПОВЕДЕНИЯ УЧИТЕЛЕЙ
ГОРОДСКИХ ШКОЛ ПО СОХРАНЕНИЮ И УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ**

Г.Е.Аимбетова

**К ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНОГО РЕГИОНА
КАЗАХСТАНА, С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ**

Г.Н. Медетбаева

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ С
НАРКОМАНИЕЙ В ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ**

Ким Л.М., Рахимжанов Б.А., Степанов В.А.

**ВОПРОСЫ ВНЕДРЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ УПРАВЛЕНИЯ
ЗДОРОВЬЕМ НАСЕЛЕНИЯ БИОГЕОХИМИЧЕСКИХ ПРОВИНЦИЙ В НОВЫХ
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

Жетибаев Б.К.

**СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ПОСТСТАЦИОНАРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ
ЗА ЛИЦАМИ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИМИ ПНЕВМОНИЮ**

Г.С.Зиманова, К.М.Турланов, Д.С.Полимбетов, А.М.Имангалиева

**НЕКОТОРЫЙ АНАЛИЗ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
ПРОВОДИМЫЙ В АОФ РКП «НЦ АОКМУ»**

М. Калажанов

**СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В
ПОСТПРИВАТИЗАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ НА ПРИМЕРЕ**

Г. АЛМАТЫ

Г.К.Нургазина., А.И.Бекенова

**ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ КАЗАХСТАНА -
КАК ЧАСТЬ ПОЛИТИКИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ**
Хабиева Т.Х.

**«НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН - ПРОШЛОЕ,
НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ»**
Хабиева Т.Х.

**О РЕГИСТРАЦИИ СЛУЧАЯ ВАКЦИНОАССОЦИИРОВАННОГО
ПОЛИОМИЕЛИТА В МЕРКЕНСКОМ РАЙОНЕ ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ**
Жетибаев Б.К., Сурдина Т.Ю., Мирзабекова Г.К., Сапарбаева Н.С., Капасакалис В.А.
Ускембаев С.Х., Джолмухамедов А.З.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ СИФИЛИСА У ЖЕНЩИН В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**
Нургалиева А.М.

**СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ХАРАКТЕРИСТИКИ ГРУППЫ СО СРЕДНИМ УРОВНЕМ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2001**
А.Л.Катков, Б.Б. Джарбусынова

**EFFECTIVENESS OF EDUCATIONAL INTERVENTIONS AMONG
SCHOOLCHILDREN TO PREVENT ACCIDENTS**
(systematic review)
G. M. Ussatayeva

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В
ПРОФИЛАКТИКЕ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ СРЕДИ ДЕТЕЙ-ШКОЛЬНИКОВ**
(систематический обзор)
Г. М. Усатаева

**ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ЛИЦ
КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.**
Аканов Ж.А.

**ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО БАЛАНСА В ОРГАНИЗМЕ
ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНОМ
РАЙОНЕ**
Мукашева М.А.

**PREVENTIVE THERAPY OF CHROME-DEPENDENT ABNORMALITIES OF
RETRACTIVE FUNCTIONS OF MYOCARDIUM, MORPHOLOGICAL AND
CHEMICAL COMPOSITION, INCLUDING CHEMICAL-PHYSICAL PROPERTIES
OF THE BLOOD USING THE LIQUORICE MEDICATIONS**
S. Bazarbekova, A. Nurmukhambetov

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИЙ,
ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ В АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ**
А.К. Абдуалиева, М.К.Сапарбеков, Ж.Б.Ильясов

KAZAKHSTAN HEALTH CARE REFORMS: COMPULSARY MEDICAL INSURANCE

Akhmetov R.T.¹, Nishimura A.²

¹Scientific Center of Urology, Kazakhstan

²Nagoya University, Japan

Compulsory medical insurance (CMI) was launched in Kazakhstan by the government in 1995, but the failure of the system in 1998 proved that the scheme was not properly thought out. The experiment turned into a fiasco when the managers of the fund embezzled vast sums. Another factor that appears to have contributed to the downfall of Kazakhstan's CMI was that it became too big, too fast. It was introduced rapidly before the legal and regulatory base was adequately in place or sufficient institutional capacity had been developed. As a result, the CMI made some critical missteps early on and frequently changed its policies, contributing to an initial skepticism and overall lack of trust in the system, which were never overcome. The CMI scheme quickly ran into a deficit; this was attributed to lower-than-expected insurance contributions based on payroll taxes, given high unemployment and problems with insurance and tax collections, as well as allegations of misappropriation. A new government authority (the Medical Service Payment Centre), set up in 1999, will purchase much of the country's health services, using funds allocated from general revenue. In effect, the country has reverted to a tax-funded health care system. There is a dual-payer system, however, since some national health services are funded directly by the state, while health enterprises (self-governing organizations with financial and legal autonomy) are funded partly through contracts with the Medical Service Payment Centre. This does not mean, however, that there is no role for compulsory health insurance funds in the republic. The health care system has remained severely under-funded, receiving in some years only one third of its budget request, while the expected budget is usually revised downwards in the course of the financial year. The health budget remains substantially below the funds needed to maintain the current infrastructure. The Kazakhstan government plans the re-introduction of the CMI program only in 2006. The necessity of introduction of new CMI has already ripened, as series of the social problems connected to the reception of qualitative medical care by the population have recently become aggravated.

The Kazakhstan's economy is market-orientated for a long time, but health care still is in the Soviet legal field. The Kazakhstan's Constitution still declares the free guaranteed volume of medical care, but a budgetary fund is allocated about 1/3 of the required demand. It is not a secret for anybody, that medical establishments render the "free" care according to the price-list. The deficit of public financing is covered by personal out-of-pocket payment of patients.

In Kazakhstan, a study of informal payments for health care suggests that virtually all patients now make some payment to practitioners for ostensibly free services. Patient payments for medicines in hospitals account for between 25 and 30 per cent of the total health budget for material items (Ensor and Savelyeva, 1998). Unfortunately, health workers are among the lowest paid workers in the Republic of Kazakhstan.

"A doctor with a low salary" is declared as the most corrupt figure of modern society. A substantial unofficial market has developed in the distribution of hospital supplies; patients often are expected to pay for the bandages, anesthesia, and other materials and services required for the "free" treatment received at medical facilities. The paid medicine exists for a long time; however, legal uncertainty does not allow it to develop in a civilized way, and multimillion cash flows "roll" in a shadow channel.

The Kazakhstan Living Standards Measurement Survey found that the cost of a physician visit was as high as 21 per cent of monthly income for the poor, compared with 6 per cent for the rich. Among those people who purchased medicine, the expenditure represented nearly 40 per

cent of monthly household income for the poor and 10.8 per cent for the non-poor (Sari *et al.*, 2000).

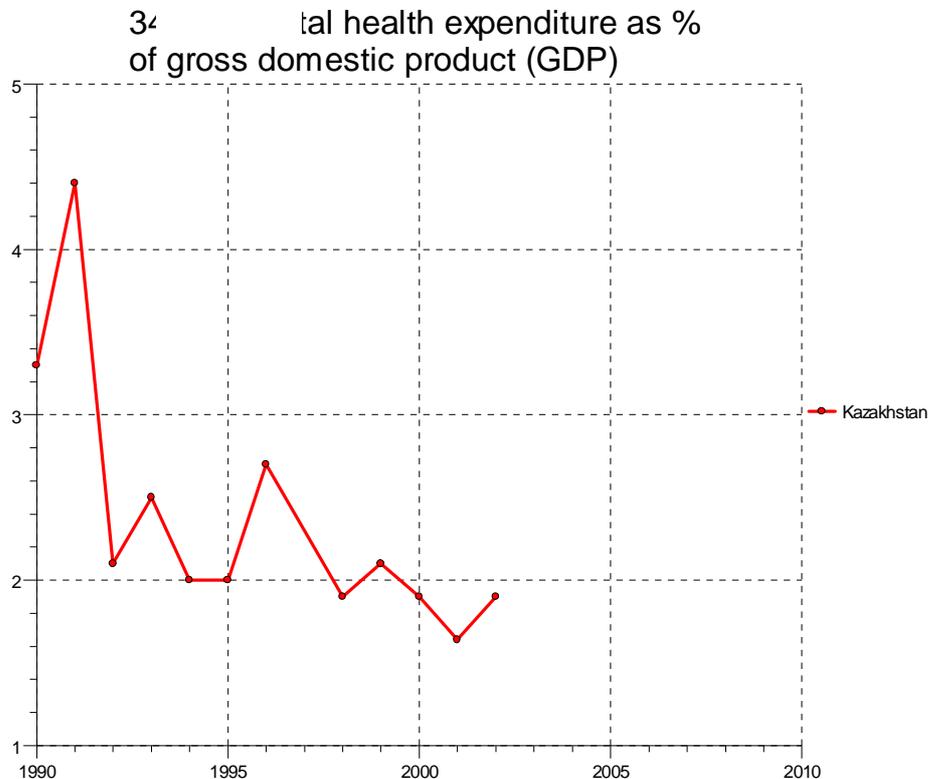
Hospitalization also poses a significant threat to the economic wellbeing of the poor in Kazakhstan, since Sari *et al.* (2000) found that expenditures for hospital stays were on average more than 2.5 times monthly income in poor households. Access to pharmaceuticals was also significantly affected by household economic status. It is likely that the high cost of medicines deters the poor from purchasing necessary medications.

The developed situation in Kazakhstan health care does not arrange anybody for a long time. The population, as the consumer of medical care, waits qualitative and at the same time, accessible care. The medical staff is interested in rendering qualitative care, but with adequate motivation of their work.

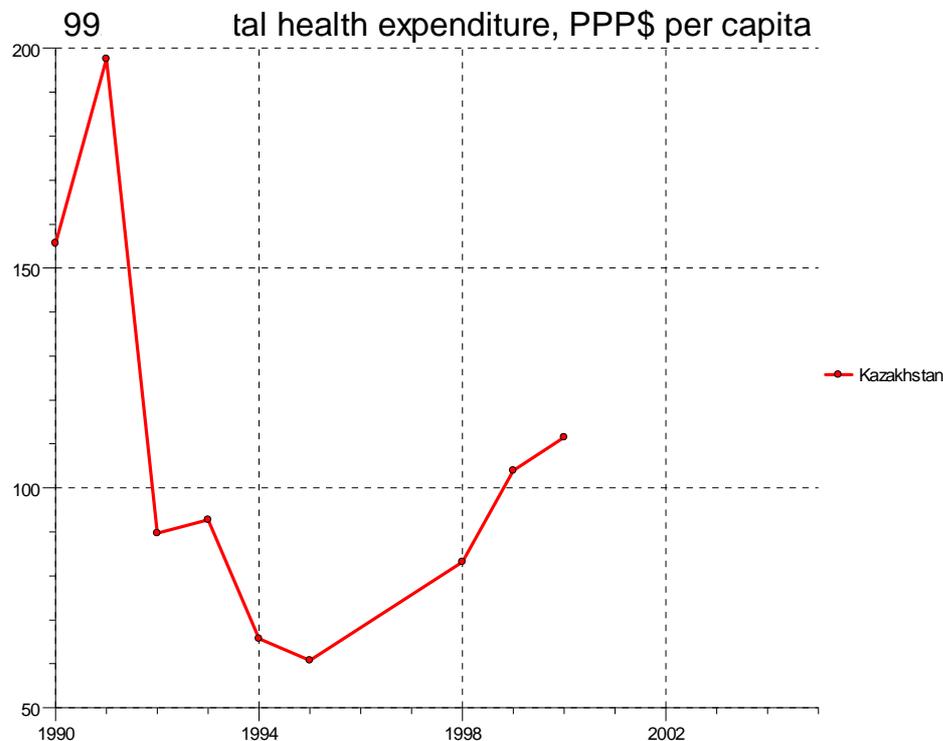
Though the volume of budget financing of public health services grows from year to year (in 2000 - 52,3 billion tenge, 2001 - 55,3 billion tenge; 2002 - 65,8 billion tenge), resources are lacked neither on the worthy salary for medical workers, nor on treatment of patients and their feed.

The Kazakhstan public health continues to be financed by a residual principle, and to function on wasteful principle, as its frame (number of hospitals and doctors) remains redundant.

Low-cost forms of primary medical care (daytime hospitals and home care) slowly develop and are weakly used. Practice of family doctors has not received good development.



At rather low level of Kazakhstan's GDP (about 87,3 billion dollars in 2000) the total health expenditure was 1,9 % of GDP while an allowable minimum, recommended by WHO, was 5 %. Total health expenditure was about 6-6,5 % of GDP in the middle of 60s in the Soviet Union. For example, in the USA in the last 5 years these expenditures were 11-14, in Germany - 10-11, in England - 7-9,4 %.



It is difficult now to find a country without social security system for medical care. It became obvious two centuries ago and now, social security system dominates in the frame of financing of health care in the majority of countries.

The necessity for the implementation of public health financing reforms is obvious for Kazakhstan. The budget method of financing is focused on opportunities of the budget, instead of real expenditures.

The basic obstacle in debate about the introduction of CMI is structural unavailability of domestic public health for implementation, that is, for rational use of funds, and the absence of the mechanisms stimulating medical services without increasing their cost. As Minister of Health Z. Doskaliev in January, 2004 declared, that insurance model will use for treatment of the population less expenditures, than insurance companies will gather: 37,9 billion tenge against 56,3 billion. The state does not allow that such round sums settled on accounts of insurance companies. Furthermore, 15 billion tenge is required for the start of insurance system. They are going to return to a question of CMI only in 2005.

Introduction of new CMI is not a panacea for all problems of the Kazakhstan public health; it is only a constructive document, which allows moving forward on a way of the reforms leading to social well-being.

Classical models of health care system

There is a set of classifications of health care systems, however, as a rule, experts reduce them to three classical models: Bismarck's (German), Beveridge's (English) and Semashko's (Soviet). Now public health systems of developed countries are not strictly settled in one of these models. Reforms evolve, borrowing each other ideas and separate elements. Modern systems of public health have become, in fact, so hybrid, that, at times, it is difficult to tell, what model is taken for a basis.

The German model, created by Chancellor von Bismarck in 1883, was the first in the history of public health systems. It served for strengthening of health of simple workers, which were considered as potential military men. Initially created funds of social insurance paid for treatment, unemployment benefits, pensions, etc. Then, they were transformed into sickness funds. They received two thirds of contribution from workers and one-thirds from employers. In prospect, sickness funds amalgamated into assurance companies. Now, it is composed of some

500 sickness funds, each operating as a not-for-profit entity. Sickness funds are financed by equal contributions from employers and employees. Payments to the funds are income-related, not risk-related – which makes the system one of social insurance, rather than a profit-making enterprise. Money is used to pay for services to patients delivered by a mix of public, not-for-profit and commercial providers. The independent role of all the main participants – the funds (which purchase services) and doctors' associations and hospitals (the service-providers) – is guaranteed under public law. In effect, the system operates on the basis of negotiations between associations of payers and providers, regulated by government. Much of the business of health policy making, including corporatist negotiations between purchasers and providers, takes place at regional (*Land*) level. The *Länder* (regional states) themselves hold some key responsibilities, such as those for hospital planning and investment. Through their representation in the upper house of parliament (the *Bundesrat*) the *Länder* can veto legislations proposed by the national government. The system is closely regulated by constitutional law. Intense legislative activity over the last twenty-five years testifies to a 'search for control' over the system by government.

About 87% of the German population belongs to the statutory health insurance (SHI) system. Unemployed individuals are covered by health insurance paid for by the government, approximately 4% of the population is covered by other types of insurance (military, for example) and it is estimated that only 0.1% of Germans has no health insurance at all. Those Germans with an income above a defined threshold are permitted to opt out of the public system and purchase private insurance; about 9% of Germans has chosen this option. Premiums for private health insurance are related to an individual's age, sex and health status (E. Griesse et al., 2000.).

This model until now forms a basis in Germany health care system and in many countries of the world.

The National Health Service (NHS), established in 1948, is the main provider of health care in the United Kingdom. It has provided the model for many socialized health-care systems; it is based on the ideal of universal coverage for all British citizens, paid for from general tax revenues. Its founding principles are those of *equity* (everyone, regardless of means, age, sex or occupation, should have equal access to health care), *comprehensiveness* (the health system should insure all aspects of preventive and curative medicine) and that there should be *no charge at the point of service* (to separate health-care need from personal wealth) (S. Pollard, 1996).

The scope of the NHS has narrowed since its inception – dental care, eye care and prescription charges, for example, are not covered – and there always has been, in the U.K., a private system that operates parallel to the public system (i.e. that provides acute, long-term and other types of care). While everyone is insured by the NHS, people are permitted to buy insurance and/or any medical service from private insurers and health providers, respectively. About 11% of the U.K. population has private medical insurance, although one fifth of private patients do not have insurance and pay directly when they need treatment.

The most fundamental changes to the U.K. health system came in the last decade, notably through the National Health Service and Community Care Act (1990) and the Health Act (1999). The reforms of the early 1990s introduced into the NHS an "internal market." There were three main components of this effort to inject more choice and competition into the public system: the creation of general practice fund-holding schemes, the setting up of NHS trusts and the creation of a purchaser-provider split.

General practitioners (GPs) were given the option of becoming *fund-holders*. These fund-holding practices of one or more GPs not only provided general medical services but were also given an additional sum of money with which to purchase, on behalf of their patients, certain services (elective surgery, mainly) from whichever provider they chose. Prior to 1990, such decisions were made by a health authority. As well, NHS *trusts* were established. These are semi-autonomous bodies set up to assume responsibility for the ownership and management of hospitals or other facilities previously managed or provided by a health authority; or to provide

and manage new hospitals and other facilities within the public sector. There were three types of trusts: acute, which provided mainly hospital services; community, which provided mainly community services; and integrated trusts, which provided both types of care.

With the purchaser-provider split, there was a clear demarcation made between the providers of a service – the NHS trusts – and the purchasers of that service – the health authorities and the GP fund-holders on behalf of their patients. All of the NHS hospitals were now run by the NHS trusts: they received no money directly from the government but instead obtained orders for their services from the purchasers. The "internal market" required providers to compete with each other – on the basis of quality and price – to attract purchasers, which were now permitted to contract with providers outside of their regions. The 1999 Health Act abolishes GP fund-holding and replaces it with primary care groups, which eventually become primary care trusts (PCTs). PCTs include GPs, other health professionals, social services and members of the local community. They are established as corporate bodies with their own budgets for the health-care of their population – at least 100,000 people per trust. As well, the Health Act stresses the need to monitor the quality of health care being provided by the system. The Commission for Health Improvement, a monitoring body, has been established, as has the National Institute for Clinical Excellence, which provides the NHS with guidance on current best practices and cost effectiveness related to medicines, medical equipment, clinical procedures, and management of specific conditions.

In 2000, the Blair government introduced the National Health Services Plan, the largest program of investment and reform since 1948. The plan envisages increasing health care spending to 9.4 percent of GDP by 2008, with NHS expenditures expected to rise annually by 6.6 percent above yearly inflation rates between 2000-2004. Health authorities and all NHS regional offices were supposed to be dismantled in 2002. The responsibilities are being shifted to primary care trusts (PCTs), which provide 90 percent of the first contact with patients.

Semashko's System, the Soviet model of public health, is exposed in most cases to fair criticism, but it was really advanced in its time. Soviet socialized medicine scored several important achievements. There were decreases in mortality and morbidity and a corresponding increase in life expectancy, particularly dramatic after the Second World War and the introduction of antibiotics. The major epidemics that had been a feature of the first part of the century were effectively eliminated in the post-war period.

Historically, it is important to note that the Soviet Union was the first nation in the world to make a constitutional pledge of universal, although not necessarily equal, entitlement to medical care to its entire population, to be paid by society and thus free at the point of service. This was meant to emphasize the ideological and emotional significance of lifetime health security, with the state offering medical care from the cradle to the grave. It also removed the cash nexus between provider and patient. However total politization constrained development of medical science which developed separately from other world, and sometimes in a false direction.

Health, medicine and public health became a public responsibility of the state, with no room for the private sector or initiative, or for religious activity or charity. The state became the provider of all health services. The health service was highly centralized, hierarchical and organized administratively, with a top-down decision process.

The over-investment of resources in doctors and hospitals was based upon Soviet Semashko's norms, which emphasized large numbers of hospital beds and doctors, rather than outputs and outcomes of health care. The health sector traditionally had been assigned low priority compared to other 'productive' sectors of the economy. Thus, it was consistently underfunded according to the "residual principle" (Chazov, 1990). As budgets became tighter, the supply of health care services could not meet demand, and health care facilities were forced to unofficially transfer some costs to the population as user charges.

Structural problems included the centralized system of management and budgeting, which did not allow managers any flexibility. Budgets were allocated according to resources expended,

such as numbers of staff and hospital bed days. In addition, there were no incentives to improve cost efficiency; for example, the number of beds and health personnel were inflated in order to receive additional resources. Standards of care deteriorated as resources became stretched and staff became more dissatisfied. There was little incentive to improve performance since the level of funding did not depend on offering better quality care or achieving better health outcomes. Consumers were unhappy with the quality of care, with shrinking availability of services, and with the lack of physician choice. By the end of the Soviet era, the weaknesses of health care had become apparent. The final verdict on Soviet socialized medicine could be summed up by: 'Noble purpose, grand design, flawed execution, mixed results' (Field, 1990).

In the modern world, updating Beveridge's model takes place in the Great Britain, Scandinavian countries, Canada and some other countries. They take tax-based financing model for a basis, and add elements of financing from other sources (private insurance, out-of-pocket payments). However, the budget basis is formed from the taxes.

Bismarck's model (social insurance system) takes place in Germany, Austria, Belgium, Netherlands, Switzerland and other countries of the Central and Eastern Europe. Social insurance is basically financed by compulsory insurance payments (contributions) levied on employed workers as a percentage of their wages, and by imposing on their employers a similar payroll tax. Financial participation of the employers, paying obligatory contribution to insurance funds, plays the key role.

It is difficult to tell something about existing model of public health in the Republic of Kazakhstan. Most likely, it is agonal Soviet Semashko's model.

Funding mechanisms for health sector are classified as follows:

- Tax revenue (government budgets). The role of state sector is recognized as basic source of financing;
- Social insurance. The basic source of financing is the contributions of enterprises, households, and government. The state adjusts and strictly monitors health systems with the purpose of restraint of expenditures and maintenance of the most degree of equality and solidarity. Assurance companies execute a role of consumers of medical services;
- Community financing.
- Private financing (out-of-pocket payments).
- Private insurance.
- Medical saving account (MSA).
- External assistance, philanthropy.

Public ideology and choice of model

All models of public health are built on solidary or liberal ideology. The essence of solidary ideology consists in maintenance of equal access to a minimum set of the most important medical care, especially in case of threats to patients' lives. It means that expenditures for treatment do not come from a citizen's pocket, but through tax system and the general budget. Socially poor people are released from payments, but they have access to reception of minimum medical care. Thus, the principle of public solidarity is "The rich pays for the poor, the healthy for the sick".

However, ethical standards quite often conflict with economic principles; therefore, the liberal ideology has "the right for life", too. In this case, the medicine is considered as any other goods. You have more money, accordingly you can receive more and better quality of medical care. This ideology is well applied to conditions of voluntary medical insurance, when insured person receives high quality and various services, which are limited by the size of the insurance policy.

Recently there is a search of the golden mean - there is a rapprochement of liberal and solidary ideologies.

Centralization and decentralization of public health

Decentralization of some state functions and their delegation to regional and municipal authorities and private sector is observed in countries, where the role of the state in public health was leading. Centralization is observed in countries, where the state role in public health was weak. There is a clear importance of state regulation. The experience so far from developing and developed countries indicate that it is feasible to decentralize health services to local government structures, but this requires heavy state involvement in financing as well as considerable cooperation among the local authorities to provide the more specialized services as well as maintaining equitable and quality services throughout the country. Therefore, decentralization does not relieve the ministry of health of all roles and responsibilities but rather give further importance to critical and important functions. In a decentralized system, the ministry of health plays the primary role of steward in general and policy-making and coordination in particular. Decentralization and centralization must be considered together.

In the health sector, decentralization, involving a variety of mechanisms to transfer fiscal, administrative, managerial and/or political authority for health service delivery from the central ministry of health to alternative institutions, has been promoted as a key mechanism of improving health sector performance. It has usually been argued that the benefits of such policies include:

- Decision-making closer to the population served. This is in accordance with the principle of community participation. It also brings decision-making closer to the field-level providers of services;
- Greater potential for multisectoral and multi-agency collaboration at the lower service delivery levels;
- Improved 'allocative' efficiency by allowing the mix of services and expenditures to be shaped by local needs, epidemiology and provider skills and performance;
- Enhanced ability to tap new forms of finance generation;
- Improved 'technical' efficiency through greater cost consciousness at the local level;
- Service delivery innovation through experimentation and adaptation to local conditions;
- Improved quality, transparency, accountability and legitimacy owing to user oversight and participation in decision-making, and
- Greater equity through distribution of resources among traditionally marginalized regions and groups.

The expressed goals of decentralization are to better meet local needs, improve the efficiency and quality of services, and ensure equity in health care.

The process of decentralization, often resulting in increased cost and initial decline in the quality of service delivery, may have influenced people's attitude to decentralization and ultimately, therefore, to the progress of reform.

In principle, decentralization can be a powerful instrument to improve health service delivery, but it can also pose significant risks and challenges that have to be carefully addressed if the potential benefits are to be realized. The issue is not whether or not to decentralize but rather how to design and implement better decentralization policies to achieve national health policy objectives.

Modern models of medical insurance

The studying of experience of developed and developing countries is very interesting for development of the correct concept of public health in Kazakhstan.

Modern medical insurance systems in Europe have predominary decentralized character and are filled from three sources of financing: state grants, employer's contributions and worker's contributions. The ratio of these contributions hardly varies in different countries.

The insurance medicine in the USA considerably differs from one in West-Europe. The USA's constitution does not declare the state maintenance of medical care for all citizens, except for socially unprotected groups of the population. There is not uniform national medical insurance system in the USA. At the same time, the United States spends more money on health care than any other nation in the world (13.5 percent of GDP). In 2001, total health expenditures totaled almost \$1.3 trillion. Although roughly 18 percent of citizens continue to lack health coverage of any kind (Sekhri, N., 2001).

The U.S. system is also unique in the world among wealthy industrialized countries in the extent of its reliance on the private sector for financing, purchasing, and delivering health care services. Private employers are the primary purchasers of health insurance benefits. Nearly two-thirds of the non-elderly population in the U.S. is covered by private health insurance; the remaining one-third is either covered under government-funded health insurance programs or uninsured.

There are two major government-funded health insurance programs in the United States: Medicare, which covers elderly Americans (aged 65 and over) and disabled Americans, and Medicaid, which provides health insurance and services for lower income Americans. They both came into being in the mid-1960s and nowadays cover almost 27% of the American population.

Medicare is a federal program that reimburses the elderly for their health-care expenses. Medicaid is a joint federal-state program, therefore, its benefits and eligibility requirements vary from state to state. The federal government spends its health-care dollars on such programs (which cover at least a portion of the cost of hospital, nursing home, medication, physician care and other expenses), as well as funding research and development, veterans' care, etc. State governments contribute to Medicaid, and also fund such things as public health services (immunizations, native health, etc.), community-based services (services for mental health and substance abuse, for example), state university-based teaching hospitals, state employee health premiums, etc.

There are various types of private insurance offered in the United States, including fee-for-service plans, managed care (health maintenance organizations (HMOs), preferred provider organizations) and, recently, medical savings accounts. The cost of health care was a major concern in the United States in the 1990s. This is one reason that managed care, which explicitly attempts to control costs, has proliferated in the United States. About 70% of Americans has private insurance, most of which is obtained through employment.

Health insurance is not mandatory in the United States and about 43.4 million Americans were uninsured in 1997 (16.1% of the population). But being uninsured in the United States does not mean that a person will not receive medical care if they require it. By law, neither public nor private hospitals are permitted to refuse treatment to an indigent patient.

Private providers deliver nearly all of the health services in the U.S. Public expenditures, through federal, state, and local governments total 45 percent of overall health spending, primarily for health services for specific populations, including the elderly, the disabled, and the poor. The major public funders of health care are the federal government, through the Medicare program, and the state and federal governments, through the Medicaid program (Anderson et al., 2002).

System of Medical Saving Accounts exists in Singaporean medical insurance. MSAs are individual savings accounts that are restricted to spending on health or medical care. Saving accounts are formed from contributions of employers and employees, and belong to the workers. Unexpended money for treatment collects on their accounts. This system promptly draws attention of consumers of medical services and gives them reliance that these contributions are their property. MSAs promote individual responsibility in health spending by creating an incentive for consumers to purchase wisely since money left in the account can be used for future health care needs, retirement, or bequests. MSAs incur lower administrative costs than existing third-party reimbursement models found in comprehensive health insurance plans.

However, there is a defect in this system: if the patient needs a very expensive treatment, the saving account simply will not suffice for its payment. At the same time, the state covers additional payments - from complete to partial cover (through different types of insurance and government assistance). The MSA model limits risk pooling between the healthy and the sick, and between the rich and the poor. For example, those who are persistently unemployed or suffer from chronic illnesses will be very unlikely to accumulate enough savings. High deductibles can also deter those who need care, especially the poor, from health service access.

This model of insurance is considered economical as the interested participation of the patient eliminates excessive expenses.

Japan had achieved indisputable successes in improvement of health of the population in the last years. The Japanese healthcare system has provided necessary care services to the whole population at a relatively low cost, while offering a free choice of service providers by patients as well as an equitable access. The Japanese system is perhaps a model to follow for developing countries where the priority is to ensure a universal provision of basic care at an affordable cost. Japanese healthcare system, which is highly regulated by the government, combines a mainly private provision of services with mandatory health insurance. Service providers are paid directly by insurers (the third payer system). Payments for outpatient care are predominantly on a fee-for-service basis, and inpatient care is paid through a mixture of per diem and fee for service. Fees for different medical services are set out in the Fee Schedule announced by the government and revised every two years. Mostly 30 per cent of the fees are borne by patients as co-payment. Health insurance is a complex arrangement born of its history and has a fragmented structure. Employees of large companies are covered by an insurance society at each company (about 1800 such societies), those of SMEs by one big subsidized central government insurance scheme and most others by schemes run by municipalities (about 3250 of them). There is a special medical scheme for the elderly run by municipalities but financed through transfers from all insurers and the government. In addition, a separate long-term care insurance for the elderly was introduced in April 2000.

The Japanese system is relatively inexpensive. Total medical spending as a share of GDP is about 8,1 per cent. Aggregate health expenditure has been controlled through three mechanisms. First and most important, the government has adjusted the Fee Schedule so as to constrain the overall rate of price increases as well as encourage what they think the most cost-effective services. Second, co-payments have contributed to dampening demand, though this effect seems limited because of a capping at a relatively low level. Third, supply-side control, though regulation of the number of medical students and hospital bed numbers, played some role.

This is a brief explanation of Japanese system; it will be most suitable to discuss Japanese Health Insurance in a separate article.

The modern tendencies of optimization of health services

All countries face problems of restriction of public health expenditures and the raising of their efficiency, but it is especially serious for East European countries and the NIS with their delayed transitional economic crises.

A Principle of reorientation of public health care from treatment to early diagnostics and prophylaxis of diseases is successfully applied in the developed countries. These measures allow reducing a total morbidity rate, illness's severity, a level of disability and, accordingly, expenditures for treatment. Treatment of early stage of diseases is cheaper in some cases, than treatment of medium stage and it is ten times cheaper than the treatment of severe and chronic diseases. About $\frac{3}{4}$ of volume of medical services is used by doctors of general practice and only about $\frac{1}{4}$ - by expensive narrow experts in public health systems of the western countries, despite financial possibilities. The proportion of nursing care is large. Patient's co-payment constrains unnecessary expenditures.

The transition from financing for rendered services to financing based on the account per inhabitant is a perspective mechanism of restraint of expenditures with maintenance of health care quality. In Kazakhstan, a per capita system of allocation from central to local funds was introduced in 1998. This immediately changed the allocation of funding, which previously had been through the traditional normative system of funding.

Competition

Reasonable competition always promotes the quality of services. The WHO recommends using competitive principles in health care. Optimum competition leads to insurers' maximum efforts for rendering the best medical care at a minimal price. And excessive competition results in high expenditures as payment for necessary advertisement, sometimes leading to decreased quality.

An insurer can render medical care with low prices in case of regional monopoly as he make contracts only with one payer, and the exclusive payer provides continuity and synchronizes medical care at a local level. But the insurer must be the economical buyer of medical services. For this purpose, it is necessary to provide legislatively such stimulus on the one hand, and on the other, - to ensure the monitoring system that the buyer of medical services acts for the interests of the population.

Three-party alliance

The system "patient – payer - provider" creates economic symbiosis where each participant receives maximum benefit. Absence of alternatives and necessity of fast decision-making are the characteristics of medical services. It is impossible to replace an operation on the heart by an operation on the kidney. The patient is quite often deprived of the opportunities to choose a medical institution, a doctor, and the prices, especially in case of emergency. The insurance fund (company), as a regulator of relations between doctor and patient, helps in such a situation.

The insurance fund is interested in granting:

- Medical care with minimal price, because the contributions are already received and they should suffice both for treatment, and for the insurer's benefit;
- Qualitative care, otherwise relapses of diseases will demand new and heavy expenses (sometimes/in many times);
- Well-timed preventive actions, as less wasteful in comparison with treatment of chronic forms of diseases.

These principles provide higher quality of treatment with moderate financial expenditures. There is one side that is more important in harmonious work of a three-party alliance - employers. Recently most advanced employers keep employees in the company with the help of social service's package. Even more so, insurance contributions are not taxed. Anyhow, the insurance fund is an intermediary who saves 20-30 % of expenditures by their rational use, and keeps 1-5 % as a benefit with the proper control.

Proposed Model for a Compulsory Health Insurance Scheme in the Republic of Kazakhstan

Social health insurance

Social Health Insurance systems pay for health service through contributions to a health fund. The most common basis for contributions is payroll, with contribution from both the employer and employee. Contributions are based on ability to pay, and access to service is based on need. The health fund is usually independent from the Government, but works within a tight framework of regulations. It is usual under social insurance for entitlement to service to be listed in detail (i.e. defined benefits package), and for contribution rates to set at a level intended to ensure that these entitlements can be met (i.e. the fund is solvent).

The principles of the proposed CMIS are: equity, social solidarity, self-financing and accountability.

Objectives for the Compulsory Medical Insurance Scheme (CMIS)

A CMIS within the framework of social security will not only ensure the financing aspect of health services, but also will be a social program that legislatively grants individuals the right to health insurance.

- § A national health insurance scheme redresses the unequal accessibility to health services by redistributing accessibility in an equitable and progressive manner.
- § CMIS is a means of enhancing social solidarity in health care.
- § Economies of scale from the pooling of risks and resources could result in surplus funds to improve the system of health provision.
- § CMIS provides funds for the financing of the current and expanded health services in an efficient and sustainable manner.
- § CMIS is poised to operate in an environment where there is decentralization of the health services and accountability.
- § CMIS will implement the principle of separating institutional responsibility for the functions of financing and provision of health care. This will be done so that providers can be given incentives to offer quality care that meets client needs in the most efficient manner.
- § CMIS will preserve a role for private sector providers.

Coverage

- § The scheme will provide access to a basic package of health services for everyone in the Republic of Kazakhstan, both employed and unemployed, and their dependents.
- § CMIS will finance the basic package of health services. Those wishing additional benefits beyond the basic package will have recourse to other schemes that will complement the basic package.
- § CMIS will be compulsory for workers employed in the formal sector but optional for those employed in the informal sector.
- § A regulatory agency (TO BE DETERMINED) will work with private sector and other schemes to ensure that the insurance packages offered as supplements to CMIS are standardized to facilitate consumer choice and comparisons of comparable supplementary benefit packages.
- § Government will be responsible for reimbursements to providers only for services delivered as part of the defined basic package of benefits.

Funding of the scheme

- § There is no exemption in principle; everybody pays or is paid for.
- § The Scheme shall be funded from contributions from both employee and employer.
- § A separate fund shall be established into which the contributions will be deposited.
- § Compulsory contributions of formal sector workers shall be payable to Fund through the employer.
- § Compulsory contributions of formal sector workers shall be a proportion of a members' earnings, plus set rates for dependents based on actuarial estimates.
- § Workers employed in the informal sector, as well as others not qualifying as indigent, will be able to voluntarily enroll in CMIS by paying into the Fund. Those wishing to voluntarily enroll will pay a flat rate per person plus set rates for dependents based on actuarial estimates.

- § The Government will pay a contribution to the Fund to cover the indigent and those who are unemployed or unable to pay for themselves at rates based on actuarial estimates. The determination of who is indigent and cannot pay will be carefully means tested to ensure only those without ability to pay are granted free access to services. Certification of indigent status will be done by a separate Government agency such as the Department of Social Welfare.

Rates of contributions

- § The rates of contribution shall be sufficient to cover the costs of the services provided under the defined benefit package for the enrolled population under the compulsory program as well as allowances for the costs of administration and provisions for reserves.
- § Determination of the allowances for reserves will be set after further study.

Benefits offered

- § Benefits offered will cover the core health services offered at primary and secondary levels.
- § The precise components of the package as well as the extent of covered access to higher level care will be determined based on further study of the benefits package.
- § In all cases, patients will be required to access care initially at the primary level. Except in the case of emergency care, the Fund will cover secondary and higher level care only if it has been referred from the primary level.
- § Coverage of prescription drugs will be limited to those that are on the National list of essential drugs. Where applicable, they shall be in generic form.
- § The defined benefit package will provide access to the services of accredited providers only in both the public and private sectors.

Entitlement to benefits

- § The benefits are receivable for as long as one is a member. At unemployment, the benefits will continue for a period of up to 3 months. After 3 months, coverage can continue in one of two ways: either the subscriber is certified as poor to qualify for a Government-funded CMIS card, or the subscriber can purchase continuing coverage voluntarily through payment of a contribution.
- § Workers retiring with pension will have access to the benefits package through compulsory enrollment in CMIS. The amount they pay will be determined in relation to their pension, which reflects their earnings during employment. This contribution will be deducted from their pension to cover the cost of their enrollment. Further study is necessary to precisely determine what their rate of contribution will be. Further study is also necessary to determine if their contributions during employment will be adjusted to account for their eventual retirement.
- § Formal sector workers, for whom participation is compulsory, will have access to benefits immediately. Voluntary enrollees will be required to wait 90 days before being eligible for benefits.
- § Benefit cards, clearly indicating members entitled to benefits under the plan, will be issued to all qualifying enrollees. Benefit cards will be renewed annually, with a proportion of cards renewable each month. The benefit card will carry a photo(s) of all covered persons.
- § Those eligible for coverage under this plan are defined as:
- § enrolled and 1 spouse.
 - § children under the age of 18 years or up to 25 years in age if still in full-time education or if disabled.
 - § Other dependents including parents who have been nominated.
 - § Those entitled to benefits will be those who are actually paid for.

Administration, Institutional Capacity and Infrastructure

To successfully implement CMIS, new skills and expertise will be required, and roles and responsibilities assigned, in the areas of:

Health care management:

- § Assessment/accreditation of providers
- § Determination if payments to providers are justified
 - § Legal and regulatory management
 - § Health management information systems
 - § Assessing the quality of care provided
 - § Negotiating contracts with providers

These skills are prerequisites for initiation of CMIS.

Responsibilities of CMI Fund

- § CMIF will be responsible for the collection of funds and administration of benefits, though this latter responsibility may be delegated to another organization or contracted out to private organizations.
- § CMIF will be responsible for efficient collection of funds and administration of benefits. To this end, incentives and/or regulations will be introduced to ensure administrative expenses incurred by CMIF to manage CMIS are as low as possible while maintaining customer satisfaction.

Cost Containment

- § Cost containment reforms are a prerequisite for successful implementation of CMIS.
- § A fundamental principle of cost containment is to set incentives for clients to consume resources wisely and for health care delivery personnel to provide appropriate amounts of care.
- § Additionally, how providers are paid has been shown to significantly affect the cost of providing health care. For example, worldwide experience has shown that paying providers on a fee-for-service basis leads inevitably to cost escalation.
- § Accordingly, providers will be paid based on some form of capitation, i.e., paid a fixed amount per person based on the number of persons enrolled for primary care at their facility.
- § Capitation will have the added benefit of rewarding providers who offer quality care as resources will follow clients in the form of the capitation payments to the preferred providers.
- § To encourage efficient use of resources by clients, the following measures will be used:
 - § Clients will access care at the primary level and seek referral from their primary level care giver before having access to care at higher levels.
 - § Clients will pay co-payments for curative or elective services.
- § To encourage efficient use of resources by providers:
 - § Providers will be paid on a capitation basis.
 - § Clients will be allowed to register with (i.e., seek services from) public or private providers.
 - § Providers will be encouraged to use principles of managed care.
- § To ensure quality services in a managed care environment are offered -
 - § Consumers will have choices of providers whenever possible. To this end, providers (both public and private) will be encouraged to band together to form provider organizations and recruit clients.
 - § Customer satisfaction will be monitored and included as evaluation criteria for any performance-based payments or assessments, particularly in areas where provider choice is limited.

§ To ensure administrative expenses of running CMIS at CMIF are kept as low as possible, regulatory and incentive measures such as ceilings on administrative expenses and performance-based contracts will be used whenever possible.

Legislative changes in the frame of financing of health care are necessary to achieve further results. In parallel with introduction of compulsory medical insurance it is necessary to reform essentially the frame of public health care, because new financial mechanisms will not effectively work in the old system of economic relations. Conservative methods of management of medical establishments will break progressive insurance mechanisms. It is necessary to pay doctors for the volume and quality of rendered medical care. The development of insurance provides a way of changing service patterns.

Comprehension of the necessity of transition from the principle of Soviet medicine to insurance medicine will take long on the way to reforms. And work of experts and mass-media can only change the mentality of our people.

Transition to health insurance reflects ideological changes in the state, that is, a transition from command system to market relations. They promote good balance between supply and demand; stimulate efficiency and the interest of service providers. However, free market is not a panacea. Market relations result in positive effects only under the conditions of strict performance of laws, the absence of official dictatorship and corruption, respect of private property's rights and economic stability. An important issue here is the degree of autonomy given to insurance funds. There may, therefore, be a great probability during the initial development of insurance to limit the independence of a fund. Free market is poorly suitable for the regulation of public health in our mentality. Insurance establishment is to gain control over a significant part of national health spending.

Factors such as population density or the number of people living in rural areas are important in introducing a system of health insurance. During the reform, it is essential to protect universal access to basic social services for the poor. If fiscal expediency makes it necessary to introduce charges for any of these services, including health care, it is essential that these charges are explicit rather than informal, and that they are accompanied by targeted exemptions for low-income families.

However, the true reform of public health will become possible only after the introduction of CMI and will depend on the totality of financial, administrative and mental changes in our society.

References

1. Cashin C. & Borowitz M. & Zuess O. The gender gap in primary health care resource utilization in Central Asia. *Health Policy and Planning* 17 (3): 264-272, 2002.
2. Sari, N. & Langenbrunner J.C. Consumer out-of-pocket spending for pharmaceuticals in Kazakhstan: implications for sectoral reform. *Health Policy and Planning* 16 (4): 428-434, 2001.
3. Ensor T. & Savelyeva L. Informal payments for health care in the former Soviet Union: some evidence from Kazakhstan. *Health Policy and Planning* 13 (1): 41-49, 1998.
4. Ensor T. What role for state health care in Asian transition economies? *Health Economics* 6: 445-454, 1997.
5. Ensor T. & Rittmann. *Reforming health care in the Republic of Kazakhstan*. *International Journal of Health Planning and Management* 12: 219-234 (1997).
6. President of Kazakhstan. Kazakhstan 2030: prosperity, security and welfare for all the people of Kazakhstan, Message of the President of Kazakhstan, Almaty, 1997.
7. President of Kazakhstan. The Health of the Nation, Kazakhstan, 1998.
8. President of Kazakhstan. To the competitive Kazakhstan, the competitive economy, the competitive nation, Astana, March, 19, 2004, Message of the President of Kazakhstan.
9. World Bank. <http://www.worldbank.org/kz/>

10. WHO (2003) WHO European Health for All Database. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
11. WHO, central Asian republics Network. Financial Resource Allocation Mechanisms in CARNET Countries, CARNET Series No. 1, WHO Regional Office for Europe, 1998.
12. WHO. <http://www.who.int/country/kaz>
13. Chazov E.I. (1990) In search of the new, obstacles on the way. *Meditinskaja Gazeta* (in Russian), 16 February, pp. 1–2.
14. Field M.G. (1990) Noble purpose, grand design, flawed execution, mixed results: Soviet socialized medicine after seventy years, *American Journal of Public Health*, 80: 144–5.
15. Ministry of Health, Kazakhstan (2002). About the basic parameters and a condition of public health in the Republic of Kazakhstan in 2001. Astana: Ministry of Health.
16. Ministry of Health, Kazakhstan (2002). Financing of public health of Republic in the Year of Health. Astana: Ministry of Health.
17. Ensor T. and Thompson R. (1998) Health insurance as a catalyst to change in former communist countries, *Health Policy*, 43(3): 203–18.
18. Kulzhanov, M. and Healy, J. (1999) *Health Care Systems in Transition: Kazakhstan*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
19. Sari, N., Langenbrunner, J. and Lewis, M. (2000) Affording out-of-pocket payments for health services: evidence from Kazakhstan, *Eurohealth*, 6(2): 37–9.
20. Ensor, T. and Thompson, R. (1999) Rationalising rural hospital services in Kazakhstan, *International Journal of Health Planning and Management*, 14: 155–67.
21. Health care in central Asia. European Observatory on Health Care Systems Series. Edited by Martin McKee, Jane Falkingham, Judith Healy. Open University Press. Buckingham, Philadelphia 2002
22. Tokezhanov B.T. (2003) Healthcare Financing in Kazakhstan: Current Issues and Future Prospects, *Journal of Central Asian Health Service Research*, vol. 2: 63-68.
23. Mustafaev S.U. (2003) General Practice and its Implementation in Healthcare System, *Journal of Central Asian Health Service Research*, vol. 2: 69-72.
24. Kazakhstan School of Public Health. <http://www.ksph.kz>
25. *Journal of Central Asian Health Services Research*. <http://journal.ksph.kz>
26. McKee, M. & Figueras, J. and Chenet L. Health sector reform in the former soviet republics of Central Asia, *International Journal of Health Planning and Management*, 13: 131-147 (1998).
27. World Health Organization 1999. Highlights on health in Kazakhstan.
28. Thompson, R. & Witter, S. Informal payments in transitional economies: implications for health sector reform, *International Journal of Health Planning and Management*, 15: 169-187 (2000).
29. Healy J. Kazakhstan: downsizing and decentralizing, *Euro Observer*, Newsletter of the European Observatory on Health Care Systems, vol.2, num. 1, 2000.
30. Lewis M. Who is paying for health care in Eastern Europe and central Asia? 2 ECA Poverty Forum, November 27-30, 2001, Budapest, Hungary, Background Material for Service Delivery Parallel Session III-C, November 29, 2001.
31. *Kazakhstan Pharmaceutical Bulletin*. Compulsory medical insurance system: free choice. N 19 (143), October 2001.
32. CIA. The World Factbook – Kazakhstan.
<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/kz.html#top>
33. Megapolice. Have you called a doctor? N3 (165), January 22, 2004.
34. Yutaka Imai. Health care reform in Japan. Economics department working papers No. 321. Organization for Economic Co-operation and Development. 12-Feb-2002.
35. Hyoung-Sun Jeong & Hurst J. An assessment of the performance of the Japanese health care system. Labour market and social policy – occasional papers No. 56. Organization for Economic Co-operation and Development. 06-Dec-2001.

36. Campbell J.C. & Ikegami N. Japan's Radical Reform of Long-term Care. *Social Policy & Administration*, Vol.37, No.1, Feb. 2003, pp. 21-34.
37. Izuhara M. Social Inequality under a New Social Contract: Long-term Care in Japan. *Social Policy & Administration*, Vol.37, No.4, Aug. 2003, pp. 395-410.
38. Campbell, J. C. and Ikegami, N. (1998), *The Art of Balance in Health Care – Maintaining Japan's Low-cost, Egalitarian System*, Cambridge: Cambridge University Press.
39. Edward Griesse, Christian Molt, Klaus-Jurgen Preuss and Christoph Straub. Germany: Private Health Sector Investment -- Opportunities and Obstacles session at the Fifth Annual International Summit on the Private Health Sector, Sheraton Bal Harbour, Miami Beach, Florida, Dec. 3-6, 2000.
40. Stephen Pollard, "Britain's NHS: Coping with Change," in W. McArthur *et al*, eds. *Healthy Incentives* (Vancouver: Fraser Institute, 1996).
41. Private medicine in the U.K. section of www.nhatoz.org Web site.
42. Health Act 1999, London: The Stationery Office, 1999.
43. U.K. Department of Health, www.doh.gov.uk
44. Sekhri, Neelam. "United States". *Global Healthcare Markets*. Ed. Walter Weiners. San Francisco: Jossey-Bass, 2001. 382-402.
45. Anderson, Gerard, et al. "Multinational Comparisons of Health Systems Data, 2002." October 2002. The Commonwealth Fund (Publication #582)

РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ – ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Ахметов Р.Т.¹, Нишимура А.²

¹Научный центр урологии РК

²Нагойский Университет, Япония

Обязательное медицинское страхование было начато в Казахстане в 1995 году, но крах этой системы в 1998 году доказал, что она была недостаточна продумана. В итоге Казахстан вернулся к бюджетному финансированию здравоохранения. Но это не значит, что нет места для ОМС в нашей стране, так как здравоохранение до сих пор испытывает серьезный денежный дефицит. Правительство обещало вернуться к вопросу ОМС только в 2006 году, хотя необходимость его внедрения уже давно назрела.

Казахстанская экономика уже давно стала рыночной, а система здравоохранения до сих пор остается в советском правовом поле. Наша конституция до сих пор декларирует бесплатную медицинскую помощь, хотя достаточных средств на это не выделяется. Ни для кого не секрет, что медицинские учреждения оказывают «бесплатную» медицинскую помощь согласно преискуранту, покрывая тем самым дефицит государственного обеспечения.

Исследование по неформальным платежам, проведенное в 1998 году в Казахстане, показало, что практически все пациенты платят врачам за так называемую «бесплатную» медицинскую помощь. Деньги пациентов покрывают около 25-30% бюджета, предусмотренного на их стационарное лечение только за счет покупки лекарств.

К сожалению, медработники до сих пор остаются среди низкооплачиваемых слоев населения. Врач с его маленькой зарплатой на сегодняшний день объявлен самой коррумпированной фигурой современного общества. Платная медицина существует уже

давно, однако отсутствие законодательной базы не дает ей развиваться в цивилизованном виде, и многомиллионные «потoki» текут в теневом русле.

Сложившаяся ситуация в здравоохранении уже давно не устраивает никого. Население, как потребитель медицинских услуг, ждет качественной и, в то же время, доступной помощи. Медработники заинтересованы в оказании качественной медицинской помощи при условии адекватной мотивации их труда.

Несмотря на увеличивающийся бюджет здравоохранения, денег не хватает ни на достойную зарплату медработникам, ни на лечение, ни на питание больных. Здравоохранение продолжает финансироваться по остаточному принципу, а функционировать по затратному, так как его структура продолжает оставаться избыточной (количество больниц и врачей).

При сравнительно низком уровне ВВП Казахстана (87,3 млрд. долларов в 2000 году) расходы на здравоохранение были только 1,9% от ВВП, в то время, как допустимый минимум, рекомендованный ВОЗ, составляет 5%. Для примера, расходы на здравоохранение в СССР в середине 60-х годов были на уровне 6-6,5% от ВВП; в США в последние 5 лет эти расходы были 11-14%, в Германии – 10-11%, в Великобритании – 7-9,4%.

Необходимость реформирования финансирования здравоохранения давно очевидна. Бюджетное финансирование исходит из возможностей бюджета, а не из реальных потребностей. Основные препятствия в дебатах о введении ОМС – это структурная неготовность отечественного здравоохранения к его внедрению, неготовность к рациональному использованию ресурсов, отсутствие механизмов стимулирования медицинских услуг, без увеличения их стоимости.

Конечно, внедрение ОМС – не панацея от всех проблем нашего здравоохранения, но это важная конструктивная мера, которая позволит нам дальше двигаться по пути реформ, ведущих к социальному благополучию.

Так что же на самом деле представляет собой медицинское страхование? Давайте разберемся.

Классические модели здравоохранения

Существует множество классификаций систем здравоохранения, однако, как правило, эксперты сводят их к 3 классическим моделям: Бисмарка (Германия), Бевериджа (Великобритания) и Семашко (СССР). На сегодняшний день системы здравоохранения развитых стран уже не могут быть четко уложены в рамки одной из этих систем. Системы эволюционируют, заимствуют друг у друга отдельные идеи и элементы. Современные системы стали настолько гибридными, что порой трудно сказать, что же было взято за основу.

Немецкая модель, созданная канцлером Бисмарком в 1883 году, была первой в истории здравоохранения. Сначала в Германии были созданы фонды соцстрахования, которые затем были трансформированы в больничные кассы, которые получали взносы от работодателей и их работников. Сейчас на территории Германии работают около 500 больничных касс, каждая из них – некоммерческое предприятие (не для прибыли!). Взносы одинаковы как для работодателя, так и для работника и зависят от размера зарплаты, а не от страхового риска, что делает эту систему социальной, некоммерческой. Деньги касс используются для оплаты медицинских услуг государственных, коммерческих и некоммерческих заведений. Независимая роль больничных касс (покупателей мед. услуг), больниц и ассоциаций докторов (поставщики услуг) – гарантируется законом. Система работает на основе отношений между поставщиками и покупателями медицинских услуг, регулируемых государством и Конституцией. Около 87% немцев покрыты этой схемой социального медицинского страхования. За безработных платит государство, около 4% населения Германии покрыто другими видами медицинского страхования (военные, например) и только 0,1% населения не имеет

вообще никакой страховки. Те немцы, доход которых выше определенной планки, могут не принимать участия в государственной системе и купить частную страховку. Около 9% немцев выбрали этот путь. Данная модель формирует основу здравоохранения многих стран мира.

Национальная служба здоровья (НСЗ), основанная в 1948 году, основной поставщик мед.услуг в Великобритании. НСЗ основана на принципе всеобщего покрытия британцев и финансируется за счет госбюджета. основополагающие принципы системы Бевериджа: справедливость – каждый, независимо от денег, возраста, пола или рода занятий, имеет одинаковый доступ к медицинской помощи; полнота – система здравоохранения обеспечивает все аспекты профилактической и лечебной медицины; отсутствие оплаты в месте оказания медицинской помощи – разделение потребностей системы здравоохранения от кошелька пациента. Масштабы НСЗ уменьшены с ее основания – офтальмологическая и стоматологическая помощь, оплата рецептов, для примера, не оплачиваются государством. Поэтому параллельно с государственной системой всегда в Великобритании существовала частная. Каждый застрахованный НСЗ может купить частную медицинскую страховку и/или мед.услуги у частных медицинских учреждений. Около 11% населения Великобритании имеют частный медицинский страховой полис. Наиболее фундаментальные изменения в системе здравоохранения Великобритании произошли с 1990 года, когда был внедрен «внутренний рынок» в систему НСЗ. Три главных компонента этих реформ – создание схемы Фондов врачей общей практики, учреждение трестов НСЗ, разделение покупателей и поставщиков медицинских услуг. Врачам общей практики была дана возможность иметь свой собственный бюджет (фонд). Эта схема давала возможность врачам общей практики не только оказывать свои услуги, но и от лица пациентов покупать определенные медицинские услуги (в основном хирургические) у любого поставщика, которого они выберут. Тресты НСЗ – полуавтономные органы – были созданы для руководства медицинских учреждений государственного сектора, владельцами которых они стали. Эти тресты могли также создавать новые медицинские учреждения внутри государственного сектора. С разделением покупателя и поставщика медицинских услуг появилось ясное разграничение между трестами НСЗ (поставщик) и государственными органами здравоохранения вместе с фондами врачей общей практики (покупатели). Все больницы НСЗ теперь управлялись трестами и не получали денег непосредственно от государства. Основным источником финансирования их стали заказы от покупателей медицинских услуг. «Внутренний рынок» заставляет соревноваться поставщиков между собой на основе качества и цен предоставляемых услуг для привлечения покупателей, которые были наделены возможностью выбора. В 1999 году Фонды врачей общей практики были упразднены и заменены на Группы первичной помощи, которые со временем стали Трестами первичной помощи (ТПП). ТПП включают в себя врачей общей практики, других медработников, представителей социальных служб и местной общественности. ТПП – корпоративные органы со своим собственным бюджетом для оказания медицинской помощи прикрепленному контингенту населения (не меньше 100 000 населения на 1 ТПП). С целью контроля качества медуслуг в Великобритании была создана Комиссия по улучшению здоровья (контролирующий орган), а также Национальный институт высокого клинического качества, который обеспечивает НСЗ современными эталонами лечения, эталонами эффективности лечения, руководствами по современному медоборудованию, клиническим процедурам, поведению в специальных ситуациях и т.д. В 2000 году правительство Т.Блэра представило новый план развития НСЗ, самый большой план инвестиций и реформ с 1948 года. План предусматривает увеличение расходов на здравоохранение до 9,4% от ВВП к 2008 году. Государственные органы здравоохранения и все региональные офисы НСЗ предполагалось закрыть до 2002 года. Ответственность за здравоохранение теперь перенесена на ТПП, которые обеспечивают 90% первичной помощи.

Система Семашко – советская модель здравоохранения - хороша нам известна, так что на ней останавливаться не будем.

В современном мире по обновленной модели Бевериджа построены системы здравоохранения Канады, Скандинавских стран и ряда других. Они взяли бюджетную модель финансирования за основу и добавили элементы финансирования из других источников (платные услуги, частное страхование...). Однако основной источник финансирования формируется из госбюджета (налогов).

Модель Бисмарка (социальное страхование) послужила основой для систем здравоохранения Австрии, Бельгии, Нидерландов, Швейцарии и ряда других стран Центральной и Восточной Европы. Основным источником финансирования - обязательные страховые взносы работников и их работодателей (обычно % с заработной платы). Финансовое участие работодателей играет ключевую роль.

Трудно сказать что-нибудь о сложившейся ситуации в здравоохранении Казахстана, скорее всего это агональная система Семашко.

Общественная идеология и выбор модели

Все модели здравоохранения построены по солидарному или либеральному принципу. Суть солидарной идеологии – в поддержании одинакового доступа к минимальному набору наиболее важной медицинской помощи. Это значит, что расходы на лечение оплачивает государство через систему налогов и госбюджет. Социально-необеспеченные люди освобождаются от необходимости платить, но имеют доступ к получению минимума медицинской помощи. Таким образом, принцип общественной солидарности – «Богатый платит за бедного, здоровый - за больного».

Однако этические нормы довольно часто конфликтуют с экономическими принципами, поэтому либеральная идеология тоже имеет «право на жизнь». В этом случае, медицина рассматривается как любой другой товар. Если у тебя больше денег, соответственно ты можешь получить больше и более качественной медицинской помощи. Эта идеология хорошо укладывается в рамки добровольного медицинского страхования (частного), когда застрахованный получает разнообразные медицинские услуги, которые лимитируются выбранным страховым пакетом.

В последнее время наблюдается поиск «золотой середины», происходит сближение либеральной и солидарной идеологий.

Централизация и децентрализация здравоохранения

Децентрализация некоторых государственных функций и их делегирование региональным и муниципальным властям, а также частному сектору наблюдается в странах, где роль государства в здравоохранении была главной. Централизация наблюдается в странах, где роль государства наоборот была слабой. Необходимость участия государства очевидна. Децентрализация не освобождает Министерство здравоохранения от всех его функций, а наоборот позволяет сосредоточиться на более важных и критических вопросах. В децентрализованной системе МЗ играет главную роль в управлении, определении политики, координации системы здравоохранения. Децентрализация и централизация - два взаимосвязанных процесса и должны рассматриваться вместе. В секторе здравоохранения, децентрализация, включающая разнообразные механизмы передачи фискальной, административной, управленческой и политической власти от МЗ к альтернативным институтам, играет ключевую роль в улучшении медицинской помощи. Выгода от такой политики заключается в следующем: 1) принятие решений происходит ближе к обслуживаемому населению и поставщикам мед услуг; 2) больше возможностей для сотрудничества на местном уровне; 3) улучшение распределения средств соответственно локальным потребностям и возможностям; 4) возможности для привлечения новых форм финансовых отношений; 5) улучшение отдачи вложенных средств через осознание реальных цен на местном уровне; б) привлечение

инновационных подходов к оказанию медицинских услуг; 7) улучшение качества, подотчетности, финансовой прозрачности, законности; 8) большая степень социальной справедливости – распределение средств для «традиционно» забытых групп населения и отдаленных районов. Если выразить цели децентрализации общими словами, то это – лучшее удовлетворение локальных потребностей, улучшение качества и эффективности медицинских служб, гарантия справедливости в здравоохранении.

Современные модели медицинского страхования

Изучение опыта зарубежных стран очень важно для корректной концепции развития здравоохранения в Казахстане. Современные системы здравоохранения в Европе имеют преимущественно децентрализованный характер и финансируются из трех основных источников: гранты государства, вклады работодателей и работников. Соотношение этих источников сильно варьирует в разных странах. Страховая медицина в США значительно отличается от европейской. Конституция США не декларирует медицинскую помощь для всех граждан страны, за исключением социально не защищенных групп населения. В США нет всеобщей национальной системы медицинского страхования. В то же время США тратит на здравоохранение больше денег, чем любая страна в мире (13,5% от ВВП). В 2001 году общий размер расходов на здравоохранение составил 1,3 триллиона долларов. Хотя около 18% населения не охвачены системой здравоохранения. Система США уникальна в мире своей зависимостью от частного сектора. Около 2/3 не пожилого населения покрыто медицинским страхованием за счет частного сектора, оставшаяся 1/3 – за счет одного из типов государственного страхования или не застрахованы вообще. В США существуют 2 финансируемые государством схемы медицинского страхования: «Медикэйр», которая покрывает пожилых американцев (от 65 лет и выше) и инвалидов; и «Медикайд», которая покрывает необеспеченные слои населения. Обе эти схемы были начаты в середине 60-х годов и на сегодняшний день покрывают 27% населения США. «Медикэйр» - федеральная программа, которая возмещает пожилым людям их затраты на медицинское обслуживание. «Медикайд» - совместная программа государства и штатов, поэтому ее параметры (критерии для членства, набор услуг...) отличается от штата к штату. Федеральное правительство также финансирует медицинские исследования и развитие здравоохранения, лечение ветеранов. Правительства штатов, помимо «Медикайд», финансируют общественное здравоохранение (иммунизация, психиатрическая помощь, лечение наркомании), лечение аборигенов, госпитали медицинских университетов штата, страховые премии за государственных служащих. В США большое разнообразие частного медицинского страхования, включая планы платных услуг, управляемой помощи (организации поддержания здоровья), организаций поставщиков медуслуг и, недавно, медицинских сберегательных счетов. Около 70% американцев имеют частный страховой медицинский полис, большинство которых получают его на работе. Медицинское страхование не обязательно в США и около 43,4 миллионов американцев были не застрахованы в 1997 году (16,1% населения). Но быть незастрахованным не означает, что ты не получишь медицинской помощи, если ты в ней нуждаешься. Законом предусмотрено, что ни один частный или государственный госпиталь не может отказать в лечении нуждающемуся. Частные поставщики оказывают практически все медицинские услуги в США. Государственные расходы составляют 45% всех денег, потраченных на здравоохранение. Эти расходы преимущественно за медицинское обслуживание определенных слоев населения (пожилых, бедных, инвалидов).

Система медицинских сберегательных счетов (МСС) существует в системе здравоохранения Сингапура. Медицинские сберегательные счета – личные сберегательные счета, которые предназначены только для медицинского обслуживания. Сберегательный счет формируется из взносов работодателей и работников и принадлежит работникам. Неизрасходованные на медицинское обслуживание деньги накапливаются на

счетах. Эта система сразу привлекает внимание потребителей медицинских услуг и дает им уверенность, что эти деньги – их собственность. Эта система развивает индивидуальную ответственность за деньги, потраченные на медобслуживание, создавая стимул для потребителя покупать медуслуги благоразумно, потому что деньги, оставшиеся на счету, можно будет потратить на медицинское обслуживание в будущем, пенсию или оставить в наследство. Система МСС требует меньше административных расходов, чем существующая трехпартийная модель в страховой медицине. Однако есть и слабое место в данной системе - если пациенту потребуется очень дорогое лечение его сберегательного счета может просто не хватить для его оплаты. Но в этом случае государство покрывает этот дефицит, от частичного до полного покрытия, через другие типы страхования и государственных программ. Система МСС ограничивает разделение риска между здоровыми и больными, между богатыми и бедными. Для примера, тот, кто долгое время не работает или страдает хроническим заболеванием, вряд ли накопит достаточно денег. Эта модель страхования считается экономичной, так как заинтересованное участие пациента исключает излишние расходы.

Япония бесспорно достигла значительных успехов в улучшении здоровья нации за последние годы. Японская система здравоохранения обеспечивает необходимое медицинское обслуживание всему населению по сравнительно низким ценам и, в то же время, предлагает свободный выбор поставщика медицинских услуг, а также справедливый доступ к этим услугам. Японская модель здравоохранения возможно наиболее подходящая модель для развивающихся стран, где основной акцент делается на всеобщее покрытие населения медицинским обслуживанием по доступным ценам. Японская система здравоохранения, которая очень плотно регулируется государством, содержит в себе в основном частных поставщиков. Медицинское страхование всеобщее и обязательное. Поставщики оплачиваются напрямую страховщиками. Оплата амбулаторной помощи в основном на основе платных услуг, оплата стационарной помощи на основе оплаты услуг и койко-дней. Цены на медицинские услуги установлены в государственном прейскуранте, который пересматривается каждые 2 года. Пациент оплачивает только 30% от данной стоимости (механизм сооплаты). Медицинское страхование Японии – сложный комплекс, который имеет фрагментированную структуру. Работники больших компаний покрываются страховыми обществами самих компаний (около 1800 таких обществ). Работники средних и мелких компаний покрываются одной большой государственной схемой медицинского страхования, оставшиеся покрываются за счет муниципальных страховых программ (около 3250 таких программ). Также существует специальная схема для пожилых, которая является муниципальной, но финансируется через взносы правительства и всех страховых обществ. В дополнение к этой программе в апреле 2000 года было начато новое медицинское страхование для пожилых. Японская модель здравоохранения относительно недорога. Общие расходы на здравоохранение составляют около 8% от ВВП. Эти расходы контролируются через три основных механизма: 1) государство контролирует прейскурант цен на медицинские услуги, таким образом удерживая рост цен и поощряя наиболее экономически эффективные виды услуг; 2) сооплата, уменьшающая спрос на медицинские услуги; 3) контроль предложения, через регулирование количества студентов медицинских школ и количества больничных коек.

Современные тенденции оптимизации здравоохранения

Все страны сталкиваются с проблемой ограничения расходов на здравоохранение и увеличения эффективности вложений. Принцип переориентации здравоохранения с лечения к ранней диагностике и профилактике заболеваний успешно внедрен в развитых странах. Эти меры позволяют снизить общий уровень заболеваемости, тяжести заболеваний, инвалидности и, соответственно, расходы на здравоохранение. Лечение ранних стадий заболевания намного дешевле, чем лечение средних и тяжелых стадий, а

также хронических форм. Около $\frac{3}{4}$ всего объема медицинских услуг приходится на врачей общей практики и только $\frac{1}{4}$ - на узких специалистов в здравоохранении развитых странах, несмотря на их значительные финансовые возможности. Доля медсестринской помощи тоже велика.

Механизм сооплаты сдерживает пациентов от ненужных расходов, так как часть этих расходов идет непосредственно из их кармана. Переход от финансирования за оказанные услуги на подушевое финансирование – перспективный механизм сдерживания расходов с сохранением качества медицинского обслуживания.

Разумная конкуренция всегда приводит к улучшению качества обслуживания. ВОЗ рекомендует использовать принцип конкуренции в системе здравоохранения. Оптимальная конкуренция приводит к максимальным усилиям страховщиков для оказания лучшей медицинской помощи при ее минимальной стоимости.

Трехпартийный альянс

Система «пациент – плательщик – поставщик» создает экономический симбиоз, где каждый участник получает максимум выгоды.

Отсутствие альтернатив и необходимость быстрого принятия решений - главные характеристики рынка медицинских услуг. Невозможно заменить операцию на сердце операцией на почке. Пациенты бывают часто лишены возможности выбора медицинского учреждения, доктора, цен на услуги, особенно в случае необходимости неотложной помощи. Страховая компания, как посредник между доктором и пациентом, помогает в таких ситуациях. Страховая компания заинтересована в обеспечении:

- медицинского обслуживания по минимальным ценам, так как взносы уже получены и их должно хватить и на оплату медицинских услуг и на собственную прибыль;
- качественной медицинской помощи, иначе рецидив заболевания потребует новых и более тяжелых расходов;
- своевременной профилактики заболеваний, так как профилактика дешевле, чем лечение.

Трехпартийный альянс обеспечивает более высокое качество лечения при умеренных финансовых расходах. Страховая компания - посредник, который позволяет сэкономить 20-30% средств путем их рационального использования.

Предлагаемая модель для Обязательного медицинского страхования в Республике Казахстан

Принципы предлагаемой модели ОМС – справедливость, социальная солидарность, самофинансирование, подотчетность.

Цели ОМС

ОМС в структуре социального обеспечения будет не только обеспечивать финансовый аспект здравоохранения, но также будет социальной программой, которая законодательно будет давать гражданам право на страхование здоровья.

- § Национальная схема ОМС устраним неравную доступность к медицинскому обслуживанию.
- § ОМС – средство для увеличения социальной солидарности в здравоохранении.
- § Экономия средств посредством разделения рисков и ресурсов может привести к появлению дополнительных средств для улучшения медицинского обслуживания.
- § ОМС создаст фонд для финансирования действующей системы и расширения новой системы здравоохранения.
- § ОМС будет работать в условиях децентрализации здравоохранения и строгой подотчетности.

- § ОМС внедрит принцип разделения финансирования и медицинского обслуживания, чтобы дать поставщикам стимулы для предложения качественной медицинской помощи, которая будет удовлетворять потребности потребителей.
- § ОМС сохранит нишу для поставщиков медицинских услуг из частного сектора.

Охват ОМС

- § Схема ОМС будет обеспечивать доступ к основному пакету медицинских услуг для каждого в РК, для работающих и не работающих, а также их иждивенцев.
- § ОМС будет финансировать основной пакет медицинских услуг. Тот, кто захочет дополнительных услуг за пределами основного пакета, будет иметь возможность присоединиться к другим схемам медицинского страхования, которые будут дополнять основной пакет.
- § ОМС будет обязательным для тех, кто работает в формальном секторе и выборочным для тех, кто работает в неформальном.
- § Регулирующее агентство ОМС будет работать с частным сектором и другими схемами, чтобы стандартизовать страховые пакеты, которые будут предлагаться как дополнения к ОМС. Данная мера позволит потребителю легче сравнивать и выбирать дополнительные пункты страхового пакета.
- § Фонд ОМС будет ответственен за оплату поставщикам только тех услуг, которые находятся в перечне основного пакета.

Финансирование системы ОМС

- § В принципе, нет никаких исключений, каждый должен платить взносы или за него платят.
- § Схема будет финансироваться за счет взносов, как работодателей, так и самих работников.
- § Будет создан отдельный фонд ОМС, где будут депонироваться страховые взносы.
- § Обязательные взносы работников формального сектора будут вноситься в фонд через работодателей.
- § Обязательные взносы работников формального сектора будут пропорциональны их доходу, плюс нормативные взносы за иждивенцев, основанные на страховых оценках.
- § Работники неформального сектора, а также другие, которые не квалифицируются как нуждающиеся, будут иметь возможность добровольно вступить в систему ОМС, платя страховые взносы в фонд. Для них и их иждивенцев страховые взносы будут твердо установлены.
- § Государство будет платить взносы в фонд ОМС за социально необеспеченных и безработных. Определение этих категорий населения будет проводиться специальным органом, чтобы гарантировать, что бесплатный доступ к этим услугам получают именно те, кто не может платить сам. Сертификат, подтверждающий данный статус, будет выдаваться органами социального обеспечения.

Размер страховых взносов

- § Размер страховых взносов должен быть достаточным для покрытия стоимости услуг основного страхового пакета, а также расходов, связанных с администрированием программы ОМС и создания стратегического резерва.

Услуги основного страхового пакета

- § Основной страховой пакет будет покрывать основную массу медицинских услуг, оказываемых на первичном и вторичном уровнях.
- § Во всех случаях пациенты должны сначала обратиться за медицинской помощью на уровне первичного звена, за исключением случаев неотложной помощи. Фонд ОМС будет оплачивать вторичный и третичный уровень оказания медицинской помощи только при наличии направления от первичного звена.
- § Оплата назначаемых медикаментов будет происходить только в рамках национального списка необходимых лекарств. Где это возможно, они должны быть в форме дженериков.
- § Основной страховой пакет будет обеспечивать доступ к услугам только аккредитованных поставщиков медицинских услуг в государственном и частном секторах.

Предоставление права на услуги страхового пакета

- § Все услуги страхового пакета доступны для любого человека, пока он является членом ОМС. В случае потери работы данное право будет продолжаться еще 3 месяца. После 3-х месяцев участие в ОМС может быть продолжено двумя путями: 1) добровольное участие в системе через выплаты страховых взносов, 2) получение сертификата неимущего, чтобы получить страховой полис, финансируемый государством.
- § Пенсионеры будут иметь доступ к услугам страхового пакета через обязательное их участие в ОМС. Сумма, которую они будут платить, будет зависеть от размера их пенсии и будет вычитаться из нее.
- § Работники формального сектора, для которых участие обязательно, будут иметь доступ к медицинскому обслуживанию немедленно. Добровольные участники должны будут подождать 90 дней перед тем, как начать пользоваться сервисом.
- § Карты ОМС будут выдаваться всем участникам. Эти карты будут обновляться ежегодно и содержать фотографию участника.
- § Пользоваться услугами страхового полиса могут: 1) участник + 1 супруг/а, 2) их дети до 18 лет или до 25 лет, если они являются студентами дневной формы обучения или инвалидами, 3) остальные иждивенцы, включая родителей, 4) лица, за которых платят взносы.

Администрация ОМС

Чтобы успешно внедрить ОМС, требуются следующие навыки в менеджменте здравоохранения:

- § аккредитация и оценка поставщиков медицинских услуг,
- § контроль счетов на оплату, предоставляемых поставщиками,
- § информатизация отрасли,
- § оценка качества медицинского обслуживания,
- § заключение контрактов с поставщиками,
- § юридический и административный менеджмент.

Эти навыки – предпосылки для введения системы ОМС.

Обязанности фонда ОМС

- § ФОМС будет ответственен за сбор средств и администрирование страхового пакета, хотя позже эти обязанности можно будет делегировать другой организации или заключить контракт с частной организацией.

- § ФОМС будет ответственен за эффективный сбор средств и эффективное администрирование страхового пакета. Специальные инструкции будут созданы, чтобы уменьшить административные расходы как можно больше.

Сдерживание роста цен

- § Реформы по сдерживанию роста цен – важные предпосылки для внедрения ОМС.
- § Поставщики медицинских услуг будут оплачиваться на основе подушевых нормативов по количеству людей, которые приписаны для первичной помощи к их заведениям.
- § Потребители будут иметь доступ к специализированной помощи только через первичное звено.
- § Потребители будут платить установленную сооплату за медицинские услуги.
- § Потребители могут получать медицинскую помощь у государственных и частных поставщиков.
- § Поставщики медицинских услуг будут поощряться за использование принципа управляемой помощи.
- § Потребители будут иметь выбор поставщика всегда, когда это возможно.
- § Удовлетворение потребителя будет контролироваться и включено как критерий оценки поставщика.

Учреждение системы ОМС – мера, позволяющая получить контроль над значительным национальным капиталом, расходуемым на здравоохранение. Законодательные изменения в структуре финансирования здравоохранения необходимы для достижения дальнейших результатов в улучшении здоровья нации. Параллельно с введением ОМС надо существенно реформировать структуру здравоохранения, поскольку новые финансовые механизмы не будут работать в старой системе экономических отношений.

К СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ РАБОТНИКОВ СЛУЖБ ЧС

Слесарев В.Г., Кульжанов М.К.

Высшая Школа общественного здравоохранения

Для усиления межсекторального сотрудничества между службами чрезвычайных ситуаций (ЧС), а также для разработки программ их обучения важное значение имеет социологическая характеристика работников.

Для ее составления было опрошено 197 спасателей, 300 работников противопожарной, 150 - дорожно-постовой, 272 – медицинской службы, а также 105 руководителей служб ЧС.

При изучении респондентов по возрасту установлено, что более половины руководителей служб ЧС (54,3%) были старше 40 лет, пятую часть опрошенных составили лица в возрасте от 26 до 30 лет, 13,3% - от 31 до 35 лет и 10,5% - от 36 до 40 лет. Полученные результаты свидетельствуют о том, что к руководству службами ЧС привлекаются в основном молодые, энергичные люди, способные активно решать поставленные задачи.

При изучении возраста спасателей показано, что половину из них (51,8%) составляли молодые мужчины в возрасте от 20 до 25 лет. В другую половину респондентов этой группы вошли почти в равных долях (от 13,2% до 10,6%) мужчины в возрасте от 26 до 30 лет, от 31 до 35 лет, от 36 до 40 лет и старше 40 лет. Понятно, что в

службу спасателей привлекаются в основном молодые люди, так как их деятельность сопряжена с большими физическими и психоэмоциональными нагрузками.

Среди респондентов - работников противопожарной службы 28,0% составили мужчины в возрасте от 31 до 35 лет, 24,7% - от 26 до 30 лет, 20,3% - от 20 до 25 лет. 14,3% - в возрасте старше 40 лет и 12,7% - от 36 до 40 лет.

Таким образом, по сравнению со спасателями среди работников противопожарной службы было больше респондентов более старших возрастных групп, что, очевидно, обусловлено большей кадровой стабильностью в этой службе.

Другая структура распределения по возрасту была установлена среди опрошенных медицинских работников. Здесь 40,5% из них составляли лица в возрасте старше 40 лет, по четверти (20,2%, 19,5% и 19,8%) в возрасте от 36 до 40 лет, от 31 до 35 лет и от 20 до 30 лет. Эти результаты легко понимаются, если учесть, что все опрошенные были врачами с высшим образованием.

Среди работников дорожно-постовой службы наибольший удельный вес занимали лица в возрасте от 31 до 35 лет, пятую часть – в возрасте от 36 до 40 лет, а в остальных возрастных группах их доли были почти одинаковыми и колебались от 13,3% до 14,7%.

Представляло определенный научный интерес изучить распределение респондентов по уровню образования.

Оказалось, что среди руководителей служб ЧС 81,9% имели высшее образование, 9,5% - незаконченное высшее, 7,6% - среднее специальное.

В общем числе спасателей только 25,9% имели высшее образование, 7,7% - незаконченное высшее. Основную же долю спасателей составляли лица со средним специальным (36,6%) и средним образованиями (28,9%).

Распределение работников противопожарной службы отличались от предыдущей группы только большим удельным весом лиц со средним образованием (46,7%).

Среди работников дорожно-постовой службы 64,7% респондентов было с высшим образованием, 9,5% - с незаконченным высшим и 7,6% со средним специальным.

Понятно, что 100,0% опрошенных врачей имели высшее медицинское образование.

Известно, что на уровень квалификации влияет стаж работы по специальности, особенно в службах ЧС. При изучении этого показателя среди респондентов оказалось, что до 3-х лет работы по специальности 45,5% спасателей, 28,7% - работников противопожарной службы, 21,9% - руководителей служб ЧС, 14,8% - врачей и 10,0% - работников дорожно-постовой службы. Среди респондентов, проработавших по специальности наименьший удельный вес (4,6%) составляли спасатели, наибольший (20,6%) – работников дорожно-постовой службы. Однако основную долю респондентов составляли лица, имевшие стаж работы по специальности свыше 5 лет. Так, среди врачей таковых оказалось 77,9%, работников дорожно-постовой службы 68,7%, руководителей ЧС – 60,9%, работников противопожарной службы – 51,3%, а среди спасателей только 29,9%. Причем 20,3% не захотели отвечать на этот вопрос.

В ходе настоящего анонимного вопроса выяснено, что 53,8% спасателей проходили специальные курсы и 22,3% обучались методике спасения людей при ЧС на семинарах, а 23,9% не ответили на этот вопрос. Причем на вопрос: Обучались ли Вы при этом способам оказания первой медицинской помощи? 94,4% ответили положительно, 4,1% отрицательно. Оказалось, что более половины спасательной службы (56,9%) обучение проходили во время службы в армии, 27,9% - на специальных курсах по спасению и 15,2% - на курсах ГО. Другими были ответы работников противопожарной службы. Их анализ показал, что 81,3% респондентов проходили специальные курсы по спасению и 5,0% - были участниками краткосрочных семинаров. Примечательно, что 13,7% не ответили на этот вопрос, по-видимому, потому, что такой подготовки не проходили.

В отличие от спасателей, большинство из которых указали, что проходили обучение по вопросам оказания первой медицинской помощи, причем среди работников противопожарной службы таковых оказалось только 66,39% и проходили они обучение в

основном во время службы в армии (34,7%) и на специальных курсах по спасению – 29,7%.

Опрос 272 врачей, работающих в территориальных медицинских организациях, показал, что специальных курсов, семинаров по спасению людей при ЧС никто из них не проходил, а знания по оказанию первой медицинской помощи они приобрели во время обучения в мединститутах и на курсах повышения квалификации врачей.

Ответы у работников дорожно-постовой службы на эти же вопросы показали, что подготовку по спасению людей при ЧС большинство из них (60,7%) проходили на краткосрочных семинарах, 85,4% - обладают знаниями по оказанию первой медицинской помощи пострадавшим при ЧС. Однако и здесь основная часть респондентов (64,7%) проходила обучение во время службы в армии.

Наконец установлено, что только 51,4% руководителей служб ЧС знают, как оказать первую медицинскую помощь пострадавшим. Только 36,3% из них обучались на курсах гражданской обороны, а 47,6% не ответили на поставленные вопросы.

Таким образом, результаты этой части социологических исследований показали, что в системе подготовки работников основных служб ЧС к спасению при их наступлении имеются существенные проблемы. Очевидно, что должны разрабатываться специальные стандартные требования к работникам этих служб, предусматривающие обязательные знания и умения, обеспечивающие большую интеграцию в повышении организаторской эффективности при ликвидации последствий ЧС.

ПРОЦЕССЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ И НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Е.Дурумбетов, А.Жунусова

Алматинское областное управление госсанэпиднадзора

В стратегии развития здравоохранения Республики Казахстан до 2010 года обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения определено как обязательное условие охраны здоровья народа, политика государства в области охраны здоровья направлена на создание и поддержание имиджа здорового образа жизни и создание благоприятной и безопасной среды обитания. Вопросы реформирования и направления развития системы государственного санитарно-эпидемиологического надзора обсуждены на международных (ЕРБ ВОЗ, совместных совещаниях Центральноазиатских республик по программам CARNET и НДПГОС) и республиканском уровнях с принятием резолюций по стратегии и основным приоритетам развития.

Принимаемые и реализуемые поэтапно направления развития позволили законодательно закрепить статус службы, реформировать ее систему, финансирование с учетом материальной заинтересованности службы, совершенствовать базу нормативных правовых актов, механизм контроля за санэпидситуацией и здоровьем населения. Оглядываясь назад в 90-е годы, видишь, что в развитии санитарно-эпидемиологической службы сделано немало, основные приоритеты развития и главное направление – сохранить службу – определены верно. Вместе с тем, учитывая требования времени и накопленный опыт реформирования, необходимо определить дальнейшую тактику и направления развития системы санитарно-эпидемиологической службы.

Одна из острых проблем службы состояние обеспеченности кадрами. Ежегодный выпуск врачей санитарно-эпидемиологического профиля медицинскими ВУЗами страны сократился до 70 – 80 человек, при дефиците кадров свыше 700 вакантных врачебных должностей в санитарно-эпидемиологических учреждениях республики (в 2001г- 745 вакансий, в 2002 – 735, в 2003 - 775). Дефицит врачебных кадров в нашей области составляет

82 вакансии (укомплектованность 76%, при республиканском показателе 84,3%). При этом основной дефицит врачебных кадров приходится на отдаленные от крупных городов районы и населенные пункты. Не определяется ежегодный госзаказ на специалистов санитарно-эпидемиологического профиля, не увеличивается число мест для обучения по гранту и кредиту. Необходимо также рассмотреть возможность введения обязательного распределения при условии социальной защиты.

С переходом на административную государственную службу повысилась заработная плата специалистов санитарно-эпидемиологической службы. Но в оплате труда утрачена градация для работающих в разных социально-экономических условиях (доплата за работу в сельских населенных пунктах, горных районах, населенных пунктах, отнесенных к зонам экологических бедствий и т.д.) и, конечно же, при выборе места работы при равнозначной оплате выбор падет на населенные пункты, находящиеся в лучших социально-экономических условиях. Отменена финансовая поддержка для молодых специалистов в виде «подъемных».

Одним из важных вопросов по закреплению кадров считаем вопрос обеспечения жильем. Учитывая, что жилищная проблема поднята Президентом страны в ежегодном обращении к народу Казахстана, необходимо в региональные программы жилищного строительства включить мероприятия по строительству служебного, или так называемого муниципального, жилья для обеспечения молодых или приглашаемых для работы специалистов, особенно на селе. В Алматинской области, в связи с созданием областного центра в городе Талдыкорган, имеется такой опыт. Для санитарно-эпидемиологической службы было выделено 30 служебных квартир, из них 7 квартир распределены для молодых специалистов и приглашенных для работы в связи с дефицитом кадров необходимого профиля.

Для эффективной работы и в рамках действующего законодательства необходима подготовка кадров по смежным специальностям для работы в системе госсанэпиднадзора: юристы, юрист-консульты, специалисты отделов кадров, менеджеры здравоохранения, экономисты, бухгалтеры, переводчики-преподаватели, инженеры по эксплуатации сложной электронной медицинской техники и др. Для таких специалистов необходимо предусмотреть последипломную подготовку с программами, учитывающими специфику работы в санитарно-эпидемиологической службе (например, для экономистов – по методикам оценки экономической эффективности работы службы, возмещению экономического ущерба и т.д.). Кроме этого, необходимо в кратчайшие сроки разработать типовое штатное расписание для органов и организаций санитарно-эпидемиологической службы с введением необходимых мультидисциплинарных должностей.

Изменяется объем и система финансирования санитарно-эпидемиологической службы. Ежегодно увеличивается удельный вес на обеспечение деятельности санитарно-эпидемиологических учреждений из объема средств, выделяемых на здравоохранение с доведением к 2010 году до 10%.

Между тем, наиболее и трудно решаемым вопросом остается вопрос улучшения материально-технической базы и оснащения учреждений службы. Решение этих вопросов полностью возложено на местные бюджеты. Нет единой централизованно финансируемой программы поэтапной замены устаревшего оборудования, которое устарело не только по срокам эксплуатации, но и морально. Лаборатории санитарно-эпидемиологической службы вступили в XXI в изношенных одеяниях прошлого столетия, пытаясь при этом завоевать место на рынке платных услуг. В Алматинской области удельный вес аппаратуры с истекшим сроком эксплуатации составляет 75%, в других областях этот показатель варьирует от 40 до 91%. Выделяемые средства из местного бюджета не покрывают и 10% замены изношенного оборудования.

Изношенность зданий свыше 100% в учреждениях санэпидслужбы республики составляет 3%; а в Алматинской области –17,2%; автотранспорта (подлежит списанию) по республике - 55,8%; в Алматинской области 14,3%; в других областях показатель варьирует от 30 до 92,6%. В нашей области из местного бюджета выделялись средства на приобретение 20

единиц автотранспорта в 1998 году, по 1-2 единицы в остальные годы. Запланировано финансирование на 2005 год.

На капитальный ремонт выделены средства в этом году на ремонт 6 учреждений области в сумме 30 млн. тенге, запланировано финансирование на 2005-2006 гг. В связи с изменившейся системой санэпидслужбы с разделением на органы и организации не разработан табель оснащения автотранспортом с учетом разъездного характера и радиуса обслуживания, нет четкого нормирования временных затрат на виды деятельности оперативных подразделений. Отсутствие нормативов затрудняет решение вопросов финансирования и выделения дополнительных штатных единиц на местном уровне. В связи с планируемой передачей финансирования по всем статьям расходов на местный уровень необходимо добиться финансирования статей расходов на капитальный ремонт зданий, приобретение современного лабораторного оборудования и автотранспорта в пределах нормативов, заложить статью – эпидемиологический фонд.

В области формирования нормативно-правовой базы санитарно-эпидемиологической службы Комитетом госсанэпиднадзора и Республиканской санитарно-эпидемиологической станцией проводится большая работа, изданы и переизданы нормативно-правовые акты (НПА). Однако, доступ к банку данных отсутствует, распространение новых НПА проводится, в основном, на платной основе, оно и должно быть таковым, но в иной форме. В статьях финансирования и расходов учреждений санэпидслужбы нет статьи «приобретение НПА и пополнение нормативно – правовой базы». По реализации статьи 15 Закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» необходимо создать Республиканской СЭС компьютерную программу «База НПА-санэпидслужба» (условно назовем ее так), оформить на нее авторские права, установить пользователям определенную плату и постоянно обслуживать (пополнять новыми НПА, дополнениями и изменениями) по аналогии программы «Юрист». При этом учитываем, что обеспеченность учреждений санэпидслужбы областного уровня, а в большинстве областей и районного уровня, компьютерной техникой составляет практически 100%. В нашей области парк ПЭВМ состоит из 82 машин класса Pentium VI-III-II, в каждом из 19 районных и городских управлений госсанэпиднадзора имеется не менее 2-3 ПЭВМ, в 5 управлениях имеется локальная сеть, все санэпидучреждения области имеют выход в Интернет, доступ к республиканской и областной базе данных.

В вопросах компьютеризации учреждения санитарно-эпидемиологической службы продвинулись вперед, но обеспеченность компьютерной техникой и новыми технологиями в разных регионах республики варьирует в больших диапазонах, что сдерживает одновременное и совместное решение проблем. При этом программное обеспечение далеко отстает от требований времени. Практически все программы республиканского уровня написаны в Norton Commander, современные требования к языку программирования еще только на стадии внедрения, показатели деятельности учреждений санэпидслужбы внедрены еще в начале 90-х годов, но ведь время не стоит на месте. И в решении этой проблемы все упирается в финансирование. Все наши грандиозные планы на областном уровне по разработке новых компьютерных программ остаются на бумаге, а предложения о выделении централизованного финансирования для разработки программного обеспечения на уровне республики остались без внимания. Программисты на подготовку одной программы и ее «обкатку» в течение 6 месяцев запрашивают не менее 4 тыс. у.е. Для местного бюджета эта сумма велика. Может, стоит поднять эту проблему на уровне республики? Так на сегодня в нашем областном управлении эксплуатируется 41 программа и подпрограмма, из них 13 разработаны нами самостоятельно, а проекте - разработка 2 программ. Республиканской СЭС, как организационно-методическому центру, необходимо взять на себя эту функцию с финансовым подкреплением и обеспечением со стороны Министерства.

Учитывая вышесказанное, нами выделены основные направления:

1. в кадровом вопросе:

- § ежегодно определять гос.заказ на специалистов санитарно-эпидемиологического профиля с учетом потребности;
 - § вернуть систему обязательного распределения для отдельных категорий выпускников с социальной защитой;
 - § вернуть систему оплаты труда с учетом социально-экономического состояния регионов, «подъемных» для молодых специалистов, распределившихся по гос.заказу;
 - § развернуть широкомасштабную работу по развитию региональных программ по строительству служебного (муниципального) жилья;
 - § разработать типовые штатные расписания, программы переподготовки специалистов мультидисциплинарных должностей, работающих в системе госсанэпиднадзора;
2. в вопросе финансирования:
- § добиться 100% финансирования статей расходов на капитальный ремонт зданий, приобретение современного лабораторного оборудования и автотранспорта в пределах нормативов, заложить статью – эпидемиологический фонд.
3. в вопросе нормирования:
- § создать компьютерную программу «База НПА-санэпидслужба», установив пользователям определенную плату и постоянно обслуживать базу (пополнять новыми НПА, дополнениями и изменениями);
 - § разработать нормативы штатного расписания, автотранспорта, затрат рабочего времени для оперативных подразделений;
4. в вопросе компьютеризации и программного обеспечения:
- § обеспечить разработку новых компьютерных программ с учетом требований времени, актуальности языка программирования и с обеспечением централизованного финансирования разработки программного пакета.

Литература:

Ж.Доскалиев «Стратегия развития здравоохранения Казахстана до 2010 года» Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению № 1, 2001 год.

Алматы, 8-9 января 1999г. отчет о совещании ЕРБ ВОЗ «Усовершенствование санитарно-эпидемиологической службы в рамках совместного проекта CARNET и НДПГОС»

Г.Алматы, 2004год, «Информационный бюллетень Государственной санитарно-эпидемиологической службы РК по итогам 2003 года», под редакцией РСЭС.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Какенов С.К.

Акмолинское областное управление здравоохранения, г.Кокшетау

За последнее десятилетие здравоохранение в республике, в том числе и в Акмолинской области, развивалось не спонтанно, а адекватно со сложившимися социально-экономическими и политическими условиями, во взаимосвязи с возможностями государства и потребностями охраны здоровья населения и его отдельных групп.

Как известно, в начале 90-ых годов принцип остаточного финансирования, ошибки внедрения страховой медицины и общий социально экономический кризис в стране довели здравоохранение Акмолинской области до состояния полной запущенности.

Только в период с 1999 по 2003 гг. в Акмолинской области в связи со стабилизацией экономической ситуации и тенденцией ее роста произошли характерные для региона изменения в демографической ситуации, в заболеваемости населения, структуре и сети здравоохранения.

Начиная с 1999 г. отмечается рост показателя рождаемости с 11,7 до 14,2, но в то же время показатель общей смертности населения возрос с 11,3 до 13,5, что повлияло на степень воспроизводства населения.

Отслеживается устойчивая тенденция снижения младенческой смертности с 23,3 до 11,9.

В регионе, в структуре причин смертности, первое место занимают сердечно-сосудистые заболевания; на втором месте отравления, травмы, несчастные случаи; далее злокачественные новообразования, болезни органов дыхания, пищеварения и инфекционные болезни.

Анализ причин смертности населения Акмолинской области в 1999-2003 гг. свидетельствует о том, что болезни системы кровообращения не только превалирует в структуре причин смертности, но имеют более высокий уровень в сравнении с 1999 г., когда на эту причину приходилось 6,1 случая на 1000 населения, а в 2003 г. их число увеличилось до 7,0. С 1999 по 2003 г. в целом отмечен рост смертности от несчастных случаев, отравлений, травм с 1,6 до 1,7 от болезней органов дыхания с 0,7 до 0,9 и болезней органов пищеварения с 0,2 до 0,5.

При анализе заболеваемости выявлено, что основное место в структуре заболеваемости населения области занимают болезни органов дыхания, травмы и отравления, инфекционно-паразитарные болезни, болезни кожи и подкожной клетчатки, болезни мочеполовой системы, болезни глаз и его придатков.

За последние пять лет среди населения области отмечается увеличение болезней крови, кроветворных органов на 47,6 %, органов эндокринной системы, нарушения обмена веществ на 44,8%, органов пищеварения на 43,7%, системы кровообращения на 33,9%, костно-мышечной системы 26,1%, травм и отравлений на 20,4%, глаза и его придаточного аппарата на 19,4%, инфекционно-паразитарные болезни на 22,7%.

Особого внимания заслуживает анализ социально-обусловленных заболеваний, которые за последние пять лет имеют тенденцию к росту. При этом особую тревогу вызывает рост в Акмолинской области заболеваемости туберкулезом, который с 1999 г. по 2003 г. увеличился с 150,8 до 218,9 на 100 тыс. населения.

Анализ распространенности венерических заболеваний среди населения области показал, что за последние пять лет отмечается снижение заболеваемости сифилисом с 303,0 до 121,2, в то же время среди, так называемых, инфекций нового поколения отмечена тенденция к увеличению заболеваемости хламидиозом, гарднереллезом, урогенитальным герпесом, уреаплазмозом, особенно среди женщин.

Распространенность злокачественных заболеваний с 1999 г. по 2003 г. увеличилась с 201,4 до 224,0, наркологическим расстройствам с 294,9 до 425,3, гонореей с 74,2 до 103,7.

На основе всестороннего изучения процесса рождаемости, смертности, заболеваемости, тщательного анализа факторов и их причин в регионе разрабатывались программы по улучшению демографических показателей, состояния здоровья населения области.

В качестве первоочередных мероприятий в области разработаны и выполняются региональные программы «Здоровье народа», «Диабет», «Профилактика и снижение травматизма», «Профилактика и борьба с наркоманией», «Профилактика и борьба с БППП», «Здоровый образ жизни». В стадии утверждения региональные программы «Сапалы су» и «Гигиена окружающей среды», позволили стабилизировать ситуацию в охране здоровья населения.

Обеспечение гарантий прав граждан в области охраны здоровья, профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни осуществляется в настоящий период, включая ведомственные медицинские организации и частные медицинские структуры, 53

больничными, 124 амбулаторно-поликлиническими учреждениями, 9 диспансерами, 6 самостоятельными станциями скорой и неотложной помощи, областным центром ФЗОЖ, 3 центрами крови, 20 санитарно-эпидемиологическими станциями, 3 санаторно-курортными учреждениями и домом ребенка.

На 01.01.2004 год учреждения ПМСП представлены 10 СУБ и СБ, 95 семейными врачебными амбулаториями, из них 92 СВА действуют в районах, в составе которых имеются 117 ФАП и 372 ФП. Кроме того, в 57 малонаселенных пунктах области медицинскую помощь оказывают средние медицинские работники без предоставления отдельного помещения.

За последние пять лет в структуре и сети медицинских организаций Акмолинской области произошли значительные изменения. Эти изменения были обусловлены объективными причинами, и направлены на повышение эффективности, доступности медицинской помощи населению области.

С целью улучшения медицинской помощи населению организованы: региональная психиатрическая больница на 200 коек и региональный противотуберкулезный диспансер на 100 коек в г.Степногорске, региональный противотуберкулезный диспансер в г.Атбасаре на 120 коек. Для приближения специализированной высококвалифицированной медицинской помощи населению 7 районов прилежащих к г.Астане, Целиноградская районная больница реорганизована в региональную больницу, за счет средств областного и местных бюджетов укреплена ее материально-техническая база. Щучинский районный туберкулезный диспансер реорганизован в региональный диспансер для принудительного лечения туберкулезных больных.

Расширены коечная мощность спец. ЛПУ с.Селеты, городской больницы № 1 г.Кокшетау, Щучинского тубдиспансера. В областном противотуберкулезном диспансере открыто отделение для лечения больных с лекарственно устойчивыми формами туберкулеза на 50 коек.

Все эти меры, а также реализации постановления Правительства РК от 26.04.1999 г. № 472 «О мерах по улучшению первичной медико-санитарной помощи сельскому населению» позволили в значительной степени обеспечить доступность медицинской помощи сельскому населению.

В области функционируют 416 юридических и физических лиц занимающихся частной медицинской и фармацевтической деятельностью (25,1%). В том числе: 83 лица, занимающихся медицинской деятельностью и 333 аптечных организаций.

В сфере медицинской деятельности доля частного сектора незначительная, кроме отдельных видов медицинской деятельности, такие как стоматология, зубное протезирование. Их доля в сфере частной медицинской деятельности составляет 54,2%.

В сфере фармацевтической деятельности доля частного фармацевтического сектора составляет 90,4%, т.е. практически вся фармацевтическая система представлена частным сектором.

С социально-экономической точки зрения, учитывая особую роль медицинских учреждений в регулировании уровня и качества жизни населения, очевидна, всеобщая их приватизация недопустима. Большая часть учреждений здравоохранения должна оставаться в государственной (коммунальной) собственности. Это в первую очередь касается учреждений ПМСП, скорой неотложной помощи, областных больниц, диспансеров, санитарно-эпидемиологической службы, диагностических центров с высоким уровнем развития материально-технической базы.

Для стабильного функционирования организации здравоохранения нужно обеспечить гарантированный объем бесплатной медицинской помощи населению, финансовыми ресурсами в полном объеме, а так же законодательное определение объема бюджетных ассигнований на здравоохранение области на основе стабильных нормативов. На уровне республики назрела необходимость утвердить единую базовую ставку подушевого

норматива, пролеченного больного, при утверждении бюджета эти показатели должны приниматься не ниже утвержденной национальной ставки.

Вследствие отсутствия аптечных организаций, в большинстве сельских населенных пунктов, люди остаются без лекарственной помощи. Для решения данной проблемы необходимо работникам медицинских учреждений сельской местности (ФАП, СВА, СУБ) разрешить реализацию лекарственных препаратов населению согласно договору.

Таким образом, многие проблемы здоровья населения региона имеют накопленный, то есть длительный характер. Сложившаяся социально-экономическая ситуация в начале 90-х годов в стране, реформы в здравоохранении усугубили демографические процессы, негативно отразились на рождаемости, смертности и заболеваемости населения.

В связи со стабилизацией экономики явно прослеживаются положительная динамика в этих показателях.

Вместе с тем, в новых экономических условиях основным аспектом реформирования здравоохранения является обеспечение доступной высокого качества медицинской помощи за счет поэтапного ускоренного развития первичной медицинской помощи.

Литература:

1. Лисицын Ю.П. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. Москва. Медицина, 1987.

2. П.П.Петров, Т.К.Калжеков. Проблемы организации медицинской помощи сельскому населению. Алма-Ата, 1990.

3. Здоровье населения Акмолинской области и деятельность учреждений здравоохранения в 1999-2003 гг. (краткий статистический сборник). г.Кокшетау, 2004.

ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Какенов С.К.

Акмолинское областное управление здравоохранения, г. Кокшетау

Кадровое обеспечение лечебно-профилактических учреждений является залогом и важнейшим условием предоставления медицинских услуг соответствующего качества. Известно, что качество медицинской помощи населению определяется так же адекватностью форм организации лечебно-профилактической помощи и состоянием материально-технической базы учреждений здравоохранения. Тем не менее, ведущим фактором является наличие достаточного числа квалифицированных специалистов различного профиля.

В связи с этим в областном управлении здравоохранения анализируются состав и численность медицинских кадров, показатели обеспеченности ими населения, а также их миграция. При этом большое внимание уделяется уровню квалификации медицинского персонала и их отношению к повышению своего профессионального мастерства.

Анализ обеспеченности населения области врачебными и сестринскими кадрами свидетельствует о том, что за последние 5 лет на 10 тыс. населения показатель обеспеченности врачебными кадрами вырос с 24,5 (1999 г.) до 27,4 (2003 г.), среди медицинских сестер с 68,9 до 79,6 соответственно. В то же время, обеспеченность населения врачебными кадрами остается ниже средне республиканского показателя (30,2).

В настоящее время для полного укомплектования медицинских организаций области нам необходимо 294 врача и 124 средних медицинских работников. По области в 5 сельских врачебных амбулаториях отсутствуют врачебные кадры, 19 ФП не укомплектованы средними медицинскими работниками, в 57 сельских населенных пунктах медицинскую помощь оказывают средние медицинские работники без помещения, что отрицательно сказывается на качестве оказания первичной медико-санитарной помощи.

Остается сложной ситуация по укомплектованию врачебными кадрами медицинских организации районов. Так, в течение ряда лет, в центральных районных больницах «хронически» не хватает врачей по узким специальностям, таких как, рентгенолог, невропатолог, отоларинголог, офтальмолог, анестезиолог-реаниматолог. Большинство сельских семейных врачебных амбулаторий, сельских больниц не укомплектованы врачами общей практики, терапевтами, педиатрами, акушерами-гинекологами, что крайне негативно отражается на доступности и качестве медицинской помощи сельскому населению. В ряде районов дефицит медицинских кадров превышает 50% от числа работающих специалистов.

Так, для укомплектования лечебных учреждений Шортандынского района необходимо 24 врача, что составляет 52% от имеющейся численности врачей, для Жаксынского района необходимо 16 врачей (49%), Енбекшильдерского -14 врачей (50%), Ерейментауского - 10 врачей (16%), Сандыктауского -10 врачей (29%), Зерендинского -14 врачей (26%), Аккольского района 11 врачей (15%). И соответственно в этих районах самая низкая обеспеченность медицинскими кадрами.

Проблема обеспечения медицинскими кадрами существует не только в районах и сельской местности, но и в городах областного подчинения, как гг.Кокшетау и Степногорск. На сегодняшний день для укомплектования медицинских организаций города Кокшетау необходимо 119 врачей, г.Степногорска - 35 врачей.

Несмотря на то, что потребность лечебных организаций в медицинских кадрах практически обеспечивается за счет выпускников медицинских академий и колледжей, в течение ряда лет на местах не решаются вопросы закрепления медицинских кадров.

Так, в 2003 году медицинскими вузами и колледжами были распределены в область 82 врача и 88 средних медицинских работников. Однако не все молодые специалисты были трудоустроены. К примеру, при потребности в 27 медицинских работников в Шортандынском районе трудоустроены всего 8 молодых специалистов, в Ерейментауском районе при нехватке 15 медработников трудоустроены только 2 врача, в Есильском районе при необходимости 21 специалиста трудоустроены 5 средних медицинских работников, в Аршалинском районе при недостатке 12 медработников трудоустроены двое.

В итоге по распределению в лечебные учреждения прибывают в среднем не более 50% врачей.

Одной из причин не укомплектованности медицинскими кадрами в районах является отсутствие жилищных условий для прибывших молодых специалистов. Так, из 138 молодых специалистов прибывших на работу, 21 специалисту не созданы соответствующие жилищно-бытовые условия. В Шортандынском районе не обеспечены жильем 3 врача, Егиндыкольском - 3 медработника, Аршалинском - 2, Зерендинском - 7 медицинских работников.

Для укомплектования вакантных должностей в ЛПО области проведена работа с выпускниками Казахской государственной медицинской академии. Из числа выпускников сформирована группа интернов для прохождения обучения на базе лечебных учреждений области. В 2004 году подготовлены 7 акушеров-гинекологов и 10 врачей хирургов с последующим распределением их в медицинские организации области. Кроме того, руководители лечебных учреждений области приняли участие в «ярмарке вакансий», организованной Казахской и Карагандинской государственной медицинскими академиями. В условиях жесткой конкуренции со стороны работодателей г.Астаны и других областей были предварительно заключены договора с 95 врачами-интернами для их

трудоустройства, из них 45 выпускников в районы и сельской местности, 39 в лечебные учреждения г.Кокшетау и 11 в ЛПУ г.Степногорска. Количество распределенных интернов в нашу область составляет только 32,3% от потребности.

Аналогичная работа проведена с выпускниками Кокшетауского медицинского колледжа. Из 66 выпускников 58 специалистов (88%) были направлены для работы в сельской местности (районы).

Опыт показывает, что доезд молодых специалистов, особенно среди врачей интернов, не превышает 40%. Это обусловлено рядом объективных факторов.

Прибытие молодых специалистов до места распределения зависит от серьезной работы руководителей органов и организаций здравоохранения, акимов городов и районов, в части их обеспечения жильем и другими социальными льготами.

По нашему мнению, при наличии ведомственного жилья или общежития в городах и районах, помимо закрепления кадров на местах, можно было увеличить количество врачей интернов, обучающихся на базе медицинских организаций области, что ускорило бы решение вопроса обеспечения потребности медицинскими кадрами здравоохранения области.

В Послании Президента РК народу Казахстана от 19 марта 2004 года, в развитии человеческих ресурсов особое внимание уделяется вопросам жилья, образования и здравоохранения. Только совместное усилие в реализации поставленных в Послании задач, способствует укомплектованию медицинских организаций специалистами и закреплению молодых специалистов в районах и сельской местности.

Литература:

1.П.П.Петров, Т.К.Калжеков. Проблемы организации медицинской помощи сельскому населению. Алма-Ата, 1990.

2.Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организации здравоохранения в 2002 году (статистический сборник). Астана-Алматы, 2003.

3.Здоровье населения Акмолинской области и деятельность учреждений здравоохранения в 1999-2003 гг. (краткий статистический сборник). г.Кокшетау, 2004.

СТРУКТУРНЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

С. Какенов, К. Куракбаев

Акмолинский областной департамент здравоохранения
Высшая Школа общественного здравоохранения

Формирование новой структуры сельского здравоохранения области в последние годы происходило под влиянием изменения численности сельского населения и сельских населенных пунктов.

В течение 2000-2003 гг. была продолжена работа по оптимизации сети и мощности медицинских организации области, реорганизация сети учреждений ПМСП и дальнейшее

приведение их в соответствие с минимальным государственным стандартом сельского здравоохранения согласно Постановлению Правительства РК № 472 от 26.04.1999 г.

Для повышения уровня специализированной медицинской помощи сельским жителям был открыт стационар наркологического диспансера на 50 коек; организована региональная противотуберкулезная больница на 100 коек; детское отделение на 20 коек в Атбасарском региональном противотуберкулезном диспансере; увеличилась мощность областного онкологического диспансера на 20 коек, перинатального центра на 10 коек.

В 2000 году число СВА сократилось с 131 до 122 за счет их закрытия, реорганизации в ФАПы, объединения с другими СВА в связи с миграцией населения и уменьшением численности обслуживаемого населения Есильского, Жаксынского, Целиноградского районов.

Численность ФАП и ФП увеличилась с 409 до 447, число ФП без помещения (СМР) с 104 до 110 за счет восстановления из числа ранее закрытых и реорганизации из СВА и укомплектования населенных пунктов СМР без выделения отдельного помещения. В течение года вновь открыты 3 и восстановлены из числа ранее закрытых 27 ФАП и ФП, выделены должности СМР без отдельного помещения в 20 сельских населенных пунктах.

В течение 2001 года был организован районный отдел здравоохранения при акимате Есильского района; Щучинский дом ребенка передан на баланс областного бюджета; организована самостоятельная станция скорой медицинской помощи в Буландинском районе; вновь восстановлена ранее закрытая сельская больница на 15 коек в с.Ново-Владимировка и вновь открыто туб.отделение на 15 коек при ЦРБ Аршалинского района.

Учреждения ПМСП были представлены 4 сельскими больницами, 114 семейными врачебными амбулаториями, из них 101 СВА в районах, в т.ч. 87 СВА расположены в сельской местности. В составе районных СВА имеются 122 ФАПов и 339 ФП. Кроме того, в 100 малонаселенных пунктах области медицинскую помощь оказывают средние медицинские работники без отдельного помещения.

В течение года сеть учреждений ПМСП была подвергнута ревизии по их приведению в соответствие с потребностью обслуживаемого населения путем их реорганизации и объединения или закрытия. Выявлено, что количество семейных врачебных амбулаторий сократилось с 122-х до 114-ти; количество ФАП сократилось с 124-х до 122-х; количество ФП увеличилось с 323-х до 339-х; количество СМР (ФП без отдельного помещения) сократилось с 110-ти до 100.

В 2002 году коечная мощность больничных учреждений и диспансеров увеличилось с 6625 коек до 6710 коек за счет прироста коек Аршалинской ЦРБ (10 коек), Жаксынкой ЦРБ (20 коек), Щучинского тубдиспансера (40 коек), Степногорской ЦГБ (15 коек), областного перинатального центра (10 коек), 20 коек Макинской СУБ Енбекшильдерского района, 20 коек в городской больнице №1 г.Кокшетау; сокращены 10 коек в Целиноградской РКБ, 20 коек Кийминской СБ Жаксынского района, 20 коек в Енбекшильдерской ЦРБ.

Учреждения ПМСП представлены 2 СУБ, 3 сельскими больницами, 109 семейными врачебными амбулаториями, из них 98 СВА действуют в районах, в составе которых имеются 120 ФАП и 374 ФП. Кроме того, в 66 малонаселенных пунктах области медицинскую помощь оказывают средние медицинские работники без отдельного помещения.

Количество СВА сократилось с 114 до 109: Шортандинская СВА Шортандинского района объединена с КДП; 2 СВА, Селетинская и Павловская, Ерейментауского района объединены с СБ; 2 СВА г.Кокшетау, «Отау» и «Железнодорожник», объединены с другими СВА; восстановлена Костычевская СВА Жаркаинского района; СВА с.Зеренда вошла в состав поликлиники ЦРБ; Восстановлена из ФАП Новомарковская СВА Ерейментауского района.

Количество ФАП сократилось с 122-х до 120-ти за счет реорганизации ФАП с.Валиханово Енбекшильдерского района в ФП и ФАП с.Новомарковка Ерейментауского района в СВА.

Количество ФП возросло с 339-ти до 374-х. За счет реорганизации ФАП, ФП и СМР общее количество СМР (ФП без помещения) сократилось со 100 до 66.

Увеличилось количество СУБ и СБ с 5 до 10, а количество СВА сократилось 109 до 95, ФАП с 120 до 117, ФП с 374 до 372.

В течение года были восстановлены 14 сельских участковых больниц, закрыты и присоединены к другим медицинским организациям 9 СВА.

К настоящему времени в области числятся 54 сельских населенных пунктов без медицинского обслуживания, которые прикреплены к близлежащим лечебным учреждениям. Из данного количества в 46 населенных пунктах численность населения составляет менее 50 чел. В 8 населенных пунктах численность населения составляет до 300 чел. и в 2 населенных пунктах – до 800 чел., которые расположены на расстоянии менее 5 км. от ближайшей медицинской организации и им не требуется выделение медицинского работника или открытие ФАП или ФП.

Для оснащения объектов сельского здравоохранения приобретено медицинского оборудования, инвентаря и автотранспорта на сумму 102 млн. тенге, из них 30 единиц автотранспорта, 183 единицы медицинского оборудования, оргтехники на сумму 9,75 млн. тенге. За счет республиканского бюджета в область выделено 2 передвижные флюороустановки, 5 машин-рефрижераторов для санитарно эпидемиологической службы.

Телефонизировано 55 учреждений первичной медико-санитарной помощи.

ОРГАНИЗАЦИЯ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Бижигитов Ж.Б.

Алматинский городской ревматологический Центр

Социальное бремя ревматических болезней в казахстанском обществе, как и в большинстве других стран мира, продолжает возрастать. Обеспокоенность медицинской общественности, социальных служб и самих больных, в связи с увеличением и усложнением связанных с ревматическими болезнями проблем, нашла отражение в проводимой под эгидой ВОЗ международной Декаде болезней костей и суставов 2000-2010 гг.

На социальном уровне важность проблемы ревматических болезней обусловлена, прежде всего, теми потерями «недоданного» общественного продукта, которые тесно связываются с широкой распространенностью данной патологии, хроническим характером течения большинства ревматических болезней, негативно влияющих на трудовой общественный потенциал через вызываемые ими временные и стойкие трудопотери, а также, через преждевременную смертность лиц трудоспособного возраста.

Анализ и оценка общей заболеваемости ревматизмом в г. Алматы за последние 5 лет показали, что в течение 1997-1999 гг. она колебалась от 3,52 до 3,86 на 1000 населения, а в 2000 году она увеличилась на 18,7%, с последующим снижением в течение 2001, 2002 гг. до уровня 1997 года. При этом отмечен двукратный рост первичной заболеваемости, особенно среди детей и подростков (соответственно 1,33 и 4,54 на 1000 населения) (И.С.Захаров, 2002).

Между тем, в современных условиях, когда под влиянием нового комплекса социально-экономических, психологических, медицинских факторов происходит психосоматизация традиционных ревматических болезней, по-прежнему, остаются мало разработанными вопросы формирования новых групп риска по развитию ревматических заболеваний, их диагностике, адекватной медикаментозной терапии, диспансеризации и медицинской реабилитации в амбулаторных условиях.

Особого внимания заслуживают проблемы оказания первичной медико-санитарной помощи (ПСП) больным с различными формами ревматизма, определения видов, объема и структуры специализированной консультативно-диагностической помощи, потребности в стационарных и медико-социальных услугах.

В этой связи, научное обоснование, разработка и внедрение новых методических подходов к организации ревматологической помощи населению приобретают особую актуальность.

Для реализации этих целей в г. Алматы в 2002 г. при поликлинике № 8 организован городской ревматологический Центр (схема).



Схема организации и взаимодействия

Функциями вновь созданного городского ревматологического Центра являются:

1. Оказание специализированной консультативно-диагностической помощи больным с острыми и хроническими ревматическими болезнями;
2. Оказание специфических лечебных услуг больным с острыми и хроническими ревматическими болезнями;
3. Организация, мониторинг и повышение эффективности диспансеризации;
4. Координация деятельности городских территориальных поликлиник, стационаров и специализированных санаториев в вопросах улучшения преемственности в части плановой госпитализации и санаторного оздоровления;

5. Внедрение новых организационных и клинических технологий, направленных на повышение эффективности лечебно-профилактической помощи больным с ревматическими болезнями.

Таким образом, в г. Алматы создан городской координационный консультативно-лечебно-диагностический ревматологический Центр, деятельность которого будет способствовать увеличению доступности населения к специализированной ревматологической помощи и повышению качества ревматологических больных.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ РАБОТНИЦ КОММЕРЧЕСКОГО СЕКСА В Г. ШЫМКЕНТЕ

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

Высшая Школа общественного здравоохранения

Демократизация общественных отношений, расслоение общества на классы, безработица, отсутствие должной социальной поддержки со стороны государства, формируют среди населения группы риска, которые поддерживают высокий уровень заболеваемости ИППП. Одной из таких групп являются работницы коммерческого секса (далее РКС).

К сожалению, до сих пор не разработано достаточно эффективных мер для преодоления этого социального недуга. С каждым годом коммерческий секс приобретает все более изощренные формы, в эту сферу вовлекаются все новые контингенты (подростки, студенты, сельские жители) [1].

Понятно, что эти явления являются отражением негативных социальных процессов, сопровождающих смену общественно-экономических формаций, и требуют изыскания принципиально новых подходов к организации и проведению профилактических мер и медико-социальной реабилитации среди этого контингента населения. При этом важно существующую систему достроить такими функционально-организационными элементами, которые бы позволили вовлечь в этот процесс принципиально новые структурные образования и свежие общественные силы, т. е. на практике реализовать идею межсекторального сотрудничества в этой области [2, 3, 4, 5].

Целью исследования было составить социально-психологический портрет работниц коммерческого секса для разработки научной базы медико-социальной помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для проведения социологического исследования анонимным методом в г. Шымкенте было опрошено 586 работниц коммерческого секса. Среди общего числа опрошенных, подавляющий удельный вес (73%) составляли женщины в возрасте от 19 до 25 лет, наименьший (6,8%) – девушки в возрасте от 15 до 18 лет. Лица от 26 до 30 лет и от 31 года и старше составляли соответственно 10,7% и 9,5%.

В возрастной группе от 15 до 18 лет замужних, разведенных, вдов не оказалось; в основной группе (в возрасте от 19 до 25 лет) замужем было 15,4%, не замужем – 72,9%, разведенных 11,0% и вдов 0,7%. В возрасте от 26 до 30 лет число замужних женщин было 21,9%, не замужних 60,0%, разведенных 12,9% и вдов 1,6%.

В возрастной группе от 30 лет и старше удельный вес замужних женщин составил более четверти (26,8%) опрошенных; не замужних заметно снизился по сравнению с предыдущей группой (с 60,6% до 46,4%); разведенных увеличился почти в два раза (с 12,9% до 25%), а вдов почти не изменилось. В наиболее возрастной группе опрошенных (от 30 лет и старше) замужних и разведенных было по четверти из общего числа

опрошенных, не замужних почти половина (46,4%), а вдов почти столько же, сколько в предыдущей группе (1,8% против 1,6%).

Изучением уровня образования респонденток показало, что девушки в возрасте от 15 до 18 лет в основном имели среднее, незаконченное среднее образование.

В возрастной группе от 19 до 25 лет 236 опрошенных (55,1%) среднее, незаконченное среднее образование; 82 (19,1%) – среднее специальное; 93 (21,7%) – незаконченное высшее, а 17 (4,0%) - высшее.

В следующей возрастной группе – от 26 до 30 лет почти половина (48,4%) респонденток имели среднее образование, четверть (25,8%) среднее специальное, только двадцатая часть (4,8%) – незаконченное высшее и пятая часть (21,0%) – высшее.

При изучении постоянного места жительства респонденток оказалось, что около половины из них (47,5%) являются жительницами г. Шымкента, 40,5% постоянно проживают в пригородах г. Шымкента и других населенных пунктах области и 12,0% приехали из Киргизии и Узбекистана.

Дальнейший опрос респонденток показал, что у 52,0% из них на иждивении были престарелые родители, у 21,5% - малолетние дети, у 12,8% - неработающий муж, а у 13,7% - иждивенцев не было.

В 67,6% семей опрошенных женщин совокупный месячный семейный бюджет составлял до 15 тысяч тенге; в 24,7% семей – от 15 до 30 тысяч тенге, а в 7,7% из них – свыше 30 тысяч тенге в месяц.

При этом 46,6% опрошенных отметили, что в месяц их доходы от коммерческой сексуальной деятельности в среднем составлял до 10 тысяч тенге в месяц, 43,7% женщин указали, что «зарабатывают» от 10 до 20 тысяч тенге, и, лишь у 9,7% из них среднемесячные доходы превышали 20 тысяч тенге. Сопоставляя полученные данные с результатами ответов, на предыдущий вопрос, можно с известной долей условности полагать, что доходы в семьях, в которых женщины занимаются коммерческим сексом, составляют основную долю семейного бюджета.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Распределение опрошенных женщин в зависимости от способа сексуальной коммерческой деятельности показано, что в возрасте от 15 до 18 лет 85% из них своих клиентов находят на улице; в возрастной группе от 19 до 25 лет число женщин, работающих по вызову и на улице было почти одинаковым (47,7% и 52,3% соответственно). В возрастной группе от 26 до 30 лет соотношение между первыми и вторыми резко оценивалось в сторону первых, составляя почти 3:1, а в последней исследованной возрастной группе еще более увеличилось и составило 7 к 1.

Полученные данные, очевидно, свидетельствуют о том, что с приобретением опыта, «стажа» сексуальной коммерческой деятельности женщин появляются более надежные механизмы их защиты и информационного обеспечения.

Изучение ответов респонденток о стоимости оказываемых ими сексуальных услуг показало (таблица 1), что до 500 тенге за час берут 52,2% женщин, от 500 до 1000 тенге – 34,8%, от 1000 до 1500 – 8,7%, а свыше 1500 тенге лишь 4,3% опрошенных.

Таблица 1 - Распределение респонденток в зависимости от стоимости сексуальных услуг (в час)

До 500 тенге		От 500 до 1000 тенге		От 1000 до 1500 тенге		Свыше 1500 тенге	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
306	52,2	204	34,8	51	8,7	25	4,3

Установлено, что под прикрытием сутенеров коммерческой сексуальной деятельностью занимается 90% девушек в возрасте от 15 до 18 лет, 92,7% - в возрастной группе от 19 до 25 лет. Показано, что с увеличением возраста удельный вес женщин, работающих под опекой сутенеров, уменьшилось или, возможно, их взаимодействие приобретает более скрытые формы, о которых респондентки не захотели говорить.

Дальнейший опрос женщин показал, что все они работают под прикрытием сутенеров. Причем оказалось, что чем они моложе, тем в большей степени нуждаются в их опеке.

На вопрос о размере платы сутенеру за его услуги все девушки в возрасте от 15 до 18 лет ответили, что на эти цели у них уходит до 70% их доходов. В возрастной группе от 19 до 25 лет только 38,0% женщин были солидарны с предыдущими опрошенными; другая треть (32,7%) указали, что платят сутенеру половину от своих доходов, другая треть 29,3% - менее половины.

В возрастной группе от 26 до 30 лет оказалось, что треть опрошенных платит сутенеру до 70% своих доходов, 53,9% - до половины, а 15,4% - менее половины. И, наконец, в старшей возрастной группе около 70% опрошенных платят сутенеру менее половины своего заработка.

Понятно, что с возрастом у РКС повышается квалификация и растут цены на их услуги, с одной стороны, с другой – период активной сексуальной деятельности скоротечен и чем старше женщина, тем ее услуги становятся менее привлекательными для основной массы клиентов.

Между тем в задачу социологического исследования лиц, занимающихся коммерческим сексом, входило изучить частоту физического и морального насилия со стороны клиентов. Установлено, что 55% девушек в возрасте от 15 до 18 лет ответили, что насилия не испытывают никогда; 30% - редко, 15% - почти всегда.

В возрастной группе от 19 до 25 лет лиц, которые такого насилия не испытывают никогда, редко, почти всегда было одинаковым (соответственно 33,2%, 35,3% и 31,5%); в возрастной группе от 26 до 30 лет распределение ответов на заданный вопрос почти не отличались от предыдущей группы; в последней возрастной группе (от 30 лет и старше) почти половина (48,2%) респонденток ответила, что насилия не испытывала, у 23,2% из них они встречались редко, а у 28,6% - почти всегда.

Показано, что занятие коммерческим сексом осложняют взаимоотношения опрошенных с близкими и родственниками. При этом чаще всего это касается родителей, братьев, сестер (88,9%), друзей и знакомых (42,2%).

Естественно было предполагать, что респондентки в процессе осуществления своей деятельности испытывают определенные трудности при контакте со службой охраны общественного порядка.

62,5% девушек от 15 до 18 лет показали, что такие трудности они испытывают часто. В группе женщин от 19 до 25 лет таких женщин было 68,2%; в возрасте от 26 до 30 лет – 66,2%, а в старшей возрастной группе (от 30 лет и старше) таковых оказалось более чем в 2 раза меньше.

На вопрос о том, каким способом опрошенные разрешают возможные конфликты, большинство из них во всех возрастных группах, указали на сутенера, меньшее их количество – на оплату штрафа. Однако, интересно, что четверть и более четверти респонденток из более «молодой» и возрастных групп опрошенных разрешают конфликтные ситуации с помощью оказания бесплатных сексуальных услуг.

Представляло безусловный интерес узнать, как респондентки относятся к легализации коммерческого секса. Ответы у опрошенных были не однозначными. Так, только 1/3 опрошенных в возрасте от 15 до 18 лет относятся к этому вопросу положительно, 1/5 – отрицательно, а половина – безразлично. В возрастной группе от 19 до 25 лет 59,8% - приветствует легализацию коммерческого секса; 29,4% - относятся отрицательно, а 10,8% из них – все равно каким он будет. В старших возрастных группах опрошенных отмечено увеличение удельного веса женщин, относящихся позитивно к этому вопросу и уменьшение с отрицательной и неопределенной точкой зрения.

Установлено, что среди девушек в возрасте от 15 до 18 лет 30% начала половую жизнь в 15 лет; 70% - в 16-17 лет; в возрастной группе от 19 до 25 лет женщин, начавших половую жизнь в 15 лет было 17,5%, в 16-17 лет – 37,6%, в 18-19 лет – 40,4%, позже 20 лет

– 4,5%. Среди женщин в возрасте от 26 до 30 лет наибольший удельный вес составляли респондентки, начавшие половую жизнь в 16-17 лет (40,4%) и в 18-19 лет (41,9%), наименьшее – позже 20 лет (4,8%) и в 15 лет (12,9%). В старшей возрастной группе такое структурное распределение почти сохранилось, однако удельный вес опрошенных начавших половую жизнь позже 20 лет был наиболее высоким (14,3%).

Изучение социально-психологических причин сексуальной коммерческой деятельности показало (рисунок 1), что 60% девушек в возрасте от 15 до 18 лет указали на соответствие работы и 40% на необходимость пополнения семейного бюджета.

В возрастной группе от 19 до 25 лет удельный вес женщин, считающих отсутствие работы причиной занятия коммерческим сексом был чуть меньшим (46,3%), указывающих на неудовлетворительное состояние семейного бюджета таким же, как и в предыдущей группе женщин. Однако по 6,6% - пусковым моментом отметили ненадлежащее исполнение супружеских обязанностей и повышенную сексуальную активность. В старших возрастных группах социальные причины продолжали оставаться ведущими, а значение психологических – постепенно увеличивалось.

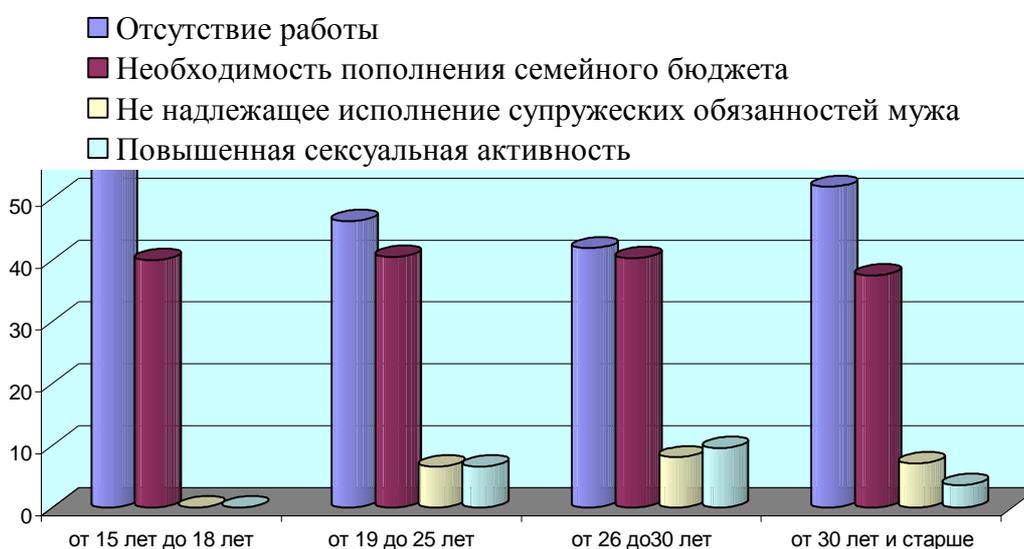


Рисунок 1 - Распределение опрошенных в зависимости от социально-психологических причин

Установлено, что 2/3 девушек в возрасте от 15 до 18 лет в день (за ночь) занимаются коммерческим сексом в среднем один раз, 1/3 – в среднем 2 раза. В возрастных группах от 19 до 25 лет и 26-30 лет удельный вес занимающихся коммерческим сексом в день (за ночь) в среднем несколько увеличивается, а в старшей возрастной группе – резко падает (до 17,9%).

Выяснено, что 90% респонденток в возрасте от 15 до 18 лет курят; почти столько же курящих в возрастной группе от 19 до 25 лет и 26-30 лет. В старшей возрастной группе удельный вес курящих респонденток постоянно уменьшался, а курящих периодически и бросивших курить – увеличивался.

На вопрос о том, употребляете ли Вы наркотики, ни одна из респонденток не захотела ответить. Это свидетельствует о том, что лица, занимающиеся коммерческим сексом, хорошо знают об уголовной ответственности за употребление наркотиков. Больше того, очевидно, они понимают, что даже анонимность сбора этой информации не гарантирует их от последующих уголовных преследований. С другой стороны, полученные результаты свидетельствует о неготовности большей части лиц, занимающихся коммерческим сексом к легализации своего положения. Наконец, можно полагать, что они до сих пор не в полной мере осведомлены в необходимости демократизации отношений с представителями местной власти и общественностью.

При изучении частоты употребления спиртных напитков определено, что в самой «молодой» возрастной группе опрошенных только 15% респонденток указали, что спиртных напитков вообще не употребляют; 52,5% из них отметили, что пьют лишь легкие алкогольные напитки, а 35,5% - крепкие.

В возрастной группе от 19 до 25 лет не употребляющих спиртные напитки было уже 4,9%, только легкие – 56,1%, крепкие – 39,0%.

В старших возрастных группах (от 26 до 30 лет и старше 30 лет) около половины опрошенных (53,2% и 48,2%) употребляют крепкие напитки, около трети (30,6% и 37,5%) – только легкие, а не употребляющих вообще спиртных напитков было соответственно 16,1% и 14,3%.

Такая закономерность обусловлена тем, что в возрасте от 19 до 25 лет у женщин, занимающихся коммерческим сексом обретается «опыт» и употребление алкогольных напитков становится неотъемлемым атрибутом их поведенческой «деятельности». С другой стороны, понятно, что с годами у них накапливаются психологические проблемы, связанные с внутренним протестом, разочарованием в жизни и алкоголь помогает хотя бы на время забыть о них.

Попытка изучить вопрос наличия у респонденток признаков хронического алкоголизма, к сожалению, оказались пустыми, так как респондентки отказались отвечать на эти вопросы. Так или иначе, употреблению алкоголя подвержены почти все женщины, занимающиеся коммерческим сексом. Понятно, что это часто ведет к криминальным ситуациям, несоблюдению элементарных гигиенических норм, контрацептивного режима, заражению инфекциями, передающимися половым путем, сексуальному и физическому насилию со стороны клиентов.

Таким образом, результаты социологического опроса работниц коммерческого секса выявили приоритетные социально-психологические проблемы, которые должны разрешаться в ходе оказания им медико-социальной дружественной помощи.

Литература:

1. Гребенников В.А., Жаров Л.В., Ометов В.К. О легализации публичных домов// Вестник дерматологии, 1999, №2, С.14-15.
2. Левин М.М., Евстафьев В.В. Некоторые аспекты проблемы протитуции и инфекций, передаваемых половым путем //Вестник дерматологии, 1999, №2, С.11.
3. Лосева О.К., Нашхоев М.Р. О легализации проституции и мерах по снижению уровня заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, среди работниц коммерческого секса//Вестник дерматологии, 1999, №2, С.12-14.
4. Смирнова Т.С., Дудко В.Ю., Тухтарова М.В. Работницы коммерческого секса тоже нуждаются в помощи //СПб ГКВД, 2003, С.21-23.
5. Козбагаров Ж.А. Распространенность ИППП и социально-психологический статус женщин, занимающихся коммерческим сексом в г. Усть-Каменогорске в 2000 году//Материалы международной конференции «БППП и репродуктивное здоровье», Астана-Павлодар, 1-2 июня 2001, С.49-50.

КАЧЕСТВЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СТРАТЕГИЙ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

**Исаев Д.С., Иванченко Н.Н., Калмаханов С.Б., Алдамжарова М.К.,
Нурмухамбетова С.И. , Исаева А.Д.**

Научный центр медицинских и экономических проблем здравоохранения МЗ РК

В основе комплексного экономического развития страны лежит и системообразующий фактор - состояние здоровья населения, трудовой потенциал его, производительность труда и другие аспекты потенциала человеческих ресурсов, в числе которых находится и уровень прироста населения.

Основные показатели здоровья в Казахстане свидетельствуют о высоком уровне смертности, в частности, среди детей и трудоспособного населения, на фоне низких показателей валового внутреннего продукта (ВВП) на душу населения.

При этом принципы политики развития здравоохранения строятся на приведении в соответствие уровня бюджетного финансирования с универсальным пакетом бесплатной медицинской помощи (гарантированный объем бесплатной медицинской помощи), а также на повышении экономической эффективности в системе здравоохранения с тем, чтобы повысить уровень бесплатной медицинской помощи до приведения в действие дополнительных государственных источников его финансирования.

Нами рассматривается сложившаяся ситуация в системе общественного здравоохранения, с последующей промежуточной и заключительной оценкой ее развития.

В этом плане наиболее приоритетными будут являться следующие позиции:

- население должно принять на себя ответственность за состояние своего здоровья через осуществление своих прав, а также снижая факторы риска, связанные с образом жизни;

- сектор первичной помощи требует реструктуризации и укрепления путем создания СВА, как поставщиков ПМСП, повышения квалификации врачей первичной помощи, и интегрирования вертикальных программ в сферу деятельности первичного сектора;

- сектор стационарной помощи нуждается в преобразовании путем сокращения избыточных клинических мощностей и создания больниц широкого профиля вместо специализированных больниц;

- средства государственного бюджета должны являться единственным источником финансирования до тех пор, пока система не будет реформирована и будет готова к эффективному использованию источника государственного финансирования – обязательного медицинского страхования.

Решение, касающееся определения приоритетов государственного финансирования медицинских услуг, должно основываться на определении наиболее важных видов услуг, таких как первичная помощь, охрана здоровья матери и ребенка, иммунопрофилактика, контроль инфекционных заболеваний и экстренная помощь.

Таким образом, успешная политика в области социальной защиты должна привести к повышению социального благосостояния через улучшение состояния здоровья, большую доступность и более высокое качество услуг, удовлетворенность пациентов и более эффективное предоставление медицинских услуг.

Одним из интегральных, системообразующих факторов в определении уровня и качества жизни населения Казахстана является индекс человеческого развития. Он строится на трех показателях, включающих:

1. ожидаемую продолжительность жизни от рождения;
2. уровень образования;
3. реальный объем ВВП в расчете на душу населения.

Этот индекс определяется как средняя арифметическая трех указанных показателей, что определяется следующей формулой:

$$I_i = \frac{x_i - x_{i\min}}{x_{i\max} - x_{i\min}}$$

где x_i – фактическое значение i -го показателя,

$x_{i\max}$ и $x_{i\min}$ – максимальное и минимальное значение i -го показателя

Условная критериальная база может быть представлена в виде следующей таблицы.

Показатели	Минимум	Максимум
Ожидаемая продолжительность от рождения лет	25	85
Грамотность среди взрослого населения, %	0	100
Совокупная доля учащихся в возрасте 6-24 лет, %	0	100
Реальный ВВП на душу населения (долл. США)	100	10000

Индекс в целом определяют различные уровни человеческого развития (территориальные и региональные особенности, местоположение (город - село), социальный статус, этнические особенности, пол, возраст).

Неотъемлемым элементом стоимостно-эффективного анализа является понятие качества жизни, основанное на расчете QALY (quality-adjusted life-year) – год жизни с поправкой на его качество с учетом влияния лечения и прогрессирования заболевания.

Одним из важных элементов этого индекса является отношение: стоимость/польза, которое определяется как: себестоимость / QALYs = стоимость лечения – стоимость альтернативного лечения / QALY лечения – QALY контроля.

Другая составная характеризует степень выживаемости и рассчитывается как Q-TWiST (Quality-adjusted Time Without Symptoms of Disease and Toxicity) – качественно прожитое время без симптомов и токсичности. В основе этого теста заложено понятие, показывающее, что общая выживаемость (OS) разделяется на три части: время с токсичностью (TOX), время без симптомов болезни и токсичности (TWiST), время после прогрессирования или рецидива (REL):

$$TWiST = OS - TOX - REL$$

QALY обобщает TwiST с учетом того, насколько ценен день с токсичностью или после рецидива для каждого пациента:

$$QALY = U_t \times TOX + TwiST + U_r \times REL$$

где U_t и U_r называются коэффициентами полезности, имеющими значение между 0 и 1.

Таким образом, QALY представляет собой интегральную оценку как положительных, так и отрицательных, побочных эффектов лечения. При этом составные этого индекса могут быть дополнены за счет особенностей условий и уровня жизни населения различных регионов страны.

Суммируя материалы по качественным параметрам в области общественного здравоохранения, мы считаем вышеприведенные индексы по оценке качества жизни в медицине и социологии одним из перспективных мультидисциплинарных направлений, которое интегрирует деятельность представителей различных специальностей: врачей, социологов, фармакологов, психологов, психотерапевтов, филологов, математиков, юристов и др.

Другими словами, эти индексы являются системообразующими факторами в развитии стратегий общественного здравоохранения, обладающими управленческими и контрольными функциями в интересах защиты прав социально – незащищенных слоев

населения: детей, подростков, больных, инвалидов, лиц пенсионного и старческого возрастов.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ДЕТСКОГО ЦЕНТРА ГЕМОДИАЛИЗА

Аязбеков Е.А.

Республиканская детская клиническая больница «Аксай»

Хроническая почечная недостаточность детского возраста остается актуальной проблемой современной медицины. По данным European Dialysis and Transplant Association (EDTA) ежегодно от 4 до 6 детей на 1 миллион детского населения нуждаются в заместительной почечной терапии (ЗПТ) и с возрастом частота развития ХПН увеличивается.

В настоящее время основными методами лечения терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ТХПН) являются гемодиализ, перитонеальный диализ и трансплантация донорской почки [].

В 1988 году на базе Республиканской детской клинической больницы было открыто отделение экстракорпоральной детоксикации при непосредственном участии Научного центра хирургии им.А.Н.Сызганова и Научного центра педиатрии и детской хирургии. За 2 года в данном отделении проведено более 2,5 тысяч операций экстракорпоральной детоксикации крови у 67 больных с ХПН и 47 больных с ОПН.

Однако, несмотря на комплексное лечение, летальность больных с ХПН, подключенных к искусственной почке составляет 90-92%. Летальность при ОПН при обычных методах лечения составляет 50% и выше, тогда как использование различных методов экстракорпоральной детоксикации позволяет снизить ее до 20%.

Вместе с тем, анализ клинического опыта и научных исследований свидетельствует о том, что использование различных методов экстракорпоральной детоксикации крови в комплексном лечении больных с ХПН не устраняет основной патологический процесс, а лишь способствует стабилизации течения ХПНГ, коррекции имеющихся осложнений и тем самым - продлению жизни больных до возможной трансплантации почек – единственному радикальному методу лечения.

На сегодня число детей с ТХПН нуждающихся в проведении гемодиализа в среднем по республике составляет 25-30 больных, из них требующих трансплантации донорской почки - 10-12 в год.

Кроме того, необходимо было учесть, что в соседних республиках Средней Азии таких как Кыргызстан и Таджикистан отсутствовали отделения гемодиализа и трансплантации почек. Поэтому, для комплексного решения основных задач, координации межреспубликанских взаимоотношений, рациональном использовании диагностической и диализной аппаратуры и их комплектующих, направленных на профилактику, диагностику и лечение почечной недостаточности у детей было целесообразным открытие Межреспубликанского детского центра гемодиализа и трансплантации почки.

Для этого нами был изучен опыт других стран, где такая служба развита и успешно функционирует, а также опыт отделения трансплантации органов в НИИ клинической и экспериментальной хирургии им. А.Н.Сызганова функционирующее с 1978 года.

Основными задачами Центра предусматривалось:

- осуществление консультативной и лечебной помощи больным хронической почечной недостаточностью (ХПН) и острой почечной недостаточностью (ОПН);
- организации и совершенствование заготовки и консервации трупных почек в детском возрасте;
- разработка оперативной техники трансплантации почек в эксперименте и внедрение в клинику;
- создание единого «листа ожидания» для детей нуждающихся в трансплантации почек и включение его во всесоюзный лист ожидания;
- хирургическая коррекция больных с урологической патологией в стадии ХПН под прикрытием гемодиализа;
- изучение эпидемиологии данной проблемы в Казахстане, Киргизии и Таджикистане;
- проведение научно-исследовательских работ по вопросам ранней диагностики почечной недостаточности с определением группы риска;
- проведение организационно-методической работы в областных и городских детских больницах в плане внедрения новых методов диагностики и лечения больных с почечной недостаточностью;
- участие в научно-практических конференциях по проблемам детской нефроурологии, хронического гемодиализа и трансплантации почек.

В соответствии с договоренностями Министерства здравоохранения Казахстана, Киргизстана и Таджикистана, были заключены двухсторонние Договора о взаимном научно-практическом сотрудничестве лечебно-профилактических учреждений и кафедр вузов соседних республик по проблемам гемодиализа и трансплантации почек у детей.

В соответствии с этими договорами Республиканская детская клиническая больница и Казахский НИИ педиатрии приняли на себя обязательства:

- оказывать организационную, методическую и научно-практическую помощь по вопросам диагностики и лечения больных с ХПН;
 - госпитализировать больных в стационар после предварительной консультации специалистами Центра (по санитарной авиации или заочно по медицинской документации);
 - проводить хирургическое лечение больных с МКБ и хроническим обструктивным пиелонефритом в стадии ХПН;
 - исследовать иммунологический статус реципиентов и доноров для трансплантации почек;
 - осуществлять подготовку специалистов на рабочем месте.
- Со своей стороны Министерство здравоохранения Киргизии приняло на себя обязательства:
- назначить ответственных соисполнителей по республике (НИИ, кафедра, больница);
 - проводить мероприятия по ранней диагностике ХПН у детей и своевременно направлять таких больных в Центр гемодиализа и трансплантации по договоренности;
 - осуществлять рациональную диспансеризацию больных с ХПН на местах;
 - обеспечивать доставку больных и вызова по санитарной авиации специалистов Центра;

- по-возможности обеспечивать направляемых больных диализаторами, магистралями и сорбентами;
- ежегодно заказывать в Республиканской медтехнике диализаторы, магистрали и сорбенты.

Медицинские организации Таджикистана приняли на себя обязательства:

- проводить рациональную диспансеризацию больных с ХПН для гемодиализа;
- осуществлять доставку больных и вызов специалистов по согласованию с зав.отделением гемодиализа ;
- обеспечивать направляемых больных диализаторами и магистралями (в среднем 50 штук на 1 больного);
- учитывать дополнительное количество диализаторов и магистралей для детей в Республиканскую медтехнику;
- внедрить методику секционной нефролитотомии (по Пулатову) в РДКБ (Алма-Ата).

Однако, указанных выше регламентирующих правовых документов было недостаточно для успешной работы Центра. После становления Казахстана как суверенного и независимого государства, возникла ситуация, когда нужно было разработать специальный закон о трансплантации органов и тканей, позволяющих осуществлять заготовку, консервацию и трансплантацию органов и тканей и, в частности, почек. Проект такого закона был разработан под руководством директора Научного центра хирургии, академика М.А.Алиева, на основе изучения опыта зарубежных стран, России и стран СНГ.

Принимая во внимание изученные материалы и с учетом мнения специалистов Министерства здравоохранения и ведущих юристов, в Закон «Об охране здоровья народа в Республике Казахстан» было внесено дополнение в виде статьи 23 «Трансплантация органов и тканей», которое позволяло проводить трансплантацию, а также заготовку донорских органов и тканей от живого человека, трупа и животных в республике.

Учитывая, что Закон «Об охране здоровья населения Республики Казахстан» и его дополнение в виде 23 статьи является законом непрямого действия, к нему необходимо было разработать подзаконный акт. Таким нормативно-правовым документом явился приказ Минздрава РК № 482 от 29.02.1993 года, который включал в себя «Общее положение о порядке проведения трансплантации органов и (или) тканей» и «Инструкция о порядке изъятия органов и тканей у доноров-трупов и констатации смерти в результате полного необратимого прекращения функции головного мозга .

Таким образом, была создана правовая и нормативная база для осуществления заготовки, консервации и трансплантации почки.

В последующем, кроме приказа о создании Межреспубликанского детского центра по гемодиализу и трансплантации почки, были изданы приказы городского управления здравоохранения г.Алматы, управления здравоохранения Алматинской области и Республиканской детской клинической больницы, которые позволяли нормальному функционированию подразделений Центра и взаимодействию различных служб.

Оснащение Центра современной аппаратурой и оборудованием, позволяло использовать современные методы диагностики и лечения детей с ТХПН. Отделение было оснащено 5 аппаратами «искусственная почка» фирмы ГАМБРО (Швеция) и системой очистки воды, операционным блоком, перевязочным и процедурным кабинетами, 7 двух-трех местными палатами и дополнительными вспомогательными помещениями.

Важным фактором успешной деятельности Центра являлось подготовка квалифицированных кадров. Врачи прошли специализацию в соответствующих учреждениях Алматы и Москвы, владеют техникой проведения гемодиализа, гемосорбции и плазмофереза, а также хирургической техникой венесекции, венепункции и

катетеризации подключичной вены. Все врачи участвуют в заборе и консервации донорских органов, в операции трансплантации почки. Средний медперсонал также прошел специализацию, медицинские сестры Центра подготовлены как сестры гемодиализа и операционные сестры, что позволяет успешно использовать взаимозаменяемость в нестандартных случаях.

Наряду с существующими методами экстракорпорального лечения больных детей с ХПН, такими как гемодиализ, гемосорбция, плазмоферез и др., в работу Центра были внедрены современные методы лечения, такие как гемоультрафильтрация и пульсотерапия с гемосорбцией.

Для четкой координации действий между вновь созданным Центром и другими научно-исследовательскими и лечебными учреждениями нами была разработана схема взаимодействия различных служб Межреспубликанского детского центра гемодиализа и трансплантации, Научно-исследовательского института экспериментальной и клинической хирургии им. А.Н. Сызганова и лечебными учреждениями города Алматы и Алматинской области.

Взаимодействие Института хирургии и Центра гемодиализа и трансплантации осуществлялось на основе двухстороннего Договора. При этом, институт осуществлял консультации больных в до- и послеоперационном периоде, проводил иммунологические исследования больных детей с ТХПН, осуществлял совместно с Центром забор, консервацию и трансплантацию почки у больных детей с ТХПН, создал единый лист ожидания для больных детей с ТХПН, проводил совместные научные исследования по данной проблеме.

Лечебные учреждения города Алматы и Алматинской области в соответствии с приказом обеспечивали необходимые условия для круглосуточной работы выездной бригады Центра и Института хирургии производящих заготовку перивитальных почек, в течении суток оповещали Центр трансплантации о состоянии больных в реанимационных отделениях.

Таким образом, была налажена четко скоординированная деятельность между МДЦГиТ и другими учреждениями по осуществлению диагностики, отбора детей для трансплантации почек, их консультацию, отбор доноров, подготовку к операции, проведению трансплантации и послеоперационному наблюдению.

Литература:

1. Войлокова Р.Я., Ржевская О.Н., Тарабарко Н.В., Хоробрых В.В., Сизиков В.П., Симбирцев А.С. Использование отечественных препаратов для лечения вирусной инфекции и купирования кризов отторжения аллотрансплантированной почки. // Вестник трансплантологии и искусственных органов. - М., №1. - 2002. - С. 21-23.
2. Джумагулов Б.Б., Турсунов К.Т., Исмагилов Р.З., Аязбеков Е.А. Опыт применения экстракорпоральных методов детоксикации при ХПН. // Труды АГМИ. 1992.
3. Исмагилов Р.З. Диагностика и лечение осложнений при пересадке почки. // Автореферат диссертации на соискание д.м.н. - Алматы. - 1996.
4. Исмагилов Р.З., Канатбаева А.Б., Кулмурзаева Г.К., Шепетов А.М., Тапалов Ж.У., Кабулбаев К.А., Алтынова В.Х. Основные этиологические факторы развития ХПН у детей в Казахстане. // Материалы второго съезда педиатров-нефрологов России. - г. Москва. - 11-13 октября, 2000 г. - С. 122.
5. Шумаков В.И., Мойсюк Я.Г., Томилина Н.А. и др. Трансплантация почки. Трансплантология: руководство/Под ред. В.И. Шумакова. -М.: Медицина, 1995. -194-196 с.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СЛУЖАЩИХ ВНУТРЕННИХ ВОЙСК МВД РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Т. Ибраев

Начальник медицинской службы УВД Кызылординской области

Первоочередные задачи по улучшению состояния здоровья граждан Республики Казахстан в полной мере относятся и к такому «декреতিরованному» контингенту как служащие внутренних войск МВД.

В условиях, когда в системе органов внутренних дел происходят процессы стабилизации, повышается ее ответственность за поддержание политических и социально-экономических преобразований в стране, вопросы совершенствования медицинской службы МВД приобретает особую актуальность.

Сейчас стало очевидным, что преимущественное финансовое и материально-техническое обеспечение системы медицинского обслуживания сотрудников органов внутренних дел уже не является приоритетным и поиск путей ее устойчивого функционирования вызывает необходимость оптимизации видов и объемов медицинской помощи. Становится также очевидным, что должны быть сформированы теоретические и методологические основы совершенствования медицинской помощи сотрудникам органов внутренних дел, раскрыты широкие возможности донозологической диагностики, дана многофакторная оценка здоровья, определены нормативы потребности сотрудников и служащих МВД в медицинской помощи. Отправной точкой всего этого является определение состояния здоровья работников. Настоящее исследование посвящено изучению состояния здоровья служащих внутренних войск.

В 2003 году общая заболеваемость в войсках по сравнению с 2002 годом в целом снизилась на 2%, при этом в отдельных частях отмечалось ее повышение от 1,5% до 4,5%. При снижении в войсках уровня заболеваний органов дыхания на 16,5% и кожи и подкожной клетчатки на 12,4%, в некоторых частях их удельный вес продолжает оставаться высоким (7,2% и 14,8% соответственно). В то же время обращает на себя внимание значительный рост (на 13,5%) как в целом в войсках, так во всех частях, болезней органов пищеварения, в некоторых частях этот рост достигает 36%.

В течение последних 3-х лет общая заболеваемость в войсках снижается (с 1283,3 промилле в 2001 г. до 1047,1 промилле в 2003 г.). На этом фоне госпитализация резко возросла (на 14% в 2003 г. по сравнению с 2001 г.). Средняя длительность пребывания в стационаре составила 10 дней, тогда как в целом по Республике Казахстан она достигла 14,1 дня. Снижение сроков пребывания в стационаре стало причиной увеличения числа повторных госпитализаций на 4%.

За истекший год из войск по состоянию здоровья было уволено военнослужащих на 13,5% больше, чем в 2002 г. На прежнем уровне осталась увольняемость по психической патологии, возросла увольняемость по туберкулезу легких (на 24%). Наряду с эти в войска попадают необоснованно призванные военнослужащие. Удельный вес таких лиц достаточно стабилен и, как правило, не превышает 0,5%. Тем не менее, этого количества иногда хватает, чтобы вызвать ненужные эксцессы: в структуре общей увольняемости психические расстройства занимают первое место и составляют 43,1%. Поэтому при призыве молодого поколения необходимо улучшить работу в военных комиссариатах офицеров медицинской службы с обращением особого внимания на медицинскую документацию (данные о профилактических прививках, осмотрах врачей-психиатров, флюорографическом обследовании).

В последние годы в средствах массовой информации муссируются слухи о высоком уровне травматизма в армии. Суммарные показатели всех видов травматизма во внутренних войсках свидетельствуют о его неуклонном снижении за прошедшие 5 лет: с 64 промилле в 1999 г. до 25 промилле в 2003 г., что значительно ниже уровня общего травматизма среди населения Республики Казахстан. Вместе с тем отмечен рост в 3 раза транспортного травматизма, на что необходимо обратить внимание командиров всех степеней.

Военно-врачебной комиссией внутренних войск МВД Республики Казахстан в 2003 году проведено медицинских освидетельствований на 49% больше, чем в 2002 году. Первое место в структуре выявленных при освидетельствовании заболеваний занимают психические заболевания (26,4%), второе место – туберкулез легких (12,3%), на третьем месте – болезни системы кровообращения (11,5%, что в 2 раза больше показателя 2002 г.). Далее следуют болезни органов пищеварения (10,7%, что тоже почти в 2 раза больше показателя предыдущего года) и болезни костно-мышечной системы (9,9%).

Военно-врачебной комиссии внутренних войск МВД Республики Казахстан необходимо поднять уровень работы по анализу увольнений военнослужащих и разработать рекомендации по улучшению их освидетельствования.

Таким образом, в медицинской службе внутренних войск имеются резервы, позволяющие снизить заболеваемость и травматизм и разработать методологические основы совершенствования медицинской помощи служащим.

STATE OF EMPLOYEE'S HEALTH OF INTERNAL TROOPS MID REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

T. Ibraev

Head of medicine service of AID of Kizilorda area

A prime problem for improvement state of citizen's health of Kazakhstan is connected with that "decreation" group as employee of internal troops MID.

In that conditions when in organ of internal department system taking place stabilization's process, responsibility for support of political and social-economic reform in the country is rising, points of MID medicine service's perfection taking special actual.

Now it's obvious, that primary financial and technical security of medicine service's systems of internal department's organ's employees isn't priority and searching way of it's stable function cause necessity in optimization of medicine aid's form and volume. Also it's obvious, that the theoretical and methodological basis of medicine service's perfection to employee's internal troops is could be form, uncover wide possibility of undernosological diagnostic, give multifactor appraisal of health, define standard of employee's needs. Starting-point of all these are define health's state of internal troop's employees.

In 2003 troop's common sick rate as compared with 2002 on the whole lowered to 2%, at the same time in some unit mentioned it's rise from 15% to 4,5%. At lowering it troops level of lung's sick to 16,5% and skin and hypodermic cellular tissue to 12,4%, in some unit theirs weight is still high (7,2% and 14,8%). At the same time in troops and units increasing alimentary system's sick (to 13,5%), in some units to 36%.

During last of the 3-rd years common sick rate in troops is lowering (from 1283,3 promile in 2001 to 1047,1 promise in 2003). The hospitalization has increased sharply (to 14% in 2003 as compared with 2001). The medial duration of stay in hospital is 10 days, while on the

whole in Kazakhstan it's attained 14,1 days. The lowering of stay in a hospital got a reason of increase number of second hospitalization to 4%.

For the last years from troops by state of health was discharged more serving soldier than in 2002. Dischargion by alienation was in the same level, by pulmonary tuberculosis lowered (to 24%). At the same time in troops getting soldier who was call up groundless. Their number is 0,5%. However it is suffice for excess: in common structure of dischargion the mental disorder on first place and make up 43,1%. That's why by calling up the young people it's necessary to improve medicine service's work, and pay attention to medicine documentation (facts about inoculation, examination of psychiatrist, roentgen photography).

In last years the mass media is said about high level of traumatism in army. Summary index of all kind of trauma in army witness about its lowering at last 5 years: from 64 promile in 1999 to 25 promile in 2003; it's considerable lower that common traumatism among Kazakhstan's population. At the same time 3 times increased transport's trauma, and the commanders of all degrees could pay attention to these fact.

Military – medical commission of internal troops MID of Kazakhstan in 2003 hold medicine examine to 49% more, than in 2002 years. In structure of revealed sick rates first place is alienation (26,4%), the second is - pulmonary tuberculosis (12,3%), the third is sick of circulation system (11,5%, that in 2 times as much 2002 year's index). Then is sick of alimentary system (10,7%, that 2 times as much previous year) and sick of osteomuscular system (9,9%).

Military – medical commission of internal troops MID of Kazakhstan must raise level of work by analysis of soldier's dischardion and elaborate recommendation to improvement their examine.

That way, in medicine service of internal troops is reserve, which permitting lower the sick rate and trauma and elaborate methodological basis perfecting medical aids to employees.

БАЗОВЫЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

**Исаев Д.С., Нурмухамбетова С.И., Калмаханов С.Б., Насырова М.С., Алдамжарова
М.К., Исаева А.Д.**

Научный Центр медицинских и экономических проблем здравоохранения, г.Алматы

В условиях республики, имеющей районы с различным уровнем рождаемости, перинатальной и младенческой смертности, региональные профилактические программы в области охраны материнства и детства (ОМД) должны строиться на основе адекватной их особенностям методологии, значимости и управляемости воздействующих факторов и причин, рациональных медико-организационных технологий слежения за женщиной, плодом и ребенка. Важное значение в этом придается вопросам оценки и обеспечения качества проводимых и планируемых мероприятий, включающих среди других оценку ресурсного обеспечения системы ОМД (Ф.Б.Агаев, 1995, И.П.Каткова, 2001, Д.С.Исаев, 2003 и др.).

В зависимости от административного деления региона в структурном отношении мы выделяем областной, межрайонный и районный уровни. С учетом динамики основными показателями мы определяем материально-техническую базу медицинской организации того или иного уровня, техническое оснащение, укомплектованность персоналом и кадровый потенциал.

Другим не менее важным показателем является оценка объемов помощи в системе ОМД по уровням и в динамике по полноте врачебной помощи, полноте диагностической помощи и полноте специализированной помощи в соответствии с установленными нормативами.

Следующий критерий касается показателей результативности и качества деятельности системы ОМД, т.е. соответствие стандартам лечебной, диагностической помощи, качества диагностики, преемственности лечения, результативности деятельности и организации работы учреждения.

Важной составной частью оценки ресурсной обеспеченности является анализ соответствия качества структуры учреждений, полноты оказываемой ими объема и видов медицинской помощи и результативности и качества их работы разработанным стандартам.

Одним из оценочных критериев ресурсного обеспечения служит комплексный лицензионный показатель системы ОМД по уровням и характеру оказания медицинской помощи в динамике.

Среди промежуточных и конечных показателей ресурсообеспеченности и эффективности лечебно-диагностической, организационной и профилактической помощи в системе ОМД одним из ключевых нам представляется степень отклонений от стандартов по уровням и характеру оказываемой медицинской помощи, проводимой также в динамике по основным видам ресурсов (материально-техническая база, техническое оснащение, укомплектованность персоналом и кадровый потенциал).

Базой для своего исследования мы избрали медицинские организации ОМД Алматинской области.

Так, экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой матери, плоду и ребенку в родовспомогательных учреждениях и на педиатрических участках, позволила снизить число клиничко-организационных и технологических ошибок (дефектов в работе) врачей-акушеров в 3 раза и врачей-неонатологов - на 38% за период 1995-2001 гг.

Усилено влияние на число и характер основных дефектов в работе женских консультаций и родильных домов, по данным экспертизы установившей их снижение по женской консультации на 50% на фоне увеличения доли поздних поступлений и незначительного (на 13%) уменьшения доли не состоящих на учете за счет увеличения процессов внутренней миграции населения.

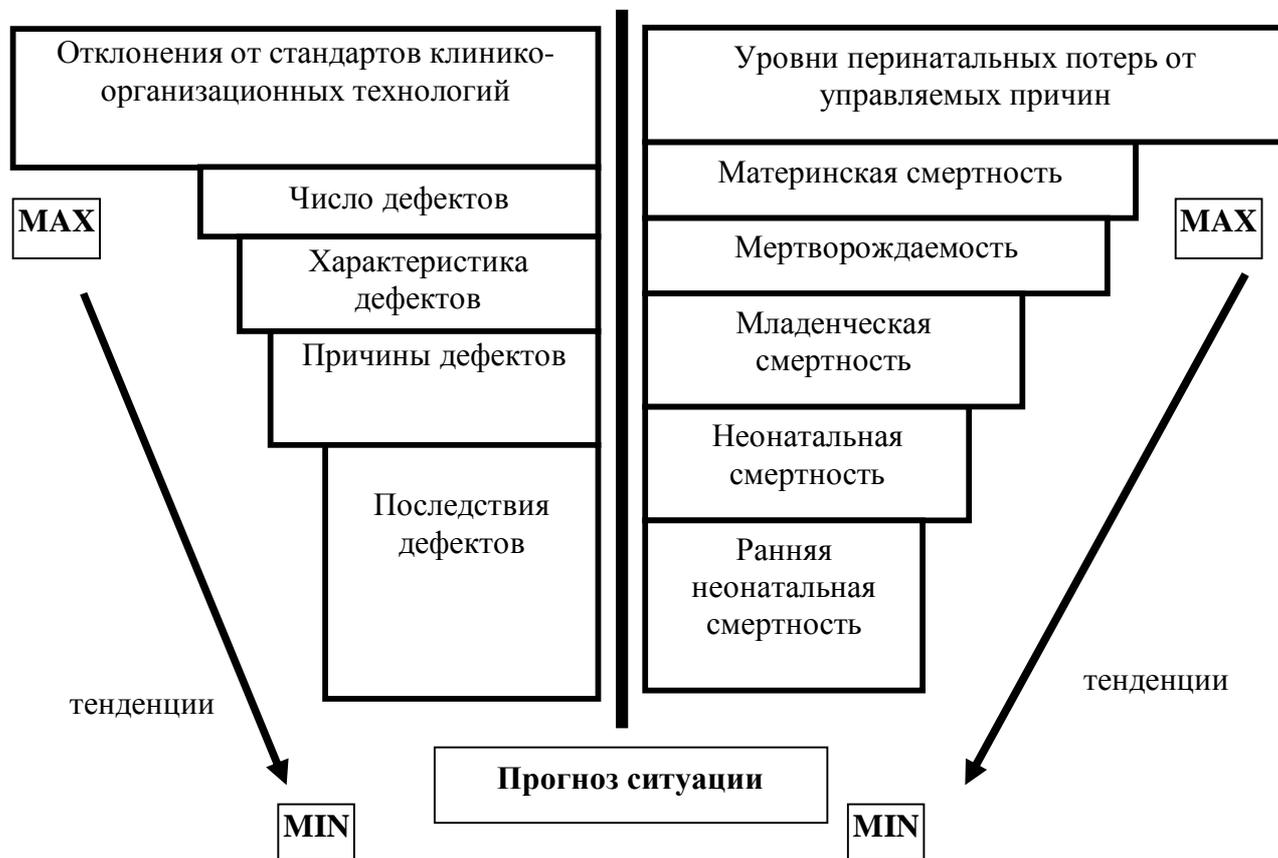
Число дефектов в работе врачей-педиатров увеличилось на 5% за счет ужесточения требований к проведению дородовых патронажей, у неонатологов - уменьшилось на 40% и на 15% уменьшилось число нерациональных родоразрешений.

Достигнута медико-социальная и организационная эффективность внедренной системы:

- уровень гнойно-септической заболеваемости снизился у новорожденных (на 1000 родов) в 1,6 раза, среди матерей - в 1,5 раза;
- уровень материнской смертности обнаружил четкую тенденцию к снижению (в 1,3 раза), при этом в структуре материнской смертности резко снизилась патология, обусловленная управляемыми причинами: гестозами, кровотечениями и абортами;
- показатели перинатальной смертности снизились с 10,2‰ в 1995г. до 8,7‰ в 2001 г., младенческой смертности - с 20,8‰ до 12,1‰;
- число аборт у девочек-подростков уменьшилось с 0,8‰ до 0,5‰ и более чем в два раза при сравнении показателей 1995 года (начало внедрения комплекса) и 2001 года.

Графически это можно представить в виде следующей схемы.

Взаимовлияние перинатальных технологий и качества деятельности медицинских организаций ОМД



Рисунок

В связи с изложенным выше, следует добавить, исходя из наших исследований, что только комплексный, социально-гигиенический подход может помочь в решении многих проблем ОМД с учетом реально складывающихся и реально оценивающихся ресурсных возможностей и условий, в частности, службы родовспоможения на всех её уровнях.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАБОТНИКОВ ЗАО НК «КАЗАХСТАН ТЕМИР ЖОЛЫ»

И.Н. Шуваев

ОАО «Медицинская служба транспорта»

Известно что, до 1996 года в Республике Казахстан функционировала врачебно-санитарная служба, состоящая из 92 санитарно-эпидемиологических, и больничных организаций дорожного, отделенческого, узлового, линейного звена, а также 250 объектов ПМСП. Все эти объекты финансировались из республиканского бюджета, а также дотировались со стороны железной дороги в части их содержания.

В 1997 году в соответствии с Постановлением Правительства РК № 844 «О поэтапной передаче объектов социальной сферы» юридическим лицам и местным исполнительным органам, из 92 объектов ведомственного железнодорожного здравоохранения – 76 были переданы в ведение местных органов власти, при этом 90% из них не сохранили своего профиля.

Эти объективные обстоятельства негативно повлияли на уровень, объем и структуру медицинской помощи железнодорожникам, особенно проживающих в малых населенных пунктах, находящихся в ведении железной дороги.

В 1999 году реформирование железной дороги продолжилось и Постановлением Правительства Республики Казахстан от 25.07.1999г. №1025 «О реорганизации Республиканского государственного предприятия «Казахстан Темир Жолы» и отдельных подведомственных юридических лиц, находящихся в его ведении» на базе оставшихся в ведении РГП «Казахстан Темир Жолы» медицинских организаций было создано три акционерных общества:

1. ОАО – Медицинская служба транспорта – объединившая 15 отделенческих больниц в областных центрах Республики Казахстан

2. ОАО - «Учебно-клинический центр» на базе центральной клинической больницы РГП «Казахстан Темир Жолы» в г. Алматы

3. ОАО - «Центральная дорожная больница» на базе дорожной больницы Акмолинской железной дороги в г. Астане.

С момента создания акционерных обществ их взаимоотношения с железной дорогой строятся только на договорной основе – договора на оказание услуг по медицинскому освидетельствованию лиц, связанных с движением поездов и профилактическими осмотрами работников занятых во вредных производствах. Другим источником финансирования акционерных обществ является доходы от реализации услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в рамках государственного заказа и оказания платных услуг населению.

Создание акционерных объектов позволило сохранить необходимый уровень медицинского обслуживания работников отрасли, сохранить единую систему управления сетью медицинских организаций, привлечь инвестиции, сохранить рабочие места.

Вместе с тем, процессы реструктуризации медицинской службы железной дороги сопровождается рядом проблем. По-прежнему, объемы финансирования акционерных обществ остается недостаточными, договорные обязательства выполняются несвоевременно.

Однако наиболее актуальной проблемой является мониторинг изменений в здоровье железнодорожников, в уровне, объемах и структуре первичной медико-санитарной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи, происшедших после реструктуризации сети медицинских организаций.

Поэтому в ОАО «Медицинская служба транспорта» проводятся научные исследования, связанные с научным обоснованием, разработкой и внедрением организационно-экономических аспектов функционирования медицинской службы в новых социально-экономических условиях развития железнодорожного транспорта в Республики Казахстан.

При этом составляется социально-психологическая характеристика субъектов здравоохранения в ЗАО НК «Казахстан Темир Жолы», изучается динамика изменения здоровья работников и показатели деятельности медицинской службы в период ее реструктуризации. В результате проводимых исследований планируется научно обосновать и разработать технологии организационных и экономических преобразований и системы управления медицинским обеспечением работников железнодорожного транспорта в условиях изменения юридического статуса медицинских организаций.

Ожидается, что для развития медицинской службы будут разработаны основные направления инвестиционной, организационной, медико-технологической политики на ближайшие годы.

ЭТАПЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН НА БАЗЕ АЛМАТИНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Аяпов К.

Алматинский медицинский колледж.

Алматинский медицинский колледж, созданный в 1981 году как Алматинское городское медицинское училище, в течение 23 лет осуществляет подготовку специалистов сестринского дела.

Творческий коллектив колледжа в 1992 году вышел с инициативой реформирования образовательной системы сестринского дела. В условиях изменившейся социально-экономической обстановки в стране и проводимых реформ в различных сферах развития Республики требовали поиска новых подходов и к подготовке медицинских кадров, особенно, средних медицинских работников, составляющих самый многочисленный контингент работников здравоохранения, оказывающий значительное влияние на качество обслуживания населения.

Основной целью реформы сестринского образования являлось углубление профессионального образования, его дифференциация и формирование специалистов нового поколения, способных квалифицированно работать на всех уровнях практической медицины и социальной сферы общества.

Реформа, предложенная колледжем, включала решение следующих задач:

- разработка стратегии развития медицинской образовательной системы, в частности, Концепции развития сестринского образования;
- создание государственных образовательных стандартов по медицинским специальностям, ориентированных на международный уровень подготовки специалистов медицины;
- определение подготовки специалистов сестринского дела как отдельной отрасли медицины, осуществляя дифференцированное обучение по уровням квалификации;
- обеспечение преемственности в образовании, т. е. создать систему непрерывного образования, включающую несколько ступеней обучения;
- обеспечение интеграции образовательной системы с практической медициной;
- развитие международных связей и изучение опыта работы других систем медицинского образования.

Вместе с предложением реформы сестринского образования коллектив колледжа подготовил пакет документов для преобразования процесса обучения: учебные планы и программы нового содержания и проект Концепции развития сестринского образования.

В результате многократных обсуждений, предложенных Алматинским медицинским колледжем, проектов преобразования системы подготовки специалистов сестринского дела Постановлением коллегии Минздрава РК от 16. 08. 1995 года № 28/2 была утверждена Концепция развития среднего медицинского и фармацевтического образования в РК, где отдельным параграфом была выделена реформа сестринского дела и отражены этапы реализации Концепции.

С этого момента была одобрена инициатива Алматинского медицинского колледжа по реформе сестринского образования и колледж был определен как экспериментальное учебное заведение, осуществляющее подготовку специалистов сестринского дела по новой многоуровневой системе, обеспечивающей непрерывность в сестринском образовании.

В соответствии с изменениями в подготовке медицинских сестер различных квалификаций были утверждены квалификационные характеристики на вновь вводимые

специальности в Алматинском городском медицинском колледже Министерством труда РК от 23. 12. 92 г. № 19 и в процессе дальнейшей деятельности внесены изменения по предложению Министерства здравоохранения РК 14. 07. 95 г. № 10 – 2 – 3430.

Были определены квалификации:

- помощник медицинской сестры;
- специализированная медицинская сестра;
- медицинская сестра – организатор (менеджер) сестринского дела.

На основании Приказа Минздрава РК от 17. 05. 96 г. № 227 «Об утверждении требований, предъявляемых к специалистам, осуществляющим профессиональную деятельность в медицинских и фармацевтических организациях РК независимо от подчиненности и форм собственности» Приказом Управления здравоохранения г. Алматы от 28. 11. 97 г. № 398 «О введении новых должностей специалистов ЛПУ города» были введены должности заместителей главного врача по сестринскому делу и менеджера школьного здравпункта с определением дифференцированной оплаты труда.

В соответствии с СТ РК 5.2 – 99 «Единая система классификации и кодирования технико-экономической и социальной информации. Положение о введении государственных классификаторов технико-экономической и социальной информации» квалификации всех уровней сестринского дела были введены в «Классификатор специальностей начального и среднего профессионального образования».

В процессе реализации реформы сестринского образования в Алматинском медицинском колледже вносились дополнения в содержание программ, изменения в структуре системы обучения и приказом Министерства здравоохранения РК от 20. 02. 98 г. № 90 были внесены дополнения в Концепцию развития среднего (фармацевтического) образования в РК, в которых определились ступени подготовки медицинских сестер, квалификации и сроки обучения:

1 ступень - помощник медицинской сестры, 10 месяцев.

2 ступень - медицинская сестра общей практики, специализированная медицинская сестра. 2 года 10 месяцев

3 ступень - медсестра-организатор сестринского дела.

Данным приказом было разрешено проводить подготовку специалистов 3 ступени Алматинскому медицинскому колледжу.

В ходе осуществления реформы сестринского образования неоднократно проводилось изучение результатов обучения по новым учебным программам и планам их качественный содержательный уровень, эффективность новой структуры организации учебного процесса Министерством здравоохранения РК и независимыми зарубежными экспертами, специалистами ВОЗ.

Так, дважды в 1996 году Министерством здравоохранения РК была осуществлена экспертиза деятельности Алматинского медицинского колледжа (2-4 мая 1996 года) и экспертиза итоговой государственной аттестации выпускников (12-26 июня 1996 года).

По результатам экспертизы комиссией была дана высокая оценка деятельности коллектива колледжа по осуществлению реформы сестринского образования и предложено углубить преобразования в системе подготовки специалистов сестринского дела.

На основании приказа Министерства ОК и ЗРК от 15. 12. 98 г. № 370 была проведена Государственная аттестация Алматинского медицинского колледжа (17 – 29.12.98 г.).

В соответствии с программой и методическими рекомендациями по проведению экспертизы деятельности учебных заведений было осуществлено глубокое и всестороннее изучение всех аспектов работы коллектива, оценка качества подготовки специалистов всех уровней, содержание учебно-методической работы, интеграция с практической медициной, оценка деятельности выпускников колледжа. По результатам экспертизы, комиссией был признан положительным многолетний опыт экспериментальной многоуровневой подготовки медсестер от помощников до организаторов-менеджеров

сестринского дела и интеграционной работы с организациями здравоохранения г. Алматы. Комиссией было предложено опыт подготовки специалистов сестринского дела перевести в типовой вариант и продолжить дальнейшее совершенствование медицинских сестер до получения высшего образования.

В связи с этим комиссия предложила Минздраву РК рассмотреть вопрос о преобразовании Алматинского медицинского колледжа в Институт сестринского дела.

Данные предложения государственной аттестационной комиссии были отражены в приказе Министерства ОК и З РК от 18 января 1999 года № 11.

На протяжении последних десяти с лишним лет Алматинский медицинский колледж успешно развивает международные связи с учебными заведениями, зарубежными специалистами, организаторами сестринского дела.

В рамках партнерских отношений г. Тусон (США) и Алматы 13. 12. 93 г. был подписан протокол сотрудничества между медсестринским колледжем Аризонского университета и колледжа Пима и Алматинским медицинским колледжем.

В результате многолетнего сотрудничества с американскими коллегами на базе Алматинского медицинского колледжа проводились конференции, семинары с участием высококвалифицированных специалистов – организаторов сестринского дела в США. В рамках партнерских связей многие преподаватели повысили свой профессиональный уровень в США, стали участниками международных конференций, что способствовало успешному развитию реформы в колледже. Кроме того, в результате сотрудничества колледжу неоднократно оказывалась гуманитарная помощь в создании учебно-информационного центра, подключенного к системе «Интернет».

С 1995 года Алматинский медицинский колледж сотрудничает с Международным образовательным центром «Машав» государства Израиль. На базе колледжа неоднократно проводились семинары по различным аспектам реформы сестринского дела силами специалистов этого центра, где высококвалифицированные специалисты сестринского дела делились своим опытом организации образования и сестринской практики.

На семинарах слушателями являлись представители медицинских колледжей, работники учебно-методического центра Минздрава РК и организаторы сестринского дела г. Алматы.

Оценка деятельности Алматинского медицинского колледжа проводилась независимой экспертной группой Медицинского центра Рочестерского университета (май 1996 г.), консультантами Анн Мари Брукс, доктор сестринского дела и Тони С. Смит, доктор педагогики.

По итогам экспертизы американскими специалистами дана высокая оценка, проводимой колледжем, реформе, особенно, отмечено внедрение интегрированной программы сестринского образования с дифференциацией разных уровней квалификаций, что дает возможность работы медсестер во всех системах практического здравоохранения. Подготовка медсестер-организаторов дает возможность формирования лидеров сестринского дела. По мнению международных экспертов реформа в сестринском образовании повлияет на продвижение реформы в практическом здравоохранении Республики Казахстан.

Большой резонанс получила реформа сестринского образования, проводимая в Алматинском медицинском колледже, в системе здравоохранения Республики и медицинских колледжах.

Комитет здравоохранения Министерства ЗО и С РК своим письмом от 04. 03. 99 г. № 10 – 2 – 1103 обратился областным органам управлений здравоохранения, управлений здравоохранения гг. Астаны и Алматы, директорам медицинских колледжей с предложением обсудить и дать свои выводы по материалам опыта реформирования сестринского образования в Алматинском медицинском колледже. По поступившим отзывам можно судить о том, что опыт работы коллектива Алматинского медицинского колледжа подавляющим большинством одобрялся и поддерживался. От руководителей

областных управлений здравоохранения поступили предложения готовить специалистов по многоуровневой системе и в других регионах, от некоторых из них поступили заявки на медицинских сестер-организаторов (упр. 3/х Карагандинской области, департамент 3/х Павлодарской области, Южно – Казахстанская область, НЦ педиатрии и детской хирургии и др.)

Большинство медицинских колледжей Республики выразили готовность следовать опыту Алматинского медицинского колледжа.

Резолюцией Региональной конференции «Становление сестринской профессии в странах ЦАР: Опыт и перспективы», прошедшей 21 – 23 июня 2004 года в Республике Кыргызстан (г. Бишкек) был отмечен опыт Алматинского медицинского колледжа по многоуровневой подготовке специалистов сестринского дела и рекомендован Координационному Совету ЦАР изучить его для формирования единого образовательного пространства. Решением данной конференции еще раз было рекомендовано странам ЦАР осуществлять подготовку сестринских кадров с учетом международного опыта, как самостоятельную область подготовки специалистов.

В условиях реализации задач в области медицинского образования, поставленные в Послании Президента Республики от 19 марта 2004 года и основных направлений профессионального образования, изложенных в Концепции развития образования в РК до 2015 года, коллектив Алматинского медицинского колледжа считает необходимым углубление реформы сестринского образования вплоть до получения высшего сестринского образования и расширение реформы в масштабах Республики.

На основании вышеизложенного коллектив Алматинского медицинского колледжа намерен продолжить реформу сестринского образования с дальнейшим ее углублением и распространением своего опыта в масштабах Республики.

Для этого необходимо кардинально изменить сложившуюся в последние годы обстановку и взгляды на процесс подготовки сестринских кадров и сестринское дело как систему медицины в целом.

ПРОФЕССИОГРАММА ПРЕПОДАВАТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

М.А. Камалиев, Р.Т. Мустапаева

Казахский национальный медицинский университет

Проблемы системы образования обретают особую остроту в периоды коренных политических и социально-экономических преобразований. В эти переломные периоды высшее образование всегда играло важную роль, стремясь в полной мере ответить на вызовы времени. Одна из главных целей высшего образования состоит в том, чтобы посредством совершенствования обучения и воспитания подготовить будущего специалиста к плодотворному творческому участию в жизни общества. Обеспечение качества отечественного образования неразрывно связано с повышением социального статуса преподавателя и возрастанием требований, предъявляемых к его педагогической деятельности и профессиональной этике.

Для оценки научного, педагогического, методического и воспитательного компонентов деятельности преподавателя проведен анкетный опрос 556 преподавателей Казахского национального медицинского университета (65% всего профессорско-преподавательского состава).

В возрастной структуре преподавателей преобладали лица в возрасте 50 лет и старше (39,4%). Чуть меньший удельный вес занимали лица в возрасте 30-39 лет (36%).

Самой немногочисленной оказалась возрастная группа до 30 лет (10,6%). Наличие значительного числа преподавателей зрелого возраста, обладающих многогранным профессиональным, учебно-методическим и жизненным опытом, является важным фактором высокого качества образования. Вместе с тем, невысокий процент более молодой части кадрового потенциала вуза может свидетельствовать о снижении академического воспроизводства.

В структуре опрошенных удельный вес женщин (75,7%) более чем в три раза превышает удельный вес мужчин (24,3%), что подтверждает закономерную тенденцию превалирования числа женщин, занятых в непроизводственной сфере, в том числе в системе образования и здравоохранения, над мужчинами.

Традиционно основным показателем квалификационного уровня научных кадров является распределение по ученым степеням и званиям. Если в возрастной группе до 30 лет степень кандидата наук имеют 3,1% преподавателей, то в возрастной группе 30-39 лет - 35,4%, 40-49 лет - 21,8%. Наибольший удельный вес среди докторов наук приходится на возрастную группу 50 и старше. Самой многочисленной группой среди лиц, не имеющих ученой степени, являются преподаватели в возрасте от 30 до 39 лет. Начиная с 40 лет происходит резкое снижение удельного веса педагогов без степени, что может говорить о достаточной степени мотивированности преподавателей в получении ученой степени. Преподавателей, не имеющих ученой степени, меньше всего в возрастной группе 60 лет и старше.

Среди опрошенных не оказалось лиц, имеющих общий трудовой стаж менее года. У 5,4% он исчисляется 1-3 годами, у 11,5% - 4-9 годами, у 45,7% - 10-14 годами. Общий трудовой стаж 25 лет и более имеют 37,4%.

Преподаватели достаточно высоко оценивают свой профессиональный труд. Однако оценка престижа профессии преподавателя для многих невысока: 21,9% отметили, что профессия преподавателя является очень престижной и очень уважаемой, причем наибольшее число мнений, поддерживающих эту точку зрения, распространено среди сотрудников самой старшей возрастной группы. 61,7% считают, что быть преподавателем не очень престижно, но в целом профессия является уважаемой. Малоуважаемой и малопrestiжной считают свою профессию 11,7%. Думают, что эта профессия совсем не престижна и не уважаема 1,4%. Следует отметить, что чем выше квалификационный и должностной статус преподавателя, тем более высоко он оценивает свое положение в обществе.

В характеристике отношения преподавателей к своей работе наблюдается следующее распределение мнений: удовлетворены в полной мере - 22,7%, удовлетворены в основном - 61,2%; не удовлетворены - 14,7%. Крайне не довольны своей работой 1,4% преподавателей. Распределение ответов об отношении к своей работе меняется в зависимости от квалификации, должности и возраста преподавателей. Довольны своей работой в полной мере более одной трети преподавателей, имеющих степень доктора наук, четверть кандидатов и лишь 17,7% преподавателей, не имеющих ученой степени. Ответ: «доволен в основном» чаще дают преподаватели без степени. Среди преподавателей, занимающих различные должностные позиции, ответ: «да, доволен своей работой в полной мере» чаще дают профессора (34,4%) и доценты (27,7%). Значительно чаще в сравнении с другими работниками вуза отвечают: «не совсем доволен» заведующие кафедрами (37%). Крайне не довольны своей работой лишь 1,4% доцентов и старших преподавателей и 1,8% ассистентов.

Для 59,9% преподавателей элемент неудовлетворенности вносит низкая обеспеченность социальными благами. Заведующие кафедрами в большей степени, чем другие преподаватели не удовлетворены этим параметром (77,8%). Одна треть респондентов удовлетворена этим не в полной мере. Степень полной удовлетворенности социальной поддержкой снижается по мере должностного роста.

85% опрошенных в той или иной степени недовольны уровнем оплаты труда, из них совсем не удовлетворены своей зарплатой 27,3%. Отсутствие стимулирования и премирования труда мешает в работе 50,5% работающих в университете, 40,1% удовлетворены этим параметром не в полной мере. Наибольшее количество неудовлетворенных как уровнем оплаты труда, так и премированием и стимулированием приходится на возраст 40-49 лет. Если процент полностью удовлетворенных уровнем оплаты труда с возрастом повышается, то премирование и стимулирование труда по мере увеличения возраста, наоборот, в полной мере удовлетворяет меньший процент респондентов.

Следующие ранговые места в причинах неудовлетворенности своей работой занимает отсутствие возможностей для профессионального роста (18,9%), служебного продвижения (23,2%) или их недостаточность (49,3%). Наблюдается выраженная зависимость степени удовлетворенности этими параметрами от возраста. Так, представители самой младшей возрастной группы преподавателей в 39% случаев не удовлетворены возможностями для служебного продвижения и в 30,5% - возможностями для профессионального роста. Если рассматривать этот вопрос в разрезе занимаемой должности, то можно увидеть, что чаще всего крайне не удовлетворены возможностями для служебного продвижения профессора (31,3%), тогда как в вопросе о возможностях для профессионального роста эта категория преподавателей дает умеренный процент (12,5%).

Полностью удовлетворены объемом возложенных на них обязанностей 69,8%, содержанием своей работы - 25,7% всех опрошенных, довольны возложенными на них обязанностями и содержанием работы не в полной мере - 25,7% и 29,9% соответственно, совсем не довольны этими сторонами своей деятельности - 4,5% и 3,8% преподавателей. Мужчины чаще (80%) в полной степени удовлетворены объемом возложенных на них обязанностей, чем женщины (66,5%). Чем выше должностной статус респондента, тем более он удовлетворен соответствующим его должности объемом обязанностей.

Характеризуя свой труд, преподаватели в целом сошлись во мнении, что их работа отличается высокой умственной (73,4%) и нервной нагрузкой (72,1%). Четвертая часть опрошенных считает, что труд преподавателя характеризуется средним уровнем умственной и нервной нагрузки. Физическая нагрузка характеризуется как высокая 36,7% преподавателей, средняя – 41,9%, низкая – 21,4% соответственно. 66,7% отмечают, что работа преподавателя очень напряженная; 29,5% анкетированных оценили свой труд средней степени напряженности.

Результаты социологического исследования личности преподавателя должны быть учтены при разработке программ обеспечения качества высшего медицинского образования.

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ЗНАНИЙ И ПРАКТИКИ ПОВЕДЕНИЯ УЧИТЕЛЕЙ ГОРОДСКИХ ШКОЛ ПО СОХРАНЕНИЮ И УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

Г.Е.Аимбетова

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни

Актуальность. Состояние здоровья всех категорий населения сегодня определяется распространением болезней, связанных с поведением, образом жизни людей /1/. Многочисленными исследованиями установлено, что наиболее распространенными поведенческими факторами риска среди детей, подростков и молодежи является табакокурение, употребление алкоголя и наркотиков /2,3/. В настоящее время не вызывают сомнения данные о вреде табакокурения,

употребления алкоголя и наркотических веществ, особенно для молодого растущего организма /4/.

Образ жизни взрослых людей, окружающих ребенка, подростка, молодого человека, является примером для них. В этом контексте **изучение сохранения, укрепление здоровья и образа жизни учителей и явилось целью данного исследования.**

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось в 9 крупных городах Казахстана с учетом их места расположения: Алматы, Астана, Усть-Каменогорск, Семипалатинск, Кызылорда, Шымкент, Петропавловск, Актау, Атырау. Таким образом, были охвачены северный, южный, западный, восточный регионы страны, центр и два мегаполиса: Алматы и столица РК – Астана.

В каждом городе было проанкетировано по 100 учителей. Выборка формировалась методом случайного отбора. Выбранный размер выборки устанавливает допустимый доверительный интервал 95%, ошибку выборки $\pm 5\%$ /5,6/. Распределение учителей проводилось в разрезе следующих видов школ: Обычные школы (ОШ), Школы способствующие укреплению здоровья (ШСУЗ), Казахские школы (КШ) согласно соотношению количества этих школ и количества педагогов в них.

Анкета социологического опроса для учителей состояла из 5 разделов: общая информация, репродуктивное здоровье, ИППП, ВИЧ/СПИД, употребление вредных веществ (алкоголь, табакокурение, наркотики), физическая активность и включала 153 вопроса. Анкетирование респондентов проводилось методом персонального анонимного, конфиденциального интервьюирования (формализованное интервью).

Во всех городах, включенных в исследование, преобладали учителя женщины до 45-летнего возраста, что отразилось на поло-возрастном составе выборки учителей, включенных в исследование.

В гг.Кызылорда, Семипалатинск, Шымкент оказалось, что большее количество опрошенных учителей имело стаж работы по специальности более 14 лет ($p < 0,001$), как и в гг.Усть-Каменогорск, Атырау, Астана ($p < 0,05$). В остальных, включенных в исследование городах (Алматы, Петропавловск, Актау), достоверных различий между количеством опрошенных учителей со стажем работы до 14 лет и более 14 лет не установлено.

Изучение распределения опрошенных учителей по уровню дохода на одного члена семьи показало, что наименее благополучны в этом отношении учителя гг. Алматы, Актау, Шымкент, Петропавловск: их доходы достоверно ниже, чем в других, включенных в исследование городах ($p < 0,05$). Достоверно большее количество учителей с невысокими доходами выявлено и в гг. Кызылорде и Семипалатинске. Наилучшее финансовое положение оказалось у учителей г. Атырау. Кроме того, в гг. Атырау и Усть-Каменогорске установлено по 25% учителей, из числа включенных в исследование, которые имели высокие доходы.

Результаты исследования

В ходе исследования установлено, что учителя в большинстве случаев (исключая учителей г. Атырау) имеют свободное время. При этом, для учителей ШСУЗ гг. Усть-Каменогорска, Кызылорды и Атырау было характерно в большинстве случаев отсутствие свободного времени (в 62,5%, 66,67%, 62,5%, соответственно), как и для учителей ОШ г. Атырау (в 62,5% случаев), КШ гг. Алматы, Петропавловска, Семипалатинска, Актау (по 75% случаев).

Основное времяпровождение учителями своего свободного времени было чтение, просмотр телевизионных программ, общение с родителями, другими членами семьи и

работа по дому. Анализ свободного времяпровождения учителей в разрезе их принадлежности к определенному виду школы показал, что учителя ШСУЗ достоверно чаще читали, смотрели телевизионные программы во всех включенных в исследование городах за исключением Усть-Каменогорска, Шымкента, Кызылорды и Атырау ($p < 0,01$), достоверно чаще занимались спортом и гуляли за исключением гг. Усть-Каменогорск, Кызылорда и Атырау.

Наиболее популярными источниками информации для учителей служат телевидение, газеты и книги.

Изучение уровня здоровья, образа жизни и медицинской активности учителей по данным социологического опроса выявило высокую распространенность проблем со здоровьем среди них. Наименьшее количество имеющих проблемы со здоровьем, из числа опрошенных учителей, выявлено в гг. Алматы и Актау (по 32%), наибольшее – в гг. Петропавловск, Усть-Каменогорск и Астана (62%, 62%, 60%, соответственно), $p < 0,001$.

Анализ поведения учителей в отношении обращения по проблемам здоровья выявил достоверно наиболее частое обращение к медицинскому работнику в гг. Астана и Усть-Каменогорск, а не обращение за помощью по проблемам здоровья никуда – в г. Петропавловске. При изучении желаний (предпочтения) учителей обратиться к тому или иному лицу по проблемам здоровья выявлено, что таковым лицом во всех городах, включенных в исследование, является медицинский работник.

Наиболее часто указали на ведение здорового образа жизни учителя в гг. Атырау, Шымкент, Семипалатинск. Анализ в разрезе различных видов школ выявил достоверно более частое указание на ведение здорового образа жизни учителями в ШСУЗ по сравнению с другими видами школ ($p < 0,01$).

Учитывая тот факт, что значительное количество учителей сами являются родителями, в план опроса были включены вопросы, касающиеся практики поведения учителей по отношению к собственным детям.

В ходе исследования установлено, что большинство семей учителей, включенных в исследование, было полными. Оказалось, что включенные в исследование учителя редко имели 3-х и более собственных детей. Достоверно чаще ($p < 0,01$) по всем городам, исключая лишь гг. Актау и Алматы (нет достоверных различий), воспитанием детей в семье занимаются мамы.

В преимущественном большинстве случаев сами учителя контролировали своих детей в выборе друзей. Достоверных различий по видам школ не установлено.

При социологическом опросе выявлено, что в большинстве случаев учителя во всех изучаемых городах дают своим детям деньги на карманные расходы, осуществляют контроль над расходом карманных денег собственных детей. Наиболее часто так ведут себя учителя гг. Атырау и Шымкента (80% и 72%, соответственно) и наиболее редко – г. Астана (48%). Достоверных различий по видам школ не установлено.

В ходе исследования изучались вопросы полового воспитания детей в семьях учителей. Оказалось, что преимущественно половым воспитанием детей в семьях учителей занимается мама (от 62% до 76% случаев по различным городам, исключая лишь г. Кызылорду – 50% случаев). Отцы отмечены лишь в 22%-30% случаев. Интересен тот факт, что в гг. Кызылорда, Астана и Шымкент в 14% и 12% случаев учителя отметили, что никто в семье не занимается половым воспитанием детей.

В преимущественном большинстве семей учителей в гг. Атырау, Усть-Каменогорск, Семипалатинск (в 80%, 74%, 72%, соответственно), в гг. Алматы, Актау (по 64%), Астана, Шымкент, Петропавловск (60%, 58%, 54%, соответственно), а в г. Кызылорда в 50% случаев детям рекомендуется литература по половому и сексуальному воспитанию.

Достоверно реже по сравнению с другими городами учителя г.Кызылорды обсуждают со своими детьми интимные вопросы полового развития (в 22% случаев, $p < 0,05$), а достоверно чаще ($p < 0,05$) – в г. Атырау (в 46% случаев). В разрезе различных видов школ наиболее редко учителя КИШ обсуждают со своими детьми интимные вопросы полового развития, наиболее часто – учителя ШСУЗ ($p < 0,05$).

Вопросы контрацепции и безопасного полового поведения учителя начинают обсуждать со своими детьми с $14,31 \pm 0,74$ лет в среднем по всем изученным городам, но наиболее рано – в г.Петропавловске ($13,45 \pm 0,76$ лет), а наиболее поздно – в г.Астана $15,57 \pm 1,09$ лет (без достоверных различий по изученным городам). Вопросы контрацепции учителя обсуждают со своими детьми наиболее редко в гг.Кызылорда, Семипалатинск (по 14% случаев), чаще – в гг.Астана (в 34% случаев). В разрезе различных видов школ наиболее часто учителя ШСУЗ по сравнению с другими видами школ обсуждают со своими детьми интимные вопросы полового развития ($p < 0,05$).

Информацию о признаках полового созревания и о сексуальных отношениях учителя с их слов в основном получают из книг, журналов и газет. Больше бы хотелось

им получать такого рода информацию от медицинских работников: спрос на этот источник информации по данному вопросу превысил действительное положение дел в 1,43 раза.

Сексуальный опыт до брака по мнению более половины учителей, включенных в исследование, должен иметь мужчина. Причиной добрачных сексуальных отношений учителя полагают достоверно чаще любовь. Настораживает относительно большое количество, отметивших состояние алкогольного и наркотического опьянения, как причину добрачных сексуальных отношений (от 8% в г.Атырау до 14% в гг. Актау, Устькаменогорск, Петропавловск, Алматы).

Наиболее часто отрицательное отношение к абортам высказывалось учителями в гг.Семипалатинске (в 70% случаев) и от 30% до 18% – в других городах. В разрезе различных видов школ наиболее часто противниками абортотв были учителя КШ: от 75% до 100% по различным городам.

Изучение уровня знаний по вопросам контрацепции выявило наиболее частые корректные ответы в гг.Астана, Петропавловск, Усть-Каменогорск, Атырау, Шымкент, Семипалатинск, Кызылорда (от 96% до 72%) и достоверно реже – в гг.Актау, Алматы: по 52% ответов ($p < 0,01$). Наиболее частые корректные ответы по вопросам контрацепции по всем городам выявлены среди учителей ШСУЗ (от 90% до 100%). Из всех известных методов контрацепции большинство учителей во всех городах называют презервативы, таблетки, календарный метод.

В ходе социологического исследования установлено, что практически все учителя в изученных городах слышали об ИППП, хотя достоверно меньше таких выявлено в Кызылорде (78%), Актау (82%) и Алматы (82%) по сравнению с другими городами, где данный показатель колебался в пределах 96%-100% ($p < 0,05$). Наиболее редко из всех ИППП учителя отмечали чесотку, кондиломы, генитальный кандидоз, ано-генитальный герпес, микоплазмоз и гарднереллез, без достоверных различий по изучаемым городам.

Группой риска по возможности заболеть ИППП учителя в подавляющем большинстве считали людей, имеющих сексуальные отношения, проституток, гомосексуалистов (в 70%, 60%, 52% случаев), реже – наркоманов и детей, родившихся от больной матери (по 46% опрошенных), и треть учителей полагало, что к такой группе риска можно отнести любого человека.

В мероприятия, которые бы позволили предотвратить ИППП, учителя включили в первую очередь пользование презервативом (от 42% в Алматы и Актау до 92% в Усть-Каменогорске, а по остальным изученным городам – от 78% до 86%, исключая Кызылорду – в 58% случаев и Шымкент – в 68% случаев). Достоверно реже ($p < 0,01$) учителя в этом аспекте называли «избегать половых контактов» (от 20% в Алматы до 44% в Чимкенте), «принимать контрацептивы» (от 4% в Кызылорде до 24% в Алматы, Астане, Актау). Наиболее часто принимать душ после полового акта в качестве профилактики заражения ИППП рекомендовали учителя Астаны, Шымкента и Атырау (в 22%, 16%, 14% случаев, соответственно). Значительное число учителей по всем городам и видам школ уверены, что ИППП излечимы, хотя бы некоторые из них.

При подозрении на ИППП от 66% учителей в Кызылорде до 98% в Усть-Каменогорске обратились бы к врачу. Намерение изменить свое поведение при угрозе заражения ИППП отметили наибольшее количество учителей в Усть-Каменогорске (78%) и наименьшее в Кызылорде (24%).

Подавляющее количество опрошенных учителей по всем городам и видам школ знали, что такое СПИД (от 89% до 97%). По определению путей передачи этой болезни некорректные ответы составили от 32% в г.Чимкенте до 12% в гг. Алматы и Актау. В разрезе различных видов школ менее всего некорректных ответов оказалось в ШСУЗ (0%, исключая гг.Кызылорда – 8,33% и Атырау – 37,6%). К группам риска по

ВИЧ учителя всех городов наиболее часто отнесли проституткам, наркоманам, гомосексуалистам и людям, часто меняющих половых партнеров.

От 76% до 90% учителей предпочло бы обратиться к медицинскому работнику в случае возникновения у них ВИЧ/СПИД по всем городам, включенным в исследование, за исключением г.Кызылорда, где таковых учителей выявлено лишь 54%, а 28% обратились бы к членам семьи.

Мероприятия по профилактике заражения ВИЧ с точки зрения учителей всех городов, включенных в исследование, следующие: отказ от употребления наркотиков, использования грязных игл, пользование презервативом, избегать половых контактов. Готовы изменить свое поведение при угрозе заражения ВИЧ от 36% (г.Кызылорда) до 62% (гг.Семипалатинск и Усть-Каменогорск) учителей. От 80% до 98% респондентов-учителей предпочли бы обратиться к медицинскому работнику, если бы оказались зараженными ВИЧ.

Основными источниками информации по ИППП, ВИЧ/СПИД для учителей служили телевидение, журналы, газеты и книги, реже – медицинские работники. Наибольшее количество учителей хотели бы получать информацию в первую очередь от медицинских работников, а также из книг и журналов.

Изучение употребления вредных веществ (алкоголя, табака, наркотиков) среди учителей включенных в исследование городов выявило следующие тенденции. Учителя в г. Актау категорически отказались отвечать на вопрос, употребляют ли они алкоголь, в других городах число употребляющих алкоголь учителей колебалось очень широко: от 20% в Кызылорде в Атырау до 70% в Петропавловске и Усть-Каменогорске. При сравнении количества потребителей алкоголя в учительской среде по данным социологического опроса, т.е. процент потребляющих алкоголь респондентов, и количества потребляющих алкоголь их коллег и друзей (со слов респондентов), становится очевидным, что наиболее правдивые ответы относительно себя в этом аспекте дали учителя гг. Петропавловска и Усть-Каменогорска.

Средний возраст начала употребления алкоголя в учительской среде был не ниже 18 лет. От 2% до 6% учителей по различным городам отметили наличие проблем с алкоголем в прошлом. Наиболее частой причиной начала употребления алкоголя среди учителей являлись: влияние окружения, давление друзей, любопытство, проблемы в общении и желание выглядеть взрослым.

Знания о допустимых дозах употребления алкогольных напитков оказались у преимущественного числа опрошенных учителей некорректными. В сравнительном аспекте по городам и различным видам школ выявлено, что достоверно большее количество учителей, корректно определивших допустимые дозы алкогольных напитков, оказалось в г.Алматы и в ШСУЗ по всем исследованным городам.

Относительно табакокурения установлено, что курят лишь от 4% до 18% учителей. Средний возраст начала курения в учительской среде колебался от $18 \pm 1,23$ лет до $12 \pm 2,08$ лет. Основной причиной начала табакокурения со слов учителей во всех городах было любопытство.

В ходе социологического исследования установлено, что распространенность табакокурения среди коллег учителей, включенных в исследование, превышала данный показатель среди самих опрашиваемых от 2,6 до 8 раз по анализируемым городам. Изучение распространенности курения среди друзей учителей (со слов самих учителей) выявило тот факт, что данный показатель выше в обсуждаемой группе, чем в учительской среде от 2 до 10,5 раз по анализируемым городам.

Снижение процента корректных ответов о вреде табакокурения в гг. Астана, Актау, Кызылорда, было за счет низкого уровня знаний учителей в ОШ и КШ. Наиболее высоким уровнем знаний отличались педагоги ШСУЗ включенных в исследование городов.

Исследование в отношении практики употребления наркотиков, а также уровня знаний данной проблемы в учительской среде показало (рисунок 16), что отметили неупотребление наркотиков от 74% (гг. Алматы, Актау) до 100% (гг. Семипалатинск, Усть-Каменогорск). В то же время, во всех городах учителя отказались отвечать принимают ли они наркотики в настоящее время, частоту их потребления, какие именно, где достают их, где впервые попробовали. Не ответили учителя также и пробовали ли они отказаться от употребления наркотиков, хотят ли отказаться от этого.

Причину начала употребления наркотиков отметили лишь 4% учителей в г. Кызылорда (по 2%: помогает общению и назло родителям) и 2% учителей в г. Петропавловске (любопытство). Возраст начала употребления наркотиков указали лишь учителя г. Петропавловска – $20,0 \pm 1,1$ лет. Все 100% учителей отметили, что знали о вреде наркотиков до начала их употребления. Одновременно, от 2% до 4% учителей в гг. Астана, Семипалатинск, Усть-Каменогорск, Кызылорда, Шымкент отметили, что их друзья употребляют наркотики и от 2% до 8% учителей в разных городах (за исключением гг. Семипалатинск и Усть-Каменогорск) указали, что количество потребителей наркотиков среди их друзей составляет в среднем более 3 человек. Корректные знания о вреде наркомании представили большинство из опрошенных учителей: от 88% (г. Кызылорда) до 100% (гг. Алматы, Усть-Каменогорск, Актау).

Наиболее распространенные источники информации об употреблении вредных веществ в учительской среде – это журналы, газеты, телевидение, книги, специальные издания. В среднем только 1/10 опрошенных учителей отметила, что получает информацию по данному вопросу от медицинских работников. В то же время потребность в таком источнике информации достаточно высока – 2/3 педагогов заинтересованы в нем.

Основные действия, направленные на снижения распространенности табакокурения, употребление алкоголя, наркотиков среди подростков с точки зрения учителей – это занятия спортом, реклама здорового образа жизни, исполнение запрета продажи сигарет, алкогольных напитков подросткам, запрет рекламы табакокурения, алкоголя.

В ходе социологического опроса установлено, что в семьях учителей от 8% (гг. Алматы, Актау) до 54% (гг. Петропавловск, Усть-Каменогорск) никто не занимается физкультурой/спортом. Самыми спортивными согласно данным опроса оказались учителя г. Кызылорда, а наименее спортивными – учителя гг. Семипалатинск, Усть-Каменогорск.

Изучение мнения учителей в отношении того, какие мероприятия нужны по расширению физической активности, выявило, что таковыми обозначены в первую очередь: открытие бесплатных для населения спортивных клубов, в которых бы работали высококвалифицированные специалисты и снабженных спортивным оборудованием, массовые спортивные мероприятия, спортивные праздники.

Выводы

1. Учителя крупных городов РК имеют свободное время, которое посвящают преимущественно чтению, просмотру телевизионных программ, общению с родителями, другими членами своей семьи и работе по дому. Наиболее часто чтению посвящают свободное время учителя ШСУЗ.
2. Наиболее популярными источниками информации по всем вопросам профилактики заболеваний, здоровому образу жизни, сохранению и укреплению здоровья служат для учителей телевидение, газеты, журналы и книги. Велика потребность учителей в таком источнике информации, как медицинские работники.

3. Среди учителей широко распространены хронические заболевания: до 2/3 из числа опрошенных отметили этот факт.
4. В отношении своих детей учителя вели себя следующим образом: контролировали выбор друзей, обеспечивали карманными деньгами, также осуществляя контроль над их расходом. В основном воспитанием детей в семье учителей занимались мамы, редко обсуждались вопросы развития и воспитания сексуальных отношений, чаще своим детям учителя предлагали соответствующую литературу.
5. Учителя в большинстве отрицательно относятся к абортам. Причиной добрых сексуальных отношений они относительно часто считают алкогольное и наркотическое опьянения (от 8% до 14%).
6. Установлены в основном корректные знания учителей по профилактике ИППП, ВИЧ. Однако лишь 36%-62% учителей готовы изменить свое поведение при угрозе заражения ВИЧ.
7. Выявлены в основном корректные знания учителей о вреде употребления вредных веществ (табак, алкоголь, наркотики). Однако употребление алкоголя в учительской среде доходило до 74%, табакокурение до 18%. Только 74% учителей отметили факт неупотребления наркотиков.
8. Основные действия, направленные на снижение распространенности употребления вредных веществ в подростковой среде – это, по мнению учителей, занятия спортом, реклама здорового образа жизни, запрет рекламы табака, алкоголя, исполнение продажи подросткам сигарет и алкогольных напитков.
9. До 54% учителей отметили, что в их семьях никто не занимается спортом.
10. Для расширения физической активности необходимо, по мнению учителей, открытие бесплатных клубов, проведение массовых спортивных мероприятий.

Литература:

1. Лисицын Ю.П., Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение, Москва. Медицина, 2002. – 415 с.
2. Аканов А.А., Тулебаев К.А., Айтжанова Г.Б. с соавт. Основные показатели и проблемы образа жизни населения Республики Казахстан (первое национальное исследование). Алматы, 2000. – 109 с.
3. Аканов А.А., Тулебаев К.А., Айтжанова Г.Б. с соавт. Динамика процесса формирования здорового образа жизни в Казахстане (второе национальное исследование). Алматы, 2002. – 177с.
4. L.Dobrossy, Профилактика через первичное здравоохранение, Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро. Копенгаген, 2003. – 168 с.
5. Jose Garcia-Nunez. Improving family planning evaluation: a step by step Guide for managers and Evaluators. – Kumarian Press, 1992. – 187 P.
6. Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкин В.И. Прикладная медицинская статистика. – Санкт-Петербург, 2003. – 429 с.

К ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНОГО РЕГИОНА КАЗАХСТАНА С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

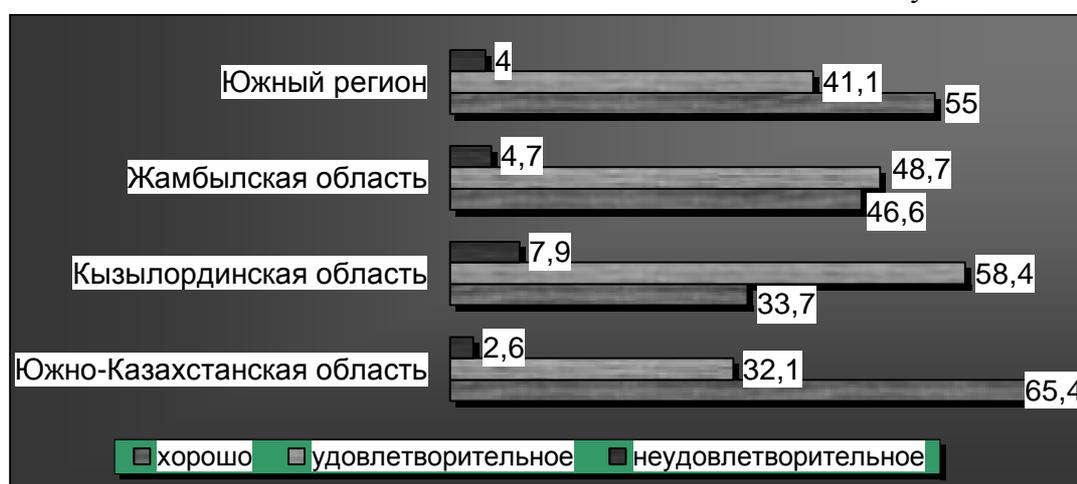
Высшая школа общественного здравоохранения

Любая самооценка является субъективным показателем по своей природе и является самым надежным измерителем.

В Южных регионах Казахстана по методике ВОЗ «WHS» проводилось изучение здоровья населения.

Как показали результаты социологического исследования, в среднем, по Южному региону – 55,0% респондентов оценили свое состояние здоровья «хорошо». Однако если рассматривать по регионам, то наиболее высокий процент респондентов, оценивших свое состояние здоровья «как хорошо», наблюдается в Южно-Казахстанской области – 65,4%, а самый низкий в Кызылординской - 33,7% (рисунок 1).

Рисунок 1



Таким образом, респонденты Южно-Казахстанской области оценивают свое здоровье лучше, чем Кызылординской.

На вопрос о том, «Какие трудности за последние 30 дней Вы испытывали с передвижением?» ответили положительно – 31,7% респондентов Южного региона. Из трех регионов республики высокий процент отмечается в Кызылординской области – 48,4%; в Южно-Казахстанской – 29,3%; в Жамбылской – 26,8%.

За последние 30 дней испытывали боль - 52,3% респондентов Южного региона. Самый высокий процент в Кызылординской области – 78,1%, в Жамбылской – 52,4%, а в Южно-Казахстанской – 44,3%.

Последнее десятилетие характеризует психоэмоциональный стресс, связанный с падением уровня жизни людей, неуверенностью в завтрашнем дне, опасностью потери работы.

По результатам исследования, в среднем, в южных регионах – 56,8% респондентов испытывают стресс. При анализе по полу, стрессовые ситуации наблюдаются чаще среди респондентов женского пола – 37,8% женщин. Доля лиц, испытывающих стрессовые ситуации, по регионам республики наблюдается чаще в Кызылординской – 77,0% (из них – 49,4% женщин, - 27,5% мужчин), в Жамбылской области – 59,6% (женщин -43,4%, мужчин – 16,2%), в Южно-Казахстанской – 49,4% (из них – 31,4% женщин, - 18,0% мужчин).

Таким образом, в среднем по региону -56,8% респондентов испытывают стресс, что является одной из причин развития многих патологических состояний.

По полученным данным, в среднем по Южному региону – у 36,7% респондентов возникали трудности коммуникации и межличностных отношений в обществе. По

регионам республики наибольший процент составил в Кызылординской области - 21,8%, в Жамбылской – 12,5%, в Южно-Казахстанской – 6,0%.

Таким образом, полученные данные, способствуют совершенствованию деятельности службы здравоохранения, путем профилактики заболеваний, с учетом региональных особенностей, образа жизни и состояния здоровья населения Южного региона.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ С НАРКОМАНИЕЙ В ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ

Ким Л.М., Рахимжанов Б.А., Степанов В.А.

Жамбылский областной наркологический диспансер

Борьба с такими заболеваниями как наркомания, токсикомания, алкоголизм и их профилактика является не только медицинской, но и важной социальной задачей общества. Формирование негативного отношения к вредным привычкам, бережного отношения к собственному и общественному здоровью, знание путей его укрепления, развитие положительных мотиваций для занятий физической культурой происходит только при условии постоянного учебно-воспитательного процесса и целенаправленного информационного обеспечения, в котором участвуют семья, школа, учреждения здравоохранения, общественные организации, пресса и др. Вместе с тем, на современном этапе развития общества, которое характеризуется экономическим скачком, научно-техническим прогрессом и компьютеризацией во всех сферах производства, существующие методы информационной работы с населением, особенно с молодежью, устаревают.

Современная молодежь имеет свободный доступ к глобальной сети «Internet», которая за относительно короткий период стала для них основным источником информации. На сегодня как школьники, так и студенты при подготовке сочинений, курсовых, дипломных, докладов на любые темы редко обходятся без «Internet», где они становятся пользователями библиотек всего мира, используют сайты крупнейших научных центров. Там же они ищут ответы на свои личные вопросы. У молодого поколения создается совершенно новый стереотип познавательного процесса на высоком техническом уровне, в котором, к сожалению, еще не заняли ведущие позиции пропаганда здорового образа жизни в самом широком понимании его значения. О популярности «Internet» может свидетельствовать тот факт, что количество «Интернет-клубов», «Интернет-кафе», компьютерных классов в области возросли за последние годы в 17 раз, а число пользователей составляет более 100 тысяч человек.

Специалисты Центра медико-биологических проблем наркомании при областном наркологическом диспансере, выполняя решение акима области от 2 марта 2001 года «О Плана приоритетных мероприятий борьбы с наркоманией в Жамбылской области на 2001-2005 годы», областную программу: «По противодействию эпидемии СПИДа на 2002 –2005 года», утвержденных на уровне областного Акимата и в ходе проведения целенаправленной акции «Игла» Республиканского совета Молодежного крыла «Жас Отан» Республиканской политической партии «ОТАН» провели значительный объем работ. Подготовили и внедрили методические рекомендации по вопросам раннего выявления потребления психоактивных веществ у несовершеннолетних для педагогов, врачей общей лечебной сети и родителей, издали плакаты, листовки по проблемам наркомании, неоднократно проводили встречи с молодежью, тематические вечера и занятия, радиолекции, встречи за «Круглым столом». Ежегодно проводятся двухмесячники, посвященные Всемирным дням борьбы

с табакокурением и наркоманией. Кроме того, круглосуточно работает «телефон доверия», «кабинеты доверия» по обмену шприцов и выдачи презервативов.

Однако показатели наркологической заболеваемости населения имеют тенденцию к ухудшению, что в определенной мере свидетельствует о недостаточной эффективности проводимой профилактической работы по данной проблеме. В определенной мере это связано с тем, что практически вся санитарно-просветительная и профилактическая работа проводится с группой людей, отсутствует индивидуальный подход к каждому человеку с учетом личностных характеристик и интересов. В тоже время вызывает тревогу рост потребителей наркотиков в области, в том числе и синтетических. В орбиту наркотиков вовлекаются дети и подростки. По данным Центра медико-биологических проблем наркомании при областном наркологическом диспансере, количество состоящих на учете потребителей наркотических средств за последние 15 лет увеличилось более чем в 10 раз. Особую тревогу вызывают наркоманы, инъекционно употребляющие наркотики, в связи с опасностью возникновения и распространения СПИДа и вирусных гепатитов «В» и «С». Так ВИЧ-инфицированность населения области возросла с 4 случаев в 2000 году до 43 – в 2003 году, при этом 78,0% процентов из числа заболевших наркоманы.

Поэтому, с целью обеспечения индивидуального подхода к запросам молодежи, областным наркологическим диспансером в 2003 году была начата работа по внедрению современных технологий в информационный процесс по борьбе с наркоманией и вредными привычками среди населения. Разработана и внедрена программа «Анализ», которая позволяет в автоматическом режиме изучать наркологическую заболеваемость как в целом по области, так и в разрезе административных территории, изучать динамику и состояние по полу, возрасту, национальности, профессиональному составу и другим показателям, обеспечивающим целенаправленность в работе с различными группами населения. В 2004 году была создана областная программа и открыт сайт в «Internet»: «Наркологическая помощь», который обеспечивается ежедневной поддержкой закрепленных специалистов. В обновлении материала, ответах на вопросы участвуют все ведущие специалисты диспансера. За относительно небольшой срок существования сайта, все большей популярностью у молодежи стала пользоваться рубрика «У тебя проблемы – посоветуйся с врачом». В настоящее время с целью популяризации сайта и доведения адреса до сведения всех пользователей, реклама будет помещена в наиболее читабельном у молодежи журнале «Интернет и Я» и в передаче «Контакт» по телевидению на канале «Хабар».

Анкетирование студентов Таразского университета «Аулиеата», ТарГУ показали, что в «Internet» наиболее популярен у молодежи «ЧАТ», где молодежь в «одной комнате» общаются друг с другом. Наблюдая длительное время за разговором девушек и юношей, проживающих в разных концах света, в том числе и нашей области, было отмечено, что подрастающее поколение волнуют проблемы наркозависимости и борьбы с ней. Однако бывают случаи, на наш взгляд целенаправленные, когда разговор направляется совершенно по противоположному руслу. В шуточной или вульгарной форме идет просвещение о медикаментах, вызывающих эйфорические состояния, вплоть до техники введения наркотиков. А в реакции ребят чувствуется полная растерянность. Следует отметить, что порой такая антипропаганда проводится под псевдонимом: «Здоровый образ жизни». Вмешательство в разговор молодых врачей диспансера под видом участников беседы находило поддержку большинства «в комнате» и направляло разговор в нужном направлении. Конечно, это трудно управляемый процесс, но уж если применяются яд, необходимо и противоядие, так считают психологи диспансера.

В информационный поток борьбы с наркоманией должны включаться врачи всех специальностей и особенно наркологи. Пропаганда здорового образа жизни, борьба с вредными привычками должны ненавязчиво сопровождать молодежь в Интернет пространстве, кроме того, по своему техническому исполнению и содержанию они должны вызывать положительные мотивации. Чтобы вызвать интерес у молодежи, заинтересовать их войти в сайт необходимо современное оформление информационных сообщений в виде ярких «Баннеров», интересных заставок, объявлений, что требует определенных финансовых средств. Такие сайты необходимы в первую очередь для наркологической, кожно-венерологической, санитарно-эпидемиологической служб, Центра СПИД, управлений образования, культуры и спорта.

Выводы: Вопросы внедрения современных технологий в профилактике и борьбе с наркоманией обеспечат качественно новый уровень санитарно-просветительной работы с молодежью, индивидуальный подход к проблемам подрастающего поколения и потребуют объединения усилий всех ведомств и служб в данном направлении.

ВОПРОСЫ ВНЕДРЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ НАСЕЛЕНИЯ БИОГЕОХИМИЧЕСКИХ ПРОВИНЦИЙ В НОВЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Жетибаев Б.К.

Жамбылское областное управление Госсанэпиднадзора,
г.Тараз, Республика Казахстан

Основной целью исследований была разработка и внедрение организационных технологий управления здоровьем населения биогеохимической провинции, путем изучения закономерностей ее формирования и развития на основе лонгитюдного анализа санитарно-гигиенических условий, динамики показателей здоровья людей и прогноза ситуации с использованием математических моделей в условиях реанимации промышленного потенциала области.

Изучение динамики уровней загрязнения окружающей и производственной среды с момента основания предприятий по производству минеральных удобрений в г. Тараз до настоящего времени, позволили проследить этапы развития и формирования биогеохимической провинции техногенного происхождения на юге Жамбылской области и установить наличие связи с показателями здоровья населения. Возникшие в свое время необратимые процессы в окружающей среде требуют срочного вмешательства специалистов с тем, чтобы с одной стороны остановить отрицательные влияние на здоровье людей, с другой - найти наиболее эффективные и экономичные меры по оздоровлению экологической ситуации и научно-обоснованные технологии осуществления Государственного санитарно-эпидемиологического надзора в период восстановления экономического потенциала региона.

Основу промышленного комплекса по переработке Каратауских фосфорных руд составляли Суперфосфатный завод (ДСЗ), Ново-Джамбульский фосфорный завод (НДФЗ) и ДПО «Химпром», сконцентрированные вокруг г.Тараз. Выявленные закономерности формирования и развития биогеохимической провинции в Жамбылской области показали, что негативные процессы природы были предопределены:

1.гипертрофированным ростом предприятий по производству минеральных удобрений;

- 2.отставанием от основных производств строительства очистных сооружений;
- 3.использованием несовершенных технологий (опытно-промышленные установки и оборудование);
- 4.невыполнением предписаний Государственной санитарно-эпидемиологической службы.

Полученные материалы по г.Тараз за 1980-1998 гг. свидетельствуют о негативных тенденциях в развитии демографических явлений, которые могут оцениваться как депопуляционные процессы /1/. Было доказано специфическое влияние фосфорных и фтористых соединений на здоровье населения; установлена корреляционная зависимость между уровнем загрязнения окружающей среды и состоянием здоровья населения в г.Тараз по 22 нозологическим формам заболеваний в зонах с различным уровнем загрязнения [2].

Даже в период практической остановки предприятий (1998-1999 годы) продолжалось загрязнение почвы и подземных вод горами накопившихся твердых отходов и фильтрацией токсичных веществ в почву из испарительных карт, вследствие нарушения герметичности защитных экранов. Лабораторные исследования в динамике 5-ти лет и гидрогеологические показатели подтверждают, что основным источником загрязнения подземных вод является ДСЗ и ДПО "Химпром", где сохраняется превышение концентрации фосфатов, сульфатов и фтора в контрольных скважинах. Следует отметить, что по истечении срока эксплуатации защитных экранов на очистных сооружениях НДФЗ, они будут представлять такую же угрозу.

В связи с необходимостью прогнозирования ситуации, и предотвращения ошибок, допущенных в конце прошлого века на территории области, санэпидслужбой с помощью математического моделирования были установлены количественные и качественные закономерности формирования заболеваемости населения в зависимости от степени воздействия вредных факторов окружающей и производственной среды на здоровье человека. Уровень загрязнения объектов окружающей среды жилых зон биогеохимической провинции (г.Тараз), сформированный под воздействием выбросов фосфорного производства, оценивался по четырем уровням, согласно шкале оценочных показателей, утвержденной экспертной комиссией Комитета по экологии Верховного Совета Республики Казахстан: чрезвычайно опасный, опасный, умеренно опасный и безопасный.

Установлено, что от повышения уровня загрязненности жилых зон наблюдается динамическое повышение удельного веса факториального уровня показателей заболеваемости работающих по классу болезней нервной системы и органов чувств, кожи и подкожно-жировой клетчатки, мочеполовых органов и болезней органов кровообращения. В условиях с чрезвычайно опасным уровнем загрязнения заболеваемость людей превышает фоновый уровень в среднем от 14,0% до 24,2%.

Во всех биогеохимических жилых зонах наибольший факториальный уровень случаев заболеваемости установлен по классу "Болезни органов дыхания", удельный вес которых в умеренно опасной жилой зоне составляет 10,8%, в опасной жилой зоне - 21,9%, в чрезвычайно опасной жилой зоне – 39,7%. Второе ранговое место занимают психические расстройства, удельный вес факториального уровня которых в жилой зоне с умеренно опасным уровнем загрязнения составил 9,5%, в жилой зоне с опасным уровнем загрязнения – 21,8%, в зоне с чрезвычайно опасным уровнем загрязнения - 36,9%.

Количественная оценка условий труда, при превышении уровня содержания выбросов на производствах установила влияние их на формирование уровня дней заболеваемости с временной утратой работоспособности (ВУТ) среди работающих. Так их вклад в условиях с низкой степенью риска (превышение ПДК от 1 до 5 раз) для здоровья составляет 3,7%, в условиях со средней степенью риска (превышение ПДК от

5 до 15 раз) - 11,8%, в условиях с высокой степенью риска (превышение ПДК от 15 до 25 раз) - 31,2% и в условиях с максимальной степенью риска - 52,07%. При этом, наибольший уровень роста дней заболеваемости зафиксирована при болезнях нервной системы (от 13,3% до 58,6%), психических расстройствах (от 11,9% до 57,9%), болезнях органов пищеварения (от 13,1% до 57,4%), травмах и отравлениях (от 12,7% до 56,9%), болезнях органов дыхания (от 12,2% до 48,7%), болезнях кожи и подкожно-жировой клетчатки (от 10,2% до 41,2%) и болезнях костно-мышечной системы (от 8,3% до 39,3%).

На современном этапе экономического развития области, в период восстановления производственного сектора, изменения форм собственности предприятий и увеличения объемов производств на бывших крупных промышленных гигантах по производству желтого фосфора и фосфоросодержащих минеральных удобрений, особое значение имеет деятельность санэпидслужбы по созданию безопасных условий жизни людей и снижению вредного влияния деятельности промышленных предприятий на территории биогеохимической провинции. Несмотря на то, что химические предприятия принадлежат в настоящее время разным инвесторам, они имеют идентичные факторы загрязнения окружающей среды, комплекс гидротехнических очистных сооружений. Поэтому деятельность данных промышленных объектов невозможна без комплексного решения вопросов охраны окружающей среды и, в конечном итоге, охраны здоровья населения, где ведущая роль должна отводиться органам госсанэпиднадзора и управлению охраны окружающей среды.

При имеющейся в настоящий момент модели передачи объектов инвесторам санэпидслужба фактически отстранена от участия в работе комиссий на всех этапах. В тоже время участие санэпидслужбы в решении данных вопросов необходимо для обязательной предварительной комплексной экспертизы состояния условий труда, всего оборудования и в первую очередь очистных сооружений и пылегазоулавливающих установок на промышленных предприятиях до пуска их в эксплуатацию на территории существующей биогеохимической провинции в Жамбылской области и включения необходимых мероприятий в обязательства инвесторов.

Начиная с 2000 года на ЖФ ТОО «КАЗФОСФАТ» (НДФЗ) налажен выпуск желтого фосфора, гранулированного шлама, триполифосфата натрия, феррофосфора и термической фосфорной кислоты, что при увеличении объемов приведет дальнейшему загрязнению окружающей среды. Вызывает тревогу тот факт, что накопившийся в шламе элементарный фосфор, который постоянно хранится под слоем воды и просачиваясь через изношенные стабилизирующие пленки защитных экранов накопителей, может загрязнять подземные воды, аналогично тому, как очистные сооружения ДПО «Химпром» загрязнили в свое время поверхностный водоносный горизонт фтором, что подтверждается наличием в настоящее время фосфатов в контрольно-наблюдательных скважинах в концентрациях превышающих ПДК в пределах от 1,5 до 8,5 раз.

Санэпидслужба области, используя полученные результаты математического моделирования ситуации и степень влияния на здоровье населения, смогли добиться включения мероприятий по оздоровлению региона за счет средств инвесторов химических предприятий в Жамбылский областной План действий по гигиене окружающей среды (ЖОПДГОС) и Региональную программу «Здоровье народа», где было предусмотрено:

1. Строительство группового водопровода в с.Костобе, Жамбыл, Бирлесу-Енбек, находящихся в зоне загрязненных поверхностных вод.
2. Разработка проекта полной утилизации печных газов ЖФ ТОО «КАЗФОСФАТ» НДФЗ).

3. С целью охраны подземных вод от дальнейшего загрязнения решить вопросы утилизации коттрельного молока, фосфосодержащего шлама и фосфогипса.

4. Восстановление стабилизирующей пленки защитных экранов в картах – накопителях фосшламов на очистных сооружениях ДПО «ХИМПРОМ» и НДФЗ.

На данном этапе, по выполнению предисаний санэпидслужбы, на ЖФ ТОО «КАЗФОСФАТ» (НДФЗ) разработан и согласован с органами госсанэпиднадзора проект утилизации коттрельного молока, представлена на согласование проектная документация по утилизации фосшлама. На ТОО «Химпром -2030» в лаборатории и промышленных условиях разработана и внедрена схема получения фосфорно-калийных удобрений на известковых шламах, коттрельном молоке, фосфоритной мелочи и пыли, технологическая схема извлечения фосфора из фосфоросодержащего шлама. За период с 2000 по 2004 год это позволило снизить объемы накопленных производственных отходов на 21,6%. Проект строительства водопровода Енбек-Костобе-Жамбыл в Жамбылском районе разработан и согласован в управлении госсанэпиднадзора Жамбылской области.

Вместе с тем, практика показала, что значимость требований Госсанэпидслужбы высока в том случае, если они обоснованы системным анализом всех информационных потоков о состоянии окружающей среды и здоровья населения на данной конкретной территории. Изучение и анализ показателей здоровья населения с целью установления причинно-следственных связей со средой обитания должен стать составляющей функцией санэпиднадзора и формироваться как главная цель в виде изучения влияния на здоровье населения с целью его укрепления. Это, в свою очередь, требует пересмотра и оптимизации структуры учреждений санэпиднадзора.

Для этого необходимо создание основного подразделения областного управления Госсанэпиднадзора – отделение социально-гигиенического мониторинга за состоянием здоровья населения во взаимосвязи с состоянием окружающей среды. Главной целью данной системы анализа является организация на базе новых информационных технологий межотраслевой и иерархической системы сбора, обработки, хранения и выдачи информации, обеспечивающей постоянную диагностику общественного здоровья и среды обитания, а также информационную поддержку принятия решений, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия.

На современном этапе технического оснащения учреждений (наличие компьютеров, модемной связи и выхода в Интернет) создание такого отделения не повлечет за собой дополнительных расходов бюджетных средств. Санэпидслужба области сегодня готова к проведению данного анализа, однако, для ее решения необходимо:

1. Привлечение к данной работе заинтересованных ведомств и учреждений (управления здравоохранения, охраны окружающей среды, Шу-Таласское бассейновое водно-хозяйственное объединение, департамент таможенного управления, Жамбылский филиал республиканского предприятия Казахстанского центра сертификации, метрологии и стандартизации, областной комитет по архитектуре и градостроительству, территориальное управление Министерства сельского хозяйства, департамент охраны труда, облстатуправление, ведомственные производственные лаборатории, департамент образования, метеорологическая служба);

2. Разработка и внедрение единых и обязательных для всех организаций, участвующих в системе социально-гигиенического мониторинга, методологических подходов и гигиенических критериев оценки влияния на состояние здоровья факторов среды обитания человека;

3. Применение взаимосогласованных нормативных и методических документов,

обеспечивающих единство методов, способов и показателей, по которым осуществляют сбор, накопление и обработку данных в системе наблюдения и управления состоянием здоровья людей и среды обитания;

4. Открытость и доступность данных системы социально-гигиенического мониторинга для широкого круга пользователей, обмен информацией между организациями, участвующими в системе;

5. Финансирование мероприятий по более детальному изучению влияния вредных факторов, природного и техногенного происхождения, на состояние здоровья людей и разработки мероприятий по их оздоровлению. Предусмотреть возможность для создания локальных целевых фондов;

6. Централизация на базе государственных органов санэпиднадзора всех исследований, связанных с изучением факторов внешней среды, оказывающих влияние на здоровье людей, производимых в настоящее время многими ведомствами, с созданием единых, мощных современных зональных лабораторий.

Выводы: Динамическое наблюдение за факторами внешней среды, количественная и качественная оценка формирующего влияния системы гигиенических и социально-экономических факторов на показатели здоровья населения с прогнозированием моно- и полифакторных динамических систем, позволит органам госсанэпиднадзора выдавать своевременно обоснованные мероприятия по защите населения от неблагоприятного их влияния. Оптимизация деятельности предполагает изменение методологии планирования деятельности учреждения на основе проблемно-целевой направленности, временной детерминации, территориальной адекватности. Принципиальным является обеспечение приоритетного качественного санитарного надзора за объектами, представляющими потенциальную опасность для здоровья населения территории.

Внедрение новых организационных технологий в работе Государственного санитарно-эпидемиологического надзора обеспечит действенность и эффективность в исполнении возложенных на него государством функций по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Литература:

1. Кулманов М.Е. Связь уровня заболеваемости населения с факторами окружающей среды в районе размещения предприятий фосфорной промышленности//Гигиена окружающей среды –Алматы, 1985.- С.10-13
2. Петров П.П., Жакашов Н.Ж., Тезекбаева Ж.Г. Донозологическая диагностика влияния факторов окружающей среды на организм детей в регионах химической промышленности. // КАЗНИИНТИ. –1987.- Информ листок. - № 326 .-Р 34.35.15.- С.5.
3. Жетибаев Б.К. Особенности формирования и развития биогеохимических провинций на примере Жамбылской области. //Автореферат дисс. на соискание ученой степени к.м.н.- Караганда, 2000.- С.10-17

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ПОСТСТАЦИОНАРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЛИЦАМИ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИМИ ПНЕВМОНИЮ

Г.С.Зиманова, К.М.Турланов, Д.С.Полимбетов, А.М.Имангалиева

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

Центральная клиническая больница Медицинского центра
Управления делами
Президента Республики Казахстан, Алматы

Пневмония - одно из частых заболеваний человека позднего периода жизни. Как известно, клиническое выздоровление при пневмонии не совпадает по времени с восстановлением функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем, нормализацией рентгенологической картины, лабораторных и иммунных сдвигов. К моменту выписки из стационара или окончанию лечения у больных сохраняются 1-3 симптома пневмонии [1].

Однако вопросы постстационарного наблюдения за лицами преклонного возраста, перенесшими внебольничную пневмонию (ВБП), в современной практической медицине остаются неразработанными [2, 3].

Учитывая высокую вероятность опухолевого и туберкулезного процесса, верифицировать которые в период пребывания в стационаре у лиц старше 60 лет не всегда удается из-за тяжести общего состояния, полиорганной недостаточности, постстационарное наблюдение ставит целью не только предупредить рецидив пневмонии, но и установить окончательный диагноз неинвазивными методами путем мониторинга за клинико-рентгенологическими и лабораторными данными.

Целью работы явилась разработка предложений по мониторингу и реабилитации больных инволютивного возраста, перенесших внебольничную пневмонию.

Нами проанализированы 307 историй болезни и амбулаторных карт больных пожилого (60-74 лет) и старческого (75 лет и старше) возраста, реконвалесцентов ВБП.

Все больные получили стационарное лечение по диагнозу “Пневмония” в терапевтических отделениях больницы. После выписки из стационара за ними осуществлялось наблюдение семейным врачом.

Современная тактика постстационарного наблюдения предполагает более редкие контрольные осмотры, главным инструментом которых служат анамнез и физикальное обследование [4].

Учитывая высокую вероятность опухолевого и туберкулезного процесса у больных инволютивного возраста, очаги неполного разрешения инфильтративной тени должны подвергаться регулярному рентгенологическому или другому визуализирующему исследованию. По мнению исследователей, любые остаточные образования в легких подлежат верификации путем биопсии. Если больному пожилого и старческого возраста необходимо дальнейшее лечение и обследование, то его план разрабатывают коллегиально [3].

Предлагаем схему наблюдения за больными преклонного возраста, перенесшими пневмонию, на постстационарном этапе реабилитации.

Таблица – Сроки и объём исследований лиц старше 60 лет, перенесших внебольничную пневмонию

Группы дисп. набл.	Клинические, рентгенологич. данные при выписке из стационара	Частота наблюдений	Лечебные и диагностические мероприятия	Место проведения
I	Полное разрешение	1-ое наблюдение через 1 мес. 2-ое – через 3	Физикальное обследование, общий анализ крови, мочи, ЭКГ	Домаш. условия местн.с:натории

		мес 3-е – через 6 мес.	То же Физикальное обследование, общий анализ крови, мочи, ЭКГ + рентгенография (КТ) орг.гр.кл., ФВД	
II	Остаточные рентген. изменения, отклонения лабор. показат., нарушение ФВД	1-ое наблюдение через 1 мес. 2-ое – через 3 мес 3-е – через 6 мес. 4-ое – через 12 мес.	1. Физикальное обследование, общий анализ крови, мочи, ЭКГ, рентгенография (КТ) орг.гр.кл., ФВД + по показаниям – консультация фтизиатра, онколога, лор-врача, стоматолога, мокрота на МТ, атипические клетки 2. Устранение факторов риска хронизации легочной патологии – курение, алкоголизм, санация очагов инфекции носоглотки, ротовой полости 3. Курсовое лечение иммуномодуляторами природного происхождения (жень-шень, элеутерококк, пантокрин), витамины С и Е 4. По показаниям – мероприятия по улучшению бронхиальной проходимости – отхаркивающие, муколитики, пролонгированные теофиллины 5. Лечебная физкультура, дыхательная кинезотерапия	Домаш. условия местн.с:натории
III	Сохранившийся очаг инфильтрации, природу которого не удалось установить дополнительными методами исследований	Наблюдение не реже 1 раза в месяц до момента разрешения или установления природы процесса	Физикальные, рентгенологические (КТ), лабор. исследования, неоднократно мокрота на МТ, атипические клетки. Консультация фтизиатра, онколога По показаниям – коррекция нарушенных функций дыхательной, сердечно-сосудистой и других систем.	Домаш. условия специализ.отд.с тац., больницы пс уходу.

При ухудшении самочувствия и общего состояния больных, рецидиве инфильтративных изменений в легких, нарастании симптомов интоксикации, функциональной недостаточности органов показания к госпитализации в специализированные отделения стационаров, периодичность осмотров, лечебно-диагностические мероприятия в амбулаторных условиях определяются коллегиально, совместно семейным врачом, фтизиатром, онкологом и другими специалистами.

Литература:

1. Болезни органов дыхания /Ред. Н.Р.Палеев.-М.: Медицина, 2000.-728 с.
2. Щегольков А.М. Оптимизация этапной медицинской реабилитации больных пневмонией: Дис. ...д-ра мед.наук.-М.,2000.-320 с.
3. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Чернеховская Н.Е. Пневмония.- М.: Экономика и информатика, 2002.- 480 с.
4. Внутренние болезни в двух томах /Ред. Э.Фаучи, Ю.Браунвальд и др.: Пер.с англ.- М.: Практика – Мак-Гроу-Хилл, 2002.- 3255 с.

НЕКОТОРЫЙ АНАЛИЗ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПРОВОДИМЫЙ В АОФ РГКП «НЦ АОКМУ»

М. Калажанов

Алматинский областной филиал РГКП "НЦ АОКМУ"

Анализ качества оказываемой хирургической помощи свидетельствует о том, что и в районных (городских) больницах проявляется положительная тенденция в плане улучшения уровня и качества оказываемой помощи, но вместе с тем имеются следующие проблемы:

- количество больных, поступающих в экстренном порядке с заболеваниями органов брюшной полости, не уменьшается, что говорит о необходимости продолжения начатой работы по выявлению и диспансеризации больных с хирургической патологией органов брюшной полости, начиная с районного звена;
- продолжается госпитализация плановых больных без обследования и без направления врача;
- не всегда обосновываются окончательные диагнозы, не пишутся в историях болезни предоперационные эпикризы;
- не обоснованно, излишне назначаются лекарственные препараты, «Полипрагмазия»;
- больные, имеющие показания к оперативному лечению, лечатся в отделении консервативно (терапевтически) и выписываются на амбулаторное лечение;
- отсутствует преемственность между стационаром и амбулаторно-поликлинической службой, что является причиной поступления плановых и экстренных больных без выписки и направления из поликлиники, где указан только предполагаемый диагноз;
- в историях болезни во многих лечебных учреждениях отсутствуют результаты гистологического обследования операционного материала;
- привлекаются медикаменты пациентов для оказания ему медицинской помощи;
- во всех больницах не соблюдаются утвержденные медицинские стандарты;
- врачи терапевтического профиля (педиатры, терапевты, фельдшера ФАП и т.) не знают клиники острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и в результате чего долго наблюдают больных с острой патологией органов брюшной полости в амбулаторных условиях, в связи с чем эти больные оперируются в запущенной форме.

Экспертиза и анализ случаев послеоперационной летальности и запущенным формам онкологических заболеваний по проверенным ЛПУ показывает следующее:

- не проводится патологоанатомическая конференция по разбору послеоперационной летальности или разбор ведется без подробного анализа и выявления причин, приведших к летальному исходу;

- послеоперационные умершие некачественно вскрываются, или вообще не вскрываются из-за отсутствия в штате патологоанатома во многих районных (городских) лечебных учреждениях.

Экспертиза запущенных случаев рака различной локализации у людей трудоспособного возраста выявила организационные и лечебно – диагностические дефекты. Основная причина поздней диагностики рака заключается в недостатке организационной работы органами здравоохранения. Последние годы резко ослаблена санитарно- просветительная работа (в онкологическом направлении) среди населения. Население мало информировано о ранних симптомах злокачественных новообразований, о необходимости периодического прохождения профилактических осмотров, а также об успехах современной медицины, в частности о лечении злокачественных новообразований. В настоящее время растет заболеваемость (даже визуальной локализации) раком шейки матки, молочной железы и яичников. В своевременном выявлении этих больных большую роль играют смотровые кабинеты. В связи с реорганизациями сократились смотровые кабинеты или в лучшем случае работают на 0,5 ставки по совместительству медицинские сестры, которые не все прошли специализацию. Часто в этих кабинетах меняются кадры или временами пустуют.

Допускаются не внимательность и низкая онкологическая настороженность со стороны врачей общей лечебной сети. На недостаточном уровне поставлена работа амбулаторной службы по диспансерному наблюдению за декретированным контингентом. В результате чего многие больные в онкологический диспансер обращаются в запущенной форме рака.

Таким образом, органам здравоохранения необходимо скорейшего принятия мер медико-организационного характера для своевременного выявления и лечения хирургической патологии.

СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПОСТПРИВАТИЗАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ НА ПРИМЕРЕ Г. АЛМАТЫ

Г.К.Нургазина., А.И.Бекенова

Научный центр медицинских и экономических проблем здравоохранения г.Алматы

Состояние стоматологической помощи населению в постприватизационном периоде имеет определенную схожесть с состоянием зубоврачебной помощи в начале прошлого века. Если в начале прошлого века недоступность стоматологической помощи отдельным категориям населения было связано с отсутствием соответствующих кадров, то в настоящее время более 2000 врачей-стоматологов не могут трудоустроиться по специальности, а отдельные категории населения не имеют возможности лечиться у стоматолога. За небольшой период своего существования советская стоматология полностью обеспечила свое население доступной, высококвалифицированной стоматологической помощью. Однако со временем

государство не могло содержать чрезмерно социализированную экономику, здравоохранение и стоматологическую помощь в том числе. Еще до распада Союза были внедрены в системе здравоохранения платные услуги. С обретением суверенитета республики на платную основу были переведены целые медицинские службы, в том числе и стоматологическая помощь. В настоящее время в республике образовался рынок стоматологических услуг. Переход стоматологической помощи республики на рыночные отношения характеризуется снижением роли государства в регулировании процессов управления, планирования и финансирования отрасли.

Таким образом, как и в начале прошлого века, заново стало актуальным обеспечение отдельных категорий населения доступной и качественной стоматологической помощью.

Цель исследования – на основании изучения статистических данных по деятельности частных и государственных стоматологических структур определить состояние стоматологической помощи населению в постприватизационном периоде.

Материалы и методы. Состояние стоматологической помощи в постприватизационном периоде определить сложно. Комитет здравоохранения не располагает данными по деятельности негосударственных стоматологических структур, нет этих данных и в областных управлениях здравоохранения, считает Мирзабеков О.М. (1998 г.) Свидетельством тому также являются противоречивые статистические данные по деятельности стоматологических структур г. Алматы. По данным МЗ РК на 01.01.2001 г. в г. Алматы, количество стоматологических кабинетов в составе лечебно-профилактических учреждений составляет 35, а по данным департамента здравоохранения г. Алматы – 29. По данным МЗ РК на 01.01.2001 г. всего стоматологических кабинетов для взрослых в г. Алматы составило - 55, а по данным департамента здравоохранения – 86. Такие же противоречивые данные по численности врачей-стоматологов, работающих в г. Алматы и объему оказываемой стоматологической помощи населению. По данным МЗ РК на 01.01.2001г. количество работающих врачей-стоматологов в г. Алматы составило - 530, а по данным департамента здравоохранения на этот период в г. Алматы работало 627 врачей - стоматологов. По данным МЗ РК на 01.01.2001 г. число врачебных посещений к стоматологам в г. Алматы составило - 396,5 тыс., а по данным департамента здравоохранения в г. Алматы этот показатель составил - 335,4 тыс. и т. д.

Из-за отсутствия полных сведений по деятельности частных стоматологических структур республики состояние стоматологической помощи населению в постприватизационном периоде нами изучалась на примере г. Алматы.

Развитие стоматологической помощи с обретением суверенитета республики можно условно разделить на 2 периода:

1-ый период это - с 1994 по 1997гг., состояние стоматологической помощи в г. Алматы до приватизации стоматологических структур.

Общая ситуация, сложившаяся в этот период в республике по организации стоматологической помощи населению, была характерна и для г. Алматы (табл. 1).

В составе департамента здравоохранения г. Алматы из десяти государственных стоматологических поликлиник функционировавших в 1994 году к 1997 году осталось 5 стоматологических клиник, то есть число стоматологических клиник за этот период сократилось наполовину (50%). Число стоматологических кабинетов в составе лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) за этот период сократилось на 3%. Количество стоматологических кабинетов в учебных заведениях и профессионально – технических училищах (ПТУ) за это время сократилось почти вдвое. Стационарных стоматологических кабинетов на промышленных предприятиях к 1997 году не стало. Затем начиная с 1997 года это период приватизации государственных стоматологических структур республики.

К 2000 году в г. Алматы в государственной собственности сохранилась только 1 детская стоматологическая поликлиника. Стоматологических отделений и кабинетов в высших учебных заведениях и ПТУ к 2002 году не стало. Число частных стоматологических структур в это время несколько медленнее, но возрастало. Несмотря на общий рост количества частных стоматологических структур, объем стоматологической помощи населению, оказываемой государственными и частными стоматологическими структурами, как до, так и после приватизации стоматологических структур неуклонно снижался (табл. 2).

Число посещений врачей-стоматологов в г. Алматы к 2002 году по сравнению с 1994 годом снизилось на 75,7%. Так же за этот период снизилось число первично обратившихся пациентов к стоматологам на 71,8%. Число первичных посещений сократилось на 71,8%, санированных пациентов на 77,9%. Доля санированных пациентов, от числа первично обратившихся снизилась на 13%. Число осмотренных в плановом порядке на 74,2%. Удельный вес санированных пациентов, из числа нуждающихся снизился с 83,7% до 79,4%. Число выработанных условных единиц труда в бюджетных учреждениях снизилось на 69% и на платном приеме на 85,1%. Число лиц получивших зубные протезы сократилось на 92,9%, в том числе на 10 тыс. населения на 92,8%.

Анализируя деятельность стоматологических структур г. Алматы в постприватизационном периоде можно заключить, что все качественные и количественные показатели стоматологической помощи населению г. Алматы за годы реформы в здравоохранении резко ухудшились. Закрытие стоматологических отделений и кабинетов в учебных заведениях и на промышленных предприятиях привело к прекращению профилактических мероприятий направленных на укрепление стоматологического здоровья среди этих контингентов населения. Одновременно резкий рост числа частных стоматологических объектов за этот период не улучшил состояние стоматологической помощи населению города. Однако в 1997 году, при приватизации государственных стоматологических поликлиник в республике не были учтены эти важные статистические данные, свидетельствующие о неблагополучии в стоматологическом здоровье населения.

Выводы

1. Для улучшения состояния стоматологической помощи населению в постприватизационном периоде необходимо совершенствовать организацию, планирование и управление отраслью.
2. С целью обеспечения отдельных категорий населения, нуждающихся в государственной поддержке в обеспечении доступной и качественной стоматологической помощи, необходимо частично восстановить государственные стоматологические клиники.

Таблица 1 - Деятельность стоматологических учреждений г.Алматы за 1994-2002 гг.

Наименование учреждений	1994	1995	1996	1997	%	1998	1999	2000	2001	2002	в %
Городские стоматологические поликлиники	10	9	7	5	50	5	5	3	2	1	-
Стоматологические кабинеты ЛПУ	30	28	29	27	10	32	39	29	29	27	-10%
Стоматологические кабинеты в учебных заведениях и ПТУ	15	14	10	7	49	5	5	2	-	-	-
Стоматологические кабинеты в школах	66	64	64	65		62	52	20	20	15	-81,3%
Стационарные стоматологические кабинеты на промпредприятиях	9	2	-	-		-	-	-	-	-	-
Частные стоматологические кабинеты	2	5	10	12		13	15	17	20	10	
ТОО, медцентры имеющие в составе стоматологические кабинеты	-	15	22	26		27	29	30	42	22	
Частнопрактикующие врачи-стоматологи	-	4	5	14		15	28	37	15	12	

Таблица 2 - Объем стоматологической помощи населению г.Алматы.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	%
Число посещений к стоматол.	1061480	1061181 (-0,03%)	820894 (22,6%)	648433 (-21%)	648999	486402	396476	335364	279239	- 75,7
В т.ч.в хозрасчетные	137566	132731	148680	115345	115929	138052	124937	111815	96312	-30
Число первичных обр. на 100 человек населения	34,3	38,7	31,1	22,8	23,4	17,7	14,2	11,4	9,8	- 71,4
Число первичных посещений	401996	401993	315571 (-21,5%)	242693 (-23%)	252879	200666	162603	129104	113517	- 71,8
Удельный вес первично обр. населения	38%	38%	38,4%	38%	39%	40,6%	40,6%	38,5%	39,9%	-5
Число санированных больных	255582	252470	191087	145491	150463	111593	86012	66943	56408	- 77,9
Доля санированных от числа первично обратившихся	63,6%	62,3%	60%	59,9%	59,5%	55,6%	53%	52%	50%	-13
Число осмотренных в плановом порядке	293078	269095	234305	186504	150463	133002	129443	105022	75741	- 74,2
Удельный вес нуждающихся в санации от числа осмотренных	49,2%	52,1%	49,9%	48%	49,5%	45%	46%	45%	42,6%	
Удельный вес санированных из числа нуждающихся	83%	83,7%	84%	79,4%	84,5%	85,5%	75,4%	72,6%	71,7%	
Выработано условных единиц труда, всего	2045297,3	2164722	1978430	119133 0	1172832	997261	843195,6	735530	635040	- 69,1
Из них: Бюджет	1725885	1840474, 8	1173733	910868	921576	592630	558517	428740	257904	- 85,1
Платно	319412,3	324247,2	804697	280462	280462	404631	284678,6	306850	377136	

Число лиц получившие зубные протезы, всего	14642	15420	13547	9767	11598	9796	2741	1638	1041	- 92,9
На 10 тыс. населения	124,9	132,7	116,3	92,0	107,7	86,0	24,0	14,4	9,0	- 92,8
Жалобы населения	2	1	1	1	-	1	1	15	9	

ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ КАЗАХСТАНА - КАК ЧАСТЬ ПОЛИТИКИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Хабиева Т.Х.

КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова.

Личная и общественная гигиена на территории Казахстана была развита ещё в У-У1 веках до н.э., следовательно, были и меры профилактики заболеваний. Например: для предупреждения оспы, завезённой торговцами караванов, идущих по Великому Шёлковому пути, уже в ХУ веке применяли вакцинацию (врачеватель ХУ века, - Отейбойдак Тлеукабылулы, автор «Шипагерлик Баян»), при холере - трупы умерших вместе с его скарбом и юртой сжигались, люди откочёвывали на более отдалённые от этого места территории.

Сам кочевой образ жизни казахов является примером профилактики инфекций, а также является методом климатотерапии, являющейся мерой профилактики так же и неинфекционных заболеваний (гипертонической болезни, лёгочной патологии, аллергических состояний и т.д.).

Казахскими лекарями применялись такие методы профилактики и оздоровления, как:

- 1.использования защитных сил природы (обливания холодной водой, применение лечебных грязей, различных ванн из листьев берёзы, песка, и т.п., горячих минеральных источников, изменение кочёвок),
- 2.методы физического воздействия (массаж, элементы мануальной терапии «узу», костоправство, физические упражнения, борьба «курес», кулачные бои, игры: «байга», «кыз ку-у» и др.),
3. методы саморегуляции (соблюдение постов «оразы», голодание, бани, парные, ванны, прижигания, иглотерапия «шабактау»),
4. использование лекарственных растений (ванны из сборов трав, корней, примочки, настойки),
5. методы психотерапии (шаманолечение «снятие сглаза, порчи, наговора», гипноз и т.д.),
6. методы творческого самовыражения (национальные праздники «наурыз», ритуалы, национальные традиции, вышивки, шитьё, ковроткачество и т.п.).

В качестве профилактики желудочно-кишечных заболеваний, профилактики туберкулёза - кумысолечение.

В советский период была высокая потребность в хирургической помощи, высокий уровень инфекционных заболеваний, высокая материнская и младенческая смертность, поэтому искали более прогрессивные методы.

В настоящее время, до 2/3 в структуре смертности населения, занимают болезни системы кровообращения, онкологические заболевания, травмы, отравления и несчастные случаи, болезни, связанные с образом жизни, болезни связанные с поведением (ВИЧ, СПИД, НАРКОМАНИЯ).

Социальные болезни. Болезни, связанные с окружающей средой. Болезни неизвестные науке.

Исходя из вышеизложенного:

- система здравоохранения имеет в своём арсенале возрождённые методы народной медицины, как: лечение травами, использование защитных свойств организма, физического воздействия, саморегуляции, которые являются малозатратными, вместе с тем поддерживающими ресурсы организма, доступными для широких слоёв населения.

- возрождение забытых методов голодания, соблюдение постов, предпочтение экологически-чистых продуктов местного обеспечения, сокращение ввоза продуктов извне.
- постоянное просвещение населения через средства массовой информации.
- подготовка кадров на кафедрах медицинских ВУЗов. Всяческие поощрения кадрам, преподающим на государственном языке, что предотвратит текучесть кадров, и будет способствовать нарастанию научного и практического потенциала Казахстана.
- многопрофильное финансирование, повышение государственного бюджета, применение наряду с ним, - местного бюджета, спонсорской помощи, различных фондов, личных вкладов.
- равномерным обеспечением отдалённых районов медицинскими кадрами соответствующего менталитета, что исключает в дальнейшем текучесть кадров.

«НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН - ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ»

Хабиева Т.Х.

Кафедра Общественного здравоохранения КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова.

В наступившем тысячелетии перед человечеством острее встал вопрос о выживании. Это связано с нарастающей катастрофой окружающей среды, несбалансированным питанием, с химическими и другими добавками в пищу, дефицит микроэлементов, лекарственными препаратами, зачастую вызывающими аллергическую реакцию вследствие «зашлакованности» организма, снижением физической активности. Все эти факторы заставляют нас задуматься об альтернативных методах жизнеобеспечения организма.

В этом плане методы, разработанные и проверенные нашими предками на протяжении многих веков, должны возрождаться. Данные методы, при профессиональном использовании, не имеют побочных воздействий и могут охватить широкий спектр, особенно, функциональных заболеваний.

Зная прошлое, легче овладеть настоящим, и ещё легче строить ориентиры на будущее. Знание истории медицины Казахстана играет важную роль в системе подготовки врача и целителя в новых условиях суверенного Казахстана, врача прогрессивного мировоззрения, повышает как профессиональный уровень, так и уровень национальной культуры, развивает чувство патриотизма, особенно в выявлении и изучении самостоятельного вклада казахского народа в мировую цивилизацию.

История медицины Казахстана знакомит с фактами, как на протяжении деятельности и культуры казахского народа возникали и развивались навыки и умение лечить, распознавать болезни, проявления личной и общественной гигиены, особенно в борьбе с особо-опасными инфекциями, как развивалось медицинское образование и наука, знакомит с замечательными открытиями и заслугами отечественных врачей и медиков.

Традиции – это образ жизни, взгляды, вкусы, обычаи поведения, установившиеся в быту, как отдельных людей, так и целого народа. Традиции во многом определяют здоровье людей. Социально-бытовые и профессиональные факторы обуславливают 70–80

процентов неблагополучия в здоровье людей и лишь 20–30 процентов связано с естеством человека (наследственностью). Образ жизни казахов исторически сформировался по образцу народа кочевника. Единственным источником жизнеобеспечения являлся скот. Поэтому при переходе к осёдлой жизни они лишились основы и возникли бедствия (гибель от голода и болезней, эмиграция в другие страны). В основе лежат, главным образом, отличия или особенности манеры питания этих народов. В свою очередь особенность манеры питания определяет культуру и привычку добывания пищевых продуктов. У кочевого народа питание в основном продуктами животного и молочного происхождения.

Кумыс и свежее кобылье молоко являются сезонной пищей, поэтому кочевники зимой и весной лишались обеспечения организма витамином «С», что вызывало ухудшение здоровья с астенией, ослаблением иммунитета, предрасположенность к инфекциям.

Летом, в условиях джайлау – вольной жизни на свежем воздухе и обильного кумыса, - люди стали выздоравливать, освобождаясь от гиповитаминоза. Таким образом, у кочевников двухфазно-меняющееся существование, обусловленное особенностями питания, становится стереотипом жизни. Перейдя к осёдлости, казахи обеднели скотом, но и не овладели искусством выращивания овощей и фруктов. Хотя, научились выращивать пшеницу, лучше были обеспечены углеводами, содержащимися в хлебопекарных продуктах.

Образование политических, торговых и культурных связей по Великому Шёлковому пути с ближними соседями: Центральная Азия, Индия, Китай, Арабский Восток взаимно обогащали казахскую народную медицину новыми методами диагностики и лечения, способствовали распространению средств и приёмов народной медицины, знакомили врачей научными достижениями и лекарственными средствами этих государств, развивая и научное направление. Нам известны такие имена, как: Абу Наср аль Фараби (IX в. 870 – 937гг.), Жусиб Баласагун (1069г.), Отейбойдак Тлеукабылулы (Ув. 1397 – 1492), Куртка Султанкожаулы (1770 – 1906гг.). Среди казахских даригеров были образованные люди, обучавшиеся в медресе г.г. Бухары, Самарканда. Казахские врачи прекрасно знали анатомию и физиологию человека, это обеспечивало успех в лечении, особенно хирургам и костоправам. « Шипагерлик Баян» - представляет энциклопедический медицинский труд врача 15 века Отейбодака Тлеукабылулы. Он имеет 10 направлений, состоит из 3–х частей: взаимодействие организма с окружающей средой. Вопросы диагностики заболеваний. Раздела, посвящённого лечебным мероприятиям. Содержание рукописи, дошедшей до современников, показывает высокий уровень развития медицинской науки на территории Казахстана уже в 15 век!

До присоединения Казахстана к России медицинских учреждений не было, но казахи прекрасно владели всеми методами личной и общественной гигиены. В начале 19 века в Казахстане появляются первые врачи, лазареты, первые больницы. Первые попытки подготовки средних медицинских кадров из числа местных казахов при Оренбургском военном госпитале, с последующим открытием фельдшерской школы.

Одним из основоположников медицинского обслуживания казахского населения в дореволюционном Казахстане были: Кулболды Жумагулов, Адильбек Майкотов, Райымбек Ахмет, Сулейменов Арын.

Среди казахов, получивших медицинское образование были: А. Айтбакин, М. Чумбалов, Д. Байгозина. Подготовка врачей – казахов велась в Казанском, Московском, Томском, Саратовском, Киевском Университетах, а также в Петербургской военно – медицинской Академии.

В 1920г. был создан Наркомат здравоохранения республики. Первым наркомом был избран С.М. Шаповалов. И с этой поры начинается эпоха советского здравоохранения, где представителям народной медицины не оставалось места.

После длительного пребывания традиционной медицины в подполье, начиная с 1990года, начинается возрождение народной медицины в Казахстане. Хотя, ещё в 1978г. на международной конференции ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи в г. Алма-Ате был переломный момент в истории здравоохранения, когда впервые признали вклад целителей в развитие первичного звена здравоохранения и даже необходимость бюджетных ассигнований на их подготовку. Открылся наш Республиканский Центр народной медицины, впоследствии переименованный в Республиканский научно-практический Центр восточной и современной медицины.

Впервые в Казахстане появились законодательные акты, в которых традиционная (народная) медицина упоминается как часть здравоохранения, а народный целитель,- субъект её деятельности.

Для Казахстана с многонациональным населением, с различным уровнем социально-экономического развития в разных регионах, с ухудшением экологических условий, средства и методы народной медицины являются актуальными. Если на территории современной России в плане многовекового отбора, российская школа выбрала для себя всё лучшее (знахарство, волхование, шаманизм, целительство), как необходимая часть народной культуры, здоровья, то Казахстан, в практическом плане, достигла большого опережения среди стран СНГ (Киргизии, Узбекистана, Таджикистана и Туркмении) по имеющейся правовой базе.

Сравнительно с Китаем, Тибетом, Индией, Казахстан отстаёт в части научного изучения и внедрения её достижений в практику современной медицины, Нужен реалистичный подход к методам традиционной медицине, малозатратных, следовательно: доступных и эффективных.

Главной задачей на современном этапе является выбор такой модели развития медицины, которая отвечала бы духовным, социальным, политическим, экономическим и профессиональным вопросам, включая социальную защиту как самих медицинских работников и целителей, так и малоимущих.

Путь к улучшению качества системы здравоохранения в интеграции официальной и традиционной медицины. Привлечение представителей традиционной медицины в качестве союзников, но с постоянной научной оценкой методов и средств народного врачевания и специализация врачей в области традиционной медицины является хорошим прогнозом дальнейшего развития традиционной медицины в Казахстане.

О РЕГИСТРАЦИИ СЛУЧАЯ ВАКЦИНОАССОЦИИРОВАННОГО ПОЛИОМИЕЛИТА В МЕРКЕНСКОМ РАЙОНЕ ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ

**Жетибаев Б.К., Сурдина Т.Ю., Мирзабекова Г.К., Сапарбаева Н.С., Капасакалис В.А.
Ускембаев С.Х., Джолмухамедов А.З.**

Управление Госсанэпиднадзора Жамбылской области, г.Тараз,
Казахская республиканская санитарно-эпидемиологическая станция, г. Алматы,

В Жамбылской области, как и во всех регионах страны, в течении 8 лет успешно реализуется Всемирная Программа ВОЗ по ликвидации полиомиелита во всем мире. Результатом эффективной работы в данном направлении послужило подтверждение

Европейским Бюро ВОЗ заключения об отсутствии циркуляции дикого полиовируса на всей территории Республики Казахстан и сертификации страны, как территории свободной от полиомиелита (2002 год). В ходе активного ведения эпидемиологического и лабораторного надзора за циркуляцией вируса как среди детей так и в окружающей среде в Жамбылской области за период с 1996 года выявлено 55 случаев заболевания острыми вялыми параличами и в 2002 году - 1 случай вакциноассоциированного полиомиелита. Факт регистрации вакциноассоциированного полиомиелита у больной Н. вызвал серьезную озабоченность не только у медицинских работников области и Республики Казахстан, но и штаба-квартиры ЕРБ ВОЗ. Уникальность данного случая заболевания заключается в изоляции от больной полиовируса 2 типа определенного как вакцинородственного, подтвержденного 21-ой заменой по отношению к вакцинному «предку» – штамму Себина 2-го типа. Такое количество замен позволяет предположить, что возраст штамма составляет не менее года. Возможно, мутации штамма способствовало, как показал анамнез, иммунодефицитное состояние самого ребенка. При этом серологическое обследование заболевшего ребенка не выявило наличие антител к полиомиелиту, несмотря на получение 4-х прививок в соответствии с возрастом.

Ребенок от III-беременности, III-х родов. Родилась здоровым ребенком в малоимущей семье, находилась на грудном вскармливании, прививалась по возрасту согласно календаря профилактических прививок без реакций на все вакцины. Первое обращение к врачу было в 3 месяца по поводу эксудативного диатеза, пролечена амбулаторно. В возрасте восьми и десяти месяцев ребенок заболевает ОРИ и при повторном заболевании госпитализируется в детское отделение центральной районной больницы с диагнозом: Острый бронхит, дефицитная анемия 1 степени. В течении 2002 года симптомы снижения уровня неспецифической резистентности организма нарастают, о чем свидетельствуют факты заболевания ребенка 6 раз, в том числе три раза ребенок получал лечение в условиях стационаров г.Тараз, Меркенского района. Нарастает дефицитная анемия (вторая степень), диагностируется наряду с ОРИ, гастроэнтероколитом и очаговой пневмонией, рахит, гипотрофия, дисбактериоз. Первые признаки нарушения опорно-двигательной функции появились 30 ноября 2002 года в г. Актау, когда на фоне высокой температуры в течении 2-х дней и жидкого стула (3-4 раза в день) девочка не стала ходить, сидеть и не могла поднять руки и в тяжелом состоянии ребенок был госпитализирован в стационар г.Актау с диагнозом: Острый инфекционно-аллергический миелополирадикулоневрит, вялая тетраплегия, нарушение органов малого таза.

Результаты вирусологических исследований 6-ти проб стула, проведенных в Национальной референс-лаборатории республиканской санэпидстанции, установили в двух пробах - изоляцию полиовируса второго типа вакцинного варианта, в 3-х – неполиомиелитные вирусы (Коксаки «В», аденовирусы). Только в одном случае получен отрицательный результат, это однозначно свидетельствует о дефекте иммунной системы ребенка, уязвимость и неспособность противостоять инфекционному началу. Это подтверждается результатом иммунограммы Н. от 16.04.2003 года: G-иммуноглобуллинемия (острый процесс заболевания), дисфункция фагоцитарной системы.

Выделенная культура у больной Н. является третьим в мире случаем изоляции полиовируса второго типа вакцинного варианта и свидетельствует о необходимости проведения постоянного надзора за полиомиелитом и острыми вялыми параличами на всех уровнях. По данному случаю эпидемиологами, педиатрами и невропатологами Жамбылской области был проведен комплекс необходимых профилактических и противоэпидемических мероприятий. Так вирусологически были обследованы 5 контактных лиц, установлено постоянное медицинское наблюдение за ними и за очагом. Организовано исследование крови на напряженность иммунитета к полиомиелиту у 665 детей, в том числе 87 проживающих в данном поселке. Эпидемиологами и педиатрами

постоянно проводится углубленный анализ привитости детского населения района, инфекционной, соматической заболеваемости по месту проживания заболевшей. Установлен жесткий контроль над своевременностью охвата иммунизацией детей на данном участке и по области в целом.

Ребенок находится под постоянным медицинским наблюдением, трижды оздоравливалась в Республиканской детской больнице «Аксай» и лабораторно обследовалась в Национальной референс-лаборатории Республиканской санэпидстанции. Изоляция полиовируса от больной прекращена на шестой месяц болезни (июнь 2003 года). По данным последнего комиссионного осмотра больной от 18 марта 2004 года областными специалистами: педиатром, невропатологом, иммунологом, эпидемиологом установлено: состояние ребенка тяжелое за счет выраженной интоксикации, отягощенного фона (анемии, кахексии). Самочувствие страдает, вялость, слабость, температура тела в пределах нормы, аппетит улучшился. Кожные покровы бледно-сероватым оттенком. Язык обложен беловатым налетом. В ротоглотке миндалины рыхлые, гиперемированны, налета нет. Тургор мягких тканей снижен. Отмечается глубокая тетраплегия вялого характера с преимущественным поражением проксимальных отделов, асимметрия поражения - справа выражено. Отмечается пронаторные контрактуры кистей, деформация обеих стоп. Атрофия ягодичных мышц. Положение постели «лягушачье». Сухожильные рефлексы не вызываются. Чувствительность кожи снижена. В акте дыхания симметричное участие обеих половин грудной клетки. Аускультативно - жесткое дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушены, компенсаторная тахикардия. Живот увеличен в объеме, при глубокой пальпации доступен. Печень увеличена на 2,5 – 3,0 см. Стул кашицеобразный, желтого цвета. Мочится нормально. Из левого уха скудное гнойное отделяемое, реакция на трагусы положительные слева. При осмотре нижних конечностей слева снаружи стопы имеется раздражение в виде покраснения из-за постоянного ношения лангеты. Отмечается также отеки левой стопы и голени. Диагноз: Последствия нейроинфекции. Поствакцинальный полиомиелит, вялая тетраплегия конечностей. Сопутствующие заболевания: Правосторонняя бронхопневмония, обострение. Гнойный левосторонний отит. Асептическая рана левой стопы. По направлению областной комиссии в настоящее время девочка находится на лечении в Республиканской детской больнице «Аксай» в г. Алматы, после лечения в котором пройдет реабилитационный курс в областной санатории «Матери и дитя».

На территории Жамбылской области заболеваемость полиомиелитом, вызванная диким штаммом полиовируса не регистрировалась с 1992 года, по Меркенскому району - с 1980 года. В 1998 году в г.Тараз Жамбылской области был зарегистрирован случай вакциноассоциированного полиомиелита у ребенка в возрасте 1 год, имевшем в анамнезе 4 плановых прививок против полиомиелита и 3 – во время НДИ. Исход заболевания – выздоровление. Лабораторные данные больного положительные к вирусу polio 3 типа, вакцинный вариант. Результат вирусологических исследований внешней среды (150 анализов) показал, что на территории области полиовирусы не циркулируют. Работы в данном направлении продолжаются.

Анализ охвата профилактическими прививками против полиомиелита показал, что за последние 4 года ни в одном районе области уровень охвата не опускался ниже 80% (нижний допустимый ВОЗ предел) и достигал 95,0% и более по всем регионам области, а по Меркенскому району - 100,0%. Проведенные проверки состояния иммунизации детей в Меркенском районе, анализ сетки иммунизации установили отсутствие пропущенных детей. Все подлежащие иммунизации привиты или находятся в стадии вакцинации против полиомиелита.

В 2003 году в области были выявлены 8 случаев заболеваний детей острыми вялыми параличами (показатель на 100 тыс. детей до 15 лет - 2,55, при республиканском

– 1,53 и рекомендуемом ВОЗ –1,0). Вирусы полиомиелита от заболевших не выявлены, только в двух случаях были выделены неполиомиелитный энтеровирус (НПЭВ - вирус Екхо-20). Были обследованы 48 контактных лиц, у 9-х (18,7%) выделен неполиомиелитный энтеровирус (НПЭВ).

В области ежегодно планомерно проводится работа по изучению напряженности иммунитета среди детского населения к полиомиелиту. В 2002 году напряженность иммунитета к полиомиелиту была изучена у 511 детей в возрасте от 2 до 12 лет. Выявлены 78 не иммунных лиц (13,4%). В 2003 году охвачены плановыми обследованиями на напряженность иммунитета к полиомиелиту 578 детей, из них 520 детей (89,9%) имели полный набор антител, 58 человек (10,0%) были неиммунны: 36 (6,2%) – были неиммунны к третьему типу, 8 (1,3%) - ко второму типу, 5 (0,8%), – к первому типу, к 1 и 3 типам - 3 ребенка (0,5%), ко 2 и 3 типам - 4 (0,6%), ко всем трем типам – 2 (0,3%).

По Меркенскому району – обследовано- 209 детей, из них с полным набором антител 182 (87,0%). Из них серонегативных – 27 (12,9%): к 1 типу –3 ребенка (1,4 %), ко 2 типу – 6 (2,8 %), к 3 типу – 13 (6,2 %), к 1-3 типам – 2 (0,9 %), к 2-3 типам – 1 (0,4%), к 1-2-3 типам – 2 (0,9 %).

Выводы: Факты выявления случаев вакциноассоциированного полиомиелита и ОВП на свободных от полиомиелита территориях свидетельствует о возможности завоза данной инфекции и необходимости усиления эпидемиологического надзора в постсертификационный период по активному выявлению детей с симптомами данных заболеваний, повышения настороженности врачей, позволяющей не пропустить случаи заболевания и своевременно провести соответствующие профилактические и противоэпидемические мероприятия.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИФИЛИСА У ЖЕНЩИН В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Нурғалиева А.М.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт
Министерства здравоохранения РК

Наибольшее значение для здравоохранения имеет сифилис, который является маркером заболеваемости ИППП (1,2,3,4,5,6). В литературе имеются лишь разрозненные данные о роли медико-социальных факторов в возникновении и развитии сифилитической инфекции у женщин, об особенностях клинических форм сифилиса. Исследования в Республике Казахстан ограничиваются единичными сообщениями по данной проблеме (7).

В связи с этим нами проведено комплексное изучение заболеваемости и эпидемиологии сифилиса у женщин на территории республики на основе обобщенных данных дермато-венерологических учреждений за 5-летний период (1999-2003гг).

В настоящее время установлено, что в общей структуре сифилиса преобладают лица женского пола. (8,9,10,11,12,13), что подтверждается и нашими данными. Во все годы анализируемого периода удельный вес женщин, больных сифилисом был в пределах 50,1-53,4%.

При анализе уровня заболеваемости сифилисом у женщин по областям республики выявлено, что в 9 из 16 регионов заболеваемость сифилиса у женщин за данный период значительно превышала среднереспубликанский показатель (таблица 1).

Особо следует отметить Акмолинскую область и гг. Астана и Алматы, где уровни заболеваемости находятся на высоких цифрах. Так, динамика заболеваемости сифилиса у женщин в Акмолинской области представлена следующими данными: 510,4 → 438,0 → 320,3 → 239,3 → 217,5⁰/₀₀₀₀; г. Астана - 608,0 → 454,0 → 234,9 → 200,2 → 136,7⁰/₀₀₀₀ на 100 тыс. женского населения; г. Алматы - в 1999-2000гг. - 360,0 → 253,0; в последующие 2 года примерно было на одинаковом уровне (227,8 → 187,8⁰/₀₀₀₀), но в 2003г. в 1,2 раза превышала общереспубликанский показатель (180,4 против 151,7⁰/₀₀₀).

Таблица 1- Заболеваемость сифилисом у женщин на 100 тыс. женского населения (1999-2003гг.)

Наименование областей	1999	2000	2001	2002	2003
Республика Казахстан	318,0	268,0	230,0	190,1	151,7
Акмолинская	510,4	438,0	320,3	239,3	217,5
Актюбинская	348,5	278,2	282,3	212,0	129,7
Алматинская	264,2	158,4	167,0	156,5	138,3
Атырауская	215,5	142,3	93,1	68,6	49,8
ВКО	105,1	79,6	108,1	85,9	88,6
Жамбылская	266,1	241,0	192,3	186,8	135,2
ЗКО	396,3	403,2	330,8	245,3	208,9
Карагандинская	297,0	705,5	267,4	212,9	224,6
Кызылординская	209,0	205,0	161,3	185,3	102,2
Костанайская	360,0	335,0	283,5	235,0	178,2
Мангыстауская	208,0	171,3	129,8	103,5	89,9
Павлодарская	521,0	405,0	332,3	275,6	188,4
СКО	631,2	510,0	327,6	279,1	236,5
ЮКО	234,0	242,4	234,0	188,3	103,6
г.Астана	608,0	454,0	234,9	200,2	136,7
г.Алматы	360,0	253,0	227,8	187,8	180,4

За последние 5 лет по Республике Казахстан, несмотря на снижение уровня заболеваемости сифилисом среди женского населения, возрос (в 2 раза) удельный вес беременных, больных сифилисом: 8,8 → 9,2 → 11,9 → 13,3 → 17,3 % (таблица 2).

В данной таблице представлены расчеты удельного веса беременных, больных сифилисом, в общей структуре сифилиса у женщин по отдельным областям. Высокий удельный вес беременных в структуре больных сифилисом женщин наблюдается в Алматинской - 28,1±1,8%, Атырауской - 20,6±5,1%, Жамбылской - 26,9±2,3%, Мангыстауской - 29,8±4,5%, а в ЮКО - 41,2±2,0 % против общереспубликанского 17,3±0,5%, что определяет данную эпидемиологическую ситуацию по сифилису среди женщин, как наиболее неблагоприятную.

Особо следует остановиться на эпидемиологической ситуации по сифилису среди беременных по г.Алматы. Наблюдается неуклонный рост удельного веса беременных: с 12,1 в 2000г. до 15,2% в 2003г. По г.Астана отмечена неравномерность, если в 1999г. удельный вес беременных составил 0,2%, то в следующем 2000г. - 6,6%, к 2003 году удельный вес возрос до 7,8%.

Таблица 2- Удельный вес беременных, больных сифилисом в общей структуре женщин, больных сифилисом (1999-2003гг.)

Наименование областей	1999	2000	2001	2002	2003
Республика Казахстан	8,8±0,2	9,2±0,3	11,9±0,3	13,3±0,4	17,3±0,5
Акмолинская	6,0±0,7	6,1±0,7	5,4±0,8	7,9±1,2	6,0±1,1
Актюбинская	18,5±1,5	15,9±1,6	18,5±0,5	20,9±2,0	16,6±2,3
Алматинская	15,4±1,1	21,2±1,5	19,6±1,4	20,2±1,5	28,1±1,8
Атырауская	4,7±1,3	11,9±2,4	22,4±3,9	19,6±3,9	20,6±5,1
ВКО	3,9±0,9	2,8±0,9	5,2±1,1	4,1±1,1	5,6±1,3
Жамбылская	18,1±1,4	8,9±1,1	23,0±1,8	18,8±1,7	26,9±2,3
ЗКО	9,2±1,1	6,8±1,0	12,2±1,4	9,7±1,4	13,1±1,8
Карагандинская	5,7±0,7	8,0±0,8	6,1±0,7	12,8±1,1	15,6±1,2
Кызылординская	1,5±0,7	1,2±0,6	1,1±0,6	2,6±0,9	12,3±2,5
Костанайская	4,3±0,6	6,7±0,8	7,9±1,0	12,8±1,3	10,7±1,4
Мангыстауская	22,9±3,1	21,9±3,3	23,8±3,6	25,2±4,0	29,8±4,5
Павлодарская	11,2±0,9	8,4±0,9	13,5±1,2	11,4±1,2	13,5±1,6
СКО	3,5±0,5	4,1±0,6	10,5±1,2	11,8±1,4	7,9±1,3
ЮКО	18,6±1,1	12,5±0,9	16,0±1,0	15,0±1,1	41,2±2,0
г. Астана	0,2±0,2	6,6±1,1	1,4±0,6	5,8±1,3	7,8±1,8
г. Алматы	-*	12,1±1,1	11,1±1,1	15,7±1,4	15,2±1,4

Примечание- * данные не представлены

О социальной детерминированности сифилитической инфекции свидетельствуют выраженные изменения «возрастного спектра» в сторону омоложения» (15-17 лет) и более высокого процента вовлечения в процесс лиц активного репродуктивного возраста (18-44 лет) (таблица 3). В последние годы удельная значимость группы 15-17 лет увеличилась в 1,3 раза, достигнув в 2001 году- 11,7±1,0%, в 2003г. - 8,2±0,8%. Беременные, больные сифилисом возрастной группы 18-44 лет занимают первое место по удельному весу, составляя до 93,5% в общей структуре сифилиса у женщин.

Таблица 3- Заболеваемость сифилисом среди беременных по РК по возрастным группам (в %)

Годы	0-14	15-17	18-44	45 лет и старше
1999	0,2±0,1	6,1±0,7	92,2±0,8	1,5±0,4
2000*	-	11,7±1,0	87,6±1,0	0,7±0,3
2001*	-	5,8±0,7	93,5±0,7	0,7±0,2
2002*	-	7,0±0,8	92,6±0,8	0,4±0,2
2003*	-	8,2±0,8	91,4±0,8	0,4±0,2

Примечание - *- данные не представлены

Структура заболеваемости сифилисом среди беременных по нозологическим формам в динамике существенно меняется с определенной закономерностью. Снижение заболеваемости первичным, вторичным свежим сифилисом, как правило, сопровождается увеличением скрытых форм сифилиса. Удельный вес первичного сифилиса снизился в 2,4 раза (с 5,1% до 2,1%), вторичного свежего - в 1,9 раза (с 7,1% до 3,8%), но в некоторых областях был выше среднереспубликанского: в Акмолинской области - в 4,9 раза ($10,3 \pm 5,6\%$), Атырауской - в 28,5 раз ($60,0 \pm 15,5\%$ против $2,1 \pm 0,2\%$ соответственно). В отношении вторичного свежего сифилиса можно отметить, что в Атырауской, ВКО, Костанайской, Павлодарской, Южно-Казахстанской областях и г. Астана данный показатель превышал в 1,3-6,2 раза среднереспубликанский.

Удельный вес скрытого раннего сифилиса возрос с 66,9% до 76,2%, в отдельных областях, а в Актюбинской, Алматинской, Мангыстауской - удельный вес достиг 90,5-96,5%. Самый низкий показатель скрытого раннего сифилиса выявлен в 2003г. в Карагандинской и Атырауской областях ($18,6 \pm 3,3\%$ и $20,0 \pm 12,6\%$ соответственно против $76,2 \pm 1,3\%$).

В структуре заболеваемости сифилиса у беременных вторичный рецидивный сифилис стабильно держится на уровне 17,1-20,9%. Однако, в ряде регионов отмечается более высокий уровень данной клинической формы: в Карагандинской области удельный вес его составил от $71,6 \pm 5,5\%$ до $80,6 \pm 4,1\%$; в Павлодарской - от $20,7 \pm 5,3\%$ до $37,0 \pm 5,4\%$; СКО - в 1999-2001гг. удельный вес значительно превышал общереспубликанский ($37,2 \rightarrow 35,7 \rightarrow 29,4\%$ против $20,9 \rightarrow 21,9 \rightarrow 17,1\%$).

Неблагоприятным прогностическим признаком являются сроки гестации, во время которых у беременных выявлен сифилис (таблица 4). Данные таблицы 4 подтверждают тот факт, что беременные, больные сифилисом в основном выявляются в поздние сроки беременности (II-III триместры).

Таблица 4 - Частота выявления сифилиса у беременных по срокам гестации (1999-2003гг) (%)

Годы	I триместр	II триместр	III триместр
1999	$6,4 \pm 0,7$	$42,2 \pm 1,5$	$51,4 \pm 1,5$
2000	$6,3 \pm 0,7$	$35,2 \pm 1,5$	$58,5 \pm 1,5$
2001	$6,8 \pm 0,7$	$38,9 \pm 1,4$	$54,3 \pm 1,4$
2002	$5,3 \pm 0,7$	$40,4 \pm 1,5$	$54,3 \pm 1,5$
2003	$4,9 \pm 0,6$	$40,2 \pm 1,5$	$54,9 \pm 1,5$

С 1999г по 2003г значительно уменьшилось число беременных, выявленных в I триместре - с $6,4 \pm 0,7\%$ до $4,9 \pm 0,6\%$ при сохраняющемся высоком проценте беременных, выявленных во II триместре ($35,2-42,2\%$). Высокий процент выявления сифилиса у беременных в III триместре (до $58,5 \pm 1,5\%$ в 2000 году), в 2003 году этот процент составил $54,9 \pm 1,5\%$.

При анализе по областям наиболее неблагоприятно в ЮКО, где удельный вес беременных, больных сифилисом в III триместре ежегодно увеличивался с $59,6 \pm 3,2\%$ до $70,7 \pm 3,2\%$; в Алматинской области с $50,0 \pm 3,8\%$ до $73,0 \pm 3,7\%$ в 2002г., $65,9 \pm 3,6\%$ - в 2003г.; в Кызылординской области значительное число беременных, больных сифилисом в III триместре зарегистрировано в 1999-2001гг. ($60,0-75,0\%$). Из городов-мегаполисов следует выделить г. Астана, где динамика роста (2000-2003гг) данной категории беременных, была следующей: $68,9 \rightarrow 70,7 \rightarrow 70,0 \rightarrow 72,2\%$.

Касаясь прогноза дальнейшей динамики заболеваемости сифилисом среди беременных, следует отметить, что в ближайшие годы она будет определяться реальными объемами новых «контингентов риска» среди населения с одной стороны, и эффективностью лечебно-профилактических мероприятий по борьбе с ИППП - с другой стороны.

Таким образом, проведенный клинико-эпидемиологический анализ заболеваемости сифилисом у женщин по Республике Казахстан выявил следующие закономерности: удельный вес женщин в общей структуре заболеваемости сифилисом до 53,4%; рост удельного веса (с 8,8% до 17,3 %) беременных, больных сифилисом с преобладанием поздних форм (до 76,2%); отмечается поздняя обращаемость беременных в женскую консультацию, выявление сифилиса в поздние сроки гестации (II-III триместр).

Литература:

1. Иванова М.А., Лосева О.К., Коробейникова Э.А., Кравцова Е.Я., Федорова И.В. // Вестн. дерматол.-2000.-№6.- с.63-66.
2. Анастасьева В.Г. Морфофункциональные изменения фетоплацентарного комплекса при плацентарной недостаточности., Новосибирск, 1997; с.506.
3. Борисенко К.К. Лосева О.К., Доля О.В. //ЗППП.-1997, №5.- с.58.
4. Фукс М.А., Грибань А.Н. //Акуш. и гин., 1991, №8, с.37-40.
5. Шапошников О.К. Венерические болезни: Руководство для врачей. – 2-е изд.-М.: Медицина, 1991.
6. Dippel A.L. //Am J obstet Gynecol, 1994;47 (3).
7. Шакиров М.Т. //Тез. II Межд. конференции «Современные аспекты эпидемиологии, клиники, диагностики, профилактики, терапии дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем» Алматы, 23 – 24 мая 2003 года, 2003.
8. Бугорский В.Н. с соавт., 2003; Бугорский В.Н. Халдин А.А., Рюмкина. // Росс. журн. кож. и вен. бол., 2003, №6, с.47-49.
9. Смирнова Т.С., Дудко В.Ю., Пулькова Е.П., Слободзян Г.В. //Материалы научно-практ. конф. дерм-венерол., акуш.-гин., урол. и врач.-лабор. Санкт-Петерб. Сотис, Санкт-Петерб.- 1999,- с.10.
10. Шувалова Т.М., Туманян А.Г., Соколовский И.М. //ЗППП.-1998.-№ 4.- с. 73-74.
11. Тайц Б.М., Старченко М.Е., Смирнова Т.С. //Материалы XXXV-научно-практ.конф. дермато-венерологов и врачей смежных специальностей. Санкт-Петербург,2000,с.4.
12. Зилеева С.А., Хисматуллина З.Р., Латыпов А.Б. // Тез.докл. Первого Российского конгресса дермато-венерологов 23-26 сентября 2003,С-Петербург.-С-Петербург,2003.- с.80.
13. Юцковский А.Д., Миловидова Е.В., Ковтун В.В //Рос.журн. кож. и венерол. бол., 2001,№ 3, с. 52-54.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГРУППЫ СО СРЕДНИМ УРОВНЕМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2001

А.Л.Катков, Б.Б. Джарбусынова

Каз.НМУ, Алматы.

В ходе многоуровневого исследования, определяющего состояние психологического здоровья населения Республики Казахстан, нами были выделена группа населения со средним уровнем психологического здоровья.

С целью определения социально-демографических и социально-психологических различий, а также с целью определения среднего уровня психологического здоровья в исследуемых гендерных, возрастных, профессиональных; национальных, географических, статусных (образовательный, экономический, семейный статусы) групп ,нами было приведено исследование групп среднего уровня психологического здоровья по всем изучаемым параметрам

В таблице 1 приведены социально-демографические и социально-психологические характеристики группы со средним уровнем психологического здоровья по результатам эпидемиологического исследования 2001 года

Таблица 1
Социально-демографические и социально-психологические характеристики группы со средним уровнем психологического здоровья по результатам эпидемиологического исследования 2001 года (n=6486)

Гендерная характеристика группы со средним уровнем психологического здоровья (n=6486)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Мужчины	2767	42.7%	+/-1.2%
Женщины	3719	57.3%	+/-1.2%
Характеристика группы со средним уровнем психологического здоровья по возрасту (n=6486)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
12-16 лет	652	10.1%	+/-0.7%
17-21 лет	893	13.8%	+/-0.8%
22-26 лет	878	13.5%	+/-0.8%
27-35 лет	1502	23.2%	+/-1%
36-47 лет	1620	25%	+/-1.1%
48-55 лет	939	14.5%	+/-0.9%
Характеристика группы со средним уровнем психологического здоровья по уровню образования (n=6486)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
начальное	856	13.2%	+/-0.8%
Без образования	15	0.2%	+/-0.1%
среднее	3449	53.2%	+/-1.2%
Высшее образование	2166	33.4%	+/-1.1%
Характеристика группы со средним уровнем психологического здоровья по уровню дохода (n=6486)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Высокий уровень дохода	934	14.4%	+/-0.9%
Низкий уровень дохода	2109	32.5%	+/-1.1%
Средний уровень дохода	3014	46.5%	+/-1.2%
Характеристика группы со средним уровнем психологического здоровья по семейному статусу (n=6486)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Живут с первой семьей	1970	30.4%	+/-1.1%
Живут со второй семьей	3110	47.9%	+/-1.2%
Не имеют родственников	191	2.9%	+/-0.4%

Характеристика группы со средним уровнем психологического здоровья по профессиональному статусу (n=6486)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
бизнес, финансы	1086	16.7%	+/-0.9%
образование	347	5.3%	+/-0.5%
здравоохранение	303	4.7%	+/-0.5%
не работает, не учится	0	0%	0<>0%
СМИ	23	0.4%	+/-0.1%
Силовые, надзор, юридич.	182	2.8%	+/-0.4%
Студенты, учащиеся	990	17.4%	+/-1%
Другие сферы	1017	15.7%	+/-0.9%
Госслужба	537	8.3%	+/-0.7%
Характеристика группы со средним уровнем психологического здоровья по национальности (n=6486)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
казахская	2357	36.3%	+/-1.2%
украинская	254	3.9%	+/-0.5%
русская	2995	46.2%	+/-1.2%
корейская	107	1.6%	+/-0.3%
татарская	186	2.9%	+/-0.4%
немецкая	151	2.3%	+/-0.4%
узбекская	121	1.9%	+/-0.3%
Другая национальность	42	0.6%	+/-0.2%
Характеристика группы со средним уровнем психологического здоровья по региону проживания (n=6486)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Алмата	1435	22.1%	+/-1%
Астана	392	6%	+/-0.6%
Восточный Казахстан	699	10.8%	+/-0.8%
Западный Казахстан	705	10.9%	+/-0.8%
Северный Казахстан	1314	20.3%	+/-1%
Центральный Казахстан	839	12.9%	+/-0.8%
Южный Казахстан	1102	17%	+/-0.9%
Характеристика группы со средним уровнем психологического здоровья по соматическому здоровью (n=6486)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Высокое	1587	24.5%	+/-1%
Низкое	6	0.1%	+/-0.1%
Среднее	4685	72.2%	+/-1.1%
Характеристика группы со средним уровнем психологического здоровья по степени заинтересованности собственным здоровьем (n=6486)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Высокая	340	5.2%	+/-0.5%
Низкая	1	0%	0<>0%
Средняя	5892	94.5%	+/-0.6%
Характеристика группы со средним уровнем психологического здоровья по наличию, отсутствию, средней выраженности позитивных целей и установок (n=6486)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Выраженные	4917	75.8%	+/-1%

Отсутствие	271	4.2%	+/-0.5%
Средняя выраженность	1298	20%	+/-1%
Характеристика группы со средним уровнем психологического здоровья по социальной динамике (n=6486)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Восходящая	259	4%	+/-0.5%
Нейтральная	6194	95.5%	+/-0.5%
Нисходящая	33	0.5%	+/-0.2%
Характеристика группы со средним уровнем психологического здоровья по скорости адаптации (n=6486)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Высокая	56	0.9%	+/-0.2%
Низкая	248	3.8%	+/-0.5%
Средняя	6182	95.3%	+/-0.5%
Характеристика группы со средним уровнем психологического здоровья по степени вовлеченности в орбиту наркотизма (n=6486)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Высокая	461	7.1%	+/-0.6%
Низкая	1537	23.7%	+/-1%
Средняя	3902	60.2%	+/-1.2%
Характеристика группы со средним уровнем психологического здоровья по степени зависимости от табака (n=6486)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Не зависимы	4487	69.2%	+/-1.1%
Зависимы	1999	30.8%	+/-1.1%
Характеристика группы со средним уровнем психологического здоровья по степени зависимости от алкоголя (n=6486)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Зависимые от алкоголя	21	0.3%	+/-0.1%
Не зависимые от алкоголя	6465	99.7%	+/-0.1%
Характеристика группы со средним уровнем психологического здоровья по степени вовлеченности в орбиту наркотизма (n=6486)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Группа риска	4683	74.3%	+/-1.1%
Активно устойчивые	101	1.6%	+/-0.3%

Значения доверительных интервалов позволяют констатировать полную репрезентативность выборки по каждому исследуемому параметру.

Средний уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен среди группы женщин.

Средний уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в возрастных группах с 36 до 47 лет, а также с 48 до 55 лет. Для возрастных групп с 22 до 26 лет и с 27 до 35 лет достоверных различий в распределении исследуемых признаков выявлено не было. Результаты данного фрагмента интерпретируются как тяготение к среднему уровню психологического здоровья доминирующего и нисходящего поколения.

Средний уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе со средним образованием. В группе лиц без образования, в силу ее малочисленности, достоверных различий в распределении изучаемых признаков получено не было. Результаты настоящего исследовательского фрагмента интерпретируются с двух позиций – возрастной и формируемой системой высшего

образования позитивной взаимозависимостью с высокими уровнями психологического здоровья. Таким образом, в настоящем фрагменте подтверждается более выраженная «социальность» категории психологического здоровья.

Средний уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с низким уровнем доходов. Таким образом, с учетом преимущественной принадлежности населения РК к группе со средним уровнем психологического здоровья (81,4% населения), действенной мерой профилактики социальной эпидемии бедности в РК будет форсированное развитие высоких уровней психологического здоровья в различных группах населения.

Средний уровень сравнительно более интенсивно был представлен в группе проживающих со второй семьей. Результаты, полученные по данному фрагменту, интерпретируются с учетом возрастных характеристик респондентов, проживающих с первой семьей (восходящее поколение).

Средний уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в сборной группе «другие сферы»

Достоверная разница распределения исследуемых уровней психологического здоровья отмечалась лишь в корейской этнической группе.

Средний уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в Центрально-Казахстанском регионе. Для других регионов достоверных различий в распределении исследуемых уровней установлено не было. Полученные сведения следует интерпретировать с учетом национального и возрастного состава населения в указанных регионах.

Средний уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе со средним уровнем соматического здоровья. Таким образом, подтверждается позитивная взаимозависимость высоких уровней психологического и соматического здоровья.

Средний уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе со средней степенью заинтересованности собственным здоровьем

Средний уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц с отсутствием позитивных целей и установок. А также в группе со средней степенью выраженности позитивных целей и установок.

Средний уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц с нейтральной социальной динамикой. Для группы с нисходящей социальной динамикой достоверных различий в распределении исследуемых признаков найдено не было. Результаты настоящего фрагмента подтверждают позитивную взаимозависимость высоких уровней психологического здоровья с конструктивным типом социальной динамики.

Средний уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с низкой и средней скоростью адаптации. Средний уровень психологического здоровья имел более высокий дифферент в группе с низкой скоростью адаптации

Таким образом, на основании вышеизложенного, можно предположить, что качественный уровень психического здоровья населения (в данном случае средний уровень психологического здоровья): во-первых, имеет самостоятельное феноменологическое оформление, самостоятельную, весьма актуальную, значимость для индивида и общества; во-вторых, данный спектр характеристик психического здоровья доступен измерению в системе промежуточных и конечных индикаторов; в-третьих, динамика качественного уровня психического здоровья зависит от ряда факторов, включая масштабное использование адекватных развивающих практик; в-четвертых, в зависимости от характеристик качественного уровня психического

здоровья можно определить степень риска вовлечения в различные деструктивные социальные процессы (эпидемии). В данном исследовании прослеживается взаимозависимость уровней психического здоровья и риска вовлечения в алкоголизацию и наркотическую зависимость.

Литература:

1. Артыкова Н.М. Психическое здоровье человека как проблема валеологии. Валеология: медико-педагогические аспекты формирования здорового образа жизни.- Костанай, 1997.- С.15.
2. Богдан М.Н. Распространенность пограничных психических расстройств лиц разного пола. Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова 1997.- Т.97.- № 5.- С. 54-56.
3. Богдан М.Н., Долгов С.А., Ротштейн В.Г. Пациенты психиатрического кабинета поликлиники: недовыявленные диспансерные больные или новый контингент? Журн. невропат. и психиатр им. С.С. Корсакова. 1997.-Т.97.- № 3.- С.53-56.
4. Богдан М.Н., Рытик Э.Г., Сосновский А.Ю. Вопросы охраны психического здоровья в работе X Всемирного конгресса психиатров. Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова 1997.- Т.97.- № 4.- С. 74-76
5. Гебель В. Качество психиатрической помощи: Опыт Германии. Социальная и клиническая психиатрия. 1996.- №1.- С. 37-41.
6. Гиндикин В.Я., Опаров Т.З., Гомахидзе Ш.В. Соматизированные психические расстройства по материалам диспансеризации сотрудников крупного промышленного предприятия. Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1996.- Т.96.- №6.- С. 55-58.

EFFECTIVENESS OF EDUCATIONAL INTERVENTIONS AMONG SCHOOLCHILDREN TO PREVENT ACCIDENTS (systematic review)

G. M. Ussatayeva

Kazakhstan School of public Health

Extraordinary numbers of children around the world are killed or disabled every year as a result of accidents that occur within their homes and neighborhoods (3,6). Accidents in childhood and young adolescence became a major public health problem in all developed and an increasing number of developing countries, but until the last decade it has received little attention at a national or international level (7). In countries where other health problems are well controlled, unintentional injury ranks as the leading cause of death for children, accounting for almost 40% of all deaths in the age group from 1 to 14 years (3).

In the Republic of Kazakhstan during the last five years (1997-2001) unintentional injuries ranked top in the causes of children and adolescent mortality (1-18 age group) (1, 2). In 1999, 3200 children died in Kazakhstan as the direct result of accidents (5). Non-fatal accidents are also important as a cause both of immediate morbidity and of later disability. Each year approximately 200,000 children become victims of unintentional injuries, 1.2 % of them become disabled (5).

The prevention of accidents was identified as a key area in the Programme of Injury Prevention in the Republic of Kazakhstan (4). To achieve targets of the Programme we need good information about effective countermeasures is required which in turn may identify gaps in our knowledge.

This systematic review concerns about the primary prevention of unintentional injuries among children through educational interventions. In the frames of the systematic review schools were considered as settings for educational interventions in prevention of unintentional injuries and results about an effectiveness of such interventions were derived. Moreover, it is important to identify the most effective types of educational interventions, and to identify how interventions as an action measure in relation to such concepts as validity, reliability and generalisability.

This systematic review is aimed to evaluate effectiveness of educational interventions in school setting among urban children in respect of positive changes in safety knowledge, attitudes, and behaviors. There were included studies that targeted children aged from 5 to 14 years. It was built onto evidence-based practice in unintentional injury prevention by including only those studies that used educational interventions in a school setting. This is achieved by looking for more detail at the differences between studies, for instance, the significance of the results and types of interventions used.

To find out relevant literature relating to the educational interventions in urban area for primary prevention of injuries among children in school setting and to assess an effectiveness of the interventions a systematic review was used.

To conduct the systematic search of the relevant literature concerning the topic of the review there was developed a review protocol as well as appropriate inclusion and exclusion criteria for the studies, and search strategy. Medline (1966 to present), CINAHL (1982-to present) electronic bibliographic databases were used. After searching author selected studies for the systematic review, prepared data extraction form, extracted data, and assessed methodological quality of the included studies. Eight studies were identified for the data synthesis procedure. The heterogeneity of the data made a numerical synthesis of the results impossible. Instead there was provided a narrative review.

Thus, curriculum based interventions are effective for the increasing of knowledge attitudes, and self-reported behavior for preschool children as well as for schoolchildren. Brief educational programmes are effective only in the increasing of knowledge but not of attitudes and behaviors for both preschool children and schoolchildren. Parental involvement in the road safety training is effective. Helmet promotion programme may be effective in children from high-income families.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ СРЕДИ ДЕТЕЙ-ШКОЛЬНИКОВ (систематический обзор)

Г. М. Усатаева

Высшая Школа Общественного Здравоохранения

Ежегодно сотни тысяч детей по всему миру погибают или становятся инвалидами по причине несчастных случаев, которые происходят в их собственных домах или на улицах (3,6). Проблема несчастных случаев, происходящих с детьми и подростками, стала важной в общественном здравоохранении не только развитых, но и в развивающихся странах лишь в последнее десятилетие. До этого периода времени данной проблеме уделялось мало внимания, как на национальном, так и на международном уровне (7). В тех странах, где другие проблемы здоровья контролируются на достаточно высоком, несчастные случаи являются ведущей причиной смертности среди детей от 1 до 14 лет - примерно, 40% (3).

В Республике Казахстан за последние пять лет (1997-2001) несчастные случаи стали ведущей причиной детской и подростковой смертности (возрастная группа от 1 до 18 лет) (1, 2). В 1999 году в Казахстане в результате несчастных случаев погибло 3200 детей (5). Нефатальные несчастные случаи стали также ведущей причиной заболеваемости и инвалидности. Каждый год примерно 200000 детей в РК становятся жертвами несчастных случаев, из них 1,2% становятся инвалидами (5).

Профилактика несчастных случаев была определена ключевым моментом Программы по профилактике травматизма в Республике Казахстан (4). Чтобы достичь задач, определенных Программой, нам необходимо иметь качественную информацию о существующих эффективных мерах профилактики для того, чтобы восполнить пробелы в этой сфере.

Данный систематический обзор посвящен вопросу использования образовательных вмешательств в первичной профилактике непредумышленных травм среди детей. В рамках проведения систематического обзора школы рассматривались, как места для проведения образовательных вмешательств по первичной профилактике несчастных случаев, с последующим выделением результатов об эффективности подобных мероприятий. Более того, важным было также определить тип наиболее эффективного образовательного вмешательства в рамках таких концепций, как достоверность, надежность и обобщаемость.

Целью проведения данного систематического обзора стала оценка эффективности образовательных мероприятий в школах для первичной профилактики несчастных случаев среди детей, проживающих в городах. Оценивались положительные изменения в отношении знания, отношения и поведения. Были включены исследования, направленные на школьников в возрасте от 5 до 14 лет. Проведение систематического обзора следовало принципам доказательной медицины, т.е. отбор первичных исследований проводился строго по разработанному протоколу, с критериями «включения» и «исключения», а также согласно разработанной стратегии поиска.

Были использованы такие электронные базы данных, как Медлайн (с 1966 – по настоящее время), CINAHL (с 1982- по настоящее время). После поиска автором были отобраны исследования для проведения экстракции данных и методологической оценки качества исследований, включенных в систематический обзор. Было определено восемь исследований для процедуры синтеза данных. К сожалению, гетерогенность данных сделала проведение мета-анализа невозможным, поэтому окончательные результаты представлены в виде описания.

Таким образом, восемь исследований было отобрано для анализа и представления результатов. Образовательные вмешательства, которые представляли собой систематические занятия, включенные в программу школьного обучения, показали себя наиболее эффективными в отношении улучшения знаний и позитивных изменений в отношении и поведения, как для младших, так и старших школьников. Кратковременные образовательные мероприятия показали себя неэффективными в отношении изменений в отношении и поведении, но в то же время они могли бы играть важную роль в инициации более долгосрочных программ (например, фестивали, спектакли или кинофильмы) для школьников, независимо от возраста. Привлечение родителей в образовательный процесс по безопасности дорожного движения является эффективным. Программы, которые поддерживали инициативы по ношению шлемов среди велосипедистов, были эффективными среди детей из семей с высоким достатком.

Литература:

1. АНСАРК. Health of population and health care in the Republic of Kazakhstan in 1991-2000. (2001). Astana.

2. ANCAR. Health of population and health care in the Republic of Kazakhstan in 1997-2001. (2002). Astana, Alamy.
3. Bartlett S. The problem of children's injuries in low-income countries: a review. (2002). Health policy and planning. 17(1):1-13.
4. Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan. Programme of Injury Prevention in the Republic of Kazakhstan. (2002). Papers. Astana.
5. Ormantayev K., Erekeshev A., Kunanbayev A. Childhood injuries: issues and new methods of treatment. (2000). Essential issues of traumatology and orthopaedics. Conference, October 8-10, Almaty.
6. Romer C., Manciaux M. (1991). Accidents in childhood and adolescence: a priority problem worldwide. In Manciaux M. and Romer C. (eds). Accidents in childhood and adolescence: the role of research. (pp. 1-6). Geneva: WHO.
7. Towner E., Dowswell T., Simpson G., Jarvis S. (1996). Health promotion in childhood and young adolescence for the prevention of unintentional injuries. London: Health Education Authority.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ЛИЦ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.

Аканов Ж.А.

НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК

В Республике Казахстан в 2001 г. зарегистрировано 103207 больных сахарным диабетом [Национальный регистр больных сахарным диабетом 2003, Абылайулы Ж.А., 2004], 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 [Hamman R.F., 1997].

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 т.ч. и диабетической нефропатии. [Зельцер М.Е., 2004, Базарбекова Р.М., 2003].

Изучение развития диабетической нефропатии при сахарном диабете 1 типа имеет большее практическое значение, чем развитие этого же осложнения у больных сахарным диабетом 2-го типа – как известно, наиболее частой причиной ранней инвалидизации и смертности при СД 1 типа является развитие диабетического гломерулосклероза, приводящего к ХПН и летальному исходу [Дедов И.И., Шестакова М.В., 2004; Кондратьев Я.Ю., 1998; Borch-Johnsen K., 1997.]

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. Предложенные в конце 90-х годов XX века 2 основных стратегии поиска генов-кандидатов заключаются в следующем:

1. Поиск в объеме всего генома с использованием большого набора полиморфных маркеров, расположенных равномерно по всем хромосомам. Наиболее известное исследование было проведено в США Krolewski A.S. в 1996 году – результаты его

опубликованы в печати: конкретных генов, сцепленных с осложнениями СД не было обнаружено.

2. Исследование 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 [Wang Ph., 1993, Tarnow L., et. al, 1995]

Данная работа предполагает использование именно последней стратегии – с учетом имеющихся данных о патогенезе диабетической нефропатии как сосудистого осложнения сахарного диабета. Рассматривая вазоактивные факторы как «медиаторы» прогрессирования диабетической нефропатии следует выделять факторы констрикции и дилатации почечных сосудов [Кондратьев Я.Ю., 1998].

Из констрикторов был выбран ангиотензин II – как самый мощный фактор, оказывающий как гемодинамическое так и негемодинамическое [Wolf G.,1998, Abboud H., 1997, Шалхарова Ж.С., 2000].

В данном исследовании для изучения активности АТФ предлагается метод определения полиморфизма гена АПФ – фермента, способствующего переходу неактивного АТФ в активный АТФ.

Роль эндогенного NO при сахарном диабете интересна с двух точек зрения: как фактора, способного индуцировать сам сахарный диабет (цитотоксин для β -клеток поджелудочной железы), так и как вазоактивный фактор, способный нарушить внутрпочечную гемодинамику [Pfeilschifter J., 1995]. Учитывая патогенез сахарного диабета 1 типа, эти два звена оказывают несомненное влияние на развитие и прогрессию диабетической нефропатии.

В клинических условиях роль ЭДФР в развитии функциональных почечных нарушений при сахарном диабете изучена недостаточно, т.к. оксид азота является нестабильной молекулой с периодом полужизни в несколько секунд [Luscher T.E., 1999] .

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

Учитывая популяционные различия распределения генотипов и аллелей генов ACE и eNOS-3, **целью настоящего исследования** явилось изучение взаимосвязи полиморфизма вышеуказанных генов с развитием сахарного диабета и диабетической нефропатии у больных сахарным диабетом 1 типа, казахской национальности.

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.

Материал и методы исследования:

Обследовано 204 мужчин и женщин казахской национальности, средний возраст $31 \pm 1,95$ 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 С.Е. Могенсена. [Mogensen С.Е., 1983.]

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 С.Е.Могенсена.

В 3 группу вошли 156 практически здоровых лиц казахской национальности, 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.

Общеклинические методы исследования:

- Анкетирование по оригинальной анкете, учитывающей анамнестические данные – наследственный анамнез, длительность заболевания, стадии компенсации СД по временным интервалам.
- Осмотр пациента.
- Физикальное исследование сердца, легких, органов брюшной полости, нервной системы.
- Определение клинического АД
- Лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, калий, натрий, кальций), общий холестерин сыворотки, мочевые пробы – Нечипоренко, Зимницкого, Реберга.
- Регистрация ЭКГ в 12 стандартных отведениях.
- Исследование глазного дна для определения наличия ретинопатии, ее степени.

В качестве основных показателей уровня компенсации обменных процессов использовались:

- Пятикратный гликемический профиль – в 8.00 часов утра до завтрака, т.н. «тощаковый» сахар крови; в 11.00 часов утра, через 2,5 часа после пищевой нагрузки; в 13.00 дня, через 5 часов после приема завтрака (и в случае «инсулинового» перекуса - через 2 часа) и за 30 минут до обеда; в 16.00, через 1,5 часа после основного приема пищи; в 19.00, через 1,5 часа после приема ужина (в условиях стационара). В случае нестабильности гликемии – в 20.00 и в 23.00.
- Определение гликированного гемоглобина – как показателя компенсации углеводного обмена во временном промежутке до госпитализации в стационар в % показателе.

Для получения реальных значений МАУ в исследовании соблюдались правила сбора мочи по методике Vilous R.W., 1996. 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.

Диагностирование внутриклубочковой гипертонии проводилось методом Реберга-Тареева, по которому определялась скорость клубочковой фильтрации (клиренс креатинина).

Генетические методы исследования

Генотипирование проводили путем амплификации ДНК в полимеразной цепной реакции (ПЦР) с применением специфичных олигонуклеотидных праймеров. Последовательность праймеров, температура отжига и размеры фрагментов приведены в таблице 1.

Таблица 1. Характеристика полиморфных генных локусов ACE, eNOS3.

Локус	Хромосомная локализация	Последовательность праймеров (F и R, 5'-3')	T _m (°C)	Длина фрагментов ДНК, п.н.
ACE	17q23	ctg gag acc act ccc atc ctt tct gat gtg gcc atc aca ttc gtc agt	58	490/190
ENOS3	7q35 – 36	agg ccc ggt agt gcc ttt tct ctt act gct gtg gtc	56	420/393

ПЦР проводили на амплификаторе «Techne» Великобритания в 23 мкл реакционной смеси.

Продукты амплификации анализировали с помощью электрофореза в 6%-ном полиакриламидном геле.

Частоты аллелей и их ошибки, соответствие распределения генотипов равновесию Харди-Вайнберга, наблюдаемую и ожидаемую гетерозиготность и их ошибки вычисляли общепринятыми в популяционной генетике методами. Генетические расстояния между популяциями и коэффициент генной дифференциации G_{st} рассчитывали по методу Нея. 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.

Результаты исследования

Установлена достоверная разница частотного распределения генотипов и аллелей гена ACE у больных СД 1 типа и здоровых лиц казахской национальности - у здоровых лиц преобладающей является аллель I («протекторная»), в то время как у больных СД 1 типа - D аллель («неблагоприятная»).

Установлено достоверное нарастание доли «неблагоприятного» генотипа «аа» и снижение «протекторного» генотипа «вв» гена eNOS-3, при сравнении группы здоровых лиц и больных сахарным диабетом.

Проведенный двухфакторный логлинейный анализ влияния генов ACE и eNOS-3 на развитие СД 1 типа у лиц казахской национальности показал, что при сочетании генотипа «аа» гена eNOS-3 и генотипа DD гена ACE, т.е. «неблагоприятных» генов, риск развития СД 1 типа достигает 68%, при сочетании «аа» и ID риск развития равен 60%, а в сочетании «аа» с II, риск уменьшается до 42%. В тот же момент, при сочетании «благоприятного» генотипа «вв» гена eNOS-3 с ID генотипом гена ACE риск развития СД уменьшается до 6,5%, а при сочетании «вв» с II, риск практически сводится до минимума (3,4%).

Изучение частотного распределения генотипов и аллелей гена ACE в группах больных с СД 1 типа в зависимости от наличия ДН, показывает, что I/D полиморфизм гена ACE не связан с развитием ДН при СД 1 типа у лиц казахской национальности.

Результаты частотного распределения генотипов и аллелей гена eNOS-3 доказывают сильную взаимосвязь полиморфизма данного гена с развитием диабетической нефропатии у больных СД 1 типа казахской национальности.

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 «аа» гена eNOS-3 для развития ДН, «протекторное» сочетание генов «вв» от eNOS-3 и ID от ACE и «протекторное» значение генотипа II гена ACE.

Результаты проведенного исследования позволили заключить, что маркером предрасположенности развития ДН при СД 1 типа выступает полиморфизм гена eNOS-3, демонстрирующий достоверную взаимосвязь с уровнем компенсации углеводного обмена и показателями функциональной способности почек. Полиморфизм гена ACE на развитие ДН влияния не оказывает.

Выводы:

1. Частотное распределение генотипов и аллелей гена ACE у больных сахарным диабетом 1 типа характеризовалось достоверным превалированием DD генотипа и D аллели, гена eNOS-3- достоверным превалированием «аа» генотипа и «а» аллели по сравнению со здоровыми лицами.
2. I/D полиморфизм гена ACE и ав-полиморфизм гена eNOS-3- являются молекулярно-генетическими маркерами предрасположенности к развитию сахарного диабета 1 типа у лиц казахской национальности.
3. «аа» генотип гена eNOS-3 характеризуется худшими показателями компенсации углеводного обмена и функциональной способности почек. Взаимосвязи между данными клиническими характеристиками и I/D полиморфизмом гена ACE обнаружено не было.
4. ав-полиморфизм гена eNOS-3- является молекулярно-генетическим маркерами предрасположенности к развитию диабетической нефропатии при сахарном диабете 1 типа у лиц казахской национальности. I/D полиморфизм гена ACE с риском развития диабетической нефропатии не связан.

Практические рекомендации

У здоровых лиц казахской национальности с отягощенной наследственностью по сахарному диабету предлагается проводить анализ ав - полиморфизма гена eNOS-3 и I/D полиморфизма гена ACE. При обнаружении DD генотипа гена ACE и AA генотипа гена eNOS-3 необходимо проведение постоянного гликемического скрининга для раннего выявления декомпенсации углеводного обмена.

У больных сахарным диабетом 1 типа казахской национальности, в момент постановки на учет с клиническим диагнозом предлагается проводить анализ ав-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.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО БАЛАНСА В ОРГАНИЗМЕ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНОМ РАЙОНЕ

Мукашева М.А.

Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний МЗ РК,
г. Караганда.

Комплекс факторов окружающей среды оказывает воздействие на формирование популяционного здоровья населения, особенно в связи с изменением социально-экономических условий, сопровождающихся ослаблением контроля над качеством среды обитания, ухудшением демографической ситуации, изменением структуры питания населения. Анализ количественных зависимостей в системе «среда - здоровье» получил развитие в разработке критериев и методов количественной оценки воздействия факторов окружающей среды на здоровье населения (Г.И.Сидоренко,1969-1999; Ю.А. Рахманин, 1965-2000; Р.С. Гильденскиольд, 1968-2000; В.М.Боев,1987-2000; С.Л. Авалиани, 1987-2000 и др.)

Известно, что дисбаланс микро- и макроэлементов в окружающей среде способствует развитию заболеваний, синдромов, характерных как для естественных, так и для искусственных биогеохимических провинций, о чем свидетельствуют исследования В.И. Вернадского (1922-1940); А.П. Виноградова (1932-1962); В.И. Войнара (1942-1962); Г.А. Бабенко (1953-1988); А.П. Авцына (1964-1995); А.А. Жаворонкова (1968-1999); А.В. Скального (1987 –2000); W. Mertz (1965 – 2000); P.J. Aggett (1978 – 2000). В литературе имеются многочисленные данные о взаимосвязи содержания металлов в окружающей и производственной средах и их содержанием в сыворотке крови. Так, имеется положительная корреляция между содержанием кадмия в атмосферном воздухе, пище и его содержанием в крови (Гильденскиольд Р.С., Новиков Ю.В., Хамидулин Р.С. и др., 1992), содержанием свинца в атмосферном воздухе городов и его содержанием в крови (Ревич Б.А., 1990). При добыче, плавке и обработке сплавов цветных металлов, воздух рабочей зоны содержит большие концентрации свинца и меди, что приводит к их повышенному содержанию в сыворотке крови (Давыдова В.И., Рослый О.Ф., Герасименко Т.И., Пирогова Т.М., 1988). В исследовании Р.С. Матвеева и В.Л. Сусликова (2000) была получена связь между недостатком содержания йода, фтора, кобальта, цинка, молибдена в рационе и их содержанием в крови населения. Вместе с тем, определение микроэлементов в крови человека страдает некоторыми недостатками. Суточные и недельные колебания концентраций микроэлементов могут варьировать значительно, что затрудняет определения их среднего содержания. Кроме того, концентрация некоторых микроэлементов крайне мала, и их содержание в крови может быть связано как со специфической, так и не специфической биотрансформацией при патогенетических процессах, таких как стресс, повышенная физическая нагрузка и т.д. (металло-зависимые ферменты). Тем не менее, на наш взгляд, содержание металлов в крови, является той стабильной биосредой, которая позволяет информативно охарактеризовать изменения баланса микроэлементов в организме.

В связи с чем, были проанализированы 6 микроэлементов (свинец, медь, марганец, никель, железо, кадмий) на количественное содержание указанных металлов в крови детей, проживающих в неблагоприятном районе г. Караганды и провели сравнительный анализ с предложенными ДЖ. Эмсли нормативами по содержанию микроэлементов в крови. Количественная характеристика крови у детей, проживающих в зоне экологической напряженности города, различалась следующим образом (таблица 1).

Таблица 1. Сравнительная характеристика содержания металлов в крови (мг/л) детей, проживающих в Караганде с нормативами содержания микроэлементов по ДЖ.Эмсли (1993).

<i>Элементы</i>	<i>Промышленная зона</i>	<i>Нормативы Дж.Эмсли</i>
<i>Свинец</i>	<i>0,2988±0,0839</i>	<i>0,21</i>
<i>Медь</i>	<i>1,05648±0,1963</i>	<i>1,01</i>
<i>Марганец</i>	<i>0,05148±0,0267</i>	<i>0,0383</i>
<i>Никель</i>	<i>-</i>	<i>0,03</i>
<i>Железо</i>	<i>354,796±63,075</i>	<i>447</i>
<i>Кадмий</i>	<i>-</i>	<i>0,0052</i>

Сравнительный анализ микроэлементного состава крови детей показал, что концентрация токсичного металла – свинца превышает в 1,3 раза. Содержание эссенциальных микроэлементов, таких как медь, марганец, железо показало незначительное превышение меди и марганца относительно представленного норматива на 1,03 и 1,6 раза соответственно, что может привести к эмбриотоксическому действию (Aggett P.J., 1985; Dorman D.C., Struve M.F., Vitarella D. Et al., 2000), гонадотоксическим действием (ATSDR, 1990), мутагенным действием (Гольдина И.Р., Надеенко В.Г., Сайченко С.П. и др., 1984; Балезин С.Л. Сайченко С.П., 1988; Кудрин А.В., Скальный А.В., Жаворонков А.А. и др., 2000; Putrament A., Baranowska H., Ejcnaart A. Et al., 1978), тератогенным действием (Gilani S.H., Alibnai Y., 1990), нейротоксическим действием (ATSDR, 1990, Barceloux D.G., 1999, Hudnell H.K., 1999, Pal P.K., Samii A., Calne D.B., 1999, Dorman D.C., Struve M.F., Vitarella D. Et al., 2000, Lee J.W., 2000, Luse I., Bake M.A., Bergmanis G., Podniece Z., 2000) и аллергенным действием (Саакадзе В.П., Алексеева О.Г., Манжагаладзе Р.Н.; 1973; ГН 2.2.5.686-98). Однако вместе с этим наблюдаем, снижение содержание железа в 1,02 раза, которое может служить причиной разнообразных нарушений специфических и неспецифических механизмов защиты. При недостаточном поступлении железа в организм всегда отмечается снижение фагоцитоза и бактериальной способности нейтрофилов за счет разнообразных метаболических нарушений в них. Важно отметить, что у населения, в частности у детей, так называемых локальных зон воздействия содержание в крови свинца практически всегда оказывается на уровне или выше допустимой величины, что мы наблюдаем в наших исследованиях. Однако кадмий в крови не обнаружен, что не характерно для этого элемента, так как он практически всегда сопровождает свинец. Отсутствие данного элемента в крови, мы можем связывать только с тем, что его концентрация в крови обычно ничтожно мала. Содержание условно-эссенциального микроэлемента такого как никель в крови детей обнаружено не было.

То есть, анализируя количественную характеристику на содержание микроэлементов в крови детей, проживающих в экологически неблагополучном районе г. Караганды, наблюдаем наличие дисбаланса в содержании исследуемых элементов в крови детей.

PREVENTIVE THERAPY OF CHROME-DEPENDENT ABNORMALITIES OF RETRACTIVE FUNCTIONS OF MYOCARDIUM, MORPHOLOGICAL AND CHEMICAL COMPOSITION, INCLUDING CHEMICAL-PHYSICAL PROPERTIES OF THE BLOOD USING THE LIQUORICE MEDICATIONS

S. Bazarbekova, A. Nurmukhambetov

Akmola regional branch of republican state enterprise "National centre of analysis of quality evaluation of medical services" Ministries of public health of Republic Kazakhstan

Key words: potassium biochromate, depression of retractive function of myocardium, Gliderenin, concentrate of bare liquorice, electrolytes and anemia.

At the last third of XX century humankind faced to number of great ecological problems. The main reason of ecological problem is the pollution of environment by man-made contaminants as such chrome compounds.

It is known that the chromites influence to the organs and systems of a human being and animal [1,2].

However, the issues of pathogenetical prophylactics and therapy of chrome intoxication of organism still not investigated in full. Consequently, the purpose of this work is an investigation of corrective influence to the abnormalities of retractive functions of myocardium compared to the changes of morphological and electrolytic blood composition and also the impact to certain parameters of homeostasis during chrome intoxication of an organism and under the influence of the liquorice.

The staff of our department identified that the liquorice medications ensure prophylactic impact in case of cadmium, lead and vanadium cardiotoxication [3,4,5] and lead neurotoxication [6]. Due to that it was interested to investigate protective influence of named medications in the case of chrome intoxication of an organism.

Material and methods:

The experiments were carried out using male white rats with the body weight 180-250 gram. Potassium biochromate (PB) hypodermic injections at the dose of 5,0 mg/kg were given to these laboratory animals. The medications of liquorice - Gliderenin¹ and liquorice concentrate (LC) had been injecting orally at the dose of 50,0 mg/kg of body weight (mass) for three days. At the third day after injection of these medications, we have injected once the PB and started main experiment after twenty four hours. Did investigation of retractive function of isolated heart under the principles of E. Fallen and co-authors [7]. Pressure in left ventricle was registered using strain-gauge transducer, connected to personal computer IBM-286. Perfusion was carried out using the solution of Krebs-Henzeleite (Na-120; KCl-4,8; CaCl₂-2,5; KH₂PO₄-1,2; MgSO₄-2,5; NaHCO₃-25 millimole/L) at 37°C by saturated carbogene (95 % O₂ and 5 % CO₂), containing glucose (5,56 mM). Using an electric stimulator ESU-2 ensured heart contraction frequency (HCF) equal to 2 Hz. Hypoxia test had been carrying out for 20 minutes by non-oxygenated and glucose-free solution with the following twenty minutes registration of recovery of heart's retractive function at re-oxygenation.

The parameters of retractive function of myocardium were the following: pressure developed by left ventricle (mm. of Mercury column), maximum pressure increase and decrease rates (mm. of Mercury column). We also investigated volumetric coronary duct (ml./min).

¹ Gliderenin - the medication was obtained by Institute of Chemistry of the Ministry of Science and Academy of Science of the Republic of Kazakhstan; due to that we are expressing gratitude to the professors Mr. M. Irismetov and Mr. B. Jienbaev

Kaolin-cephalin time of fibrillation of blood plasma, auto-coagulation test, prothrombin index and thrombin time were identified under the method of Mr. E. Ivanov and Mrs. N. Ivanova (1980). Quantity of fibrinogen in plasma was identified under the method of R. Rutberg (1961) and quantity of fibrinase was identified under the method of V. Blauda. Leucocytes, corpuscles, haemoglobin, haematocrit, platelets, mean corpuscles volume (MCV), mean content of haemoglobin in corpuscles (MCH), mean concentration of haemoglobin in corpuscles (MCHC) were determined using "Digicell-800" Hematolytic Analyzer. Electrolytes in blood were investigated using "Ellektrolite Analyser AVL 988-3" Device.

The data obtained was processed statistically under t-criteria of "Student".

Results of Investigation

After hypodermic injection of PB, the developing pressure rate, increase and decrease rates had been lowering down accordingly 45,8%, 68,2% and 60,4%. Volumetric coronary perfusion rate decreased to 5.8 times (Table 1).

Table 1

The changes of retractive function of the animals' hearts who were given with PB and protected by liquorice medications

Experiments	Pressure rate	Maximum pressure rates (mm. of Mercury column)		Volumetric coronary perfusion rate (ml/min)
		Increase	Decrease	
Control	100 ± 1,5	6333 ± 68,0	3216±101,4	9,2 ± 0,4
PB	54,2 ± 9,7*	2013±388,0*	1273± 103*	1,6 ± 2,3*
Gliderenin+PB	82,2±3,8*(**)	1500 ± 204*	1125± 125*	11,5 ± 2,5**
LC + PB	90 ± 6,4**	5583± 554**	3333±211**	9,4 ± 0,8**

*- $\rho < 0,05$ compared to control data

**- $\rho < 0,05$ compared to the animals who were given with potassium biochromate

So, the depression of retractive function of myocardium and abnormality of coronary blood circulation are developing under the influence of PB. At the same time after PB injection we observed the increase of fibrinogen in 1,6 times and shortening of thrombin time in 2,6 times. The rest parameters of coagulogram remained within the limits of acceptable rates (Table 2). Based on these data we are able to conclude that fibrins formation is accelerating under the influence of PB. This can be used as an explanation of rapid decrease of volumetric coronary blood flow of laboratory animals.

Table 2

Coagulogram of the blood of the animals who were given with PB and protected with liquorice medications

Parameters	Control	PB	Gliderenin + PB	LC + PB
Coaline – cephaline time (sec.)	36 ± 1,3	33,6 ± 1,3	10,5 ± 0,5*(**)	28 ± 4,1
Auto coagulation test (sec.)	16,7 ± 0,5	19 ± 1,8	25,5 ± 0,5*(**)	19 ± 1,2
Fibrinogen "A" (gr/L)	2,6 ± 0,2	4,2± 0,77*	5,2 ± 0,5*	3,5 ± 0,6
Prothrombin index (%)	101,1± 3,2	107,4± 1,9	412± 2,5*(**)	175 ± 12*(**)
Thrombin time (sec.)	205±41,2	79,7±10,2*	34,7 ± 0,9*(**)	110,8±13*(**)
Fibrinase (sec.)	66,9± 7,4	83,1± 12,9	85 ± 0,6*	86 ± 22,2

*- $\rho < 0,05$ compared to control data

**- $\rho < 0,05$ compared to the animals who were given with potassium biochromate

Preliminary Gliderenin injection distinctly prevented the decrease of developing pressure and volumetric flow rate of coronary perfusion. At the same time maximum rates of pressure increase and decrease remained as low as of the hearts of the animals who were given with PB (Table 1).

Investigation of coagulogram of the blood after Gliderenin injection has shown that PB injection compared to Gliderenin injection is 3.4 times more effective and was able to increase coaline – cephaline time. At the same time, auto coagulation test lowered down 1.5 times (Table 2). These data indicates a certain activation of internal mechanisms of fibrillation, providing the increase of prothrombin index in 4.1 times that points out to the insufficiency VII, IV and V, X factors including phospholipin factor 3.

Notwithstanding there was a reduction of thrombin time for more than 5.9 times and increase of fibrinase on 27% ($\rho < 0,05$). So, notwithstanding of increase of fibrin formation, polymerization of fibrin became lower. The content of fibrinogen in those animals increased on 98.5%. Such high content of fibrinogen in blood can be the result of inefficient transformation of fibrinogen into fibrin. This can be used as an explanation for normalization of volumetric flow rate of coronary perfusion of lab animals.

After injection of summarized liquorice medication (liquorice concentrate), pressure rate developed by left ventricle compared to non-protected hearts, increased from $54,2 \pm 9,7$ up to $90 \pm 6,4$ mm. of Mercury column, maximum rates of pressure increase and decrease and volumetric flow rate of coronary perfusion did not differ from control indications (Table 1).

An increase of prothrombin index onto 1.7 times was observed with those animals, but coaline – cephaline time, auto coagulation test and thrombin time has changed inauthentically (Table 2). This points to the insufficiency of VII factor of fibrillation [8]. After PB injection to intact animals, a decrease of corpuscles on 10,9% was observed. Also a decrease of haematocrite on 15,5% was observed ($\rho < 0,05$), provided that the number of platelets, leucocytes and hemoglobin content in periphery blood were at the rate of control indications.

Table 3

The changes in morphological blood content under the influence of PB and against the injections of liquorice medications

Parameter	Control	Potassium Biochromate	Gliderenin + PB	LC + PB

Leucocytes (x 10 ⁹ /L)	5,77 ± 0,6	6,96 ± 1,6	4,1 ± 0,4*	3,5 ± 0,7*
Corpuscles (x 10 ¹² /L)	8,3 ± 0,4	7,4 ± 0,2*	7,4 ± 0,5	6,7 ± 0,2*
Hemoglobin(millimole/L)	140,6 ± 4,7	132 ± 4,7	146 ± 1,5	127,3 ± 2,98*(**)
Haemotocrite	45,2 ± 1,7	38,2 ± 1,5*	39,1 ± 0,6*	34,6 ± 0,9*(**)
Plaetelets (x 10 ⁹ /L)	197 ± 59,7	767,5 ± 52,4	715 ± 56,0	890 ± 87,4

*- $\rho < 0,05$ compared to control data

** - $\rho < 0,05$ compared to Gliderenin

At the same time the increase on 8,3% of mean hemoglobin concentration in a cell was observed whereas an mean corpuscle volume and mean hemoglobin content in corpuscle remained at the rate of control indications (Table 4). Based on these data we are able to conclude that chrome-dependent anemia is of a normocitary hyperchromic character.

Investigation of potassium, natrium and calcium in a blood plasma of the animals who were given with PB did not show any real changes. Nevertheless it is important to underline and reveal a certain tendency of increase of potassium in plasma of those animals.

PB injection against the injections of Gliderenin resulted with the decrease of leucocytes onto 29%, haemotocrite parameters changed onto 13,7%. At the same time content of platelets and corpuscles were at the rate of control indications (Table 3).

Total content of hemoglobin in blood did not vary from control indications whereas mean content of hemoglobin in corpuscle and mean concentration of hemoglobin in corpuscle certainly increased control parameters on 19%; 18% i.e. were hyperchromic (Table 4).

Injection of PB against LC to laboratory animals resulted with acute decrease of hemoglobin on 10%, corpuscles on 19% and haemotocrite parameter on 23%. The decrease of number of leucocytes on 39% ($\rho < 0,05$) (Table 3) indicated acute form of anemia of those animals. Mean content of hemoglobin in corpuscle and mean concentration of hemoglobin in corpuscle certainly increased control parameters on 13%; 15% i.e. were hyperchromic (Table 4).

Table 4

The changes of corpuscles' index of the animals who were given with PB and against the injections of liquorice medications

Parameter	Control	Potassium Biochromate	Gliderenin + PB	LC + PB
MCV (miromicron ³)	51,6 ± 1,2	50,1 ± 1,3	53 ± 1,45	51,5 ± 0,6
MCHC(gram/deciliter)	32,0 ± 0,6	34,7 ± 0,6*	37,7 ± 1,5*	36,8 ± 0,3*
MCH (pg)	16,7 ± 0,5	17,4 ± 0,36	19,9 ± 0,7*	18,95 ± 0,3

*- $\rho < 0,05$ compared to control data

Investigation of electrolytic composition of blood of laboratory animals against the injection of Gliderenin revealed the decrease on natrium content on 31%, calcium on 36% and potassium content increased 2,2 times. On the contrary the animals who were given with PB had the parameters equal to the rate of control indications (Table 5).

Should be noted that under influence of LC compared to Gliderenin the decrease of the content of Ca^{2+} , Na^+ and increase of ions of K^+ in blood plasma had less acute form. These data indicates less acute hemolysis of corpuscles and lower incoming of Ca^{2+} and Na^+ to the cells.

Table 5

The changes of blood electrolytes under the influence of PB and against the injections of liquorice medications

Parameter	Control	Potassium Biochromate	Gliderenin + PB	LC + PB
Natrium (millimole/L)	140,8 ± 2,2	138,1 ± 1,1	97,2 ± 1,1*	112,5 ± 7,2*
Potassium (millimole/L)	5,5 ± 0,3	6,1 ± 0,3	12,2 ± 1,1*	9,2 ± 1,5*
Calcium millimole/L)	1,14 ± 0,07	1,2 ± 0,007	0,73 ± 0,05*	0,92 ± 0,1*(**)

*- $\rho < 0,05$ compared to control data

**- $\rho < 0,05$ compared to Gliderenin

Based on above-mentioned we are able to conclude that decrease of content of calcium in the blood plasma (IV-fibrillation factor) obviously caused decrease of thrombus in coronary vases. Confirmation to what was mentioned is a high level of volumetric flow rate of coronary perfusion of the animals who were given with PB against injection of Gliderenin and LC. From the other hand, decrease of content of Ca^{2+} and Na^+ in the blood plasma obviously relates to intensive entry of those elements to corpuscles. Noticeable increase of potassium in plasma confirms the hemolysis of the corpuscles. Nevertheless, decrease of corpuscles in the animals who were given with PB against Gliderenin compared to control parameters was unauthentic. The total content of hemoglobin in blood did not vary from control parameters and at the same time mean content of hemoglobin and mean concentration of hemoglobin in corpuscles were higher than the control parameters i.e. were hyperchromic.

Conclusion

Summarizing the results of the investigation we can say that preliminary injection of Gliderenin to the animals who were given with PB prevents from the decrease of heart clonus and abnormality of coronary blood circulation. At the same time the prevention of thrombus formation in the vases obviously relates to inactivation of VII, IV and V fibrillation factors. However, the absence of positive influence of Gliderenina to maximum rates of the pressure increases and decreases obviously corresponds to excessive entry of ions of Ca^{2+} and Na^+ into leucocytes-free cells and showed non-effective functioning of Na^+ -, K^+ pumps and Ca^{2+} pump of sarcolemma and sarcoplasmatic reticullum.

Should be mentioned that influence of Gliderenin to the animals who were given with PB resulted with acute (more than two times) increase of potassium in blood plasma which means the intensification of cytolysis process. This can be used as an explanation of noticeable decrease of leucocytes in periphery blood.

Thrice-repeated preliminary injection of LC to the animals who were given with PB completely prevented the depression of retractive function of myocardium and abnormalities of coronary blood circulation. These animals (as the animals with Gliderenin) also had inhibition of VII fibrillation factor. Should be noted that under the influence of LC in the animals who were given with PB we observed the development of acute form of hyperchromic normocitary anemia with the decrease of hemoglobin content in blood and number of corpuscles, decrease of

haemotocrite parameter and acute form of leukopenia. At the same time the number of platelets was within the standard rate. So, Gliderenin medication, which is a derivative substance of 18-dehydroglycerate acid and combined medication of liquorice imposed propitious preventive therapy effect to chrome-dependant depression of retractive function of myocardium, which was mostly expressed from combined medication.

Indicated medications inhibit internal mechanisms of blood fibrillation (VII, IV factors) and thereby prevent thrombus formation in coronary vases. Along with that, investigated medications potentiated the action of PB to blood system and resulted with the development of normocitary hyperchromic hemolytic anemia, leukopenia.

Literature

1. A. Mamyrbayev Problems and Tasks of Preventive Toxicology.// Healthcare of Kazakhstan, 1994. # 4. Pages 13-15
2. E. Zharkinov , Zh. Totanov The Purposes of Scientific Investigations on Health Care in the Conditions of Intensive Environment Pollution.// Medical Problems of Environmental Pollution in Kazakhstan . Almaty. 1996. Pages 81-85
3. K. Omirzakova Correction of Cadmium-Induced Changes of Lysosome Membranes by Phytogetic Medications. Abstract from the Thesis of Biological Sciences Candidate. Almaty. 1997. 22 pages.
4. D. Akhmedshina Pathogenetical Correction of Lead-Induced Lesions of Heart. Almaty. 1998. 24 pages.
5. B. Kasenov Vanadium-Induced Lesions of Myocardium and the Ways of it's Correction. Almaty. 1999. 22 pages.
6. Zh. Zhumasheva Correction of Lead-Induced Abnormalities of the Functions of Cerebrum by Using Physical and Chemical Adaptagens. Almaty. 1999. 24 pages.
7. Fallen E. Elliot W.C., Gorlen R. Apparatus for Study of Ventricular Function and Metabolism in the Isolated Perfused Rat Heart.//J.Appl.Physiol. 1967. Volume 22, # 4. Pages 836-839
8. Z. Barkagan The Foundations of Diagnostics of Hemostasis Abnormalities. Moscow. 1999. 217 p.

В последней трети XX столетия человечество столкнулось с рядом крупных экологических проблем. Основной причиной этой проблемы является загрязнение окружающей среды антропогенными загрязнителями, одним из которых являются соединения хрома.

Известно, что эти соединения оказывают токсическое влияние на многие органы и системы человека и животных [1,2].

Однако вопросы патогенетической профилактики и терапии хромовой интоксикации организма все еще недостаточно изучены.

Целью настоящей работы изучить корригирующее влияние на нарушение сократительной функции миокарда в сопоставлении с изменениями морфологического и электролитного состава крови, а так же на показатели гемостаза при хромовой интоксикации организма под влиянием препаратов из корня солодки голой.

Эффективность препарата корня солодки голой доказана при кадмиевой, свинцовой, ванадиевой кардиомиопатиях [3,4,5] и свинцовой нейротоксичности [6]. В связи с этим представляло интерес изучить защитное влияние указанных препаратов при хромовой интоксикации организма.

Материал и методы

Опыты проводили на 124 белых крысах-самцах м.т. 180-250гр. Опытным животным вводили подкожно бихромат калия (Б.К.) в дозе 5,0мг/кг. Препараты корня солодки голой – глидеринин и концентрацию корня солодки (ККС) вводили перрорально в дозе 50,0мг/кг массы тела в течение трех дней. На третий день после введения указанных препаратов, подкожно однократно ввели БК и через сутки проводили основной эксперимент (выбывших из эксперимента животных не было т.к. предварительно с профилактической целью вводили препараты корня солодки, а он обладает антиоксидантным мембраностабилизирующим, гемостимулирующим действием). Изучали сократительную функцию изолированного сердца по методике E. Fallen и соавт. [7]. Давление в левом желудочке регистрировали тензометрическим датчиком, подключенным к компьютеру IBM-286. Перфузию сердец осуществляли раствором Кребса-Хензелейта при 37°С, насыщенным карбогеном (95 об% O₂ и 5 об% CO₂), содержащим глюкозу (5,56мМ). Частоту сердечных сокращений (ЧСС) 2 Гц навязывали при помощи электростимулятора ЭСУ-2. Гипоксическую пробу проводили на оксигенированном и не содержащем глюкозу раствором в течение 20 мин. и в последующем регистрировали восстановление сократительной функции сердца при реоксигенации в течение 20 мин. Показателями сократительной функции миокарда были развиваемое левым желудочком давление (в мм.рт.ст.), максимальные скорости развития и падения давления (в мм.рт. ст/с).

Изучали так же объемную скорость коронарного протока (в мл/мин).

Каолин-кефалиновое время свертывания плазмы крови, аутокоагуляционный тест, протромбиновый индекс, тромбиновое время определяли по методу Иванова Е.П. и Ивановой Н.С.,(1980); количество фибриногена в плазме определяли по Р.А. Рутберг, (1961); фибриназу по В.П.Блауда. Лейкоциты, эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, средний объем эритроцита (MCV), среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), среднюю концентрацию гемоглобина в эритроците (MCHC) определяли на гематологическом анализаторе “Digicell-800”. Электролиты крови исследовали на аппарате “Elektrolite Analyser AVL 988-3”.

Полученные данные обработаны статистически по t-критерию Стьюдента.

Таким образом, впервые выявлено, что предварительное введение животным получавшим бихромат калия, производного 18- дегидроглицеретовой кислоты – глидеринина заметно предупреждало снижение развиваемого давления. Объемной скорости коронарной перфузии и реоксигенационных нарушений сократительной функции сердца, тогда как оно не предупреждало уменьшения максимальных скоростей развития и падения давления, развития отрицательного инотропного эффекта в ответ на навязывание высоких частот сердечных сокращений. При этом введение глидеринина ингибировало внешние механизмы активации свертывания крови, уменьшало содержание натрия и кальция в плазме крови и повышало в ней содержания калия в 2.2 раза и вызывало лейкопению.

Впервые установлено, что предварительное введение животным суммарного препарата корня солодки голой полностью предотвратило хром –зависимую депрессию сократительной функции сердца и нарушениях коронарной перфузии. Оно восстанавливало реактивность миокарда на дополнительную, функциональную нагрузку и предупреждало гипоксические и реоксигенационные нарушения сократительной функции сердца. При этом концентрат корня солодки, ингибируя внешние механизмы активации X-фактора, предупреждало повышение свертываемости крови. Вместе с тем, у этих животных, развивалась анемия с лейкопенией.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ В АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.К. Абдуалиева, М.К.Сапарбеков, Ж.Б.Ильясов

Акмолинский областной кожно-венерологический диспансер.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно в мире отмечен значительный рост инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), из них 25 млн. новых случаев сифилиса [1]. В Казахстане ИППП также являются один из наиболее важных медико-социальных проблем. Острота ее обусловлена эпидемиологическим ростом сифилиса, ВИЧ-инфекции, других ИППП. По официальной статистике МЗ РК в 2000 году в структуре ИППП в республике ведущие места принадлежат трихомониазу (192,4 на 100 тыс. населения), сифилису (161,4), гонококковые инфекции (88,2). Далее по значимости следуют хламидийная инфекция (38,5), уреа, - микоплазменная инфекция (16,4) и аногенитальная инфекция (4,3 на 100 тыс. населения) [2].

В данной работе представлен эпидемиологический анализ распространенности основных форм ИППП в Акмолинской области.

Материалы и методы

Настоящее исследование проводилось в Акмолинской области в рамках специально разработанной научной программы, включающий эпидемиологический анализ заболеваемости населения ИППП за 1992-2003гг.

Материалом для изучения явились ежеквартальные, годовые отчеты Акмолинского областного кожно-венерологического диспансера (формы 089 у, 065 у, 30, 3, 9, 34). В исследование были также включены данные официальной статистики населения департамента по статистике Акимата Акмолинской области, медико-демографические показатели здоровья населения области.

При анализе заболеваемости ИППП нами использовались показатели (prevalence, incidence), рекомендуемые Комитетом экспертов ВОЗ и примененные в работах казахстанских авторов по эпидемиологии ВИЧ-инфекции [3].

Показатель привалентности (Р) – характеризующий пораженность населения ИППП рассчитывался по следующей формуле:

$$P = (A \times 10000) / N, \text{ где}$$

A – общее число ИППП в данный момент, N – численность населения.

Инцидентность (I) – показатель отражающий частоту новых случаев ИППП среди населения за определенный период времени (месяц, год).

Статистическая обработка материалов исследований проводилась на персональном компьютере с использованием программного обеспечения Microsoft Office 2002 (MS Word 2002, MS Excel 2002). Для каждого количественного признака вычислялась средняя ошибка относительной величины – m. Достоверность разности средних (или относительных величин) определялась по критерию Стьюдента – t, при p 95% [4].

Таблица 1. Динамика заболеваемости ИППП среди населения Акмолинской области в показателях инцидентности (на 100 тыс. населения) за 1992 – 2003гг.

Наименование заболеваемости	Годы											
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Сифилис	2,9	9,3	25,4	80,3	220,7	161,7	435,6	303,0	255,5	186,5	144,5	121,6
Гонорея	129,5	126,7	93,9	123,0	101,0	52,0	136,8	81,1	107,7	126,7	134,8	106,3
Трихомониаз	132,8	123,8	115,8	116,6	116,3	66,1	167,3	297,1	438,4	31,9	443,2	392,1
Хламидиоз	-	-	-	-	-	7,5	8,3	51,2	34,3	62,7	65,5	50,9
Уреаплазмоз	-	-	-	-	-	-	-	-	28,4	66,8	189,3	210,8
Гарднереллез	-	-	-	-	-	-	-	-	10,2	47,2	157,9	163,6

Результаты:

Акмолинская область образована в 1932г., представляет собой типичный регион республики с развитием сельскохозяйственного сектора производства. Население на 1.01.2003 года составляет 748,5 тысяч человек, в том числе мужчины – 361,4 тыс., женщины – 387,1тыс., в возрасте 0-14 лет – 178,2 тыс., 15-17 лет – 50,6 тыс., 18 лет и старше – 519,7 тыс. человек. В состав области входит 17 сельских административных города, областной г. Кокшетау и 2 малых города областного значения – г.г. Степногорск, Атбасар.

Акмолинский областной кожно-венерологический диспансер обслуживает население всей области, за исключением г. Астаны.

Эпидемиологический анализ показал, что средний показатель превалентности за 1992-2003гг. сифилиса составил 162,2 на 100 тыс. населения, гонореи – 109,9, трихомониаза – 203,4,хламидиоза- 40,1, уреаплазмоза – 123,8, гарднереллеза – 94,7.

В таблице 1 представлена ежегодная динамика выявления новых случаев ИППП в показателях инцидентности.

Из таблицы следует, в последние 3 года (2001-2003гг) отличается снижение показателей инцидентности сифилиса, в 2003г. – гонореи. Однако, уровень заболеваемости населения трихомониазом, хламидиозом, уреаплазмозом, гарднереллезом, которых в настоящее время называют инфекциями «второго поколения», носит выраженный повышенный характер, что усугубляет создавшуюся эпидемиологическую ситуацию по ИППП в области.

Следует отметить, что официально регистрируемая заболеваемость ИППП является лишь видимой частью «айсберга» и оценочный уровень реальной заболеваемости, по видимому, в 3-5раз выше.

Известно, что своеобразным индикатором ухудшения эпидемиологической ситуации по ИППП служит частота выявления ВИЧ-инфекции. На 1.01.2004 года в Акмолинской области нарастающим итогом, по данным Республиканского центра СПИД, зарегистрировано 65 случаев ВИЧ-инфекции, показатель превалентности 8,1 на 100 тыс. населения.

Анализ показал, что половой путь передачи ВИЧ-инфекции был ведущим до резкой активизации в 1997-1998гг. парентерального пути передачи (инфицирование ВИЧ среди внутривенных наркоманов).

Рост ВИЧ-инфекции, связанный с парентеральной передачей среди потребителей инфекционных наркотиков, приведет, безусловно, к активизации полового пути передачи данной инфекции среди половых партнеров наркоманов. В Акмолинской области уже выявлено 3 беременных, инфицированных ВИЧ.

Специальные факторы, определяющие уровень заболеваемости и характер распространения ИППП, обуславливают более высокую пораженность городского населения. Исследования показали, что в 2003 году показатель инцидентности сифилиса в городе в 1,2 раза выше, чем на селе, гонореи – в 6,7 раза.

Определяющими причинами указанных различий является концентрация в городах основных групп риска инфицирования ИППП (работники коммерческого секса, наркоманы, гомосексуалисты, молодежь, сексуально активные подростки), а также активное развитие индустрии сексуальных услуг.

Среди мужчин и женщин также имеются выраженные различия структуры ИППП. В 2003г. заболеваемость сифилисом среди женщин составило 127,7 на 100 тыс. населения, среди мужчин – 148,3; заболеваемость гонореей среди женщин – 50,3, мужчин – 138,2; заболеваемость трихомониазом среди женщин – 353,9, мужчин – 34,4 на 100 тыс. населения.

Необходимо отметить, что отсутствие лабораторной базы для выявления ИППП «второго поколения» в медицинских учреждениях сама ведет к закономерной гиподинамике данных инфекций и распространении их среди сельских жителей. Так, показатель инцидентности трихомониаза в 2003 года составил в сельской местности 487,5 на 100 тыс. населения, напротив, в городе – 282,1.

В возрастном аспекте, заболеваемость ИППП чаще всего регистрируется в возрастной группе 18-44 лет. Эпидемиологический анализ установил, что основную группу больных сифилисом, гонореей составляют неработающие.

В настоящее время активное выявление больных ИППП имеет ведущее значение для профилактики ИППП. Заметим, что в период эпидемиологического благополучия основным концептуальным подходом при организации борьбы с венерическими болезнями являлась система активного выявления сифилиса и гонореи. Анализ показал, что частоты выявления источников заражения в области в целом повысилась от 23,5% в 1997г. до 36,2% в 2000г. однако, эпидемиологическое обследование источников инфицирования желает оставлять лучшего.

Таким образом, эпидемиологический анализ распространения ИППП в Акмолинской области показал, что, несмотря на проводимые мероприятия сложная эпидемиологическая ситуация, по – прежнему, продолжает сохраняться.

Это обуславливает поиск новых «нетрадиционных» подходов к организации и проведению профилактических мероприятий.

В плане оптимизации управления профилактической системой при ИППП предлагается выделить следующие основные ее приоритетные направления:

- совершенствование организационной структуры и процесса управления дерматовенерологической службой;
- обеспечение эпидемиологической обоснованности мероприятий по борьбе с ИППП;
- совершенствование оценки качества и эффективности и профилактических и противоэпидемических мероприятий в регионах республики.

Литература:

1. Скрипкин Ю.К., Шарапова Г.Я., Селицкий Г.Д. «Инфекции, передаваемые половым путем. М., 2001, 361с.
2. Жуматова Г.Г. Медико-социальные аспекты болезней, передаваемых половым путем в Республике Казахстан // Центрально-азиатский журнал по общественному здравоохранению, 2002. №1 (2), .с. 55-57.
3. Баймурзина Ш.Г. Организация мероприятий по снижению заболеваемости ВИЧ-инфекцией в г.Темиртау // Дисс. Канд., Алматы, 2003, 100с.
4. А.М.Мерков, Е.Н.Поляков. Санитарная статистика, Л., 1974, 201с.