

## **СОДЕРЖАНИЕ**

**РЕФОРМЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СТРАНАХ ЮЖНОГО КАВКАЗА:  
ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ**

**Отар Герзмава**

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ ОСНОВНЫМИ ДЕТЕРМИНАНТАМИ  
И ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ДИНАМИКИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В  
ТАДЖИКИСТАНЕ**

**Гаибов А. Г., Шарипов А.С., Пиров Д.Д**

**ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ: ОРГАНИЗАЦИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ  
БОЛЬНЫХ**

**Эккерт Н.В.**

**ОСНОВНЫЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАСЕЛЕНИЯ ЧУЙСКОЙ  
ОБЛАСТИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**Асылбеков Э.С., Бокчубаев Э.Т.**

**К СРАВНИТЕЛЬНОМУ ПОДХОДУ В ПОЛИТИКЕ РАЗВИТИЯ ЗДОРОВЬЯ В  
РЕГИОНАХ КАЗАХСТАНА**

**Шаухаров Х.С.**

**ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ - ОДИН ИЗ МЕТОДОВ  
ВНЕДРЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ОПЛАТЫ ТРУДА В СЕВЕРО-  
КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Баязитова Т.Н., Зотова Р.Д.**

**ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИХ  
УСЛОВИЙ (НМУ) НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ  
ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА**

**Яковлева Н.А.**

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРКОМАНИИ С ВИЧ/СПИД  
В КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТИ.**

**Жабаев А. А., Тютенова Ж. А., Таукебаев К. Н.**

**АНАЛИЗ И ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ СЕРДЕЧНО-  
СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СМЕРТНОСТИ ЗА 25 ЛЕТ В КАЗАХСТАНЕ  
(1981-2005ГГ.)**

**Аманов Т.И.**

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРЕПНО-  
МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ.**

**Раимкулов Б.Н.**

**ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПРОГНОЗ, СВЯЗАННЫЙ С ПОСТАРЕНИЕМ  
НАСЕЛЕНИЯ**

**Туребеков Д.К.**

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО  
ВОЗРАСТА ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ**

**Туребеков Д.К., Рахыпбеков Т.К., Менбаева Р.Х., Табенова С.С.**

# **РЕФОРМЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СТРАНАХ ЮЖНОГО КАВКАЗА: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ**

**Отар Герзмава**

Тбилисский государственный медицинский университет

Серьезные проблемы, возникшие в период коллапса советской системы и формирования новых, независимых государств, формирования ими собственной социально-экономической и международной политики в странах Южного Кавказа до настоящего времени не преодолены полностью.

Последствия этноконфликтов, имевших место в недалеком прошлом, ошибки, возникшие в ходе строительства и утверждения новых, независимых государств, трудности, обусловленные переходом на новые методы хозяйствования, серьезно повлияли на темпы укрепления экономики, замедлили развитие социальной сферы.

Безусловно, эти процессы серьезно повлияли на направленность и эффективность реформирования систем здравоохранения стран Южного Кавказа, необходимость в которых очевидна. Несмотря на кажущуюся с первого взгляда определенную разнонаправленность и асинхронность проводимых реформ, следует особо подчеркнуть, что в конечном итоге формы, методы и ожидаемые результаты в основном сходны.

На основе проведенного нами сравнительного анализа можно заключить, что на данном этапе во всех странах Южного Кавказа принято и практически осуществляется законодательство, позволяющее добиться не декларированного в советский период, а реального достижения равноправного партнерства между врачом и пациентом.

Внедрение рыночных отношений в систему здравоохранения, уже осуществленная приватизация части объектов, высокая заинтересованность частного капитала (в том числе и иностранного) в инвестировании средств в эту сферу, развитие системы обязательного и частного страхования здоровья, быстрое внедрение современных технологий в менеджмент медицинских учреждений, лечебно-диагностический процесс, новые подходы к вопросам лицензирования и сертификации, расстановки и переподготовки медицинского персонала – проблемы, активно решаемые или уже решенные в рамках проводимых реформ системы здравоохранения стран Южного Кавказа.

Безусловно, успех реформ во многом определяется высокой заинтересованностью и вниманием со стороны правительства стран Южного Кавказа, региональных органов власти. Достаточно отметить тот факт, что несмотря на серьезные трудности в целом по региону затраты на здравоохранение только за последнее пятилетие возросли более, чем на 350%. Не менее важную роль в процессе проведения реформ играют правительственные и неправительственные организации западных стран, международные неправительственные организации.

Вместе с тем, в ходе реформ возник целый ряд нерешенных проблем, которые во многом определяют успех, серьезно влияют на реализацию принципа доступности медицинской помощи и в конечном итоге снижают эффективность проводимых мероприятий.

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ ОСНОВНЫМИ ДЕТЕРМИНАНТАМИ И ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ДИНАМИКИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В ТАДЖИКИСТАНЕ**

**Гаибов А. Г., Шарипов А.С., Пиров Д.Д**

Таджикский Государственный Медицинский Университет имени Абуали ибни Сино,  
Республиканский центр формирования здорового образа жизни Министерства  
здравоохранения Республики Таджикистан

Для большинства развивающихся стран, в т.ч. и для Таджикистана дальнейшая реализация стратегии общественного здравоохранения является главной задачей. В период трансформационных процессов появилась необходимость в пересмотре существующей концепции здравоохранения с последующим переходом к новейшему пониманию организации и сущности первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), института семейной медицины, нацеленной на укрепление здоровья и формирование здорового образа жизни. При этом разработка соответствующих стратегий и проведение их в жизнь были ориентированы на международную практику и политику по достижению «Здоровья для всех в XXI веке».

В связи с этим основополагающим стало введенное ВОЗ понятие нового общественного здравоохранения (New public health) как комплексный подход к медико-социальным проблемам отдельных людей и общества в целом. Прежде всего, оно

содержит в себе сочетание санитарных мер, охраны окружающей среды, укрепления здоровья населения, индивидуальных и общинных профилактических программ, причем координируемых с работой широким кругом профилактических, лечебных, реабилитационных служб и подразделений долгосрочного ухода[6,19].

Следует отметить, что важнейшим элементом политики общественного здравоохранения является формирование у людей потребности быть здоровым, вести здоровый образ жизни, нести ответственность за состояние здоровья своих детей.

Общественное здравоохранение сегодня в Таджикистане – это организованные усилия всего общества, направленные на укрепление здоровья, профилактику болезней, поддержку социальной справедливости, в общем контексте устойчивого развития. В то же время оно должно продолжить выполнение традиционных функций санитарного и гигиенического надзора и контроля, в дополнение к расширенным функциям[21].

В решении проблем социально-значимых заболеваний является очень значительным, в процессе реформирования сектора здравоохранения и реализации стратегических программ, несомненно, и значительной является роль международных организаций, прежде всего ВОЗ, ЮНИСЕФ, Здрав-плюс, ПРООН, ЮНЕЙДС, Фонд Сороса.

Однако в работах по изучению здоровья населения Республики Таджикистан зачастую не проводится различие между «детерминантами и показателями общественного здоровья». В результате происходит их невольное отождествление или подмена одного понятия другим, что затрудняет формирование правильных выводов и осложняет понимание причин происходящих процессов[4,5]. Это связано, прежде всего, с тем, что как известно, здоровье населения напрямую связано не только и не столько с состоянием сектора здравоохранения, сколько с образом жизни людей, экологией, медико-демографической ситуацией, развитием медицинской науки. Одновременно и уровень его показателей, требуемый обществом, и определяемый как заданный, оценивается множеством критериев, в т.ч. в сфере психического здоровья[6,19].

В последние годы все большее внимание уделяют исследованию духовных детерминант общественного здоровья как факторов риска. В частности, роль психосоциального стресса все чаще находит признание в качестве одного из факторов, способствующих развитию целого ряда патологических состояний, в т.ч. сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных, неврологических, психических заболеваний, диабета и несчастных случаев, в т.ч. с летальными исходами[4,6].

При этом, давно установлено, что среди основных детерминант здоровья важную, но не единственную роль играют экономические условия жизни населения [10,11,20].

После объявления о своей независимости, переход к рыночной экономике, разрыв торгово-экономических связей с другими республиками СНГ, прекращение ассигнований из союзного бюджета (более 40%), последствия гражданской войны, ослабление регулирующей роли государства – все это привело народное хозяйство к глубокому экономическому кризису[1,20].

Вследствие этого, одним из типичных условий проявления риска для здоровья стали бедность и безработица, являющиеся серьезной проблемой для Таджикистана. Влияние их на молодежь имеет особое значение ввиду непосредственной связи с состоянием здоровья и такими социальными проблемами, как насилие, убийство, самоубийство и злоупотребление психоактивными веществами [6].

В настоящее время Республика Таджикистан относится к беднейшим странам мира, в которой бедными являются более 60% ее жителей (рабочие, работники бюджетной сферы, мелкие фермеры и др.), крайне бедными -12% (городские и сельские безработные, беженцы, переселенцы, многодетные семьи и др.); обездоленными -5% (нетрудоспособные, одинокие, престарелые пенсионеры, инвалиды, сироты, беспризорные дети). Быстрее всего такое положение отразилось на структуре питания населения республики сочетающей в себе калорийную недостаточность со скрытым его голоданием. Рацион питания большинства людей, при суточной калорийности питания в 1400-1550 ккал, характеризуется нехваткой белковых веществ, особенно животного происхождения, это приводит к ухудшению их здоровья и снижению сопротивляемости болезням. Так, реальный уровень потребления мяса в Республике Таджикистан отстает от нормативных показателей продовольственной корзины в 3,9, молока и молочных продуктов - в 2,7, яиц и сахара - в 2,5 раза.

Вместе с этим, растет потребление табака, алкоголя и наркотических средств, что предлагается рассматривать важными причинами роста числа хронических заболеваний у людей трудоспособного возраста[18].

К важным детерминантам общественного здоровья относится деятельность системы здравоохранения, подушевые расходы в которой на медицинские нужды сократились за 10-15 лет со 192 до 1,5 долларов США, т.е. в 128 раз. Низкая или поздняя обращаемость населения в лечебно-профилактические учреждения, некомплектованность медицинскими кадрами, недостаточная активность врачей по своевременному выявлению заболеваний, отсутствие или маломощность лабораторно-диагностической и материально-технической базы, соответственно, недостаточный охват населения профилактическими мероприятиями, неудовлетворительный уровень санитарной культуры, что способствует росту хронической патологии и смертности среди

населения. Наряду с этим, в сложившихся экономических условиях, при остром дефиците финансовых ресурсов, затруднено управление системой охраны здоровья, заметно усилилась ее структурная диспропорция[1,15].

По мнению врачей, причинами увеличения смертности в Таджикистане являются отсутствие необходимых, применение часто некачественных лекарственных средств в поликлиниках и в стационарах, нехватка диагностической аппаратуры в учреждениях ПМСП, недостаточная квалификация основной массы специалистов [1].

Большое влияние на здоровье населения оказывают условия окружающей среды. Согласно данным многих исследователей, состояние экологической и санитарно-эпидемиологической ситуации в стране вызывает обеспокоенность, обусловленную низким уровнем внедрения новых санитарно-коммунальных технологий в малых населенных пунктах, расположенных на берегах рек, имеющих важное гигиеническое значение. При этом основными источниками загрязнения рек являются хозяйственно-бытовые и промышленные стоки; ливневые и ирригационные воды с не благоустроенных территорий населенных пунктов, животноводческих ферм и сельскохозяйственных угодий. Особенностью загрязнения рек является высокая микробная обсемененность воды, превышающая допустимое содержание по коли-индексу в сотни и тысячи раз, что ведет к повышенной заболеваемости кишечными инфекциями и инвазиями[3,12]. Проблемы питьевого водоснабжения, требуют незамедлительного ремонта водопроводных и канализационных сетей, очистных сооружений, обеспечения водопроводов коагулянтами и дезинфицирующими средствами, снижения объемов водоотведения сточных вод, разработки и реализации комплекса мер по предупреждению антропогенного и техногенного загрязнения источников водоснабжения и водопользования[3].

Что касается состояния воздушной среды Таджикистана, то она характеризуется нарастающим ухудшением, причем около 80% всех вредных выбросов в атмосферу приходится на транспортные средства, в том числе по причине изношенности парка автомобилей, отсутствия средств технического контроля, токсичности выхлопных газов[18].

Учитывая значительное ухудшение в Таджикистане большинства традиционных детерминантов здоровья, логично ожидать такое же, соответствующее изменение показателей здоровья населения. Так, многие авторы, оценивая современное его состояние, [8,16] указывают на рост уровней заболеваемости и общей смертности населения, относительно низкую, в сравнении с развитыми странами мира, ожидаемую продолжительность жизни, признанную ВОЗ одним из наиболее объективных показателей

социально-экономического развития и благополучия общества. Наряду с этим отмечается рост социально - значимых заболеваний, таких как туберкулез, малярия, алкоголизм, наркомания и другие негативные медико-социальные процессы. Как считается, их факторами выступают экономический кризис и снижение уровня жизни, социальное расслоение общества, загрязнение окружающей среды, определенная социальная напряженность, несбалансированность и ухудшение качества питания и воды, низкая на душу населения доля национального дохода[1,20]. Характерно, что после этого делается традиционный вывод, что современные основные медико-демографические тенденции в Таджикистане могут привести к неблагоприятным последствиям. Особую озабоченность в литературе вызывает увеличение смертности населения. Считается, что рост ее уровня и снижение показателя ожидаемой продолжительности жизни отражают тревожные изменения в жизнеобеспечении человека. Поэтому первоочередными в демографической политике ставятся меры по снижению смертности населения, улучшению кадровой политики[2,9].

В частности, относительно эпидемической ситуации в Таджикистане, стоит отметить, что она всегда оценивалась как неблагоприятная. В последние годы это объяснялось названными выше обстоятельствами [18].

Однако знакомство с первоисточниками демографической статистики обнаруживает парадоксальное несоответствие между основным фактическим материалом и ее оценкой в научной литературе [13,14,15,17]. Так, смертность в Таджикистане за последний многолетний период не только не выросла, но даже снизилась в 1,4 раза, с 6,2 случаев на 1000 жителей в 1990 г. до 4,4 случая в 2004 г., в частности от инфекционных заболеваний - в 4,3 раза, с 85 случаев на 100000 жителей в 1991 г. до 20 случаев в 2004 г. Материнская смертность уменьшилась в 2,2 раза, с 97,7 случаев на 100000 жителей в 1990 г. до 45,0 случаев в 2002 г. Такие различия между фактическими показателями и мнением исследователей о них требуют научного объяснения. В этой связи, если это есть результат статистических погрешностей, то необходимо выявить их источники, чтобы исправить и не допускать впредь их проявления. Если же смертность действительно снизилась вопреки ухудшению традиционных детерминант здоровья, значит, существуют иные неизвестные закономерности, позитивная сила которых многократно превышает негативную силу известных факторов риска [4,5]. Следовательно, лидерство в своевременном выявлении и оценке факторов риска для здоровья населения, соответственно и в организации межсекторального вмешательства по их устранению должно оставаться за службой здравоохранения.



Таким образом, определение закономерностей обуславливающих изменения в показателях медико-демографических процессов, партнерство, объединение усилий для решения конкретных проблем на всех уровнях государственной политики здравоохранения являются большим резервом успешной реализации стратегии страны по достижению «здоровья для всех».

#### **Выводы:**

1. Переход к рыночным отношениям общества и его институтов оказал сдерживающее влияние на развитие здравоохранения и показатели здоровья населения Республики Таджикистан.

2. При анализе ситуации в сфере здравоохранения необходимо учитывать не только уровень жизни в стране, но и психоэмоциональное состояние ее населения, отражаемые показателями насилия, убийств, суицидных проявлений и наркомании.

3. Ресурсы для охраны здоровья населения присутствуют во всех других секторах, и среди самого населения, которые недостаточно привлекаются для их рационального использования.

4. Научное обоснование причинно-следственных связей, определение их корреляционных зависимостей, при последовательном выполнении комплексных межсекторальных мероприятий, координация донорской помощи, будут способствовать успешному управлению всеми детерминантами здоровья.

#### **Литература:**

1. Ахмедов А.А., Одинаев Ф.И., Мирзоева З.А. Здравоохранение Таджикистана на современном этапе и основные направления его совершенствования. – Душанбе, 2002.С.
2. Борисова Л.И. Демографические аспекты формирования трудовых ресурсов в Республике Таджикистан // Экономика Таджикистана. – 2003. – С. 89-104.
3. Варнавская Е.В. Охрана окружающей среды в Республике Таджикистан // Здоровье и народонаселение.– Душанбе, 2001. – Вып. 2. – С. 30-34.
4. Гаибов А.Г. Социально-гигиенические аспекты демографических процессов и здоровье населения Республики Таджикистан. Автореф. Дисс.....д-ра мед.наук.-М.,2006.
5. Гундаров И.А. Пробуждение.-М., 2001.-Печ.л.22.
6. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002 г.ВОЗ.Европейская серия.- №97.- С.156.
7. Здравоохранение в Республике Таджикистан. – Душанбе, 2004.

8. Исломов С.И. Проблемы демографического развития Республики Таджикистан // Здоровье и народонаселение. – Душанбе, 2000. – Вып. 1. – С. 32-38.
9. Курбанов Б.Х., Жалимбетова Р.Б. Трудовой потенциал стран евразийского экономического сообщества в демографическом измерении // Здоровье и народонаселение. – Душанбе, 2001. – Вып. 2. – С. 71-78.
10. Куценко Г.И., Вялков А.И., Агарков Н.М. и др. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебное пособие. – М.-2003.
11. Кучеренко В.З., Шашмурина Н.Г. Экономические проблемы общественного здоровья // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2003. – №1. – С. 14-16.
12. Лукьянов Н.Б. Совершенствование санитарно-эпидемиологического надзора за кишечными инфекциями, передающимися водным путем, и мер их профилактики в Республике Таджикистан. Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – Душанбе, 1998.
13. Население и условия жизни в странах содружества независимых государств: Статистический сборник. – М.: Межгосударственный статистический комитет Содружества независимых государств, 2002.
14. Отчет по человеческому развитию. Таджикистан. Программа развития ООН, 1996.
15. Отчет по человеческому развитию 2001-2002. Таджикистан. Программа развития ООН. – 2003.
16. Рахимов З.Я. Патология органов кровообращения в Республике Таджикистан // Здоровье и народонаселение. – Душанбе, 2000. – Вып. 1. – С. 25-27.
17. Содружество независимых государств в 1995 г.: Краткий справочник предварительных статистических итогов. – М.: Межгосударственный статистический комитет Содружества независимых государств, 1996.
18. Стратегия Республики Таджикистана по охране здоровья населения на период до 2010 года, утвержденной постановлением Правительства Республики Таджикистан №436 от 5 нояб.2002 г.-Душанбе, 2002.
19. Тульчинский Т.Г., Варавикова Е.А. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку. Иерусалим. -1999.-С.1049.
20. Умаров Х.У. Демографические проблемы преодоления бедности // Здоровье и народонаселение.– Душанбе, 2000. – Вып. 1. – С. 38-42.
21. Максудова З.Я., Абдуллаева З.Я., П.Маликов. Современные аспекты общественного здравоохранения. Материалы конференции молодых ученых и студентов с международным участием. ТГМУ. Душанбе. 2007.-С.51-53.

## **ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ: ОРГАНИЗАЦИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ**

**Эккерт Н.В.**

Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова

Одной и практически единственно наиболее выполнимой задачей оказания паллиативной помощи тяжелой категории больных является поддержание качества их жизни в рамках, адекватных заболеванию. Этот аспект тесно переплетается с качеством жизни членов семьи, родственников, друзей, окружающих больного.

В современной практике организации паллиативной помощи понятие качества жизни становится имманентным, отражающим все многообразие жизнедеятельности и заболевания пациента, и интегральным, включающим результаты воздействия многовариантных методов лечения.

На современном этапе развития здравоохранения существуют различные модели оказания паллиативной помощи инкурабельным и в первую очередь – онкологическим больным.

Программы организации паллиативной помощи чаще всего формируются из этапов: от простого и доступного к более сложному и объемному. Причем выбор организационной формы оказания паллиативной помощи зависит как от региональных особенностей территориального построения и специфики структуры сети городских и сельских лечебно-профилактических учреждений территорий, кадровых ресурсов, так и от уровня финансирования и материально-технической базы здравоохранения.

Получившее в России развитие идей хосписного движения и оказания паллиативной помощи инкурабельным больным более эффективно развивается в Санкт-Петербурге, Москве, в областных и республиканских центрах, где имеются реальные организационные, кадровые и финансовые возможности. При этом весьма актуальной является проблема оказания паллиативной помощи жителям малых территорий и населенных пунктов, где проживает большая часть населения, а социальная напряженность для умирающих больных и их близких там выражена гораздо острее.

Организация паллиативной помощи населению малых территорий, а также оценка качества жизни пациентов, нуждающихся в этой помощи, как основной критерий её эффективности, на современном этапе развития российского здравоохранения остаются практически неизученными, что является одной из задач проводимого нами в Московской

медицинской академии им. И.М. Сеченова исследования по оптимизации организации паллиативной помощи населению.

В конце XX века в России появились альтернативные подходы к организации паллиативной помощи населению. К основным вариантам организационных форм паллиативной медицины в стране относятся:

- хоспис как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение (преимущественно в крупных городах и административных центрах);
- паллиативное лечение как составная форма деятельности областных онкологических диспансеров с широким использованием специальных методов противоопухолевой терапии и паллиативной помощи;
- отделения паллиативной помощи в структуре межрайонных онкологических диспансеров;
- самостоятельные больницы сестринского ухода и отделения сестринской помощи в крупных многопрофильных больницах;
- отделения долговременного пребывания больных в региональных госпиталях для ветеранов войн;
- отделения паллиативной помощи в гериатрических больницах и центрах;
- отделения милосердия в пансионатах для ветеранов труда системы социального обеспечения, и др. [5]

Основными задачами и направлениями деятельности амбулаторных и стационарных отделений паллиативной помощи лечебно-профилактических и медико-социальных учреждений являются:

- усиленное стационарное лечение, паллиативная помощь и уход за incurable больными;
- наблюдение и оказание лечебно-консультативной и паллиативной помощи больным на дому;
- оказание психологической поддержки и моральной помощи больным и их родственникам;
- проведение комплекса мероприятий по медико-социальной реабилитации пациентов;
- привлечение волонтеров (добровольцев) по уходу за больными;
- духовная поддержка пациентов;
- благотворительная деятельность;
- методологическая работа по обучению навыкам паллиативной помощи врачей и медицинских сестер амбулаторно-поликлинических учреждений, оказывающих медико-социальную помощь умирающим больным на дому и т.д.

Термин «паллиативная помощь» (Palliative Care) в мировой медицинской практике появился относительно недавно.

В самостоятельную медицинскую специальность паллиативная медицина была выделена впервые в 1987 году в Великобритании. Ей было дано следующее определение: «Паллиативная медицина изучает и оказывает помощь пациентам с активными, прогрессирующими, далеко зашедшими формами заболеваний, чей прогноз продолжительности жизни ограничен и помощь сфокусирована на создание лучшего качества жизни» [3].

Это определение соответствует специальностям практикующих врачей и медицинских сестер. Когда же речь идет о помощи, оказываемой командой, в которую помимо медицинских работников входят психологи, социальные работники, священники и волонтеры, более корректно употребление термина «паллиативная помощь» [1,2].

По определению Всемирной Организации Здравоохранения паллиативная помощь – это активная забота о пациентах, заболевания которых не поддаются излечению, направленная на удовлетворение физических, психических, социальных и духовных потребностей пациента [4,6].

Основное положение паллиативной помощи – каждый человек имеет право на уважение, лечение и достойные условия жизни и смерти. Даже тогда, когда возможности интенсивного лечения исчерпаны и излечение бесперспективно, человек не должен оставаться без помощи и поддержки [4].

Актуальность проблемы организации паллиативной помощи возрастает с развитием уровня цивилизации общества. Нельзя допускать, чтобы тяжелый больной, его близкие и родственники оказались брошенными на произвол судьбы, им необходимо оказывать качественную паллиативную помощь. Тема паллиативной помощи актуальна не только для онкологов, но и для врачей любой специальности. Каждый врач должен знать принципы оказания паллиативной помощи и уметь оказывать её инкурабельному больному.

Паллиативная помощь базируется на следующих принципах. Эта помощь:

- утверждает жизнь и воспринимает умирание как нежелательный, но естественный процесс;
- воспринимает пациента и его семью как единое целое;
- объединяет психологические, социальные и духовные аспекты так, чтобы пациент мог смириться со своей смертью настолько объективно и полно, насколько это возможно;
- предоставляет систему поддержки, чтобы пациент смог жить по возможности активно и полноценно;

- предоставляет систему поддержки семьям пациентов в течение периода болезни и в период утраты.

В различных учреждениях различен и подход к объему оказываемой паллиативной помощи. Хотя чаще всего вопрос не в том: «лечить или не лечить?», а в том – какие лечение и помощь более подходят с учетом возможностей организма конкретного пациента, особенностей его личности и социальных условий. Фундаментальная цель паллиативной медицины – не продлевать жизнь больного, а пытаться создавать социальные, психологические и медицинские условия так, чтобы его оставшаяся жизнь была по возможности более комфортной и значимой и для него самого, и для его семьи.

Паллиативная помощь предполагает оказание всесторонней помощи пациентам с различными формами хронических заболеваний в терминальной стадии развития, т.е. больным, специализированное лечение которых уже исчерпало свои возможности или невозможно из-за тяжести общего соматического состояния пациента.

К больным, нуждающимся в паллиативной помощи, относятся:

- инкурабельные онкологические больные;
- больные с терминальной некоррегируемой стадией хронической почечной недостаточности различного генеза;
- больные в терминальной стадии хронической недостаточности систем кровообращения и дыхания, некоррегируемой или плохо поддающейся коррекции;
- больные с терминальной стадией цирроза печени с выраженной декомпенсированной портальной гипертензией и печеночно-клеточной недостаточностью;
- больные, потерявшие способность к передвижению и самообслуживанию вследствие заболеваний и травм;
- сосудистые заболевания головного и спинного мозга;
- рассеянный энцефаломиелит;
- дегенеративные заболевания костно-суставной системы;
- травмы позвоночника;
- перелом шейки бедра и др.;
- больные с терминальной стадией ВИЧ-инфекции;
- другие патологические состояния, не поддающиеся коррекции и приводящие к тяжелым нарушениям функции жизненно-важных органов и систем, значительно ограничивающие профессиональную и социальную активность.

Одна из основных и главных по социальной значимости причин необходимости паллиативной помощи – это оказание помощи родственникам. Одного умирающего больного окружает 7-10 условно здоровых полноценных членов общества (родные, друзья, соседи, коллеги), которые находятся в разной степени тяжести психологической травматизации: чувство вины перед больным, чувство агрессии к медицине, депрессия, канцерофобия, суицидальные мысли, угроза потери рабочего места. Среди окружения больного формируется так называемый хронический дистресс (по некоторым данным смертность среди близких родственников онкологического больного возрастает на 40%). Работая с родственниками, паллиативная служба возвращает этих граждан в строй, на работу, к исполнению своих гражданских обязанностей, снижает расходы здравоохранения на купирование последствий хронического дистресса [3].

Целью паллиативной помощи является создание для пациента и его семьи по возможности лучшего качества жизни.

Качество жизни означает субъективное удовлетворение, испытываемое и выражаемое индивидуумом. Оно находится под влиянием всех параметров личности: физических, психологических, социальных и духовных.

Термин «качество жизни» можно отнести к разряду профессиональных, используемых специалистами (например, медицинскими и социальными работниками). К нему нередко обращаются пациенты, выражающие свои мысли и чувства другими словами. Для пациента «качество жизни» означает скорее понимание того, насколько значимы и приемлемы те условия жизни и то состояние, которые имеет человек вследствие своего заболевания.

Для окружающих пациента людей очень важно осознание того, что приемлемый уровень качества жизни – понятие субъективное и различно воспринимаемое каждым человеком. Так, один пациент может рассматривать общую слабость в сочетании с резкой потерей веса, например, вследствие диспепсии, как неприемлемое состояние, и выбрать отказ от продолжения любого лечения, приема еды и питья, таким образом, ускоряя свой уход из жизни. Другой же, даже потеряв способность самостоятельно передвигаться и способность видеть (например, осложнение цитомегаловирусного ретинита), но продолжая ощущать свою значимость для семьи и имея возможность реализовывать себя, может расценивать качество своей жизни как ограниченно приемлемое. Необходимо помочь пациенту найти точку опоры, будь то вера, любимое занятие, принятие поддержки близких людей, что сделало бы жизнь пациента не бессмысленной чередой мучений и борьбой с тяжелыми симптомами и осложнениями лечения, а значимой не только для себя, но и для близких и родных людей.

Понятие «качества жизни» - категория, которая доступна количественной оценке по ряду объективных и субъективных параметров.

Субъективность качества жизни связана с необходимостью учитывать систему жизненных ценностей при восприятии пациентом актуальной действительности в соответствии с личностным смыслом. Это касается, в том числе, и восприятия пациентом его болезни, и восприятия проводимого лечения. Понятие субъективности неразрывно связано с понятием индивидуальности при определении качества жизни конкретного человека. Динамичность понятия «качества жизни» связана с изменением состояния, самочувствия пациента и его систем ценностей и восприятия с течением времени, прогрессированием болезни и проводимым лечением. С течением времени меняются надежды и стремления человека, он ожидает или большего, или меньшего от жизни. Особенно эти изменения заметны у тяжелобольных, когда внезапно меняются приоритеты перед лицом приближающейся смерти.

Существует много разнообразных областей, характеризующих качество жизни, но, несмотря на это, большинство из них могут быть сгруппированы в четыре коррелированные, но отличные друг от друга области: физический, функциональный, эмоциональный, социальный аспекты качества жизни.

*Физический аспект качества жизни включает:*

- совокупность симптомов болезни;
- комбинацию побочных эффектов лечения;
- выраженность общего физического благосостояния.

Наличие или отсутствие тягостных симптомов болезни оказывает выраженный эффект на качество жизни. Некоторые авторы признают этот фактор как наиболее очевидный, но ясно, что он не единственный, приравнять качество жизни к отсутствию симптомов болезни - слишком упрощенно. Для некоторых групп пациентов и их родственников измерение токсичности проводимого лечения может быть тем аспектом качества жизни, который беспокоит их более всего, поэтому купирование побочных эффектов химиотерапии, лучевой терапии и проведение максимально щадящих операций могут иметь важное воздействие на стиль жизни пациентов.

*Функциональный аспект качества жизни включает:*

- способность исполнения действий, связанных с индивидуальными потребностями, амбициями или социальной ролью;
- активность;
- возможность самообслуживания.



Физический и функциональный аспекты очень тесно связаны между собой, но у некоторых пациентов могут быть и не зависимыми друг от друга. Изменение активного образа жизни и потеря способности выполнять простые ежедневные функции самообслуживания в результате прогрессирования болезни или проведенного лечения могут иметь разрушительные последствия для личности. Эти аспекты должны рассматриваться при любом изучении качества жизни.

*Психо-эмоциональный аспект качества жизни включает:*

- психологическое равновесие;
- изменения личности;
- потеря своей эстетической цельности, привлекательности, интереса к поддержанию приятной внешности (сексуальности);
- утрата перспектив на счастье;
- неосмысленный подход к смерти;
- духовные проблемы - утрата веры в справедливость мира;
- межперсональные проблемы - семейное благополучие, взаимоотношения в семье, удовлетворение от отношений с друзьями, страх потери любви окружающих, проблема ухода за больным, проблемы родственников, ложь больному со стороны родственников и врачей.

*Социальный аспект качества жизни для больного включает:*

- потерю своего социального статуса;
- нарушение контактов с привычной средой, трудовым ритмом;
- утрата финансовых возможностей и дивидендов;
- затраты на лечение и похороны;
- социальная изоляция (двойной гнет – смерть и «заразность» онкологического больного);
- инвалидность;
- отсутствие службы волонтеров, сиделок;
- воспринятая социальная поддержка;
- организация досуга.

Проведенное нами исследование качества жизни терминальных больных с помощью «Карты оценки качества жизни» позволило получить количественные значения показателей по четырем аспектам качества жизни: физическому, функциональному, психо-эмоциональному и социальному.

Выявлено, что паллиативная помощь в физическом и функциональном аспектах была оказана всем пациентам, в психо-эмоциональном – у 2/3, а в социальном аспекте – только у половины пациентов (49,5 %).

Все аспекты качества жизни взаимосвязаны в единую систему, что обязательно должно учитываться при оказании помощи пациенту и его близким.

Итак, круг задач паллиативной помощи весьма широк и разнообразен. Но все они, в конечном счете, направлены на решение основной комплексной задачи – оптимизацию качества жизни пациентов. Качественная паллиативная помощь является единственной на современном этапе развития общества реальной медицинской, социальной, психологической и духовной поддержкой тяжелобольных людей и их близких.

### **Литература:**

1. Арьес Ф. Человек перед лицом смерти: Пер. с франц. – М.: Прогресс – Академия, 1992. – 572 с.
2. Липтуга М.Е. Паллиативная помощь/ Монография. – Архангельск, 2006. – 192 с.
3. Модников О.П., Шарафутдинов М.Г., Емельянова Н.Ф. и др. Введение в паллиативную медицину // Учебно-методическое пособие для студентов и врачей. – Ульяновск, 2004. – 48 с.
4. Хетагурова А.К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. – М., ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. – 240 с.
5. Эккерт Н.В. , Свистунов Е.А. Отделение милосердия – оптимальная структура медико-социальной и паллиативной помощи / Проблемы управления здравоохранением. – 2006. - №4. – С. 35-38.
6. Calman K.C. The quality of life in cancer patients – an hypothesis. – J. Med. Ethics, 1984. – L.10. – P.124-127.
7. Nelson J.E., Dennis M. End-of-life care in the intensive care unit: where are we now? // Crit. Care. Med., 2001. – Vol. 29, №2. – Suppl. – P.2-9.

## **ОСНОВНЫЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАСЕЛЕНИЯ ЧУЙСКОЙ ОБЛАСТИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**Асылбеков Э.С., Бокчубаев Э.Т.**

## Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

Ключевые слова: численность населения, смертность, заболеваемость, рождаемость, миграция.

В рамках реализации Национальной программы реформы «Манас таалими» приоритетные задачи направлены на достижение снижения заболеваемости и смертности в области материнства и детства, по распространенным (мониторимым) болезням, особенно сердечно-сосудистой системы, а также от туберкулеза и на ограничение распространения ВИЧ-инфекции/СПИДА, инфекций, передающихся половым путем и наркомании (1).

Результаты исследований перечисленных показателей здоровья населения позволяют научно обосновать дальнейшее улучшение качества и эффективности организационной и медицинской деятельности всех звеньев здравоохранения страны. В этом аспекте служба скорой и неотложной помощи не является исключением. Более того, решение задачи рационального размещения отделов и пунктов скорой и неотложной помощи требует комплексного изучения демографических процессов и динамики заболеваемости обслуживаемого населения.

Общая численность населения Чуйской области по состоянию на 1.01.2007 года составила 813,5 тыс. человек, в том числе, сельских жителей – 721,9 тыс., или 57,2% всего населения. Для динамики численности населения региона характерно, как и для всей республики, незначительное миграционное сальдо. За период 2000-2007 годы общая численность населения сократилась на 2,2%. Темпы снижения численности населения по сельской местности ниже (-1,2%), чем по городской - 3,4%. Это объясняется эмиграцией за пределы республики общего населения, особенно городских жителей. Отток сельчан больше связан с внутренней миграцией в пределах области и в г. Бишкек и другие города республики. Однако, за последние 3 года (2004-2006 гг.) увеличился отток сельских жителей за пределы республики, что составляло 28,6% от всех эмигрантов региона. В то же время в сельские районы области переехали жители из других регионов республики.

Основными причинами отъезда эмигрантов явились: желание лучших перспектив для семей, более высокий уровень жизни в выезжаемых странах. Эти обстоятельства свидетельствуют о том, что уровень социально-экономического развития является ведущим фактором, обуславливающим тенденции демографических сдвигов. Следовательно, социально-экономические условия служат основным

инструментом, оказывающим существенное влияние на процессы воспроизводства и параметры здоровья населения.

Сопоставительный анализ показывает, что уровень рождаемости по всей области увеличился, составив 21,8 на 1000 населения (29,8%).

Незначительное увеличение коэффициента общей смертности отмечено по селу при снижении данного показателя в городских поселениях (7,5%) области.

Смертность в трудоспособном возрасте – преждевременная смертность - один из наиболее четких и точных показателей, характеризующих уровень здоровья взрослого населения и, в значительной степени, качество медицинского обслуживания (2). Смертность в трудоспособном возрасте в целом по области за 2001-2003 годы составила  $7,37 \pm 0,1$  (на 1000 взрослого населения) и была достоверно выше, чем смертность в 2004-2006 годах, когда ее уровень был  $6,46 \pm 0,09$ . В ниже представленной таблице (таблица 1) приведены динамика смертности в трудоспособном возрасте и основные ее причины, в которой показан достоверный рост данного показателя по всем классам заболеваний.

Анализ структуры причин преждевременной смертности трудоспособного населения позволил выявить, что ведущими причинами были болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, травмы и отравления и новообразования. В частности, за 2004-2006 годы удельный вес болезней системы кровообращения составил 44,9% среди всех причин смерти, патологии мозгового кровообращения - 35,4% болезни органов дыхания за этот же период 17,6%, новообразования – 7,7%, отравления – 6,7% и травмы -5,4%.

**Таблица 1**

**Уровень и причины смертности взрослого населения области  
в 2001-2003 и 2004-2006 годах ( на 1000 взрослого нас.)**

№ п/п	Причины смертности в трудоспособном воз- расте	У Р О В Е Н Ь		
		2001–2003 гг.	2001-2006 гг.	P
1.	Заболевания системы Кровообращения	$1,48 \pm 0,02$	$2,78 \pm 0,05$	<0,001
2.	Заболевания органов Дыхания	$0,36 \pm 0,01$	$0,59 \pm 0,02$	<0,001
3.	Патологии мозгового кровообращения	$1,32 \pm 0,01$	$2,46 \pm 0,02$	<0,001

4.	Травмы и отравления	1,12± 0,03	2,1± 0,02	<0,001
3.	Новообразования	0,9 ± 0,03	1,1 ± 0,02	< 0,05
4.	Всего	6,46 ± 0,1	7,37 ± 0,1	<0,001

Итак, средний уровень смертности в трудоспособном возрасте от болезней сердечно-сосудистой, болезней органов дыхания, патологии мозгового кровообращения, травмы и отравления, а также от запущенных случаев злокачественного новообразования достоверно выше ( $P < 0,05$ ) за 2004-2006 годы в сравнении с предыдущим периодом (2001-2003 гг.). Тревожным сигналом является значительный рост смертей от алкогольного отравления.

От заболеваний органов дыхания за 2001-2003 годы смертность взрослого населения региона составила  $0,36 \pm 0,01$  на 1000 населения, а за последующий трехлетний период  $0,59 \pm 0,02$ , что достоверно больше.

Динамика смертности взрослого населения в разрезе районов представлена в таблице 2, которая свидетельствует о значительном росте показателя смертности, особенно, от гипертонической болезни, коронарной болезни сердца и инсультов. В разрезе областей данный показатель распределен относительно равномерно.

**Динамика показателей смертности взрослого населения Чуйской области в разрезе районов за 2004-2006 гг. (на 1000 нас.)**

№	Районы	БССС			БОД			БМК			Травмы и отравления	
		2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005
1.	Панфиловский	292	272	242	34	29	24	45	41	10	34	60
2.	Жайыльский	672	575	547	5	68	61	382	192	71	35	52
3.	Московский	500	464	569	38	29	41	109	275	99	61	58
4.	Сокулукский	670	717	616	87	111	152	287	370	171	211	168
5.	Иссыккатынский	692	764	717	62	101	92	0	29	136	122	123

6.	Чуйский	223	226	151	30	46	49	0	36	109	6	6
7.	Кеминский	330	305	391	28	46	48	45	84	85	60	44
8	Аламудунский	670	720	696	36	43	70	264	271	221	84	91
9.	г. Токмак	293	240	280	94	97	56	37	36	0	37	40
10	г. Кара-Балта	152	171	176	22	15	5	69	82	64	36	13
	<b>Всего:</b>	<b>4494</b>	<b>4454</b>	<b>4385</b>	<b>436</b>	<b>585</b>	<b>598</b>	<b>1238</b>	<b>1416</b>	<b>966</b>	<b>686</b>	<b>655</b>

Примечание: БССС - болезни сердечно-сосудистой системы;  
 БОД- болезни органов дыхания;  
 НМК – нарушения мозгового кровообращения

Если рассмотреть различия показателей смертности мужчин и женщин от разных причин, то оказалось, что смертность у мужчин выше, чем у женщин: от болезней системы кровообращения в 2,6 раза, в частности, от инфаркта миокарда – в 4,6 раза, а от болезней органов дыхания - в 3,0 раза.

Тенденции показателя смертности в регионе – прямое отражение значительного ухудшения здоровья населения республики. Одно лишь расширение охвата населения медицинской помощью в последнее время, без радикального улучшения ее качества и эффективного внедрения новых организационных и медицинских технологий, не смогло обеспечить значимых успехов в борьбе со смертностью, что указывает на необходимость поиска новых совершенных механизмов организации медицинской помощи и управления ее качеством во всех типах организаций здравоохранения (2,3).

Показатель младенческой смертности за вышеуказанные периоды повысился с 25,3 до 30,4 на 1000 живорожденных, т.е. в целом данный показатель составил 14,2%. Это обусловлено переходом на новую программу ВОЗ по живорождению.

Материалы по динамике показателей заболеваемости населения за многолетний период необходимы для определения тенденций в состоянии его здоровья, оценки эффективности медицинских и социальных мероприятий, для планирования видов медицинской помощи, рационального размещения и использования материальных и кадровых ресурсов здравоохранения, а также для составления прогнозов заболеваемости населения. Анализ официальных данных о

заболеваемости проведен по стандартизированным показателям обращаемости сельского и городского населения в организации здравоохранения за два наблюдаемых периода с трехлетним интервалом (2001-2003 гг. и 2004-2006 гг.) среди взрослых и детского населения.

Средний уровень общей заболеваемости по обращаемости населения Чуйской области за 2004-2006 годы составил 9,4 (468,8?) на 1000 населения (город – 535,4, село – 402,2). Интенсивность ее по сравнению с периодом 2001-2003 годов возросла в целом по области на 11,3% (город – 8,4%, село – 14,3%).

В общей структуре заболеваемости взрослого сельского населения за период 2004-2006 годов значительно возрос уровень заболеваемости и в нем ведущие места занимают болезни органов дыхания (21,8%), системы кровообращения (13,2%), мочеполовой системы (11,2%), органов пищеварения (9,5%), костно-суставной системы, мышц и соединительной ткани (5,3%) (таблица 2). В городских местностях была установлена аналогичная динамика.

**Таблица 2**

**Уровень заболеваемости взрослого населения по обращаемости по основным классам заболеваний в Чуйской области за 2001-2003 и 2004-2006 годы**

№ п/п	Основные классы болезней	Впервые выявленная заболеваемость по обращаемости (на 1000 взрослого нас.)		
		2001 –2003 гг.	2004–2006 гг.	Р
		М1 ± m	М2 ± m	
1.	Болезни органов дыхания	2,2 ± 0,6	6,2 ± 0,8	< 0,001
2.	Болезни системы кровообращения	2,0 ± 0,6	2,9 ± 0,7	> 0,05
3.	Болезни мочеполовой системы	0,8 ± 0,2	3,9 ± 0,7	< 0,001
4.	Болезни органов пищеварения	1,2 ± 0,2	8,3 ± 0,8	< 0,001
5.	Болезни нервной системы	1,2 ± 0,3	3,4 ± 0,5	< 0,001

6.	Инфекционные и паразитарные болезни	$0,9 \pm 0,2$	$2,2 \pm 0,1$	$<0,05$
7.	Травмы и отравления	$0,5 \pm 0,01$	$2,6 \pm 0,2$	$< 0,001$

Примечание: P – достоверность различий между M1 и M2

Аналогичная ситуация наблюдается и в структуре заболеваемости у детей и подростков. Если в структуре детской заболеваемости по сельской и городской местности на первом месте находятся болезни органов дыхания – 46,5 и 41,8% соответственно, то по другим ведущим классам болезней их ранговые места меняются. Например, среди сельских детей второе место занимают болезни кожи и подкожной клетчатки (7,8%), по городам болезни глаза и его придатков (9,0%), третье место – болезни органов пищеварения (7,3%) и травмы и отравления (5,4%) соответственно, четвертое – инфекционные и паразитарные болезни по обеим группам (4,9%), пятое – болезни уха и сосцевидного отростка (4,2%) и органов пищеварения (5,2%).

**Таблица 3**

**Уровень заболеваемости детского населения по обращаемости по основным классам заболеваний в Чуйской области за 2001-2003 и 2004-2006 годы**

№ п/п	Основные классы болезней	Впервые выявленная заболеваемость по обращаемости (на 1000 взрослого нас.)		
		2001 –2003 гг.	2004–2006 гг.	P
		M1 ± m	M2 ± m	
1.	Болезни органов дыхания	$2,2 \pm 0,6$	$6,2 \pm 0,8$	$< 0,001$
2	Инфекционные и паразитарные болезни	$0,8 \pm 0,02$	$3,9 \pm 0,7$	$< 0,001$



3.	Травмы и отравления	$0,9 \pm 0,01$	$2,4 \pm 0,3$	$<0,001$
4.	Болезни органов пищеварения	$1,2 \pm 0,2$	$8,3 \pm 0,8$	$<0,001$
5.	Болезни нервной системы	$1,2 \pm 0,3$	$3,4 \pm 0,5$	$<0,001$
6.	Болезни органов кровообращения	$1,5 \pm 0,1$	$3,2 \pm 0,7$	$< 0,05$
7.	Болезни мочеполовой системы	$0,9 \pm 0,01$	$1,2 \pm 0,2$	$>0,05$

Примечание: P – достоверность различий между M1 и M2

Таким образом, показатели общей заболеваемости по обращаемости как в уровнях, так и по структуре имеют определенные различия среди изучаемых групп населения по сельской и городской местности.

Совокупность причин сдвигов в миграционных и демографических процессах, в определенной мере, отразились и на возрастной структуре населения (ВЧН) области. Так, за 2004-2006 годы отмечено существенное сокращение численности детского населения в возрасте 0-4 года – в целом по области на 31,2%, (село – 26,2%, город- 36,2%), что обусловлено снижением уровня рождаемости. Тенденция к сокращению численности населения установлено в возрастных группах 25-34 и 50-54 года с более высокими темпами жителей региона. За исследуемый период прослежено снижение доли контингента населения 15-19 лет (относительные высокие темпы по сельской местности региона), при незначительном росте численности лиц 55-65 лет на 5,5%.

Следует подчеркнуть, что, несмотря на произошедшие количественные и структурные изменения население региона, его возрастная структура имеет прогрессивный тип воспроизводства как по сельской, так и по городской местности области.

Таким образом, полученные результаты, свидетельствующие о состоянии здоровья и демографических показателей, поистине является базой для радикального внедрения структурно-организационных и медицинских методов и механизмов улучшения качества и эффективности системы здравоохранения региона.

## **Литература:**

1. Национальная программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» на 2006-2010 годы. – Бишкек., 2006.
2. С.О. Орозалиев, Б.А. Абилов, Э.Т. Бокчубаев и др. «Аккредитация учреждений первичной медико-санитарной помощи республики» // Бюллетень ГСВ. – 2004. – Выпуск 1. – с. 35 – 38.
3. Темиров Н.М. Демографическая ситуация и состояние здоровья населения в плане реформ сельского здравоохранения //Здравоохранение Кыргызстана.- Б., 2006, №2, С. 72-75.

## **К СРАВНИТЕЛЬНОМУ ПОДХОДУ В ПОЛИТИКЕ РАЗВИТИЯ ЗДОРОВЬЯ В РЕГИОНАХ КАЗАХСТАНА**

**Шаухаров Х.С.**

ОЦПФЗОЖ Жамбылской области (г. Тараз)

Введение. Политика управления развитием здравоохранения на региональном уровне во многом строится на сравнительном подходе. Это связано, в частности, с региональными вариациями социального здоровья в пределах отдельной страны и мира в целом. Компаративные соображения составляют во многом и суть политики развития конкурентоспособности страны в целом и в разных сферах деятельности, включая здравоохранения [1]. В доказательных исследованиях, направленных, на улучшение управления здравоохранением и здоровьем населения большую роль могут сыграть данные официальной медицинской статистики [2]. Знания о текущем варьировании распространенности патологий в субрегионах области можно использовать в развитии региональной политики здравоохранения. Особенно они важны для целей адекватной координации отраслей здравоохранения в управлении социальным здоровьем на уровне регионов. В том числе – развитием профилактического здравоохранения на основе адресного управления, включая службу формирования здорового образа жизни. Так, Казахстан можно рассматривать как систему 16 регионов, имеющих каждый свой «вклад» в общее состояние здоровья населения страны. Данное сообщение посвящено

обоснованию количественного подхода к региональным вариациям частот патологий в Казахстане.

Материалы и методы. Использованы данные статистического управления Минздрава РК за 2000 год о числе случаев заболевания впервые за отчетный год. Рейтинговый анализ осуществляли по методике, основанной на суммарном расчете показателя нормированного отклонения от среднего с учетом «позитивных» или «негативных» свойств показателей [3]. При этом можно оценить «вклад» каждого показателя в рейтинг «состояния здоровья». Это позволяет оценить причины низкого или высокого рейтинга каждого региона. Метод вычисления рейтинга позволяет также варьировать «позитивностью» или «негативностью» показателей, что немаловажно в формировании текущей политик приоритетов здравоохранения в регионах и масштабе всей страны.

<b>Обобщенный рейтинг здоровья населения регионов РК за 2005 год</b>		
<b>NN</b>	<b>Регионы</b>	<b>Рейтинг</b>
1	Акмолинская область	18,03
2	Актюбинская область	19,26
3	Алматинская область	14,97
4	Атырауская область	63,98
5	В-Казахстанская область	6,71
6	Жамбылская область	31,89
7	З-Казахстанская область	31,14
8	Карагандинская область	24,18
9	Кызылординская область	16,78
10	Костанайская область	35,72
11	Мангыстауская область	2,45
12	Павлодарская область	23,32
13	С-Казахстанская область	39,29
14	Ю-Казахстанская область	35,76
15	г. Алматы	1,00
16	г. Астана	35,86

Результаты и их обсуждение. Рейтинговый анализ здоровья населения в регионах Казахстана показал (см. таблицу), что Жамбылская область занимает 6-е место в этом

виде рейтинга (соответственно после Атырауской, Северо-Казахстанской, г.Астана, Костанайской и Южно-Казахстанской регионов).

При анализе вкладов в рейтинг каждого показателя установлено, что положительный вклад в формирование этого рейтинга имели 1) показатель общей смертности и смертности в возрасте до 65 лет на 100000 чел. по всем причинам, 2) частота всех заболеваний, 3) инфекционных и паразитарных болезней, 4) новообразований и 5) частота психических расстройств и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. Наряду с этим отрицательный вклад в рейтинг внесли: частоты болезней органов 1) системы кровообращения, 2) дыхания, 3) пищеварения, 4) мочеполовой системы, 5) кожи и подкожной клетчатки, 6) врожденные аномалии и 7) травмы.

Учитывая, что каждая из этих форм патологии имеет свои причины и факторы риска, можно установить приоритеты профилактического здравоохранения области на ближайшее будущее, связанные с этой патологией. Понятно, что, удерживая позиции по первым (положительным по своему вкладу в рейтинг здоровья населения области) пяти показателям, необходимо усилить внимание профилактического здравоохранения области и на вторые семь направлений. Причем для службы ФЗОЖ области наиболее очевидным представляется профилактика различных видов травматизма путем соответствующей пропаганды и прочих акций соответствующей направленности в области. Травмы могут снижаться довольно быстро, если будут приложены соответствующие усилия служб профилактики в области. Но и долговременные цели, связанные с необходимостью снижения других форм патологии – пищеварения, дыхания, органов репродуктивной, мочевыделительной систем, кожи и подкожной клетчатки, а также – врожденных аномалий также вполне реальны. И их необходимо начинать уже сейчас, чтобы через ряд лет получить первые признаки улучшения ситуации в области по сравнению с другими регионами страны.

Очевидно, что общеказахстанский рейтинг здоровья населения будет укрепляться лишь в том случае, если развивать рейтинги здоровья регионов. Поэтому рейтинговый анализ здоровья мы рассматриваем как инструмент для адекватного ориентирования служб регионального здравоохранения в приоритетах здравоохранения, что соответствует политике развития конкурентоспособности регионов в социальной сфере.

Итак, сравнительный анализ частот заболеваний можно использовать в качестве инструмента по адекватному ориентированию в приоритетах здравоохранения на уровне регионов Казахстана. Рейтинговый анализ на этой основе может служить опорой в сравнительном ориентировании для улучшения деятельности служб областного

здравоохранения, в том числе - службы ФЗОЖ. Это позволяет считать, что рейтинговый подход отвечает к политике развития конкурентоспособности регионов в социальной сфере.

**Выводы.** Рейтинговый анализ показателей здоровья позволяет выявлять сравнительные (с казахстанским уровнем) особенности «вкладов» в формирование регионального социального здоровья разных нозологий и их групп. В частности, по Жамбылской области установлен «положительный «вклад» в рейтинг социального здоровья общей смертности и смертности в возрасте до 65 лет на 100000 чел. по всем причинам, частоты всех заболеваний, а также инфекционных и паразитарных болезней, новообразований, психических расстройств и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. «Отрицательный вклад» в рейтинг социального здоровья Жамбылского региона внесли частоты болезней органов системы кровообращения, дыхания, пищеварения, мочеполовой системы, кожи и подкожной клетчатки, врожденные аномалии и травмы. Анализ позволил выявить сравнительные особенности Жамбылской области приоритетов в сфере приоритетов по охране здоровья населения области. Рейтинговый анализ может быть использован как инструмент адекватного ориентирования в приоритетах здравоохранения на уровне регионов Казахстана и отвечает политике развития конкурентоспособности регионов в социальной сфере.

#### **Литература:**

1. Аканов А.А., Куракбаев К.К., Чен А.Н., Ахметов У.И. Организация здравоохранения Казахстана. – Астана-Алматы – 2006. – 232с.
2. Тюков Ю.А., Ползик Е.В. Официальная медицинская статистика как основа управления здоровьем населения: возможности и ограничения // Экономика здравоохранения - 2000. - N7.
3. Апробация системы мониторинга и оценки эффективности реализации компонентов Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010гг. - Авторский коллектив: Тулебаев К.А., Слажнева Т.И., Кутлумуратов А., Индершиев А., Каржаубаева Ш., Курбанова Н., Куракбаев К.К., Кашафутдинова Г., Нугманов Т.К., Шубина С.В., Юрченко И. - Алматы, 2006. – 144с.

### **ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ - ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ВНЕДРЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ОПЛАТЫ ТРУДА В СЕВЕРО- КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Баязитова Т.Н., Зотова Р.Д.**

Медицинский информационно-аналитический центр Северо-Казахстанской области

Одним из направлений Государственной Программы реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы является совершенствование системы управления здравоохранением, которое обусловлено совершенствованием системы управления качеством медицинских услуг с учетом международных требований на основе современных информационных технологий и совершенствованием системы финансирования путем внедрения методов дифференцированной оплаты труда в зависимости от качества оказанных медицинских услуг.

Для эффективного управления на уровне области, района необходим не только анализ показателей официальной медицинской статистики, но и разработка интегрированных оценочных показателей.

Сравнение основных показателей по оценке деятельности организаций здравоохранения с учетом их особенностей дает возможность анализировать эффективность управления, а также принимать конкретные меры по улучшению качества деятельности медицинских организаций.

Для реализации этих задач в Северо-Казахстанской области с 1998 года используется методика программно-целевого планирования по мониторингу состояния здоровья населения и деятельности организаций здравоохранения. ПЦП планируется на предстоящий год по оценке группы основных показателей, характеризующих деятельность конкретной организации по конечному результату. Необходимо отметить объективность оценки деятельности учреждений по ПЦП, так как при подведении итогов учитываются ранговые коэффициенты, определяемые отношением количества фактических баллов к плановым, а не отдельные показатели, различные для каждой лечебно-профилактической организации. Лечебно-профилактические организации объединяются в группы, внутри которых формируются блоки показателей. При этом подбор оценочных показателей в каждом блоке имеет одинаковое количество плановых баллов, что обеспечивает равные условия для всех ЛПО, входящих в данную группу. Внедрение системы морального, а с 2006 года и материального поощрения сотрудников лечебно-профилактических организаций, принимающих активное участие в улучшении показателей ПЦП, является реальным стимулом к улучшению качества медицинской помощи. Введение в 2006 году еженедельных отчетов руководителей по итогам деятельности организаций позволяет не только осуществлять мониторинг ПЦП, но и

требует от руководителей проводить постоянный анализ оценочных показателей деятельности своей организации и изыскивать пути улучшения этих показателей, что ведет к улучшению конечного результата деятельности организации.

Оценка деятельности сельского здравоохранения СКО по итогам 12 месяцев 2006 года проводилась по 10 приоритетным службам.

При подведении итогов учитывалась приоритетность служб, для чего определены коэффициенты приоритетности по службам (педиатрическая и акушерско-гинекологическая службы – 1,5, административно-организационная служба - 1,3, противотуберкулезная служба - 1,4, терапевтическая, онкологическая, кожно-венерологическая, подростковая, хирургическая и инфекционная службы по 1,0).

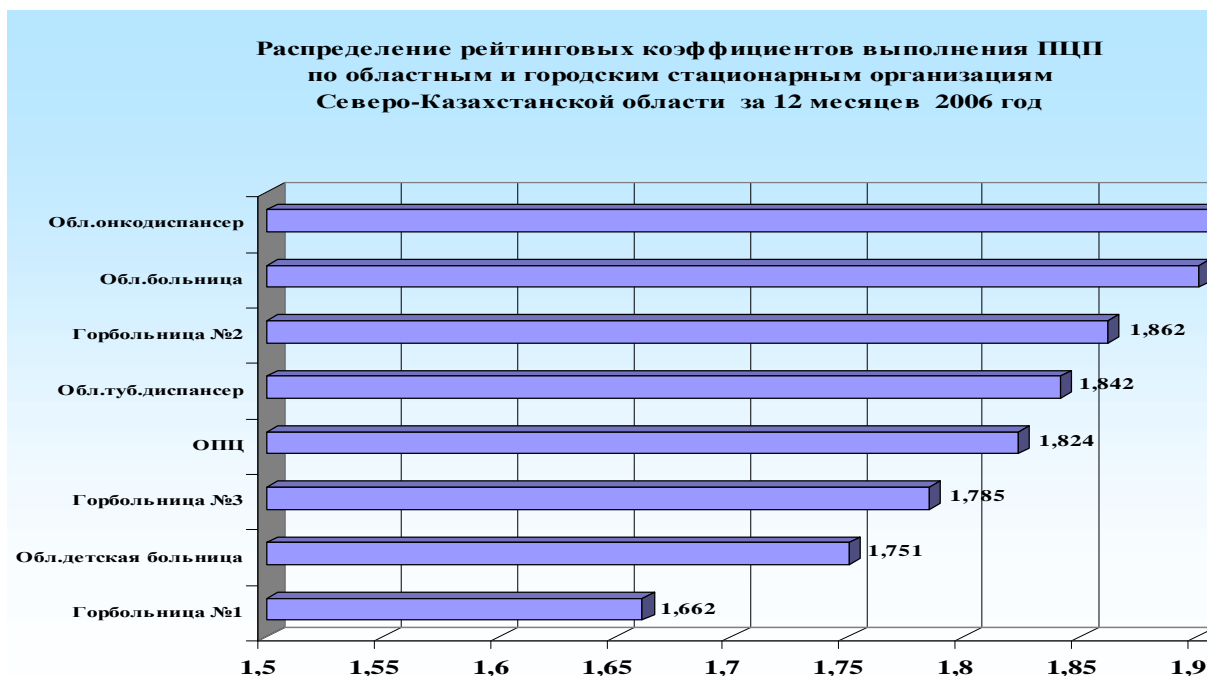
Согласно приоритетности служб подведены окончательные итоги выполнения показателей ПЦП по 10 блокам, определено итоговое количество коэффициентов и итоговый ранг по коэффициентам (место).



Оценка деятельности областных и городских лечебно-профилактических организаций по итогам 12 месяцев 2006 года проводилась по 3 группам:

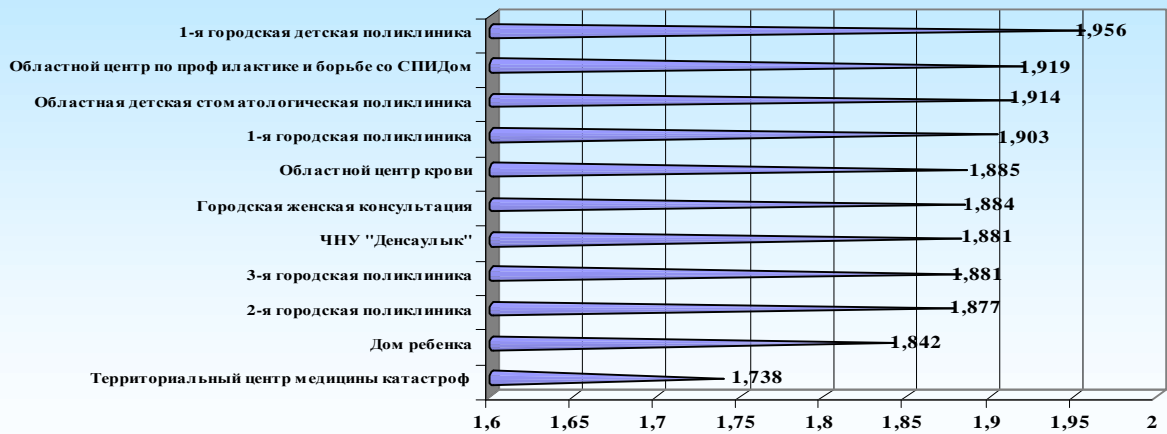
- I. Областные и городские стационарные организации, имеющие в составе отделения хирургического профиля.
- II. Специализированные областные стационарные организации.
- III. Амбулаторно-поликлинические и прочие организации.

Итоговые показатели ПЦП проводились по двум блокам: по административно-организационной деятельности и деятельности организаций, показатели ПЦП сопоставлялись с показателями ресурсно-финансового обеспечения.





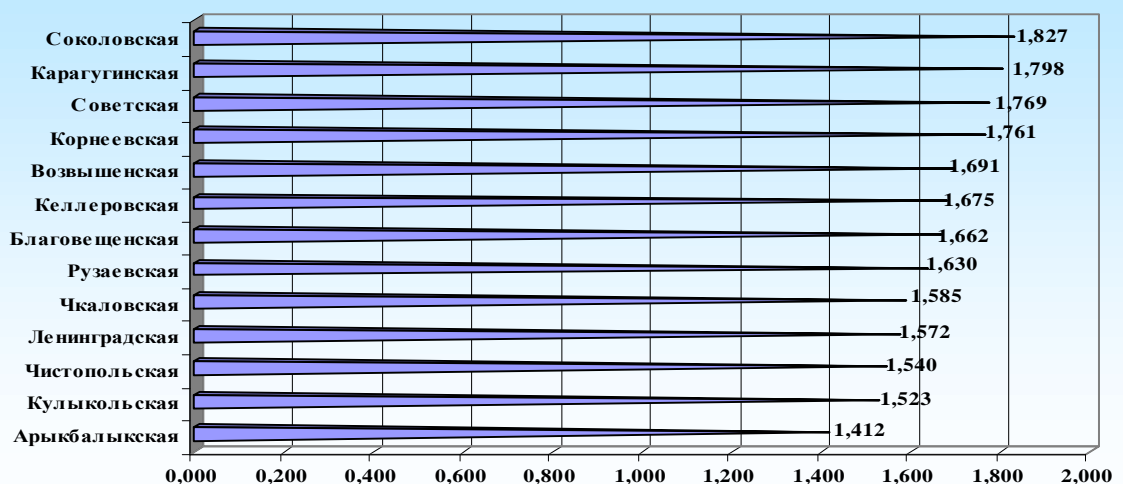
**Распределение рейтинговых коэффициентов выполнения ПЦП по амбулаторно-поликлиническим и прочим организациям г.Петропавловска Северо-Казахстанской области за 12 месяцев 2006 год**



7

С 2006 года разработаны и внедрены показатели программно-целевого планирования для сельских больниц. Сельские больницы оцениваются по 2 блокам: административно-производственная деятельность, деятельность организации. Просчитывается коэффициент результативности по ресурсному обеспечению.

**Распределение рейтинговых коэффициентов выполнения ПЦП по сельским больницам Северо-Казахстанской области за 12 месяцев 2006 год**



5

Практический опыт показал эффективность использования оценочных индикаторов ПЦП как одного из современных и актуальных методов управления качеством

медицинской помощи, в котором учитываются как индикаторы вклада: структура и процесс, так и индикаторы конечного результата.

В 2007 г. проведена разработка новых программно-целевых показателей для всех лечебно-профилактических организаций области с учетом технической вооруженности и роста финансового обеспечения каждой лечебной организации за период действия программы реформирования.

## **ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ (НМУ) НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА**

**Яковлева Н.А.**

Центр охраны здоровья и экопроектирования, Алматы

Прогресс Республики Казахстан тесно связан с интенсификацией науки, с внедрением новых ресурсосберегающих технологий, с активизацией промышленного производства. Вместе с тем, как указано в Концепции перехода Республики Казахстан к устойчивому развитию на 2007-2024 годы, которая была принята в нашей стране в ноябре 2006 года, устойчивое развитие страны - это развитие, удовлетворяющее потребности настоящего поколения и не ставящее под угрозу возможности будущих поколений удовлетворять свои потребности. Следовательно, вхождение в число пятидесяти наиболее конкурентоспособных стран мира, обозначенное в Послании Президента страны народу Казахстана от 1 марта 2006 года, не должно сопровождаться ухудшением здоровья нации, напротив, должны быть разработаны новые подходы и принципы по оздоровлению населения. Особо пристального внимания заслуживает здоровье жителей экологически неблагоприятных регионов, где высокая концентрация промышленного производства вызвала деградацию окружающей среды и продолжает оказывать негативное воздействие на здоровье населения.

Примером такого региона является г. Усть-Каменогорск. Региональной особенностью данного города является то, что на фоне перманентного поступления с выбросами промышленных предприятий в окружающую среду загрязняющих веществ, не превышающих (чаще всего при обычных условиях), либо незначительно превышающих

гигиенические нормативы содержания в атмосферном воздухе, периодически наблюдаются высокие уровни загрязнения атмосферы, вызванные формированием неблагоприятных метеорологических условий (НМУ).

Частое возникновение НМУ в г. Усть-Каменогорске обусловлено спецификой географического расположения города и климатическими особенностями местности. Нахождение города в долине, ограниченной почти со всех сторон возвышенностями, и размещение промышленных предприятий практически на тех же высотах, на которых размещены жилые массивы, затрудняет естественную очистку загрязненного воздушного бассейна /1/. Помимо этого, для г. Усть-Каменогорска характерно наличие и длительное сохранение застойных атмосферных явлений, сочетание штиля, туманов, слабых ветров и приземной инверсии. Все это способствует накоплению токсикантов в приземном слое атмосферы и характеризует возникновение неблагоприятных метеорологических условий (НМУ).

Именно формирование НМУ во многом определяет специфику воздействия атмосферных загрязнителей на состояние здоровья населения города. Вместе с тем, углубленных исследований, которые бы осветили характер реакции здоровья населения на НМУ, в данном городе не проводилось.

**Целью настоящего исследования** явилась оценка зависимости состояния здоровья населения от наличия НМУ, разработка рекомендаций по снижению негативного влияния НМУ.

#### **Материалы и методы.**

Исследование проведено в г. Усть-Каменогорске в 2005 году в рамках проекта «Разработка научно-обоснованного экологического паспорта г. Усть-Каменогорска», выполненного по заказу областного управления по реализации природоохранных программ. Оценка здоровья населения основывалась на учете ежедневных данных заболеваемости по обращаемости населения в ЛПУ, обслуживающие различные районы города (общая сумма зарегистрированных заболеваний, отдельные нозологические формы из класса болезней органов дыхания и болезней системы кровообращения), материалам ежедневного контроля за состоянием здоровья 225 детей дошкольного возраста с использованием специально разработанного дневника наблюдения. Для характеристики уровня загрязнения атмосферного воздуха использованы ежедневные данные стационарных постов наблюдения. Ежедневная информация о здоровье населения и качестве окружающей среды охватывала период с июля по октябрь 2005 года. Для установления взаимосвязи состояния здоровья населения и наличия НМУ, применен корреляционно-регрессионный анализ.

**Результаты и обсуждение.** Анализ динамики обращений за медицинской помощью в ЛПУ свидетельствует о том, что в дни с НМУ в ряде СВА города достоверно возрастает обращаемость детского населения по причине заболеваний органов дыхания (рисунок 1). Максимальный прирост обращаемости наблюдается в СВА 7, территория обслуживания которой прилегает к промышленной зоне. В данной СВА в дни с НМУ регистрируется в среднем на 12 случаев больше болезней органов дыхания среди детей.

В таблице 1 представлены данные о среднем в день числе обращений детского населения города в дни с НМУ и без НМУ.

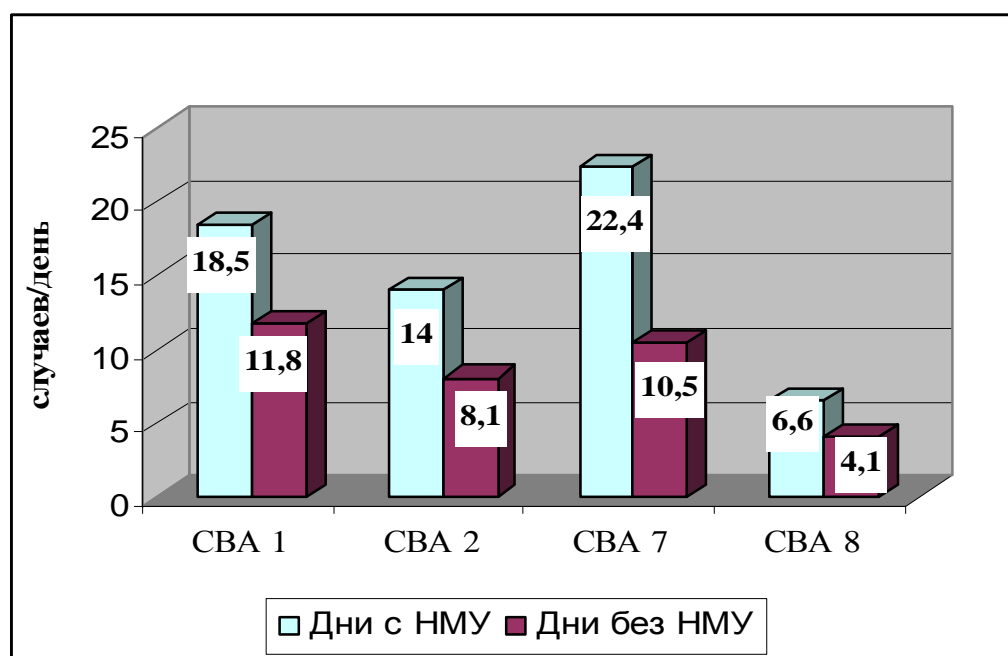


Рисунок 1-Уровень регистрации заболеваний органов дыхания среди детей г. Усть-Каменогорска в зависимости от наличия НМУ

Таблица 1-Частота регистрации заболеваний среди детей в дни с НМУ и без НМУ.

СВА	Число зарегистрированных случаев (в среднем за день)				t	$M_{с\ нму} - M_{без\ нму}$
	Дни с НМУ		Дни без НМУ			
	M	m	M	m		
Болезни органов дыхания всего						
СВА 1	18,5	2,89	11,8	1,29	2,12	6,7
СВА 2	14	2,33	8,1	1,12	2,28	5,9

СВА 7	22,4	3,27	10,5	1,35	3,36	11,9
СВА 8	6,6	1,06	4,1	0,6	2,05	2,5
В т.ч. трахеиты, трахеобронхиты						
СВА 1	3,4	0,7	1,3	0,25	2,83	2,1
В т.ч. ОРЗ, ОРВИ						
СВА 1	14,6	2,28	9,5	1,05	2,03	5,1
СВА 2	11,3	2,15	4,7	0,84	2,86	6,6
СВА 7	20,4	3,17	6,5	1,23	4,09	13,9
СВА 8	6	0,99	3,5	0,54	2,22	2,5
СВА 10	12,7	2,23	7,6	0,82	2,15	5,1

Анализ результатов статистического анализа динамических рядов обращаемости детского населения за медицинской помощью в ЛПУ и наличием НМУ позволил уточнить характер возможного влияния НМУ на заболеваемость по обращаемости. Во-первых, рост обращаемости происходит не только в день НМУ, но наблюдается и определенный временной сдвиг, как отсроченная реакция на воздействие НМУ. В качестве примера приведем коэффициенты корреляции между обращаемостью детей в СВА 2 по причине ОРЗ и ОРВИ и наличием НМУ:

День регистрации НМУ	Временной сдвиг					
	1 день	2 дня	3 дня	4 дня	5 дней	6 дней
<b>r =0,395</b>	<b>r =0,548</b>	<b>r =0,584</b>	<b>r =0,531</b>	<b>r =0,673</b>	<b>r =0,492</b>	<b>r =0,494</b>

Во-вторых, для каждой семейной врачебной амбулатории выявлена своя специфика взаимосвязи заболеваемости по обращаемости и наличия НМУ, что объясняется, очевидно, особенностями расположения зон проживания населения.

Максимальные уровни корреляционной зависимости между обращаемостью в ЛПУ и наличием НМУ зарегистрированы для СВА 2 ( $r = 0,673$ , болезни органов дыхания всего, сдвиг в 4 дня) и СВА 7 ( $r=0,642$ , ОРЗ,ОРВИ сдвиг в 1 день). Таким образом, наличие НМУ может до 45,3% обуславливать изменение уровня обращаемости детского населения за медицинской помощью (в соответствии с величиной коэффициента детерминации).

Уровень обращаемости в ЛПУ взрослого населения в меньшей степени зависит от наличия НМУ. В качестве информативных групп болезней, уровень регистрации которых в наибольшей степени зависит от наличия НМУ, могут быть признаны болезни органов дыхания (в сумме).

В обобщенном виде изменение уровня обращаемости населения в ЛПУ в зависимости от наличия НМУ может быть выражено в следующем виде:

*Дети:* болезни органов дыхания всего (день воздействия, сдвиг 2-5 дней);

ОРЗ и ОРВИ (день воздействия, сдвиг 2-5 дней);

трахеиты и трахеобронхиты (день воздействия, сдвиг 2-5 дней)

*Взрослые:* болезни органов дыхания всего (сдвиг 4-5 дней)

Оценка воздействия НМУ на состояние здоровья населения основывалась также на установлении взаимосвязи между ежедневной регистрацией симптомов среди детей дошкольного возраста, посещающих ДДУ № 40, 5, 17, 6, 46, 94, а также среди групп неорганизованных детей, проживающих в районе обслуживания СВА 11, СВА 13, СВА 5, СВА 7, СВА 15, СВА 3.

Установлено, что реакция детского организма на наличие НМУ может проявляться в виде приступообразного кашля, повышения температуры тела, общего ухудшения состояния ребенка. Следует заметить, что выраженность реакции организма может возрастать через несколько дней после воздействия НМУ (3-6 дней). Наиболее чувствительными контингентами оказались дети, посещающие ДДУ № 46, ДДУ № 5, проживающие в районе обслуживания СВА 3.

В общем виде реакция со стороны детей дошкольного возраста на наличие НМУ может быть представлена следующими проявлениями:

приступообразный кашель (сдвиг 5 дней);

повышения температуры тела (сдвиг 3-6 дней);

настолько плохое самочувствие детей, что они не ходили в ДДУ (сдвиг 3-5 дней)

В таблице 2 представлены результаты корреляционно-регрессионного анализа между наличием различных симптомов у детей дошкольного возраста и НМУ.

**Таблица 2 - Результаты корреляционно-регрессионного анализа между проявлением различных симптомов у детей дошкольного возраста и наличием НМУ**

Сдвиг (дни)	Показатель здоровья	СВА, ДДУ	r	Коэффициенты регрессии
----------------	---------------------	-------------	---	---------------------------

				A0	A1
3	Ребенок чувствовал себя настолько плохо, что не пошел в ДДУ	ДДУ 46	0,534	0,975	6,537
4	Ребенок чувствовал себя настолько плохо, что не пошел в ДДУ	ДДУ 46	0,564	0,878	6,902
5	Ребенок чувствовал себя настолько плохо, что не пошел в ДДУ	ДДУ 46	0,560	0,9	6,864
6	Повышенная температура	ДДУ 5	0,581	37,6	0,6667
5	Приступообразный кашель (ночью)	ДДУ 6	0,528	3,54	3,5288
3	Повышенная температура	СВА 3	0,583	37,43	0,6857

Характер воздействие НМУ на состояние здоровья объясняется повышением содержания в приземном слое загрязняющих веществ. В таблице 3 представлены среднесуточные концентрации загрязняющих веществ в дни с НМУ и без НМУ (по данным стационарных постов наблюдения за уровнем загрязнения атмосферного воздуха).

**Таблица 3 - Характеристика среднесуточных концентраций загрязняющих веществ в дни с НМУ и без НМУ (по данным стационарных постов наблюдения за уровнем загрязнения атмосферного воздуха).**

Пост Гидро-мета	Загрязняющие вещества	Среднесуточная концентрация (мг/м <sup>3</sup> )			
		Дни с НМУ		Дни без НМУ	
		М	м	М	м
ПНЗ-1	Диоксиды серы	0,1497	0,0106	0,0902	0,0037
ПНЗ-1	Диоксид азота	0,0916	0,0036	0,0710	0,0020
ПНЗ-1	Фенол	0,0057	0,0003	0,0040	0,0002
ПНЗ-1	Взвешенные вещества	0,3491	0,0310	0,1515	0,0103
ПНЗ-1	Фтористый водород	0,0016	0,0004	0,0000	0,0000
ПНЗ-5	Диоксиды серы	0,1332	0,0088	0,0781	0,0030
ПНЗ-5	Диоксид азота	0,0809	0,0040	0,0551	0,0017
ПНЗ-5	Фенол	0,0034	0,0002	0,0023	0,0001
ПНЗ-5	Оксид углерода	1,3647	0,0696	0,9830	0,0370
ПНЗ-5	Взвешенные вещества	0,2656	0,0275	0,0933	0,0071

ПНЗ-5	Мышьяк и его соединения	0,0032	0,0001	0,0025	0,0001
ПНЗ-7	Диоксиды серы	0,1075	0,0065	0,0829	0,0037
ПНЗ-7	Диоксид азота	0,0861	0,0033	0,0646	0,0020
ПНЗ-7	Фенол	0,0054	0,0003	0,0039	0,0002
ПНЗ-7	Оксид углерода	1,7329	0,0996	1,4031	0,0593
ПНЗ-7	Взвешенные вещества	0,6031	0,0494	0,2606	0,0166
ПНЗ-8	Диоксиды серы	0,1176	0,0111	0,0632	0,0027
ПНЗ-8	Диоксид азота	0,0856	0,0054	0,0654	0,0032
ПНЗ-8	Взвешенные вещества	0,3766	0,0391	0,1728	0,0170
ПНЗ-12	Диоксиды серы	0,0792	0,0059	0,0553	0,0022
ПНЗ-12	Диоксид азота	0,0537	0,0040	0,0336	0,0016
ПНЗ-12	Фенол	0,0039	0,0003	0,0031	0,0002
ПНЗ-12	Взвешенные вещества	0,2088	0,0259	0,0576	0,0058

Согласно представленным данным, в дни с НМУ максимально возрастает содержание взвешенных веществ (до 3,6 раз).

Корреляционный анализ между проявлением различных симптомов среди детей дошкольного возраста и уровнем загрязнения атмосферного воздуха позволяет выделить наиболее часто встречающиеся симптомы - повышение температуры тела, кашель, выделение мокроты, охриплость голоса, раздражение глаз/жжение, зуд, краснота, насморк и заложенность носа, желудочно-кишечные расстройства, носовые кровотечения, рвота, головная боль, хриплое, свистящее дыхание, общее плохое самочувствие детей.

Выявленные достоверные взаимосвязи свидетельствуют о том, что загрязнение атмосферного воздуха вызывает изменения со стороны здоровья детей дошкольного возраста. Данные изменения носят неспецифический характер, что затрудняет проведение дифференциального диагноза между последствиями воздействия загрязняющих веществ и иными причинами. Причем, наиболее распространенным симптомом было повышение температуры. С одной стороны, данный симптом наиболее тревожен для родителей и они, очевидно, больше всего обращают на него внимание. Конечно, повышение температуры может быть признаком простудного заболевания, но как свидетельствуют результаты проведенных нами опросов, родители указывают на частое внезапное и беспричинное повышение температуры у детей, связывая это именно с воздействием НМУ. Кроме того, необходимо акцентировать внимание на факт частого запаздывания реакции организма на



воздействие загрязнителей атмосферного воздуха, что также должно учитываться при постановке диагноза.

Выявленная нами взаимосвязь между состоянием здоровья детского и взрослого населения должна явиться, с одной стороны, справочно-информационной базой основных проявлений со стороны здоровья населения на воздействие НМУ, в том числе связанным с повышением концентрации того или иного загрязнителя, а с другой стороны - служить реальным инструментом для прогноза изменений в состоянии здоровья жителей города.

Следует отметить, что постановка диагноза экологически обусловленного заболевания - это чрезвычайно сложная в методическом плане задача, требующая специальной подготовки и опыта. Это указывает на необходимость создания в городе Усть-Каменогорске центра экологической медицины, который взял бы на себя роль консультативно-методического центра.

Учитывая высокую вероятность возникновения НМУ и тяжесть последствий, в городе Усть-Каменогорске принят План действий при угрозе и возникновении нештатных ситуаций, связанных с неблагоприятной экологической обстановкой /2/. В данном плане отражен порядок действий всех служб города в случае возникновения нештатных ситуаций.

Проведенное нами исследование свидетельствует о том, что население должно владеть достоверной информацией о риске для здоровья экологических факторов, а также о том, что не следует игнорировать объявления о случаях формирования в городе НМУ. Последнее является чрезвычайно важным, так как в городе налажена система оповещения об НМУ, но далеко не все жители города обращают на это внимание.

Так, в результате ранее проведенного нами опроса более 1000 жителей города было установлено, что не обращают внимание на объявления о НМУ -  $19,2 \pm 1,2\%$  опрошенных, не выполняют рекомендации по снижению риска при НМУ  $16,6 \pm 1,1\%$ , не всегда выполняют  $52,6 \pm 1,5\%$  /1/. Очевидно, это объясняется недостаточной осведомленностью жителей города о риске для здоровья НМУ, а также о необходимых профилактических мерах, направленных на предупреждение негативного воздействия на здоровье загрязнителей атмосферного воздуха.

Ниже представлен перечень мероприятий, которые разработаны совместно с главным педиатром г. Усть-Каменогорска Соколовой Н.М. и которые направлены на профилактику негативного воздействия на состояние здоровья НМУ.

1. Наиболее эффективной мерой профилактики негативного воздействия на состояние здоровья НМУ является экологизация промышленного производства, снижение объемов выбросов загрязняющих веществ, вывод жилых массивов из промзоны. Учитывая, что

формирование НМУ - это региональная климато-географическая особенность, без осуществления приведенных выше кардинальных мер по улучшению экологической ситуации риск воздействия НМУ на здоровье населения будет оставаться высоким.

2. За счет средств основных промышленных предприятий-загрязнителей окружающей среды провести серию учебных циклов с медицинскими работниками города по медицинской экологии, экологически зависимым состояниям, особенностям воздействия на здоровье человека химических веществ, содержащихся в выбросах промышленных предприятий города. В семинаре должны принять участие ведущие специалисты Республики Казахстан, а также желательно, чтобы своим опытом поделились врачи и ученые из медицинских центров России (Москва, Екатеринбург, Новосибирск и т.д.).
3. Необходимо обеспечить детские дошкольные учреждения и школы кондиционерами (возможно, за счет предприятий-загрязнителей), так как высокая скученность детей в помещении в случае запрета на прогулки во время НМУ может привести к ухудшению показателей качества воздуха помещений.
4. Следует проинформировать население о необходимости соблюдения определенных правил поведения при объявлении НМУ:
  - Желательно уехать самим и вывезти детей за город на время НМУ.
  - Ограничить пребывание на улице, если это невозможно, то исключить занятия спортом, бег, быструю ходьбу, физические упражнения, чтобы не увеличивать вентиляцию легких.
  - Ограничить на время НМУ употребление острой пищи и алкоголя, которые создают дополнительную нагрузку на детоксикационную систему организма. Употреблять больше разнообразных овощей и фруктов, богатых натуральной клетчаткой и пектинами.
  - Употреблять больше жидкости - минеральную воду, соки, зеленый чай.
  - При нахождении на улице желательно сосать молочные леденцы (особенно рекомендуется детям), чтобы предотвратить дыхание через рот.
  - Чаще промывать слизистые оболочки, принимать душ.
  - При обнаружении неприятных запахов необходимо носить ватно-марлевые повязки, респираторы.
  - Учитывая, что реакция организма на воздействие НМУ носит неспецифический характер, а также может быть отсрочена во времени, необходимо вести дневник самоконтроля, чтобы установить индивидуальную чувствительность организма к НМУ и наиболее типичные проявления. Данная информация должна быть обсуждена с лечащим врачом для выработки индивидуальной тактики поведения. В первую очередь, это

касается лиц с ослабленным здоровьем, например, больных бронхиальной астмой, артериальной гипертензией.

- Должен быть создан центр, куда могло бы обращаться население в случае возникновения симптомов, которые они связывают с загрязнением окружающей среды, в частности, с загрязнением атмосферного воздуха. Данный центр может действовать по типу телефона доверия. Информация об этом центре должна быть широко известна.

5. Необходимо закаливать организм, повышать иммунный статус путем включения в рацион витаминосодержащих растений, таких как - шиповник, боярышник, морковь, смородина, крапива, малина, а для повышения адаптационного резерва использовать растения адаптогены – левзея сафлоровидная (маралий корень), радиола розовая (золотой корень), женьшень. Все вышеперечисленные растения имеют профилактическое значение в обеспечении более высокого функционального резерва, и как следствие лучшее состояние здоровья.

### **Выводы.**

1. Проявления со стороны здоровья населения на воздействие НМУ носят неспецифический характер. Только тщательный анализ каждого случая может выявить их экологическую обусловленность.

2. Все случаи обращений населения по поводу экологически обусловленных изменений в состоянии здоровья должны не только своевременно регистрироваться и анализироваться, но и быть зафиксированы в специальной базе данных. Это позволит специалистам–медикам отработать должную методику и алгоритм действий при выявлении заболеваний, обусловленных воздействием загрязнителей атмосферного воздуха.

3. Проблема возникновения НМУ и особенности воздействия на здоровье населения загрязнителей атмосферного воздуха должны стать краеугольным камнем профилактики экологически зависимых состояний в г.Усть-Каменогорске.

4. Снижению риска возникновения НМУ и негативного воздействия на здоровье населения будет способствовать выполнение комплекса мероприятий организационного, инженерно-технического, административного и воспитательного характера.

### **Литература:**

1. Самакова А.Б., Белоног А.А., Якупов В.С., Беркинбаев Г.Д., Федоров Г.В., Алыбаева Р.А., Корчевский А.А., Яковлева Н.А. Комплексная оценка экологии и здоровья населения промышленного города.- Алматы, 2005.-372с.
2. План действий при угрозе и возникновении нештатных ситуаций, связанных с неблагоприятной экологической обстановкой в г. Усть-Каменогорске.- г. Усть-Каменогорск, 2005.-12с.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРКОМАНИИ С ВИЧ/СПИД В КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТИ.**

**Жабаев А. А., Тютенова Ж. А., Таукебаев К. Н.**

ГУ «Костанайский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД»

В настоящее время, согласно оценкам ЮНЭЙДС и ВОЗ, на земле живут около 40 миллионов человек с ВИЧ, из них 90 % в развивающихся странах, около 25 миллионов умерло от СПИДа.

В последние годы осложнения, возникающие после употребления инъекционных наркотиков стали значительно серьезными.

Употребление инъекционных наркотиков является причиной в 5-10 % случаев заражения ВИЧ - инфекцией во всем мире. В нашей области она составляет 10 %. Случаи передачи гепатита «С» в популяции потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) имеют место в 67,7% случаев.

В мире отмечены удивительно сходные уровни распространённости и заболеваемости гепатитом «С» среди ПИН, то есть примерно три четверти потребителей, принимающих инъекционные наркотики не менее пяти лет, оказываются положительными при тестировании на антитела к вирусу гепатита «С». Хотя серьезные осложнения развиваются у меньшего числа положительных гепатитом «С», но бремя заболеваний превосходит бремя заболеваний связанных с ВИЧ инфекцией.

В Республике Казахстан официально на 01.01.2007г. зарегистрировано 7402 ВИЧ - инфицированных, из них 85 детей до 14 лет, в т.ч. 433 больных СПИДом, из них 3

ребенка. Распространенность ВИЧ/СПИД среди населения Казахстана составляет 49,0 на 100 тыс. населения, показатель распространенности среди детей до 14 лет составил 3,1.

За 2006 год выявлено 1745 случаев ВИЧ инфекции, показатель заболеваемости на 100 тысяч населения составил 11,4, что в 1,8 раза больше по сравнению с 2005 годом. В стране наблюдается интенсивное распространение ВИЧ инфекции, особенно среди потребителей инъекционных наркотиков, лиц находящихся в заключении, секс-работников.

По Костанайской области с 1987 года с нарастающим итогом зарегистрировано на 01.01.2007г. 460 ВИЧ - инфицированных, из них 311 потребители инъекционных наркотиков, это составляет 67,6 %. Используют наркотические средства опий-сырец – 174, героин – 84 и полинаркоманы – 53, из них состоят на диспансерном учете в областном наркодиспансере 101, что составляет 41,7%.

Костанайская область по распространенности ВИЧ инфекции среди населения РК занимает 4 место, с показателем на 100 тысяч населения 47,2.

Распределение ВИЧ инфекции по половому признаку в Казахстане мужчины 75 %, по Костанайской области 71,5%, женщины 25%, по Костанайской области 28,5% и этот процент держится последние 5 лет.

#### **Распределение случаев ВИЧ инфекции по возрастам**

**Таблица 1**

	От 0 до 2 лет	От 3 до 14 лет	От 15 до 19 лет	От 20 до 29 лет	От 30 до 39 лет	От 40 до 49 лет	От 50 до 59 лет
Кост.обл.	0,4%	0,2%	7,8 %	57,9%	21,8%	8,4 %	1,3 %
РК	1,2%	0,6%	7,5 %	50,3 %	28%	10,1 %	1,5 %

Каждый второй в возрасте от 20 до 29 лет недостаточно информирован о профилактике ВИЧ-инфекции и наибольшее количество ПИН среди данной возрастной категории (см. таблица №1).

По социально-профессиональному статусу в области не работающие составили - 68,9% (РК 71 %), работающие - 17,3%, (РК11%), не организованные дети дошкольного возраста - 0,6%, (РК- 1,5%), учащиеся ССУЗов и ВУЗов - 1,5%, (РК-1,3 %).

ВИЧ/СПИД имеет множество как социальных, психологических и эмоциональных, так и правовых последствий. Последствия эти имеют значение не только для самих ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, но и для всего их близкого окружения.

По данным наркодиспансера, участковыми инспекторами г. Костаная, при подсчете ПИН по БОС (быстрая оценка ситуации), по области, насчитывается от 2800 до 3500 человек ПИН.

Выявлено ВИЧ инфицированных в учреждения МВД Костанайской области с нарастающим итогом ИВС г. Аркалык - 2, приемники-распределители - 26, ИВС г. Костанай - 5, ЦВИАРН - 1, в учреждениях УКУИС – 140.

В 1994 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) призвала к внедрению программ обмена игл в исправительных учреждениях для снижения распространения ВИЧ. Эти рекомендации не были выполнены в широком масштабе. Более приемлемыми могут оказаться другие программы, такие как заместительная терапия метадонем и реабилитация от наркозависимости.

Выявлено ВИЧ инфицированных по гражданству в Костанайской области: РК – 412, Украина – 3, Россия – 26, Узбекистан – 1, Армения – 1.

С 2004 по 2006 год в г. Костаная ОЦ СПИД проведен дозорный эпидемиологический надзор среди ПИН на ВИЧ инфекцию, вирусный гепатит «С» и сифилис по 280 человек ежегодно, из них мужчин - 199 человек, женщин – 81 человек.

### **Дозорный эпидемиологический надзор среди ПИН на ВИЧ инфекцию**

**Таблица 2**

	2004г	2005г	2006г
ВИЧ	3,2%	5,7%	4,6%
ВГ «С»	67,9%	77,1%	93,2%
Сифилис	15%	16,8%	18,9%

### **Выводы**

1. Среди ПИН с ВИЧ инфекцией распространение гепатита «С» составляет  $\frac{3}{4}$  четверти больных.
2. Распространение ВИЧ инфекции по половому признаку по области составляет 3:1 среди мужчин и женщин
3. В возрастной группе от 20 до 29 лет, более половины ВИЧ инфицированных

Таким образом, следует отметить, что важным моментом является создание единой системы социально-эпидемиологического мониторинга больных ВИЧ инфекцией и групп риска по его заражению, посредством межсекторального содружества.

#### **Литература:**

1. Кася Малиновска-Семпрух, Сара Галлахер «Наркополитика, ВИЧ/СПИД и Права человека», русское издание Алматы, 2006г
2. Отчетные данные эпидемиологической ситуации по ВИЧ - инфекции по Республике Казахстан, на 01.01 2007г.
3. Отчетные данные эпидемиологической ситуации по ВИЧ - инфекции по Костанайской области, на 01.02.07г.

### **АНАЛИЗ И ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СМЕРТНОСТИ ЗА 25 ЛЕТ В КАЗАХСТАНЕ (1981-2005ГГ.)**

**Аманов Т.И.**

РГКП НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК

Изучая уровни первичной сердечно-сосудистой заболеваемости как показатель состояния здоровья населения, основное внимание акцентировалось на медико-биологических аспектах проблемы сердечно-сосудистой патологии. Учитывая, что наиболее полным источником данных о заболеваемости является обращаемость населения за медицинской помощью в лечебно-профилактические организации, нами были использованы многолетние (за 25 лет) статистические материалы годовых отчетов 16 областных (городских) департаментов здравоохранения и гг. Астаны и Алматы. Необходимые материалы выкопированы из форм №1, 12, 14, 30, 90-обл. региональных органов здравоохранения представленных в МЗ РК за 1981-2005гг., материалов центрального госархива РК, а также из статистических справочников и обзорных материалов Минздрава РК, но вновь пересчитанных на 10 тыс. человек населения, проанализированных и сопоставленных нами. Результаты нашего анализа вышеуказанных статистических данных в целом по стране и в разрезе регионов за 1981-2005гг. и нашли

отражение в настоящем исследовании. Данный подход повышает сопоставимость этих показателей с аналогичными и по другим странам (регионам).

Изучая в динамике смертность от болезней системы кровообращения (БСК) за 1975-2005гг. по РК отмечается значительное увеличение показателя смертности от БСК, повышение показателя с 1975 по 2005 гг. составляет более чем в 2 раза, т.е. с 255,4 до 535,5 (на 100 тыс. населения) соответственно. Увеличение смертности от БСК за советский период с 1975-1991гг. составило более чем 1,4 раза. С 1975 г. высокими показателями смертности отличались северные регионы Казахстана. В некоторых областях в смертность от БСК возросла с 1975г. по 2005г на 283,5% и более процентов или почти в 3 раза (Павлодарская, Акмолинская, Карагандинская, Северо-Казахстанская (СКО), Костанайская, Восточно-Казахстанская (ВКО) области). Первое ранговое место по уровню смертности было за городом Алматы вплоть до 1998г., затем с 1999г. и до 2005г. лидером стала ВКО, следующие позиции заняли Акмолинская, Карагандинская, Костанайская области. Алматинская область по данному показателю постепенно поднялась с 11-го рангового места в 1975 г. до 7-го в 2005 г., параллельно росли и показатели заболеваемости и болезненности сердечно-сосудистой системы.

Различают понятия «заболеваемость» и «распространенность», или «болезненность». Под термином «заболеваемость» в санитарной статистике понимают совокупность заболеваний, впервые обнаруженных у населения в определенный период времени, обычно за год. Термин «болезненность» характеризует «распространенность» или «частоту» заболеваний, включающих впервые выявленные и имеющиеся накопленные за предыдущие годы заболеваний (1).

Проведенный анализ по республике выявил, что общая заболеваемость БСК остается высокой и носит эпидемический характер, не имеет тенденцию к снижению. Основными заболеваниями, которые составляют более половины удельного веса БСК в течение последних 25 лет, являются артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС).

Анализируя заболеваемость и болезненность АГ в целом по республике за последние 25 лет, отмечено, что в начале 80-х годов, более высокие показатели были в северных регионах Казахстана. В 1985 г. на первые позиции поднимаются западные и южные регионы: Атырауская, Южно-Казахстанская области (ЮКО) и г. Алматы. В сельской местности Казахстана по показателям заболеваемости и болезненности АГ начинают занимать лидирующие позиции южные и западные области страны. Так, в 2000 г. по сельской местности 1-е ранговое место за Кызыл-Ординской областью - 354,99 (республиканский показатель -191,03 на 10 тысяч населения), 2-е место за Западно-



Казахстанской областью (ЗКО)- 241,9. В 2001 г. значительный рост болезненности АГ отмечен в южных регионах республики: на 1-е и 2-е ранговые места выходит Кзыл-Ординская область (417,8 случаев на 10 тыс. населения) и ЗКО (334,08 случаев на 10 тыс. населения), а в 2004-2005 гг. лидером становится ЮКО. Такая ситуация сохраняется до 2005 г., где в лидирующей группе больше присутствуют западные и южные регионы республики и одновременно идет повышение распространенности болезни АГ среди населения в целом по стране.

Анализируя состояние заболеваемости и болезненности ИБС среди населения за последние 25 лет, по республике отмечается постоянное значительное увеличение уровня болезненности. Почти все 20 лет лидирующее положение занимают северные регионы, лишь в начале XXI-го века в 2000-2001 гг. в лидирующую группу начинают входить западные, а затем и южные области республики. При изучении болезненности ИБС по Алматинской области с 1981-2005гг., также отмечается рост уровня болезненности ИБС среди населения, причем более быстрыми темпами в отличие от республики. Рост данного показателя происходит в основном за счет сельской местности. Алматинская область с последнего места в 1981г. постепенно перемещается на верхние ранговые места, и занимает 7-е место в 2005г., а по сельской местности – с 14-го места к 2005г. поднимается до 2-го рангового места. С 1981г. по 2005г. почти бессменным лидером по уровню болезненности ИБС среди населения является Карагандинская область, за ним поочередно в лидирующей группе оказываются Костанайская, СКО, Павлодарская, ВКО, г. Алматы, ЗКО. С 1984г. по распространенности ИБС среди населения в призовой тройке постоянно находится г. Алматы до 2005г., а начиная с 1990г., становится лидером. С 2000-2001гг. к лидирующей группе по распространенности ИБС присоединяются области с западных регионов: Мангистауская - 5-е ранговое место в 2000 году, Атырауская 3-е ранговое место в 2001г., а 5-е и 7-е ранговые места в 2002г. занимают Кзыл-Ординская и Алматинская области, к ним в последующем присоединяется Жамбылская область, расположившись на 5-м ранговом месте в 2003-2004гг. Анализ показателя болезненности ИБС по сельской местности республики, показал, что, начиная с 1984 г. северные регионы потеснены с лидирующих позиций представителями западных регионов: в 1984 г. Мангистауская область заняла - 1-е, Карагандинская – 2-ое, Актюбинская – 3-е ранговые места. В последующем до 2005г. западные области постоянно делили ведущие места с представителями северных областей по данному показателю.

Заболеваемость болезней системы кровообращения в целом по республике за последние 25 лет характеризуются ростом с 31,57 (1981) до 225,6 (2005) на 10 тысяч

населения, т.е. отмечается увеличение более чем в 7 раз. Заболеваемость БСК по сельской местности за тот же период выросла более 8 раз. С 1981-2000гг. повышение уровня заболеваемости БСК составил-6,6 раза, в этот промежуток времени имел место наибольший подъем заболеваемости от БСК по сельской местности республики.

Следует заметить, что уровень заболеваемости БСК сельского населения страны, в последние годы, начиная с 2001г., превышает показатели заболеваемости населения по республике в целом.

Таким образом, анализ динамики заболеваемости БСК по стране показал, что за последние 25 лет имеет место неуклонный, интенсивный рост данного показателя, характерный для эпидемии заболевания. Вначале высокие уровни заболеваемости БСК среди населения отмечались в северных регионах республики, затем начал превалировать уровень заболеваемости в западных, в последующем и в южных областях. Аналогичная ситуация по заболеваемости в сельской местности, где длительное время лидировали представители северных регионов: Костанайская, Карагандинская, СКО, Тургайская и другие области. Рост уровня заболеваемости БСК среди жителей в южных и западных областях, по сравнению с северными регионами изменил ранговое расположение среди областей к 2000 г.: рост показателей в Кызыл-Ординской, Жамбылской, Алматинской и ЮКО привели в 2005 г. к лидерству южного региона республики.

Анализ динамики болезненности БСК по республике в целом с 1981-2005гг. показал его увеличение с 266,81 до 1173,5 на 10 тысяч населения или более чем в 4 раза, а с 1981-1991гг. рост составил более 3-х раз. Анализируя болезненность БСК по сельской местности Казахстана, следует отметить более интенсивный рост показателей (с 1981-2005гг. более 6 раз). Имеет место более интенсивное повышение болезненности БСК в первые годы XXI века (2001-2005гг). С 1981г. более высокий уровень показателя болезненности БСК отмечался в основном в северных и центральных областях республики, затем он повышается в западных, в последующем и в восточных регионах страны. С 1991г увеличение показателя болезненности сердечно-сосудистой системы в восточных регионах вывел ВКО в одного из лидеров среди областей республики вплоть до 2005г. По сельской местности северные и центральные области постепенно уступают доминирующее положение западным областям, в результате по уровню болезненности в этом регионе 1984-85гг. Мангистауская область и ЗКО становятся лидерами. К 2000 г. первое место по распространенности БСК в сельской местности среди южных областей страны занимает Кызыл-Ординская область. Вследствие повышения уровня болезненности БСК среди жителей Алматинская область с 20-го последнего места в 1981г. поднялась до 4-го места в 2005г, а по сельской местности с 15-го до 2-го рангового места.

Интенсивность роста показателя болезненности БСК среди населения в Алматинской области была значительно больше, чем по республике (с 1981-2005гг. в 9 раз, по сельской местности за тот же период 9,5 раз).

Таким образом, изучая динамику состояния заболеваемости и болезненности БСК в республике за последние 25 лет, можно констатировать эпидемический рост сердечно-сосудистых заболеваний среди населения страны, особенно в сельской местности.

### **Литература:**

1. Абдукаримов Б.У. Научные основы изучения эпидемиологии и профилактики основных сердечно-сосудистых заболеваний в гидрологических нообиоценозах.: Автореф. дисс. докт. мед. наук. Алматы, 2000, с-50.
- 2 Здоровье населения республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения (статистические сборники) за 1981-2005гг. МЗ РК.
- 3 Материалы центрального госархива РК (ф№1, 5, 12, 14, 30) за 1981-2005гг

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ.**

**Раимкулов Б.Н.**

Кафедра нервных болезней Казахского Национального Медицинского Университета,  
ГКБ №1. Алматы

**Введение.** В структуре болезней нервной системы ведущее место занимает черепно-мозговая травма (ЧМТ) и ее последствия, составляющих до 20% от всех видов травм (1,2). Наличие тенденции роста ЧМТ с 25 до 80% и ежегодного прироста до 2% от общего удельного веса болезней нервной системы, что связано с процессами урбанизации, внедрением современных технологий, дорожно-транспортными происшествиями, локальными вооруженными конфликтами и прочими факторами (3,4). Травматизму наиболее часто подвержены лица от 15 до 50 лет (71,7%). До 50% пострадавших после ЧМТ вынуждены сменить профессию или становятся инвалидами.

Отдаленный период черепно-мозговой травмы (ОПЧМТ), рассматривается как совокупность взаимодействия между собой различных патологических процессов,

обусловленных травмой (нарушения ликворо - и гемодинамики, аутоиммунные процессы и др.) и компенсаторно-приспособительных механизмов в организме пострадавших (1-3, 5).

У больных в отдаленном периоде ЧМТ, четко остаются проявления различных синдромов, которые проявляются через многие годы после полученной черепно-мозговой травмы, в виде сотрясения или ушиба головного мозга [1-4].

**Материал и методы.** При помощи специально разработанного опросника, который включал полные сведения, были обследованы 115 пациентов в неврологическом отделении ГКБ №1. Кроме паспортных данных в опроснике содержались сведения о жалобах, вредных привычках и наследственной отягощенности. Среди них лица украинской, китайской и узбекской национальности составили -1,8%, татары- 2,7%, уйгуры- 7,9%, русские- 43,5%, казахи - 44,1%. Из них 31,3% имели высшее образование, среднее специальное-11,3%, среднее (9-11 классов) -23,5%, студенты составили 33%.

При проведении анкетирования выяснилось, что спиртные напитки употребляют 75% анкетированных, из них постоянно употребляли -12,7%, к хроническим алкоголикам согласно критериям ВОЗ можно было отнести -11,1% пациентов. До 5 лет употребления спиртных напитков можно было отнести -77,7%, свыше 5 лет употребляли напитки - 22,3%, в основном резиденты до 30 летнего возраста. Бытовое пьянство отмечалось у 12,9%, алкоголизм 1 стадии был у -33,3%, 2 стадии у - 25,9%, периодическое употребление легких спиртных напитков (вина и пива) отмечалось у - 27,7% пациентов.

Легкая ЧМТ была у 13,9%, средняя степень тяжести определена у 29,2 %, тяжелая степень ЧМТ по типу ушиба головного мозга тяжелой степени определялась 6,8% лиц. Стационарное лечение получали - 27,8% пострадавших, лечились дома- 30,6%, амбулаторное лечение получили-15,3%, не лечились-2,8%, не нуждались в лечении-18,1%. Причинами получения черепно-мозговой травмы явились: ДТП- 9,7%. Избиениям подверглись - 31,9% пациентов. Из них: 43,1% избиты в быту; на работе -9,7%; избиты хулиганами - 93,1%, несчастный случай произошел у -9,7%, бытовые травмы получили - 40,3%, спортивные травмы -2,7% лиц. Оперативному вмешательству подверглись – 5,6%, открытые ЧМТ были у – 2,8%, комбинированные травмы были у -5,6%, многократные ЧМТ были у -2,8% лиц. Анкетированный опрос показал, что пострадавшие в момент получения ЧМТ находились в состоянии алкогольного опьянения различной степени тяжести.

**Выводы.** Причиной получения ЧМТ у пострадавших являются различные факторы и обстоятельства. Особую роль играет алкогольное опьянение, вождение автотранспорта в нетрезвом состоянии, психопатологическое изменение личности, хулиганские действия

грабителей и воров, а затем бытовые травмы, насилие в быту. В связи с ростом травматизма, инвалидности от травматизма, связанного в первую очередь с алкоголизацией населения, преимущественно в молодежной среде и среди лиц старше 50 лет, необходимо данной проблеме уделить более пристальное внимание: усилить антиалкогольную политику, пропагандировать здоровый образ жизни в дошкольной и школьной среде и пр.

#### **Литература:**

1. Ромоданов А.П., Копьев О.В. Легкая черепно-мозговая травма // Вестн. АМН СССР. - 1984. - N 12. - С.19-25.
2. Бадалян Л.О. Неврологические аспекты закрытой черепно-мозговой травмы // Вестн. АМН СССР. - 1984. - N 12. - С.12-16
3. Коновалов А.Н., Самотокин Б.А., Васин Н.Я., Лихтерман Л.Б. и др. К единой междисциплинарной классификации черепно-мозговой травмы // Журн. невропатологии и психиатрии. - 1985. - Т. 85, вып. 5. - С.651-658.
4. Акшулаков С.К. Клинико-эпидемиологическое исследование острой черепно-мозговой травмы и ее последствий в Республике Казахстан (на модели г.Алматы): Автореф. дис. докт. - Москва, 1995. - 42с.
5. Дронов Ю.В., Петров Е.М., Сокирянский В.С. Военно-врачебная экспертиза последствий закрытой травмы головного мозга у военнослужащих. ВМФ: Рекомендации. - М.: Воениздат, 1989. - 40 с.

## **ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПРОГНОЗ, СВЯЗАННЫЙ С ПОСТАРЕНИЕМ НАСЕЛЕНИЯ**

**Туребеков Д.К.**

Казахская Государственная медицинская академия

Проблема старения населения является одной из главных среди множества проблем нынешнего времени. Демографические процессы, характеризующиеся постарением населения, отмечаются во многих бывших союзных республиках. Так, на Украине, в Молдове, в республике Беларусь численность пожилого населения составляет 18-23,3%; большинство проживает в сельской местности. В целом, расчеты ученых предсказывают, что в развитых странах наблюдается очень высокий уровень старения и доля пожилых и старых людей к середине текущего столетия будет составлять 33%. Многие развитые

Европейские страны уже в XX веке либо приблизились к этому рубежу, либо его перешагнули. По прогнозам ООН в течение следующих 50 лет население мира будет стареть очень быстро и к 2025г. оно достигнет более 1,1 миллиарда человек.

Анализ возрастной структуры населения Республики Казахстан свидетельствует о том, что Казахстан уже находится на пороге старения населения. Основываясь на теоретических прогнозах, полагают, что к 2030 году доля пожилых людей в Казахстане возрастет до 11% среди мужчин и до 21% среди женщин. Учитывая эти процессы, особый интерес вызывает целый ряд факторов, связанных со здоровьем, организацией медицинской помощи, социальной защитой пожилых людей в Казахстане.

Основными факторами, обусловившими высокий уровень постарения населения во всем мире за последние годы, является резкое снижение рождаемости на фоне очень высокой смертности трудоспособного населения. Существует прямая связь между рождаемостью и возрастной структурой населения: чем выше уровень рождаемости, тем население моложе. Еще одной из причин относительно быстрого старения населения можно считать эмиграцию лиц преимущественно трудоспособного возраста, в то время как пожилые люди чаще остаются в стране.

Увеличение числа лиц пенсионного возраста и их доли в населении неизбежно ведет к росту так называемой демографической нагрузки на трудоспособное население. Некоторые ученые предполагают правильнее называть «показатель демографической поддержки». В России данный показатель составлял в 1970 г.- 211, в 1991 году – 336, в 1998 году – 360 на 1000 человек. По прогнозам Западных демографов в развитых странах в 2030 году на одного пенсионера по старости будет приходиться 2 рабочих. Для сравнения, соотношение численности занятого населения к числу пенсионеров в Великобритании составляет 3,4, в США – 4,0, в Канаде – 4,6. Существует и другое название данного показателя т.н. ”уровень нагрузки иждивенцами” (суммированное количество лиц в возрасте до 14 лет и старше 65 лет, приходящееся на 1000 лиц в возрасте от 15 до 64 лет). Несмотря на то, что в Казахстане в 2001 году этот показатель по сравнению с 1996 годом сократился с 590,4 до 515,4, есть основания полагать, что активное трудоспособное население в дальнейшем будет обременяться все большим числом иждивенцев, что приведет к дополнительным экономическим трудностям. Кроме того, по мнению экспертов, в процессе постарения населения наблюдается значительная половая диспропорция, т.е преобладание женщин над мужчинами, усиливающаяся с возрастом. Преобладание численности женщин является важным проявлением старения населения.

Таким образом, учитывая демографический прогноз постарения населения, человечество столкнется со многими социальными, экономическими и медицинскими проблемами, непосредственно связанными со значительным увеличением доли пожилых людей в общей структуре населения. Вступление Казахстана в категорию стран с преобладанием пожилого населения предполагает необходимость пересмотра осуществляемой политики во многих сферах и требует выработки единой концепции государственной политики в отношении пожилых людей.

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ**

**Туребеков Д.К., Рахыпбеков Т.К., Менбаева Р.Х., Табенова С.С.**

Казахская Государственная медицинская академия

Аккольская центральная районная больница

В настоящее время количественные и качественные изменения возрастной структуры населения представляют значительный интерес демографов, социологов, экономистов. В течение 90-х годов XX века и первых лет XXI века в демографической структуре сельского населения отмечается также увеличение доли населения пожилого и старческого возраста на фоне снижения общей численности населения /1/.

Лица пожилого и старческого возраста проживающие в сельской местности нуждаются в особых медицинских подходах, имеют специфические потребности в охране здоровья.

Существующие проблемы обеспечения качественной медицинской помощи пожилым жителям являются одними из важных в сельском здравоохранении. В последние годы основные реорганизационные мероприятия нередко проводятся не с целью внедрения эффективных организационных технологий, а с целью сохранения самой сети сельских ЛПУ, располагающих нередко устаревшей материально-технической базой /2,3/. Данные литературных источников убедительно показывают, что доступность в получении ими квалифицированной медицинской помощи на догоспитальном и стационарном этапах

удовлетворяется не в полном объеме /4/. Более сложно обстоят вопросы организации медико-социальных услуг в сельской местности, оказание скорой медицинской помощи /5,6,7/. По данным Е.М.Лихачева обращаемость городских пенсионеров к скорой помощи в 1,9 раза выше аналогичного показателя сельских пожилых /8/.

Анализ деятельности сельских медицинских учреждений выявил слабую материально-техническую базу сельских больниц, низкий уровень кадрового потенциала, низкий уровень посещаемости, обращаемости по отношению к истинной заболеваемости, недостаточную обеспеченность врачебными кадрами и кадрами среднего звена, нерешены вопросы профилактики, диспансеризации и реабилитации больных и т.д. Сельчан всегда волновали проблемы дороговизны лекарств, низкая доступность помощи «узких специалистов». Основными причинами неудовлетворенности пациентов являются проблемы лекарственного обеспечения и наличие длительных очередей. /7,9,10,11/.

Существование вышеуказанных проблем, касающихся доступности качественной медицинской помощи отражаются и на процессе лечения. Более 50% сельских пожилых занимаются самолечением, отсутствует плановая терапия, очень часто медикаменты принимаются эпизодически, используются лекарства истекшим сроком годности. На диспансерном учёте состоит 2,3-13,7% пожилых, причём с увеличением возраста снижается доля диспансерных больных, а в возрасте 80 лет и старше на диспансерном учёте никто не состоит. Из группы диспансерных больных только 52,9% регулярно наблюдаются врачами. Среднее количество посещений к врачу в год, сделанных сельскими пожилыми, составляет 2,5, что в 4 раза ниже утвержденного норматива /12/.

По данным исследователей большая часть сельских жителей - лица старших возрастных групп, проживающие в условиях неразвитых транспортных коммуникаций с отсутствием современных средств связи /13/.

По данным опроса выявлено, что у сельских пожилых достоверно хуже материально-бытовые условия, ниже уровень материального достатка, значительное их количество живет за чертой бедности, не имеет возможности рационально питаться. Данные исследования В.М.Кеуш, 2002 год показали, что при оценке характера питания, только 32% мужчин и 35% женщин получают, по их мнению, сбалансированное и полноценное питание. Более сложно положение лиц проживающих одиноко или изолированно от родных. Питание сельского населения, традиционно связано с производством своих продуктов питания (мясо-молочных, яиц, овощей и т.д), поэтому ухудшение состояния у пожилых людей, проживающих отдельно, не позволяет производить многие из этих продуктов. Ухудшение питания у пожилых, проживающих



отдельно, связано не только с состоянием здоровья, но и с низким доходом (84,6% из них относятся к малоимущим) /14,15/.

По данным О.В.Белоконь, самый высокий процент тех, для кого жизнь потеряла ценность, составляют пожилые в сельской местности /16/.

Низкий образовательный уровень, многолетний тяжелый физический труд в сельском хозяйстве, высокий показатель одиночества, приверженность вредным привычкам являются факторами отрицательного воздействия на уровень и структуру заболеваемости данной возрастной группы. Результаты проведенного исследования выявили, что у сельских пожилых достоверно чаще отмечаются симптомы, свидетельствующие о неудовлетворительном психологическом статусе: повышенная раздражительность, склонность к конфликтам, сложные отношения с окружающими людьми, снижение интереса к жизни. В связи с этим, одним из важнейших направлений организации гериатрической помощи сельскому населению, должна быть психологическая поддержка.

Важно отметить, что терапевтическая заболеваемость населения сельской местности Республики Казахстан растет из года в год /17/. С 2002 г. в рамках Года здоровья осуществлялись комплексные медицинские обследования взрослого сельского населения Казахстана. Из числа всех обследованных 14 % составили лица в возрасте старше 60 лет. Среди них 25% всех выявленных больных составили лица пожилого и старшего возраста. Следует отметить, что высокие показатели заболеваемости сельского населения старшего возраста в отличие от городского, обусловлены, вероятно, вследствие относительно низкого уровня доступности к получению высококвалифицированной медицинской помощи. Заболеваемость злокачественными новообразованиями среди городского населения в 2,7 раза больше в сравнении с сельскими жителями. Среди лиц старше 60 лет данный показатель в 3,2 раза выше. Этот факт объясняется тем, что онкологические диспансеры базируются в городах, где уровень доступности горожан к получению квалифицированных методов диагностики заболеваний выше, чем жителей села /18,19,20/.

Уровень заболеваемости в 2 раза, а в старческом возрасте – в 6 раз выше, чем среди людей молодого возраста. До 80 % пенсионеров по старости нуждаются в медико-социальной помощи /8,20/. При углубленном медицинском осмотре лиц старшего возраста выявлено, что среди обследованных не оказалось здоровых. В среднем у каждого пожилого человека, проживающего в сельской местности, регистрировалось 4,3 заболевания; с увеличением возраста количество заболеваний возрастало. По некоторым группам болезней заболеваемость превышала показатели, зарегистрированные у лиц

старше трудоспособного возраста, проживающих в городской местности в 1,4-2,3 раза /22/. Все исследователи здоровья пожилых подчеркивают наличие множественной патологии, преобладание хронических вялотекущих заболеваний. Если в возрасте 60-64 лет при комплексном обследовании выявляли 3-4 заболевания, то у лиц старше 75 лет 6-7 хронических болезней. Начало многих заболеваний у пожилых относится к возрасту 30-35 лет. Это дает основание говорить о «накоплении патологии» к старости. Сравнительный анализ показателей заболеваемости городского и сельского населения в возрасте 60 лет и старше выявил, что пожилые городские болеют в 3,9 раза чаще чем, сельские. Низкая заболеваемость среди жителей сельской местности, в отличие от городской указывает не на лучшее их здоровье, а на меньшую активность в отношении обращаемости за врачебной помощью /27,28/. Среди социально-значимых заболеваний ведущее место занимают болезни системы кровообращения (БСК). В динамике уровень заболеваемости БСК по сравнению с 1989 г. в 2002-2003гг. вырос более чем в 2 раза, в том числе уровень показателей заболеваемости АГ – в 5,5 –4,7 раза соответственно, ИБС – в 3,6-1,7 раза, острый инфаркт миокарда (ОИМ) – в 1,7-1,5 раза, цереброваскулярные заболевания – в 1,5 раза. Следует отметить, что уровень заболеваемости БСК сельского населения в последние годы превышает показатели заболеваемости городского населения и в целом по стране /9,23/.

Актуальной проблемой современного общества является инвалидность. Инвалиды пожилого возраста, составляющие основную часть инвалидов, являются наиболее социально уязвимой группой населения в Казахстане по всем социальным показателям, в том числе основным показателям человеческого развития. По данным национального отчета о человеческом развитии соотношение впервые выявленных инвалидов по месту проживания указывает на преобладание городского населения сельским. Среди пожилых людей 73% инвалидов – это жители городов (2980 человек) и лишь 27% (1091 человек) сельских жителей. Такое соотношение объясняется более высоким уровнем доступности медико-социальной экспертной помощи в городской местности по сравнению с селом. По отношению к трудоспособному возрасту были получены следующие данные: городские жители инвалиды пенсионного возраста составляют 14% (86% соответственно трудоспособного возраста), сельские жители пенсионного возраста с впервые установленной группой инвалидности - 8% (92% лиц трудоспособного возраста) /23, 24/.

Одной из важных характеристик состояния здоровья населения и его изменений является смертность. В структуре смертности населения республики за последние годы ведущее место занимают БСК (497,2-537,7 случаев на 100 тысяч населения), второе место - новообразования – 216,3 ‰, третье место – травмы, несчастные случаи и отравления –

124,6 % /9,25/. По данным статистики уровень смертности горожан во всех возрастных группах существенно выше смертности жителей села /26/. Так, смертность сельского населения от болезней органов дыхания, в частности от гриппа и острых инфекционных заболеваний в 1,5 -2 раза превышает смертность в городских поселениях, что во многом объясняется отставанием качества медицинского обслуживания сельского населения /27,28/. Е.О.Медникова полагает, что коэффициент смертности у лиц старшей возрастной группы практически не отличается в городской и сельской местности. Обращает внимание на высокие показатели смертности у мужчин (80%) как в городе, так и на селе. Сверхсмертность мужчин объясняется негативным воздействием условий труда в сферах с повышенным риском для жизни, распространенностью поведенческих факторов риска (злоупотребление алкоголем, наркомания, табакокурение).

Таким образом, изложенные проблемы свидетельствуют о недостаточном уровне оказания медицинской помощи пожилому и старческому населению села, низком уровне доступности этой группы населения к получению квалифицированного лечения.

#### **Литература:**

1. Рыбкин Л.И. Пути совершенствования организации и качества оказания медицинской помощи сельскому населению пожилого возраста в современных условиях. //Клиническая геронтология.-2003.-№9.-С.138.
2. Финченко Е.А., Степанов В.В. Организация первичной медико-санитарной помощи сельскому населению по принципу общей врачебной практики// Проблемы управления здравоохранением. - 2003. - № 5. - С. 5-13.
3. Финченко Е.А., Степанов В.В. Методические подходы к оценке ресурсного обеспечения сельского здравоохранения// Проблемы управления здравоохранением. - 2003. - № 5/6. - С. 53-58.
4. Бокчубаев Э.Т., Кульжанов М.К., Султанмуратов М.Т., Каратаев М.М. Разработка концептуальной модели совершенствования терапевтической помощи сельским жителям на основе системного подхода и учета конечного результата //Центрально-Азиатский журнал по общественному здравоохранению.-2001.-№1.- С.94-98.
5. Гехт И.А. Некоторые медико-социальные аспекты здоровья лиц старших возрастов, одиноко проживающих в сельской местности. // Здравоохранение Российской Федерации. -1998.- №2.-С. 23-28.

6. Щепин О.П. Современный этап реформы здравоохранения и обеспечение ности медицинской помощи в Российской Федерации// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 1999.-№3.-С. 7-10.
7. Водяненко И.М., Сергеев И.П., Поляков И.В., и др. Проблемы организации медицинского обслуживания пожилых больных в сельской местности // Клиническая геронтология. - 2001.- Т.7, №8. - С. 84.
8. Лихачёва Е.М. Структура заболеваемости по обращаемости и потребность в лечении у лиц пожилого возраста //Клиническая геронтология. - 2002.- Т.8, №5. - С. 110.
9. Абдукаримов Б.У., Шынгысов Ф.С., Аманов Т.И.. Актуальные вопросы совершенствования и управления ПМСП и ВМСП сельскому населению // Терапевтический вестник.-2004.-№2.-С.4-7.
10. Гаджиев Р.С. О внедрении достижений медицинской науки в практику сельских медицинских учреждений / Р.С.Гаджиев // Здравоохранение Российской Федерации. - 1997.- № 2. - С. 41-44.
11. Ситникова О.Л.. Особенности планирования медицинской помощи сельскому населению московской области (на примере Ногинского муниципального района). Автореф.дисс.км.н..-2007.-с.-24.
12. Гехт И.А. Некоторые медико-социальные аспекты здоровья лиц старших возрастов, одиноко проживающих в сельской местности. // Здравоохранение Российской Федерации. -1998.- №2.-С. 23-28.
13. Преображенская В.С. Нормативы потребности лиц пенсионного возраста в медико-социальной помощи // Проблемы социальной гигиены и история медицины. - 1995.- №5. - С. 12-15.
14. Капитонов В.Ф. Состояние питания пожилых людей проживающих в сельской местности. //Клиническая геронтология,2001г.-№8.-С.27.
15. Кеуш В.М.Медико-социальные проблемы людей в районных центрах сельской местности //Клиническая геронтология,2002г.-№8.-С.93.
16. Белоконь О.В. Современные проблемы качества жизни пожилых в России // Успехи геронтологии. - Санкт-Петербург: Эскулап, 2005, Вып. 17, с. 87-101.
17. Абылайулы Ж., Ошакбаев К.П., Аманов Т.И, Шынгысова Ф.С. Роль кардиологии в структуре терапевтических показателей в Республике Казахстан //Гер.вестник.- 2005.-№4.-С.3-7.

18. Основные результаты медицинского обследования, динамического наблюдения и оздоровления сельского населения Республики Казахстан в возрасте 18 лет и старше. Астана, 2002. Отчет правительству, 156 с.
19. Основные результаты медицинского обследования, динамического наблюдения и оздоровления сельского населения Республики Казахстан в возрасте 18 лет и старше. Астана, 2003. Отчет правительству, 16 с.
20. Основные результаты медицинского обследования, динамического наблюдения и оздоровления сельского населения Республики Казахстан в возрасте 18 лет и старше. Астана, 2004. Отчет правительству, 39 с.
21. Хальфин Р.А. О развитии геронтологии в Российской Федерации. //Клиническая геронтология.-2003.-№12.-С.3-9.
22. Кабакова Т. А. Новые формы организации медико-социальной помощи населению старших возрастных групп в сельской местности.
23. Национальный отчет о человеческом развитии за 2005 год //Старшее поколение в Казахстане: Взгляд будущее.-г.Алматы.-2005.
24. Суслин С.А. Научное обоснование оптимизации работы отделений медико-социальной помощи для престарелых в сельских районах: Автореф. дисс. ... канд.мед.наук.-М.,2000.-23с.
25. Т.К.Рахыпбеков, А.Б.Кусанова, К.К.Ермекбаев. Обзор причин смерти по Карагандинской области за 2001-2002 годы на основании информационной базы данных//Медицина.-2003.- №5.-С.108-111
26. Демографический ежедневник Казахстана – Алматы, 2005.С. – 154.
27. Шокоманов Ю.К. Человеческое развитие в Казахстане: методические измерения и анализ. - Алматы: Агентство РК по статистике,2003.-372с.
28. Водяненко И.М., Сергеев И.П., Паскаль А.В., и др. Проблемы реорганизации системы специализированной медицинской помощи пожилому населению в сельской местности. //Клиническая геронтология, 2002г.-№8.-С.88.
29. Толченев Б.А., Исаев А.П. Сравнение заболеваемости городского и сельского населения старшей возрастной группы. //Клиническая геронтология.-2003.-№9.- С.152-15.
30. Медникова Е.О. Медицинские и социальные аспекты организации гериатрической помощи городскому населению (на примере Самарской областной клинической больницы №2). Самара-2005.-157с.