

СОДЕРЖАНИЕ

СУПРУЖЕСКИЕ КОММУНИКАЦИИ МУЖЧИН ПО ОТНОШЕНИЮ К ВОПРОСАМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ ВОЗДЕЙСТВУЮТ НА КОММУНИКАЦИИ

М. Шахджахан, М. Кабир и Г.А. Рашид

ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.

К. Аяпов., Г.Токбергенова

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИНТЕГРАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ СЕЛЬСКОГО РАЙОНА

Н.А. Айтмухамбетов, Т.И. Слажнева

ВЛИЯНИЕ ЦЕЛЕВЫХ УСТАНОВОК НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

А.Г. Дерновой

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ОСНОВА НАУЧНОГО ПОДХОДА К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ШТАТНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Белоног А.А., Байсеркин Б.С., Красников В.Н., Резник В.Л.

РОЛЬ НЕКОТОРЫХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ И САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Резник В.Л., Арыстанова Г.Т., Токмолдинов Ф.С., Янышевская С.Н.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТРУКТУРЫ, ШТАТНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И СЕТИ САНИТАРНО-КАРАНТИННЫХ ПУНКТОВ

Оспанов К.С., Красников В.Н., Резник В.Л., Казаков С.В.

ОБ ОПЛАТЕ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Ф.К.Асабаева, З.Х.Хасенова, Д.А.Ахметова

ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И УРОВЕНЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ЗАТРАТ НАСЕЛЕНИЯ Г. АЛМАТЫ

Куракбаев К.К., Еламанова С.Х.

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

Жетибаев Б.К.

**КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К РАЗВИТИЮ СЛУЖБЫ
МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

Слесарев В.Г.

**ОСОБЕННОСТИ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕМЕЙНОГО ПОЛОЖЕНИЯ МАТЕРИ**

Кулов Д.Б.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ
ПЕРЕЛОМОВ У ЖИТЕЛЕЙ АЛМАТЫ**

Турекулова А.А., Тажиев Е.Б., Германюк Т.А.

**К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ИСЧЕРПАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
РАБОЧИХ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВЛИЯНИЯ
ПОЛИМЕТАЛЛИЧЕСКОЙ ПЫЛИ**

Рахишев Е.К.

**ЗАПАХ ВЕЩЕСТВ, ВЫДЕЛЯЮЩИХСЯ ПРИ ЭКСПЛУАТАЦИИ
ТАБАЧНОЙ ФАБРИКИ, КАК ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА**

Тастанбаев С.О.

**О ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В УЧРЕЖДЕНИЯХ
ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ**

Сакыбаева С.А.

**СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГРУППЫ С ВЫСОКИМ
УРОВНЕМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2001**

Б.Б.Джарбусынова

**ОБОСНОВАНИЕ И РАЗРАБОТКА КОНЦЕПТУАЛЬНЫХ ОСНОВ
СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ В БОРЬБЕ С ИНФЕКЦИЯМИ,
ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В Г. АСТАНЕ**

Данбаева Ж.С.

**РОЛЬ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В
РАЗВИТИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА**

Валиева С.А.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБИОТИКАМИ
ЦЕФАЛОСПОРИНОВОГО РЯДА У БОЛЬНЫХ, ЛЕЧАЩИХСЯ В
АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, ПРИ ТЯЖЕЛЫХ И
СРЕДНЕТЯЖЕЛЫХ ИНФЕКЦИЯХ**

Попович Ж.О., Федосова Т.В., Калачева А.А., Меденбаева А.Х. Барлыбаева
К.Ж. Бактыбаев Е.Г.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

СУПРУЖЕСКИЕ КОММУНИКАЦИИ МУЖЧИН ПО ОТНОШЕНИЮ К ВОПРОСАМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ ВОЗДЕЙСТВУЮТ НА КОММУНИКАЦИИ

М. Шахджахан, М. Кабир и Г.А. Рашид

Университет им. Джахангирнагара, Дакка, Бангладеш
Совет по Медицинским Научным исследованиям Бангладеш (BMRC), Дакка,
Бангладеш

Введение

Продвижение супружеских коммуникаций по репродуктивному здоровью часто пропагандировалось в качестве плодотворного инструмента для политики по снижению гендерных разрывов фертильных намерений мужчин в развивающихся странах^{1,2,3}. Гендерный подход к репродуктивному здоровью требуется для понимания знаний, отношений и поведения относительно здоровья и мужчин, и женщин. Последовательные научные исследования неизменно демонстрируют положительные отношения между межсупружескими коммуникациями и использованием контрацепции.

К сожалению, межсупружеские коммуникации по планированию семьи были определены в качестве одной из причин низкого уровня использования контрацепции среди женщин. Уровень использования контрацепции значительно выше среди тех пар, которые обсуждают вопросы планирования семьи, иногда выясняя, к обоюдному удивлению, о положительном мнении друг друга по вопросам контрацепции⁴. В тех обществах, где доминирующая роль в принятии решений по вопросам репродуктивного здоровья женщин принадлежит мужчинам, межсупружеские коммуникации в значительной степени определяются поведением и отношением мужчин к этому вопросу.

Эта статья представляет данные социологического исследования проведенного о мужских взглядах на свои супружеские коммуникации по вопросам репродуктивного здоровья и факторов влияющих на коммуникации.

Ключевые слова: *Супружеские коммуникации, Вопросы Репродуктивного Здоровья.*

Методология

Исследование проводилось в некоторых отобранных НПО, работающих и в городских и сельских районах Бангладеш. В выборку были включены мужчины, состоящие на данный момент в браке, и которые посещали вечерние клиники. Для исследования было отобрано 615 мужчин методом случайной выборки. Исследования проводилось на шести точках, которые включали: Дакка (Агаргоан), Норшинди, Тангаил, Нараил, и Гайбандф. В каждой из шести точек было опрошено сто мужчин с использованием техники систематической выборки. Анкета была разработана для сбора информации по социо-демографии, физиологии, культурным факторам, мнению, дородовому и послеродовому уходу, вовлеченности мужчин в вопросы репродуктивного здоровья. Также собиралась информация по внебрачным сексуальным отношениям. Данные были проанализированы в программе SPSS. Связи между переменными были установлены с помощью анализа хи-квадрат. Мультивариатная логистическая регрессия была применена для оценки эффектов факторов риска на репродуктивное здоровье.

Результаты

Таблица-1 демонстрирует распределение респондентов согласно социо-демографическим и экономическим характеристикам. Средний возраст женатых мужчин составляет 35 лет, средний доход 3438 така и средний размер земли 37.5 десятичных. Таблица 2 показывает, что более 94% мужчин обсуждали методы планирования семьи, прежде чем их использовать; 88% мужчин обсуждали желаемое количество детей; 66% мужчин обсуждали вопросы репродуктивного здоровья со своими женами. Таблица 3 показывает то, что 27% мужчин делились своим мнением о контрацепции. Только 6% пар выбирали метод контрацепции совместно, и 81% пар совместно принимали решение иметь или не иметь ребенка. Таблица 4 показывает анализ логистической регрессии обсуждения вопросов репродуктивного здоровья. Независимые переменные, как, например, образование, профессия, количество живых детей и доступ к СМИ являются важными детерминантами супружеских коммуникаций по вопросам репродуктивного здоровья.

Обсуждение и Заключение

Мы предполагаем, что коммуникации между супругами о планировании семьи поощряет пары не иметь нежеланных детей и использовать контрацепцию⁵. Во многих предыдущих исследованиях супружеские коммуникации были выявлены, как наиболее важный индикатор для использования контрацепции⁶. Но эти исследования определили коммуникации другим способом, охватывая все три измерения супружеских коммуникаций в одобрении, обсуждении между партнерами и супружескими восприятиями одобрения партнера по вопросам планирования семьи.

Другие исследования использовали обсуждения в качестве единственного измерения коммуникаций между супругами⁷. В данном исследовании анализ

обсуждений вопросов репродуктивного здоровья и желаемого количества детей предполагает наличие значительной связи с одобрением контрацепции.

Результаты исследования предлагают, что информация, образование и мероприятия по коммуникации для продвижения планирования семьи в Бангладеш должны продолжать акцентирование внимания на важности диалога между супругами. В этом отношении мужчины должны также являться целевой группой для информационных, образовательных и коммуникационных мероприятий. Потребность в увеличении мужского участия и разделения ответственности в практике планирования семьи являлась рекомендацией Международной Конференции по Населению и Развитию 1994 года⁸. Мужчины могут получать больше информации по имеющимся методам контрацепции, могут инициировать обсуждение методов планирования семьи, могут поддерживать своих жен в планировании семьи или могут взять на себя ответственность за использование контрацепции.

Таблица-1: Социо-демографические и экономические характеристики респондентов.

Переменные	Количество	Процент
Возраст (количество лет)		
<24	75	12.2
25-29	136	22.1
30-34	148	24.1
35-39	128	20.8
40-45	81	13.2
45+	47	7.6
(Средний возраст=35лет)		
Образование		
Неграмотные	272	44.2
Начальная школа	132	21.5
Среднее Образование	201	32.7
Высшее Образование	10	1.6
(Средний уровень образования=3.7, SD=±4.1)		
Профессия		
Фермер	56	9.1
Дневной труд	72	11.7
Сфера услуг	91	14.8
Рикша /Водитель	206	33.5
Бизнес	169	27.5

Другое	21	03.4
Владение землей (в десятинах)		
Нет земли	171	27.8
<49	314	51.0
50-149	84	13.7
150+	46	7.5
(Среднее значение = 37.5,SD=±82.8)		
Ежемесячный доход		
1500	54	08.8
1501-3000	302	49.1
3001-4500	134	21.8
4501-6000	76	12.4
6001+	34	05.5
Не знаю	15	02.4
(Средний ежемесячный доход 3438, SD =±1787.7)		
Доступ к электричеству	450	73.2
Доступ к СМИ		
Газеты	118	19.2
Радио	315	51.2
ТВ	227	36.9

Таблица 2: Распределение Респондентов по их Межсупружеским Коммуникациям.

Обсуждение	Количество	Процент
Обсуждение до использования метода ПФ		
Да	367	94.6
Нет	21	5.4
Обсуждение желаемого количества детей		
Да	540	87.8
Нет	64	10.4
Другое	11	1.8

Обсуждение репродуктивного здоровья		
Да	406	66.0
Нет	197	32.0
Не знаю	12	2.0
Обсуждение развития Семьи		
Обсуждение развития Семьи	556	90.4
Увеличение дохода	323	52.5
Образование детей	205	33.3
Другое	48	7.8

Таблица 3: Кем принимаются решения по Планированию Семьи.

Переменные	Количество	Процент
Решения об использовании ПС принимаются		
Мужем	234	38.0
Женой	185	30.0
Обоими	166	27.0
Другое	30	5.0
Решение о выборе метода принимаются:		
Мужем	264	43.0
Женой	209	34.0
Обоими	37	6.0
Другое	105	17.0
Решение о рождении нового ребенка принимаются:		
Мужем	71	11.5
Женой	32	5.2
Обоими	498	81.0
Другое	14	2.2

Таблица 4: Расчеты логистической регрессии по воздействию различных социо-демографических и экономических характеристик на обсуждение вопросов репродуктивного здоровья между супругами.

Независимые переменные	B	Значимость	Exp(B)
Образование мужа			
Нет образования	Базовый		
Начальное образование	0.352	0.142	1.422
Среднее и выше	1.101	0.000	3.006
Профессия мужа			
Фермер	Базовый		
Дневной труд	0.706	0.078	2.026
Сфера услуг	0.995	0.023	2.706
Рикша/Водитель	1.830	0.583	1.201
Бизнес	1.057	0.005	2.878
Другое	0.219	0.725	1.245
Ежемесячный доход			
До 3000	Базовый		
3001-4500	0.191	0.474	1.211
4501+	-0.017	0.960	0.983
Количество живых детей			
Более 2	Базовый		
Нет детей	0.066	0.831	1.068
1	0.557	0.031	1.746
2	0.439	0.083	1.551
Доступ к СМИ			
Нет доступа	Базовый		
Имеется доступ	0.889	0.000	2.433
Постоянный доступ	-1.088	0.001	0.337

ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.

К. Аяпов., Г.Токбергенова
Алматинский медицинский колледж

Образование в современную эпоху стало одной из самых важных сфер человеческой деятельности, обеспечивающей определенный уровень развития познавательных потребностей и способностей человека, подготовку к тому или иному виду практической деятельности.

В последние 10-15 лет настойчиво дают о себе знать проблемы, которые не удаются решить в рамках традиционных методических подходов, все чаще говорят о кризисе образования, суть которого состоит, во-первых в неудовлетворительном состоянии образования, во-вторых, развитие общества требует новой системы образования – «инновационного обучения», которое сформировало бы у обучаемых способность логически мыслить, чувствовать ответственность за будущее, веру в себя и свои профессиональные способности.

Задачи реформирования образовательной системы были определены Президентом РК в его Послании от 19 марта 2004 года и нашли свое отражение в Государственной программе реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 годы и Государственной программе развития образования РК на 2005-2010 годы.

Медицинское образование, как часть образовательной системы нашей страны, требует серьезных перемен. Поиски оптимальных путей реформирования образования ведутся как со стороны организаторов здравоохранения, так и профессорско-преподавательским составом учебных заведений, осуществляющих подготовку медицинских кадров для различных отраслей медицины. В апреле 2005 года в городе Астана прошел республиканский семинар-совещание, на котором обсуждались новые пути развития системы медицинского и фармацевтического образования. На семинаре была представлена Министерством здравоохранения РК Концепция реформирования медицинского и фармацевтического образования РК до 2010 года. Она явилась итогом накопленного опыта в подготовке медицинских кадров учебными заведениями Республики, переосмысления содержания и системы медицинского образования. В ней определены новые требования к подготовке специалистов и мировые тенденции обучения в организациях медицинского и фармацевтического образования. Концепция нацеливает на подготовку медицинских кадров способных оказывать квалифицированную медицинскую помощь населению.

В представленной Концепции нашла свое отражение философия сестринского дела, предусматривающая его развитие как самостоятельную отрасль медицины, т.е. четкое разделение врачебного и сестринского

образования, обеспечивающую расширение профессиональной деятельности медсестры, сохранение здоровья человека, семьи, общества, профилактику заболеваний и решение многих задач общества. Кроме того, при разработке Концепции учитывалась модель подготовки специалистов сестринского дела Алматинского медицинского колледжа накопленного на основе многолетнего опыта работы в этом направлении. В ней даны принципы подготовки медицинских сестер по многоуровневой системе с последующим получением высшего сестринского образования и продолжением образовательной деятельности в магистратуре и докторантуре. Разработанная модель подготовки медицинских сестер предполагает четырех уровневую систему обучения специалистов сестринского дела.

Первый уровень подготовки специалистов осуществляется в колледже, где предусматриваются три ступени с общим сроком обучения три года. Первая ступень – подготовка помощников медицинской сестры. В условиях сокращения сроков пребывания пациентов в стационаре, возрастает необходимость оказания квалифицированного ухода за ними на дому. В связи с этим, подготовка помощников медицинской сестры является актуальной для практического здравоохранения. Вторая ступень – подготовка медицинских сестер общей практики, которая входит в систему базового медицинского образования (БМО) ориентированная для работы в лечебно-профилактических объединениях и общественном здравоохранении. На третьей ступени с учетом региональных особенностей и по заявкам организаций здравоохранения могут быть подготовлены специализированные медицинские сестры в различных направлениях медицины (семейная медицинская сестра, фтизиатрическая медсестра, медсестра в педиатрии и т.д.) Данная ступень дает возможность продолжения сестринского образования до получения высшего сестринского образования с присвоением академических степеней на последующих второй, третьей и четвертой уровнях.

Второй уровень – высшее сестринское образование – бакалавры сестринского дела (срок обучения четыре года) предусматривает подготовку менеджеров сестринского дела способных работать заместителями главных врачей по сестринскому делу, заведующими ФАП, преподавателями, руководителями различных структурных подразделений лечебно-профилактических отделений и медицинского колледжа. На данный уровень обучения могут поступать как выпускники школ на базе общего среднего образования, так и выпускники медицинских колледжей. Подготовка медицинских сестер с высшим образованием может осуществляться в высших учебных заведениях (Академии менеджмента сестринского дела, институте, высшем коллеже сестринского дела). Послевузовское образование предполагает обучение в магистратуре и докторантуре, соответственно третьему и четвертому уровням образования. Специалисты по завершению обучения на этих уровнях могут заниматься научно-исследовательской и организаторской деятельностью в области сестринского дела (схема №1)

Сестринское образование



Предложенная модель подготовки специалистов сестринского дела позволит решить многие социально-экономические задачи в области здравоохранения и создаст предпосылки для появления:

- § сестринских кадров владеющих новыми технологиями, способных самостоятельно решать вопросы оказания первичной и специализированной медико-санитарной помощи;
- § организаторов общественного здравоохранения, менеджеров, лидеров сестринского дела;
- § специалистов нового поколения, медицинских сестер с высшим образованием, ориентированных на преподавательскую и научно-исследовательскую деятельность в области сестринского дела;
- § будут организованы учебные заведения с новым статусом подготовки медицинских сестер, начиная от помощников до медицинских сестер с высшим образованием.

Для реализации данной Концепции предстоит:

- § разработать Классификатор специальностей среднего и высшего сестринского образования;
- § создать перечень медицинских специальностей и квалификаций соответственно классификатору специальностей;
- § разработать Государственные общеобязательные стандарты среднего и высшего образования по специальности “Сестринское дело”;

§ установить дифференцированную оплату труда медицинских сестер в зависимости от должности и квалификации.

Таким образом, в Республике создается программа реформирования медицинского и фармацевтического образования, на основе которой будет осуществляться подготовка специалистов нового поколения, соответствующих требованиям международного уровня, и определены вертикали подготовки медицинских кадров как врачебных, так и сестринских.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИНТЕГРАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ СЕЛЬСКОГО РАЙОНА

Н.А. Айтмухамбетов, Т.И. Слажнева

Ключевые слова: здоровье населения, образ жизни.

Понятие «образа жизни» в современной социальной гигиене и науке об общественном здравоохранении занимает особое место. Образ жизни является важнейшим аспектом общественного устройства.

Необходимо понимать, что на современном этапе в науке особенно эффективной может быть максимально-расширительная концепция образа жизни, включающая в себя различные аспекты поведения, как человека, так и общества в окружающей среде.

Можно говорить о том, что образ жизни - это совокупность поведенческих характеристик человека (или общественной группы), отражающих специфику бытового устройства, традиций, привычек, устоев, связей с материальным миром и другие аспекты, являющиеся существенными и устойчивыми в определенном временном промежутке.

Исходя из данного нами выше определения, можно говорить о «здоровом образе жизни» как о целевой установке, формируемой у человека либо у группы людей. Здоровый образ жизни - это модель поведения и взаимодействия с внешним миром, способствующая сохранению и укреплению здоровья, преодолению болезней и увеличению продолжительности жизни.

Здоровый образ жизни не является однозначно-определяемым научным понятием. Невозможно предъявить единые требования и критерии, которые соответствовали бы единой модели здорового образа жизни для городского и сельского жителя, для мужчины и женщины, для взрослого и ребенка. Таким образом, здоровый образ жизни является релятивистской, относительной категорией.

При этом нужно видеть, что основная сущность здорового образа жизни - это безопасное поведение человека (и общества). Курение, избыточное потребление алкоголя, восприимчивость к стрессам, гиподинамия,

неправильное питание - это факторы поведения, создающие определенные риски для здоровья человека. Данные привычки воплощают в себе модель рискованного поведения, когда по той или иной причине человек осознанно или неосознанно выбирает рискованный тип поведения.

В целом, если обозначить как S уровень индивидуальной безопасности, то она может быть разбита на две составляющие - регулируемая и нерегулируемая со стороны человека, т.е.

$$S = S_1 + S_2,$$

где S_1 - внешняя безопасность, отражающая состояния внешней среды и общественного устройства,

S_2 - внутренняя безопасность, отражающая персональное поведение человека, степень преодоления возможных рисков.

Распространенность здорового образа жизни - это фактически степень распространенности безопасного поведения.

Если H - уровень здоровья населения, то в существенной степени

$$H = F(S) = F(S_1)F(S_2).$$

Представляет большой научный интерес исследование соотношения внешней и внутренней составляющей безопасности, открывающее подходы к ранжированию приоритетов при формировании здорового образа жизни.

Нами предложена следующая модель интегральной оценки образа жизни для определенного региона (населенного пункта):

$$S = (I^2 K A R F G O E)^{1/9},$$

где входящие в модель параметры означают пятибалльные оценки следующих характеристик:

I - Степень информированности населения о принципах здорового образа жизни/безопасного поведения (чем выше балл, тем лучше),

K - Распространенность курения (чем выше балл, тем менее распространено),

A - Распространенность употребления алкоголя (чем выше балл, тем менее распространено),

R - Специфика репродуктивного поведения (чем выше, тем более здоровое),

F - Распространенность принципов здорового питания (чем выше, тем лучше),

G - Распространенность двигательной активности (чем выше, тем лучше),

O - Состояние условий труда (чем выше, тем лучше),

E - Состояние окружающей среды (чем выше, тем лучше).

Методика апробирована нами на примере Жылыойского района Атырауской области - активно развивающегося региона, где сельский уклад жизни сочетается с развитием промышленного производства.

Нами проведен опрос более 45 экспертов в регионе, и получена средняя оценка по каждому из параметров для трех населенных пунктов Жылыойского района Атырауской области - Кульсары, Аккизтогай и Сарыкамыс.

Результаты расчетов приведены в таблице 1.

Таблица 1. - Расчет интегральной экспертной оценки образа жизни в населенных пунктах Жылыойского района

Населенный Пункт	Оцениваемые параметры								
	Информационность	Курение	Алкоголь	Репродуктивное здоровье	Питание	Гиподинамия	Условия труда	Окружающая среда	Интегральный показатель
Сарыкамыс	3	1	2	4	4	4	2	3	2,670685
Аккизтогай	2	3	3	4	3	4	3	4	3,017422
Кульсары	4	4	3	3	4	3	4	3	3,519911

Для интерпретации результатов по предложенному нами методу вводится шкала, приведенная в таблице 2

Таблица 2. - Интерпретация интегрального показателя образа жизни

Значение коэффициента S	Уровень образа жизни
$S > 4.5$	Высокий
$4.5 \geq S > 3.5$	Удовлетворительный
$3.5 \geq S > 2.5$	Средний
$2.5 \geq S > 1.5$	Ниже среднего
$1.5 \geq S \geq 1$	Низкий

Таким образом, нами показано, что на основании экспертной оценки образа жизни населения Жылыойского района, включая внутренние и внешние факторы, может быть классифицирован как средний и удовлетворительный.

В поселках Сарыкамыс и Аккизтогай образ жизни характеризуется как средний, в городе Кульсары - как удовлетворительный.

Тем самым удается выполнить сопоставительную оценку ситуации в различных населенных пунктах, что является основой для проведения целенаправленных мероприятий.

Литература:

1. The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. WHO, Geneva, 2002 – p. 248.
2. Возьмитель А.А. Образ жизни: концепция, сущность, динамика. Автореф. докт. соц. наук. 22.00.04 М.:Ин-т социологии РАН.
3. Левыкин И.Т., Дридзе Т.М., Орлова Э.А., Рейзема Я.В. Теоретико-методологические основы комплексного исследования социалистического образа жизни//Вопросы философии, 1981, №11. С. 53.

ВЛИЯНИЕ ЦЕЛЕВЫХ УСТАНОВОК НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

А.Г. Дерновой

Медицинский Центр Управления делами Президента РК

Ключевые слова: санаторно-курортное лечение, оздоровление, профилактика, отдых

Санаторно-курортное лечение продолжает оставаться одним из важных этапов лечения в современной системе здравоохранения /1,2/. У медицинских работников сохранилось понимание широкого использования природных и рекреационных ресурсов в лечение и реабилитации больных /3/. Вопросы эффективной организации санаторно-курортного лечения особенно важны для Казахстана, рекреационные зоны которого достаточно велики и требуют своего дальнейшего развития /4/.

Вместе с тем, нельзя не отметить, что в ходе реформирования национальной системы здравоохранения в определенной степени изменилась деятельность санаторно-курортных учреждений. Активно ведется поиск новых способов оздоровления не только эффективных, но и максимально кратковременных. Одновременно возрастают требования к организации отдыха, который должен выступать в качестве инструмента интенсивного восстановления и оздоровления.

Вот почему потенциал санаторно-курортного сектора все в большей степени используется для выполнения функций укрепления здоровья граждан и профилактики заболеваний. Тем самым становится востребованной научно-теоретическая проработка закономерностей и подходов к санаторно-курортному обслуживанию контингента.

Нами выполнено углубленное исследование особенностей санаторно-курортного обслуживания населения Казахстана в сложившихся новых социально-экономических условиях. Для этого была определена репрезентативная выборка обслуживаемого контингента трех санаторно-курортных учреждений - санаториев «Алматы», «Алатау» и «Ок-Жетпес». В таблице 1 приведены данные о составе отобранного контингента.

Таблица 1. - Структура выборочного контингента

Число опрошенных		сан. "Алматы"		сан. "Алатау"		сан. "Окжетпес"	
Всего		Абс. % m		Абс. % m		Абс. % m	
Мужчины		601	100	609	100	496	100
и женщины, всего:						1706	100
в т.ч.:							
до 18 лет		2	0,33	15	2,46	22	4,44
39			2,29				
18-29 лет		51	8,49	111	18,23	71	14,31
233			13,66				
30-39 лет		103	17,14	131	21,51	74	14,92
308			18,05				
40-49 лет		115	19,13	130	21,35	91	18,35
336			19,7				
50-59 лет		135	22,46	106	17,41	80	16,13
321			18,82				
60-69 лет		88	14,64	50	8,21	43	8,67
10,61							181
70 лет и		63	10,48	20	3,28	20	4,03
6,04							103
старше							
Мужчины, всего:		239	39,77	262	43,02	191	38,51
692			40,56				
до 18 лет		1	0,17	5	0,82	13	2,62
1,11							19
18-29 лет	17	2,83	51	8,37	27	5,44	95
30-39 лет		42	6,99	59	9,69	28	5,65
7,56							129
40-49 лет		47	7,82	59	9,69	39	7,86
8,5							145
50-59 лет		53	8,82	46	7,55	31	6,25
7,62							130

60-69 лет 5,04	42 6,99	21 3,45	23	4,64 86
70 лет 2,7 и старше	30 4,99	7 1,15	9	1,81 46
Женщины, всего: 919	330 54,91 53,87	334 54,84	255	51,41
до 18 лет 1,17	1 0,17	10 1,64	9	1,81 20
18-29 лет 8,09	34 5,66	60 9,85	44	8,87 138
30-39 лет 10,49	61 10,15	72 11,82	46	9,27 179
40-49 лет 191	68 11,31 11,2	71 11,66	52	10,48
50-59 лет 11,2	82 13,64	60 9,85	49	9,88 191
60-69 лет 5,57	46 7,65	29 4,76	20	4,03 95
70 лет и 3,34 старше	33 5,49	13 2,13	11	2,22 57

Таким образом, возрастная структура лиц, обслуживаемых в санаторно-курортных учреждениях, является симметричной, с максимумом, приходящимся на возрастную группу 40-49 лет.

В составе отдыхающих имеет место некоторое преобладание женщин (53,8 %).

В социальном составе контингента санаторно-курортных учреждений выделяются государственные служащие (30,5 %), работники других секторов (37,0 %), пенсионеры (16,12 %), не работающие (10,82 %), студенты (5,53 %).

Нами выделены три группы в составе исследуемого контингента по целевым установкам пребывания в санаторно-курортном учреждении:

- лица, единственной целью которых является отдых;
- лица, для которых отдых является одной из целей, наряду с лечением и профилактикой заболеваний;
- лица, для которых отдых не является целью.

Установлено, что 25,0 % опрошенных находятся в санатории только лишь для отдыха, для 25,5 % отдых является одной из целей, для 46,6 % отдых не является целью.

Контингент лиц (25,0%), находящихся в санатории исключительно для отдыха, представляет особый исследовательский интерес.

Очевидно, что эту категорию составляют, (1) лица без каких бы то ни было патологических отклонений, «практически здоровые», (2) лица, имеющие не выявленные заболевания, (3) лица, имеющие заболевания, однако не рассматривающие санаторно-курортное лечение в качестве инструмента оздоровления.

Данная категория очень активно пользуется услугами санаторно-курортных учреждений, что требует разработки специальной программы по их обслуживанию.

Контингент в составе 46,6 % опрошенных респондентов не рассматривают в качестве цели отдых и используют пребывание в санатории для профилактики и/или лечения.

Рассмотрим различные социологические параметры для выделенных нами групп, различающихся по целям нахождения в санатории.

На рисунке 1 демонстрируется распределение групп по возрастному составу.

Распределение анализируемых групп по возрасту



1 - отдых является единственной целью, 2 - отдых является одной из целей, 3 - отдых не является целью

Рисунок 1

Таким образом, исследуемые группы статистически достоверно отличаются по возрастному составу. Контингент, посещающий санаторно-курортные учреждения исключительно с целью отдыха, является более молодой группой, со средним возрастом в $41,71 \pm 0,56$ лет. Отдых - является одной из целей пребывания в санатории, для группы со средним возрастом

51,1±0,57 лет. Отдых не является целью пребывания в санатории для группы со средним возрастом в 44,3±1,07 лет

1 - отдых является единственной целью, 2 - отдых является одной из целей, 3 - отдых не является целью

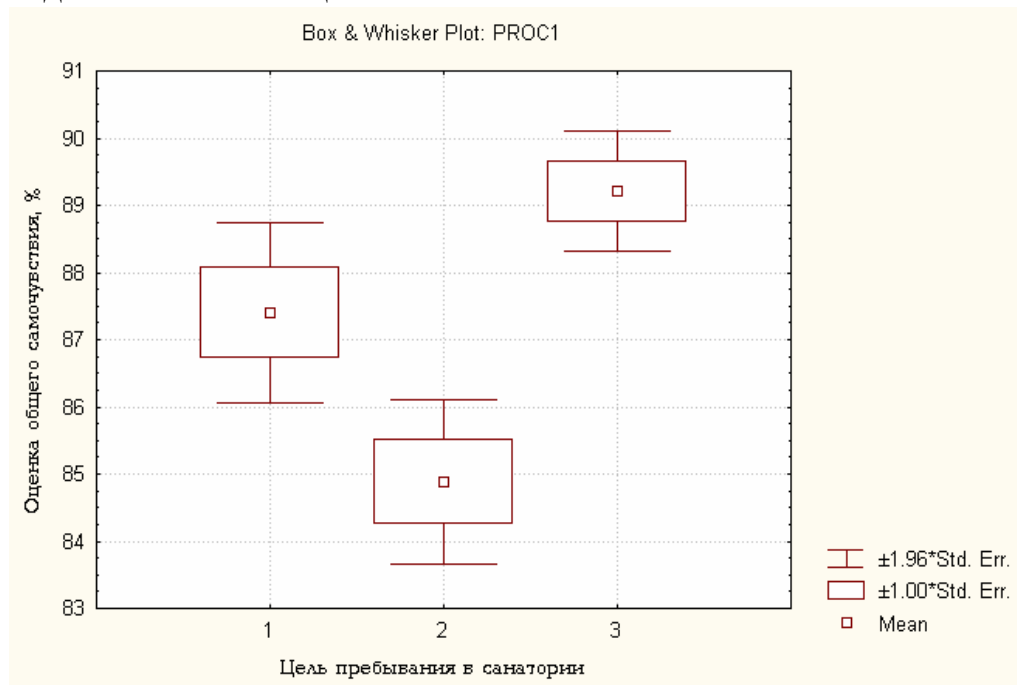


Рисунок 2.

Это означает, что в обществе формируется тенденция к восприятию санаториев как «мест отдыха», а не только профилактики заболеваний, лечения и реабилитации после перенесенных болезней. Для контингента старших возрастных групп имеет место сочетание отдыха, а также пребывание в санатории с целью восстановления и укрепления здоровья.

При этом представляет интерес тот факт, что группа со «смешанными» целями имеет достоверно более низкую самооценку здоровья, чем две другие группы (рисунок 2).

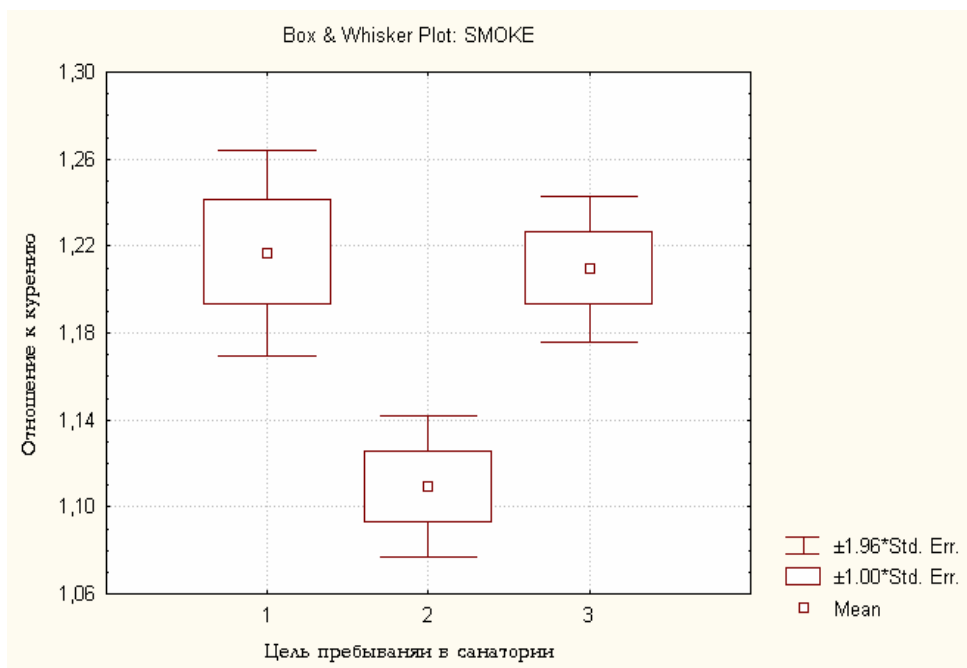
Субъективная оценка «общего самочувствия» в исследуемых группах

Подобную закономерность следует интерпретировать в том смысле, что потребность в «отдыхе» является свидетельством снижения самочувствия, которое существует наряду с тем или иным заболеванием, требующим непосредственного лечения, или помимо такого заболевания.

Лица, которые используют санаторий для лечения и профилактики заболеваний, в среднем чувствуют себя лучше лиц, акцентирующих только на необходимости «отдыха».

Исследуемые нами группы с различными целевыми моделями пребывания в санатории различаются и по другим медико-социологическим параметрам. Установлено, в частности, что в группе со смешанными целями пребывания в санатории в меньшей степени распространено курение (рисунок 3).

Отношение к курению в исследуемых группах



1 - отдых является единственной целью, 2 - отдых является одной из целей, 3 - отдых не является целью

Шкала «отношение к курению» предусматривает рост по мере увеличения числа курящих, а также интенсивно курящих, в группе.

Рисунок 3

Нами использовался критерий для определения самооценки эффективности санаторно-курортного лечения. Опрошенным предлагалось отметить по результатам лечения в санатории следующие наблюдаемые признаки улучшения здоровья: уменьшение усталости, улучшение сна, исчезновение болей, уменьшение одышки, прекращение или снижение интенсивности нарушений сердечного ритма, уменьшение расстройств пищеварительного тракта, возрастание уровня подвижности суставов, нормализация веса, другие улучшения.

Предлагаемый критерий представлял собой показатель, определяемый как

$$\text{ИМПАСТ} = \sum a_i,$$

где a_i - соответственно 1 или 0 в зависимости от ответа на поставленные вопросы об улучшении состояния.

На основании многофакторного регрессионного анализа нами установлена прогностическая функция, позволяющая предсказывать степень эффективности санаторно-курортного лечения в следующем виде:

$$\text{ИМПАСТ} \sim 3,5 + 0,026 \text{ DAYS} + 0,027 \text{ AGE} + 0,3 \text{ OTD} \quad (P < 0,05),$$

где ИМПАСТ - показатель эффективности, DAYS - время пребывания в санатории (дней), AGE - возраст (полных лет), OTD - цель пребывания в санатории (0 - отдых не является целью, 1 - отдых является единственной целью, 2 - отдых является одной из целей).

Данная модель иллюстрируется рисунком 4.

Зависимость эффективности санаторно-курортного лечения от срока пребывания в санатории и субъективной целевой установки

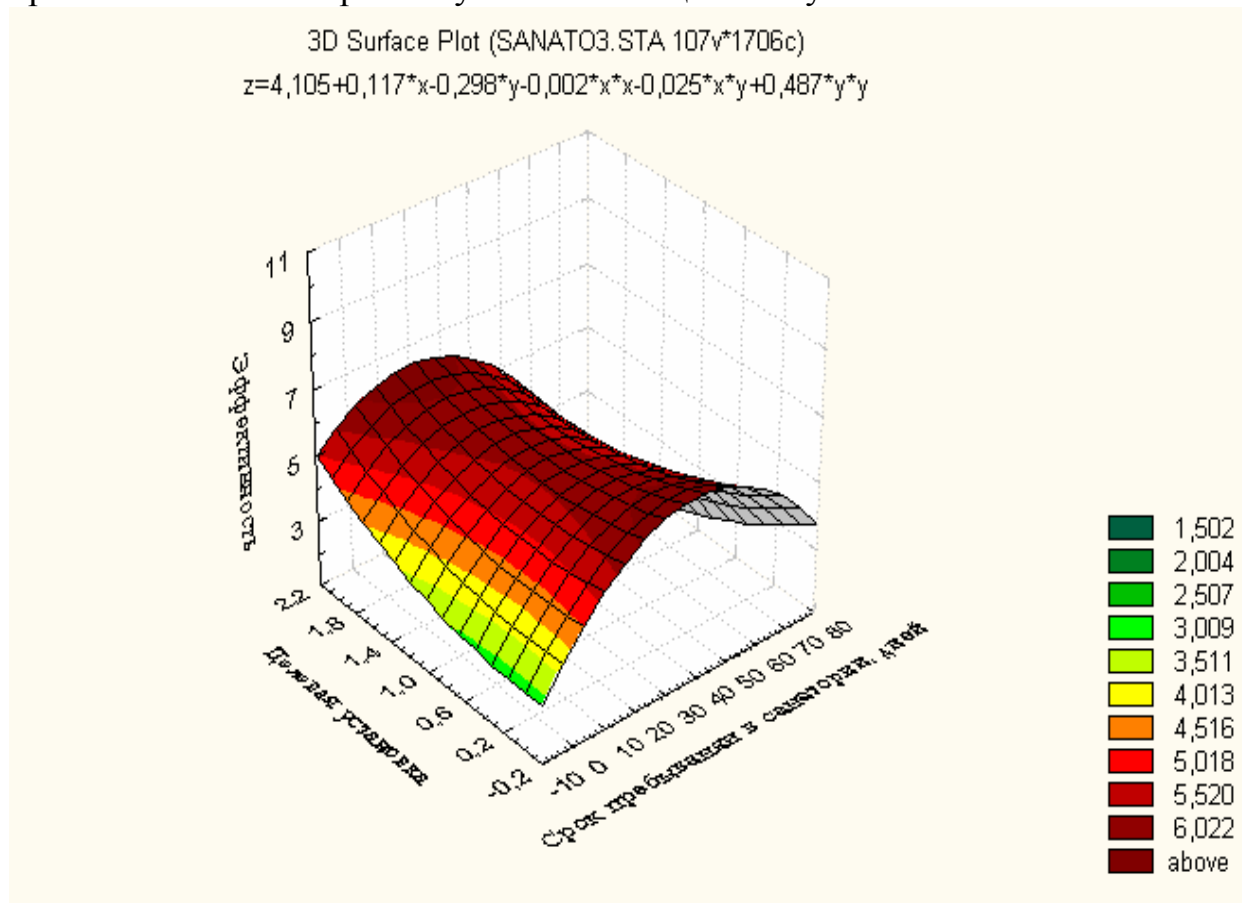


Рисунок 4.

Важным фактором, влияющим на эффективность лечения, является целевая установка при обращении за санаторно-курортным обслуживанием: наиболее выражен эффект для группы, совмещающей отдых с лечением и профилактикой заболеваний.

Другими значимыми факторами являются возраст (эффективность увеличивается с возрастом) и время пребывания в санатории (эффективность возрастает с количеством дней пребывания).

Выводы:

1. Целевая установка является важным аспектом, формирующим мотивацию обращения населения за санаторно-курортным лечением.
2. Существенное место среди контингента санаториев занимают лица, находящиеся здесь только в целях отдыха. Средний возраст данной группы наиболее низкий, а субъективное самочувствие - среднее среди групп с иными целевыми установками.
3. Эффективность санаторно-курортного лечения, определяемая по уровню дифференцированных субъективных улучшений, зависит от

возраста отдыхающего, времени пребывания в санатории, а также от целевой установки, причем наибольший оздоровительный эффект наблюдается в группе, совмещающих отдых с лечением и профилактикой заболеваний.

Литература:

1. Дерновой А.Г. Управление эффективностью санаторно-курортного обслуживания в условиях рыночных отношений. – Астана, 2002.-С .38-40.
2. Фрейдлин С.Я. Санаторно-курортная помощь. Курс лекций по организации здравоохранения. - Л., 1963. - 324 с.
3. Фетисова Ю.Г. Гигиеническое и медико-социальное обоснование применения системы семейного отдыха и лечения на курортах Российского Причерноморья. Автореф. Дисс. канд. Мед наук. - С.-Петербург, 1996.
4. Беклемишев Н.Д. Курортология в Казахстане. - Алма-Ата: Наука, 1959.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ОСНОВА НАУЧНОГО ПОДХОДА К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ШТАТНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Белоног А.А., Байсеркин Б.С., Красников В.Н., Резник В.Л.

Состояние вопроса. В настоящее время в Казахстане осуществлено реформирование структуры санитарно-эпидемиологической службы в соответствии с Законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» № 361-ІІ ЗРК от 04.12.02 г.

О высокой внутривластной и социальной значимости оптимизации деятельности службы свидетельствует содержание раздела 5.2.3. «Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия» в «Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005 – 2010 годы». Деятельность службы – важная составная часть формирования, управления и охраны здоровья населения страны. Сказанное отвечает позиции Всемирной организации здравоохранения (1996,1997).

Одним из определяющих условий эффективной деятельности в области санитарно-эпидемиологического благополучия является адекватное штатное и кадровое обеспечение санитарно-эпидемиологической службы. В частности, по мнению ряда исследователей санэпидслужбы, в том числе реформируемой в постсоветских государствах, существенную роль в решении вопросов оптимизации деятельности по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения играют научно обоснованные структура и штатная численность службы (Г.Г. Онищенко, 2002, 2003). Подчеркнуто, что решение этих вопросов, особенно для сельских малонаселенных районов, остается без достаточного научного обоснования органов и организаций (Куркатов С. В., Поплавская Т. В. 2004).

При довольно значительном числе специальных исследований по организации деятельности санитарно-эпидемиологической службы, основная их часть выполнена еще в Советском Союзе (Черных О.В., 1983; В.А.Кононов с соавт., 1988; В.А.Зенков, 1990; М.В.Магдей, В.П.Бэбэлэу, 1990). В изменившейся общественно-политической ситуации большая часть полученных при этом результатов неприменима в условиях реформированной службы. Имеется также определенное количество исследований, выполненных в России и других постсоветских странах (Куценко Г.И. с соавт., 2000 и др.).

Положение усугубляется и тем, что в условиях рыночной системы, в связи с разукрупнением ранее существовавших предприятий и созданием большого количества объектов малого и среднего предпринимательства, увеличилось число поднадзорных объектов. При этом мелкие объекты вызывают, зачастую, более выраженную настороженность в эпидемиологическом и санитарном отношении, чем крупные производства.

Проблема штатного обеспечения службы для Казахстана особо значима в связи с ее разделением на органы государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ГСЭН) и на организации санитарно-эпидемиологической службы – центра санэпидэкспертизы. При этом формирование штатов органов ГСЭН осуществляется на принципиально новой основе, регламентируется соответствующими положениями о государственной службе.

В условиях суверенного Казахстана существенно изменились формы и методы работы по осуществлению предупредительного и текущего санитарно-эпидемиологического надзора. Естественно, что формы и методы работы регулируются определенными правовыми актами. К числу их относятся новые документы в части административных правонарушений, поддержки малого бизнеса и предпринимательства, упорядочения кратности обследований поднадзорных объектов и другие.

Цель работы - определить и проанализировать основные показатели деятельности санитарно-эпидемиологической службы Республики Казахстан, необходимые для последующего обоснования принципов и критериев разработки типовых штатных нормативов службы в условиях ее реформирования.

Для достижения указанной цели представлялось необходимым решить следующую основную задачу - определить основные показатели деятельности органов и организаций санитарно-эпидемиологической службы, применимые для выбора подходов, разработки критериев и принципов обоснования типовых штатных нормативов органов и организаций санэпидслужбы.

Объекты и методы исследования. Методы исследования выбраны, исходя из опыта других исследований (Г.Л. Туровец, 1984; Поплавский Е. С. с соавт., 1986; А.В.Иваненко с соавт., 2003; Е.Ф. Бреднева с соавт., 1988; В.Н.Красников, 1999; В.Л.Резник с соавт., 2004), и с учетом поставленных перед нами цели и задач.

В качестве основы, позволяющей получить, убедительный материал, использовали данные отчетной формы № 18 о деятельности учреждений службы. За период исследования принят 2003 год, поскольку именно с 2003 года реализовывается Закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии» от 04. 12. 2002 года. В предыдущие годы деятельность осуществлялась в рамках реализации предшествующего Закона.

Все данные сгруппированы и обработаны по исследуемым признакам согласно принятым в статистике положениям (И.С Случанко. 1981; Ю. Кан 1981; Г.Ф. Лакин , 1990; В.Г.Петухов с соавт., 1995; Sall J., Lehman A., 1996; Р.А Шмойлова., Е.Б. Шуваловас соавт., 1999) с применением современного программного обеспечения (Excel, SPSS).

Результаты исследования. При анализе сложившейся в регионах Казахстана ситуации установлено, что к числу наиболее значимых признаков, определяющих объемы деятельности органов и организаций санитарно-эпидемиологической службы, относятся численность населения обслуживаемой территории и количество объектов, подлежащих санитарно-эпидемиологическому надзору. Естественно, что поскольку эти признаки определяют объемы необходимой деятельности, постольку они, вкуче с другими признаками, определяют и необходимое кадровое обеспечение, т.е. – штаты органов и организаций.

В этой связи, на первом этапе необходимо проанализировать численность обслуживаемого населения и количество контролируемых объектов. Обращает внимание то обстоятельство, что эти два признака ранее не были исследованы во взаимосвязи.

Для изучения характеристики деятельности органов ГСЭН по численности населения обслуживаемых территорий и количества контролируемых объектов использовали материалы отчетных форм № 18, представленных по 13 областям и городам Астана, Алматы. При выборке областей – объектов исследования основным критерием было отсутствие значимых ошибок в отчетах по форме № 18.

В ходе анализа применили метод оценки количества поднадзорных объектов по основным разделам санитарного надзора в пересчете на 10000 населения.

Количество поднадзорных объектов на 10000 населения в сельской местности существенно (на 11 %) больше, чем в городской ($p < 0,001$, табл. 1.), тогда как статистически значимые различия между усредненными показателями по областям и городу Алматы не выявлены, а в г. Астане – их количество существенно больше.

Установлено также, что общее число объектов на 10000 населения больше в сельской местности, чем в городской, в основном за счет объектов по гигиене детей и подростков и коммунальной гигиене (табл. 2). В целом, наибольшая часть контролируемых объектов приходится на надзор по коммунальной гигиене (39,9 % в районах и 27,8 % в городах) и по гигиене питания (соответственно, 36,1 и 48,2 процента).

Такое положение вполне объяснимо востребованностью общества в подобных объектах. При этом коммунальные объекты в сельской местности мельче, хотя их количество относительно больше. Сеть объектов общественного питания и торговли, пищевой промышленности в условиях города более развита (различие в 20 %). Различия в числе объектов по гигиене труда не выражены.

Таблица 1.

Количество объектов, контролируемых органами госсанэпиднадзора, в пересчете на 10000 населения

Органы госсанэпиднадзора		Общее количество контролируемых объектов по ГДиП, КГ, ГТ, ГП на 10000 населения, $X \pm \zeta_x$	Вероятность ошибки различий (p)
Обозначение	Уровень		
A	Районный	$98 \pm 0,4$	$A - B < 0,001$
B	Городской	$87 \pm 0,4$	$B - C < 0,01$
C	Областной	$92 \pm 0,3$	$C - A < 0,01$ $C - B < 0,001$
D	г. Алматы	$91 \pm 0,9$	$D - B < 0,01$ $D - C > 0,05$
E	г. Астана	$110 \pm 1,5$	$E - A, B, C, D < 0,001$

Таблица 2.

Количество объектов, подлежащих ГСЭН, фактическое и в расчете на 10000 населения

Область	Уровни	Количество населения	Число объектов (фактическое и на 10000 населения)				
			Всего,	в том числе по разделам:			
				гигиена детей и подростков	коммунальная гигиене	гигиена труда	гигиена питания
Всего по областям	Район фактич.	/ 7276295	70910	9433	28301	7585	25561
	Расчетный на 10000 населения		98	13	39	10	35
	Город фактич.	/ 5164215	44950	4214	12947	6108	21625
	Расчетный на 10000 населения		87	8	25	12	42
	Область /факт.	12636510	115887	13655	41252	13697	47191
	Расчетный на 10000 населения		92	11	33	11	37
г. Астана	Город фактич	/ 510 000	5450	405	1970	1053	2022
	Расчетный на 10000 населения		110	8	39	21	40
г. Алматы	Город фактич.	/ 1 147 500	10 596	565	3903	1934	3994
	Расчетный на 10000 населения		91	5	34	17	35
Всего по Республике	Фактическое количество	14294010	131933	14625	47125	16684	53207
	Расчетное на 10000 населения		93	10	33	12	37

Учитывая выявленные особенности, представляло интерес исследовать существование зависимости между количеством объектов и численностью населения обслуживаемой территории. Такая зависимость определена для органов госсанэпиднадзора районного уровня (табл. 3).

Таблица 3

Зависимость между количеством объектов, контролируемых органами госсанэпиднадзора районного уровня, и численностью населения

Раздел	Статистический критерий
--------	-------------------------

санитарного надзора	R	R ²	n	F-критерий	Достоверность по F- критерию
Гигиена детей и подростков (ГД и П)	0,35	0,12	159	22,3	0,001
Коммунальная гигиена (КГ)	0,64	0,41		111,3	0,001
Гигиена труда (ГТ)	0,70	0,49		150,3	0,001
Гигиена питания (ГП)	0,62	0,39		99,73	0,001
По сумме объектов	0,31	0,10		16,6	0,001

Названные выше особенности весьма, на наш взгляд, важны, поскольку являются основанием для того, чтобы при разработке штатных нормативов органов санитарно-эпидемиологической службы, принять за основу численность населения обслуживаемой территории. Однако должен быть введен коэффициент, учитывающий большее число объектов на 10000 населения в сельской местности, т.е. – не менее чем 10 - процентное увеличение количества штатных единиц в сельской местности относительно городской. Следуя предложенной методике расчета штатных должностей для подразделений санитарно-гигиенического отдела, количество штатных единиц в департаменте госсанэпиднадзора г. Астаны, необходимо принять на 20 % больше, чем в управлениях городского уровня.

Различия между количеством обследованных очагов эпидемиологами районных УГСЭН, УГСЭН малых городов и департаментов (областной уровень) не достоверны (табл. 4) и статистически выражены не более чем тенденция ($t = 1,8$). Существенные различия определены только между количеством очагов, обследованных специалистами областных городов, с одной стороны, и тремя другими уровнями органов и организаций, с другой стороны ($p < 0,05$). При этом данные об отборе проб характеризуют деятельность не только органов, но и организаций санитарно-эпидемиологической службы.

Обращает внимание очень высокая изменчивость средних величин, о которой косвенно можно судить по величине стандартной (средней) ошибки.

Изменчивость средних величин числа очагов в пределах одной стандартной ошибки составляет для Рай УГСЭН 14,7 %, для УГСЭН малых городов - 33,0 %, для УГСЭН областных городов - 29,8 %, для областных ДГСЭН - 42,6 %, что в среднем соответствует 30 %. Сказанное на фоне высокой вариабельности количества очагов инфекционных заболеваний и увеличение изменчивости от районного уровня к областному при относительно равной изменчивости на городском уровне обусловлена, по нашему мнению, региональными особенностями формирования уровней и структуры

инфекционной заболеваемости, то есть эпидемиологической обстановкой. Данное обстоятельство обязательно должно быть принято во внимание при формировании штатного расписания органов санитарно-эпидемиологической службы, об этом говорили, как следует из содержания вопроса, и другие исследователи, но решения вопроса не было.

Таблица 4

Количественная характеристика деятельности органов ГСЭН различного уровня по эпидемиологическому надзору

Вид деятельности	Уровень органа санэпидслужбы и их количество в группе (n)							
	Рай УГСЭН (130)		УГСЭН малых городов (15)		УГСЭН обл. городов (12)		Обл Д(У)ГСЭН (14)	
	X	±сх	X	±сх	X	±сх	X	±сх
Обследовано очагов инфекционных заболеваний	176,6	26,1	447,6	148,4	1629,0	486,30	505,2	215,4
СПР. Профилактика инф. заболевл.	1098,5	235,82	720,7	196,8	3677,8	1499,1	4171,3	1889,0
Иммунопрофилактика	287,5	143,7	174,07	58,6	212,5	44,6	434,14	151,25
Отбор проб, том числе:	984,27	-	1037,14	-	2338,9	-	1567,7	-
воды на баканализ из источников централизованного водоснабжения	532,7	42,7	601,18	107,8	1174,08	258,46	532,92	100,03
воды на вирусологич. исследования из источников централизован. водоснабжения	3,6	0,9	2,06	0,987	38,58	13,27	75,07	15,19
воды бак. ХП	53,3	5,7	70,8	13,3	125,5	40,02	69,35	20,11
воды вир. ХП	1,48	0,27	1,4	0,68	21,91	12,39	30,5	3,98
на холеру	54,8	7,5	48,4	12,87	93,5	40,0	106,57	29,00

почвы бакисследовани й	25,9	4,29	42,4	19,77	77,83	18,22	47,0	8,94
дез растворов	312,4 9	45,9 8	270,9	65,68	807,5	223,5	706,2 9	98,42
Рассмотрено НД	0,6	0,59	0	0	6,41	4,82	15,0	4,29

Как наиболее целесообразную, логически и математически обоснованную предлагаем следующую методику решения вопроса, при которой получаем количественную характеристику, определяемую как критерий для условий Республики Казахстан. Доверительный интервал в пределах $X \pm \sigma x$ (68 % вероятности) следует принять за норму, которая составляет для Рай УГСЭН \approx от 150 до 202 очагов, для УГСЭН малых городов $\approx 300 \div 596$, для УГСЭН областных городов $\approx 1143 \div 2115$, для областных ДГСЭН $\approx 290 \div 720$.

Поскольку усредненная величина изменчивости стандартной ошибки для органов госсанэпиднадзора разного уровня составляет 30 %, для органов, обслуживающих территории с количеством очагов, превышающим верхнюю границу указанного доверительного интервала, в штатном расписании должно быть предусмотрено 30-процентное, относительно типовых штатов, увеличение числа специалистов. При этом напрашивается вывод о соответствующем уменьшении количества специалистов в органах, обслуживающих территории, на которых количество очагов меньше нижней границы доверительного интервала. Однако сам этот уровень обеспечивается существующими штатами, и их уменьшение может привести к ухудшению санитарно-эпидемиологической обстановки. Исходя из сказанного, оптимальным, если позволяют финансовые возможности, полагаем решение, при котором рассматривается только вопрос увеличения штатных единиц.

Основные выводы и рекомендации

1. К числу наиболее значимых признаков, характеризующих объемы деятельности территориальных органов ГСЭН, относятся численность поднадзорных объектов и очагов инфекционных заболеваний на обслуживаемой территории, определяемые в относительных величинах на 10000 населения, позволяющие, вкупе с другими признаками, дать обоснованные и дифференцированные предложения по штатному обеспечению деятельности.

2. Выявленная зависимость между численностью населения и количеством подконтрольных объектов, обуславливают целесообразность определения штатной численности органов госсанэпиднадзора по расчету на численность обслуживаемого населения.

3. Количество поднадзорных объектов на 10000 населения в сельской местности существенно больше (на 11 %), чем в городской, тогда как статистически значимые различия между усредненными показателями по областям и городу Алматы не выявлены, а в г. Астане – их количество

существенно больше. Общее число объектов на 10000 населения в сельской местности больше, чем в городской за счет, в основном, объектов по гигиене детей и подростков и коммунальной гигиене.

4. Наибольшая часть контролируемых объектов приходится на надзор по коммунальной гигиене (39,9 % в районах и 27,8 % в городах) и по гигиене питания (соответственно, 36,1 и 48,2 процента).

5. Количество штатных единиц на 10000 населения органов госсанэпиднадзора районного уровня в сельской местности в подразделениях, осуществляющих санитарный надзор, следует принимать на 10 % больше, чем в органах районного уровня, обслуживающих городское население, а в департаменте госсанэпиднадзора г. Астаны, на 20 % больше, чем в управлениях городского уровня.

6. Характерна высокая изменчивость количества очагов инфекционных заболеваний на разных обслуживаемых территориях, обусловленная региональными особенностями формирования уровней и структуры инфекционной заболеваемости. За норму, соответствующую типовому штатному расписанию, принять количество обслуживаемых очагов инфекционных заболеваний в качестве критерия, в том числе: для районных УГСЭН в переделах $\approx 150 \div 202$; для УГСЭН малых городов $\approx 300 \div 596$; для УГСЭН областных городов $\approx 1143 \div 2115$; для областных ДГСЭН $\approx 290 \div 720$.

7. Полученные результаты могут быть использованы в качестве научной основы для планирования и выполнения дальнейших углубленных исследований по проблеме оптимизации штатного обеспечения территориальных органов ГСЭН.

Литература:

1. «Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005 – 2010 годы». – Астана, сентябрь 2004 г.
2. Закон Республики Казахстан «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» № 361-ІІ ЗРК от 04.12.02 г.
3. Указ Президента Республики Казахстан от 17.01.04 г. № 1282 "Об утверждении реестра должностей административных государственных служащих по категориям".
4. Бреднева Е.Ф., Иодко Н.Е., Попов Е.Н., Руссу-Лупан И.Т. Организация труда санитарных врачей сельских районных санэпидстанций и пути ее совершенствования // Проблема гигиены труда и окружающей среды. – Кишинев, 1987. – С. 78-86.
5. Зенков В.А «О перестройке деятельности СЭС в условиях эксперимента по отработке новых форм управления, планирования и финансирования здравоохранения», // «Гигиена и санитария» , 1990, - № 6. – С. 83-85;
6. Иваненко А.В., Хизгияев В.И., Сафонкина С.Г., Метельская М.В. Экспертный контроль при осуществлении видов деятельности, выполнении работ и оказании услуг в центрах госсанэпиднадзора // Гигиена и санитария. – 2003. - №1. С.70-72.

7. Кан Ю. Описательная и индивидуальная статистика. – М.: Финансы и статистика, 1981.
8. Красников В.Н. Автоматизированные системы управления в деятельности государственной санитарно-эпидемиологической службы. / Автореф. канд. дисс. – Алматы, 1999. – 30 с.
9. Куркатов С. В., Поплавская Т. В. Оптимизация государственного санитарно-эпидемиологического надзора в малонаселенных сельских районах Красноярского края // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2004. № 4. С. 24-26.
10. Куценко Г.И., Шипова В.М., Гололобова Т.В. и др.. "Организация нормирования труда персонала учреждений Госсанэпиднадзора. (Методические рекомендации)". - М; НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко, 2000. - 140 с.
11. Лакин Г.Ф. Биометрия. - М.: «Высшая школа», 1990. – 390 с.
12. Магдей М.В., Бэбэлэу В.П. Некоторые аспекты перестройки санитарно-эпидемиологической службы и внедрения в ее деятельность нового хозяйственного механизма // Кишинев. Здравоохранение. – 1990. №4. – С. 27-29.
13. Онищенко Г.Г. Итоги деятельности государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации в 2002 году и задачи по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия Российской Федерации в 2003 г. // Здоровоохранение Российской Федерации. - 2003. - № 6. - С. 3 - 11.
14. Онищенко Г.Г. Состояние и перспективы кадровой политики в учреждениях государственной санитарно-эпидемиологической службы // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2003. - № 5. С.19-23.
15. Петухов В.Г., Сырцова Л.Е. и др. Медицинская статистика . - М.: 1995.
16. Резник В.Л., Нугманова А.Э., Тен И.В., Абишева А.Д., Кабдакапаров Н.Р. Оценка совместной деятельности поликлиники и санитарно-эпидемиологической станции сотрудниками этих учреждений (сообщение 2). // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. – 2004. –Т. 3. – № 1. – С. 31 – 38.
17. Случанко И.С. Пособие по санитарной статистике. Изд. 2-е. - М.: Медицина, 1981.
18. Туровец Г.Л. Потребность санитарно-эпидемиологических станций в специалистах по гигиене детей и подростков // Советское здравоохранение. – 1984. - № 3. - С. 13-17.
19. Черных О.В. Из опыта совершенствования организации некоторых форм санитарного надзора , // «Гигиена и санитария»ю – 1983. - № 4. – С. 37-38.
20. Шмойлова Р.А., Шувалова Е.Б., Глубокова Н.Ю. и др. Теория статистики. – М.: Финансы и статистика, 1999.
21. Environmental Health and the Role of Medical Professionals. Report on a WHO Consultation Berlin, 16-18 January 1996, - Berlin, WHO. - 1996.
22. Health and Environment in Sustainable Development – Geneva, WHO. -1997.

23. Sall J., Lehman A. Start Statistics. A Guide to Statistical and Data Analysis Using JMP and JMP In Software. – Belmont – Washington: ITP, 1996. – 522 p.

РОЛЬ НЕКОТОРЫХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ И САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Резник В.Л., Арыстанова Г.Т., Токмолдинов Ф.С., Янышевская С.Н.
Высшая школа общественного здравоохранения

В Послании Президента Республики Казахстан «Казахстан – 2030. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев» содержится программа, направленная на повышение благосостояния населения и подчеркнута первоочередная роль развития общественного здравоохранения, укрепления здоровья населения. Этим вопросам посвящена и «Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005 – 2010 годы».

Из названных документов следует, что профилактическое направление должно быть ориентировано на совершенствование управления отраслью и улучшение качества и доступности медицинского обслуживания. При этом особое внимание должно быть уделено системе реализации санитарно-гигиенических норм как неотъемлемого элемента обеспечения качества и доступности медицинской помощи.

Как правило, работа медицинских учреждений оценивается на основе материалов профессионального анализа различных показателей без учета мнения больных и медицинского персонала о качестве оказываемой помощи /1/. Тогда как опросы пациентов имеют, на наш взгляд, немаловажную роль.

В доступной литературе нами найдены лишь единичные исследования, посвященные этой проблеме.

С целью изучения мнения больных об организации работы стационара Ликстанов М.И. с соавторами провел анонимное анкетирование госпитализированных больных. Было разработано более пяти вариантов опросных листов, где пациентам предлагалось оценить: удовлетворенность результатами медицинской помощи, удовлетворенность отношением лечащего врача, медсестер и санитарок, удовлетворенность качеством обследования, удовлетворенность лекарственным обеспечением, оценивалось время ожидания госпитализации в приемном покое до 30 мин, до 60 мин. и свыше 60 мин, оценка пациентом информации, которую он получал от врачей и медицинских сестер. В приемном отделении проводилась оценка качества оказания

медицинской помощи. Пациентам предлагалось оценить первое впечатление о больнице, то, насколько быстро были проведены осмотр и обследование, время ожидания госпитализации в приемном покое, удовлетворенность отношением врача и медсестер. Помимо всего перечисленного, пациентам предлагалось внести свои предложения по улучшению работы отделения и больницы в целом.

В итоге можно сказать, что анкетирование дало положительные результаты, большинство пациентов имеют благоприятное впечатление о приемном отделении ГКБ №3, довольны качеством и оперативностью оказания услуг, отношением персонала.

Таким образом, анкетирование пациентов помогает ориентироваться в проблемных вопросах качества оказания медицинской помощи, выбирать приоритетные направления в процессе ее организации /2/.

Аналогичное социологическое исследование проведено Т.Ш. Абилдаевым с соавторами в 2001 году в Жамбылской области. Были разработаны 2 вида анкет для опроса населения и медицинских работников. Рассматривались вопросы удовлетворенности населения организацией медицинской помощи, основные причины и факторы, оказывающие влияние на их качество, и предлагалось внести предложения по дальнейшему совершенствованию системы здравоохранения конкретной территории.

Среди причин неудовлетворенности населения (пациентов) деятельностью амбулаторно-поликлинической службы 27,9% опрошенных указали на очереди и длительное ожидание приема врача, 12,1% - на грубость и невнимательность со стороны медицинского персонала и неофициальные платежи, 26,7% - отсутствие некоторых врачей-специалистов, 30,8% - на затруднения в прохождении диагностических процедур и их платности.

В стационаре неудовлетворительное качество лечения и нехватку лекарственных средств отметили – 38,9% респондентов, 38,5% указали на грубость и невнимательность со стороны медицинского персонала и неофициальные платежи, 17% - плохое питание, 10,9% -неудовлетворительное санитарно-гигиенические условия.

Также проводился опрос медицинских работников об их оценке современного состояния территориальной системы здравоохранения. Оценивая амбулаторно-поликлиническую службу, 47,7% медицинских работников считают, что произошло ухудшение деятельности, 28,6% оценили как «без перемен», 14,1% опрошенных отметили улучшение ее деятельности. Основной причиной ухудшения деятельности ЛПУ медицинские работники считают низкий уровень материально-технической базы, неудовлетворительные хозяйственно-бытовые условия больницы, ухудшение санитарно-технического состояния ЛПУ /3/.

В основном в публикациях качество медицинской помощи сведено, как правило, к удовлетворению пациента оказанной медицинской помощью, но не всегда рассматриваются вопросы удовлетворенности пациента самим лечебно-профилактическим учреждением, а именно его санитарным состоянием,

степенью благоустройства, географической доступностью, как интегрального показателя градостроительных планировочных решений. К тому же вопросы длительности пребывания в очередях, скученности пациентов в ЛПУ напрямую связаны с соответствием мощности и расположения ЛПУ строительным и санитарным нормам и правилам.

Любые услуги, в том числе и медицинские должны быть качественными, т.е. соответствовать всем установленным для данного вида деятельности стандартам и требованиям /2/. Сказанное позволяет подразумевать под всеми стандартами и требованиями социальные и санитарно-гигиенические условия.

Для изучения влияния санитарно-гигиенических факторов на качество и доступность первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению нами были использованы материалы Всемирного исследования здоровья, проведенного Всемирной организацией здравоохранения совместно с Высшей школой общественного здравоохранения в 2002 году. Нами были выбраны разделы, которые включают вопросы по интересующей проблеме, а именно: оценка населением «географической доступности и времени ожидания», окружения (инфраструктуры) ЛПУ (наличие достаточных мест для отдыха, чистота помещений, система отопления в теплый и холодный периоды года) и т.д. Для исследования вышеуказанных вопросов было опрошено 635 респондентов, из них 298 в г. Таразе и 337 в г. Алматы.

А) Раздел «Амбулаторно-поликлиническая помощь»

Анализируя полученные ответы на вопрос: «Насколько важным для Вас является доступность (географическая) и время ожидания» (время, затраченное на поездку и удобство расположения медицинского учреждения, время ожидания консультации и госпитализации)?», мы пришли к выводу, что географической доступности и времени ожидания население придает большое значение.

Так, географическую доступность и время ожидания (таблица 1) определяют как «крайне» и «очень важную» одинаковое количество респондентов г.Тараза (87%) и г.Алматы (91,4%) $p > 0,05$, как «умеренно» и «относительно важную» 13% и 8,3% $p > 0,05$ соответственно, и только один респондент из г.Алматы (0,3%) ответил, что этот вопрос не имеет значения.

Наиболее выражен этот фактор, может быть в сельской местности, где между поселениями и районным центром отсутствует единая развитая система общественного транспорта, затрудняя доступ к медицинскому обслуживанию.

Таблица 1.

Оценка доступности медицинской услуги и степени важности времени ожидания приема врача

Доступность и время ожидания	г. Тараз		г. Алматы	
	абс.числ о	%	абс.число	%

Крайне важно	55	18,5	157	46,6
Очень важно	204	68,5	151	44,8
Умеренно важно	38	12,7	26	7,71
Относительно важно	1	0,3	2	0,59
Не важно	0	0	1	0,30
Всего	298	100	337	100

На вопрос: «Насколько важным для Вас является окружение (инфраструктура - наличие достаточных мест для отдыха, сидячих мест и свежего воздуха в комнатах ожидания, чистота помещений, в том числе и туалетных комнат, система отопления в теплый и холодный периоды года)?» 79,2% респондентов г.Тараза и 90,5% г.Алматы отметили, что этот вопрос для них является «крайне и очень важным» ($p < 0,05$), «умеренно и относительно важным» для 20,8% респондентов в г. Таразе и 9,5% в г. Алматы ($p < 0,05$). Значит, и этот момент для населения имеет немаловажное значение.

Не менее значимым для пациентов является вопрос «общения с внешним миром» (возможность принимать членов семьи и друзей). Так, «общение с внешним миром» определяют как «крайне и очень важное» 64,3% респондентов г.Тараза и достоверно большее число опрошенных г.Алматы 82,2% ($p < 0,05$), а 35,7% респондентов г.Тараза и 16,9% г.Алматы отметили как «умеренно и относительно важное» ($p < 0,05$), и только 0,9% (это 3 человека) г. Алматы ответили «не важно». Это подтверждает необходимость создания условий для пациентов находящихся на лечении для приема посетителей, т.е. например, предоставление одноразовых бахил, халатов или организовать специально отведенные зоны отдыха.

Также оценивалось время, затраченное на дорогу в медицинское учреждение. Установлено, что до 10 минут ушло на дорогу до медицинского учреждения у одинакового числа опрошенных 30,8% г.Тараза и г.Алматы, от 15 до 30 минут у 63,1% и 60,1%, от 35 до 60 минут у 6,1% и 9,1% числа опрошенных соответственно, но выявленные различия не достоверны. На вопрос «Как Вы добрались до медицинского учреждения?» ответы распределились следующим образом: 17,4% респондентов г.Тараза и 17,5% г.Алматы ответили, что добирались собственным транспортом ($p > 0,05$), и общественным транспортом 38,6% и 46,8% ($p < 0,05$), машиной скорой помощи – 0,7% и 2,8% ($p < 0,05$), пешком – 37,9% и 24,5% ($p < 0,05$), другое 5,3% в г. Таразе и 8,4% в г. Алматы ($p > 0,05$).

При этом среднее время, затраченное на дорогу до медицинского учреждения оценили как «очень хорошо» и «хорошо» 58,8% опрошенных, «средне» и «плохо» – 40,5% ($p < 0,05$), и «очень плохо» – 0,7 % г. Тараза, а в г. Алматы ответивших «очень хорошо» и «хорошо» составило 70,7 %, что достоверно выше, чем г. Тараз, «средне» и «плохо» – 28,6%, «очень плохо» - 0,7%.

При обращении в амбулаторное учреждение время ожидания оказания услуги 61,4% респондентов оценили как «очень хорошо и хорошо», «средне и плохо» – 38,6% г. Тараза, а в г. Алматы «очень хорошо и хорошо» – 67,1%, «средне и плохо» – 31,5%, «очень плохо» – 1,4%. Но эти различия не достоверны.

При этом наличие свободного пространства в местах ожидания и смотровых кабинетах респонденты обоих городов оценили одинаково: как «очень хорошо и хорошо» 64,4% и 63,6% ($p>0,05$), «средне и плохо» 35,6% и 36,4% ($p>0,05$) обратившихся в амбулаторные учреждения г. Тараза и г. Алматы.

В оценке респондентов чистоты помещений, включая туалеты, также не выявлено достоверных различий, так «очень хорошо и хорошо» отметили 71,9% и 65,7% населения, «средне и плохо» 26,6% и 33,6%, «очень плохо» – 1,5% и 0,7% г. Тараза и г. Алматы.

б) Раздел «Стационарная помощь»

Также оценивалось время, затраченное на дорогу в стационарное учреждение. Установлено, что до 10 минут ушло на дорогу до медицинского учреждения у 23,2% ($p>0,05$), от 15 до 30 минут у 67,9% ($p>0,05$), до 50 минут у 7,1% опрошенных ($p>0,05$), 90 минут – 1,8% ($p<0,05$) г. Тараза и до 10 минут у 21,1%, от 15 до 30 минут у 63,4%, до 50 минут у 8,4% опрошенных, от 60 до 90 минут – 7% г. Алматы.

На вопрос как «Вы добрались до медицинского учреждения?» ответы распределились следующим образом: 32,1% респондентов г. Тараза и 22,5% г. Алматы отметили, что добирались собственным транспортом ($p>0,05$), общественным транспортом – 39,3% и 25,3% ($p>0,05$), машиной скорой помощи – 12,5% и 36,6% ($p<0,05$), пешком – 14,3% и 1,4% ($p<0,05$), другое 1,8% и 14,1% ($p<0,05$), соответственно.

При этом среднее время, затраченное на дорогу в больницу оценили как «очень хорошо и хорошо» 56,4% опрошенных, «средне и плохо» – 43,6% г. Тараза, а в г. Алматы «очень хорошо и хорошо» – 63,9%, «средне и плохо» – 36,1%, т.е. одинаковое число респондентов, так как выявленные различия не достоверны.

Чистоту помещений стационарного учреждения также оценили одинаково как «очень хорошо и хорошо» 65,4% и 64,8% населения, «средне и плохо» 32,7% и 32,4%, «очень плохо» – 1,8% и 2,8% г. Тараза и г. Алматы.

Наличие свободного пространства (табл. 2) оценили как «очень хорошо и хорошо» 57,1% ($p>0,05$), «средне и плохо» – 41,1% ($p>0,05$), «очень плохо» – 1,8% ($p>0,05$) обратившихся в стационары г. Тараза, и «очень хорошо и хорошо» – 63,4%, «средне и плохо» – 35,2%, «очень плохо» – 1,4% г. Алматы.

Таблица 2.

Оценка свободного пространства в местах ожидания и смотровых комнатах

Оценка свободного пространства в местах ожидания	г. Тараз		г. Алматы	
	абс.числ	%	абс.числ	%
Очень хорошо	5	8,93	12	16,90
Хорошо	27	48,21	33	46,48
Средне	20	35,71	21	29,58
Плохо	3	5,36	4	5,63
Очень плохо	1	1,79	1	1,41
Всего	56	100,00	71	100,00

Выводы

1. Анализируя раздел «Амбулаторно-поликлиническая помощь» анкеты мы выяснили, что от 64,3% до 91,4% респондентов г. Тараза и Алматы оценили географическую доступность и время ожидания, окружение в ЛПУ, общение с внешним миром в ЛПУ как «крайне важно» и «очень важно». При этом число так ответивших респондентов было достоверно выше в г.Алматы.

2. Жители города Тараз и Алматы тратят одинаковое количество времени на дорогу в медучреждение, так до 30 минут тратят 93,9% респондентов г.Тараза и 90,9% респондентов г.Алматы, что является хорошим показателем географической доступности медицинской помощи населению независимо оттого, что первый из них является областным центром, а другой городом республиканского значения. Но при этом среднее время, затраченное на дорогу до медицинского учреждения 70,7% респондентов г. Алматы оценили как «очень хорошо» и «хорошо», а в Таразе только 58,8% жителей ($p < 0,05$).

3. Полученные ответы респондентов на вопрос «Как Вы добрались до медицинского учреждения?» распределились следующим образом, так общественным транспортом (46,8%) и машиной скорой помощи (2,8%) достоверно больше ($p < 0,05$) добирались респонденты г.Алматы, а пешком, наоборот, респонденты г.Тараз (37,9%) $p < 0,05$.

4. Время ожидания медицинской услуги, наличие свободного пространства в местах ожидания и смотровых кабинетах, чистоту помещений амбулаторного учреждения, включая туалеты, респонденты обоих городов оценили одинаково.

5. Анализируя раздел «Стационарная помощь» анкеты получили следующие результаты:

Время затраченное на дорогу в стационар респонденты оценили также одинаково, только от 60 до 90 минут затратили достоверно больше времени 7% респондентов г.Алматы При этом машинами скорой медпомощи респонденты г.Алматы добирались в 3 раза или на 24,1% достоверно больше/чаще, чем в г.Тараз ($p < 0,05$). Тогда как в Тараз 14,3%, или в 10 раз большее число

респондентов добирались в стационарное учреждение пешком ($p < 0,05$). Собственным и общественным транспортом добирались равное число опрошенных.

1. Среднее время, затраченное на дорогу в больницу, чистоту помещений стационарных учреждений, наличие свободного пространства респонденты двух городов оценили одинаково.

Анализ полученных данных подтверждает, что решение проблем улучшения санитарно-гигиенических условий как элемента обеспечения качества и доступности медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях играет немаловажную роль для удовлетворения пациентов и следует говорить не только об удовлетворении оказанной медицинской помощью, но и условиями, в которой эта помощь оказана и каким образом эта помощь получена. Это дает основание для более углубленного изучения выявленных позиций неудовлетворенности пациентов с целью достижения более высокого качества медицинского обслуживания.

Литература:

1. Кунпан И.А., Вардосанидзе С.А., Кошель В.И., Восканян Ю.Э. Качество жизни пациентов в раннем послеоперационном периоде, как индикатор качества лечебно-диагностического процесса // Проблемы управления здравоохранением. - 2004. - №1 (14). - С. 44-47.
2. Ликстанов М.И. Количественные методы исследования качества оказания медицинских услуг. Анкетирование пациентов ГКБ № 3. <http://www.kemoms.ru/DOCS/konf10y/teslikst.htm/> .
3. Әбілдаев Т.Ш. Жамбыл облысындағы денсаулық сақтау саласын реформалау жағдайында басқару жүйесін жетілдірудің медициналық-ұйымдастырушылық аспектілері. Автореферат дис. канд.мед.наук. – Алматы, 2001. – 27с.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТРУКТУРЫ, ШТАТНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И СЕТИ САНИТАРНО-КАРАНТИННЫХ ПУНКТОВ

Оспанов К.С., Красников В.Н., Резник В.Л., Казаков С.В.
Республиканская санитарно-эпидемиологическая станция
Высшая школа общественного здравоохранения

Известно, что санитарная охрана границ и территории Республики Казахстан является элементом общей системы национальной безопасности государства. Эта система предусматривает комплекс государственных мероприятий по контролю перемещения людей и грузов через границу в целях недопущения завоза на территорию страны инфекционных и паразитарных

заболеваний, веществ и продукции, потенциально опасных для здоровья человека. Все сказанное приобретает особую значимость в связи с «Государственной программой реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005 – 2010 годы» / 1 /.

Согласно существующему законодательству обеспечение санитарно-карантинного контроля на государственной границе Республики Казахстан и санитарной охраны границы и территории Республики Казахстан проводят территориальные подразделения уполномоченного органа в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения на государственной границе и исполнительных органов, осуществляющие деятельность в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях /2, 3, 4/.

Таковыми подразделениями на границе Республики являются санитарно-карантинные и санитарно-контрольные пункты (СКП). Контроль проводится в отношении всех лиц, пересекающих государственную границу, в том числе: пассажиров, поездных бригад, экипажей и персонала транспортных средств и лиц, пересекающих Государственную границу в пешем порядке, а также - транспортных средств, грузов, представляющих опасность для здоровья населения.

В настоящее время на государственной границе Казахстана функционирует 47 санитарно-карантинных и контрольных пунктов, в том числе 30 автодорожных санитарно-карантинных пункта (в местах пересечения государственной границы на международных автомагистралях); 2 морских СКП (порты «Актау» и «Баутино» в Мангистауской области), 11 – в аэропортах международного значения, 1 – на пограничной железнодорожной станции «Дружба» и 3 санитарно-контрольных пункта на железнодорожных вокзалах («Алматы 1», «Алматы 2», «Астана»). Важно отметить, что организация СКП определяется только необходимостью его присутствия на объекте, а не нагрузкой на персонал. Нагрузка обуславливает численность смен и персонала.

Приведенное количество автодорожных СКП не соответствует потребности. В Республике Казахстан на автопереходах имеется 51 пункт пропуска через государственную границу (44 контрольно-пропускных и 7 таможенных пунктов). Но организован только 31 СКП. Нет СКП на 4 автопереходах с Кыргызской Республикой (Жамбылская область), на 2 – с Республикой Узбекистан (Кызылординская область), на 8 – с Российской Федерацией (Западно-Казахстанская область - 7, Костанайская - 1).

Все автодорожные СКП территориально подчинены и находятся в штатном расписании районных управлений санитарно-эпидемиологического надзора. Штаты автодорожных СКП утверждены местными органами власти с учетом финансовых возможностей областей и районов. При этом утвержденные штатные расписания по численности существенно ниже установленной приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 235 от 17 июня 1994 г., а фактическая укомплектованность зачастую ниже, чем утвержденное число штатных единиц. В частности, укомплектованность

автodorожных СКП медицинским персоналом составляет 30,7 % от требуемой по приказу № 235 и 83,2 % к расписаниям, утвержденным местными (районными) органами власти (табл. 1).

Таблица 1

Укомплектованность автodorожных СКП медицинскими кадрами.

Штатный персонал	Режим работы, количество смен	Количество СКП	Рекомендованная общая штатная	Общая численность по штатам, утв.	Общее число фактически	% обеспеченности к рекомендованны	% обеспеченности к штатам, утв. местными
Врачи	1	5	5	6	6	120,0%	100,0%
	2	7	14	7	6	42,86%	85,71%
	3	18	54	17	12	22,22%	70,59%
Средние медработники	1	5	10	6	6	60,0%	100,0%
	2	7	28	11	11	39,29%	100,0%
	3	18	108	30	19	17,59%	63,33%
Прочий медперсонал	1	5	5	6	6	120,0%	100,0%
	2	7	14	6	6	42,86%	100,0%
	3	18	36	12	12	33,33%	100,0%
Всего:	3	5	20	18	18	90,0	100,0
	6	7	56	24	23	41,1	95,8
	9	18	198	59	43	21,7	72,9
ИТОГО:	-	30	274	101	84	30,7	83,2

В связи со сказанным выше показательны данные о нагрузке на персонал СКП. Даже по неполным данным, полученным из регионов о работе автodorожных СКП в 2003 году, границу Казахстан на автопереходах пересекли 825552 чел. (774 тыс. 360 пассажиров и 51 тыс. 192 - водителей автотранспорта). Таким образом, нагрузка на 1 бригаду автodorожного СКП за смену составляет, в среднем, 165110 чел. и 10210 единиц автотранспорта в год, что соответствует 453 человек опрошенных/осмотренных в смену или 56 – 57 человек в час без учета при этом затрат времени на осмотр автотранспорта.

Аналогичное положение на воздушном транспорте. В Республике 16 аэропортов, способных принимать международные авиарейсы (14 – в областных центрах и по одному в городах Астана и Алматы). При этом, статус международных имеют 12, из них не функционирует 1 («Костанай»). Из 11 действующих аэропортов постоянные СКП организованы в 7 (Астана, Алматы, Атырау, Тараз, Караганда, Актау и Шымкент). При отсутствии постоянных СКП периодический санитарно-эпидемиологический контроль проводят по

вызовам пограничных и таможенных постов оперативные бригады областных департаментов санитарно-эпидемиологического надзора в г.г. Усть-Каменогорске, Семей, Костанай и Павлодар. По ведомственному подчинению в структуру областных департаментов санитарно-эпидемиологического надзора входят 6 СКП г.г. Атырау, Усть-Каменогорска, Семей, Тараза, Актау и Шымкента. В штатах аэропортов 2 СКП г.г. Караганда и Павлодар. В штатах региональных управлений санэпидслужбы на транспорте – 2 СКП г.г. Астана и Алматы. Укомплектованность медперсоналом СКП аэропортов в настоящее время составляет 56,3% к штатам по приказу № 235 и 90,0% к штатам, утвержденным местными (областными) органами власти (табл. 2).

По неполным данным, полученным из регионов о работе СКП аэропортов, нагрузка на 1 бригаду СКП аэропортов в 1 смену в среднем составила:

- по аэропортам г. Астана и Алматы - 863 авиарейса и 67285 пассажиров в год (2,4 авиарейса и 185 пассажиров в день);

- по аэропортам г.г. Атырау, Тараз, Караганды, Актау и Шымкент 225 авиарейсов и 10412 пассажиров в год. (0,6 авиарейса и 25 пассажиров в день).

СКП морских портов «Актау» и «Баутино» входят в структуру и штаты Мангистауского областного департамента Госсанэпиднадзора. Укомплектованность медперсоналом СКП морских портов составляет 22,2% к штатам по приказу № 235 и 100,0% к штату, утвержденному местными (областными) органами власти (табл. 3). При этом персоналом СКП в 2002 году осмотрено 1602 морских судна, из которых 262 пассажирских. Осмотрено и опрошено 7743 пассажира, 42370 членов экипажей. Из указанного количества в морском порту «Актау» 1551 судно, 7740 пассажиров и 41819 членов экипажей. Нагрузка на 1 бригаду СКП порта «Актау» в 1 смену в среднем составила 517 судов и 16520 пассажиров и членов экипажей в год (1,4 судна и 45 чел. в день). Нагрузка на 1 бригаду СКП порта «Баутино» в 1 смену в среднем составила 17 судов и 553 пассажира и членов экипажей в год.

Таблица 2.

Укомплектованность СКП аэропортов медицинскими кадрами

СКП аэропортов	Режим работы, количество смен	Количество СКП	Рекомендованная общая штатная численность	Общая численность по штатам, утв.	Общее число фактически	% обеспеченности к рекомендованны	% обеспеченности к штатам, утв.
Врачи	1	4	4	4	3	75,0%	75,00%
	2	0	0	0	0	0	0,0%
	3	5	15	13,5	10,5	70,0%	77,78%

	по заявкам КПШ и ТП	2	2	2	2	100,0%	100,0%
Средние медработники	1	4	8	5	5	62,5%	100,0%
	2	0	0	0	0	0,0%	0,0%
	3	5	30	9	8	26,67%	88,89%
	по заявкам КПШ и ТП	2	4	2	2	50,0%	100,0%
Прочие медработники	1	4	4	1	1	25,0%	100,0%
	2	0	0	0	0	0,0%	0,0%
	3	5	15	5	5	33,33%	100,0%
	по заявкам КПШ и ТП	2	2	0	0	0,0%	0,0%
Всего:	1	4	16	10	9	56,3	90,0
	2	0	0	0	0	0,0	0,0
	3	5	60	27,5	23,5	39,2	85,5
	по заявкам КПШ и ТП	2	76	37,5	32,5	42,8	86,7
ИТОГО:	-	11	16	10	9	56,3	90,0

Таблица 3.

Укомплектованность СКП морских портов медицинскими кадрами.

СКП аэропортов	Режим работы, количество смен	Количество СКП	Рекомендованная общая штатная численность	Общая численность по штатам, утв.	Общее число фактически	% обеспеченности к рекомендованны	% обеспеченности к штатам, утв.
Врачи	3	2	6	2	2	33,33%	100,0%
Средние медработники	3	2	12	2	2	16,67%	100,0%
Прочий медперсонал	3	2	9	2	2	22,22%	100,0%
Всего	3	2	27	6	6	22,22	100,00

Оценивая сложившуюся ситуацию в целом, следует обратить особое внимание на то, что с момента создания первого СКП на границе Казахстана в 1992 году и типового штатного расписания СКП (Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 235 от 17 июня 1994 г.) ситуация на границе кардинальным образом изменилась. Так, в мире среди людей стали регистрировать новые заболевания (атипичная пневмония и птичий грипп). Приняты новые законодательные и нормативные акты, заключены новые межгосударственные соглашения. В этой связи нельзя не назвать Постановление Правительства Республики Казахстан № 1121 от 31 января 2003 года «О ратификации Соглашения о сотрудничестве в области санитарной охраны территорий государств – участников Содружества Независимых Государств. Минск. 31.05.2001г.», принятие «Комплексной целевой программы по укреплению и благоустройству внешних границ государств – членов Евразийского экономического сообщества», приложением к которой предусмотрено строительство отдельных модулей СКП при контрольно-пропускных пунктах на внешних границах ЕврАзЭС, а также названного выше Закона Республики Казахстан «О безопасности пищевых продуктов». Одним из определяющих моментов является подготовка к вступлению Республики Казахстан во Всемирную торговую организацию.

Все сказанное позволяет сформулировать первоочередные задачи, стоящие по санитарной охране границ перед территориальными подразделениями уполномоченного органа в области санитарно-эпидемиологического благополучия, и, в частности, перед СКП:

- проведение на границе лабораторной экспресс - диагностики карантинных, зоонозных и вновь возникающих инфекций;
- обследование и обнаружение на транспортном средстве насекомых — переносчиков инфекционных, паразитарных заболеваний, павших грызунов;
- выявление и определение контейнеров с биопатогенами;
- выявление и определение опасных грузов 2-го – 9-го классов опасности;
- выявления и определения других потенциально опасных биологических, химических веществ, радиоактивных материалов, не относящихся к опасным, но являющихся загрязнителями внешней среды;
- экспертиза продуктов питания.

Названные задачи не могут быть реализованы без дополнительного создания и развертывания на границе бактериологических и санитарно-гигиенических лабораторий, обеспеченных подготовленным персоналом и оснащенных соответствующим оборудованием.

Основные выводы и рекомендации:

1. СКП выполняет на границе, как государственные надзорные функции, так и функции санитарно-эпидемиологической экспертизы. Оперативные работники (начальник СКП, эпидемиолог, санитарный врач, радиолог, помощник эпидемиолога) должны быть государственными служащими и входить в структуру и штаты областных департаментов

государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Лабораторная группа (врач-лаборант, врач-бактериолог, дезинфекционист и санитарка) должны входить в структуру областных Центров санэпидэкспертизы.

2. Типовое штатное расписание СКП определяется составом персонала, обеспечивающего выполнение всех функций по контролю в течение смены, а общая численность персонала – количеством смен (табл. 4).

Таблица 4.

Рекомендуемое штатное расписание типового СКП в пунктах пропуска через государственную границу Республики Казахстан

№№ п/п	Наименование Должностей	Количество смен		
		1	2	3
1	Начальник СКП (с высшим санитарно-гигиеническим образованием)	1	1	1
2	Ведущий специалист – эпидемиолог	1	2	3
3	Ведущий специалист – санитарный врач (общего профиля);	1	2	3
4	Радиолог (дозиметрист);	1	2	3
5	Врач – лаборант химик	1	2	3
6	Врач бактериолог	1	2	3
7	Специалист - помощник эпидемиолога	1	2	3
8	Дезинфектор	1	2	3
9	Санитарка	1	2	3
Итого		9	17	25

3. При определении количества смен, необходимых для обеспечения работы СКП, следует учитывать пропускную способность пункта пересечения государственной границы и рекомендуемые нормативы:

- для автодорожных СКП - 10 тысяч единиц автотранспорта в год на 1 бригаду/смену;

- для СКП аэропортов – не менее 300 авиарейсов в год на 1 бригаду/смену;

- для морских (речных) портов – 1 судно в день на 1 бригаду/смену.

4. Для обеспечения эффективного санитарно-карантинного контроля на государственной границе Республики Казахстан и санитарной охраны границы и территории Республики Казахстан необходимо совершенствование сети СКП и создание типовых СКП Республики Казахстан (табл. 5,6) с предложенной структурой штатов на внешних границах государств – членов Евразийского экономического сообщества:

Таблица 5.

Количественная характеристика совершенствования и создания сети СКП

№ п/п	Пункты пропуска	Количество	Проектные предложения по СКП	
			строительств	Реконструкция
1	Морские	2	1	1
2	Речные	-	-	-
3	Воздушные	12	-	12
4	Автомобильные	17	17	-
5	Железнодорожные	1	1	-

Таблица 6.

Дислокация СКП Республики Казахстан на внешних границах государств – членов Евразийского экономического сообщества

№	Область РК	Наименование СКП	Граница ЕврАзЭС
1. Морские СКП			
1	Мангистауская	Баутино	Страны прикаспийского региона
2	Мангистауская	Актау	
2. Автодорожные СКП			
1	Алматинская	Достык	КНР
2	Алматинская	Коргас	КНР
3	Алматинская	Колжат	КНР
4	Кызылординская	Мынтай	Узбекистан
5	Кызылординская	Нысан	Узбекистан
6	Кызылординская	Карибай	Узбекистан
7	Восточно-Казахстанская	Бахты	КНР
8	Восточно-Казахстанская	Май Капшагай	КНР
9	Мангистауская	Темир Баба	Туркмения
10	Южно-Казахстанская	Капланбек	Узбекистан
11	Южно-Казахстанская	Жибек Жолы	Узбекистан
12	Южно-Казахстанская	Дархан	Узбекистан
13	Южно-Казахстанская	Ынтымак	Узбекистан
14	Южно-Казахстанская	Г. Муратбаев	Узбекистан
15	Южно-Казахстанская	Махталы	Узбекистан
16	Южно-Казахстанская	Атакент	Узбекистан
17	Южно-Казахстанская	Бирлик	Узбекистан
3. Железнодорожные СКП			
1	Алматинская	Достык	КНР
4. СКП на воздушном транспорте			

5. СКП в международных аэропортах городов: Астана, Алматы, Актобе, Караганды, Костанай, Уральск, Павлодар, Петропавловск, Шымкент, Усть-Каменогорск, Семей, Тараз

Литература:

1. «Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005 – 2010 годы». – Астана, сентябрь 2004 г.
2. Закон Республики Казахстан «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» № 361-ІІ ЗРК от 4 декабря 2002 года.
3. Закон Республики Казахстан «О безопасности пищевых продуктов» № 543 - ІІ ЗРК от 8 апреля 2004 г.
4. Постановление Правительства Республики Казахстан «Об утверждении Правил осуществления санитарно-карантинного контроля и обеспечения санитарной охраны границы и территории Республики Казахстан» № 1168 от 22 ноября 2003 года.
5. Постановление Правительства Республики Казахстан № 1121 от 31 января 2003 года «О ратификации Соглашения о сотрудничестве в области санитарной охраны территорий государств – участников Содружества независимых государств. Минск. 31.05.2001г.»
6. «Комплексная целевая программа по укреплению и благоустройству внешних границ государств – членов Евразийского экономического сообщества».

ОБ ОПЛАТЕ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Ф.К.Асабаева, З.Х.Хасенова, Д.А.Ахметова

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

Введение. В Республике Казахстан в 2003 году среднемесячная заработная плата составила у врачей 17 801 тенге (\$137), у среднего медперсонала 11 328 (\$87), у младшего персонала 8 648 (\$66,5), что практически отбрасывает медицинских работников за черту бедности. Это результат существующей в стране системы оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения, связанной как с дефицитом финансирования отрасли (2,4% от ВВП), так и с удельным весом заработной платы, составляющим около 30% от общего объема финансирования. Кроме того, она носит уравнилительный характер, так как не учитывает результаты деятельности конкретного работника ни по объему, ни по качеству труда.

Цель. Согласно Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005 – 2010 г.г. с 2006 г. планируется повышение заработной платы работникам отрасли. В свете этого документа возникла необходимость в разработке подходов по совершенствованию системы оплаты труда.

Для достижения этой цели необходимо было решить следующие задачи:

1. Создание вариантов дифференцированной оплаты путем модификаций существующих принципов оплаты труда.
2. Разработка концептуально новой модели дифференцированной оплаты труда.
3. Определение подходов для оценки объемов и качества медицинской помощи и распределения стимулирующих средств.

Обсуждение. Отработка различных вариантов и модификаций убедила нас, что получить весомые результаты (даже по абсолютным размерам заработной платы) практически невозможно без коренных изменений основ принятой схемы. В результате наша основная задача стала заключаться в разработке концептуально новой модели оплаты труда, так как сама структура построения старой схемы не содержала дифференцированного подхода.

При построении новой модели и расчетов по ней мы стремились к следующим параметрам:

1. приблизиться к мировым стандартам, по которым доля заработной платы составляет 40-57% от общих расходов на здравоохранение;
2. поднять среднемесячный уровень заработной платы работников отрасли до уровня других отраслей;
3. придать всем элементам модели заработной платы мотивирующую нагрузку.

По ориентировочным расчетам, доля заработной платы на 2006 год должна приблизиться к 90 млрд. тенге, что составляет около 40,0% планируемого объема финансирования здравоохранения в 227 млрд. тенге.

На первом этапе – 2006 – 2007 г.г. должно произойти прямое повышение заработной платы, в которой задействованы все элементы структуры по предложенной модели заработной платы, в том числе доплаты за объем и качество труда. Существенно увеличен размер доплат, направленных на стимулирование перехода работника в село, на участок, в организации с особыми условиями труда, и они должны выплачиваться без предварительных условий, связанных с оценкой качества труда. К примеру, среди рентгенологов практически мало молодых специалистов, так как сегодня доплата за эти условия труда 1320 тенге (\$10), а по новой модели должны получать от 3500 (\$27) и выше. Предлагаемые меры связаны как с резко увеличившимся за последние годы оттоком кадров из структур, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, так и с крайне низким размером доплат за вредные условия труда.

На втором этапе 2008-2010 г.г. повышение должно произойти за счет увеличения размера доплат за объем и качество медицинской помощи, так как к этому времени будет усовершенствована, в целом, система управления

качеством медицинской помощи, и, в частности, отработаны предложенные авторами подходы по дифференцированной оплате труда.

Анализ литературы по проблемам качества медицинской помощи, изучение деятельности организаций здравоохранения, обмен мнениями со слушателями курсов организации здравоохранения выявил, что назрела настоятельная необходимость по уточнению устоявшихся определений, таких как «критерий», «показатель». В работе подчеркивается, что наиболее важным подготовительным этапом для анализа и оценки качества медицинской помощи является четкий подбор критериев, так как при неверном подборе критериев происходит перенос ответственности за многие проблемы здоровья населения на уровень организаций здравоохранения.

Резюме: Исследователи проанализировали современную ситуацию по оплате труда работников сферы здравоохранения и проработали различные варианты модификаций существующей системы. Авторы предлагают разработанную ими модель с усовершенствованной системой оценки качества медицинской помощи положить в основу схемы дифференцированной оплаты труда.

Литература:

1. Указ Президента Республики Казахстан «Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы» от 13.09.2004г.

2. Постановление Правительства от 11.01.2002г. № 41 «О системе оплаты труда работников государственных учреждений, не являющихся государственными служащими».

3. Салтман Р.Б. и Дж.Фигейрас. Реформы системы здравоохранения в Европе.

4. Щепин О.П. и др. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи.- М., Медицина, 2002. – 176 с.

ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И УРОВЕНЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ЗАТРАТ НАСЕЛЕНИЯ Г. АЛМАТЫ

Куракбаев К.К., Еламанова С.Х.

Казахстанская Высшая Школа общественного здравоохранения.

В переходный период ключевой проблемой системы здравоохранения Казахстана является значительный разрыв между гарантированным объемом бесплатной медицинской помощью и его финансовым обеспечением. Из-за невозможности государства предоставить всем бесплатную медицинскую помощь происходит ухудшение доступности качественной медицинской

помощи для широких слоев населения, нарастание платности медицинских услуг и расширение практики неформальных платежей (1).

Цель настоящего исследования: изучение доступности медицинской помощи и дополнительных затрат населения путем анализа результатов анкетирования Survey 2002, проведенного Казахстанской Школой Общественного Здравоохранения в рамках Всемирного исследования здоровья по инициативе Всемирной Организации Здравоохранения.

Материалы и методы:

В качестве объекта изучения было определено население крупного города Алматы. Объем выборки составил 337 человек взрослого населения. Выборочная совокупность представлена респондентами от 19 лет до 81 года. 61,7% составляют женщины и 38,2% мужчины.

Результаты:

Для определения уровня здоровья использовалась шкала самооценки здоровья. При опросе было выяснено, что 45,1% респондентов оценивают свое здоровье как хорошее, 37,6% считают свое здоровье удовлетворительным, и процентное соотношение респондентов, оценивших свое здоровье как очень хорошее и плохое, распределились примерно одинаково по 8%.

Если рассмотреть половой состав респондентов, то выяснилось, что 3,5% женщин и 14,7% мужчин оценивают свое здоровье как очень хорошее. Хорошим назвали свое здоровье 40% женщин и 51% мужчин. Удовлетворительное здоровье имеют 44,7% женщин и 26,3% мужчин. Плохой уровень здоровья отметили у себя 8,6% женщин и 6,9% мужчин.

Анализ данных показал, что при оценке уровня здоровья респондентов по шкале самооценки у 2/3 мужчин отмечено хорошее и очень хорошее здоровье, тогда как у женщин этот показатель составил 43,5%.

При группировке респондентов по уровню образования около 40% респондентов со средним образованием и 48,5% респондентов с высшим образованием оценили свое здоровье как хорошее. Удовлетворительным оценили свое здоровье 45,2% респондентов со средним уровнем образования и 29,9% респондентов с высшим образованием. Плохой уровень здоровья имеют 9,4% респондентов со средним образованием и 7,7% с высшим образованием.

При появлении проблем со здоровьем большинство респондентов получили медицинскую помощь в амбулаторном учреждении (73,2%), в стационарах – 17,7% и на дому – 9%. Среди амбулаторно-поликлинических учреждений, куда обращались респонденты в течение последних 12 месяцев, государственные поликлиники составили около 84,6%, частными структурами явились 14,7% учреждений. Около половины опрошенных добирались до медицинского учреждения на общественном транспорте (46,8%), примерно 17,5% респондентов добирались на собственном автомобиле или мотоцикле и 24,5% - пешком.

Среди тех, кому были назначены лекарства, около 66,3% респондентов смогли приобрести все лекарства, 20,6% - большую часть, 9,9% - только

некоторые из них, и 2,1% - очень небольшую часть. Причем основной причиной не приобретения лекарств явился недостаток финансовых средств (45,4%), 27,2% респондентов не были уверены в том, что все медикаменты были нужны и 14,2% - уже имели некоторые из них у себя дома.

Было также установлено, что получение амбулаторной помощи требовало дополнительные затраты для большинства больных. Для 32% респондентов услуги медицинского работника амбулаторного звена были бесплатными. Затраты остальной части респондентов за оплату стоимости услуг при последнем посещении амбулаторного учреждения варьировали от 137 тенге до 15000. Траты на лекарственные препараты составили от 200 тенге до 10000 тенге. Плата за лабораторные услуги колебалась от 150 тенге до 14000 тенге.

Госпитализация также ставит под угрозу материальное положение населения. Так при обращении в стационарное учреждение около 38% респондентов оплачивали услуги медицинских работников, и эта сумма составила от 500 тенге до 90000 тенге. Для 38% респондентов лекарственное обеспечение было бесплатным. Среди тех, кто оплачивал стоимость лекарственных препаратов, сумма колебалась от 1000 тенге до 80000 тенге. Около 28% респондентов производили оплату стоимости лабораторных услуг, и эта сумма составила от 500 до 11000 тенге.

Заключение:

Таким образом, анализ данных о размерах и структуре расходов населения на здравоохранение показал, что практика оплаты населением медицинской помощи, бесплатное предоставление которой гарантируется законом, достаточно широко распространена. В условиях недостаточного государственного финансирования здравоохранения бремя расходов на медицинские услуги перекладывается на пациентов, что является барьером к доступности медицинской помощи, особенно социально незащищенных слоев населения. Решение проблемы финансовой необеспеченности государственных гарантий медицинского обслуживания населения требует применения различных инструментов для обеспечения доступности и качества медицинских услуг для населения в условиях ограниченных ресурсов здравоохранения.

Литература:

1. С.В.Шишкин, А.С.Заборовская. Анализ форм участия населения в оплате социальных услуг, гарантируемых государством. Институт экономики переходного периода. Москва, 2004 год.

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

Жетибаев Б.К.

Жамбылское областное управление Госсанэпиднадзора

Основной целью исследования 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 и 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 фосфорсодержащих 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 шлака, 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 предписаний 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

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К РАЗВИТИЮ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

В.Г. Слесарев

Государственное учреждение Центр медицины катастроф министерства
здравоохранения Республики Казахстан

В последние десятилетия в мире наблюдается значительный рост числа катастроф природного и техногенного характера. Печальный опыт организации медицинской помощи при ЧС (Чернобыль, 1986; Армения, 1988) показал слабую подготовку и отсутствие практических навыков работы медицинских работников в экстремальных условиях, а также необученность населения действиям в чрезвычайных ситуациях. В целях предупреждения и ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, вызванных стихийными бедствиями, авариями, катастрофами, террористическими актами,

эпидемиями, массовыми инфекционными заболеваниями, в Республике Казахстан создана служба медицины катастроф.

Цель исследования - определить основополагающие принципы организации СМК и пути ее совершенствования.

Материалы и методы исследования.

В соответствии с Государственной Программой развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг. стратегия совершенствования службы медицины катастроф в Республике Казахстан должна быть направлена на обеспечение готовности системы общественного здравоохранения на сохранение жизни и здоровья граждан при предупреждении и возможном наступлении чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера.

Основополагающим принципом службы медицины катастроф в Республике Казахстан является ее государственный и приоритетный характер. Необходимо в предстоящие годы завершить создание единой государственной системы медицинского обеспечения при предупреждении возможного наступления чрезвычайных ситуаций, обеспечивающей защиту и экстренную медицинскую помощь населению. При этом приоритетный характер службы медицины катастроф должен обеспечиваться предоставлением ей всеми уровнями государственного управления максимально благоприятных условий для осуществления своих функций при авариях, техногенных катастрофах и стихийных бедствиях.

Опыт передовых стран мира показывает, что Служба должна организовываться по территориально-производственному и региональному принципу и применительно к нашей стране представлена трехуровневой единой структурой: республиканской, региональной и территориальной. На всех уровнях силы и средства должны создаваться на основе прогнозируемой общей и медицинской обстановки, потребностей в них для ликвидации медицинских последствий ЧС с максимальным использованием инфраструктуры медицинских организаций, расположенных на административной территории. Одновременно региональная (территориальная) служба медицины катастроф должна являться функциональной подсистемой Государственной системы по предупреждению и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций [1]. Безусловно, что управление и организация Службы должны обеспечиваться сочетанием централизованного управления медико-санитарными мероприятиями на республиканском и региональном уровнях с децентрализованным руководством ликвидацией медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций на локальном (объектовом) уровне.

Централизация управления должна обеспечиваться единой диспетчерской службой центров медицины катастроф, интегрированной в республиканскую автоматизированную информационно-управляющую систему по чрезвычайным ситуациям. Она призвана обеспечивать передачу управленческих решений и командной информации на все уровни, принимающие участие в спасении,

защите населения и организации его медико-санитарного обеспечения. Децентрализация управления должна предусматривать практику принятия решений комиссиями по чрезвычайным ситуациям территориальных уровней и самостоятельного выполнения отдельных задач по ликвидации медицинских последствий чрезвычайных ситуаций силами и средствами здравоохранения административной территории и взаимодействия с другими службами в пределах возможностей и компетенции.

Управление службой должно предусматривать внутрисистемное взаимодействие, согласование совместных действий сил и средств по целям, задачам, месту, времени и объему выполняемых задач с органами и организациями здравоохранения вне зависимости от ведомственной принадлежности и формы собственности, а также организациями и формированиями ГСЧС Республики Казахстан. Только при таких условиях будет обеспечена своевременность, непрерывность и эффективность оказания экстренной медицинской помощи, спасение жизни и сохранение здоровья максимально возможному количеству пострадавших, сокращение инвалидности и летальности от полученных поражений и травм. Единоначалие при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС должно обеспечиваться персональной ответственностью руководителя органа здравоохранения соответствующего уровня с предоставлением ему права принимать решения в пределах своей компетенции

Медико-технологическую основу деятельности службы медицины катастроф должна составлять этапная система организации экстренной медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях. Эта система должна состоять из разграничения исчерпывающего перечня мероприятий экстренной медицинской помощи при различных поражениях и травмах на несколько видов медицинской помощи, оказываемых последовательно и преемственно. Конкретный перечень лечебно-профилактических мероприятий, вида медицинской помощи определяется в зависимости от места ее оказания, квалификации персонала и наличия соответствующего оснащения, а также предпринятой лечебно-эвакуационной схемы в данной чрезвычайной ситуации.

Осуществление медицинской сортировки является одним из основополагающих организационных приемов своевременного оказания экстренной медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях при дефиците медицинских сил и средств. При этом эшелонирование сил и средств СМК предполагает их распределение по всем звеньям территориальной, региональной и республиканской службы по единому плану [2].

Маневр – это группировка сил и средств для ликвидации медицинских последствий конкретной прогнозируемой чрезвычайной ситуации в зависимости от необходимости в них и места нахождения ЧС. Маневр объемом медицинской помощи, оказываемой в медицинских формированиях, предусматривает сокращение перечня мероприятий медицинской помощи за счет отказа от пособий, которые могут быть отсрочены без угрозы развития опасных для жизни последствий поражений и ранений. Применение данного принципа в системе медицинского обеспечения при ликвидации последствий

при ЧС предполагает разработку сквозных программ-планов организации медико-санитарного обеспечения населения в конкретно прогнозируемых чрезвычайных ситуациях республиканского, регионального и территориального масштаба, централизованное распределение заданий организациям здравоохранения всех уровней на создание и поддержание в готовности медицинских сил и средств. Осуществление этого принципа повышает координационно-управленческое значение областных (городских) и республиканского ЦМК, избавляет территориальные Службы от неоправданных материальных и финансовых затрат, позволяет строить Службу на основе разумной достаточности сил и средств. Такие цели могут быть достижимы оптимальными сроками проведения спасательных работ, в том числе оказанием первой медицинской помощи пострадавшим непосредственно в зоне ЧС, постоянной готовностью сил и средств, в первую очередь, медицинских сил быстрого реагирования, их мобильностью, надежной системой взаимного оповещения и связи, оперативных решений по ликвидации медико-санитарных последствий, активным применением современных медицинских технологий, систематическими тренировками и учениями, высоким профессионализмом медицинских работников.

Универсальность службы медицины катастроф должна обеспечиваться возможностями Службы для оказания всех видов экстренной медицинской помощи населению, прогнозирования, предупреждения и ликвидации медико-санитарных последствий аварий, катастроф, стихийных бедствий, экологических последствий, массовых заболеваний и других видов чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени. При этом разумная достаточность сил и средств Службы должна исходить из научно обоснованных прогнозов уровня и структуры санитарных потерь населения при наихудших вариантах вероятных чрезвычайных ситуаций и реальных возможностей здравоохранения территорий [3].

Материальная заинтересованность и правовая ответственность, юридическая и социальная защищенность медицинских и других специалистов Службы, участвующих в организации и осуществлении медико-санитарных мероприятий в ЧС, должны достигаться основными нормативными правовыми актами, регламентирующими деятельность ГСЧС и службы медицины катастроф, а также договорами с органами здравоохранения.

Важным направлением повышения эффективности медицинского обеспечения при ЧС является подготовка населения, а также лиц с профессиями повышенного риска к действиям и оказанию первой медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях, которая должна предусматривать овладение ими правилами поведения и оказания первой медицинской помощи в порядке само - и взаимопомощи.

Кроме того, в системе государственных мер поощрения общественной инициативы должно предусматриваться создание института добровольных санитарных дружин и санитарных дружинников, их обучение и привлечение добровольцев к оказанию первой медицинской помощи, уходу за

пострадавшими в ЧС, облегчению страданий пораженных в результате аварий и катастроф природного и техногенного характера.

В определении основных направлений развития службы медицины катастроф (Служба) актуальным является акцентировать внимание на решении следующих задач:

- совершенствование нормативно-правовой базы и организационного регулирования в сфере деятельности Службы;
- обеспечение приоритетности защиты и медико-санитарного обеспечения населения в ЧС;
- поддержание постоянной готовности организаций и формирований Службы к выполнению задач по предназначению;
- совершенствование системы медицинского образования в области медицины катастроф, развитие и укрепление кадрового потенциала Службы;
- организационное укрепление и совершенствование управления Службой;
- рационализация инфраструктуры организаций и формирований Службы, приведение их в соответствие с риском развития чрезвычайных ситуаций на принципах разумной достаточности;
- совершенствование медицинской статистики и информатизация Службы;
- наращивание материально-технической обеспеченности организаций и формирований Службы, внедрение современных технологий защиты, профилактики, диагностики, лечения при оказании экстренной медицинской помощи пострадавшим в ЧС;
- развитие научного обеспечения развития медицины катастроф;
- международное сотрудничество и привлечение иностранных инвестиций в развитие Службы;
- повышение уровня социальной защищенности личного состава Службы.

Реализация вышеизложенных задач позволит создать действенную службу медицины катастроф, способную оптимально решать вопросы медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях.

Выводы:

1. Вышеизложенные принципы организации службы медицины катастроф и пути ее совершенствования должны быть концептуальной основой ее развития в современных условиях социально-экономического развития Республики Казахстан.

2. На сегодняшний день назрела необходимость в государственной Программе развития службы медицины катастроф, благодаря которой были бы созданы адекватная инфраструктура и условия для повышения эффективности ее деятельности.

Литература:

1. Медицина катастроф. Учебное пособие под редакцией В.М. Рябочкина, Г.И.Назаренко, 1996г.
2. Н.И. Борчук Медицина экстремальных ситуаций. Минск. 1998г.

3. В.И. Сахно, Г.И. Захаров, Н.Е. Карлин, Н.М. Пильник. Организация медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях. 2003г. 248с.

ОСОБЕННОСТИ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕМЕЙНОГО ПОЛОЖЕНИЯ МАТЕРИ

Д.Б.Кулов

Карагандинская государственная медицинская академия

Среди множества факторов, характеризующих образ жизни семьи, как известно, существенное влияние на здоровье ребенка оказывает характер вскармливания, в значительной степени определяющий состояние здорового ребенка не только в раннем возрасте, но и в последующие периоды его жизни [1,2,3]. Не вызывает сомнений, что оптимальным видом питания для ребенка первого года жизни является материнское молоко.

Цели и задачи

Целью исследования было дать в динамике сравнительную социально-гигиеническую характеристику вскармливания детей на первом году жизни, родившихся у матерей-одинок в 1984 и 1999 гг.

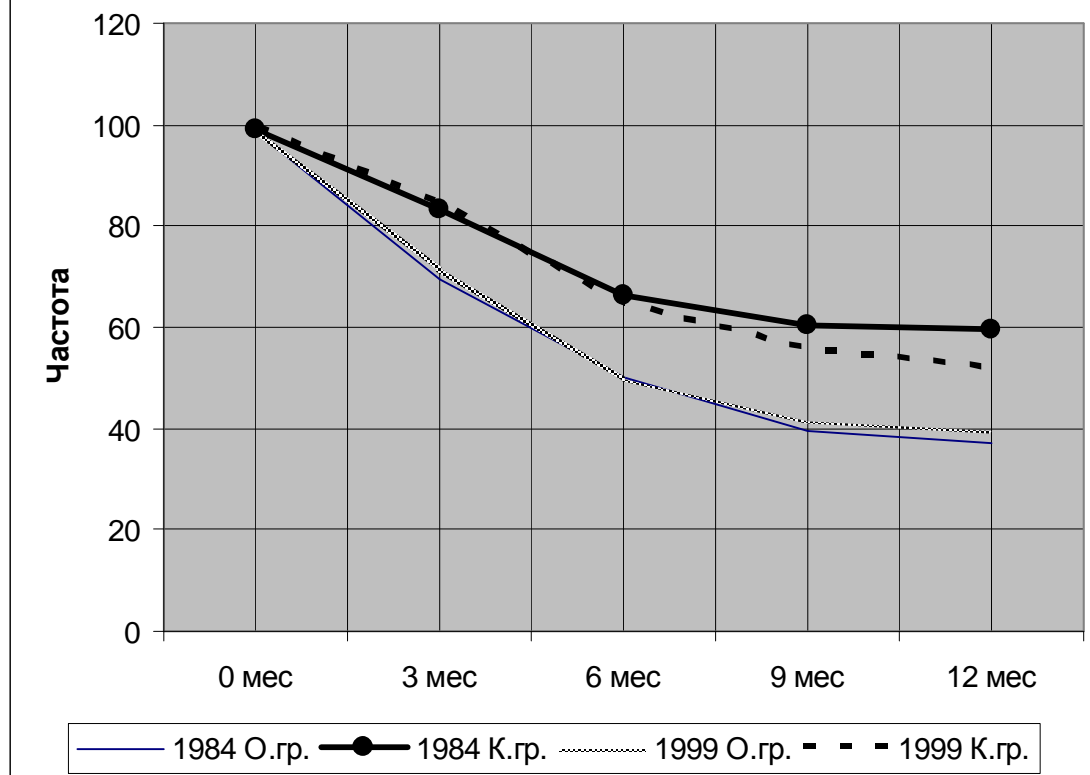
Материалы и методы

Объектом исследования явились когорты детей, родившихся в 1984 и 1999 гг. у матерей-одинок при первых родах у постоянных жительниц г. Караганды. Изучение характера вскармливания детей исследуемых групп нами проводилось с момента рождения до достижения ими возраста одного года, что позволяет наглядно представить динамику грудного кормления. Исследование предусматривало выкопировку сведений из «Истории развития ребенка» (ф.112/ у), дополненных данными анкетирования семьи. Всего было опрошено по 300 семей исследуемой и контрольной групп.

Для оценки рациональности вскармливания детей до одного года, нами применялась следующая группировка: первую группу, получившую «хорошую» оценку, составили дети, находящиеся на грудном вскармливании в возрасте до 9-12 мес; во вторую («удовлетворительно») группу вошли дети, находящиеся на смешанном вскармливании (введен докорм до 4 мес);- третью группу («плохое») образовали дети, находящиеся на искусственном вскармливании, когда они были отлучены от груди в возрасте до 6 мес.

Динамика грудного вскармливания изучаемых групп детей отражена на рис.1. Установлено, что в течение изучаемого периода отмечаются значительные различия в уровне и длительности кормления детей грудным молоком в зависимости от семейного положения матери. Как в 1984, так и в 1999 гг. у женщин контрольной группы уровень естественного вскармливания остается сравнительно более высоким, чем у матерей-одинок.

Рис.1-Динамика грудного вскармливания детей в зависимости от семейного положения матери



С момента рождения практически все новорожденные находятся на грудном вскармливании. Затем, как видно из рисунка, «кривые» естественного вскармливания опускаются вниз, строго дифференцируясь в зависимости от семейного положения матери. В основной группе уже к 3 мес. кормят грудью 69,5-71,6% матерей, тогда как в контрольной их заметно больше (83,1-84,3%, $p < 0,05$). К возрасту 6 мес. каждая вторая (49,6-50,0%) одинокая мать переводит ребенка на другой вид кормления, в то время, как в контрольной группе 2/3 (64,9-66,5%, $P < 0,05$) матерей продолжают кормить ребенка грудью.

По достижению 12 мес. среди одиноких женщин лишь 37,1-39,4% сохраняют грудное вскармливание, тогда как в контрольной группе их более половины (52,3-59,6%, $p < 0,05$). Кроме того, по рисунку мы также можем отметить, что если «кривые» грудного вскармливания матерей-одиночек за изучаемые 1984-1999 гг. практически не отличаются по своим уровням, то по «кривым» естественного вскармливания матерей контрольной группы можно увидеть тенденцию интенсивного падения в последний год процента детей, кормившихся грудью.

В качестве основных причин, препятствовавших естественному вскармливанию, в обеих группах указывали гипо и агалактию, болезнь матери, необходимость выхода на работу (учебу), по желанию матери, болезнь ребенка.

Обращает на себя внимание тот факт, что среди причин прекращения грудного вскармливания в последние годы отмечаются существенные снижения показателей гипо и агалактии, при одновременном увеличении долей заболеваемости ребенка (в 2-4 раза) и нежелания матери кормить ребенка грудью (в 2 раза), как в основной, так и в контрольной группах.. Как показывают результаты исследования среди матерей-одиночек почти каждая пятая бросала кормить ребенка грудью по собственному желанию. Столь высокий уровень показателя говорит о недостаточной осведомленности женщин данной категории о преимуществах естественного вскармливания. Среди болезней ребенка основная роль принадлежала заболеваниям органов дыхания.

Оценка вскармливания детей показывает, что в 52,0- 58,5% случаев у детей замужних матерей характер питания оценивается «хорошим». Неблагоприятно осуществляется вскармливание детей одиноких женщин: в более половины случаев (56,8- 57,6%) оно оценивается как «плохое».

Таким образом, полученные результаты исследования питания детей до одного года дают возможность сделать определенные выводы:

1. Характер вскармливания детей одиноких матерей продолжает оставаться неблагоприятным;
2. В динамике (1984 и 1999 гг.) качество вскармливания детей замужних матерей стало в последние годы заметно хуже;
3. Среди основных причин прекращения грудного кормления отмечается существенный рост доли болезни ребенка и нежелания матери кормить ребенка грудью.

Все вышеприведенные данные дают возможность врачам-педиатрам в своей работе в семьях уделять, во-первых, особое внимание изучаемому контингенту детей, во-вторых, - обратить пристальное внимание на повышение уровня санитарной культуры по вопросу вскармливания ребенка.

Литература:

1. Балыгин М.М., Дмитриев В.И. Влияние биологических и социально-гигиенических факторов на здоровье детей раннего возраста, проживающих в сельской местности, Здравоохранение Российской Федерации, 1996, № 6, с. 23 – 27.
2. Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases, Сер. техн. докл. ВОЗ, ВОЗ, Женева, 1990, с. 797
3. Конь И.Я., Рациональное вскармливание и здоровье детей: современные аспекты, Росс. педиатр. журнал, 1999, № 2, с. 45 – 48.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У ЖИТЕЛЕЙ АЛМАТЫ

Турекулова А.А., Тажиев Е.Б., Германюк Т.А.

Казахская академия питания, Центральная городская клиническая больница,
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова,
Алматы

Остеопороз (ОП) является актуальной проблемой, прежде всего из-за высокого риска переломов при незначительной травме. Эта болезнь угрожает каждой второй женщине и каждому третьему мужчине старше 50 лет /1/.

По данным Центрального института травматологии и ортопедии г. Москвы, среди пациентов, обращающихся в травматологические пункты с различными жалобами, ОП диагностируется в возрастной группе 35-50 лет у каждого двадцатого, в старших группах – у каждого шестого /2/.

Целью данного исследования было изучение распространенности остеопоротических переломов среди жителей г.Алматы в зависимости от возраста и пола.

Материалы и методы исследования. В ходе ретроспективного анализа было проанализировано 150 000 амбулаторных карт из травматологических пунктов ЦГКБ №12, ЦКБ №7 и ГКБ №4 г. Алматы. Оценка частоты остеопоротических переломов (дистального отдела предплечья, проксимального отдела бедренной кости, проксимального отдела плечевой кости и позвоночника) проводилась за период с 1 января 2001 по 31 декабря 2003г., людей в возрасте от 15 лет и старше. Частота переломов рассчитывалась на 100 000 соответствующего населения, как по каждому году изучения, так и по каждой из половозрастных групп. Данные о численности и половозрастном распределении населения г.Алматы получены в Агентстве по статистике РК. Частота переломов оценивалась по первичной заболеваемости, регистрируемой по обращению за медицинской помощью, и анализировались только переломы, полученные при минимальной травме.

Результаты и их обсуждение. Перелом *дистального отдела предплечья* - один из наиболее распространенных типов переломов у людей среднего возраста, которые чаще всего происходят при падении на вытянутую руку. Кроме того, у женщин частота этого вида перелома резко возрастает после наступления менопаузы и достигает максимального и устойчивого уровня в промежутке от 60 до 70 лет /3/. За 2001-2003гг. в г.Алматы было зарегистрировано 5433 случаев переломов дистального отдела предплечья (1392 мужчин и 4041 женщин), что составило 609,0 на 100000 человек, соответственно. В возрасте 15-19лет и 20-29 лет данный вид перелома достоверно чаще встречался у мужчин. Во всех других возрастных группах отмечается противоположная картина: этот вид перелома статистически достоверно выше у женщин. Наиболее высокая частота перелома дистального отдела предплечья у лиц обоего пола выявлена в возрасте 70 лет и старше. (Таблица 1).

Таблица 1. Частота переломов дистального отдела предплечья (на 100 000 населения) г.Алматы за 2001-2003гг.

№	Возраст, лет	мужчины	женщины	Оба пола
1	15-19	351,1±18,7	166,2±13,88	258,2±16,05

2	20-29	227,4±15,06	161,8±12,71	192,2±13,85
3	20-39	281,5±16,75	344,1±18,52	315,4±17,73
4	40-49	408,9±20,18	654,1±25,5	546,3±23,31
5	50-59	497,9±22,26	1738,9±41,34	1213,4±34,62
6	60-69	406,4±20,12	1900,2±43,18	1308,4±35,93
7	<70	706,0±26,48	1938,5±43,60	1576,6±39,39
8	Среднее	355,8±18,83	806,6±28,29	609,0±24,6

Melton L.J. и соавторы /4/ показали, что до 90% **переломов проксимального отдела бедренной кости** у пожилых женщин и до 80% таких переломов у пожилых мужчин ассоциированы с ОП. За трехлетний период было зарегистрировано 1610 переломов шейки бедра (467 мужчин и 1143 женщин), что составило в среднем 180,4 на 100 000 населения, соответственно. Анализ частоты переломов шейки бедра, показал достоверно высокие показатели у мужчин в возрастных группах 15-19 лет, 20-29 лет, 30-39 лет, 40-49 лет и 50-59 лет, а у женщин статистически достоверное максимальное увеличение данного показателя по сравнению с мужчинами отмечается в возрасте 70 лет и старше. Таким образом, распространенность данного вида перелома увеличивалась с возрастом, как у мужчин, так и у женщин (таблица 2).

Таблица 2. Частота переломов шейки бедра (на 100 000 населения) г.Алматы за 2001-2003гг.

№	Возраст, лет	мужчины	женщины	Оба пола
1	15-19	7,8±2,79	-	3,89±1,97
2	20-29	10,8±3,29	0,9±0,95	5,52±2,35
3	20-39	20,6±4,54	5,1±2,26	12,24±3,5
4	40-49	71,1±8,43	21,9±4,68	43,5±6,59
5	50-59	151,3±12,29	84,2±9,17	112,6±10,61
6	60-69	325,1±18,0	318,0±17,8	320,8±17,88
7	<70	1092,1±32,87	1919,5±43,39	1676,5±40,6
8	Среднее	119,3±10,92	228,2±15,09	180,4±13,42

За период 2001-2003гг. зарегистрировано 1259 **переломов проксимального отдела плечевой кости** (387 у мужчин и 387 у женщин). Сравнение у мужчин и женщин частоты данного вида перелома, показало, что в возрастных группах до 60 лет достоверно чаще данный вид перелома встречалась у мужчин. Выявлено статистически достоверное увеличение данного показателя с возрастом у лиц обоего пола (таблица 3).

Таблица 3. Частота переломов проксимального отдела плечевой кости (на 100 000 населения) г.Алматы за 2001-2003гг.

№	Возраст, лет	мужчины	женщины	Оба пола
1	15-19	19,6±4,43	21,2±4,60	20,46±4,52
2	20-29	25,9±5,09	24,3±4,93	25,09±5,01
3	20-39	33,9±5,82	31,8±5,64	32,8±5,73

4	40-49	83,7±9,14	84,3±9,18	84,1±9,17
5	50-59	214,8±14,64	233,0±15,25	225,3±15
6	60-69	264,9±16,25	404,9±20,08	349,4±18,66
7	<70	452,1±21,21	827,7±28,65	717,4±26,69
8	Среднее	98,9±9,94	174,1±13,18	141,1±11,87

Хотя *переломы позвоночника* являются одним из наиболее распространенных типов переломов по данным эпидемиологических исследований, выявлено, что только около 1/3 их проявляется клинически, что требует рентгенологического обследования для подтверждения диагноза.

До недавнего времени не было выработано единых критериев для диагностики переломов позвонков по рентгенографическим признакам. В связи с этим при описании рентгенограмм пользовались таким условным определением, как «деформация позвонка», оставляя термин «перелом» для клинически очевидных случаев /4/.

Изучение частоты переломов позвоночника за трехлетний период, показало наличие этого перелома у 333 человек (157 мужчин и 176 женщин). По нашим данным по сравнению с другими остеопоротическими переломами, переломы позвоночника встречались меньше всех. Выявлено, постепенное увеличение данного показателя у людей до 50 лет и обратное снижение в возрасте 60-69 лет. Значительное увеличение переломов позвоночника отмечено в возрасте 70 лет и старше у лиц обоего пола (таблица 4).

Таблица 4. Частота переломов позвоночника (на 100 000 населения) г. Алматы за 2001-2003гг.

№	Возраст, лет	мужчины	женщины	Оба пола
1	15-19	29,4±5,42	27,1±5,21	28,26±5,32
2	20-29	40,1±6,33	26,2±5,12	32,6±5,71
3	20-39	37,6±6,13	21,5±4,63	28,93±5,38
4	40-49	41,8±6,46	26,3±5,13	33,14±5,76
5	50-59	43,9±6,62	62,7±7,92	54,78±7,4
6	60-69	33,1±5,75	43,4±6,59	39,36±6,27
7	<70	76,1±8,72	67,5±8,21	70,1±8,37
8	Среднее	40,1±6,33	35,1±5,99	37,32±6,11

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что частота остеопоротических переломов у женщин выше, чем у мужчин: переломы дистального отдела предплечья в 2,9 раза, переломов шейки бедра 2,5 раза, переломов проксимального отдела плечевой кости 2,2 раза и переломов позвоночника 1,1 раза. Количество переломов дистального отдела предплечья 1,7 раза превосходило число других остеопоротических переломов. В разрезе возрастных групп установлено, что частота остеопоротических переломов достигает максимальных значений в возрасте 70 лет и старше как у мужчин, так и у женщин.

Литература:

1. Котельников Г.П., Новокшенов В.С., Булгакова С.В. Современные подходы к профилактике остеопороза в Самарской области. //Материалы конференции. «Проблема остеопороза в травматологии и ортопедии».-2003.-С.6-7.
2. Миронов С.П., Родионова С.С. Современное состояние проблемы остеопороза. //Материалы конференции. «Проблема остеопороза в травматологии и ортопедии».-2003.-С.3-5.
3. Беневоленская Л.И. Руководство по остеопорозу. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003.-524с.
4. Melton L.J.3-d. Perspectives: how many women have osteoporosis now?//J.Bone Miner.Res., 1995;10:175-177.

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ИСЧЕРПАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАБОЧИХ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВЛИЯНИЯ ПОЛИМЕТАЛЛИЧЕСКОЙ ПЫЛИ

Е.К.Рахишев

Карагандинское областное многопрофильное лечебно-диагностическое объединение

Заболеваемость промышленных рабочих представляет собой актуальную проблему современности. В связи с тенденцией к росту заболеваемости населения в целом этот вопрос на сегодня представляется особенно злободневным. Для оценки состояния здоровья рабочих пос. Жайрем чрезвычайно актуальным является не только изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) по обращаемости за медицинской помощью, но и учет заболеваний, выявленных в ходе комплексных медицинских осмотров.

Цель исследования: представить данные об исчерпанной заболеваемости рабочих в условиях влияния полиметаллической пыли.

Материалы и методы

В этой связи заслуживает внимания методика комплексного изучения заболеваемости, разработанная еще учеными ВНИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко [1]. Особенности нашей методики заключались в следующем: исчерпывающая заболеваемость изучалась в течение трех лет (2000-2002 гг.), т.е. в течение каждого года на специальные карты выкопировывались данные о заболеваемости по обращаемости за медицинской помощью, как острые, так и хронические заболевания. Карты были дополнены данными о заболеваниях, выявленных впервые в ходе ежегодных комплексных медицинских осмотров, проводимых высококвалифицированными специалистами (14 специальностей) сотрудниками Карагандинского

областного многопрофильного лечебно-диагностического объединения и врачами местного лечебно-профилактического учреждения. Всего находилось под наблюдением 150 круглогодичных промышленных рабочих, постоянно проживающих в пос. Жайрем.

Характеристика состава работающих была следующей: мужчины составляли 88,1%, женщины- 11,9%. Средний возраст рабочих составил 40,4 года. Большинство рабочих были в возрасте 30-39 лет (39,7%), в возрасте 40-49 лет- 30,9%, одинаковые доли составили лица в возрасте 20-29 и 50-59 лет- 12,5%, свыше 60 лет- 3,6%, меньше 20 лет- 0,8%.

В состав рабочих вошли представители следующих профессий: водители "БЕЛАЗ-ов"- 18,3%, горнорабочие- 13,1%, дробильщики- 10,4%, машинисты, бурильщики и взрывники - по 8,7%, проходчики- 7,8%, слесари- 6,1%, грузчики- 5,2%, электрики- 2,6%, прочие- 10,4%.

При среднем производственном стаже работы 10,9 лет, большинство рабочих имели стаж на производстве по специальности от 5 до 15 лет (40,5%), от 16 до 25 лет- 30,2%, до 5 лет- 25,7%, свыше 25 лет- 3,6%.

Проведенный анализ исчерпывающей заболеваемости показал, что уровень заболеваемости составлял 2766,6 на 1000 рабочих (табл.).

Исследование показало, что ведущее место в патологии занимали болезни органов дыхания (33,4%). Среди болезней органов дыхания наибольшей частотой отличались катары верхних дыхательных путей (36,2%), часто регистрировались хронический тонзиллит (33,6%), хронический бронхит (10,3%) и бронхиальная астма (7,0%), что явилось и результатом работы в условиях загрязненной воздушной среды.

Второе место занимали болезни системы кровообращения (12,7%), представленные в основном гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца (42,7%).

Третье место в структуре заболеваемости занимали болезни кожи и подкожной клетчатки (10,3%). Как показывает анализ изучения данного класса, почти у каждого третьего (30,5% рабочего с заболеваниями кожи обнаруживался диагноз аллергического дерматита, в 11,6% - очаговый нейродермит или смешанная себорея, в 8,6%- стрептодермия или хроническая экзема. Полученные результаты убеждают о существенном снижении у рабочих в связи с производством иммунологической реактивности организма, вызывающей повышенную заболеваемость кожи и подкожной клетчатки.

Четвертое место принадлежит болезням органов пищеварения (7,2%), представленных различными формами хронического гастрита (45,2%), хронического холецистита (25,8%), острым и хроническим эзофагитом (9,0%) и эрозивным бульбитом (8,4%).

Согласно выводам ленинградской школы гастроэнтерологов, этиологические факторы развития первичного хронического гастрита носят экзогенный и эндогенный характер. Помимо погрешности в диете, курении и злоупотреблении алкоголем, длительного нервно-психического стресса и т.д., являющиеся экзогенными факторами, значительную роль в

формировании данной патологии играют профессиональные вредности и, в частности, полиметаллическая пыль [2].

Пятое место в структуре заболеваемости принадлежит классу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (5,9%). В основе данного класса лежит отягощенность такой патологии, как диффузные заболевания соединительной ткани (12,6%), ревматоидные артриты (9,6%), другие воспалительные полиартриты (7,3%), остеоартрозы (3,2%) и другие воспалительные спондилопатии.

Факторами риска развития патологии костно-мышечной системы являются физические нагрузки, связанные с подъемом и переноской тяжести, работа в вынужденной позе, а также перепады температуры воздуха для работающих в открытом пространстве.

Среди заболеваний, входящих в класс «Болезни глаза и его придатков», занимающих по рангу шестое место, одной из ведущей патологии является ангиопатия сетчатки (65,6%). На долю миопии и пресбиопии соответственно приходятся 15,6 и 9,4%. Вышесказанная патология практически полностью сформировала данный класс заболеваний (90,6%).

На седьмом и восьмом местах стоят соответственно болезни уха и сосцевидного отростка (4,6%) и эндокринные болезни, расстройства питания и обмена веществ (4,2%). Болезни уха и сосцевидного отростка практически полностью представлены катаральным и хроническим отитами (87,3%), болезни эндокринной системы - патологией щитовидной железы (66,6%).

При анализе полученных показателей заболеваемости рабочих, помимо перечисленных восьми классов болезней, практически полностью формирующих всю исчерпывающую заболеваемость (84%), нельзя не обращать внимания на такой класс заболеваний как новообразования. Хотя по уровню и удельному весу заболеваемости рабочих данный класс занимает последнее место, все жестораживает внимание факт ее стойкой тенденции к росту. Свидетельством этого является то, что если в 2000 г. число больных с установленным диагнозом новообразований составляло 2,8 на 1000 рабочих, то в 2002 г. этот показатель достиг 4,4 на 1000 работающих, т.е. увеличился в 1,6 раза. По нозологическим формам класс сформирован преимущественно новообразованиями щитовидной железы, кожи, яичников, мочевого пузыря и органов пищеварения (66,7%).

Ряд авторов связывают выявляемую тенденцию с катастрофическим ухудшением экологической обстановки, когда в связи с чрезмерной концентрацией мощных промышленных объектов, использующих в своих производственных циклах отсталые и экологически опасные технологические процессы, резко повышается техногенная нагрузка на человека неочищенных выбросов, многие из которых, как известно, обладают прямым или косвенным канцерогенным эффектом.

Выявленные изменения в состоянии здоровья рабочих пос. Жайрем, свидетельствуют о значительном уровне патологии среди данного контингента, сформированный в основном хроническими формами заболеваний и требующих целенаправленной разработки и практического

внедрения для них оздоровительных мероприятий и в том числе условий труда: оптимизации технологических процессов, механизации ручного труда.

Таблица 1. Исчерпанная заболеваемость промышленных рабочих пос. Жайрем по классам болезней (на 1000 работающих).

Класс болезней	Исчерпанная заболеваемость	
	Уровень заболеваемости (на 1000 работающих)	Структура заболеваемости (%)
Болезни глаз и его придатков	149,4	5,4
Болезни уха и сосцевидного отростка	127,2	4,6
Болезни нервной системы	77,5	2,8
Болезни системы кровообращения	351,3	12,7
Болезни органов дыхания	924,0	33,4
Болезни органов пищеварения	199,2	7,2
Болезни костно-мышечной системы	163,2	5,9
Болезни мочеполовой системы	85,7	3,1
Болезни кожи и подкожной клетчатки	284,9	10,3
Травмы и отравления	58,2	2,1

Литература:

1. Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика. - Л., 1974. - С. 138-160
2. Аруин Л.И., Капуллер, Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. - М., «Триада- X», 1998. 483 с.

ЗАПАХ ВЕЩЕСТВ, ВЫДЕЛЯЮЩИХСЯ ПРИ ЭКСПЛУАТАЦИИ ТАБАЧНОЙ ФАБРИКИ, КАК ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

С.О. Тастанбаев

Республиканская санитарно-эпидемиологическая станция

В современных условиях здоровье общества в значительной мере определяется обеспечением его прав на безопасную среду обитания и профилактику заболеваний, а одним из критериев приоритетности факторов по возможному воздействию на человека является способность фактора ухудшать гигиенические условия жизни.

Табакководство является важной отраслью сельскохозяйственного производства в Казахстане. В условиях рыночной экономики оно приносит реальный и стабильный доход.

Первым иностранным инвестором в Республике стала компания «Филипп Моррис», 10 лет назад пришедшая в Казахстан и построившая табачную фабрику. Строительство комплекса фабрики осуществлено по проекту, разработанному в 1997г. фирмой «Сигма План» (Германия) с участием АО КазНИПТИпищепром. В качестве сырья используется табак-сырец, закупаемый на мировом рынке, и отвечающий установленным требованиям по качеству, а также табак местного производства Талгарский 28 (1).

Санитарно-защитная зона размером не менее 300 метров определена в соответствии с Санитарными нормами проектирования производственных объектов №1.01.001-94.

Несмотря на санитарно-защитную зону, жители поселка «Утеген батыр» часто жалуются на специфический запах различной интенсивности, ощущаемый за пределами установленной санитарно-защитной зоны и связанный с выбросами фабрики. При этом расчетные и фактические концентрации табачной пыли (по никотину) не превышают установленную гигиеническую норму.

Сказанное позволило предположить, что в выбросах содержатся пахучие вещества, способные существенно изменять общую санитарную ситуацию, которые не приняты во внимание при определении ПДК табачной пыли и санитарно-защитной зоны для описываемого промышленного объекта. Предположение подтверждают исследования, выполненные в НИИ экологии человека и гигиены окружающей среды им. А.Н. Сысина (2). В частности, на разных стадиях производства и обработки табака может обнаруживаться до 88 летучих органических веществ, в том числе – азотсодержащие, альдегиды, кетоны, спирты, кислоты, сложные эфиры и др.

Цель исследования – оценка жителями района размещения структурных подразделений табачной фабрики ОАО «Филипп Моррис Казахстан» интенсивности запаха, обусловленного выбросами табачной фабрики, для определения характеристик его влияния на санитарные условия жизни населения территорий, прилегающих к табачной фабрике.

Для контроля загрязнения атмосферного воздуха указанными веществами целесообразно использовать органолептический метод, позволяющий определить запах выбросов предприятия в целом.

Использована одориметрическая оценка «навязчивости» запаха. Согласно этому критерию, допустимая суммарная вероятность обнаружения запаха силой 3 балла не должна превышать $1 * 10^{-3}$ (3). Интенсивность запаха оценивали по 6-балльной системе. При этом 3 балла соответствуют запаху средней интенсивности, 4 – сильный запах, 5 – очень сильный.

Результаты и их обсуждение

Исследуемое производство состоит из двух крупных подразделений. В цехе первичной обработки табака «Гринфилд» производят резанный наполнитель и улучшенную жилку.

Вторичная обработка – в сигаретном цехе, где резанный табачный наполнитель набивают в бумагу. Цех многоцелевой, предназначен для производства круглых сигарет с фильтром и овальных без фильтра. Соответственно установлены две технологические линии. Общее количество работающих в этих цехах более 1500 человек.

Естественно, с удалением от источников выбросов (табачной фабрики) вероятность ощущения запаха силой в 5 и 4 балла уменьшается (таблица 1). Уже на расстоянии 40-50 метров ощущение запаха такой силы не регистрируется, но запах интенсивностью в 3 балла ощущается на расстоянии 369, а в 2 балла – на расстоянии до 460.

Вероятность полного отсутствия запаха с увеличением расстояния от источников возрастает, но в пределах установленной санитарно-защитной зоны не зарегистрировано случаев отсутствия обследуемыми ощущения запаха.

Таблица 1.

Распределение вероятности ощущения запаха различной интенсивности (в баллах) в зависимости от расстояния до источника выбросов, %

Расстояние от табачной фабрики, метры	Интенсивность запаха, баллы						Итого
	0 (нет запаха)	1	2	3	4	5	
0,5					17,0	83,0	100,0
1-2				38,5	58,0	3,5	100,0
20-39		19,0	40,1	37,0	3,9	-	100,0
40-50	4,4	42,4	36,6	16,6	-	-	100,0
51-70	41,0	32,2	24,6	2,2	-	-	100,0
71-99	36,1	43,4	9,9	10,6	-	-	100,0

100-169	30,1	38,9	23,0	7,0	-	-	100,0
170-270	36,0	41,0	19,0	4,0	-	-	100,0
271-369	66	17,9	10,8	5,3	-	-	100,0
370-460	82,9	13,2	3,9		-	-	100,0

В конце 2004 года компанией «Филипп Моррис» будет введен в эксплуатацию новый крупный цех по переработке листового табака, что может привести к изменению существующего положения, эти изменения могут быть противоположны по направленности, что обусловлено, с одной стороны, расширением производства, и, с другой стороны, применением современных технологических процессов и оборудования.

Выводы:

1. Летучие вещества, выделяющиеся на разных стадиях обработки табака на табачной фабрике, представляет серьезную гигиеническую проблему.

2. Интенсивность запаха, обусловленная выделением пахучих веществ при обработке табака, является фактором ухудшения санитарных условий жизни населения прилегающих к табачной фабрике территорий и должна учитываться при обосновании санитарно-защитной зоны таких объектов.

3. При реконструкции или расширении предприятия необходимо продолжить исследования и определить, с санитарно-гигиенической точки зрения, произошедшие изменения.

Литература:

1. Утемисов Б.К. Новые горизонты по переработке листового табака. // Журнал для работников компании Филипп Моррис Казахстан «Трубка мира», 2003г. - №4. - С.4-5.

2. Пинигин М.А., Останович И.К., Сафиулин А.А. и др. Гигиеническая наука и практика на рубеже XXI // Материалы XI Всероссийского союза гигиенистов и санитарных врачей –М., 2001. - Т. 1.- С. 162-163

3. Боев И.В. Гигиеническая оценка табачного производства города Ярославля как источника загрязнения атмосферного воздуха. // Гигиена и санитария –2003г. - М. - С. 25-26

О ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ

Сақыбаева С.А.
Южно-Казахстанская государственная медицинская академия,
Противотуберкулезный диспансер

В течение последнего десятилетия отмечается увеличения числа больных с распространенными формами легочного туберкулеза среди взятых на учет. Половина из них выявляются при обращении в учреждения общей лечебной сети, а каждый второй больной самостоятельно обращается в противотуберкулезные учреждения, т.е. у каждого второго больного диагноз туберкулеза устанавливается путем самообращения.

Целью работы было изучение причин запоздалой диагностики туберкулеза. Материалом для исследования послужили истории болезни пациентов (проведена экспертиза 376 медицинских карт). Исследование включало анализ диагностического процесса с момента первого обращения пациентов к врачу до госпитализации в клинику, сопоставление диагнозов до и после госпитализации, изучение возможностей комплексных клинико-лабораторных, рентгеноэндоскопических, бактериологических, цитологических и гистологических исследований в диагностике и дифференциальной диагностике легочной патологии.

Приведенные данные, по-видимому, свидетельствуют о значительных затруднениях, возникших при установлении диагноза на этапах лечебно-профилактических учреждений общего профиля, что подтверждает необходимость исследования причин такой ситуации и поиска путей для ее улучшения. При изучении медицинской документации пациентов до их поступления в клинику установлено, что промежуток времени с начала заболевания до установления диагноза колебался от 1 недели до 18 месяцев. В среднем этот срок при туберкулезе легкого составил 4 месяца. Средний срок с момента обращения к врачу до установления диагноза был более 2 месяцев при туберкулезе и раке легкого.

Анализ показал, что методика лучевого обследования не зависела от характера рентгенологической картины. Объем рентгенологических обследований часто ограничивался рентгенографией или флюорографией, компьютерная томография применялась редко и проводилась неадекватно конкретному легочному синдрому. Достаточное лучевое обследование было лишь в 17% случаев. В зависимости от синдрома легочной патологии этот показатель колебался от 4 до 25%.

Необоснованно редко проводились исследования мокроты на микобактерии туберкулеза – МБТ (1%) и бронхоскопия (5%).

Изучение уровня знаний технологии обследования при анкетировании обучающихся врачей-рентгенологов и фтизиатров показало, что 50% врачей не знают основные синдромы легочной патологии и не владеют технологией обследования пациентов. Анализ причин ошибочной диагностики на своем рабочем месте проводят лишь 20% врачей. Следовательно, можно полагать, что одной из причин неадекватного первоначального обследования пациентов является недостаточный уровень знаний по диагностике легочной патологии.

Комплексное обследование в клинике, включающее общеклинические, лабораторные, рентгеноэндоскопические, микробиологические, цито- и гистологические исследования, позволило уверенно диагностировать заболевание при различных нозологических формах в 82-100% случаев. Истинные диагностические трудности, которые могли рассматриваться как причина удлинения сроков диагностики по данным клиники, встречались лишь в 8% случаев.

Для установления диагноза туберкулеза легких решающее значение имели лучевое обследование и выявление МБТ в мокроте и бронхоальвеолярной лаважной жидкости. В случаях туберкулеза легких в фазе распада микробиологическое подтверждение диагноза получено в 93% случаев. Установлено, что причиной отсутствия бактериовыделения было нарушение методики взятия и обработки материала или однократное исследование.

Таким образом, улучшение диагностики туберкулеза легких на поликлиническом этапе обследования пациентов, обратившихся за врачебной помощью при наличии симптомов заболевания, в значительной степени зависит от правильных действий двух специалистов: врача-терапевта и рентгенолога. При этом в первую очередь следует оценить продолжительность заболевания (более 1 месяца) и выполнить адекватные рентгеномографическое и бронхологическое исследования, а также исследования мокроты на МБТ. Практику широкого применения теста неспецифической пробной терапии следует признать необоснованной, ведущей к удлинению сроков установления диагноза. Необходимо улучшить подготовку врачей-рентгенологов, терапевтов и фтизиатров в вопросах диагностики туберкулеза.

Литература:

1. Хоменко А.Г. // Проблемы туберкулеза. –1987. -№1. –С. 4-6.
2. Худушина Т.А., Маслакова М.Г. // Проблемы туберкулеза. –1998. –С. 12-14.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГРУППЫ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2001

Б.Б.Джарбусынова

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

С целью определения социально-демографических и социально-психологических различий, а также с целью определения высокого уровня психологического здоровья в исследуемых гендерных, возрастных, профессиональных; национальных, географических, статусных

(образовательный, экономический, семейный статусы) групп, нами было приведено исследование групп высокого уровня психологического здоровья по всем изучаемым параметрам

В таблице 1 приведены социально-демографические и социально-психологические характеристики группы с высоким уровнем психологического здоровья по результатам эпидемиологического исследования 2001 года (n=372)

Таблица 1

Социально-демографические и социально-психологические характеристики группы с высоким уровнем психологического здоровья по результатам эпидемиологического исследования 2001 года (n=372)

Гендерная характеристика группы с высоким уровнем психологического здоровья (n=372)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Мужчины	182	48.9%	+/-5.1%
Женщины	190	51.1%	+/-5.1%
Характеристика группы с высоким уровнем психологического здоровья по возрасту (n=372)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
12-16 лет	69	18.5%	+/-3.9%
17-21 лет	79	21.2%	+/-4.2%
22-26 лет	59	15.9%	+/-3.7%
27-35 лет	83	22.3%	+/-4.2%
36-47 лет	61	16.4%	+/-3.8%
48-55 лет	21	5.6%	+/-2.3%
Характеристика группы с высоким уровнем психологического здоровья по уровню образования (n=372)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
начальное	67	18%	+/-3.9%
Без образования	0	0%	0<>1.7%
среднее	149	40.1%	+/-5%
Высшее образование	156	41.9%	+/-5%
Характеристика группы с высоким уровнем психологического здоровья по уровню дохода (n=372)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Высокий уровень дохода	80	21.5%	+/-4.2%

Низкий уровень дохода	53	14.2%	+/-3.6%
Средний уровень дохода	221	59.4%	+/-5%
Характеристика группы с высоким уровнем психологического здоровья по семейному статусу (n=372)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Живут с первой семьей	179	48.1%	+/-5.1%
Живут со второй семьей	132	35.5%	+/-4.9%
Не имеют родственников	10	2.7%	+/-1.6%
Характеристика группы с высоким уровнем психологического здоровья по профессиональному статусу (n=372)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
бизнес, финансы	72	19.4%	+/-4%
образование	28	7.5%	+/-2.7%
здравоохранение	10	2.7%	+/-1.6%
не работает, не учится	0	0%	0<>1.7%
СМИ	3	0.8%	0.5<>2.6%
Силовые, надзор, юридич.	8	2.2%	+/-1.5%
Студенты, учащиеся	108	33.4%	+/-5.1%
Другие сферы деятельности	40	10.8%	+/-3.1%
Госслужба	22	5.9%	+/-2.4%
Характеристика группы с высоким уровнем психологического здоровья по национальности (n=372)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
казахская	140	37.6%	+/-4.9%
украинская	9	2.4%	+/-1.6%
русская	167	44.9%	+/-5.1%
корейская	15	4%	+/-2%
татарская	12	3.2%	+/-1.8%
немецкая	10	2.7%	+/-1.6%
узбекская	7	1.9%	+/-1.4%
Другая национальность	3	0.8%	0.5<>2.6%
Характеристика группы с высоким уровнем психологического			

здоровья по региону проживания в РК (n=372)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Алматы	77	20.7%	+/-4.1%
Астана	21	5.6%	+/-2.3%
Восточный Казахстан	39	10.5%	+/-3.1%
Западный Казахстан	56	15.1%	+/-3.6%
Северный Казахстан	66	17.7%	+/-3.9%
Центральный Казахстан	32	8.6%	+/-2.8%
Южный Казахстан	81	21.8%	+/-4.2%
Характеристика группы с высоким уровнем психологического здоровья по уровню соматического здоровья (n=372)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Высокое	154	41.4%	+/-5%
Низкое	0	0%	0<>1.7%
Среднее	214	57.5%	+/-5%
Характеристика группы с высоким уровнем психологического здоровья по степени заинтересованности собственным здоровьем (n=372)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Высокая	42	11.3%	+/-3.2%
Низкая	0	0%	0<>1.7%
Средняя	316	88.3%	+/-3.3%
Характеристика группы с высоким уровнем психологического здоровья по наличию, отсутствию и средней выраженности позитивных целей и установок (n=372)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Выраженные	369	99.2%	95.5<>99.4%
Отсутствие	0	0%	0<>1.7%
Средняя выраженность	3	0.8%	0.5<>2.6%
Характеристика группы с высоким уровнем психологического здоровья по социальной динамике (n=372)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Восходящая	58	15.6%	+/-3.7%
Нейтральная	313	84.1%	+/-3.7%
Нисходящая	1	0.3%	0.2<>2%
Характеристика группы с высоким уровнем психологического здоровья по скорости адаптации (n=372)			

Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Высокая	76	20.4%	+/-4.1%
Низкая	0	0%	0<>1.7%
Средняя	296	79.6%	+/-4.1%
Характеристика группы с высоким уровнем психологического здоровья по степени вовлеченности в религиозное мировоззрение (n=372)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Высокая	21	5.6%	+/-2.3%
Низкая	86	23.1%	+/-4.3%
Средняя	236	63.4%	+/-4.9%
Характеристика группы с высоким уровнем психологического здоровья по зависимости от табака (n=372)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Не зависимы	270	72.6%	+/-4.5%
Зависимы	102	27.4%	+/-4.5%
Характеристика группы с высоким уровнем психологического здоровья по зависимости от алкоголя (n=372)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Зависимые от алкоголя	1	0.3%	0.2<>2%
Не зависимые от алкоголя	371	99.7%	96.2<>99.8%
Характеристика группы с высоким уровнем психологического здоровья по степени вовлеченности в орбиту наркотизма (n=372)			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Группа риска	298	81.4%	+/-4%
Активно устойчивые	7	1.9%	+/-1.4%

Из приведенных в таблице 1 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе женского населения РК – 56% .

Так же следует, что высокий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группах населения с 12 до 16 лет; с 17 до 21 лет; с 22 до 26 лет. Интерпретация результатов, полученных по настоящему исследовательскому фрагменту, заключается в том, что восходящее поколение обнаруживает более высокие уровни психологического

комфорта, за счет более эффективной адаптации к условиям современной жизни.

Высокий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе лиц с начальным образованием, а также в группе респондентов с высшим образованием. Интерпретация результатов по данному фрагменту исследования учитывает возрастной ценз лиц с начальным образованием – этим объясняется более интенсивное распределение высоких уровней психологического здоровья в данной группе респондентов. Однако, наиболее существенными представляются результаты по позиции высшего образования, однозначно свидетельствующие о позитивном взаимовлиянии высоких уровней психологического здоровья и полноценного образовательного статуса.

Высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе населения с высоким уровнем доходов. Результаты данного фрагмента интерпретируются как однозначно-позитивное влияние высоких уровней индивидуального психологического здоровья на уровень доходов.

Из приведенных в таблице 1 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе респондентов, проживающих с первой (родительской) семьей. Интерпретация полученных результатов учитывает молодой возраст и, соответственно, более высокий уровень психологического здоровья лиц, проживающих с первой, родительской семьей. Результаты по последней позиции таблицы дают основания для признания позитивной взаимозависимости высоких уровней психологического здоровья и родственных связей.

Из приведенных в таблице 1 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группах респондентов, занятых в сфере бизнеса и финансов; в сфере образования; среди учащейся молодежи. Интерпретация результатов, полученных в данном исследовательском фрагменте, учитывает возрастной аспект преимущественного распределения высоких уровней психологического здоровья у восходящего поколения (студенты, учащиеся). Относительно более высокий уровень психологического здоровья у лиц, занятых в бизнесе и финансах объясняется тем, что данную сферу деятельности избирают наиболее мобильные и состоятельные, в смысле психологических возможностей, субъекты. Результаты, полученные у лиц, занятых в сфере образования, интерпретируются с позиции взаимозависимости соответствующего профессионального выбора, предполагающего наличие и развитие свойств личности, обеспечивающих высокие уровни индивидуального психологического здоровья

Следующим выводом является, что высокий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе лиц казахской национальности; а также в группе лиц корейской национальности. Интерпретация результатов, полученных по данному исследовательскому

фрагменту, учитывает сложную комбинацию социальных, социально-психологических, этнопсихологических факторов, приводящих в случае коренной этнической группы к относительно более высоким уровням психологического здоровья.

Из приведенных в таблице 1 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в Западно-Казахстанском регионе, а также в Южно-Казахстанском регионе. Для других географических групп достоверной разницы в распределении изучаемых признаков найдено не было. Полученные результаты интерпретируются с учетом половозрастного и национального состава населения в изучаемых регионах.

Из приведенных в таблице 1 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц с высоким уровнем соматического здоровья. Результаты, полученные по данному фрагменту, свидетельствуют о взаимозависимости высоких уровней психологического и соматического здоровья.

Высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с высокой степенью заинтересованности в собственном здоровье. Полученные данные однозначно свидетельствуют о том, что для лиц с высокими уровнями психологического здоровья существенно более свойственны формы самоорганизующей активности по отношению к собственному здоровью. Следовательно, все долгосрочные перспективные профилактические и гигиенические программы в качестве первичного базиса должны предусматривать форсированное развитие высоких уровней психологического здоровья.

Необходимо отметить, что высокий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе лиц с выраженными позитивными целями и установками. Данные настоящего фрагмента убедительно свидетельствуют о взаимозависимости высоких уровней психологического здоровья с наличием позитивных целей и установок. Следовательно, разработка программ эффективной профилактики социальных эпидемий должна в качестве первоосновы предусматривать возможность форсированного развития высоких уровней психологического здоровья населения.

Из приведенных в таблице 1 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с восходящей социальной динамикой. Таким образом, подтверждается тезис о существенно большей социальной зависимости категории психологического здоровья и позитивном взаимовлиянии высоких уровней психологического здоровья и восходящей социальной динамики.

Высокий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе с высокой скоростью адаптации. Таким образом, категория психологического здоровья обнаруживает существенно более тесную позитивную взаимозависимость со степенью и скоростью адаптации индивида.

Из приведенных в таблице 1 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе со средней степенью вовлеченности в религиозное мировоззрение. Отсюда следует вывод о ресурсной самодостаточности индивидов с высоким уровнем психологического здоровья, профилактической роли в процессах вовлечения населения в крайности религиозного толка (религиозный экстремизм и т.д.).

Из приведенных в таблице 1 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с отсутствием табачной зависимости. Лица с признаками высокого уровня психологического здоровья более осмыслено и позитивно относятся к ресурсам собственного здоровья и менее прочих нуждаются в психоактивных адаптогенах.

Из приведенных в таблице 1 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с отсутствием алкогольной зависимости.

Таким образом, социально-демографические и социально-психологические характеристики группы с высоким уровнем психологического здоровья по результатам эпидемиологического исследования показывают, что только развитие качественно новых психологических свойств позволяет личности быть социально-компетентной и самодостаточной.

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. 54-58

ОБОСНОВАНИЕ И РАЗРАБОТКА КОНЦЕПТУАЛЬНЫХ ОСНОВ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ В БОРЬБЕ С ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В Г. АСТАНЕ

Ж.С. Данбаева

Центр дерматологии и профилактики болезней, передаваемых половым путем (г. Астана).

Проблемы сохранения и улучшения здоровья населения становятся все более актуальными в условиях реформирования экономики и здравоохранения. Переход к рыночным отношениям сопровождается усилением негативных тенденций процессов воспроизводства населения и его здоровья (Ю.П. Лисицын, Н.В. Полунина, 2002). Последнее десятилетие XX века и в настоящее время Республика Казахстан находится на одном из самых сложных и интересных этапов своего развития. За короткий период независимости страна добилась значительного прогресса в строительстве открытого демократического государства с рыночной экономикой. Формируются не только новые экономические отношения, идут процессы социального преобразования общества (К.Токаев. 2000). И в Казахстане состояние здоровья, доход населения, состояние образования претерпели значительные изменения. Безработица, бедность значительной части населения, несмотря на положительные сдвиги в экономике за последние годы, ухудшение здоровья основной массы населения свидетельствуют об актуальности социальных проблем.

Завершение начатых реформ в системе охраны здоровья казахстанцев связано с выполнением ряда целевых установок, важнейшими из которых являются: разработка и осуществление мер государственной медико-социальной и правовой политики в области увеличения потенциала здоровья, как основного богатства страны; усиление мер ответственности граждан за собственное здоровье; привитие населению навыков здорового образа жизни. Для реализации этих задач необходимо создание высокотехнологичной системы здравоохранения, обеспечивающей сохранение всеобщей доступности к качественной и эффективной медико-социальной помощи населению при одновременном расширении возможностей получения населением новых и дополнительных видов медицинских услуг (М.К Кульжанов, 2001).

В 2002, году по сравнению с предыдущим годом, число впервые зарегистрированных заболеваний в республике увеличилось на 10,5%, сохраняется тенденция роста показателей смертности и заболеваемости туберкулезом продолжается эпидемия инфекций, передающихся половым путем (ИППП).

Эпидемии ИППП способствовали ослабление идеологических механизмов управления обществом, разрушение ранее существовавших идеалов и моральных принципов, изменение норм полового поведения, миграция населения, практически неконтролируемый рынок сексуальных услуг. Кроме того, социальные, медицинские аспекты эпидемии совпали с биологическими — повышением активности возбудителей заболеваний.

Максимальный подъем уровня ИППП был отмечен в 1997 году, когда заболеваемость сифилисом в среднем по республике достигла 268,9 на 100 тысяч населения и почти в 200 раз превысила соответствующие показатели 1990 года. В ответ Правительством Республики Казахстан, постановление №193 от 2 марта 1999 года, была принята Программа по профилактике и контролю болезней, передаваемых половым путем на 1999-2000 годы, пролонгированная постановлением Правительства №178 от 02.02.2001г. Широкомасштабное внедрение мер борьбы с инфекцией позволили снизить уровень заболеваемости сифилисом - маркером ИППП к 2002 году в целом по республике до 123,2 на 100 тысяч населения. Однако и эта цифра говорит, о высокой напряженности эпидемического процесса. Особенностью эпидемии является высокая распространенность сифилиса среди населения крупных городов и в частности столиц. Например, в 1996 году по центрально-азиатским республикам максимально высокий уровень заболеваемости сифилисом - 524,1 на 100 тыс. отмечался в г.Алматы, превышая средне-республиканский показатель в 2,6 раза; в г.Бишкек соответственно 368,3 и в 2,4 раза; в г.Душанбе — 72,4 и 3,8 раз; в г.Ашгабаде — 63,0 и 1,65 раза; г.Ташкенте - 132,3 и 3,35 раза. Большая вероятность распространения венерических заболеваний в столицах обусловлена значительной долей молодых лиц в с возрастной структуре населения, главным образом, за счет студенческой молодежи, «наплывом» в столицы разного рода командированных и т.д.

В этом ряду г. Астана занимает особое место. С преобразованием города в столицу многое в ней стало радикально изменяться, при том быстрыми темпами. Резко увеличивается численность населения, прикомандированных к местам работы, мелких торговцев — «челноков», студенческой молодежи. Значительная часть этого населения либо не имеют семьи, либо надолго оторваны от нее. Быт и досуг прикомандированных к местам работы, как правило, не налажен. Кроме того, существует целый ряд других факторов, которые подлежат изучению и которые могут являться причиной роста заболеваемости в столичном городе. Во всяком случае, уровень заболеваемости ИППП в городе с организацией столицы резко возрос и достиг в 1999 году по сифилису 320,0 на 100 тыс. населения (182,2 по республике). В последующие годы, благодаря принятым мерам по городской Программе по профилактике и контролю болезней, передаваемых половым путем на 1999-2000 годы и

продленной до 2003 года, уровень ИППП составил в 2000 году соответственно 154,3 и в 2002 — 132,8 при средне - республиканских значениях 140,6 и 123,2 на 100 тыс. населения.

Резко изменившаяся демографическая ситуация и условия жизни в г. Астане потребовали принятия экстраординарных мер профилактики, в том числе медицинских, опыт организации и реализации которых требует осмысления и разработки рекомендаций, так как с подобной практикой может столкнуться любая медицинская служба или кожно-венерологический диспансер.

К основным направлениям реформы в здравоохранения относятся: повышение эффективности деятельности учреждений системы лечебно-профилактической помощи, рациональное использование имеющихся кадровых, материальных и финансовых ресурсов, приоритетное развитие первичной медицинской помощи. Не менее важной проблемой является необходимость разработки и внедрения новых подходов, позволяющих обеспечивать оперативность, своевременность и адекватность управленческих решений (М.К. Кульжанов и др. 2001).

Применение программно-целевого метода для планирования и управления системой здравоохранения как компонента стратегического планирования, а также как оценочного критерия эффективности системы здравоохранения нуждается в совершенствовании (О.П. Щепин и др. 1997, О.Т. Жужжанов, С.Е. Ибраев, 2000).

На сегодня недостаточно разработана научная и теоретическая база, экономическая эффективность принимаемых управленческих решений, оценки эффективности деятельности медицинских организаций и экономическая мотивация работников медицинских организаций (О.Т. Жужжанов, 1995., Ж.А. Доскалиев, 2002, А.А. Аканов с соавт. 2003).

В рыночных условиях формирования новых требований к системе здравоохранения, разработка более современных оценочных критериев эффективности деятельности медицинских организаций и органов здравоохранения позволит в решающей степени решить глобальную задачу улучшения состояния здоровья населения, в частности в области ИППП, что и предопределило актуальность исследования (Т.К. Рахыпбеков, Г. Берсток, 1998, Н.И. Брико с соавтр., 1999, Н.И. Брико, 2004).

Основной целью данного исследования было изучить причины, обуславливающие неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию по ИППП в г. Астане, разработать и внедрить меры по комплексной профилактике и контролю инфекций, передаваемых половым путем основанные на концепции стратегического планирования с применением инновационных управленческих технологий и определением эффективности организационных управленческих решений.

Для решения поставленной цели нами были осуществлены следующие задачи: была изучена распространенность ИППП среди различных групп населения г. Астаны с 1990 года по настоящее время; дан анализ выявляемости ИППП, в том числе медицинскими учреждениями; были изучены факторы,

влияющие на развитие эпидемии ИППП, в том числе проанализирован социальный статус больных, вид деятельности, доход, половозрастные характеристики, образование и наличие у населения знаний по инфекциям и их профилактике; проведен опрос населения (анкеты и интервью) по отношению к здоровью, сексуальной жизни, алкоголю и наркотикам, заинтересованности в получении информации по сексуально-ориентированной проблематике.

Таким образом, нами установлено, что эпидемия инфекций, передаваемых половым путем в г. Астана в 90-х годах характеризовалась теми же высокими показателями, которые регистрировались в республике и в целом на всей территории бывшего СССР, однако максимальный подъем заболеваемости сифилисом зарегистрирован в 1999 году. В картине распространения сифилиса среди горожан выявляются скрытые формы сифилиса и врожденный сифилис, а также хламидиоз, что указывает на напряженность эпидемической ситуации и возможность новых вспышек заболеваний. Концепция борьбы, контроля и профилактики ИППП должна быть основана на реализации методологии стратегического планирования медицинской (дерматовенерологической) помощи населению. Тактика проведения профилактических мероприятий среди населения города должна строиться с учетом особенностей демографического и медико-социального развития города, медико-социального портрета жителей, особенностей их полового поведения и возможностей медицинской помощи.

Современная венерология, кроме классических венерических болезней (сифилис, гонорея, шанкроид, паховая гранулема, венерическая лимфогранулема) включает более 20 инфекций, передаваемых половым путем: уrogenитальный хламидиоз, трихомониаз, уреаплазмоз, кандидоз, герпес, ВИЧ-инфекция, гепатит В и др. Волна новых инфекций нарастает и поэтому, несмотря на изменяющуюся в лучшую сторону эпидемическую ситуацию по ИППП острота проблем организации борьбы и профилактики заболеваний в регионах не снижается. Кроме того, существующее «благополучие» относительно, поскольку под влиянием биологических или социальных факторов процесс распространения некоторых нозологических форм ИППП может усиливаться. Так, если в США и Канаде регистрация новых случаев сифилиса в 1995 году уменьшилась по сравнению с началом 90-х годов, то заболеваемость уrogenитальным хламидиозом в США, так же как в Европе и странах на территории бывшего СССР, резко возросла (ВОЗ, 1998). Выявлена тенденция роста уrogenитального хламидиоза. Отмечается рост заболеваемости ранним врожденным сифилисом (РВС) на фоне всеобщей эпидемии сифилиса. Так, в США заболеваемость РВС возросла с 1993 по 1996 годы с 62 до 282 случаев на 100 тыс. живорожденных (в 16 раз выше, чем в целом по стране). По данным 1994 года частота обнаружения хламидийной инфекции у мужчин с негонококковыми уретритами в США составила - 40-50%, в Европе 197,5 на 100 тыс. населения в 1991 году (N. Connor et al., 1997, H.Sanders, 1997). Так, в странах Скандинавского полуострова заболеваемость уrogenитальным хламидиозом встречается примерно в 5-6 раз чаще, чем гонореей, в Великобритании – в 2 раза. Наиболее опасной инфекцией, передаваемой

половым путем, которая до настоящего времени является неизлечимой и может заканчиваться летально, является ВИЧ – инфекция, рост которой констатируется во всем мире. До сих пор в Западной Европе насчитывается около 90% новых случаев СПИДа, зараженных в Европейском регионе (ВОЗ, 1998). В странах СНГ за последние 10-13 лет отмечаются резкие изменения в динамике заболеваемости ИППП. На этом фоне отмечен высокий повсеместный рост новых случаев ВИЧ-инфекции в России и на Украине и в Казахстане (Н.Е. Луганский, 1991, В.В. Чеботарев, 1999, А.В. Шумов, 2001).

Заболеваемость сифилисом наиболее распространена в группах риска: среди проституток, подростков, водителей-«дальнобойщиков», туристов, торговцев-«челноков» и др. (Ю.К.Скрипкин, 1999, З.Б. Кешилева, 1998, Н.Е.Луганский, 1991, В.В. Чеботарев, 1999). Так, например, в Саратовской области уровень заболеваемости по сифилису среди женщин, занимающихся коммерческим сексом в возрастной группе от 15 до 29 лет, превышал аналогичный показатель среди женщин в 9,8 раза, гонореей – в 13,5 раза, трихомониазом – в 6,5 раза, бактериальным вагинозом – в 32,2 раза и хламидиозом – в 18,9 раза (А.В. Шумов с соавтр., 2001). Опыт многих стран мира свидетельствует о том, что работа среди проституток и гомосексуалистов должна проводиться постоянно, вне зависимости от решения государственных органов об их запрете или легализации (В.И. Прохоренков, 1998, А.А. Кубанова с соавтр. 2000, А. Шакарашвили, 2000).

Распространению ИППП способствует рост употребления наркотиков, алкоголя. Согласно официальным данным, зарегистрированная заболеваемость наркоманией в 1997 году в Казахстане составила 57,6 на 100 000 жителей, что в 18,5 раз выше, чем в 1991 году (Е.Р. Аравийская, 2001).

Миграция населения, принявшая по разным причинам в странах СНГ массовый характер также влияет на рост ИППП. Туристы, мелкие торговцы-«челноки» обычно являются лицами молодого возраста, средний возраст которых составляет 40 лет. Они, как правило, легкомысленно относятся к возможности заражения ИППП. В результате у 10% лиц, возвращающихся из путешествий, выявляются ИППП. В начале 90-х годов большая часть населения была фактически безграмотна в вопросах профилактики ИППП, но в конце XX века, в особенности после внедрения ряда мероприятий в городах по первичной и вторичной профилактике ИППП, этот пробел был ликвидирован (Е.Р. Аравийская, 2001).

Организация борьбы, контроля и профилактики ИППП на местах во многом зависит от медицинской службы. В этой связи следует признать, что диагностика ИППП даже во многих крупных городах еще далека от совершенства, не говоря уже о селе, финансируемом и снабжаемым по остаточному принципу.

Отсутствие должного финансирования, слабость материально-технической базы, неадекватность реформ в здравоохранении и тяжелое положение органов здравоохранения в странах СНГ до сегодняшнего дня являются сдерживающим фактором в борьбе с эпидемией ИППП.

Резко изменившиеся демографическая ситуация и условия жизни в г. Астане потребовали принятия экстраординарных мер профилактики, в том числе медицинских, опыт организации и реализации которых требует осмысления и разработки рекомендаций, так как с подобной практикой может столкнуться любая медицинская служба или кожно-венерологический диспансер.

Таким образом, в ходе нашего исследования выявлены основные механизмы передачи ИППП, определены главные факторы риска заболевания, что потребует разработки концепции управления качеством предупреждения ИППП, т.е. реализации принципов стратегического планирования, основанных на внедрении инновационных организационных и управленческих технологий (R.C. Brunham et al., 1996, W.S. Levine, 1997, Z.D. Keshileva, 1998, О.П. Щепин с соавтр. 1999, А.К. Байгенжин с соавтр., 2004).

Литература:

1. Адлер М.В. Контроль над заболеваниями, передаваемыми половым путём, в развивающихся странах. // ЗППП.- 1997.- № 2.-С.3-10.
2. Аканов А.А., Тулебаев К.А., Турдалиева Б.С., Исина З. Б. Теория и практика организации здравоохранения. Алматы. 2003, 64 с.
3. Аравийская Е.Р. Приобретенный сифилис: медико-социальные вопросы. // Автореф. дис. докт. мед. наук. – СПб., 2001.-с.38.
4. Байгенжин А К, Жузжанов О.Т., Ибраев С.Е. Основные принципы и главные условия реформирования отечественного здравоохранения на современном этапе развития казахстанского общества. //Информационный вестник Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан. 2004. №. 2. С.8-11.
5. Брико Н.И., Лыткина И.Н., Иваненко И.П. и др. Состояние заболеваемости и основные направления совершенствования эпидемиологического надзора за инфекциями, передающимися половым путем в г. Москве. // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 1999. - №5. – С. – 85-89.
6. Брико Н.И. Эпидемиологический надзор – инструмент выявления новых нозологических форм болезней//Эпидемиология и инфекционные болезни,2004, №1, с. 4-6.
7. Доскалиев Ж.А. Материалы 2-го съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. Астан. 2002. Программа съезда. С. 2-3.
8. Жузжанов О.Т., Роль социально медицины и управления здравоохранением в условиях перехода к рыночным отношениям. //Актуальные проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. Алматы. 1995. №1 С. 16-25.

9. Жузжанов О.Т., Ибраев С.Е. Теоретические аспекты и методические подходы к измерению и оценке процессов реформирования отрасли здравоохранения. Алматы. 1999. 225 с.
10. Кубанова А.А., Аковбян В.А., Тоскин И.А. Современные представления об эпидемиологическом процессе инфекций, передаваемых половым путем и ВИЧ-инфекции. // Вестник дерматологии и венерологии.- 2000.- №6.- С.14-19.
11. Кешилева З.Б., Анализ тенденций и пути контроля заболеваемости сифилисом в Казахстане. // Тезисы докладов. Первой международной конференции по первичной профилактике ИППП, Алматы, 24-25 сентября, 1998; С.49-52.
12. Кульжанов М.К. Материалы к международной научно-практической конференции «Стратегия развития здравоохранения Республики Казахстан до 2010 года. Алматы. 2001. С-3-5.
13. Лисицин Ю.П., Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение. М. Медицина, 2002. – 416 с.
14. Луганский Н.Е. О некоторых социально-эпидемиологических и клинко-диагностических особенностях сифилиса в последние годы. // Вестник дерматологии и венерологии.-1981.-№4.-С.-28-32.
15. Покровский В.И., Потехаев Н.С., Покровский В.В., Зудин Б.И. ВИЧ-инфекция: венерологические аспекты проблемы // Тер. Архив.- 1989.- №10.-С.- 73-76.
16. Прохоренков В.И., Аковбян В.А., Карачева Ю.В. О современных проблемах эпидемиологии инфекций, передаваемых половым путем. // Вестник дерматологии и венерологии, 1998, №5, С.27-28.
17. Рахыпбеков Т.К., Берсток Г. Детерминанты и политика контроля и профилактики заболеваний, передающихся половым путем в Республике Казахстан. // Тезисы докладов Первой Международная конференции по первичной и вторичной профилактике инфекций, передающихся половым путем, 24-25 сентября 1998, г. Алматы.- С.3-7.
18. Скрипкин Ю.К., Аковбян В.А., Тихонова Л.И. Общество и ИППП, поиск решений. // Вестник дерматологии и венерологии.- 1999.- №6, 20-22.
19. Токаев К. Вступительное обращение Премьер-Министра Республики Казахстан. Национальный отчет о человеческом развитии в Казахстане за 1999 год. Программа развития Организации Объединенных Наций. Алматы. 2000, -С.3.
20. Чеботарев В.В. Индустрия секса, нравственно-этическое, половое воспитание – нерешенные проблемы. // Вестник дерматологии и венерологии, 1999, №3, С.29-30.
21. Шакарашвили А.. Надзор над заболеваниями, передаваемыми половым путем (ЗППП), Отдел по предотвращению ЗППП Центра по контролю и предотвращению ЗППП (CDC), 2000, Атланта, США.
22. Шумов А.В., Федотов А.В., Тараскин О.В. Инфекции, передаваемые половым путем, и женская проституция на территории Саратовской области. // Вестник дерматологии и венерологии, 2001, №1, С.69-72.

- 23.Щепин О.П. и др. и др. **Фундаментальные основы политики здравоохранения.** – М., 1999. 397 с.
- 24.Brunham R.C. et al // *J. Infection Dis.* 1996.-173 (4): 950-956
- 25.ВОЗ, **Global programme of AIDS and programme of STD / World Health Organisation.** *J. AIDS*, 1998, 2:3: P. 248-255.
- 26.CARINFONET.Здоровье населения, служба здравоохранения и гигиены окружающей среды в республиках 2003.
- 27.Connor N.,Catchpole M., Rogers P.A, et al **Sexually transmitted diseases among teenagers in England and Wales.** // *Commun Dis Rep CDR Rev* 1997 - Nov 14; 7(12), P. 173-178.
- 28.Keshileva Z.B., Kosukhin A.B.. **Overview on sexually transmitted diseases (STDs) epidemic in Kazakhstan** // **Первая Международная конференция по первичной и вторичной профилактике инфекций, передающихся преимущественно половым путём.** Алматы, 24-25 сентября 1998 г. Алматы.- С. 8-11.
- 29.**Progress towards syphilis elimination in the United States, 1990-1996.** Levine WS et al. // CDC, Atlanta, GA, USA. **Int. Congress STD, 12th Meet ISSTDR & 14th Reh Meet IUSTI, 1997, Seville, Spain.** *Progr & Abstr* 1997: 97.
- 30.Synder H. **Juvenile Arrests, 1996.** *Juvenile Justice Bulletin.* // Washington DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. November 1997.

РОЛЬ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В РАЗВИТИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

Валиева С.А.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт
Министерства здравоохранения Республики Казахстан

В литературном обзоре приводятся данные отечественных и зарубежных авторов, свидетельствующие о роли возбудителей ИППП в этиологии воспалительных заболеваний уrogenитального тракта. Указывается на высокий процент смешанного инфицирования мочеполовых органов, который, в свою очередь, изменяет течение ИППП. Акцентируется внимание на роли микробиоценоза влагалища в патогенезе ИППП. Изложенное позволило авторам сделать заключение о необходимости проведения инфекционного скрининга среди лиц с воспалительными заболеваниями мочеполовой сферы.

Инфекционные заболевания мочеполовых органов занимают одно из первых мест в общей структуре инфекционной патологии человека, уступая лишь инфекциям органов дыхания и опережая туберкулез, острые кишечные заболевания, гепатиты [1,2].

До последнего времени гонорея, по распространенности, занимала одно из ведущих мест в мире среди инфекций, передаваемых половым путем. Самый высокий уровень распространения гонореи и сифилиса отмечался среди женщин детородного возраста [3]. Однако эпидемиологической особенностью ИППП на современном этапе является доминирование, так называемых инфекций «второго поколения» над классическими венерическими. Так, согласно данным ВОЗ, уrogenитальный хламидиоз встречается в 1,7 и 7,4 раза чаще, чем гонорея и сифилис соответственно [4]. В общей структуре заболеваемости уrogenитальными инфекциями на долю данной патологии, по данным Н.В. Беляевой (1998) приходится 70%.

Самой частой причиной негонококковых уретритов, которые нередко осложняются эпидидимитами и простатитами у мужчин в возрасте до 35 лет является *C.trachomatis* [6]. Так, при комплексном обследовании, проведенном W. Weidner, H.G. Schiefer (1991), хламидиоз был диагностирован у 51,6% больных с негонококковыми воспалительными заболеваниями мочеполовой системы. В то же время, D.Coonrod, A.C. Collier, R. Ashley, T. Dereouen, L.Coreu (1998) выявили *C.trachomatis* из цервикального канала 14% женщин с цитомегаловирусной инфекцией, у 8% из которых отмечались признаки воспалительных заболеваний органов малого таза.

О возможной связи между инфекцией, вызванной *Chlamydia trachomatis* и плазмоклеточным эндометритом, свидетельствуют данные, полученные М. Raukku с соавторами (1999). В связи с этим, авторы рекомендуют при установлении плазмоклеточного эндометрита у женщин, проведение дальнейших исследований для выявления сопутствующей уrogenитальной инфекции с использованием методов ПЦР и иммуногистохимического анализа образцов ткани эндометрия.

Общепризнанным фактом является то обстоятельство, что хламидии обладают тропностью к цилиндрическому эпителию слизистых оболочек мочеполовых органов. Исходя из этого, И.И. Ильин, Ю.Н. Ковалев, М.И. Глузмин (1993), считают возможным персистенцию *C.trachomatis* в предстательной железе, мелкие выводные протоки которой выстланы многослойным цилиндрическим; крупные – переходным; концевые отделы долек-ацинусов - однослойным цилиндрическим эпителием.

Среди больных ИППП, по данным G.R. Burstein, J.M. Zenilman (1999), практически у каждого второго из них (48,1%) выявляется уrogenитальный трихомоноз; второго-третьего (42,0%) – хламидиоз; у каждого пятого (22,0%) – смешанная трихомонозно-хламидийная инфекция. Авторы указывают на то, что у 38,6% больных с микст-инфекциями, отмечается торпидное хроническое течение и устойчивость к проводимой терапии. Аналогичные данные получены М.М. Васильевым (2000), А.М. Савичевой с соавторами (1999), которые указывают на высокую частоту вялотекущего и бессимптомного течения ИППП и ассоциированных с ним осложнений.

В соответствии с данными И.С.Анчупане (1992), уrogenитальная трихомонозная инфекция регистрируется у 10,5% больных с воспалительными заболеваниями мочеполового тракта, а в 89,5% случаев ассоциируется с

другими патогенными микроорганизмами. В исследованиях, проведенных М.М. Abbas, F.S. Habib (1998) данный возбудитель был выявлен у 28,8% мужчин с выделениями из уретры и у 8,2% - с импотенцией и бесплодием.

Данные S.L. Hillier (1992) свидетельствуют о том, что в структуре всех инфекционно-воспалительных заболеваний женских половых органов первое место занимают инфекции влагалища. Чаще всего встречаются бактериальный вагиноз, кандидоз и трихомониаз. Распределение указанных инфекций в структуре заболеваемости ИППП составляет 19,4%; 17,3%; 25,8% соответственно.

В связи с высокой частотой смешанных урогенитальных инфекций важную роль во взаимоотношении паразит-хозяин играет среда организма. Микст-инфекции, развившиеся при выраженном дисбалансе влагалищного микроценоза, составляют 25-30% среди инфекционных заболеваний нижнего отдела половых путей. В таких случаях клинические проявления заболевания нетипичны и определяются характером взаимодействия различных возбудителей [17]. Инфекционный невоспалительный синдром полимикробной этиологии, который связан с дисбиозом вагинального биотопа, по современным представлениям, характеризуется как бактериальный вагиноз [18].

P.Thorsen, I.P.Jensen, B.Jeune с соавторами (1998), продемонстрировали явную корреляцию между обнаружением *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis* и анаэробов с наличием клинических признаков бактериального вагиноза. Сочетание *G. vaginalis*, анаэробов и/или *M. hominis* было выявлено в 59,6% и 3,9% образцов, полученных от женщин с признаками бактериального вагиноза и без таковых соответственно. Относительный риск существования ассоциации между бактериальным вагинозом и выявлением *G. vaginalis*, *M. hominis*, анаэробов, а также отсутствием *Lactobacillus* spp. равнялся 74,8. Таким образом, имеется микробиологическая причина развития бактериального вагиноза, которая, возможно, заключается в возникновении межмикробных взаимодействий. Ключевую роль в этих событиях играют *G. vaginalis*, анаэробные бактерии и *M. hominis*, которые, по-видимому, и составляют патологическое ядро данного состояния.

Распространенность бактериального вагиноза среди беременных женщин составляет 6,8%. Частота послеродовой инфекции у женщин и новорожденных, а также желтухи у новорожденных была выше у женщин с бактериальным вагинозом, чем среди лиц, у которых бактериальный вагиноз не был обнаружен: 14,3; 9,5; 23,8% против 2,2; 1,3; 5% [20].

Бактериальный вагиноз выявляется в 35,8% случаев среди женщин, посетительниц клиник ИППП, чаще всего в сочетании с гонореей, хламидиозом, трихомониазом и папилломавирусной инфекцией. Выявлена отрицательная корреляция между бактериальным вагинозом и наличием лактобактерий [21].

Очень часто нерациональное и неадекватное лечение ИППП является причиной как бактериального вагиноза, так и урогенитального кандидоза. Дрожжеподобные грибы являются одними из этиологических агентов

воспалительных заболеваний мочеполовой сферы, удельный вес которых в последнее десятилетие в структуре урогенитальной патологии возрос с 20-26% до 40-50% [22].

До настоящего времени в литературе продолжается дискуссия об этиологической роли микоплазм в развитии воспалительных заболеваний половых органов. Однако, большинство данных, все-таки, подтверждают этиологическое значение указанных микроорганизмов в патологическом процессе мочеполовых органов. Так, при обследовании инфертильных мужчин и женщин, возбудителями инфекционно-воспалительных процессов в 38,0% случаев явились хламидии, в 23,4% - микоплазмы [23]. Восходящая микоплазменная инфекция у женщин проявляется в форме эндометрита, сальпингита и аднексита. Микоплазмы и уреоплазмы были обнаружены у 18,2% женщин с бесплодием из цервикального канала и Дугласова пространства [24, 25].

А.Koch, A.Bilina, L. Teodorowicz (1997) во влагалищных выделениях у женщин чаще выявляли *M. hominis* и *U. urealyticum*, у мужчин - *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*. При трихомониазе, как у мужчин, так и у женщин повышается колонизация *M. hominis*, тогда как при кандидозе микоплазмы обнаруживаются значительно реже. *M. hominis* высевали значительно чаще у женщин с бактериальным вагинозом. При инфекциях цервикального канала, вызванных *N. gonorrhoeae* и *Ch. trachomatis* повышалась частота обнаружения *M. hominis* во влагалищном отделяемом.

Смешанная инфекция в большинстве случаев изменяет клиническую картину гонореи, отягощает ее течение и ухудшает ее прогноз. Частота выявления хламидий у мужчин, больных гонореей, варьирует от 33,8% до 51,6%. Уреоплазменная инфекция при гонорее у мужчин диагностируется в 26,4%, трихомонадная – 15,8%

По данным Н.З.Яговдика и Н.Д.Хилькевича (1992), гонорея, как моноинфекция, была зарегистрирована у 38,9% больных, а у 61,1% она сочеталась с уреоплазмозом и трихомониазом. Хронический гонорейно-хламидийно-уреоплазменный уретрит был диагностирован у 30,5% больных мужчин.

На Международном конгрессе по заболеваниям, передаваемым половым путем, проходившем в Севилье, особое внимание обращалось на рост смертности, связанной с ИППП среди молодых женщин. В качестве причины были выделены цервикальный рак (57%), ВИЧ-инфекция (29%), гепатиты В и С (10,6%) и другие ИППП (3,5%)

C.R. Cohen, R.C. Brunham (1999) считают, что популяционные вмешательства, направленные на выявление и обследование женщин, входящих в группу высокого риска развития цервикальной инфекции, могут эффективно снижать риск воспалительных заболеваний органов малого таза и рака шейки матки.

Таким образом, анализ литературных данных свидетельствует об этиологической роли возбудителей ИППП в развитии воспалительных заболеваний урогенитального тракта и, связанных с ним осложнений.

Хроническое, бессимптомное течение ИППП диктует необходимость проведения инфекционного скрининга среди пациентов - посетителей как венерологических, так и акушерско-гинекологических и урологических клиник.

Литература:

1. Wangh M.A.// Abstracts of the 9 th Congress of the European Academy of Dermatology&Venerology.- JEADV.- 2000.-Vol.14.- S. 1.1.-P.24-24.
2. Gomberg M.A, Tikhonova L.I.// Abstracts of the 9 th Congress of the European Academy of Dermatology & Venerology. - October, 2000. - Vol. 14 (1. 1). - P.6-6.
3. Kassler W., Irvin K.L., Kamb M.L. et al. STD control for HIV prevention in the US: is the likely to be in an impact? //12th World AIDS Conf Geneva, June 28-Jule3.- 1998.-Vol. 640.- P. 62.
4. Пресс-релиз ВОЗ 25 августа 1995 года. Информационные материалы// ЗППП.-№5.-С.81-82.
5. Беляева Н.В. Этиотропное и реабилитационное лечение женщин с урогенитальным хламидиозом: дис... канд. мед. наук, Ставрополь, 1998, 172 с.
6. Berger R.E., Alexander E.R., Monda G.D. et al. Chlamydia trachomatis as a cause of acute "idiopathic" epididimitis// N. Engl. J.Ved.- 1978.- Vol. 298.-P. 301-304.
7. Weidner W., Schiefer H.G. Chronic bacterial prostatitis: Therapeutic experience with ciprofloxacin// Infection.-1991.19, 3, 165-166.
8. Coonrod D., Collier A.C., Ashley R., Dereouen T., Coreu L. Association between cytomegalovirus seroconversion and upper genital tract infection among women attending a sexually transmitted disease clinic: a prospective study//J. infect. Dis.-1998.-V.177(5).-P.1188-1193.
9. Paukku M., Puolakkainen M., Paavonen T., Paavonen J. Plasma cell endometritis is associated with Chlamydia trachomatis infection// J Clin Pathol.-1999.- V. 112 (2).-P. 211-215.
10. Ильин И.И, Ковалев Ю.Н., Глузмин М.И. К Концепции патогенеза хронического простатита // Урология и нефрология.- 1993. - №3. - С. 30-33.
11. Burstein G.R., Zenilman J.M. Nongonococcal urethritis – a new paradigm//Clin Infect. Dis.- 1999.-V. 28 (1).-P. 66-73.
12. Васильев М.М.//Рус. мед.журнал.-2000.-№6.- С. 251-264.
13. Савичева А.М., Чхартишвили М.Г., Арджанова О.П.//ИППП.-1999.- №4.-С.35-37.
14. Анчупане И.С. Урогенитальный трихомониаз и смешанные трихомонадно-гонорейно-хламидийные инфекции (особенности эпидемиологии в Латвии, совершенствование диагностики и лечения): Автореф. ... дис. канд. мед. наук. – 1992.- 21с.
15. Abbas M.M., Habib F.S. Study of trichomoniasis among Egyptian male patients el Seoud SF.-1998. – Vol. 28(1). –P. 263-270.

16. Hillier S.L. Clindamycin Treatment of Bacterial Vaginosis// Rev. Contemp. Pharmacother.-1992.-N3.- P.263-268.
17. Смирнова Т.С., Слободзян Г.В., Гайворонская О.В. Актуальные проблемы в вопросах регистрации и анализа заболеваемости ЗППП// Инфекции, передаваемые половыми путем.-1999.-№1.-С.46-46.
18. Mastrobattista J.M., Bishop K.D., Newton E.R. Wet smear compared with gram stain diagnosis of bacterial vaginosis in asymptomatic pregnant women// Obstet Gynecol.- 2000; 96: 4: 504-507.
19. Thorsen P., Jensen I.P., Jeune B., et al. Few microorganisms associated with bacterial vaginosis may constitute the pathologic study among 3596 pregnant women// Amer. J. Obstet Gynecol.-1998.- Vol. 178(3). – P. 580-587.
20. Кира Е.Ф. Пути повышения эффективности диагностики и лечения сексуально-трансмиссивных заболеваний в гинекологической практике// ЗППП, 1996; 2: 33-38.
21. Tchoudomitova K., Stanilova M., Garov V. Clinical manifestations and diagnosis of bacterial vaginosis in a clinic of sexually transmitted diseases// Folia Med.-1998.-V. 40 (1).-P. 34-40.
22. Валиев А.К. Роль Candida-инфекции в урогенитальной патологии// Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Алматы, 2000. - 18с.
23. Айламазян Э.К., Устинкина Т.И., Баласанян И.Г. Эпидемиология бесплодия в семье // Акушерство и гинекология. – 1990. - № 9. – С. 46 – 49.
24. Elias M., Gluda M., Kurillo M. et al. Mycoplasma hominis I Ureaplasma urealyticum w kanale szyjki macicy zatoce Douglasa u nieplodnych kobiet: doniesienie wstepne//Gynecol Pol.-1998.-69 (12).- P. 1150-1152.
25. Fan S., Liu Z., Chen C. Bacterial vaginosis in pregnant women// Chung Hua Fu Chan ko Tsa Chin.-1997.-V.32 (2).- P.84-86.
26. Koch A., Bilina A., Teodorowicz L., Stary A. Mycoplasma hominis and Ureaplasma urealyticum in patients with sexually transmitted diseases// Wien Klin Wochenschr.-1997. – Vol. 109 (14-15). – P. 584-589.
27. Яговдик Н.З., Хилькевич Н.Д. Ассоциированная уреоплазменная и трихомонадная инфекция у мужчин, больных гонореей // Вестник дерматологии и венерологии.- 1992.- № 11.-С. 47-51.
28. Cohen C.R., Brunham R.C., Pathogenesis of Chlamydia induced pelvic inflammatory disease// Sex Transm Infection.-1999.- 75 (1).- P. 21-24.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБИОТИКАМИ
ЦЕФАЛОСПОРИНОВОГО РЯДА У БОЛЬНЫХ, ЛЕЧАЩИХСЯ В
АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, ПРИ ТЯЖЕЛЫХ И
СРЕДНЕТЯЖЕЛЫХ ИНФЕКЦИЯХ**

Попович Ж.О., Федосова Т.В., Калачева А.А., Меденбаева А.Х. Барлыбаева
К.Ж. Бактыбаев Е.Г.

В настоящее время, с целью снижения быстрорастущих затрат на охрану здоровья, специалистами в области фармакоэкономики большое внимание уделяется генерикам.

Рост популярности генериков отчетливо проявляется во всем мире, включая экономически развитые страны. На сегодняшний день доля высококачественных генериков на фармрынке США и Канады составляет около 30%, а в Великобритании, Германии, Дании и Голландии она достигает 50%.

Широкое использование генериков поддерживает ВОЗ в рамках программы «Основные лекарственные средства», рекомендуя закупать для нужд государственных медицинских учреждений, армии и медицинских страховых фондов высококачественные генерики, терапевтически эквивалентные оригинальным препаратам.

Однако, несмотря на растущую роль генериков, многие отечественные врачи и фармацевты имеют о них недостаточно полное и часто ошибочное представление, что вызывает обоснованно отрицательное отношение к этим препаратам. Причина - далеко не все генерики (особенно дешевые) равноценны оригинальному препарату по показателям содержания активного вещества, биоэквивалентности и безопасности применения, что напрямую связано с низким качеством субстанций сомнительного происхождения, используемых некоторыми фармпроизводителями.

Недавно проведенный всероссийский опрос показал, что свыше 80% практических врачей далеко не всегда уверены в эффективности и безопасности дешевых цефалоспоринов-генериков отечественного и зарубежного производства, а 12%-никогда.

Первоначальная оценка эффективности антибактериальной терапии должна проводиться через 48-72 ч после начала лечения (повторный осмотр). Целесообразен телефонный контакт с пациентом на следующий день после начала лечения. Основными критериями эффективности в эти сроки являются снижение температуры тела и интоксикации, уменьшение одышки, кашля при пневмонии. Если у пациента сохраняется высокая лихорадка и интоксикация, или симптоматика прогрессирует, то лечение следует признать неэффективным, антибактериальный препарат заменить и повторно оценить целесообразность госпитализации пациента.

Внебольничная пневмония (ВП) определяется как острая инфекция легочной паренхимы, возникающая у не госпитализированных больных пациентов и сопровождающаяся наличием остро возникшего инфильтрата в легких,

определяемого с помощью рентгенографии грудной клетки или аускультативного исследования.

Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии является пневмококк - в 2/3 случаев.

Для лечения ВП, требующей госпитализации, рекомендуются бета-лактамы антибиотики. Среди бета-лактамов антибиотиков, используемых для лечения пневмонии, к препаратам выбора относятся цефалоспорины 3-го поколения.

Наиболее эффективным и логичным представляется, в первую очередь применение антибиотиков для парентерального применения, обладающих высокой бактерицидной активностью против широкого спектра грамположительных и грамотрицательных аэробов. Вторичная резистентность микроорганизмов развивается медленно.

Современные жизненно важные антибиотики с широким спектром действия, высокой клинической эффективностью и оптимальным соотношением эффективности, безопасности, качества - часто применяются в госпитальной и амбулаторной практике. Ведущие специалисты рекомендуют их как базовые препараты для лечения и профилактики инфекционных процессов различной локализации. Они не уступают по качеству оригинальным брендам. Их можно применять как для внутримышечного введения, так и для внутривенного. Это, несомненно, будет способствовать более успешному лечению больных.

Литература:

1. Под ред. Чучалина А.Г. Пособие для врачей. Внебольничная пневмония у взрослых. Москва, 2004 год
2. Под ред. Денисова И.Н. Клинические рекомендации. Фармакологический справочник. Москва, 2004 год.