

СОДЕРЖАНИЕ

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПЛАНИРОВАНИЯ, МОНИТОРИНГА И ФИНАНСИРОВАНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ В КАЗАХСТАНЕ: НА ПУТИ К РЕФОРМЕ
Аканов А.А.

НОВОЕ ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В КАЗАХСТАНЕ
Аканов А.А., Кульжанов М.К., Камалиев М.А.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СТРАТЕГИИ И ТАКТИКИ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Алхамкызы Р., Камалиев М.А.

О СОСТОЯНИИ И ПЕРСПЕКТИВАХ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕВУЗОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН
Каптагаева А.К., Смаилова А.Н., Ержанова Ф.Н.

МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОДБОРА ПЕРСОНАЛА ДЛЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Абзалова Р.А., Хамзина А.К.

ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БИОЭТИКИ
Садыкова А.Б.

ИНТЕНСИВНЫЕ ТРЕНИНГИ ПО БИОЭТИКЕ В КАЗАХСТАНЕ
Кульжанов М.К., Харун-Ар-Рашид, Сарымсакова Б.Е.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ НЕКОТОРЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ПОДРОСТКОВ
Кульжанов М.К., Мергенова Г.А., Сарымсакова Б.Е., Балабаев Т.Ф.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
Абзалова Р.А.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ
Кисикова С.Д., Сауранбаева С.Е., Мухтарканова С.М.

СЕМЕЙНЫЕ ВРАЧЕБНЫЕ КОМПЛЕКСЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ
КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА

Сауранбаева С.Е.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТАЦИОНАРНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Сауранбаева С.Е.

ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ КОМПЛЕКСЫ – В РЕШЕНИИ ВОПРОСА
ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Куралбаев Б.С., Раисов Р.М.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ В
ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ

Локшин В.Н.

ГЕНДЕРНЫЙ АНАЛИЗ САМООЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКАМИ Г.
АЛМАТЫ.

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ.

Мергенова Г.А.

ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Куралбаев Б.С., Батыргожина К.Ш.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ
ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В И С В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ
КЛИНИКИ

Куралбаев Б.С., Сейдуалиева Б.С., Аульбекова Ф.А., Салихова Л.М.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФОНОФОРЕЗА С
ГИДРОКОРТИЗОНОВОЙ МАЗЬЮ И ЭЛЕКТРОФОРЕЗА С ГЕПАРИНОМ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА И БРОНХИАЛЬНОЙ
АСТМЫ

Аюпова Ш.А., Таирова К.И., Джиенбаева Н.Р., Муххо Е.Н.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОНТРОЛЯ ОЦЕНКИ ЗРЕЛОСТИ КОСТНОГО
РЕГЕНЕРАТА ПРИ КОСМЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ.

Куралбаев Б.С., Насыбуллин М.А., Жайлау Б.А., Харламов В.В.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОСНОВНЫХ ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ
(СИФИЛИС, ГОНОРЕЯ) В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ
Самигулина А.Э.

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПЛАНИРОВАНИЯ, МОНИТОРИНГА И ФИНАНСИРОВАНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ В КАЗАХСТАНЕ: НА ПУТИ К РЕФОРМЕ

Аканов А.А.

Министерство Здравоохранения РК

В настоящее время в системе Министерства здравоохранения Республики Казахстан функционирует 20 НИИ и НЦ, 5 медицинских академий, 1 медицинский университет, АГИУВ, ВШОЗ. Из 20 НИИ 15 имеют клиники. Все эти центры и вузы принимают участие в выполнении научно-технических программ Министерства здравоохранения. Таким образом, число научных коллективов, принимающих участие в исследованиях, составляет 29, или иными словами 100% центров, НИИ и вузов, что отражает политику прежних лет – сохранение имеющейся сети и кадров любой ценой.

Планирование научных исследований

Начиная с 1999 года финансирование научных исследований в области здравоохранения осуществляется на конкурсной основе по программно-целевому принципу.

Формирование государственного заказа происходит по предложениям научных организаций. Последние в свою очередь руководствуются своими возможностями (кадры, материально-техническая база). Научно-технические программы (НТП) в большинстве случаев носят шаблонный характер и из трехлетия в трехлетие (срок выполнения программ) организации осуществляют однонаправленные, однотипные исследования, обладающие минимальным эффектом новизны (Рисунок 1.).

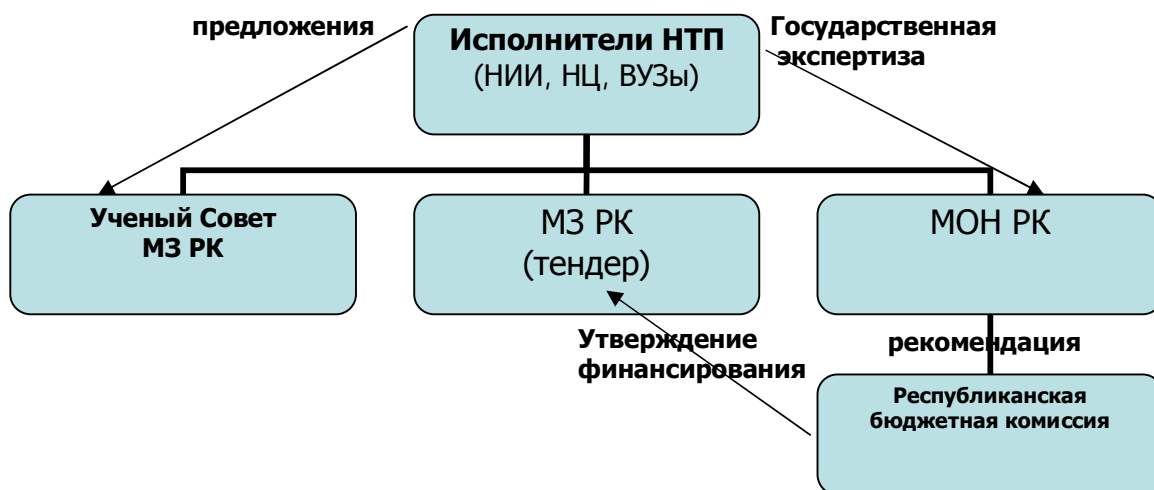


Рисунок 1. Схема формирования государственного заказа

Как видно из приведенных данных, предложения идут от научных центров, как правило, одна треть их отсеивается на уровне Ученого Совета, но в целом выдерживается принцип сохранения коллективов. На уровне государственной экспертизы, отсеивается менее 5% тем, и с ее рекомендациями НИР идут на Республиканскую бюджетную комиссию, где доминирует принцип наличия или отсутствия средств. Возвращенные в

Министерство здравоохранения темы НИР на формальной основе в виде тендера распределяются по центрам, которые их и заказывали. Независимая экспертиза предполагается на уровне Ученого Совета МЗ и Министерства образования и науки, но, как правило, они проводятся бесплатно и часто формально.

Количество НТП, выполняемых подведомственными научными организациями, за последние годы постоянно увеличивается. Если в 2000 году было 22 темы, в 2001 году – 22, то с 2003 года число их растет: 27, в 2004 году – 32. В 2005 году выполняется 33 научные программы, из которых 20 завершаются в текущем году. По существу все 29 организаций (НЦ и вузы) имеют научно-технические программы, а некоторые – несколько.

Для изменения ситуации необходимо перейти на реальный государственный заказ.

Предлагаемое решение:

- Формирование Министерством здравоохранения РК государственного заказа на выполнение прикладных научных исследований по приоритетным стратегическим направлениям
- Выбор исполнителей на конкурсной основе

Финансирование науки

Ежегодно увеличивается объем финансовых средств, выделяемых по республиканской бюджетной программе 009 «Прикладные научные исследования в области здравоохранения». Динамика роста финансирования представлена ниже.

Финансирование составило в 1999 году – 84,8 млн. тенге;

Существующее

n 1999 год - 84769,3 тыс. тенге
n 2000 год - 150000,0 тыс. тенге
n 2001 год - 200600,0 тыс. тенге
n 2002 год – 251700,0 тыс. тенге
n 2003 год – 324300,0 тыс. тенге
n 2004 год – 494159,0 тыс. тенге
n 2005 год – 567658,0 тыс. тенге

Предполагаемое

n 2006 год – 600000,0 тыс. тенге

Уровень материально-технического оснащения организаций науки за последние годы существенно улучшился. Рост финансирования на эти цели несомненен:

Расходы на медицинское оборудование

Существующее

n 2003 г. – 442170 тыс. тенге
n 2004 г. – 421785 тыс. тенге
n 2005 г. – 762105 тыс. тенге

Предполагаемое

n 2006 г. – 980693 тыс. тенге

Но, несмотря на это, все еще остается низким материально-техническая база научных организаций, доля фонда заработной платы не уменьшается и составляет в среднем 75%, что, по сути, свидетельствует о содержании научных подразделений НИИ и НЦ. В последние годы Министерство здравоохранения не поддерживает увеличение штатной численности научных кадров.

Соответственно сказанному, остро ощущается недостаток финансовых средств на закуп оборудования, реактивов, содержание вивария, работу в Интернете, командирование специалистов в регионы для выполнения фрагментов НИР, внедрение новых технологий, участие в международных форумах, публикации в престижных зарубежных изданиях и др.

Решение проблемы является переход от бюджета выживания к бюджету развития.

Предполагаемые решения:

- Финансирование непосредственно научно-технических программ;
- Сокращение расходов на долю заработной платы (до 50%), увеличение финансирования на другие цели (командировки в регионы и для участия в международных форумах, закуп оборудования, реактивов, вивария, интернет, публикации и др.);
- Увеличение финансирования материально-технического оснащения
- Поиск грантов, внебюджетных источников финансирования
- Увеличение финансирования материально-технического оснащения
- Формирование стимула для научных кадров (дифференцированная оплата труда, связь с практикой и образованием)

Кадровая политика

Динамика кадрового состава, участвующего в выполнении научных исследований, представлена на следующих рисунках.

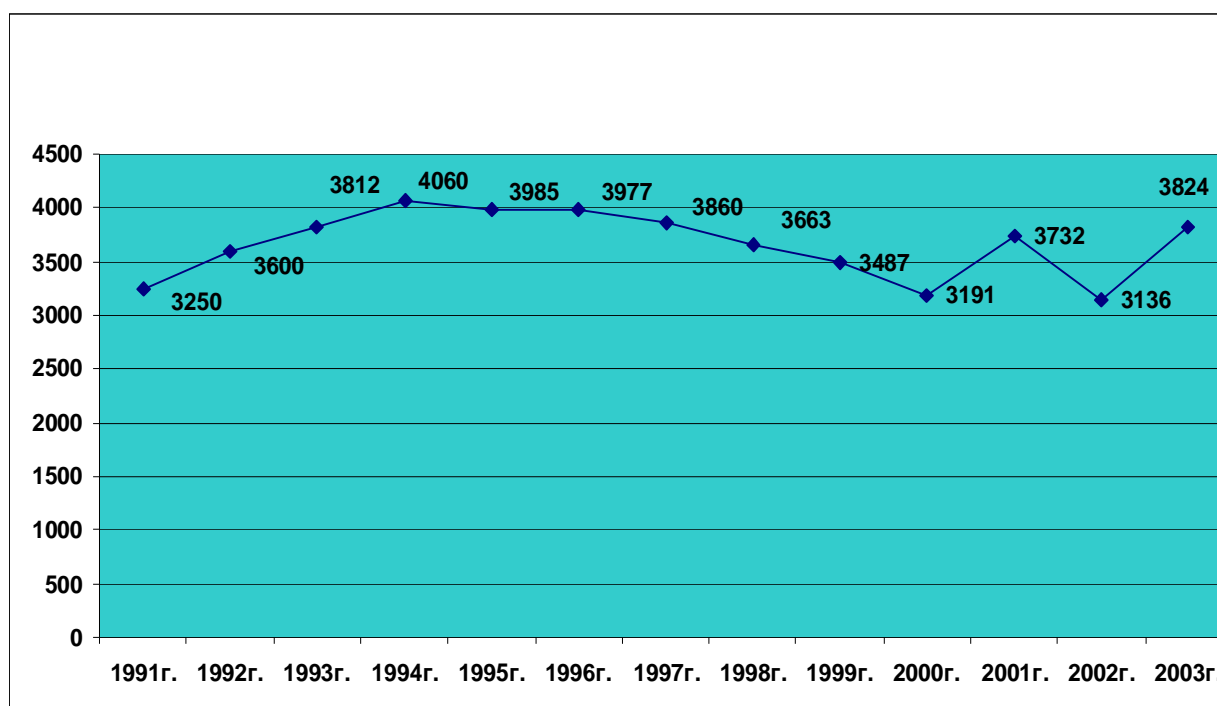


Рисунок 2. Численность научно-педагогических кадров

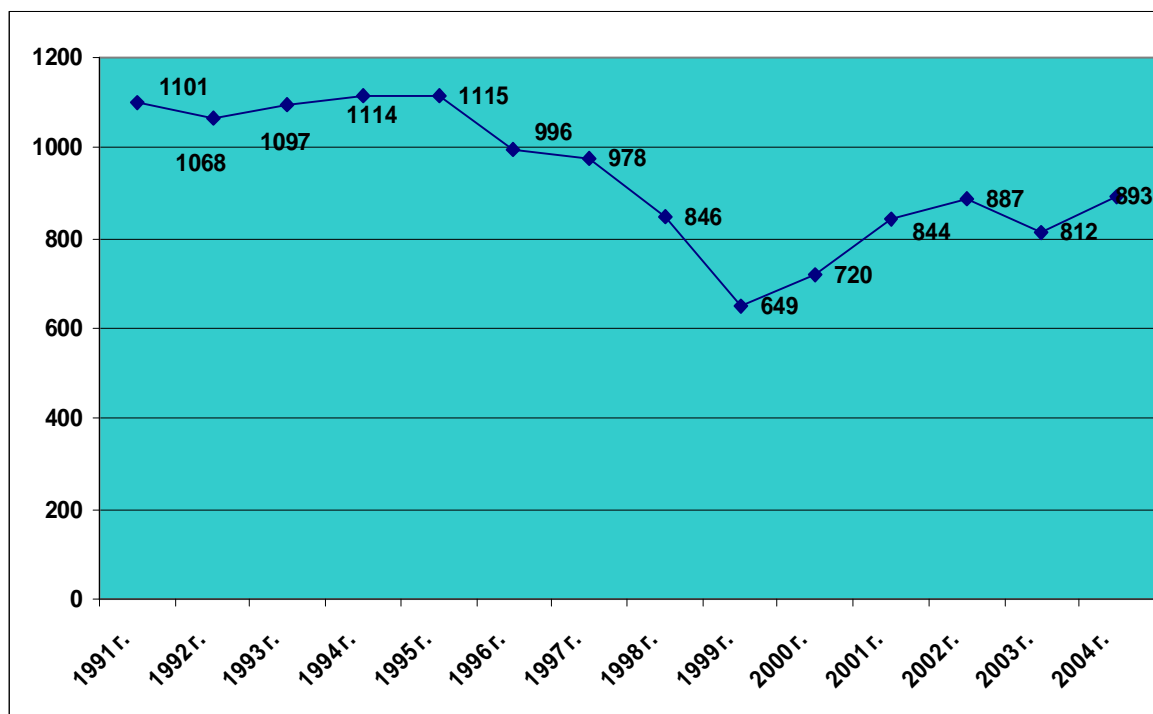


Рисунок 3. Численность научных кадров в НИИ и НЦ

Анализ динамики кадрового потенциала свидетельствует о том, что политика Министерства Здравоохранения до сих пор была направлена на его сохранение.

Теперь для проведения исследований на качественно новом уровне необходимо осуществлять подготовку научных кадров в центрах ближнего и дальнего зарубежья, приглашать из зарубежных центров специалистов для обучения научных кадров на местах. Работа в этом направлении уже началась. В целях реализации инновационной политики Казахстана необходимо решить проблему подготовки кадрового потенциала, который будет осуществлять коммерциализацию результатов научных разработок в системе здравоохранения. Безусловно, сами ученые и разработчики также должны получить навыки в области инновационной деятельности. Прежде всего, по вопросам охраны, защиты, оценки и использования интеллектуальной собственности, понимать механизмы формирования и реализации инновационных проектов в здравоохранении, уметь оценивать коммерциализуемость научных результатов в медицине, владеть основами патентного права.

Таким образом, от застойной модели развития человеческих ресурсов нужно переходить на политику их планомерного и систематического развития.

Предлагаемые решения:

- Подготовка и переподготовка научных кадров за рубежом
- Подготовка менеджеров научных исследований, способных оценить коммерциализуемость научных исследований

- Создание специальной программы подготовки научных кадров, начиная с бакалавриата.

Управление и организация медицинской и фармацевтической науки

На сегодняшний день организационно-правовой формой большинства НИ и НЦ является форма РГКП, зачастую ограничивающая развитие научной деятельности. Существует жесткая структура научных подразделений НИИ и НЦ. В настоящее время отмечается низкая результативность, невостребованность отечественных разработок для практического здравоохранения, отсутствие признания на мировом уровне. Эту модель управления и организации медицинской науки можно назвать централизованной.

Главная проблема в этом вопросе – перейти на децентрализованную модель управления.

Предлагаемые решения:

- Изменение статуса организаций науки для предоставления большей свободы действий (РГП, АО);
- Создание временных творческих научных коллективов, предусматривающих привлечение высококвалифицированных специалистов, в том числе из регионов;
- Внедрение новых критериев оценки выполнения программ (экспертиза с привлечением международных экспертов, анализ научной продукции, анализ цитируемости).

Единство науки, образования и практического здравоохранения

Еще одной важной и серьезной проблемой является недостаточная связь науки с практическим здравоохранением и образованием. Если на додипломном уровне в городах, где есть медицинские вузы и НИИ, некоторые кафедры базируются в головных НИИ, то дополнительное профессиональное образование, а именно повышение квалификации и переподготовка кадров осуществляется в большей мере вне связи с профильными НИИ.

Относительно связи с практическим здравоохранением, то в силу уже названных причин (недостаточное финансирование, инертность и др.) большинство НИИ и НЦ не влияют на функционирование профильных служб. Недостаточная связь прослеживается с практическим здравоохранением в области координации деятельности всех специализированных служб. Сегодня для отрасли очень важным является пересмотр вопросов взаимодействия Центров высокоспециализированной помощи (ВСМП) со специализированными службами регионов. Известно, что в настоящее время упразднен институт внештатных специалистов. Это сделано не случайно, так как вопросы, регулирующие работу профильных служб, не может решать один даже высококвалифицированный специалист.

Главная задачей является воссоздание триединства науки, образования и практики в здравоохранении.

Предлагаемые решения:

- НИИ и НЦ – координаторы профильных служб;
- Обеспечение координационной, методической и образовательной деятельности;
- Создание при профильных НИИ и НЦ образовательных структур (кафедр) с привлечением к образовательной деятельности высококвалифицированных кадров, ведущих специалистов;
- Усиление методической и образовательной деятельности
- Разработка концепции последипломного образования и вовлечение в образовательный процесс НИИ, НЦ

Оптимизация сетей и структуры

Анализ показывает, что существует дисбаланс в географическом и региональном размещении республиканских центров и институтов.

В рамках Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы запланировано открытие учебных клинических центров в 4 государственных медицинских академиях. Это даст возможность оказывать ВСМП в основных регионах Республики Казахстан (восточный, северный, центральный, южный, западный).

В ближайшие годы планируется открытие новых центров таких как: Центр материнства и детства, Центр нейрохирургии, Центр скорой медицинской помощи и Диагностический центр.

Задачей ближайших лет должно быть устранение дисбаланса и в равномерном размещении сети и структуры НИИ и НЦ.

Предлагаемые решения:

- Устранение дисбаланса, рациональное размещение центров
- Открытие новых центров (материнства и детства, нейрохирургии и др.)
- Формирование новых региональных центров по принципу: север, восток, запад, юг.

Интеграция в международное пространство

С переходом к рыночной экономике должна усиливаться интеграция науки в мировое сообщество. Отечественная медицинская и фармацевтическая наука должна быть более открытой для международного научного сообщества. На сегодняшний день остается низкой активность казахстанских ученых в международных проектах, в осуществлении совместной научно-технической деятельности с партнерами из-за рубежа. Также отмечается низкая результативность, востребованность для практического здравоохранения и отсутствие признания отечественных разработок на мировом уровне.

Задачей является переход от закрытой модели развития к интеграции в международное научное пространство.

Предлагаемые решения:

- Активное участие на международных конференциях, поощрение и поддержка ученых, коллективов, увеличение финансирования командировок для участия в международных форумах, на интернет, публикаций в престижных научных изданиях и др.
- Внедрение новых критериев оценки выполнения программ (экспертиза с привлечением международных экспертов, анализ научной продукции, анализ цитируемости).

Вышеуказанное позволяет произвести серьезные изменения в организации проведения научных исследований в области здравоохранения.

Целью этих изменений должно стать - совершенствование организации медицинской и фармацевтической науки на основе внедрения системы менеджмента, укрепления связи с профессиональным образованием, практическим здравоохранением, способствующей интеграции в международное исследовательское пространство.

НОВОЕ ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В КАЗАХСТАНЕ

Аканов А.А., Кульжанов М.К., Камалиев М.А.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Высшая Школа общественного здравоохранения
Казахский национальный медицинский университет

Процесс движения к все более полному и глубокому знанию о механизмах, законах и закономерностях, лежащих в основе формирования здоровья, был достаточно длительным и эволюционным.

Начало ему было положено формированием зачатков гигиенических навыков первобытного человека

В известных трудах древних мыслителей, философов, врачей отражены представления о здоровье, болезни, образе жизни, средствах сохранения и укрепления здоровья.

Выдающиеся мыслители античного мира и средневековья, несмотря на преобладание идеалистических, теософических и схоластических воззрений, уже подходили к пониманию того, что на здоровье населения влияют не только природные и биологические (индивидуальные) факторы, но и условия общественной жизни, а необходимость сохранения здоровья требует организационных медицинских мероприятий.

Общественные мероприятия по охране здоровья в истории человечества стали проводиться с появлением государства. Они видоизменялись в зависимости от смены общественно-экономических формаций, изменений способа производства и производственных отношений, государственного строя.

Различная степень развития общественного здравоохранения, многообразие форм и подходов, различия в социальном заказе, конкретные исторические условия привели к большому разнообразию и неопределенности в содержании, границах и задачах науки об общественном здравоохранении.

Наука об общественном здравоохранении в разных странах возникла под многими названиями: социальная гигиена, социальная медицина, медицинская социология, общественное здоровье и здравоохранение, превентивная (профилактическая) медицина, социальная антропология и другими, возможно различными по определениям, но, несомненно, сходными по содержанию.

Процессы международной интеграции, включающие необходимость стандартизации и унификации основных понятий, вовлекли специалистов здравоохранения в дискуссию о названии дисциплины «общественное здравоохранение», ее предмете, проблемах, которыми она должна заниматься, используемых методах.

Учитывая определенную идентичность, изучаемых данными направлениями социально детерминированных характеристик здоровья и здравоохранения, и не углубляясь в концептуальные, методологические и методические нюансы, многие авторы используют интегральное понятие – общественное здравоохранение.

Несмотря на обилие точек зрения, большинство специалистов склоняются к мнению, что предметом общественного здравоохранения является изучение влияния общественных условий жизни на здоровье и медицинское обслуживание населения.

С этих позиций, общественное здравоохранение является интегральной, «стыковой», теоретико-прикладной наукой, которая изучает закономерности влияния социальных и экономических факторов на здоровье населения и обосновывает систему государственных, общественных и медицинских мероприятий по охране здоровья общества.

Концептуальные принципы дисциплины еще не приобрели достаточной определенности, однако следует признать, что методологической основой общественного здравоохранения является системный подход к определению и изучению общественного здоровья.

История общественного здравоохранения в Казахстане отражает основные этапы развития государственного социализма в СССР.

С момента установления Советской власти основной задачей государственного здравоохранения была поставлена теоретическая и практическая разработка профилактических принципов здравоохранения. В центре внимания также было обеспечение населения бесплатной общедоступной медицинской помощи.

В годы Великой Отечественной войны все внимание было сосредоточено на вопросах медико-санитарного обеспечения фронта и развертывания тыловых госпиталей.

В послевоенные годы нашли отражение задачи, связанные с восстановлением народного хозяйства и ликвидацией санитарных последствий.

В дальнейшие годы научно-практические интересы отвечали идеологии социалистического строительства, среди которых наиболее масштабными были мероприятия по всеобщей диспансеризации населения.

Если вызовами XX века были: высокая инфекционная заболеваемость, высокая потребность в хирургической помощи вследствие практически непрекращающихся масштабных и локальных войн, высокая материнская и младенческая смертность, то в целом можно сказать, что эти потребности были решены в экономически развитых странах, включая Казахстан. Так, были ликвидированы особо опасные инфекции, снижена распространенность других инфекционных заболеваний, уменьшена смертность населения, увеличена средняя продолжительность жизни.

Среди наиболее значительных достижений общественного здравоохранения прежде всего следует отметить исследования в области теоретических проблем, в результате которых получили дальнейшее развитие представления о месте и роли здравоохранения в общественном производстве. Теоретический арсенал общественного здравоохранения серьезно обогатили исследования, в которых на современном методологическом уровне получили новую интерпретацию такие ключевые понятия науки об общественном здоровье, как «болезнь» и «здоровье» (индивидуальное и общественное), «адаптация», «профилактика» и др.

На состоявшейся в Алма-Ате в 1978 г. Международной конференции ВОЗ/ЮНИСЕФ модель социалистического здравоохранения (модель Семашко) получила мировое признание.

С приобретением суверенитета и формированием рыночных отношений общественное здравоохранение в Казахстане претерпело ряд кардинальных изменений.

Условно развитие системы здравоохранения суверенного Казахстана можно разделить на следующие этапы:

1991-1994 гг. – сохранение советской модели здравоохранения, основанной на принципах государственного социализма. В этот период осуществлялась жесткая экономическая политика, направленная на ограничение бюджетного финансирования отрасли, оптимизацию системы здравоохранения, включая сокращение сети амбулаторно-поликлинических и больничных организаций, рабочих мест.

1995-1997 гг. – переход от бюджетной командно-административной системы к бюджетно-страховой медицине, либерализация фармацевтического сектора, формирование негосударственного сектора здравоохранения.

С 1998 г. – возврат к консолидированному бюджету, программно-целевое финансирование здравоохранения, государственный заказ на конкурсной основе.

Таким образом, за достаточно короткий исторический период в системе здравоохранения Казахстана были апробированы все известные модели, из которых вынесены определенные уроки.

В выборе дальнейшего оптимального пути развития общественного здравоохранения Казахстан должен учитывать международные тенденции, исторический анализ которых, а также собственный опыт, предупреждают об опасности следования только одному подходу в деятельности, будь то господствующая либеральная или государственно-монополистическая модели здравоохранения.

В настоящее время в экономически развитых странах наметилось несколько тенденций в развитии системы здравоохранения.

В постсоциалистических странах, для которых длительное время была характерна жесткая государственная система здравоохранения, в настоящее время вводится государственное медицинское страхование, нередко сочетающееся с частной оплатой некоторых видов медицинских услуг.

Наоборот, те страны, в которых имелась система страховой медицины, считают целесообразным повысить государственное влияние через финансирование системы здравоохранения. При этом, как правило, постепенно формируется система регулируемой государством охраны здоровья населения, в основе которой лежат оплата медицинской помощи за счет налогов и в связи с этим ее бесплатность для налогоплательщиков, что обуславливает всеобщий охват населения и обеспеченность обязательным минимумом медицинских услуг.

Одновременно с этими процессами в странах с преимущественно добровольной системой медицинского страхования в последние годы не только усиливается контроль в области здравоохранения со стороны государства, но и вводятся элементы обязательного медицинского страхования. Ярким представителем таких стран является США, где сохраняется децентрализованная система частного страхования и практически отсутствует государственное регулирование. Программа перестройки американского здравоохранения, его коренная модернизация, предложенные в настоящее время, направлены на создание регулируемого государством страхового рынка, на существенное распространение не только добровольного, но и обязательного медицинского страхования для обеспечения доступности медицинской помощи всем группам населения. Однако, несмотря на относительно благополучные показатели общественного здоровья США, в других экономически развитых странах (Япония, Финляндия, Швеция, Швейцария и др.), где финансовые затраты на систему здравоохранения значительно меньше, эти показатели существенно благоприятнее. Это подтверждает, что сдвиги в показателях общественного здоровья обусловлены не только и не столько функционированием системы здравоохранения и расходами на нее, сколько различными другими факторами, изучение которых позволит определить приоритеты в охране здоровья населения.

Следует признать, что показатели общественного здоровья нельзя использовать в качестве характеристики преимуществ той или иной системы здравоохранения. Скорее это объективное и достаточно четкое отражение глубоких процессов, происходящих на данной территории и формирующих здоровье населения.

Сегодня можно с уверенностью утверждать, что все страны, даже те, где государственно-политические системы были полными антиподами, движутся навстречу друг другу в поисках эффективной модели здравоохранения.

Если во многих экономически развитых странах наметилась тенденция отхода от частнопредпринимательской, либеральной системы финансирования и управления здравоохранением в сторону усиления роли государственного регулирования и социализации здравоохранения, то система охраны здоровья граждан в постсоциалистических странах перестраивается в сторону отказа от государственно-монополистической системы к децентрализации, разгосударствлению, приватизации.

Современный этап развития общественного здравоохранения характеризуется комплексным программно-целевым подходом к решению проблем здравоохранения, широким освоением методологии системного подхода, переходом к практике организационных экспериментов. Указом Президента Республики Казахстан от 13

сентября 2004 г. № 1438 утверждена Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы.

Всемирная Организация Здравоохранения (1995) считает, что новое общественное здравоохранение – это организованные усилия общества, направленные на развитие такой политики здравоохранения, в которой интегрируются укрепление здоровья, профилактика заболеваний, поддержание социальной справедливости в общем контексте устойчивого развития.

Новая модель здравоохранения XXI века должна отвечать вызовам своего времени, среди которых болезни, связанные с образом жизни (в первую очередь, болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, болезни органов дыхания, травмы и отравления); болезни, связанные с рискованным поведением человека (инфекции, передаваемые половым путем, ВИЧ/СПИД, наркомания); болезни, связанные с нарушением среды обитания человека; болезни, связанные с миграцией, социальными конфликтами; болезни, прежде неизвестные науке.

В современных условиях содержание дисциплины требует существенного пересмотра и наполнения, включая разработку законодательных основ здравоохранения, изучения тенденций общественного здоровья в изменившихся социально-экономических условиях, экономического обоснования деятельности организаций здравоохранения, управления качеством медицинской помощи и др.

Основными разделами дисциплины являются: история медицины и здравоохранения, теории медицины и здравоохранения, политика здравоохранения, законодательство о здравоохранении, медицинская социология, статистика здоровья и здравоохранения, эпидемиология, профилактика заболеваний, формирование здорового образа жизни, организация системы и служб здравоохранения, менеджмент в здравоохранении, экономика здравоохранения, финансирование здравоохранения, планирование здравоохранения, социальное и медицинское страхование, социальный маркетинг, экология, медицинское образование, межсекторальное сотрудничество, информатика и др.

Бесспорно, только будущее покажет, насколько успешно пойдет реорганизация отечественного здравоохранения. Вместе с тем, общественное здравоохранение Казахстана, несмотря на еще не до конца преодоленные последствия глубокого системного кризиса, в очередной раз доказало свою состоятельность, ликвидировав полиомиелит. Намечились тенденции к снижению заболеваемости и смертности от туберкулеза.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СТРАТЕГИИ И ТАКТИКИ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Алхамкызы Р., Камалиев М.А.

Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы города Алматы
Казахский национальный медицинский университет

Республика Казахстан строит государство с социально-ориентированной экономикой, что обеспечивает для граждан основные социальные гарантии, одной из которых является охрана их здоровья. Каждое государство выбирает свой путь реализации социальных прав человека. И эти пути зависят: во-первых, от приверженности

руководства страны успешно реализовать принятые на себя социальные гарантии; во-вторых, от условий, возможностей и уровня развития государства в тот или иной отрезок времени, и, в-третьих, в каком направлении будет развиваться страна.

В современных условиях особо острой является проблема доступности медицинской помощи населению. Может ли наше государство гарантировать тот минимальный объем медицинской помощи, который смог бы повлиять положительно на основные показатели здоровья, и в то же время удовлетворить ожидания граждан? По нашему убеждению, в связи с подъемом экономики страны данная проблема разрешима. Для этого необходима глубокая убежденность в том, что здоровье обладает стоимостью, ценностью и полезностью, как для государства в целом, так и для каждого гражданина в частности. Следовательно, необходимо целостное и системное понимание стратегии развития отрасли здравоохранения в контексте устойчивого развития казахстанского общества с позиций максимизации инвестиций в человеческий капитал, а также эффективного использования имеющихся ресурсов с целью достижения приемлемого здоровья нации.

Системообразующим фактором развития отрасли здравоохранения является ее оптимальное финансирование. В экономически развитых странах при объеме финансирования более 5% от ВВП на здравоохранение показатели здоровья населения значительно лучше, чем в странах, в которых затраты на здравоохранение меньше.

При значительном дефиците финансирования системы здравоохранения, при реально существующей оплате медицинских услуг пациентами, при отсутствии закона о гарантируемом государством объеме бесплатной медицинской помощи, при формировании у населения менталитета значимости и роста стоимости медицинских услуг возникает выраженная потребность узаконить уже имеющие место общественные отношения, а именно введение соплатежей за медицинские услуги их потребителями.

Другое дело, каким образом это сделать. Можно предложить несколько вариантов: во-первых, отнести все коммунальные услуги за счет средств пациентов; во-вторых, ввести оплату лекарственных средств пациентами сверх установленных циркуляров; в третьих, ввести оплату пациентами при первом посещении амбулаторно-поликлинических учреждений; в четвертых, определить перечень дорогостоящих медицинских услуг, которые могут быть оплачены за счет бюджетных средств, и которые могут быть оплачены пациентами; в пятых, предусмотреть при ежегодном утверждении бюджета, выделяемого на здравоохранение, норматив из расчета на душу населения, но не менее чем 3% от ВВП.

Таким образом, необходимо определить четкую государственную систему финансирования отрасли здравоохранения, которая бы определила солидарную финансовую ответственность всех субъектов здравоохранения: государства, работодателей и граждан. Назрела необходимость реализации политической воли в распределении экономической ответственности в деле охраны здоровья, а также разработка и реализация программного финансирования отрасли здравоохранения. Должно быть законодательное обеспечение гарантированного государством объема бесплатной медицинской помощи населению. Вероятно, создание единого плательщика за медицинские услуги – фонда здравоохранения – всем поставщикам медицинских услуг. Финансирование здравоохранения территорий Республики Казахстан должно проводиться по принципу подушевого финансирования, а созданный фонд здравоохранения иметь функции выравнивания между «богатыми и бедными» регионами. При реализации такой программы будет возможность повлиять на показатели здоровья населения, как основного компонента национальной безопасности и устойчивого развития Республики Казахстан в современных условиях.

Финансирование здравоохранительной деятельности должно быть направлено на обеспечение равноправия, справедливости и устойчивости. Какая бы система ни применялась, государственные органы должны стремиться к тому, чтобы обеспечивались

всеобщий охват и доступность медико-санитарного обслуживания, а также сдерживание суммарных расходов и издержек.

Изучение системы медицинского страхования в 27 странах мира показало, что существует единственная закономерность – это необходимость создания системы предоплаты за медицинские услуги за счет всех источников финансирования.

По данным ВОЗ в нашей стране 37% медицинских услуг приходится на прямую оплату их пациентами. По сути, в здравоохранении сформировался теневой рынок медицинских услуг. В то же время в Закон «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» (с изменениями и дополнениями от 17 декабря 1998 г.) было внесено понятие «сооплаты», т.е. узаконена в какой то мере оплата пациентами медицинских услуг, однако до сих пор Правительством не разработан механизм реализации принципа сооплаты.

Если не будет возможности изыскать необходимые средства на гарантированный государством бесплатный объем медицинской помощи населению, то должно быть официально объявлено населению, какой объем будет бесплатным, а какой – платным. Нельзя уходить от решения этой проблемы. Прозрачность и открытость системы финансирования отрасли будет понятна населению, оно должно знать, что положено за счет бюджета, а что – за страхование его здоровья, как работодателем, так и им самим. Четкость и недвусмысленность всегда поддерживалась простыми людьми.

Учитывая низкую управляемость здравоохранением со стороны государства, связанную с рядом существенных и сложных причин, становится очевидной активизация участия самой медицинской общественности и потребителей медицинских услуг в реализации здравоохраненческих программ. В этом аспекте законодательного закрепления требует деятельность ассоциаций врачей, которая могла бы нести ответственность за обязательства в отношении объема и качества медицинской помощи, принимать участие в планировании и использовании ресурсной базы, что дало бы возможность разгрузить органы управления, позволив им сосредоточиться на стратегических вопросах развития.

Нормативные положения организаций потребителей медицинских услуг должны преследовать цель повышения качества медицинской помощи, конечно же, с учетом современного или сложившегося состояния здравоохранения.

Для развития отрасли в целом требуется решение вопросов льготного налогообложения как государственных, так и негосударственных лечебно-профилактических учреждений, с учетом их инновационной деятельности.

Процессы реформирования системы здравоохранения, как одной из сложнейших систем, должны рассматриваться с общепринятых позиций построения приемлемого алгоритма развития системы. Составной частью любого процесса реформы является выработка четкого видения перспективы или ожидаемых результатов. Для достижения поставленных целей необходим набор определенных действий выражающихся в программе, т.е. Правительство должно утвердить долгосрочные программы реализации:

- законодательной политики: а) утверждение перечня первоочередных законопроектов, регулирующих процессы реформирования отрасли; б) законопроекты должны быть прямого действия; в) ориентация на рекомендации ВОЗ; г) по каждой задаче «Здоровье для всех в 21-м веке» должно быть законодательное обеспечение; д) законопроекты должны быть экономически рассчитаны и финансово подтверждены;

- структурной политики: а) утверждение уровневости и структуры оказания медицинской помощи населению; б) расчет и утверждение потребности оптимального варианта профиля и числа коек стационаров; в) разграничение функций первичной медико-санитарной и специализированной помощи населению;

- инвестиционной политики: а) строительство и восстановление материально-технической базы здравоохранения; б) четкое видение роста текущих инвестиций в здравоохранение; в) программно-целевое финансирование вертикальных программ с

разделением ответственности между республиканским и местными бюджетами; г) грамотная реализация займов международных финансовых фондов;

- экономической политики: а) реализация подушевого норматива в финансировании здравоохранения; б) повсеместное внедрение амбулаторно-поликлинического тарификатора; в) оплата стационарных услуг по клинико-затратным группам; г) стимулирование труда медицинских работников; д) проведение ресурсосберегательной политики; е) разработка и внедрение механизмов выравнивания объемов ассигнований на здравоохранение по регионам; ж) утверждение нормативов по кодам специфики в разрезе медицинских организаций и по уровням оказания медицинской помощи; з) утверждение минимальных социальных нормативов в здравоохранении;

- социальной политики: а) социальная защита медицинских работников путем определения доли заработной платы (не менее 60%) в стоимости медицинской услуги; б) восстановление в системе здравоохранения районных коэффициентов; в) поддержка медицинских работников, работающих в сельской местности;

- информационной политики: а) создание единого информационного пространства в здравоохранении; б) компьютеризация организаций здравоохранения; в) пересмотр системы отчетности и учета; г) разработка и внедрение индексов, коэффициентов, рейтинга в оценке деятельности организаций;

- кадровой политики: а) расчет и утверждение нормативов потребности специалистов, их подготовка и переподготовка; б) индикативное планирование набора и выпуска специалистов медицинскими высшими и средними специальными учебными заведениями; в) учет и подготовка организаторов (менеджеров) здравоохранения, резерва руководящих кадров;

- инновационной политики: а) утверждение и реализация специальной программы «Медицинская наука»; б) разработка механизмов экономического стимулирования внедрения в практику научных достижений; в) реализация системы мониторинга Государственной программы «Здоровье народа»;

- межсекторальной политики: а) разработка и утверждение программы взаимодействия отраслей экономики в достижении цели; б) интегрирование элементов воздействия на решение проблем в охране здоровья населения; в) государственное регулирование процессов, формирующих среду обитания человека.

В современных условиях развития системы необходима национальная идея в отношении здоровья и здравоохранения, которая заключалась бы во всеобщей поддержке, как населением, так и государством. На наш взгляд, «максимальное удовлетворение потребности населения в объеме и качестве медицинских услуг для достижения приемлемого уровня здоровья (с учетом пола, возраста, социального положения, места проживания, профессии и уровня доходов) путем оптимального сочетания интересов самого гражданина, государства и работодателя», является наиболее адекватным современным социально-экономическим условиям развития казахстанского общества.

О СОСТОЯНИИ И ПЕРСПЕКТИВАХ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕВУЗОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

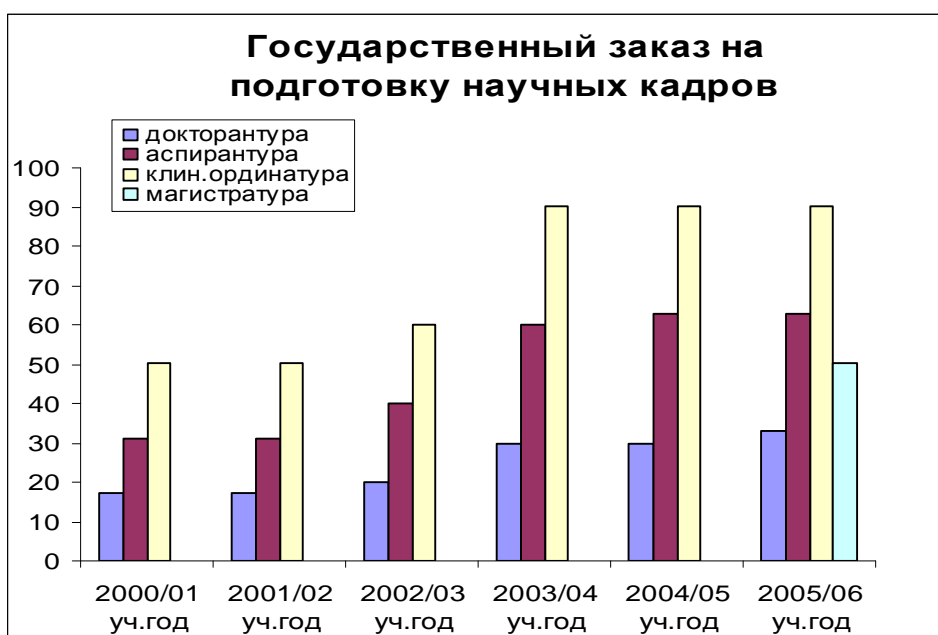
Каптагаева А.К., Смаилова А.Н., Ержанова Ф.Н.
Министерство здравоохранения Республики Казахстан

Послевузовское медицинское и фармацевтическое образование – высшая ступень системы непрерывного образования, целью которой является подготовка научных и научно-педагогических кадров высшей квалификации. Их подготовка осуществляется в клинической ординатуре, магистратуре, аспирантуре и докторантуре.

В настоящее время среднегодовой контингент обучающихся составляет 435 научных кадров, подготовку которых выполняют 7 медицинских вузов, 14 НИИ и НЦ, АГИУВ, ВШОЗ по 44 научным специальностям.

Ежегодно постановлением Правительства РК утверждается государственный образовательный заказ на подготовку специалистов с послевузовским профессиональным образованием. Так по медицинским специальностям было выделено: в 2000 и 2001 годах - докторантура – по 17, аспирантура – по 31 и клиническая ординатура – по 50 мест; в 2002 году – 20, 40 и 60; в 2003, 2004, 2005 годах – по 30, 63 и 90 мест соответственно. С 2004 года Министерством здравоохранения РК выделяются места по фармацевтическим наукам. Так, в 2004 году было выделено 3 места на подготовку аспирантов, в 2005 году - по 3 места в аспирантуру и докторантуру.

Рис 1.



Прием в аспирантуру, докторантуру и клиническую ординатуру осуществляется в соответствии с фактической потребностью по приоритетным направлениям научных и клинических медицинских и фармацевтических специальностей (рис.2-4).

Рис. 2

Аспирантура 2004/2005 учебный год

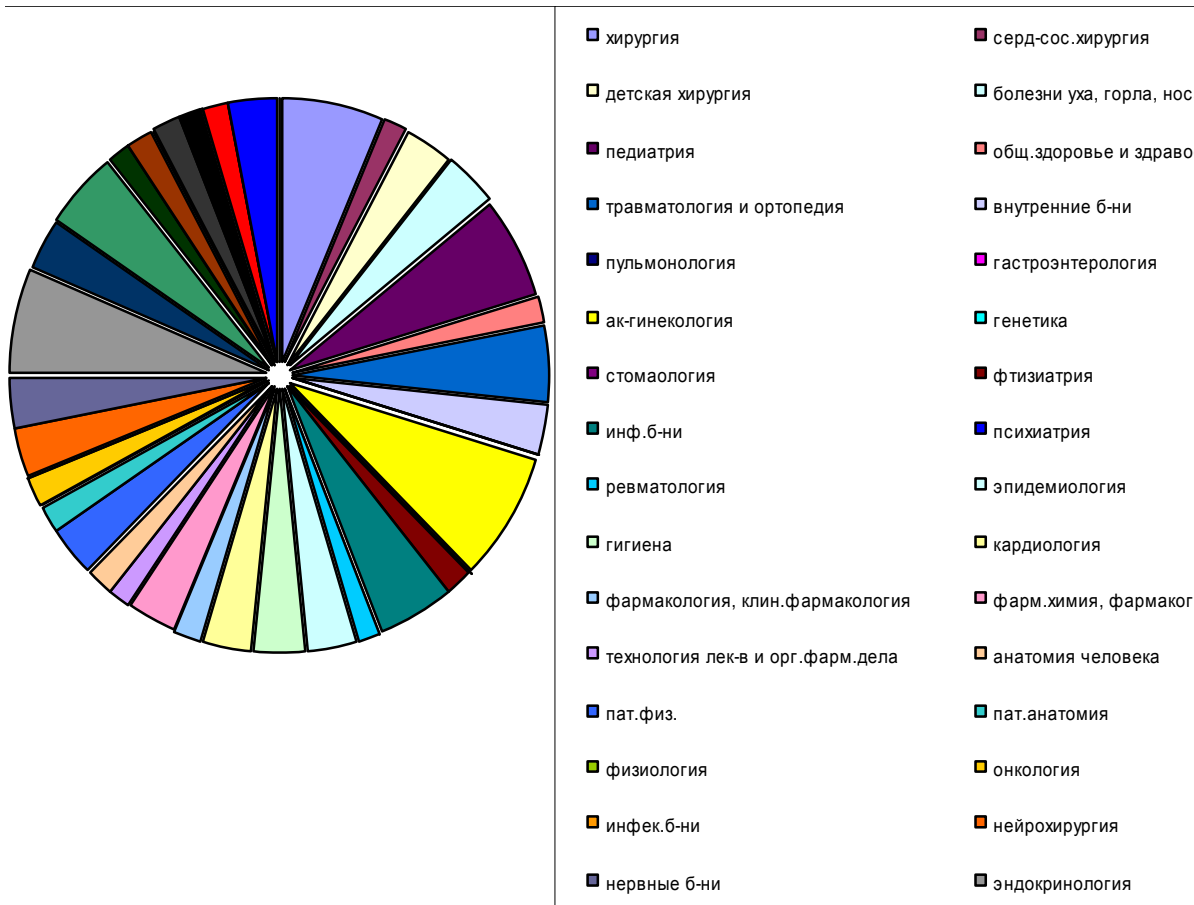
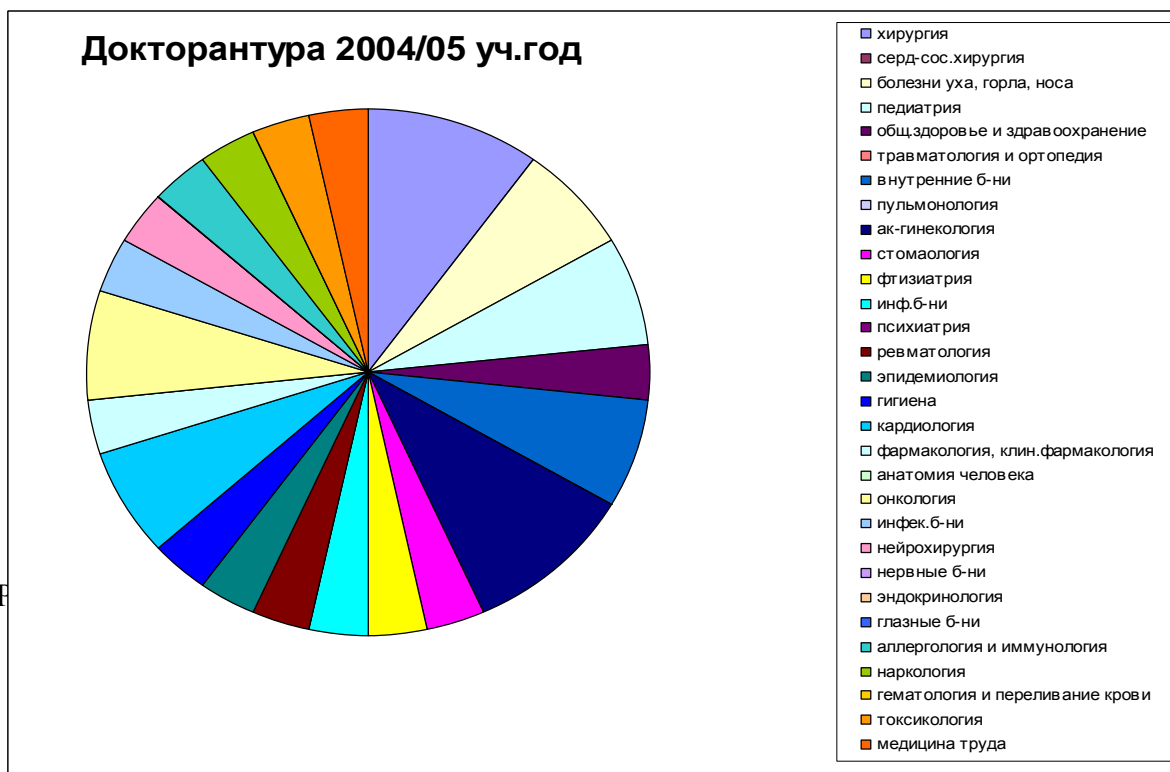
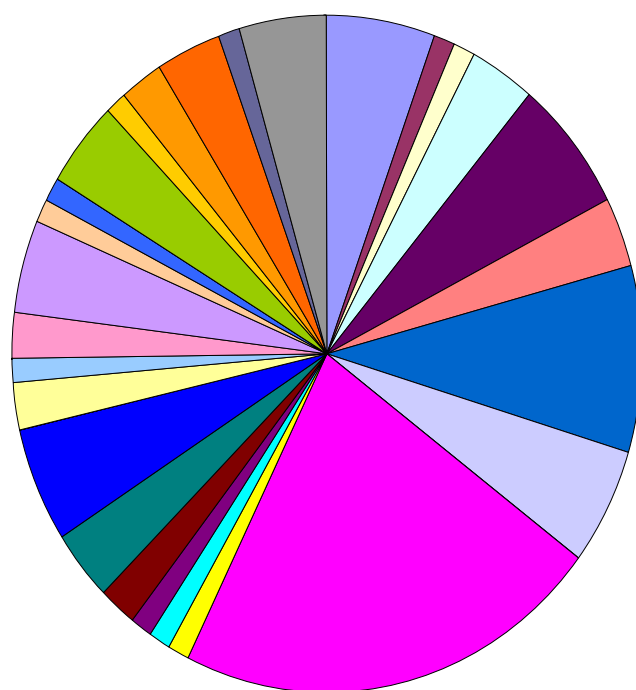


рис.3



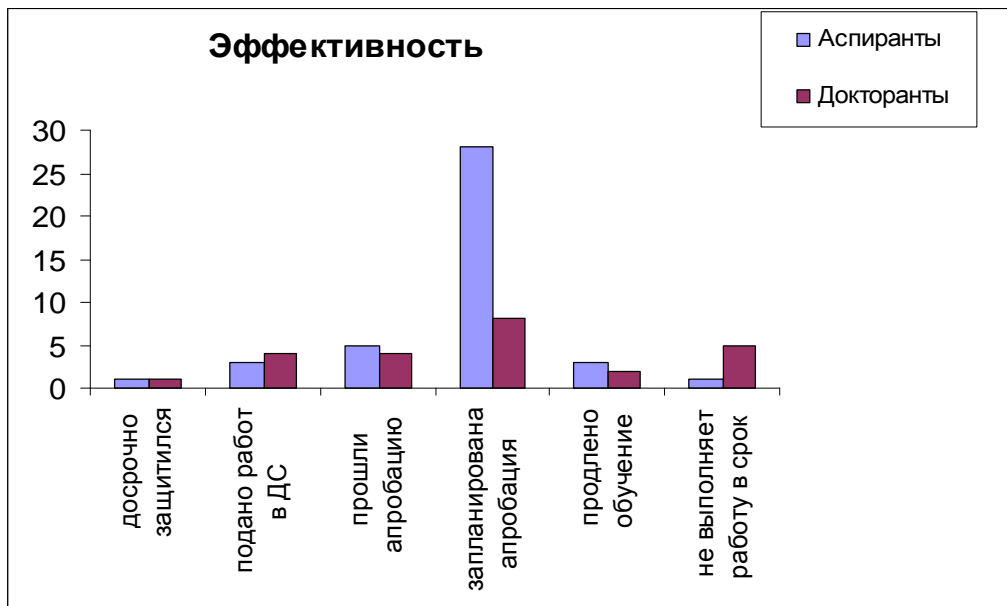
Клиническая ординатура 2004/05 уч.год



- хирургия
- серд-сос. хирургия
- детская хирургия
- болезни уха, горла, носа
- педиатрия
- травматология и ортопедия
- внутренние б-ни
- ВОП
- гастроэнтерология
- аку-гинекология
- стоматология
- фтизиатрия
- инф.б-ни
- психиатрия
- ревматология
- кардиология
- фармакология, клин. фармакология
- пат. анатомия
- онкология
- инфек. б-ни
- нервные б-ни
- эндокринология
- глазные б-ни
- аллергология и иммунология
- наркология
- гематология и переливание крови
- медицина труда
- судебная медицина
- урология
- луч. д-ка и луч. терапия
- анест-реаниматология
- кожные и венерические б-ни

Рис.4

Вместе с тем, сегодня необходимо акцентировать внимание на эффективности подготовки научных кадров. Так, в соответствии с Правилами о послевузовском профессиональном образовании аспиранты и докторанты, обучающиеся по государственному образовательному заказу, должны завершить обучение предварительной защитой диссертации. Однако согласно проведенному анализу результативности обучения аспирантов и докторантов приема 2002 года картина складывается таким образом: только 85% аспирантов и 65% докторантов выполняют план обучения, что является свидетельством недостаточной эффективности подготовки научных кадров в вузах и НИИ республики. Рис.5



Повышение ответственности руководителей медицинских организаций образования и науки, научных руководителей, аспирантов, докторантов за выполнение плана подготовки и своевременного представления диссертационной работы в Совет по защите диссертаций – очевидная необходимость. При этом одним из механизмов решения данного вопроса является право МЗ РК, регламентированное Правилами подготовки медицинских и фармацевтических работников в клинической ординатуре, магистратуре, аспирантуре и докторантуре не размещать государственный заказ в те организации, где обучение соискателей не завершается предварительной защитой.

Стабилизация экономического положения страны позволяет значительно увеличить расходы государственного бюджета на образование. Так, ежегодно возрастает объем финансирования образования и на сегодняшний день стоимость подготовки одного магистранта составляет 132, аспиранта - 92, клинического ординатора - 94 тыс. тенге. Впервые, с 2006 года включены финансовые средства на оплату труда научных консультантов в размере 50 часов на одного докторанта в год.

Рис.6



Вместе с тем, сохраняющееся на сегодняшний день слабое материально-техническое оснащение медицинских организаций образования и науки не позволяет проводить научные изыскания на высоком исследовательском уровне. В этой связи, для рационального использования выделяемых средств, Правилами планирования и расчета расходов на подготовку научных кадров конкретизированы статьи расходов на обучение, также предусмотрены расходы на профессиональную практику магистрантов, на приобретение учебно-методической литературы, работу в «Интернете» и приобретение электронных учебников, приобретение оборудования, приобретение, изготовление и сохранение биологических материалов, наглядных пособий для учебного процесса и научно-исследовательской работы.

В Послании Президента народу Казахстана от 19 марта 2004 года «К конкурентоспособному Казахстану, конкурентоспособной экономике, конкурентоспособной нации!» впервые в качестве одной из первоочередных задач определена подготовка менеджеров системы здравоохранения, управления ресурсами и финансирования отрасли. Государственной программой реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы с целью совершенствования управления отраслью здравоохранения предусмотрена подготовка менеджеров здравоохранения. Обеспечение отрасли специалистами данного профиля проводится как путем повышения квалификации и переподготовки кадров, так и подготовки в магистратуре - с 2005 года впервые на подготовку менеджеров системы здравоохранения, управления ресурсами и финансирования отрасли выделено 50 мест для обучения в магистратуре.

Подготовка магистрантов будет осуществляться в соответствии с разработанными и утвержденными Государственными общеобязательными стандартами образования РК по специальности «6N1101 – Медицина». Для подготовки указанных специалистов Высшей школой общественного здравоохранения получена лицензия на осуществление данного вида образовательной деятельности. Таким образом, 2005/2006 учебного года будет осуществляться подготовка специалистов новой формации, ориентированных на международное образовательное пространство.

В настоящее время в республике проводятся мероприятия по реформированию системы образования. Так, разработана и утверждена Указом Президента РК Государственная программа развития образования в Республике Казахстан на 2005–2010 годы, целью которой является модернизация национальной системы многоуровневого образования для повышения качества подготовки человеческих ресурсов и удовлетворения потребностей личности и общества. Программой предусмотрен ряд мер, среди которых:

- создание целостной трехступенчатой модели подготовки кадров (бакалавриат – магистратура – докторантура), основанной на аккумулирующей кредитной системе обучения;
- формирование единой образовательной информационной среды;
- интеграция с мировым образовательным пространством.

С целью проведения серьезных преобразований в области медицинского и фармацевтического образования, повышения уровня оказания медицинской помощи и улучшения здоровья граждан уполномоченным органом в сфере медицинского и фармацевтического образования разработан проект Концепции реформирования медицинского и фармацевтического образования РК до 2010 года.

В соответствии с данной Концепцией послевузовское медицинское и фармацевтическое образование будет включать резидентуру, магистратуру и докторантуру (PhD).

В резидентуре могут продолжить обучение по узким клиническим направлениям специалисты, прошедшие интернатуру. Сроки обучения будут зависеть от профиля специализации (2-4 года). По окончании резидентуры будет предусмотрена

государственная аттестация по профилю специализации с выдачей соответствующего документа. К самостоятельной клинической практике по специальностям узкого клинического профиля будут допускаться лица, закончившие резидентуру. В магистратуре по медицинским и фармацевтическим специальностям смогут продолжить обучение специалисты, имеющие академическую степень бакалавра. В рамках магистратуры предполагается подготовка по двум направлениям - профильная углубленная подготовка и научно-педагогическая подготовка. Образовательные программы магистратуры будут предполагать научно - методологическую направленность обучения и углубленную специализированную подготовку в соответствующей области. Предполагается существенное расширение специальностей для профильной и научно-педагогической подготовки в магистратуре. Выпускникам магистратуры будет присваиваться академическая степень "магистр" медицины или фармации по профилю специальности. Магистры будут иметь право продолжить обучение в докторантуре.

Докторантура явится завершающим образовательным уровнем подготовки научных и научно-педагогических кадров. В докторантуру (PhD) будет трансформирована ныне существующая аспирантура, соискательство, предоставление творческих отпусков, традиционная докторантура по медицинским и фармацевтическим специальностям и все другие формы подготовки диссертаций.

Лицам, освоившим программу докторантуры и защитившим докторскую диссертацию, будет присваиваться академическая степень доктора философии (PhD) по различным направлениям медицины, фармации.

Согласно Концепции, система послевузовского медицинского и фармацевтического образования будет соответствовать потребностям рыночной экономики, процессам глобализации, общепризнанным международным требованиям, повысит интерес молодежи к получению академической степени, решит проблему обновления научно-педагогических кадров в области медицины и фармации.

МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОДБОРА ПЕРСОНАЛА ДЛЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Абзалова Р.А., Хамзина А.К.

Модельная семейная врачебная амбулатория «Демеу» г. Астана,
Департамент здравоохранения г. Астаны.

Управление людьми появилось одновременно с возникновением первых форм человеческих организаций - племён, общин и кланов. Сегодня управление персоналом превратилось в особую функцию менеджмента, требующую специальных знаний и навыков, а в организациях создаются специальные подразделения, занимающиеся человеческими ресурсами. Одновременно с ростом значимости таких подразделений для организации происходит расширение их деятельности - администрирование льгот и поддержание отношений с профсоюзами, дополнилось подбором, обучением и развитием персонала, созданием систем компенсации, развития карьеры, коммуникации. В настоящее время главные задачи кадровых служб концентрируются вокруг следующего спектра проблем:

- поиск, вербовка и отбор персонала;
- профессиональная адаптация и обучение сотрудников;
- определение зарплат и льгот;
- аттестация и перестановка кадров;
- социальная защита персонала;

— юридические и дисциплинарные аспекты управления человеческими ресурсами.

Но подбор кадров – остается одним из наиболее ответственных этапов в управлении персоналом. При этом строгие требования к подбору сотрудников позволяют не только отобрать лучших специалистов, но и напомнить тем, кто уже работает, какие высокие требования предъявляются к персоналу. Подбор кадров можно представить как единство научно-методического, организационного, кадрового, материально-технического и программного аспектов. Рассмотрим их подробнее.

Научно-методическое обеспечение определяет общую методологию отбора, научные принципы, методы и критерии, предъявляемые к кандидатам. Большое значение имеют оценка и проверка эффективности подбора, анализ и обобщение данных, разработка рекомендаций по совершенствованию работы кадровых служб.

Организационное обеспечение подбора кадров – это комплекс научно-обоснованных мероприятий, проводимых одновременно или последовательно на разных этапах работы с целью сокращения сроков и повышения качества отбора.

Кадровое обеспечение подбора – это привлечение всех необходимых специалистов на разных этапах работы: руководителей высшего звена, руководителей соответствующих подразделений, специалистов-мастеров, психологов, юристов, экономистов, внешних экспертов.

Материально-техническое обеспечение отбора - необходимое финансирование проводимых мероприятий и оснащенность их требуемой организационной техникой.

Программное обеспечение предусматривает автоматизацию отдельных этапов подбора кадров с использованием соответствующих компьютерных программ.

Как известно, профессия медика – одна из самых гуманных. Главная цель профессиональной деятельности врача – сохранение жизни человека и улучшение ее качества путем оказания медицинской помощи вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности человека, его социального и экономического статуса, религиозных и политических убеждений. И вопросы профессионализма медицинского работника сегодня приобретают совершенно особую актуальность и остроту.

К сожалению, понятие «профессионализм» пока еще отсутствует в большинстве словарей. Чаще всего под этой категорией понимают высокий, устойчивый уровень знаний, умений и навыков, позволяющий достигать наибольшей эффективности в профессиональной деятельности. Профессионализм может также рассматриваться как своеобразная норма регуляции поведения и деятельности, накладывающая на специалиста определенные обязательства.

Анализ последних исследований в области изучения профессиональной компетентности позволяет выделить следующие группы показателей профессионализма личности и деятельности медика.

1. Показатели объективного и субъективного характера.

- объективные показатели: насколько человек соответствует требованиям профессии, его вклад в практику;
- субъективные показатели: насколько профессия соответствует требованиям личности, ее склонностям, насколько человек удовлетворен профессиональной деятельностью.

2. Процессуально-результативные показатели.

- процессуальные показатели включают нормативно-этические показатели; показатели наличного базиса (те результаты, которых специалист достиг в работе); прогностические (ищет ли человек перспективы роста, какова зона его ближайшего личностного и профессионального развития); показатели обучаемости (стремление к образованию, повышению квалификации, готовность к обмену опытом с коллегами); показатели социальной активности и технологические показатели;

— результативные показатели - прямые (оценка результатов труда) и косвенные (оценка деятельности работника по качествам).

С другой стороны профессия медика сопряжена со специфическим риском, так как в своей деятельности он имеет дело часто с неблагополучными, переживающими стресс, страдающими людьми, за здоровье и жизнь которых он берет на себя ответственность. Медицина предъявляет довольно жесткие требования к психофизиологическим особенностям специалиста-профессионала. Врачам, по роду деятельности вовлеченным в длительное напряженное общение с другими людьми, как и другим специалистам системы «человек-человек», свойственно профессиональное заболевание, известное как «синдром эмоционального сгорания». Этот феномен также может быть отнесен к деформациям профессиональной деятельности.

Указанное еще раз подтверждает то обстоятельство, что необходимы научно-обоснованные методы отбора, адаптации и профилактики профессиональных рисков.

Вернемся к методам и процедурам подбора кандидатов на вакантные должности.

1. Поиск внутри организации. Прежде чем выйти на рынок труда большинство организаций пробуют искать кандидатов в «собственном доме». Наиболее распространенными методами внутреннего поиска являются объявления о вакантном месте во внутренних средствах информации: газетах предприятия, стенных газетах, специально изданных информационных листках, а также обращение к руководителям подразделений с просьбой выдвинуть кандидатов и анализ личных дел с целью подбора сотрудников с требуемыми характеристиками. Поиск внутри организации, как правило, не требует значительных финансовых затрат, способствует укреплению авторитета руководства в глазах сотрудников. В то же время, внутренний поиск часто наталкивается на сопротивление со стороны руководителей подразделений, стремящихся «скрыть» лучших сотрудников и сохранить их «для себя». Кроме того, при поиске кандидатов внутри организации возможности выбора ограничены числом ее сотрудников, среди которых может не оказаться необходимых людей.

2. Подбор с помощью сотрудников. Отдел кадров может обратиться к персоналу организации с просьбой оказать помощь и заняться неформальным поиском кандидатов среди своих родственников и знакомых. Этот метод привлекателен, во-первых, низкими издержками, а, во-вторых, достижением довольно высокой степени совместимости кандидатов с организацией за счет их тесных контактов с представителями организации. Но рядовые сотрудники не являются профессионалами в области подбора кандидатов, не всегда владеют достаточной информацией о рабочем месте, вознаграждении и т.д., часто не объективны в отношении потенциала близких им людей.

3. Самопроявившиеся кандидаты. Практически любая организация получает письма, телефонные звонки и другие обращения от людей, занятых поисками работы. Не имея потребности в их труде в настоящий момент, организация не должна просто отказываться от их предложения – необходимо поддерживать базу данных на этих людей; их знания и квалификация могут пригодиться в дальнейшем. Поддержание таких баз данных обходится недорого и позволяет иметь под рукой представительный резерв кандидатов.

4. Объявления в средствах массовой информации – на телевидении, радио, в прессе. Основное преимущество данного метода – широкий охват населения при относительно низких издержках. При этом недостатки являются обратной стороной преимуществ – объявления в средствах массовой информации могут привести к огромному наплыву кандидатов, большинство из которых не будут обладать требуемыми характеристиками. Чтобы избежать этого объявления можно поместить в специальной литературе. Подобная сфокусированность поиска ограничивая число потенциальных кандидатов, обеспечивает более высокий уровень их профессионализма и значительно облегчает последующий отбор.

5. Выезд в институты и другие учебные заведения. Многие ведущие организации постоянно используют этот метод для привлечения молодых специалистов. Выезжая в

учебные заведения, организация проводит презентацию компании, организуя выступления руководства, демонстрацию продукции, видеофильмов организации, отвечая на вопросы студентов и проводя собеседования с будущими выпускниками, заинтересовавшимися их организацией. Этот метод является очень результативным для привлечения определенного типа кандидатов – молодых специалистов. В то же время область применения данного метода ограничена, так как едва ли кто-либо отправится искать генерального директора в институт.

6. Государственные агентства занятости. Правительства большинства современных государств, способствуют повышению уровня занятости населения, создавая для этого специальные органы, занятые поиском работы для обратившихся за помощью граждан (бюро по трудоустройству). Каждое бюро имеет базу данных. Организации, занятые поиском сотрудников, имеют доступ к этой базе данных. Использование государственных агентств дает возможность провести сфокусированный поиск кандидатов при незначительных издержках. Однако данный метод редко обеспечивает широкий охват потенциальных кандидатов.

7. Частные агентства по подбору персонала. Подбор персонала превратился за последние 30 лет в бурно развивающуюся отрасль экономики, во многих странах, в том числе и у нас сегодня существуют частные компании, специализирующиеся в этой области. Каждое агентство имеет свою базу данных, а также осуществляет специальный поиск кандидатов в соответствии с требованиями клиента. Частные агентства обеспечивают достаточно высокое качество кандидатов, их соответствие требованиям клиента и, тем самым, значительно облегчают дальнейший процесс отбора. Высокие издержки являются фактором, ограничивающим широкое применение данного метода, который используется в случаях поиска руководителей и специалистов, оказывающих значительное влияние на функционирование организации.

Анализ представленных выше методов подбора кандидатов позволяет сделать простой, но исключительно важный вывод – не существует одного оптимального метода, поэтому отдел человеческих ресурсов должен владеть всем набором приемов для привлечения кандидатов и использовать их в зависимости от конкретной задачи. Большинство специалистов сходятся во мнении, что для успешной организации поиска кандидатов следует руководствоваться двумя основными правилами:

- всегда проводить поиск кандидатов внутри организации;
- использовать, по меньшей мере, два метода привлечения кандидатов со стороны.

Литература:

1. Мескон М.Х., Альберт И., Хедоури Ф. Основы менеджмента. – М.: Демос, 1995. – 704с.
2. Шекшня С.В. Управление персоналом современной организации. – М.: Интел-синтез, 1997. – 336 с.
3. Литвинцева Н.А. Психологические аспекты подбора и проверки персонала. – М.: «Интел-синтез», 1997. – 400 с.
4. Черчикова И.Н. Менеджмент. – М.: «ЮНИТИ», 1995. – 480 с.

ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БИОЭТИКИ

Садыкова А.Б.

Предпосылки биоэтики были заложены Аристотелем в рамках общей этики. Он рекомендовал в научном поиске поступать рассудительно, так как одержимый жаждой удовольствия может оказаться во власти зла.

Родоначальником создания трактатов об этике был Гиппократ, который является автором сочинений этического направления: «Клятва», «Закон», «О враче», «О благоприличном поведении», «Наставления», которые превратили научную медицину Гиппократа в гуманную медицину.

У истоков современной этики стоял В.Р. Паттер, который дал определение биомедицинской этики, как междисциплинарному научному направлению, объединяющему медико-биологические знания и человеческие ценности.

Появившаяся в 70-х г.г. XX в. Биоэтика была своего рода «криком о помощи» со стороны тех людей, которые сами не занимались медицинскими и биологическими исследованиями, но оказались поставленными перед лицом риска и их отрицательных последствий, которые врачи и ученые не знали как избежать, или которые они не всегда хотели контролировать. Но стремительное развитие медицины и биологии порождало новые вопросы, касающиеся не только врачей и ученых, а всех и каждого. Медицина, которая на протяжении долгого времени была христианской профессией, проповедовавшей высокие идеалы гуманного и участливого отношения к больному, становилась все более совершенной в техническом плане. Сегодня медицинская наука в своем увлечении техническим прогрессом отчасти утратила свое человеческое лицо, что породило в свою очередь нравственные проблемы при научных исследованиях.

Особо остро вопросы этики биомедицинских исследований стали осуждаться после Второй Мировой войны, когда нацистские врачи умертвили в концлагерях 70 тысяч человек: людей с физическими недостатками, считавшихся «бесполезными» для общества, душевнобольных, цыган и маргиналов.

Ими была разработана чрезвычайно эффективная программа эвтаназии. Вопреки Клятве Гиппократа нацистские врачи ставили злодейские опыты на военнопленных, тем самым подорвав честь профессии врача. Именно на Нюрнбергском процессе мир впервые подверг сомнению добросовестность врачей и врачебную этику. Такого же рода злодейские опыты ставились врачами в Японии во время Второй Мировой войны.

Случаи нарушения медицинской этики вызвали скандал в США, когда в 1963 году в Бруклине в Еврейской больнице престарелым пациентам без их согласия в качестве эксперимента были введены активные раковые клетки. В период между 1965 и 1971 годом в Государственной больнице г. Нью-Йорк в виде эксперимента детям с физическими недостатками вводился вирус гепатита.

Людям стало ясно, что биолого-медицинские исследования могут приводиться с нарушениями прав пациента и исследуемого. В последнее время все большее количество международных общественных организаций встают на защиту прав человека, участвующего в эксперименте и клинических исследованиях.

В Республике Казахстан с 1995 года Ассоциация врачей и провизоров Казахстана активно вовлекает в диалог о создании этических комитетов в стране все большее количество представителей науки, медицинской практики и общества в целом. Сегодня имеются позитивные сдвиги в законодательстве Республики Казахстан в сторону защиты прав пациента, участвующего в клинических испытаниях. Впереди большая работа по внедрению механизма контроля над этикой биомедицинских исследований, которая должна осуществляться не только в системе здравоохранения, но и во всех сферах научного поиска.

ИНТЕНСИВНЫЕ ТРЕНИНГИ ПО БИОЭТИКЕ В КАЗАХСТАНЕ

Кульжанов М.К., Харун-Ар-Рашид, Сарымсакова Б.Е.

Высшая школа общественного здравоохранения (Алматы)

Бангладешский Совет по медицинским исследованиям (Бангладеш)

В связи с бурным развитием новых медицинских технологий и ростом научных исследований с вовлечением человека в качестве субъекта исследования во всем мире очень большое внимание уделяется этической экспертизе такого рода вмешательств. Созданы специальные органы для проведения этической экспертизы – Комитеты (комиссии) по этике, а также целый ряд международных документов, регламентирующих работу таких Комитетов (комиссий). Целью работы Комитетов по этике и проведения ими этической экспертизы научных исследований является защита прав и обеспечение безопасности здоровья участников исследования. Проведение этической экспертизы требует от членов Комитетов по этике высокой компетентности не только в определенном научном направлении, но и знаний в области биоэтики, которая интенсивно развивается как междисциплинарное направление современной науки. В связи с этим особое значение приобретают образовательные программы в области биоэтики как для ученых, так и для членов Комитетов по этике научных исследований. Обучение казахстанских ученых вопросам биоэтики является необходимым в настоящем контексте развития научных исследований в здравоохранении. Важно, чтобы в Казахстане была сформирована ключевая группа научных работников, знакомых с вопросами биоэтики в медицинской науке для дальнейшей работы.

Высшая школа общественного здравоохранения внедряет вопросы этики научных исследований в области здравоохранения в свои образовательные программы с 2001 года. Начиная с 2002 года, ВШОЗ стала участником международной программы «Интенсивные тренинги по биоэтике» совместно с Бангладешским Советом по медицинским исследованиям при финансовой и технической поддержке Международной Премии по Образованию в сфере Биоэтики и Развитию Карьеры Международного Центра Фогарти (FIC) и Национального Института Здоровья (NIH), США

Директором программы является профессор Харун-Ар-Рашид, MD, MSc, PhD, директор Бангладешского Совета по Медицинским Исследованиям (BMRC) и член/секретарь Комитета по этике этого Совета, который считается Национальным Комитетом для Страны. Он прошел обучение в области эпидемиологии, международного управления здравоохранением, управлении научными исследованиями, планирования и управления информационными системами и этике научных исследований в признанных международных учреждениях, таких как Центр Контроля и Профилактики Инфекционных Заболеваний (CDC), Управления Наукой для Здравоохранения (MSH), и Гарвардская Школа Общественного Здравоохранения (HSPH).

Программа имеет два компонента: казахстанский и бангладешский. Консультантом по Казахстану является профессор Кульжанов М.К., Ректор ВШОЗ; координатор программы – д.м.н. Сарымсакова Б.Е., Ученый секретарь ВШОЗ.

Консультанты программы со стороны международных организаций– д-р Аднан А. Хайдер (США), проф. Питер А. Сингер (Канада), д-р Васанта Мутхусвами (Индия), проф. Зульфикар А. Бхутта (Пакистан).

Продолжительность программы – четыре года. Программа включает следующие основные пункты:

- 1: Разработка полного учебного плана/программы для семинара по биоэтике;
- 2: Проведение обучения биоэтике научных исследований для молодых ученых различных научных специальностей.

Программа обучения для интенсивного семинара по этике научных исследований была разработана в Высшей Школе Общественного Здравоохранения в 2002-2003 г. Эти процедуры включали семинар, обсуждение в рабочих группах и совещания. Всего в разработке программы семинара приняли участие около 20 специалистов из различных научно-исследовательских учреждений страны. Во время разработки программы обучения был определен преподавательский состав для проведения интенсивного семинара по этике научных исследований в Казахстане. Программа семинара была утверждена Консультативным Комитетом, который будет осуществлять общее управление программой, ее мониторинг и оценку. Программа была переведена на английский язык и направлена на рецензию международным консультантам для внесения предложений по ее усовершенствованию. В этот же период были разработаны формы оценки знаний курсантов и общей оценки семинара.

Семинар предназначен для молодых ученых, выполняющих исследования по различным научным специальностям. Всего планируется обучить 50 человек в течение трех семинаров продолжительностью пять дней. Основной целью обучения этике научных исследований является улучшение этической практики при проведении научных исследований; повышение осведомленности об этических вопросах при проведении научных исследований с вовлечением человека, обеспечение базовых и прикладных знаний по этике научных исследований с акцентом на международных аспектах, и знакомство слушателей с существующими руководствами по этике.

Семинар будет особенно выделять вопросы этики, относящиеся к международным научным исследованиям в сфере здравоохранения. Содержание семинара будет включать: исторические перспективы этики, относящейся к научным исследованиям в здравоохранении; международные декларации и руководства по научным исследованиям с вовлечением человека; информированное согласие; конфиденциальность; мотивацию; этику клинических исследований; этику популяционных и демографических исследований; этические вопросы научных исследований репродуктивного и детского здоровья; функции Комитетов по этике; руководства по этической экспертизе; проведение научных исследований в развивающихся странах; религия и культура в этике и др.

Преподавательский состав семинара включает ключевых национальных экспертов, имеющих соответствующий профессиональный и преподавательский опыт в области философии, законодательства, общественного здравоохранения, эпидемиологии, репродуктивного здоровья, генетики и т.д. Одним из основных преподавателей является директор программы проф.Харун-Ар-Рашид, который имеет опыт проведения подобных семинаров и в совершенстве владеет русским языком. Всего приглашено 10 преподавателей для проведения данного семинара.

Для участия в данном семинаре приглашаются лица, выполняющие научные исследования в сфере биомедицины, клиники и общественного здравоохранения. Уведомления рассылаются во все медицинские институты, университеты, государственные и негосударственные медицинские организации. Слушатели отбираются по рекомендации самих учреждений. Глава учреждения должен выбрать нескольких кандидатов для участия в семинаре согласно критериям отбора, которые изложены в информационном письме. Кандидаты должны показать свое участие в научных

исследованиях и опыт научно-исследовательской работы должен составлять минимум 3 года. Этот семинар предназначен для молодых специалистов до 35 лет. Критерии отбора были предложены и утверждены в течение периода разработки программы обучения. Кандидаты высылают все необходимые документы, включая рекомендации руководителей учреждения, в адрес Организационного комитета семинара (ОКС). Отбор потенциальных участников проходит на конкурсной основе и утверждается на заседании ОКС. Организация семинара выполняется руководством Высшей Школы общественного здравоохранения (ВШОЗ), Алматы, Казахстан. Слушатели получают сертификаты, подписанные Ректором, Ученым секретарем Высшей Школы общественного здравоохранения и Директором программы. Согласно Программе, всего будет обучено 50 молодых ученых из всех регионов Казахстана.

Для усиления качества Программы необходимое внимание будет уделено оценке, которая будет непрерывным процессом, основанным на задачах, методах и стандартах. Две основные части: разработка программы обучения и обучение будут оцениваться одновременно. Соответствие учебной программы потребностям слушателей будет оцениваться регулярно. Оценка обучения будет направлена на измерение реакции обучаемых, получаемые знания, навыки, отношение и их практическое применение.

Оценка обучения предоставит основу для непрерывного изменения процесса обучения (дополнение, удаление, пересмотр расписания, последовательности и т.д.) для того, чтобы лучшим образом соответствовать потребностям слушателей. И преподаватели, и слушатели будут вовлечены в процесс оценки.

Оценка обучения слушателей будет проведена через измерение индекса изучения с использованием следующей формулы:

$$\text{Индекс Изучения} = \frac{\text{Счет после обучения (\%)} - \text{Счет до обучения (\%)}}{100 - \text{Счет до обучения (\%)}} \times 100$$

Во время действия программы будут организованы непосредственные встречи со слушателями, групповые дискуссии, визиты на места, отчеты Консультативному Комитету, вовлечение международных Консультантов. Для оценки обучения и программы обучения будет использована структурированная анкета.

Система Отслеживания Слушателей:

Во время проведения очередного семинара электронные адреса всех слушателей будут собираться (включая слушателей из Казахстана) для будущих связей. Слушателям будет предложено ответить на электронные анкеты в течение двух лет после завершения курса. Эти ответы выявят воздействие данного курса на рабочую деятельность слушателей

Для управления программой созданы следующие комитеты:

1. Организационный Комитет Семинара (ОКС): Для отбора слушателей и организации семинара в Казахстане ректором Высшей Школы Общественного Здравоохранения сформирован Организационный Комитет Семинара. Максимальное количество членов Комитета не должно превышать 5 человек.

Видами деятельности Комитета будет организация совещаний по разработке программ обучения семинара и определение критериев отбора кандидатов для участия в семинаре.

2. Консультативный Комитет (КК): Консультативный Комитет возглавляется ректором Высшей Школы общественного здравоохранения. Он состоит из 7 человек. Ученый

секретарь ВШОЗ будет являться членом/секретарем Комитета, 5 других членов будут из числа руководителей других медицинских и научных учреждений г. Алматы. Консультативный Комитет будет оценивать, и отслеживать все действия по программе.

Годовой Отчет Программы (ГОП) будет подготовлен в конце каждого года для представления в Международный Центр Фогарти (ФИС). Отчет будет включать рекомендации различных консультантов, оценку курса и программы. Глава о деятельности международного компонента (Казахстан) будет переведена на русский язык для предоставления всем членам Комитетов. Будет опубликован учебник по интенсивному семинару на русском и английском языках. Русская версия учебника будет распространена среди других стран Центрально-Азиатского региона

Литература:

1. The Council on Health Research for Development. *Report of Activities 1998-2000*. COHRED Document 2000-7. Geneva, Switzerland, September, 2000: 5.
2. Global Forum for Health Research. *The 10/90 Report on Health Research*, 2000. Global Forum for Health Research, Geneva 2000; 3.
3. Iglehart J. American health services: expenditure, *N Eng J Med*. 1999; 3-10: 70-6.
4. World Health Organization (1999); *Research strategy and mechanisms for cooperation.* Report of the Secretariat to the 104th Session of WHO Executive Board, Geneva (Document EB 104/2).
5. International Conference on Health Research for Development. *Health Research for Development: The continuing challenge*. A discussion paper prepared for International Conference on Health Research for Development, Bangkok 10-13 October, 2000: 16-30.
6. International Conference on health Research for Development. *Regional Consultative Process: Regional Report Summaries*. Africa, Asia, Caribbean, Central and Eastern Europe and the Newly Independent States, Eastern Mediterranean and Latin America. Bangkok 10-13 October, 2000: 25 — 45.
7. World Bank. *World Development Report 2000/2001 - Attacking Poverty*. World Bank, 2000: 280.
8. Costello A, Zumla A. Moving to research partnership in Developing Countries, *BMJ*, 2000; 321: 827-9.
9. Singer PA. Beyond Helsinki: a vision for global health ethics. Improving ethical behaviour depends on strengthening capacity. *BMJ*, 2001 (322): 747-8.
10. Virmani BR, Seth P. *Evaluating Management Training and Development*. Vision Books Pvt. Ltd., Delhi, 1985: 77.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ НЕКОТОРЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ПОДРОСТКОВ

Кульжанов М.К., Мергенова Г.А., Сарымсакова Б.Е., Балабаев Т.Ф.

Считается, что по сравнению с другими возрастными группами, подростки это относительно здоровая группа населения. Ни в одном из других периодов жизни уровни смертности не бывают такими низкими, как в период от 10 до 15 лет. (OECD, 1996). Тем не менее, это группа населения, которая характеризуется специфическими проблемами здоровья (Millstein et al, 1993; Schulenberg et al., 1997), обусловленными морфо-функциональными, психическими и социальными особенностями подросткового возраста, такими как травматизм, приобщение к табакокурению, алкоголю, наркотическим средствам, насилие, ранняя беременность, суицид, инфекционные и неинфекционные заболевания [1].

Курение и алкоголь является самыми распространенными вредными привычками. В настоящее время употребление алкоголя является публичным, в 1996 году ежегодное употребление алкоголя превышало 10 литров в более чем 15 странах мира [2]. Очевидно, что употребление алкоголя оказывает неблагоприятное влияние на здоровье молодых людей и связано с психологическими проблемами, спонтанной и незащищенной сексуальной активностью, конфликтами с друзьями, агрессивным поведением [3,4].

В Казахстане число курильщиков (курят, по крайней мере, несколько раз в неделю) составляет 37% от взрослого населения (18 лет и старше), или примерно 3600 тысяч человек, не включая несовершеннолетних курильщиков [5]. Устойчивая модель табакокурения формируется еще в подростковом возрасте, в связи с этим изучение факторов способствующих приобщению к табакокурению в подростковом возрасте является особенно важным для организаций, которые ответственны за разработку профилактических программ, направленных, прежде всего на предотвращение первого опыта курения и, тем более, на предотвращение формирования модели регулярного курения. При этом необходимо помнить, что ни один фактор не оказывает столь сильного воздействия на формирование подростков, как их пол так как во всех странах мира существуют бесчисленные неписанные культурные нормы и социальные стереотипы определяющие практически с момента рождения поведение женщин и мужчин. В процессе социализации подростки усваивают гендерные стереотипы поведения принятые в обществе, которые оказывают влияние на формирование поведенческих факторов риска подростков [6].

В связи с этим необходимо изучение гендерных различий поведенческих факторов риска подростков для разработки чувствительных к гендерному фактору профилактических мероприятий.

Целью исследования явилось изучение гендерных различий поведенческих факторов риска подростков.

Материалы и методы.

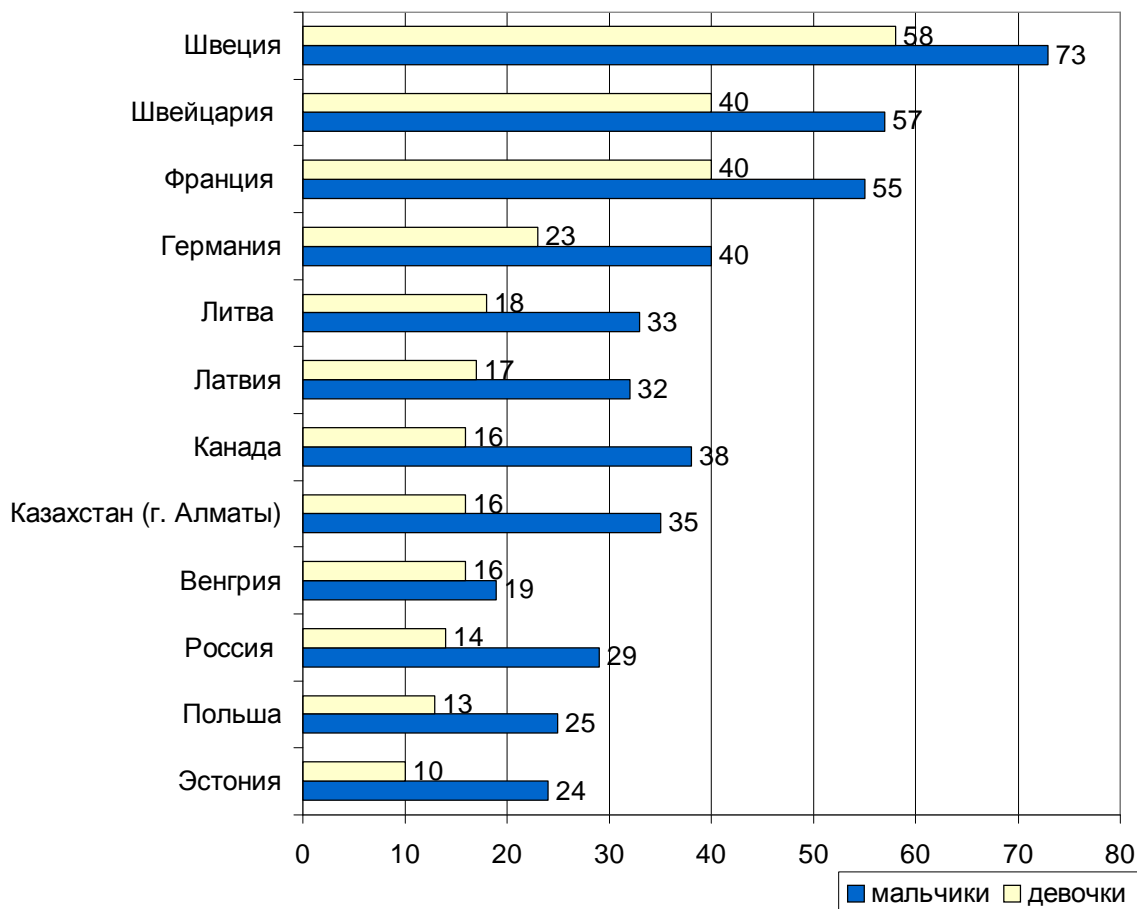
В рамках проекта Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Health Behavior in School-aged Children (HBSC) при поддержке Департамента Образования г. Алматы проведен анкетный опрос 3261 школьника в возрасте 11-16 лет, по анкете ВОЗ, адаптированной для Казахстана. Была использована гнездная выборка, где гнездовой совокупностью являлся класс общеобразовательной школы. Математическую обработку проводили с использованием программы статистической обработки SPSS.

Результаты и обсуждение

Табакокурение. В городе Алматы среди 15-летних подростков $52 \pm 2,35\%$ мальчиков и $37 \pm 2,17\%$ девочек (достоверность гендерных различий для подростков г. Алматы $p <$

0,05) пробовали курить (Рисунок 1). По данным международного исследования HBSC среди 15-летних подростков из европейских стран пробовали курить больше мальчиков, чем девочек, однако в некоторых странах достоверных различий между мальчиками и девочками не было [7] (Рисунок 1).

Рисунок 1 15- летние школьники, которые пробовали курить



Зная, какое неблагоприятное воздействие оказывает курение на здоровье, а также что курение является основными воротами к употреблению других опасных для здоровья веществ, данные, что почти половина 15-16 летних подростков уже пробовали курить, вызывают огромное беспокойство.

В отношении регулярного курения было выявлено, что не реже одного раза в неделю в возрасте 11-16 лет курят 4,6% подростков, из них ежедневно курят 2,8% школьников. Не реже одного раза в неделю курят 5,9 % мальчиков, из которых 3,7% курят ежедневно. 3,4% девочек курят не реже одного раза в неделю, включая 2,0% девочек, которые курят каждый день. В возрасте 13-14 лет курят 2,2% подростков, а в возрасте 15-16 лет курят уже 6,7% подростков (достоверность возрастных различий $p < 0,01$). Не курят 93,8% школьников. По сравнению с данными международных исследований уровень регулярного курения среди подростков г. Алматы несколько ниже. Так, в среднем в 30 странах в 2001-2002 году около 84% молодых людей не курят. По данным HBSC исследования одна треть из 16% курящих, делают это менее чем один раз в неделю (5%) и другие две трети (11%) курят как минимум один раз в неделю, и 7% из них (почти половина курящих) курят ежедневно.

В соответствии со средним значением данных опроса в 30 странах количество курящих еженедельно растет с возрастом, от 2% среди 11-12 - летних, 8% среди 13-14-летних и до 24% среди 15-16-летних подростков [7].

Также как и в отношении еженедельного курения, ежедневное курение увеличивается с возрастом: в среднем по 30 странам: 1%, 5% и 18% среди 11-12, 13-14, 15-16- летних соответственно, при этом не менее 3% 11-12-летних, не более 10% среди 13-14-летних, и около 30% 15-16-летних подростков курят ежедневно.

Употребление алкоголя. По данным опроса подростков Алматы пробовали алкогольные напитки 43,2% мальчиков 11-12 лет, 57% мальчиков 13-14 лет и 78,3% 15-16 лет, для девочек эти показатели равны соответственно 31,8%, 47,2%, 78,6%. С возрастом количество детей пробовавших алкогольные напитки увеличивается (достоверность $p < 0,001$). Для детей 11-14 лет характерны гендерные различия с преобладанием мальчиков в группе детей пробовавших алкогольсодержащие напитки, однако к возрасту 15-16 лет этих различий уже не наблюдается. Достоверность гендерных различий для подростков 11-12 лет $p < 0,005$, для подростков 13-14 лет $p < 0,01$.

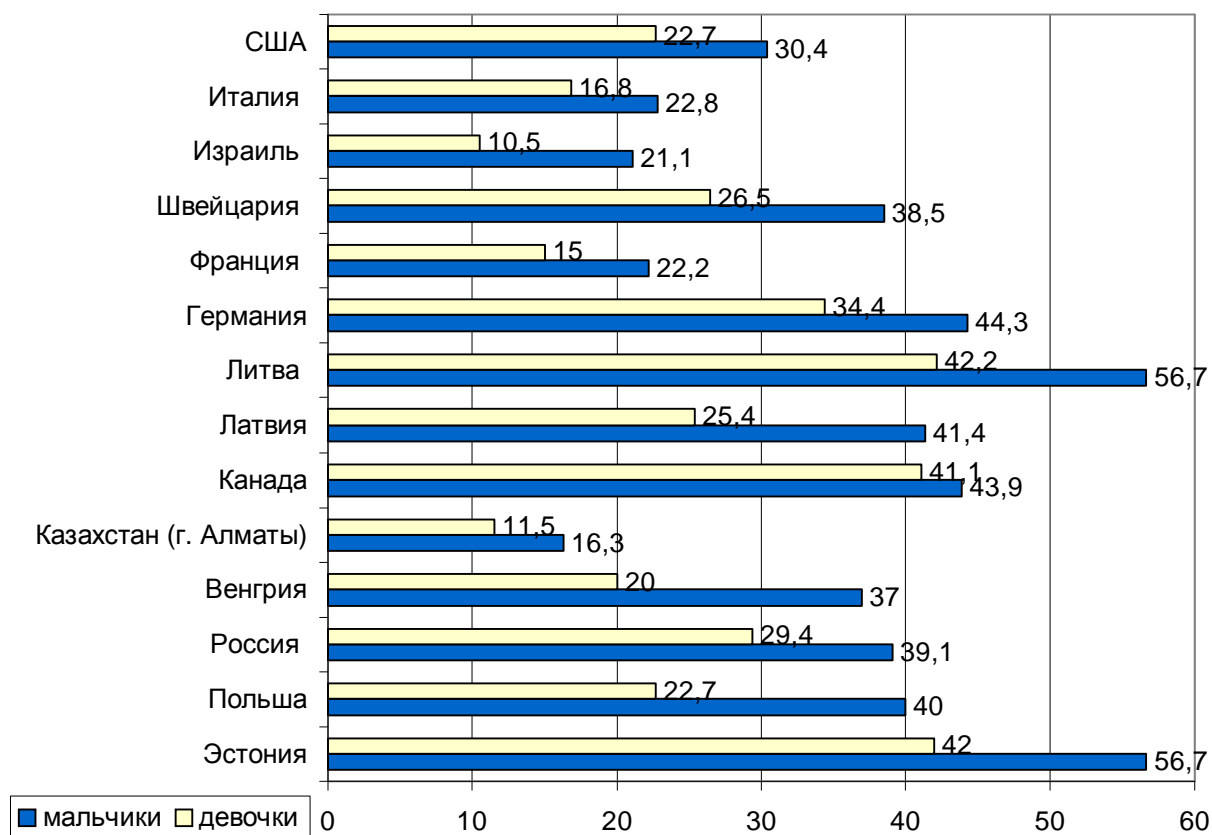
Так же как подростки Алматы молодые люди по данным международного исследования HBSC отдают предпочтение одному виду напитков – это пиво [8,9].

По данным нашего исследования пьют пиво не реже 1 раза в неделю 3,5% 11-12 летних, 4,9% 13-14 летних, 12,1% 15-16 летних мальчиков, для девочек соответствующие показатели равны 2%, 3,2%, 7,1%. По мере взросления увеличивается регулярное употребление пива (достоверность возрастных различий мальчиков и девочек $p < 0,001$). Гендерные различия характеризуются тем, что в группе детей 15-16 лет, употребляющих пиво, больше мальчиков (достоверность гендерных различий $p < 0,05$).

В среднем по данным международного исследования HBSC 5% 11-12-летних, 12% 13-14-летних и 29% 15-16-летних подростков подтвердили регулярное употребление алкогольных напитков. Мальчики чаще и более регулярно употребляют алкоголь, чем девочки, причем эта тенденция сохраняется во всех возрастных группах и регионах, и гендерные различия увеличиваются с возрастом [7].

В большинстве европейских стран имеются гендерные различия в отношении частоты эпизодов состояния опьянения, хотя среди подростков г. Алматы гендерных различий в отношении частоты эпизодов опьянения не было выявлено (Рисунок 2).

Рисунок 2 15-летние школьники, которые были пьяны 2 раза и больше



Имеется корреляционная зависимость средней силы между: употреблением пива и вина (коэффициент Спирмена 0,517, $p < 0,01$), употреблением вина и водки (коэффициент Спирмена 0,392, $p < 0,01$), а также корреляционная зависимость слабой силы между употреблением пива и водки (коэффициент Спирмена 0,302, $p < 0,01$). То есть те подростки, которые употребляют пиво чаще употребляют вино и водку, а те подростки которые употребляют вино чаще употребляют водку.

Таким образом, исследование показало, что существуют гендерные различия по ряду аспектов здорового образа жизни. Мальчики более подвержены таким факторам риска как табакокурение, о чем свидетельствуют более высокие частоты, как первого опыта курения среди мальчиков, так и более высокие уровни регулярного курения по сравнению с девочками, причем эта закономерность справедлива для изучаемых возрастных групп 11-12 лет, 13-14 лет, 15-16 лет. Эти данные согласуются с данными международных исследований, хотя следует отметить, что количество подростков г. Алматы пробовавших курить в среднем на 10% меньше, чем соответствующий средний показатель европейских стран. По данным нашего исследования количество еженедельных курильщиков также в 2-3 раза меньше, чем среднее количество еженедельных курильщиков в европейских странах.

При изучении уровней употребления алкогольных напитков были выявлены гендерные различия в отношении первого опыта употребления спиртных напитков в возрастных группах 11-12 лет и 13-14 лет, в возрасте 15-16 лет значимых гендерных различий уже не наблюдалось. Наиболее часто употребляемым алкогольным напитком является пиво, причем приблизительно с одинаковой частотой этот напиток употребляется как мальчиками, так и девочками г. Алматы. Хотя по данным международных исследований (HBSC) употребление алкогольных напитков характеризуется гендерными различиями, увеличивающимися с возрастом, однако для подростков г. Алматы эта закономерность наблюдается только среди подростков 15-16 лет. Гендерных различий в отношении частоты эпизодов опьянения среди подростков г. Алматы не было выявлено, хотя в большинстве европейских стран этот аспект

характеризуется значимыми гендерными различиями. По сравнению с данными международного исследования HBSC средние показатели еженедельного употребления пива подростками в европейских странах среди 13-15 летних подростков в 2 раза выше, чем среди подростков г. Алматы.

Однако, следует отметить, что употребление пива в подростковом возрасте является пусковым моментом для формирования устойчивого рискованного поведения в отношении употребления алкоголя, так как анализ корреляционных связей между употреблением различных видов спиртных напитков показал, что существует положительная корреляционная зависимость между употреблением пива и вина, между употреблением пива и водки и следовательно подростки, которые употребляют пиво чаще употребляют вино и водку, что может привести к формированию алкогольной зависимости во взрослом периоде жизни.

Поведение, которое обуславливает состояние здоровья в детстве и подростковом периоде является прогнозирующим в отношении заболеваемости и использования служб здравоохранения так как модели поведения, установившиеся на ранних стадиях жизненного цикла часто сохраняются и у взрослых. В дальнейшем, рискованное поведение в отношении здоровья может косвенно повлиять на образовательные планы и психосоциальное развитие [10-13]. Поэтому существующие гендерные различия поведенческих факторов риска должны учитываться при разработке различных профилактических программ в школах, тренингах, а также общественных акций, направленных на снижение табакокурения и употребления алкоголя подростками.

Литература:

1. Л.Н. Демурова, З.М. Ускенбаев, М.Н. Соенко, Подростковый возраст – период высокого риска. Здравоохранение Казахстана. 1996,1:54-55
2. Global status report on alcohol. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/HSC/SAB/99.11).
3. Murray CJL, Lopez A. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. *Lancet*, 1997, 349(9064):1436-1442
4. Wehler H. et al. Health and behavioral consequences of binge drinking in college – A national survey of students at 140 campuses. *JAMA*, 1994, 272:1671-1677.
5. Отношение населения к своему здоровью и системе здравоохранения. Результаты социологического исследования: Сборник/ Под ред. Г. Нокиной, В. Гуревич. – Алматы: «Фонд XXI век», 2002., с. 101.
6. Kolip, P. Gender differences in health status during adolescence: A remarkable shift. *International journal of adolescent medicine and health*, 9: 9-17 (1997b).
7. Young people's health in context. Health behavior in School-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey/edited by Candance Currie ...[et al.]
8. Nic Gabhainn S, Francois Y. Substance Use. In: Currie et al., eds. Health and Health behavior among young people. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 2000:97-114 (Health Policy for Children and Adolescents , No 1; www.who.dk/document/e67880.pdf)
9. Hibell B. et al. The ESPAD report – Alcohol and other drugs among students in 30 European countries. Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Pompidou Group, Council of Europe, 2000.
10. Williams Cl., Bollella M., Winder El. A new recommendation for dietary fiber in childhood. *Pediatrics*, 1995, 96:985-988
11. Malina R. Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 1996, 67 (Suppl.3): S1-S10

12. Irwin CE, Burg SJ, Cart CU. America's adolescents: where have we been, where are we going? *Journal of Adolescent Health*, 2002, 31(6):91-121.
13. Koivusilta L, Areja R, Andres V. Health behaviors and health in adolescence as predictor of educational level in adulthood: a follow-up study from Finland. *Social Science and Medicine*, 2003, 57 (4):577-593.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Р.А. Абзалова

Модельная семейная врачебная амбулатория «Демеу» г. Астана

Решение проблем лиц с ограниченными возможностями лежит в общенациональной, а не узковедомственной плоскости, и во многом определяет лицо социальной политики государства. В современной теории и практике оказания помощи инвалидам сформировался особый подход к проблемам ограниченных возможностей, когда социальная интеграция должна осуществляться на условиях людей с ограниченными возможностями, а не на условиях людей, обладающих здоровьем. В мировой практике сложилась отработанная схема оказания комплексных услуг лицам с ограниченными возможностями, которая начинается с оценки их нужд и потребностей. В статье предложен подход к предоставлению помощи инвалидам, практикуемый в медико-социальной службе Модельной семейной врачебной амбулатории «Демеу» (г. Астана).

Сегодня термин «инвалидизм» все чаще используется для обозначения общественного концепта дискриминации человека с ограниченными на основе фактора здоровья возможностями. Фактор здоровья является тем социобиологическим признаком, который вносит дифференциацию в групповые различия людей в обществе. «Здоровье-нездоровье» - это специфическая система координат, в которой осуществляется функционирование человека в структуре общественных связей и производственных отношений. Всемирная организация здравоохранения к состоянию ограниченных возможностей относит:

- недуг – любую утрату или аномалию психологической, физиологической либо анатомической функции или структуры;
- ограниченные возможности – любое ограничение или потеря способности выполнять какую-либо деятельность в пределах того, что считается нормой для человека;
- недееспособность (инвалидность) – любое следствие дефекта или ограниченных возможностей конкретного человека, препятствующее выполнению им какой-либо нормативной роли, исходя из возрастных, половых или социокультурных факторов.

Социальная роль человека в действующем правовом поле и конкретных социальных условиях отступала на второй план, и понятие «инвалид» не рассматривалось с точки зрения многопрофильной реабилитации, использующей социальные, экономические, психологические, образовательные и другие необходимые технологии.

В современной теории оказания помощи сформировались два подхода к проблемам ограниченных возможностей: медицинский и социальный. Согласно первому, человек, имеющий физический или психический изъян должен приспособиться к окружающей среде. Чтобы соответствовать нормам, существующим в обществе он должен пройти

процесс медицинской реабилитации. Такой подход отделяет людей с ограниченными возможностями от других групп населения, поддерживает общественные стереотипы о невозможности самостоятельного существования таких людей вне поддержки профессионалов и добровольных помощников, влияет на законодательство и социальный сервис.

Социальный или интерактивный подход основывается на интересах людей с ограниченными возможностями. Социальная интеграция должна осуществляться на условиях людей с ограниченными возможностями, а не на условиях людей, обладающих здоровьем. В социальной работе принято рассматривать проблемы физического и психического здоровья человека в контексте проблем, связанных с возможностью осуществления его прав на равенство, гармоничное развитие и достойное существование.

В целом инвалидность как проблема деятельности человека в условиях ограниченной свободы времени, включает в себя, помимо чисто медицинской составляющей, еще несколько аспектов: социально-средовой, психологический, общественно-идеологический и производственно-экономический.

Социально-средовой аспект включает в себя вопросы, связанные с микросоциальной средой (семья, трудовой коллектив, жилище, рабочее место и т.д.) и макросоциальным окружением (градообразующая и информационная среда, социальные группы, рынок труда и пр.).

Психологический аспект отражает как личностно-психологическую ориентацию самого инвалида, так и эмоционально-психологическое восприятие проблемы инвалидности обществом. Лица с ОВ относятся к категории так называемого маломобильного населения и являются наименее защищенной, социально-уязвимой частью общества. Это связано с дефектами их физического состояния, кроме того, в значительной степени социальная незащищенность этой группы населения связана с наличием психологического фактора, формирующего их отношение к обществу и затрудняющего адекватный контакт с ними. Психологические проблемы возникают при изолированности инвалидов от внешнего мира, как вследствие имеющихся недугов, так и в результате неприспособленности окружающей среды для инвалидов. Все это ведет к возникновению эмоционально-волевых расстройств, развитию депрессии, изменениям поведения.

Общественно-идеологический аспект определяет содержание практической деятельности государственных институтов и формирования государственной политики в отношении инвалидов и инвалидности. В этом смысле необходимо отказаться от господствующего взгляда на инвалидность как показателя здоровья населения, а воспринимать его как показатель эффективности социальной политики, и осознавать, что решение проблемы инвалидности – во взаимодействии инвалида и общества.

Производственно-экономический аспект связан главным образом с проблемой формирования промышленной основы социальной защиты населения и рынка реабилитационных изделий и услуг. Такой подход позволяет ориентироваться на увеличение доли инвалидов, способных к частичной или полной самостоятельной профессиональной, бытовой и общественной деятельности, создание системы адресного удовлетворения их потребностей в реабилитационных средствах и услугах, а это в свою очередь будет способствовать интеграции лиц с ОВ в общество.

В Модельной семейной врачебной амбулатории «Демеу» (г. Астана) осуществлена поистине уникальная интеграция системы социальных услуг в традиционную медицинскую организацию. При амбулатории создана медико-социальная служба «Умай», миссия которой сформулирована следующим образом: *оказание медико-социальной, психологической, юридической образовательной, коррекционной и других видов помощи и услуг социально уязвимым слоям населения.*

В настоящее время одним из приоритетных направлений деятельности медико-социальной службы МСВА «Демеу» стала реализация проекта по созданию клуба

«Достык» для лиц с ограниченными возможностями для улучшения психологического, физического и социального здоровья этой категории лиц.

Перед сотрудниками МСС и врачебно-сестринским коллективом поставлены задачи по 1) организации работы клуба, определению его структуры; 2) разработке программы ЛФК (лечебно-физической культуры) с применением простейших тренажеров для развития некоторых групп мышц (по назначению врачей) и курсов психологической и физической адаптации, навыков самопомощи и компьютерного обучения; 3) привлечению специалистов (юриста, психолога, медицинских работников и т.д.) для проведения консультаций, тренингов и обучения, а также волонтеров при МСС «Умай» для помощи на дому лицам с ОВ, не способным самостоятельно передвигаться; 4) внедрению новых методов терапии в работу кабинета трудовой реабилитации МСС «Умай» (открыть кружок кройки и шитья); 5) организации ярмарок в выставочных залах города для распродаж изделий членов клуба; 6) осуществлению взаимодействия с НПО, занимающимися проблемами инвалидов, и государственными структурами с целью совместного решения проблем данной категории лиц.

Социальными работниками была проведена оценка нужд и потребностей лиц с ограниченными возможностями по методике PRA (оценка на микросоциальном уровне). Аналитиками (экспертами) выступили посетители кабинета трудовой реабилитации, лица с ОВ в количестве 10 человек.

Результаты:

Задача I: Выявить основные проблемы.

Метод - «Галерея проблем»: здоровье - 10 чел., психологические и нравственные проблемы - 10 чел., недостаток общения - 10 чел., одиночество – 8 чел., материальные проблемы - 8 чел., бытовые проблемы - 4 чел.

Вывод: большинство из опрошенных нуждаются в решении проблем связанных со здоровьем и финансами, а также проблем одиночества и ограниченного общения.

Задача II: Совместно с аналитиками определить пути решения выявленных проблем.

Метод - «Групповое интервью». Решения, предложенные опрошенными:

1. Обучиться справляться самостоятельно со своими нуждами – 10 чел.;
2. Привлечь волонтеров для помощи – 10 чел.;
3. Организовать тренинги по принципу «Равный-равному» - 10 чел.;
4. Поделиться друг с другом, как справляться с проблемами, собраться всем вместе – 8чел.;
5. Привлечь внимание государственных структур для помощи и поддержки – 8 чел.

Вывод: выявлена необходимость создания клуба для общения по принципу «Равный-равному», обучения навыкам самопомощи, создания системы услуг для улучшения психологического, физического и социального здоровья лиц с ОВ.

Для оценки потребностей лиц с ОВ на следующем уровне – сообщества – социологическая служба амбулатории разработала соответствующие инструменты для проведения исследования, одним из приоритетов которого выступает и оценка возможностей активизации данной категории населения. Основная стратегия опроса направлена на одновременное изучение позиций инвалидов и общественности по вопросам, поднимаемым в статье.

Данное исследование проводится по правилам традиционного социологического опроса и предполагает также определение следующего спектра проблем:

- социально-экономический статус инвалидов.
- самооценка и самоотношение лиц с ОВ.
- ценностные ориентации, интересы лиц с ОВ.
- позиция общественного мнения в отношении инвалидов.
- программа (рекомендации) по активизации сообщества.

В настоящее время исследование находится на стадии сбора информации (полевой этап).

В заключении отметим, что оказание консультативных услуг социальными работниками, юристами, психотерапевтами и сексопатологами являются нормальным и обычным звеном в клинической практике медицинских учреждений в странах Западной Европы и Америки. Организацией нового социального подхода к проблеме личности инвалида в практике медицинских общественных объединений Казахстана практически не занимается никто.

Привлечение профессиональных психологов и социальных работников к проблемам инвалидов и родственников инвалидов, проведение мероприятий по интеграции их в общественно-полезную деятельность способствует увеличению продолжительности жизни больных, снижению обращаемости в медицинские учреждения и сокращению приёма некоторых медикаментозных средств. Подобный подход позволяет экономить значительные средства.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Кисикова С.Д., Сауранбаева С.Е., Мухтарканова С.М.

Центральная Клиническая Больница Медицинского Центра
Управления Делами Президента Республики Казахстан
г.Алматы

Старение населения, то есть увеличение доли лиц старше трудоспособного возраста, наблюдается во всех, без исключения, развитых странах. По классификации ООН данный возраст соответствует старше 65 лет, в России – 60 лет, в Казахстане – старше 63 лет. Европейский регион прочно занял место старейшего на планете, так как там находятся 18 из 20 стран мира с наибольшей долей лиц пожилого и старческого возраста. Согласно прогнозам демографов процесс старения населения будет продолжаться. В течение предстоящих 20-30 лет наиболее значительным будет увеличение возрастной группы 80 лет и старше в структуре населения, ее численность может удвоиться и достичь к 2025 году, для большинства европейских стран, 5-7% всего населения. К важным проявлениям старения населения специалисты относят увеличение доли женщин в соотношении с мужчинами в возрасте 65 лет и старше. Так, например, в Германии соотношение женщин и мужчин в возрастной группе 65 лет и старше составляет 1,4, а в группе свыше 80 лет – 2,0, в Великобритании – соответственно 1,45 и 2,3, в Голландии – 1,5 и 2,3, во Франции – 1,5 и 2,2. По данным ЦКБ МЦ УДП РК за 2004 г. этот показатель в возрастной группе 60 лет и старше равен – 1,0, в группе старше 80 лет – 1,4. Важной особенностью проблемы старения населения стало увеличение числа одиноко

проживающих лиц. В возрастной группе старше 60 лет на их долю приходится более 20% /1/.

Среди населения старше трудоспособного возраста эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) рекомендуют особо выделить категорию престарелых лиц повышенного риска. К ним относятся наиболее уязвимые группы престарелых людей, имеющие высокий риск ухудшения здоровья, социального и экономического положения /2/:

- Лица в возрасте 80 – 90 лет и старше
- Живущие одиноко (семья из одного человека), в том числе вдовы
- Живущие изолированно пары, в том числе бездетные пары
- Страдающие заболеваниями или физическими недостатками
- Вынужденные жить на минимальное государственное или социальное пособие

Наиболее угрожающими для этой категории населения являются обездвиженность, потеря зрения, патологические нарушения психики (депрессия, деменция), развитие остеопороза, травмы и т.д.

Особенность медицинского обслуживания пожилых людей обусловлена рядом причин:

1. Пожилые люди чаще, чем население трудоспособного возраста, обращаются к врачам и в 1,5 раза чаще госпитализируются.
2. Длительное наблюдение за пожилым пациентом представляет собой одну из трудоемких задач лечащего врача /3/.

Изучение вопроса о потребности в медико-социальной помощи у людей пожилого возраста показало, что чаще всего больные старше 60 лет обращались к участковым врачам: 61,1% всех посещений поликлиник и 85,12% вызовов на дом. Среди обследованного контингента пользовались только медицинской помощью на дому в возрасте 60-69 лет – каждый 10-й, 75-79 лет – каждый 3-й, в 80 лет и старше – каждый второй. Поводы обращения многообразны, в том числе и такие, которые входят в компетенцию «узких» специалистов (например, сахарный диабет, остеохондроз с корешковым синдромом, варикозное расширение вен нижних конечностей и др.). Кроме того, при обследовании пожилых людей выяснилось, что 80% лиц старше 65 лет страдают множественными хроническими заболеваниями. Только у 3,4% было 1 заболевание, у 18,5% - по 2, у 25,9% - по 3 нозологии, у 37,4% - по 4 заболевания, а 14,8% больных имели 5 заболеваний и более /4/.

К числу клинических проявлений болезней пожилых людей относятся:

- Множественное поражение органов и систем (в среднем у каждого мужчины старше 60 лет диагностируется 4,3 заболевания, а у женщин того же возраста – 5,2, каждые 10 лет к ним прибавляется еще по 1-2 болезни);
- Хроническое течение болезней;
- Стертое начало (заболевания нередко имеют стертую клиническую картину даже при обострении, в отдельных случаях полиморфизм клинических проявлений обусловлен сочетанием нескольких патологических процессов);
- Атипичная симптоматика (в пожилом возрасте заболевания с характерной симптоматикой дают совершенно иную, атипичную клиническую картину);
- Скрытая зависимость (немало нарушений здоровья пожилых пациентов остаются скрытыми от врача, т.к. многие пациенты становятся на путь самолечения, смирения и терпения);
- Функциональные проявления (ограничение слуховых, зрительных и двигательных возможностей, хронические болевые состояния, эмоциональные и интеллектуальные затруднения образуют почву для радикальных изменений, а также для далеко идущих психологических и социальных проявлений, по данным эпидемиологических исследований около 25% людей старше 64 лет страдают от психической травмы);

- Общепринятые схемы диагностики многих болезней неприменимы в гериатрической практике;
- Воздействие психосоциальных факторов (психологические воздействия, стрессы, испытанные оскорбления или неуважительное отношение и т.д. могут привести к внезапным устойчивым расстройствам здоровья пожилого человека).

В этом плане контингент, обслуживаемый Центральной клинической больницей Медицинского Центра Управления Делами Президента Республики Казахстан /ЦКБ МЦ УДП РК/, соответствует приведенным критериям: при высоком уровне оказываемой медицинской помощи наши пациенты отличаются более высоким уровнем жизни и регрессивным, по возрастной характеристике, типом. Если в 1997 году лица старше 60 лет составляли 49,7%, то в 2004 году – 79,4%.

Применяемые и внедряемые нами методы работы с пациентами пожилого и старческого возраста нацелены на получение нашими пациентами доступной, адекватной, качественной медицинской помощи, стабилизацию показателей здоровья контингента, улучшение качества жизни пациентов. Системное проведение комплекса лечебно-профилактических мероприятий, с соблюдением всех этапов, позволяет добиться хороших медицинских, социальных, экономических результатов /5/.

Литература:

1. Жузжанов О., Захаров И., и др. Реформирование экономики здравоохранения Казахстана: основные проблемы и пути их решения. Алматы, 1998г.
2. Денисова И.Н. Практическое руководство для врачей общей практики. М., 2001г.
3. Поляков И.В., Зеленская Т.М. Проблемы семейной (общеврачебной) практики. Здравоохранение Российской Федерации. № 1, 2001г. М.: Медицина.
4. Перфильева Г.М. Проблема старения населения России. 2003г., Москва. Издательский дом «Русский врач».
5. Куралбаев Б.С. Современное здравоохранение: проблемы и концептуальные основы реформирования. Алматы, 1999г.

СЕМЕЙНЫЕ ВРАЧЕБНЫЕ КОМПЛЕКСЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Сауранбаева С.Е.

Центральная Клиническая Больница Медицинского Центра
Управления Делами Президента Республики Казахстан
г.Алматы

Целью Государственной Программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005 – 2010 гг. ставится осуществление коренных преобразований в здравоохранении, направленных на укрепление здоровья населения.

Опыт развитых стран показывает, что в организациях первичной медико-санитарной помощи /ПМСП/ медицинскую помощь получают большинство взрослого и детского населения. В приоритетных направлениях Государственной Программы Республики Казахстан «Здоровье народа» на первое место выходит реформирование и развитие первичной медико-санитарной помощи.

Современная патология в течение последних десятилетий характеризуется изменением структуры заболеваемости в сторону преобладания хронических

неэпидемических заболеваний. Это стало возможным благодаря успехам медицины (эффективная борьба с острыми инфекционными заболеваниями), повышению уровня жизни населения и изменению медико-демографической ситуации в сторону депопуляции. И в этом плане актуальны вопросы реформирования здравоохранения в геронтологии, так как старение населения приводит к целому ряду экономических и социальных последствий, важнейшим из которых является беспрецедентный рост расходов на оказание медицинской помощи старикам /1/. Во многих странах, в настоящее время, около половины всех бюджетных средств, имеющихся в распоряжении системы здравоохранения, затрачивается на обслуживание пожилых. Например, в Великобритании расходы на обслуживание 1 человека в возрасте 75 лет и старше почти в 6 раз превышают затраты на 1 человека в возрасте 16-64 лет. В Германии возрастная группа 65 лет и старше, составляя 15,3% населения, занимает 44,5% койко-дня в стране, что соответствует 23,5% всех расходов на здравоохранение. В России в 1994 году население в возрасте 60 лет и старше составляло 16,7%, а в потреблении услуг здравоохранения на долю этого контингента приходилось 33,2% /2/.

Профилактическая деятельность среди лиц этой возрастной группы включает комплексное динамическое обследование, диспансеризацию, работу различных школ (кардиолога, невропатолога, гастроэнтеролога, сахарного диабета). В результате планомерно проводимой профилактической работы за последние годы нам удалось повысить удельный вес профилактических посещений с 15,2% в 1997 году до 33,7% в 2004 году. Возрос и объем помощи на дому прикрепленному контингенту с 28,4% до 40,1%, в том числе и удельный вес активных посещений с 73,3% до 90,4% соответственно за 1997 г. и 2004 г. Основная роль в профилактической деятельности по раннему выявлению патологии отводится ежегодному комплексному динамическому обследованию прикрепленного контингента /3/. Несмотря на постоянный состав контингента в течение последних лет, его обследованность в предыдущие годы, выявляемость патологии у контингента при профилактических осмотрах остается достаточно высокой. Все лица с выявленной во время профилактических осмотров патологией подлежат диспансерному наблюдению с назначением комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Охват диспансерным наблюдением по больнице высокий и составляет в среднем 97,6%. В структуре лиц, состоящих на диспансерном учете, преобладают больные сердечно-сосудистыми заболеваниями (40,5%), затем следуют болезни органов пищеварения (19%), болезни мочеполовой системы (10,6%).

Одним из элементов моделей оптимизации и реформирования стационарной службы было внедрение системы ранней выписки больных из круглосуточного стационара с долечиванием в условиях поликлиники – в стационарах на дому или дневного пребывания. Так, в ЦКБ за 2001 г. выписано пациентов со средним пребыванием на стационарном лечении до 5 дней – 56,8% от пролеченного контингента, а в 2004 г. этот показатель равен уже 63,2%. В этом контексте, несмотря на заметные увеличения числа госпитализируемых больных, наблюдается тенденция к снижению числа проведенных больными койко-дней в стационаре /3/.

В целях соблюдения преемственности между всеми этапами медицинского обслуживания, а также с учетом возрастных особенностей контингента, когда сам процесс старения у пожилых людей приводит к постепенному снижению их физической и социальной активности, потере способности к передвижению и самообслуживанию, помимо лечения в круглосуточном стационаре, проводится лечение и в дневном стационаре, стационарах на дому, организованными как врачами ОСВК /объединение семейных врачебных комплексов/, так и врачами отделения помощи на дому. Пациенты в домашней обстановке, не отрываясь от родственников и привычных условий жизни, получают квалифицированную медицинскую помощь, с посещением врача, проведением лечебно-диагностических процедур в сочетании с расширением двигательного режима и

лечебной физкультурой. Эта форма работы проводится как для тяжелобольных, так и для пациентов старше 80 лет, живущих в одиночестве, после лечения в стационаре и т.п. От качества наблюдения за пожилыми пациентами во многом зависят их общее состояние здоровья, частота обострений хронических заболеваний, а также потребность в оказании неотложной помощи, необходимость экстренной и повторной госпитализаций.

На базе ОСВК с ноября 2003 г., на основании многолетнего опыта работы с геронтологическими больными, была создана бригада оперативной сестринской помощи, основной задачей которой является оказание мобильной квалифицированной сестринской помощи прикрепленному контингенту в максимально короткие сроки. Создание бригады сестринской помощи позволило активизировать работу с контингентом на дому. Учитывая особенность прикрепленного контингента, в функциональные обязанности участковых медицинских сестер бригады включены такие услуги как купание, кормление, проведение щадящего массажа и т.д. Они, по назначению врача, проводят как лечебные мероприятия, так и диагностические процедуры – снятие ЭКГ, измерение внутриглазного давления, забор анализов и т.д.

Таким образом, организация ОСВК и бригады оперативной сестринской помощи позволило оптимизировать работу с данной категорией пациентов и обеспечить качественную медицинскую помощь лицам пожилого возраста.

Литература:

1. Жузжанов О., Захаров И., и др. Реформирование экономики здравоохранения Казахстана: основные проблемы и пути их решения. Алматы, 1998г.
2. Перфильева Г.М. Проблема старения населения России. 2003г., Москва. Издательский дом «Русский врач».
3. Куралбаев Б.С. Современное здравоохранение: проблемы и концептуальные основы реформирования. Алматы, 1999г.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТАЦИОНАРНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Сауранбаева С.Е

Центральная клиническая больница Медицинского центра
Управления делами
Президента Республики Казахстан

В период вынужденной оптимизации инфраструктуры здравоохранения больше всего «пострадала» специализированная медицинская помощь. В многопрофильных стационарах коечная мощность терапевтических отделений была или сокращена в 1,5-2 раза, или они были объединены, или вовсе сокращены /1/. В результате доступность специализированной терапевтической помощи населению уменьшалась. Это приводило к накоплению не диагностируемых основных неэпидемиологических заболеваний, их утяжелению, что в свою очередь обуславливало высокий уровень инвалидизации и преждевременной смертности людей и увеличивало предстоящие затраты /2/. Одним из блоков реформирования деятельности нашего учреждения явилась реструктуризация коечного фонда стационара, обусловившая сокращение неэффективно функционирующих

коек, закрытие дублирующих служб, в том числе, коек и т.д. В рамках этого общий коечный фонд больницы был сокращен с 317 коек до 301 койки.

Нами проведен анализ госпитализации больных за 2001-2004 гг. по статистическим данным отделений терапевтического профиля.

Показатели	2001г		2002г		2003г		2004г	
	Стационар терапевт. профиля	По ЦКБ	Стационар терапевт. профиля	По ЦКБ	Стационар терапевт. профиля	По ЦКБ	Стационар терапевт. профиля	По ЦКБ
% выполнения плана к/дней	89,1	96,3	92,5	99,7	92,1	97,5	91,0	96,8
Ср.длит. лечения	9,2	8,5	9,0	8,3	9,1	8,4	9,1	8,5
Оборот койки	32,8	38	34,2	39,0	33,8	38	33,8	38
Поступили экстренно в %	8,8	12,5	8,8	12,0	7,4	11,7	6,7	10,2
Поступили повторно в %	1,7	1,4	1,0	1,0	0,3	0,4	0,8	0,8
Выписаны с выздоровл. + улучшением в%	99,1	98,4	99,3	98,2	99,5	98,4	99,5	98,5

Как видно из приведенной таблицы, в целом для исследуемого контингента имеет место следующая тенденция:

- % выполнения плана койко-дней по стационару терапевтического профиля на протяжении исследуемого периода с 2001 по 2004 гг. оставался стабильным – в пределах 89,1% в 2001 г. и 91,0% в 2004 г.,

- средняя длительность лечения в стационаре терапевтического профиля снизилась с 9,2 в 2001 году до 9,1 в 2004 году,

- % экстренной и повторной госпитализации за анализируемый период с 2001 г. по 2004 г. значительно снизился (с 8,8 до 6,7 экстренная госпитализация и с 1,7 до 0,8 повторная госпитализация).

Отметим, что в среднем по стране до 2000 года число городских жителей, поступивших в больничные учреждения, составляла 17,1 на 100 горожан, однако средняя длительность лечения взрослых и подростков была равна 16,8 койко-дням /3/.

Позитивные изменения показателей стационарной службы достигнуты за счет внедрения современных инновационных технологий диагностики, лечения в клинике и в параклинических службах (алгоритмы лечения, ИФА и ПЦР-диагностика, холтеровское мониторирование, альфа-пульс терапия, денситометрия и многое другое).

Это означает, что характер стационарной терапевтической помощи продолжает удовлетворять спрос при существенном повышении эффективности.

Литература:

1. Куралбаев Б.С. Современное здравоохранение: проблемы и концептуальные основы реформирования. Алматы, 1999г.
2. Перфильева Г.М. Проблема старения населения России. 2003г., Москва. Издательский дом «Русский врач».

3. Жузжанов О., Захаров И., и др. Реформирование экономики здравоохранения Казахстана: основные проблемы и пути их решения. Алматы, 1998г.

ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ КОМПЛЕКСЫ – В РЕШЕНИИ ВОПРОСА ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Куралбаев Б.С., Раисов Р.М.

Центральная клиническая больница медицинского центра
Управления Делами Президента Республики Казахстан

Интенсивное развитие телемедицины в последние годы связано как с экономическими, так и с технологическими причинами. Мобильность населения, расширение знаний, увеличение спектра медицинского диагностического оборудования и квалифицированных медицинских специалистов обусловили рост рынка телемедицинских услуг, спрос на которые эффективно удовлетворяется благодаря созданию адекватных телекоммуникационных и информационно-вычислительных систем и технологий. В мире сейчас выполняется более 190 проектов по телемедицине, большая часть из них в США /1/. В России эти проекты изначально были связаны с освоением космоса. Первое широкомасштабное использование телемедицины в России было связано с землетрясением в Спитаке и катастрофой в Уфе. А сегодня, например, в Санкт-Петербурге существует комплекс "Виртуальный доктор", обеспечивающий оказание консультативной помощи в режиме E-mail /2/.

Телемедицина - это направление на стыке нескольких областей - медицины, телекоммуникаций, информационных технологий, образования. Направление это достаточно новое, особенно для Казахстана. По определению американских коллег Телемедицина подразумевает использование телекоммуникаций для связи медицинских специалистов с клиниками, больницами, врачами, оказывающими первичную помощь, пациентами, находящимися на расстоянии, с целью диагностики, лечения, консультации и непрерывного обучения" (*Telemedicine Resources and Services: American Telemedicine Association// The Univ. of Texas at Austin.-1994.*). По определению наших ученых Телемедицина – прикладное направление медицинской науки, связанное с разработкой и применением на практике методов дистанционного оказания медицинской помощи и обмена специализированной информацией на базе использования современных средств коммуникаций. В тех местностях, где расстояния между пациентом и врачом часто измеряются сотнями километров, телемедицина может означать возможность доступа к полному спектру услуг здравоохранения там, где количество оказываемых услуг было минимальным, а иногда может решать вопрос между здоровой жизнью и тяжелой болезнью и даже жизнью и смертью.

"Главной целью телемедицины является создание условий, при которых помощь высококвалифицированных специалистов станет доступной не только жителям больших городов, но и жителям отдаленных сельских районов, морякам, полярникам, геологам, всем тем, кто по той или иной причине оказался в краях, куда машины скорой помощи не доступны. Особое значение использования методов дистанционного оказания медицинской помощи приобретает в чрезвычайных обстоятельствах, связанных со стихийными бедствиями, природными техногенными катастрофами" (Медведев О.С., 1998, 2001).

Целью нашей работы явилось разработка и внедрение ТМК на базе многопрофильной больницы для обеспечения следующих функций:

- связь с подведомственными учреждениями, с ведущими научными и образовательными медицинскими учреждениями для дистанционного обсуждения проблем здравоохранения;
- оперативное управление организацией медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях;
- медицинское сопровождение визитов официальных лиц;
- информационно-технологическую поддержку в части анализа состояния санитарно-эпидемиологического благополучия прикрепленного контингента и принятия управленческих решений;
- организационно-методическое обеспечение вопросов непрерывного, дистанционного повышения квалификации врачей;
- передача данных амбулаторной карты пациента между подведомственными учреждениями.

В связи с внедрением телемедицинских технологий в лечебное учреждение встает очень много вопросов. Основным из них являются разработка учетно – отчетной документации, разработка нормативно-правовых аспектов касающихся консультирования с помощью телемедицины, организация работы, подготовка кадров. Решение данных вопросов, несомненно, позволит оптимизировать работу телемедицинского комплекса, а так же обеспечить качество оказания медицинской помощи и решить вопрос ее доступности.

Основными направлениями телемедицины в больницах являются

- диагностика заболеваний
- определение тактики лечения
- уточнение диагноза
- методика проведения хирургических операций
- тактика поведения врача в неординарных и экстренных ситуациях
- дистанционное наблюдение больных после сложных операций
- срочные консультации больных, находящихся в критическом состоянии
- организация врачебных консилиумов

Телемедицина в Казахстане, только начинает набирать свои обороты и вступает в фазу перехода от разработок к стадии практического внедрения методов дистанционного оказания диагностической и консультативной помощи в отечественное здравоохранение и в ближайшие годы она преодолит отставание от развитых капиталистических стран и несомненно внесет свой вклад в мировую телемедицинскую науку.

Литература

1. Григсби Д., Сандерс Д.Х. Телемедицина: уровень развития и перспективы. Международный журнал медицинской практики. 1999, № 3, стр. 52-56.
2. Информационные технологии и интеллектуальное обеспечение медицины - 98. Доклады 5-го Международного форума. Турция, 1998 г.
3. Computer Technologies in Medicine Субрегиональный Семинар по телемедицине для стран СНГ и Балтии.htm
4. Григорьев А.И., Саркисян А.Э. Шаги к медицине будущего. Компьютерные технологии в медицине. 1996, № 2, стр.14-18.

5. Рональд С. Меррелл, Джеймс С. Россер. Теленаставничество. Компьютерные технологии в медицине. 1996, № 2, стр. 24-27.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ В ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

В.Н.Локшин

Городской центр репродукции человека г.Алматы

По данным международных экспертов число бесплодных браков в мире составляет 15% [1,2]. Причины бесплодия часто имеют социальную обусловленность, так как являются следствием аборт, перенесенных венерических, гинекологических заболеваний, неудачных родов. Зачастую бесплодие формируется еще в детском возрасте, а порой и антенатально. Бесплодие является важной медико-социальной проблемой, так как приводит к снижению рождаемости (3,4,5). Решив проблему бесплодия, можно было бы значительно улучшить показатели воспроизводства населения. Кроме того, бесплодие является важной социально-психологической проблемой, так как часто приводит к социально-психологическому дискомфорту супругов, конфликтным ситуациям в семье, росту числа разводов.

Способы лечения бесплодия в связи с его многофакторной природой весьма разнообразны. В настоящее время в нашей стране, как и во всем мире, широкое применение получают современные вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) лечения бесплодного брака, к которым относится весьма эффективный, но дорогостоящий метод экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Применение ВРТ в нашей стране регламентировано Законом Республики Казахстан “О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления”[6]. Методы экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона являются основными в лечении многих форм женского и мужского бесплодия.

Нами по специально разработанной программе проведено медико-социальное обследование 419 женщин, прошедших ЭКО в Городском центре репродукции человека г. Алматы. В результате анализа полученного материала установлено, что основными показаниями к проведению ЭКО было трубное бесплодие (60,6%), эндокринное бесплодие (12,4%) и бесплодие неясного генеза (11,2%).

Среди женщин, прошедших лечение при помощи ВРТ, более половины – 50,1% были жительницами г. Алматы, 26,0% составили женщины, проживающие в других городах Казахстана, 9,5% проживали в сельской местности и 14,4% приехали в г. Алматы из других стран. Чаще всего к экстракорпоральному оплодотворению прибегают

женщины в возрасте 25-29 лет (33,4%) и 30-34 года (32,3%), пациентки в возрасте до 25 лет составили 12,4%, в возрасте 35-39 лет – 18,8% и 40 лет и старше – 3,1%.

Среди прошедших программу ЭКО преобладали служащие (43,5%) и домохозяйки (38,9%) (таблица 1). Уровень образования женщин был весьма высок – 53,9% имели высшее образование и 24,1% среднее специальное (таблица 2). Лишь 81,6% женщин участвовавших в программе ЭКО состояли в зарегистрированном браке, в то время как 15,5% - были в гражданском браке, 1,7% - были разведены, 0,7% - вдовы и 0,5% - в браке не состояли.

Таблица 1 – Социальное положение женщин, участвовавших в программе ЭКО (% к итогу)

Социальное положение	Количество респондентов	%
Служащие	177	42,2
Рабочие	38	9,1
Учащиеся	26	6,2
Предприниматель	18	4,3
Безработные	14	3,3
Домохозяйка	132	31,6
Прочее	14	3,3
Итого	419	100,0

Таблица 2 – Образовательный уровень женщин, участвовавших в программе ЭКО (% к итогу)

Образование	Количество респондентов	%
Незаконченное среднее	2	0,5
Среднее общее	63	15,1
Среднее специальное	101	24,1
Незаконченное высшее	27	6,4
Высшее	226	53,9
Итого	419	100,0

Таблица 3 – Распределение женщин, участвовавших в программе ЭКО, в зависимости от материального положения (% к итогу)

Материальное положение	Количество респондентов	%
Ниже среднего уровня	нет	–
Средний уровень	292	69,7
Выше среднего уровня	89	21,2
Высокий уровень	38	9,1
Итого	419	100,0

Таблица 4 – Распределение женщин, участвовавших в программе ЭКО, по жилищным условиям (% к итогу)

Жилищные условия	Количество респондентов	%
Удовлетворительные	102	24,3
Плохие	нет	–
Итого	419	100,0

Позволить себе серьезные материальные затраты, связанные с ЭКО, могут не все женщины. Из всех опрошенных 9,1% имели высокий материальный уровень жизни, 21,2% выше среднего и 69,7% средний (таблица 3). Две трети пациенток (75,7%) проживали в хороших жилищных условиях и лишь 24,3% в удовлетворительных (таблица.4). Среди участвовавших в программе ЭКО женщин с низким уровнем жизни и проживавших в плохих жилищных условиях не было.

С первой попытки экстракорпоральное оплодотворение не всегда приводит к успеху. Среди респондентов лишь у 73,3% беременность наступила с первой попытки, у 15,0% до этого уже была одна безуспешная попытка лечения с помощью ВРТ, у 9,1% - две попытки, у 2,6% - три попытки.

Женщины с первичным бесплодием составили – у 39,4%, с вторичным 60,6 %. Причем у 5,9% в анамнезе была гибель ребенка.

В настоящее время в связи с возрастающей ролью религии в социальной жизни общества становится актуальным изучение её роли в формировании образа жизни населения. Установлено, что среди прошедших ЭКО лишь 15,3% были атеистками, 78,3% считали себя верующими, а 6,4% были глубоко верующими. Почти четверть лечившихся (24,2%) прежде чем пойти на ЭКО просили согласия на эту операцию у религиозных деятелей. То есть этические и религиозные аспекты использования современных репродуктивных вспомогательных технологий требуют дальнейшего изучения. Их необходимо учитывать при проведении программы.

Лишь 54,9% впервые по поводу бесплодия обратились в женскую консультацию, в то время как 12,8% к знакомым врачам, 6,4% к частнопрактикующим врачам, 6,4% к терапевтам и 19,5% к другим врачам. Часть женщин пытались лечить бесплодие вне специализированных учреждений – 19,8% обращались к народным целителям, «бабкам», 8,8% лечились самостоятельно по совету друзей, 3,6% обращались к экстрасенсам.

Таким образом, женщины с бесплодием, прибегающие к ЭКО, имеют особенности медико-социальной характеристики. Чаще всего это женщины в возрасте от 25 до 35 лет, служащие или домохозяйки, с высоким уровнем образования, религиозные, состоящие в зарегистрированном или гражданском браке, материально благополучные, живущие в хороших жилищных условиях.

Литература

1. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия (теоретические и практические подходы): Руководство для врачей. Под ред. В.И.Кулакова, Б.В.Леонова — М.: Медицинское информационное агенство, 2000. – 782 с.
2. Пшеничникова Т.Я. Бесплодие в браке. – М.: Медицина, 1991, 320 с.
3. Кулаков В.И. Акушерско-гинекологическая помощь. М. МЕДпресс. 2000.
4. Brugo-Olmedo S., C.Chillik., S.Kopelman. Definition and causes of infertility.// Reproductive BioMedicine Online 2001, Vol. 2, No. 1 p. 41-53.
5. Бесплодие и вспомогательные репродуктивные технологии// Под ред. В.Н.Локшина, Т.М.Джусубалиевой.-Алматы, 2005.-275С
6. Закон Республики Казахстан от 16 июня 2004 года N 565-III “О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления”.

**ГЕНДЕРНЫЙ АНАЛИЗ САМООЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКАМИ Г.
АЛМАТЫ.
НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ.**

Мергенова Г.А.

Высшая Школа Общественного Здравоохранения МЗ РК

Здоровье – важный ресурс общества, а здоровье молодых людей является одним из основных показателей, который характеризует общество в целом [1,2]. Знание состояния здоровья молодых людей позволяет оценить их способность справляться с жизненными трудностями и идентифицировать группы риска. Для подростков быть здоровым физически, эмоционально, социально значит продуктивно справляться с различными трудностями, с которыми встречаются молодые люди в процессе взросления. Подростковый период это тот период, когда оба пола испытывают изменения. В период детства, у мальчиков выше не только смертность, они также имеют больше физических и психологических проблем, чаще посещают врачей и им чаще назначают медикаментозное лечение. Мальчики являются «слабым полом» в отношении здоровья до начала подросткового периода. В пубертатный период, наоборот, девочки чаще посещают врачей, больше недовольны состоянием своего здоровья и принимают больше медикаментов, чаще жалуются на психосоматические и эмоциональные нарушения, тогда как для мальчиков главной проблемой являются травмы (Kölip, 1997). В связи с этим, необходимо изучить формирование отношения к здоровью в подростковый период с учетом гендерных различий для выявления уязвимых групп подростков и дифференцированного подхода при разработке различных профилактических программ для подростков.

Общепринято, что состояние здоровья характеризуют статистические данные заболеваемости и смертности. Хотя заболеваемость и смертность важные показатели здоровья, они дают ограниченную информацию о подростках, так как заболеваемость и смертность в этот возрастной период низки. Мы попытались оценить состояние здоровья подростков по субъективным показателям, в соответствии с информацией полученной от молодых людей по их собственной оценке и восприятию. Существует несколько причин для использования субъективных показателей. Во-первых, характеристика здоровья подростков должна включать их самооценку эмоционального и физического благополучия [3]. Во-вторых, изучение субъективного здоровья является более подходящим для всей популяции молодых людей, чем стандартные показатели заболеваемости и смертности, потому что такой подход включает всю популяцию, а не только клиническую подгруппу. В-третьих, субъективные показатели имеют объективные поведенческие последствия [3].

Цель исследования – гендерный анализ самооценки состояния здоровья подростков 11-16 лет, проживающих в г.Алматы .

Материалы и методы.

Основой метода явился анкетный опрос 3261 школьника в возрасте 11-16 лет, который был проведен в рамках проекта Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Health Behavior in School-aged Children (HBSC) по анкете ВОЗ, адаптированной для Казахстана [4]. Была использована гнездовая выборка, где гнездовой совокупностью

являлся класс общеобразовательной школы. Математическую обработку проводили с использованием программы статистической обработки SPSS.

Результаты и обсуждение.

Представленные здесь данные базируются на 3-х субъективных показателях: самооценка здоровья, субъективные жалобы, удовлетворенность жизнью.

Самооценка здоровья. Субъективный опыт людей является центральным показателем, часто исследуемый путем выяснения самооценки состояния здоровья. Такая оценка дает очень ценную информацию. Исследование взрослой популяции отчетливо демонстрирует, что субъективная оценка здоровья совпадает с объективной оценкой здоровья [5,6].

При исследовании самооценки здоровья было выявлено, что доля молодых людей оценивающих состояние своего здоровья как «не очень здоров» значительно варьирует с возрастом и по гендеру. В возрасте 11-16 лет «абсолютно здоровыми» и «в общем здоровыми» себя считают $84,4 \pm 2,17$ % мальчиков и только $70,3 \pm 1,9$ % девочек, а «не очень здоровыми» себя считают $15,6 \pm 1,6$ % мальчиков и почти в 2 раза больше девочек - $29,7 \pm 1,9$ %, то есть в данном вопросе имеются гендерные различия (достоверность гендерных различий $p < 0,01$). По мере взросления самооценка здоровья подростками г. Алматы ухудшается (достоверность возрастных различий девочек и мальчиков $p < 0,05$) (Таблица 1).

Таблица 1 Молодые люди, считающие себя «не очень здоровыми» (Алматы)

Пол	11-12 лет (M±m), %	13-14 лет (M±m), %, %	15-16 лет (M±m), %, %
Девочки	$27,2 \pm 1,9$	$28,3 \pm 1,72$	$33,9 \pm 2,13$
Мальчики	$11,5 \pm 1,46$	$15,4 \pm 1,46$	$19,9 \pm 1,89$

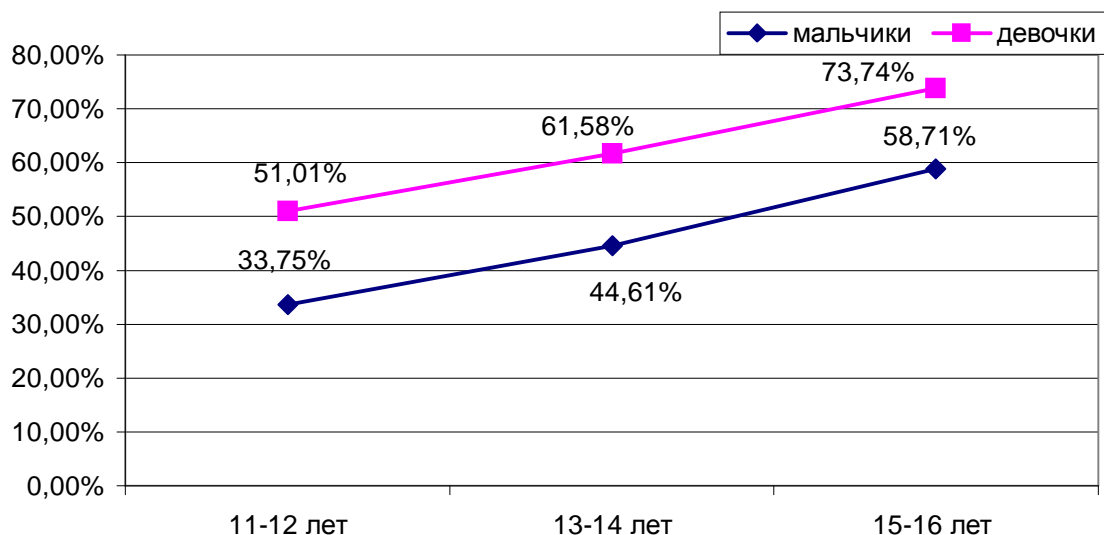
Субъективные жалобы. Когда молодым людям задаются вопросы относительно состояния их здоровья, они последовательно отмечают высокий уровень соматических и психологических жалоб [7]. Мы будем использовать термин субъективные жалобы [8]. Так мы не будем подразумевать, что эти жалобы имеют биологическую или психологическую природу, а будем только констатировать факт их наличия. Мы использовали стандартный список симптомов для оценки субъективных жалоб, таких как головная боль; зубная боль; боль в спине; ощущение слабости; раздражительность, плохое настроение; нервничал; тяжело засыпал; головокружение [9].

Анализ частоты субъективных жалоб у подростков г. Алматы показал, что девочки отмечают субъективные жалобы на здоровье чаще, чем мальчики и уровень наличия жалоб растет с возрастом. (Таблица 2, Рисунок 1).

Таблица 2. Симптомы, наблюдающиеся чаще одного раза в неделю

Симптом	Мальчики (M±m), %	Девочки (M±m), %	Всего (M±m), %
Нервничал	$26,3 \pm 1,54$	$37,2 \pm 1,64$	$32,2 \pm 0,68$
Плохое настроение	$23,5 \pm 1,6$	$35,4 \pm 1,75$	$30 \pm 0,7$
Головная боль	$21,7 \pm 1,51$	$30,9 \pm 1,54$	$26,6 \pm 0,64$
Ощущение слабости	$17,4 \pm 1,33$	$26,2 \pm 1,4$	$22,1 \pm 0,58$
Тяжело засыпал	$14,5 \pm 1,07$	$17,3 \pm 1,15$	$16 \pm 0,48$
Головокружение	$13,7 \pm 1,1$	$17,4 \pm 1,15$	$15,7 \pm 0,48$

Рисунок 1. Регистрируемость 2 и более жалоб в неделю и чаще у подростков Алматы



Примечание к рисунку 1: достоверность возрастных различий мальчиков и девочек – $p < 0,01$.

Имеется прямая связь слабой степени между выявлением 2 и более жалоб в неделю с увеличением возраста как у мальчиков, так и у девочек (достоверность возрастных различий мальчиков и девочек – $p < 0,01$).

Удовлетворенность жизнью. Мы использовали показатели удовлетворенности жизнью для того, чтобы произвести оценку жизни подростков [10]. Это дает возможность прямой оценки возможностей молодых людей реализовать свои развивающиеся потребности относительно образования и отношений со сверстниками, родителями. При анализе уровня удовлетворенности жизнью было выявлено, что количество подростков не удовлетворенных своей жизнью растет с возрастом (достоверность возрастных различий $p < 0,01$), особенно это характерно для девочек. Причем гендерные различия (достоверность гендерных различий $p < 0,05$) по мере взросления становятся более выраженными (Таблица 3).

Таблица 3. Подростки г. Алматы «не очень довольные» и «не довольные» своей жизнью

Возраст	11-12 лет ($M \pm m$), %	13-14 лет ($M \pm m$), %	15-16 лет ($M \pm m$), %
Мальчики	8,6 \pm 0,82	9,6 \pm 0,78	13,4 \pm 1,13
Девочки	8,4 \pm 0,78	19,2 \pm 1,08	20,0 \pm 1,2

Имеется корреляционная зависимость средней степени между самооценкой здоровья и удовлетворенностью жизнью (коэффициент Спирмена 0,305, $p < 0,01$).

Таким образом, с одной стороны большинство молодых людей считают себя здоровыми и не имеют множественных жалоб. С другой стороны около одной трети подростков считают себя не очень здоровыми. Наблюдаемые колебания в оценке своего здоровья могут говорить о том, что мнение о том, что подростковый период является периодом благополучия в отношении здоровья, является не совсем правильным. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что период от 11 до 15 лет является периодом роста гендерного неравенства в отношении здоровья.

Для объяснения полученных данных должны быть учтены три потенциальных фактора. Во-первых, различия могут быть объяснены биологическими факторами, такими как рост и начало пубертатного периода. Появление болей может быть связано с ростом

и началом менструальной функции и может объяснить часть гендерных различий. Вторым фактором является то, что девочки испытывают больший стресс в связи со своим внешним видом, школой, общественными отношениями [11]. Потому что девочки, больше чем мальчики сталкиваются с конфликтными проблемами социализации и поэтому могут быть группой более подверженной развитию заболеваний. В-третьих, в процессе социализации девочки больше заботятся о своем физическом и эмоциональном состоянии и, следовательно, имеют низкий порог предъявления жалоб на здоровье [12]. Доктрина «мальчики не плачут» может быть причиной того, что мальчики реже предъявляют какие-либо жалобы, в том числе и на здоровье. В связи с этим, растущие с возрастом гендерные различия, могут быть связаны с тем, что мальчики не говорят о своих жалобах на здоровье. Эти объяснения отражают процессы, которые действуют параллельно и даже взаимодействуют друг с другом. Важным вопросом является то, что влияние на эти процессы оказывают факторы, определяющие наличие значительных гендерных различий в здоровье молодых людей. Если эти различия объяснять только природными физиологическими факторами, то не будут учитываться факторы, которые оказывают влияние на состояние общественного здоровья. Низкая самооценка состояния здоровья коррелирующая с низкой удовлетворенностью жизнью 15-летними девочками является показателем того, что эта группа населения относится к группе риска в период перехода от подросткового периода к взрослому, что должно учитываться при разработке профилактических и социальных программ для подростков.

Литература:

1. Kohler L. Child Public Health. A new basis for child health workers. *European Journal of Public Health*, 1998, 8 (3):253-255.
2. Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986 (<http://www.euro.who.int/About> WHO/Policy/20010827_2.)
3. Millstein SG, Petersen AC, Nightingale EO. Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century. New York, Oxford University Press, 1993
4. Young people's health in context. Health behavior in School-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey/edited by Candance Currie ...[et al.]
5. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1997, 38(1):21-37).
6. Отношение населения к своему здоровью и системе здравоохранения. Результаты социологического исследования: Сборник/ Под ред. Г. Нокиной, В. Гуревич. – Алматы: «Фонд XXI век», 2002., с. 101.
7. Henker B, Whalen CK, O'Neil R. Worldly and workaday worries: contemporary concerns of children and young adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1995, 23:685-702).
8. Ursin H. Sensitization, somatization, and subjective and subjective health complaints. *International Journal of Behavioral Medicine*.
9. Haugland S et al. Subjective health complaints in adolescence – A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 2001, 11(1):4-10).
10. Diener E. Subjective well-being – The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 2000, 55(1):34-43.)
11. Wichstrom L. The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: the role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology*, 1999, 35(1):232-268.
12. Van Wijk CMTG, Kolk AM. Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory/ *Social science and Medicine*, 1997, 45(2):231-246.

ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Куралбаев Б.С., Батыргожина К.Ш.

Центральная клиническая больница медицинского центра Управления делами президента Республики Казахстан.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) все еще остаются основной причиной инвалидности и смертности людей. В основе ССЗ лежит атеросклероз, при котором холестерин, другие липиды, клеточные элементы, фибрин накапливаются в стенках артерий, формируя бляшки, ограничивают кровоток. В этом значительную роль играет дислипидемия, особенно повышенный уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) и холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) (1). Не менее значительную роль играет дисфункция эндотелия сосудов. Есть основание полагать, что хронический субклинический воспалительный процесс сосудистого эндотелия, который характеризуется активацией и пролиферацией эндотелиальных и гладкомышечных клеток с образованием большего количества противовоспалительных медиаторов, играет немаловажную роль. Маркером воспалительного процесса является С-реактивный белок (СРБ). В норме равняется 0,8 - 3,0 мг/мл (2)

Результаты клинико-эпидемиологических исследований за последние годы позволяют переосмыслить роль самого воспаления и его маркеров в первичной и вторичной профилактике ССЗ, а также переоценить значение некоторых «классических» сердечно-сосудистых факторов риска (ФР).

Проведенные исследования в США и Европе свидетельствуют, что у лиц с изначально высоким уровнем СРБ в плазме, риск осложнения ишемической болезни сердца (ИБС) был повышен в 1,7 раза по сравнению с лицами, чей уровень СРБ плазмы не превышает такового в общей популяции. У мужчин среднего возраста уровень СРБ плазмы был достоверным предиктором развития фатального и нефатального инфаркта миокарда (ИМ), ишемического инсульта и атеросклероза периферических артерий (артерий нижних конечностей). У женщин в постменопаузе повышенный уровень СРБ плазмы был также предиктором смертности от ИБС, нефатального ИМ и ишемического инсульта.

Считается, что даже высокий нормальный уровень СРБ является неблагоприятным прогностическим признаком (2).

В связи с выше перечисленными данными растет необходимость определения уровня СРБ, а также коэффициента атерогенности (КА) у пациентов. Повышение КА более 4 ед. говорит о повышении риска осложнения атеросклероза: ИМ, инсульта, перемежающей хромоты, тромбоза. КА рассчитывается по формуле:

$$КА = \frac{ОХ - ХС \text{ ЛПВП}}{ХС \text{ ЛПВП}}$$

Нормальные показатели липидов сыворотки крови:

Общий холестерин (ОХ) - 3,2-5,2

Холестерин липопротеиды высокой плотности (ХС ЛПВП) > 1,0 ммоль/л

Холестерин липопротеиды низкой плотности (ХС ЛПНП) - 1,3-3,3 ммоль/л

Холестерин липопротеиды очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) - 0,1-1,0 ммоль/л

По Европейской Ассоциации кардиологов от 1998 г целевым считается уровень холестерина <5,2 ммоль/л, а ЛПНП <3,0 ммоль/л.

По рекомендации Американской ассоциации сердца целевой уровень ХС < 4,6 ммоль/л, а ЛПНП < 2,6 ммоль/л.

Кардиологи на современном этапе понимают, что процесс атерогенеза можно затормозить, и даже вызвать регрессию атеросклеротической бляшки, что является целью кардиологов в профилактике ССЗ.

Успех лечения больных зависит от целого комплекса факторов: образа жизни, характера питания, правильного подбора лечения, особенно липидокорректирующей терапии, которая крайне необходима в достижении успеха в лечении атеросклероза

В настоящее время самыми современными липидокорректирующими препаратами являются - статины. Они вошли в «золотой стандарт» лечения ИБС.

За открытие препаратов этой группы ученые Браун и Гольдштейн получили Нобелевскую премию, а само открытие было выдающимся событием в кардиологии конца XX столетия.

Статины для атеросклероза – то же, что пенициллин для инфекционных болезней. (Roberts, 1996 г)

Статины не излечивают гиперхолестеринемию, а только позволяют контролировать ее. Поэтому лечение этими препаратами нужно проводить пожизненно, и чем раньше, тем лучше. После достижения хорошего эффекта к ним может развиться резистентность. В таких случаях необходимо делать перерыв на 1 месяц (лекарственный отпуск) с последующим возобновлением лечения. Иногда бывает достаточным замена одного препарата на другой. Рекомендуется применение статинов у всех пациентов с атеросклерозом. Например, сразу после приступа ишемической болезни сердца (острый коронарный синдром), острого нарушения мозгового кровообращения, а при остром ИМ статины должны быть назначены всегда, даже когда низкий уровень холестерина. Рекомендуются статины больным после операции реваскуляризации, а при вторичных формах гиперхолестеринемии (гипотиреоз, нефротический синдром, обструкция желчевыводящих путей) надо обязательно лечить основное заболевание при соблюдении соответствующей диеты (3). Благоприятное влияние статинов на исход ССЗ связано не только с нормализацией уровня липидов крови, но и с рядом других (более ранних) «сосудистых эффектов». Эти эффекты называются плеотропными или нелипидными. Сюда относится влияние на эндотелиальную дисфункцию, вазомоторную функцию, процессы воспаления при атерогенезе, на гемостаз (1). Нелипидные эффекты имеют чрезвычайно большое значение, оказывая положительное влияние на адгезию тромбоцитов. При назначении статинов снижение СРБ, пролиферация гладкомышечных клеток и стабильность покрышки атеросклеротической бляшки подчеркивают положительные влияния статинов на атерогенез (1). Доказано, что противовоспалительный эффект статинов сравним с противовоспалительной активностью индометацина, но, все же, изменение уровня СРБ под влиянием статинов, все еще, практически мало изучено и остается актуальным.

Учитывая вышесказанное, с целью профилактики ССЗ и сердечно-сосудистого риска необходимо:

1. Для осведомленности населения широко проводить санитарно-просветительную работу по радио, по телевидению, в газетах, организовать образовательную программу в «ШКОЛАХ КАРДИОЛГА» лечебных учреждений.
2. Учитывая, что каждый цивилизованный человек должен знать уровень своих липидов, всем кому старше 20 лет должны определять свой уровень общего холестерина и липопротеидов высокой плотности каждые 5 лет. При повышении ОХ >5,17 ммоль/л и при снижении ЛПВП < 1 ммоль/л необходимо определить липидный профиль, а при необходимости проводить профилактические мероприятия.

3. Необходимо обучать население мерам предупреждения нарушения липидного обмена (соблюдать диету, режим труда, отдыха, двигательный режим, избегать стрессовых ситуаций, борьба с ожирением и т.др.)
4. Своевременное убежденное лечение признаков возникшего атеросклероза и заболеваний, приводящих к нему (сахарный диабет, гипотиреоз, заболевания почек, холестаза, хронический алкоголизм) статинами.

Литература:

1. Е.А. Баженова, Е.В. Волкова, проф. А.В. Панов, проф. Е.В. Шляхто. Кафедра факультетской терапии Санкт-Петербургского Госуд.мед.университета им. академика И.П. Павлова. Влияние статинов на функциональное состояние эндотелия сосудов у больных ишемической болезнью сердца. Кардиология. Том №10.2002 г. стр. 874-877.
2. Ю.А. Карпов, Е.В. Сорокин, О.А. Фомичева. РКНПК МЗ РФ Москва. Воспаление и атеросклероз: состояние проблемы и нерешенные вопросы. Сердце. Том №2. стр. 190-192.
3. Н.Б. Байтасова. НИИ Кардиологии и внутренних болезней. Памятка для практического врача. Казахстан. г. Алматы.
4. И.А. Либов, О.С. Гулькинова, Т.Д. Милешникова и др. Необходимость и возможность расширения применения статинов в кардиологической практике. РМЖ. Том №10. стр.458-460.
5. Н.М. Ахмеджанов. Гиполипидемическая терапия у больных ИБС. Лечащий врач. №7. 2002г. стр.16-19.
6. Г.М. Имантаева, А.Т. Мусагалиева, Г.А. Нурмагамбетова и др. НИИ кардиологии и внутренних болезней. Атеросклероз. Ишемическая болезнь сердца. Статинотерапия (симгал). Терапевтический вестник. №4. 2004 г. стр.60-62.
7. Л.А. Чугунова, М.Ш. Шамхалова, М.В. Шестакова. ГУ эндокринологический научный центр. Особенности дислипидемий и методы их коррекции у больных сахарным диабетом типа 2. Consilium-Medicum. Том 4. №10. 2002 г. 7стр.
8. М.Г. Бубнова, Н.В. Перова и др. Гос. научно-исследовательский центр профилактической медицины МЗ России. Варианты чувствительности больных коронарной болезнью сердца к гиполипидемическому действию симвастатина. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2003 г. №2. стр.38-45.
9. Диагностика, оценка и лечение гиперхолестеринемии. (Третий отчет национальной образовательной программы США по холестерину). Клиническая фармакология и терапия. №11. 2002 г. стр.19-24.
10. С.Г. Козлов. Отдел атеросклероза НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова. РКНПК МЗ РФ. Москва. Лечение дислипидемии у больных сахарным диабетом типа 2. Consilium – Medicum. Том №5. 2003 г.
11. О.А. Беркович, О.Д. Беляева, Е.А. Баженова и др. Кафедра факультетской терапии Санкт-Петербургского Гос. мед. университета им. академика И.П. Павлова. РМЖ. Кардиология. Том №10. 2002 г. стр. 874-877.
12. В.И. Петров, С.В. Недогода, А.В. Сабанов и др. Волгоградская медицинская академия. Фармакоэкономические аспекты применения статинов при краткосрочной гиполипидемической терапии. Качественная клиническая практика .№1.2003 г.5стр.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В И С В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ

Куралбаев Б.С., Сейдуалиева Б.С., Аульбекова Ф.А., Салихова Л.М.

ЦКБ Медицинского центра Управления Делами Президента РК

С каждым годом растет поток информации, свидетельствующей о том, что вирусные гепатиты занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии человека и представляют собой актуальную проблему медицинской науки и практики во всех странах мира.

Применение иммуноферментного анализа (ИФА) в индикации серологических маркеров вируса гепатита В (ВГВ) и вируса гепатита С (ВГС) существенно обогатило лабораторно-диагностический процесс по изучению парентеральных гепатитов. Однако он является лабораторным методом, выявляющим опосредованную реакцию иммунной системы человека на внедрение вируса. Лишь тесты на HBsAg и HBeAg могут считаться свидетельством непосредственного обнаружения вирусных фрагментов. При этом в работах некоторых авторов [1,2] указывается, что HBeAg характеризует высокую репликативную способность ВГВ, в то время как HBsAg нельзя считать свидетельством репликации. В случае инфекции ВГС маркером репликации признаны антитела класса М к core-протеину ВГС.

Внедрение в повседневную лабораторную практику метода полимеразной цепной реакции (ПЦР) предоставило возможность использовать прямой лабораторный метод для непосредственного обнаружения генома возбудителей вирусных гепатитов.

Целью нашей работы явилось определение частоты выявляемости серологических (ИФА) и генетических (ПЦР) маркеров HBV и HCV среди пациентов обратившихся за стационарной и амбулаторной помощью в многопрофильную клинику.

Материалы и методы.

Материалом исследования служили плазма и сыворотка крови пациентов.

ПЦР-анализ на ВГВ и ВГС проводили на реагентах марки «Ампли-Сенс» производства ООО «Интерлабсервис» (г. Москва). ДНК/РНК из плазмы крови выделяли с использованием набора «Рибо-сорб», для получения кДНК с матрицы РНК применяли комплект «Реверта-R». Для амплификации применяли набор «АмплиСенс HBV-470s/ВКО-770» и «АмплиСенс HCV-240/ВКО-440». Амплификацию проводили на термоциклере «Gene Cycler» Bio-Rad. Продукты амплификации анализировали методом электрофореза с учетом результатов на системе «Gel-Doc» Bio-Rad.

Серологические маркеры выявляли путем проведения иммуноферментного анализа сывороток крови на полуавтоматическом Ридере «Stat-Fax» (USA) с применением тест-систем фирмы «IBL» и «DAI» (USA), и на автоматическом электрохемилюминисцентном анализаторе «ElecSys 2010» Roche, с использованием реактивов данного анализатора. Для выявления серологических маркеров гепатита С применялись наборы с суммарными антителами.

Результаты и обсуждение.

За один год в лаборатории проведено более 4,5 тысяч исследований крови на наличие специфических маркеров вирусных гепатитов В и С методом ПЦР (1520) и методом ИФА (3007). Значительная часть исследований проведена для пациентов с направлениями на обследование (56,5 %), и на различные хирургические вмешательства

(34,1 %), только небольшой процент пациентов были с диагнозом хронический вирусный гепатит В или С (9,4 %).

Из числа обследованных, на наличие нуклеиновых кислот вирусов гепатитов В и С методом ПЦР, у 122 были положительные результаты. Частота обнаружения данным методом составила 8,3 %, из них 11,1 % вирусы гепатита С и 5,4 % вирусы гепатита В.

Из числа обследованных, на наличие серологических маркеров методом ИФА, у 414 были положительные результаты. Частота обнаружения методом ИФА гепатита В составила 11,6 %, гепатита С – 23,4 %.

Удельный вес выявления гепатита С преобладает в обоих методах исследования. В таблице 1 представлены данные по выявляемости генетических и серологических маркеров вирусных гепатитов методом ПЦР и ИФА.

Таблица 1. Выявляемость маркеров вирусных гепатитов В и С методом ПЦР и ИФА

№	наименование маркеров	Всего проведено исследований	Положительные результаты	% выявления
1.	ИФА HBV	2407	279	11,6 %
	HBsAg	1078	105	9,7
	HBsAb	332	45	13,2
	HBeAg	250	14	5,6
	HBeAb	234	44	18,8
	HBcAb	268	53	19,7
	HBcAb IgM	245	18	7,3
	ИФА HCV Ab	575	135	23,4
2.	ПЦР HBV	817	44	5,4
	ПЦР HCV	699	78	11,1

Среди серологических маркеров ВГВ преобладают положительные результаты у антител (HBcAb, HBeAb, HBsAb), а выявление антигенов (HBsAg, HBeAg) составляет небольшой процент, что свидетельствует о том, что в основном обращаются пациенты не с острым, а с хроническим гепатитом В. Выявление ПЦР методом ДНК ВГВ свидетельствует о вирусемии и указывает на остроту процесса в 5,4 % случаях, что совпала с обнаружением ИФА-маркера HBeAg в 5,6 %. При применении обоих методов выявление острого вирусного гепатита В идентично.

Серологические маркеры гепатита С – HCVAb обнаруживались с частотой 23,4 %, это примерно в два раза выше, чем результаты ПЦР по обнаружению РНК HCV – 11,1 %. Отрицательные результаты ПЦР по выявлению РНК вируса гепатита С на фоне положительных тестов на HCVAb методом ИФА могут быть следствием низкой концентрации вируса или отражать носительство антител в крови пациентов, которые перенесли острый гепатит. В настоящее время выделяют два варианта течения хронического гепатита – с высокой и низкой репликативной активностью вируса. У больных хроническим гепатитом С с низким уровнем вирусемии РНК вируса чаще выявляется в печени, чем в плазме и сыворотке крови.

Выводы.

Полученные результаты свидетельствуют об умеренной инфицированности пациентов вирусами гепатитов В и С. Большая часть пациентов на момент обследования имела хроническую форму этих заболеваний, только у 5,6 % обнаружилось острое течение. Из-за низкой вирусемии у пациентов с хронической формой гепатитов не всегда обнаруживались ДНК, РНК вирусов методом ПЦР. Это указывает на необходимость в генодиагностике вирусных гепатитов применять более высокочувствительные молекулярно-генетические методы, в том числе и количественные, а также исследовать не

только плазму и сыворотку крови обследуемого, но и ткань печени, в которой может локализоваться вирус.

Литература:

1. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. – СПб: Теза.- 1998.
2. Ильина Е.Н., Фомина Е.Е., Артемов Е.К., Говорун В.М. Хронические вирусные заболевания печени.- М. – 2003. – 40 с.

**СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФОНОФЕРЕЗА С ГИДРОКОРТИЗОНОВОЙ
МАЗЬЮ И ЭЛЕКТРОФЕРЕЗА С ГЕПАРИНОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО
БРОНХИТА И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

Аюпова Ш.А., Таирова К.И., Джиенбаева Н.Р., Муххо Е.Н.

Центральная клиническая больница медицинского центра
Управления делами президента
Республики Казахстан

Актуальность:

Хроническая обструктивная болезнь легких \ХОБЛ\ - заболевание, характеризующееся частично необратимым ограничением воздушного потока, как правило, имеет неуклонно прогрессирующий характер и вызвано воспалительной реакцией легочной ткани на раздражение различными патогенными частицами и газами.

Заболеваемость и смертность пациентов от ХОБЛ продолжает увеличиваться во всем мире. Занимает 4-е место среди причин хронической заболеваемости и смертности в мире в возрастной группе старше 45 лет /1/. По данным исследования, проведенного Всемирной организацией здравоохранения и Мировым банком, к 2020 году ХОБЛ будут сохранять 5-е место в структуре общей заболеваемости. Велико и социально-экономическое значение ХОБЛ, на их долю приходится немалая часть как прямых, так и непрямых расходов общества /2/. Существенное влияние они оказывают на качество и продолжительность жизни больных.

Цель исследования:

Сочетанное применение электрофореза гепарина и фонофореза с гидрокортизоновой мазью при лечении больных с заболеваниями хронический бронхит и бронхиальная астма.

Методы исследования:

Фонофорез с гидрокортизоновой мазью восстанавливает и усиливает дренажную функцию бронхов, усиливает лимфо- и кровообращение. Кроме того, оказывает противовоспалительное и десенсибилизирующее действие.

Проводится процедура паравертебрально и по ходу 5-6 межреберий (0,2вт\см² по 3 минуты, курс лечения 10-12 процедур)

Электрофорез с гепарином предупреждает дегрануляцию тучных клеток, повышает активность альвеолярных макрофагов, обладает противовоспалительным действием

антитоксическим и диуретическим эффектом, снижает легочную гипертензию, способствует отхождению мокроты /3/.

Основными показателями к гепарину при хроническом бронхите и бронхиальной астме являются:

1. Наличие обратимой бронхиальной обструкции;
2. Легочная гипертензия;
3. Дыхательная недостаточность;
4. Активный воспалительный процесс в бронхах;
5. ДВС-синдром;
6. Значительное повышение вязкости мокроты.

Электрофорез с гепарином \5000ед.\назначается на область грудной клетки, курсом от 7 до 10 процедур

Противопоказаниями к гепарину являются геморрагический синдром, кровохарканье, язвенная болезнь, что учитывается при назначении этой процедуры /6/

Результаты:

При сочетанном лечении на 5-6 день самочувствие больных улучшалось, проходила одышка, на 10-й день больные отмечали значительное улучшение.

Под наблюдением находились 140 больных (данные приведены в таблице 1).

Таблица 1. Результаты лечения больных с хроническим бронхитом разными методами

Виды лечения	Кол-во больных	мужчины	женщины	Значительное улучшение	улучшение	Без эффекта
Фонофорез с гидрокортизоновой мазью в сочетании электрофореза с гепарином	46	24	22	38	5	3
Э.п.УВЧ + электрофорез с 3% КЛ\	52	32	20	24	20	8
Дмв+ингаляции с бронхолитической смесью	42	28	14	22	18	2

Выводы:

Использование фонофореза с гидрокортизоновой мазью и электрофореза с гепарином в клинической практике показывает, что после первых сеансов отмечаются значительные положительные сдвиги у 75% больных, что способствует сокращению сроков лечения больных хроническим бронхитом и бронхиальной астмой.

Литература:

1. А.Н. Окороков. «Диагностика болезней внутренних органов». 2001 г.
2. В.М. Боголюбов. «Курортология и физиотерапия». 1985 г.
3. С.Н.Авдеев. «Комбинированные бронхолитические препараты (в2-агонист и антихолинерик) при обструктивных заболеваниях легких». 2004 г.
4. Т.А. Данышбаева, Т.А. Муминов, Р. Исеменова. «Клиника и лечение хронических обструктивных болезней легких». 2004 г.
5. В.С. Чиркин. «Ультразвуковая терапия». 1983 г.
6. В.К. Лепехин. «Клиническая фармакология».

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОНТРОЛЯ ОЦЕНКИ ЗРЕЛОСТИ КОСТНОГО РЕГЕНЕРАТА ПРИ КОСМЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ.

Куралбаев Б.С., Насыбуллин М.А., Жайлау Б.А., Харламов В.В.

Центральная клиническая больница
медицинского центра управления делами президента РК

Традиционная рентгенография (РГ), широко используемая для контроля созревания костного регенерата, практически не имеет альтернативы из-за своей распространенности и универсальности. Лучевая нагрузка при рентгенографии на пациента и медицинский персонал, так же ограничивает количество необходимых снимков в процессе лечения. Такие современные методы исследования, как компьютерная томография (КТ) и ядерно-магнитная резонансная томография (ЯМРТ) являются наиболее эффективными в исследовании костной ткани. Однако небольшая распространенность и высокая стоимость самих исследований не позволяет им в настоящее время найти более широкое применение.

Появление современных ультразвуковых аппаратов с высокочастотными, широкополосными датчиками с высокой плотностью элементов, обеспечивающих высочайшее точечное разрешение диагностических изображений, дает возможность оценить состояние костной ткани и провести мониторинг лечения. Ультразвуковое (УЗ) исследование более доступное, безвредное для пациента и может проводиться во время лечения неоднократно.

При ультразвуковом сканировании датчиками 7-15 МГц костная структура отражает ультразвуковой луч, поэтому получается отображение только поверхности кости, которая выглядит как яркая гиперэхогенная линия. При режиме тканевой гармоникой получается более четкая визуализация контуров костных структур [1].

При косметической коррекции за контролем репаративного остеогенеза в зоне остеотомий большеберцовых костей нами проведено сравнительное изучение применения УЗ и РГ исследований.

Материалы и методы

Всего в нашем наблюдении было 75 больных, которым была проведена косметическая коррекция нижних конечностей по поводу деформации костей голени. Из этого числа 35 больным было проведено сравнительное изучение применения УЗ и РГ исследований с целью контроля за репаративным остеогенезом.

Всем больным был произведен остеосинтез левой большеберцовой кости аппаратом с диэлектрическими втулками.

Данная манипуляция проводилась нами для создания оптимальных условий в системе аппарат-конечность, то есть приблизить репаративный электрогенез поврежденной кости к естественному.

Рентгеновские снимки делались на следующий день после операции, через 7-12 дней после операции (по окончании коррекции), через месяц со дня операции и перед демонтажем аппаратов (43-48 день после операции). На момент снятия аппаратов рентгенологическая картина области остеотомии выглядела следующим образом. Образовавшийся клиновидный дефект в зоне коррекции большеберцовой кости заполняется чётко определяемым на рентгенограмме регенератом, равномерно уплотняющимся в наружном (латеральном) направлении и переходящим в костное сращение по наружной поверхности большеберцовой кости, которое определяется в виде переходящих с одного отломка на другой непрерывающихся костных балочек. С внутренней стороны у основания клина регенерата определялась чёткая внутренняя его граница перехода от ткани регенерата к мягким тканям. Сравнительное рентгенологическое исследование области костного регенерата показало, что плотность регенерата на левой большеберцовой кости была выше, граница перехода от тканей регенерата к мягким тканям более четкая, линия перелома менее отчетливая, минерализация костной ткани области остеотомии выше.

Ультразвуковое исследование проводилось после демонтажа аппаратов внешней фиксации (40-50 день после операции). Исследование в более ранние сроки после операции затруднялось проксимальным кольцом аппарата и спицами, фиксированными в нем.

Исследовательская часть нашей работы, касающаяся ультразвукового исследования костного регенерата, проведена в 30 случаях, на левой голени, где кольца аппарата были изолированы диэлектрическими втулками, и на правой голени, на которой аппарат был без диэлектрических втулок. Во всех случаях наблюдения выявлялась и четко прослеживалась зона остеотомии, утолщение надкостницы в виде гиперэхогенной структуры с гипозоногенным ободком вокруг, что объясняется перифокальным воспалением. При исследовании костного регенерата на левой большеберцовой кости отмечалась непрерывная гиперэхогенная линия с умеренным гипозоногенным ободком вокруг. При ультразвуковом исследовании области костного регенерата на правой большеберцовой кости гиперэхогенная линия оставалась прерывистой, а гипозоногенный ободок был более выражен.

Результаты и их обсуждение

Непосредственные результаты лечения нами оценивались по данным клинического, РГ и УЗ исследований.

На протяжении лечения больные отмечали, что на левой ноге, где был аппарат с диэлектрическими втулками, боли области остеотомии были гораздо меньше, визуально отек левой голени был меньше. При ходьбе больные меньше испытывали дискомфорт в левой ноге, что невольно сопровождалось тем, что они больше нагружали левую ногу. После демонтажа аппаратов, в течение 2-3 недель, больные испытывали чувство дискомфорта в области остеотомии на правой голени при ходьбе.

Сравнительная оценка данных рентгенологического и УЗ исследований костного регенерата, не только показала положительное влияние диэлектрических втулок на созревание костного регенерата, но и дает возможность судить о зрелости костного регенерата с помощью УЗ

исследования. Учитывая простоту, доступность ультразвукового метода исследования, он может найти более широкое применение в травматологии и ортопедии для контроля за динамикой созревания костного регенерата.

Литература:

1. Зубарев А.В. Диагностический ультразвук. Костно-мышечная система. -М.: ООО «Фирма Стром», 2002 г.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОСНОВНЫХ ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ (СИФИЛИС, ГОНОРЕЯ) В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Самигулина А.Э.

Кыргызская государственная медицинская академия, г. Бишкек.

Смена государственного строя, социальные потрясения, нестабильность экономических и психологических процессов, появление беженцев, лиц без определенного места жительства, безработных, проституток, снижение уровня санитарно-просветительной работы среди населения – далеко не полный перечень факторов, способствующих распространению ИППП. Эти сложные процессы в обществе происходят на фоне снижения активности со стороны органов и учреждений здравоохранения, и, прежде всего, отлаженной ранее диспансерно-профилактической работы, оперативности выявления больных венерическими заболеваниями и их контактов (2,3,4,5,7,8).

С 1991 года в Центральноазиатских республиках резко стала расти заболеваемость сифилисом. В частности, за период с 1991 по 1997 гг. заболеваемость сифилисом увеличилась во много раз, а с 1998 г. наблюдается тенденция к снижению этой патологии. Так, в 1999г. в Казахстане зарегистрировано 231,4 новых случаев на 100000 населения, а в Кыргызстане – 146,3. Самыми неблагополучными по количеству больных сифилисом являются столичные города и области с наиболее высоким процентом городского населения (1,8).

В связи с этим **целью** данного сообщения является оценка состояния основных венерических болезней в Кыргызской Республике и совершенствование профилактических мероприятий.

Материал и методы. Источником информации были материалы заболеваемости по данным министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Статистическая обработка информации проводилась по общепринятой методике социально-гигиенического исследования.

Результаты и обсуждение. В последние годы в нашей республике значительно расширены диапазон и содержание услуг семейных врачей, в обязанности которых включены функции по укреплению здоровья. Произошло смещение от предоставления услуг отдельным категориям населения к оказанию услуг по принципу семейной

практики, с акцентом на профилактику заболеваний и укрепления здоровья приписанного населения, что способствовало улучшению качества услуг здравоохранения (6).

Не смотря на это, уровень ежегодно регистрируемой заболеваемости ИППП остается высоким. В Кыргызской Республике в 2003 году заболеваемость сифилисом составила $48,2^{0}/_{0000}$, гонореей – 27,4, соответственно.

Учитывая значимость распространения ИППП в республике, получивших признаки эпидемического процесса в середине 90-х годов прошедшего столетия, на наш взгляд, интересным в научном плане, является ретроспективный и сравнительный анализ заболеваемости ИППП за период 1991-2003 годы, в целом, по республике и по г. Бишкек, который является крупным мегаполисом с выраженной инфраструктурой и развитием устоявшихся отношений в области сексуального бизнеса с вовлечением социально неадаптированных и малообеспеченных категорий молодежи, склонных к асоциальному поведению.

Анализ заболеваемости населения сифилисом в период 1991-2003 годы по республике свидетельствует об обострении эпидемической ситуации в 1996-1997 годах и о снижении уровня заболеваемости в последующие годы (рис.1).

Следует указать, что в период эпидемического роста заболеваемости сифилисом в 1997 году по республике (167,8 на 100 тыс. населения), данный показатель по г. Бишкек соответствовал 255,4 на 100 тыс. населения. В этом же году при среднереспубликанском уровне заболеваемости гонорейной инфекцией (32,9 на 100 тыс. населения), в г. Бишкек заболеваемость достигла 81,5 на аналогичную численность населения. Причем величина показателя заболеваемости сифилисом по Кыргызской Республике в 1997 году превосходит аналогичный показатель 1990 года в 88 раз.

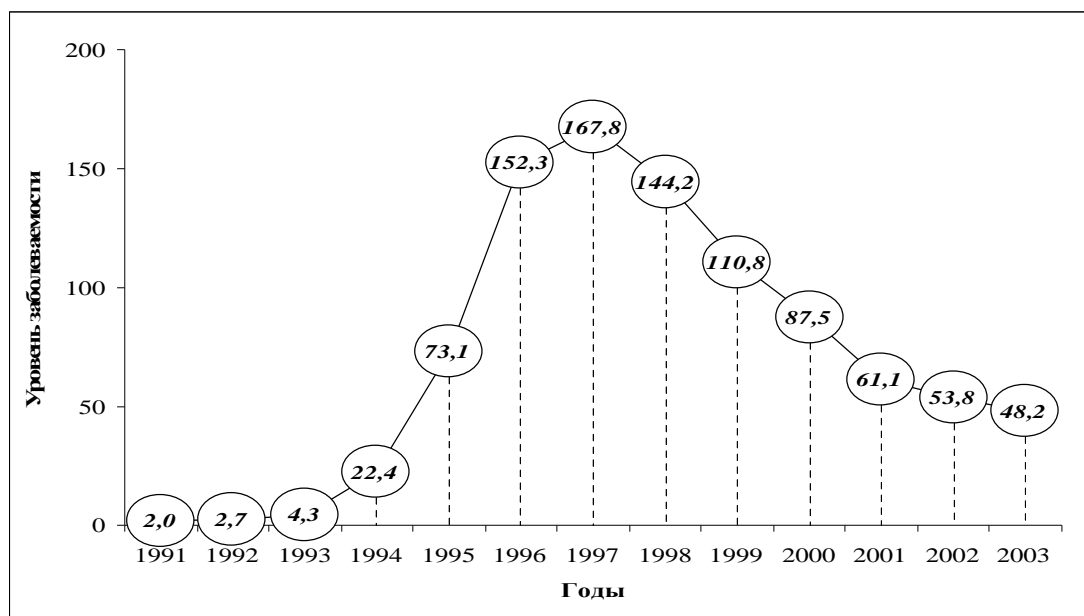


Рис 1. Динамика заболеваемости сифилисом в Кыргызской Республике по годам (число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни на 100 тыс. населения).

Принятым постановлением Правительства Кыргызской Республики №785 от 13 декабря 2001 года утверждена Государственная программа по профилактике ВИЧ-инфекции/СПИДа, инфекций, передающихся половым и инфекционным путями на 2001-2005 гг., программы по борьбе с ИППП, направленных на раннее активное выявление больных (широкая «вассерманизация» в медицинских учреждениях, многократное обследование «декретированных» контингентов), позволили снизить уровень заболеваемости населения. Однако, несмотря на снижение уровня заболеваемости сифилисом в 2003 году по сравнению с 1997 годом в 3,5 раза по республике, и в 6 раз по г.

Бишкек, высокие цифры по заболеваемости сифилисом, тем не менее, обусловлены ростом безработицы, интенсивной миграцией населения, изменением привычного образа жизни, проституцией, наркоманией, расширением рынка сексуальных услуг, что отражается на состоянии инфекционной патологии населения, особенно на уровне заболеваемости социально значимыми инфекциями.

По г. Бишкек, наибольший показатель заболеваемости сифилисом зарегистрирован в 1996 году. По сравнению с 1995 годом (184,5⁰/1000) повышение уровня заболеваемости в 1996 году достигло 368,3 на 100 тыс. населения, это в 2 раза больше, чем 1995 г. (рис. 2). Такой скачок можно объяснить миграцией населения в города из областей и развалом действующих ранее механизмов общественного контроля. Следует отметить, что изначально с 1994 года цифры по г. Бишкек были выше, чем общереспубликанские. Соотношение больных г. Бишкек и областей КР составило 1:2,2, т.е. 50 % больных приходится на г. Бишкек. И лишь в 2001 году произошла стабилизация процесса и показатель на 100 тыс. населения в г. Бишкек стал ниже чем по республике – 61,6, г. Бишкек – 52,6, в 2002 г. по республике – 53,8, в г. Бишкек – 41,3, в 2003 г. по республике – 48,2, в г. Бишкек – 41,8 (рис. 2). Это видимо объясняется тем, что в 2001 году была начата реализация третьего этапа программы Манас-1 и постановление Правительства КР по профилактике и борьбе с ИППП. Принимая во внимание общепринятое мнение, что сифилис является маркером ИППП, и повышение величины данного показателя, свидетельствует о неблагоприятной эпидемической ситуации.

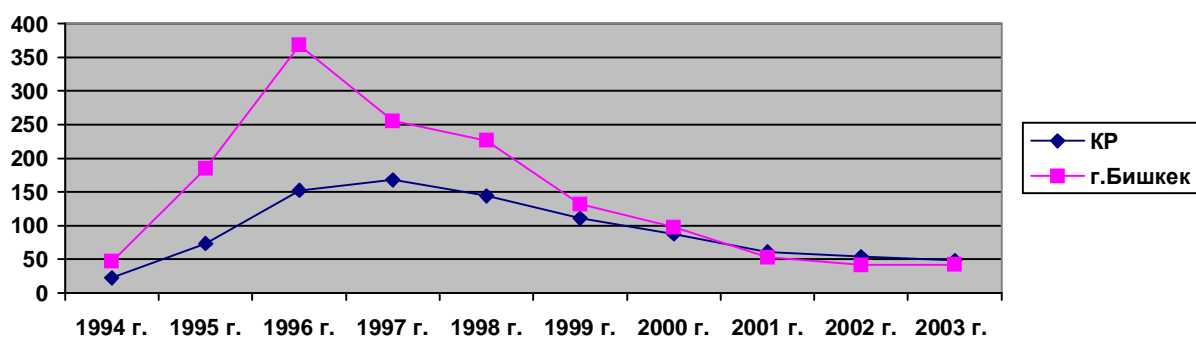


Рис. 2. Динамика заболеваемости сифилисом на 100 тыс. населения в Кыргызской Республике.

На наш взгляд, предпосылкой развития эпидемии ИППП, служит также рост гонорейной инфекции, наблюдающийся в 1994 году. Причем, если показатель заболеваемости гонореей в данном году по республике составлял 46,1 на 100 тыс. населения, то в г. Бишкек эта величина составила 128,8 на 100 тыс. населения. Вместе с тем, каждый второй больной с гонореей по республике проживал в г. Бишкек, что подчеркивает значимость мегаполиса в распространении ИППП в связи с тем, что этот город является не только центром культуры, образования, но и городом, где сконцентрированы уязвимые группы населения.

За анализируемый 10-летний период (1994-2003 годы), показатель заболеваемости гонореей в целом по республике увеличился в 4 раза и по г. Бишкек в 7 раз, что свидетельствует об изначально высоком уровне этой патологии.

Достаточно четко сложившаяся корреляция между динамикой заболеваемости сифилисом и гонореей, прослеживаемая в течение последних двух десятилетий в Кыргызстане, и в других странах СНГ, получило свое отражение и при анализе заболеваемости, проведенном нами. Соотношение уровня заболеваемости сифилисом и

гонореей по республике соответствует 1:2 в 1994 г. С 1995 года наблюдается обратная зависимость 1,6:1, в 1996 году 3,7:1 и в 2003 году данная пропорция равна 1,7:1. Если посмотреть на графическое изображение заболеваемости гонореей с 1994 по 2003 годы, следует отметить, что линия плавная без явных пиков и резких подъемов (рис. 3).

Анализируя ситуацию по гонорее, мы видим, что уровень высок, причем, как и при сифилисе, абсолютный показатель в г. Бишкек превышает республиканские данные. При изначально высоком уровне 46,1 на 100 тыс. населения в 1994 г. идет снижение уровня до 1997 г. – 32,9 и с 1998 г. возрастание от 36,3 до 48,3 на 100 тыс. населения в 2001 г. После чего отмечается снижение уровня заболеваемости до 27,4 ‰ в 2003 году, что ниже показателя 1994 года (46,1 на 100 тыс. населения) в 1,7 раз, то есть темп убытия в среднем по республике составил -3,9, а в г. Бишкек – -7,2%. Оценивая ситуацию по г. Бишкек надо отметить, что изначально в 1994 году был пик заболеваемости (128,8 ‰), что в 2,7 раз выше данного показателя в КР (46,1 ‰), то есть каждый второй больной гонореей проживал в г. Бишкек.

С 1994 года идет плавное снижение уровня заболеваемости до 1999 года (67,9). С 2000 года мы отмечаем подъем уровня заболеваемости до 74,7, в 1,1 раз по сравнению с 1999 годом. Причем этот показатель в г. Бишкек превышал общереспубликанский в 2 раза, т.е. каждый 3-й проживал в г. Бишкек. С 2000 года уровень заболеваемости гонореей приобретает волнообразный характер со спадами в 2001 году до 66,1 и подъемом в 2002 до 71,9 и опять спадом до 56,9 ‰ в 2003 году. Причем абсолютные числа в 2003 г. по г. Бишкек превышают республиканские в 2 раза. Ситуация продолжает оставаться очень нестабильной.

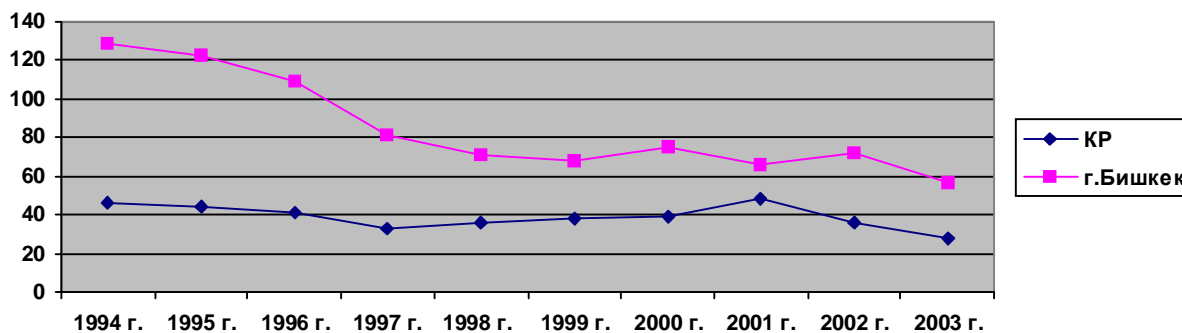


Рис. 3. Динамика заболеваемости гонореей на 100 тыс. населения в Кыргызской Республике.

Объяснение феномена изменения соотношения больных гонореей и сифилисом, наряду с абсолютным увеличением больных сифилисом (в 2,1 раз в 2003 году по сравнению с 1994 годом) заключается в процессе влияния ряда факторов на эпидемический процесс: лечение в коммерческих структурах и в других медицинских учреждениях без официальной регистрации больных, отсутствие динамического наблюдения за ними, бесконтрольное использование антибиотиков больными с ИППП.

Немаловажным моментом является почти двукратное увеличение заболеваемости гонореей городских жителей над сельскими. Данный аспект отражает не только миграционные процессы населения (город – село), но и свидетельствует о необходимости проведения масштабного скрининга за больными ИППП (особенно групп риска) в условиях больших городов и областных центров.

Литература:

1. Database "Health for All"//2000,WHO/EURO, Copenhagen.
2. Дейвид Х. Еммерт, Джефри Т. Кирхнер. Заболевания женщин, передающиеся половым путем. Гонорея и сифилис.// Международный медицинский журнал.- Москва, 2000, №6.-С.557-563.
3. Девятенко В.Н., Касымова Г.П., Каунышева Р.Т. Медико-организационные и профилактические аспекты болезней, передаваемых половым путем. // проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. - Алматы, 2003, №29.- С.55-58.
4. Дмитриев Е.И. Анализ заболеваемости болезнями, передаваемыми половым путем, в Российской Федерации // Медико-фармацевтический вестник Приморья.-1997, №7.-С.47-51.
5. Кашин В.И., Архипов А.В., Шадрина З.В. Роль и значение социальных болезней в оценке состояния здоровья населения // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. Тематический выпуск.- Москва, 1999.-С.24-28.
6. Национальная программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас -2» (2006-2010).-Бишкек, 2005.-108с.
7. Piot P., Islan M.Q. Sexually transmitted diseases in the 1990 years. Global epidemiology and challenges for control. Global Programme on AIDS // WHO? Geneva? Sex/Trasmission Diseases, 1994, Mar-Apr., Review 22, №21/2, S.7-13.
8. Скрипкин Ю.К., Аковбян В.А. Болезни, передаваемые половым путем // Российский медицинский журнал.- Москва,1997,№6.-С.10-13.