

СОДЕРЖАНИЕ

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН НА 2005-2010 ГОДЫ

Аканов А.А., Асатова А.Б., Камалиев М.А., Усатаев М.М.

ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕВЫХ ИНДИКАТОРОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНОВ И ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Асатова А.Б.

ЗНАЧЕНИЕ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ ЖИЗНЕННЫМИ УБЕЖДЕНИЯМИ И ОБРАЗОМ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА

Калматаева Ж.А.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Калматаева Ж.А.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ДЕТСКОГО БЫТОВОГО ТРАВМАТИЗМА

Кульжанов М.К., Усатаева Г.М., Медеубаева К.К., Дьяченко Н.А., Ашеулова А.В., Искакова Г.Д., Камзебаева Л.Ж.

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДОСТУПНОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА

Оспанова Д.А.

ПРИНЦИПЫ УПРАВЛЕНИЯ ПРОЕКТАМИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Кульшарова А.Д., Абильдинова Н.А.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТОВ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Кульшарова А.Д., Абильдинова Н.А.

К ВОПРОСУ О КОЛИЧЕСТВЕННОЙ И СТРУКТУРНОЙ ОЦЕНКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ

Тлеулиев К.Д.

ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОЗАМЕЩАЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ И ОЦЕНКА ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Альменов С.Т.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Казбекова Г.К.

ДИНАМИКА ПРОЦЕССОВ РЕСУРСНОГО ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г.АЛМАТЫ

Абильдинова Н.А.

**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. АЛМАТЫ В ДИНАМИКЕ**

Абильдинова Н.А.

**ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ВАКЦИНАЦИИ ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ С
ХРОНИЧЕСКОЙ И ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Чингаева Г.Н.

**НОВЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ОТ ТРАВМ**

Кульжанов М.К., Габдуллин А., Исаева Ж., Сабитова Э., Сулейменов Е., Арсланова Н.

**ОБ ОРГАНИЗАЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ
ПРИ ТРАВМАХ**

Кульжанов М.К., Габдуллин А., Сабитова Э., Исаева Ж., Сулейменов Е., Арсланова Н.

**О НЕКОТОРЫХ МЕДИКО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ ОРГАНИЗАЦИИ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ**

Кульжанов М.К., Габдуллин А., Исаева Ж., Сулейменов Е., Арсланова Н., Сабитова Э.

**ХАРАКТЕРИСТИКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПОВЕДЕНИЯ
ВНЕШНИХ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

Каноатов Ч.Я., Эльназарова А.А., Одинаева С.М., Давлатова Н. Р.

**СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ВНЕШНЕЙ ТРУДОВОЙ
МИГРАЦИИ И АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ
ТАДЖИКИСТАН.**

Каноатов Д.Я.

**ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫ ҮШІН ҚАУІПТІ
ТЕХНОГЕНДІК ХИМИЯЛЫҚ ЖӘНЕ РАДИЯЦИЯЛЫҚ ФАКТОРЛАРЫ**

Султаналиев Е.Т.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ И
РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН НА
2005-2010 ГОДЫ**

Аканов А.А., Асатова А.Б., Камалиев М.А., Усатаев М.М.

Казахский национальный медицинский университет им. А.С.Асфендиярова

Разработана информационно-аналитическая система мониторинга деятельности органов и организаций здравоохранения, нацеленная на оценку степени достижения конечных результатов системы здравоохранения. Система мониторинга и оценки позволяет: оценить эффективность системы здравоохранения; измерить результаты реформирования и развития здравоохранения; прогнозировать медико-социальный эффект при принятии управленческих решений; обосновать стратегические направления развития отрасли; провести рейтинговую оценку органов и организаций здравоохранения. Методической основой системы мониторинга и оценки является ситуационный анализ и прогноз на основе целевого подхода к оценке информации.

Специфической особенностью системы здравоохранения является то, что результаты ее функционирования не имеют адекватной формы выражения: результаты труда не принимают вещественной формы, поддающейся прямому статистическому учету, а выступают в виде полезного эффекта, неотделимого от самой деятельности по оказанию услуг.

Традиционно о функционировании отрасли судят главным образом по величине производимых затрат (финансовых, трудовых, материальных и др.). Однако, оценка эффективности деятельности системы здравоохранения должна базироваться на определении конечного результата, которым, как отражено и в Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 г., № 1438, является *улучшение здоровья населения*.

Разработка методологических основ измерения и оценки состояния здоровья населения сопряжена с преодолением множества трудностей, обусловленных сложностью самого объекта изучения. Следует отметить, что определения и оценки здоровья менялись на протяжении всей истории здравоохранения. В настоящее время приходится констатировать отсутствие общепринятой единой трактовки понятия здоровья. В литературе, посвященной тем или иным аспектам здоровья, содержится множество

определений этой категории, основанных на различных подходах и критериях. Однако обилие дефиниций прямо препятствует успешному решению задачи изучения и оценки состояния здоровья населения.

В XX веке признали социальную обусловленность здоровья, что закреплено Уставом Всемирной организации здравоохранения: «Здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов». Этим определением общепризнано, что проблемы здоровья необходимо рассматривать с широких социальных позиций, а обеспечение здоровья выходит за рамки компетенции и ответственности сугубо органов и организаций здравоохранения. Сохранение и укрепление здоровья является солидарной ответственностью государства, работодателя и гражданина. Она реализуется путем межотраслевого сотрудничества, активного участия населения и развитием соответствующих технологий со стороны сектора здравоохранения (рис.).

Необходимо учесть, что показатели общественного здоровья обладают большой инерционностью в динамике. В результате, объективно существует некоторый временной лаг между проведением соответствующих мероприятий и их эффектом. Закономерно, если активные меры предприняты в текущем году, то заметных результатов следует ожидать в последующие годы. Более чувствительными и быстро реагирующими на изменения являются индикаторы промежуточного результата (I уровня). Тогда логичным представляется принять в этом случае за индикаторы II уровня показатели деятельности системы здравоохранения, а за индикаторы III уровня – количественные характеристики ресурсов, выделяемых для системы здравоохранения. Такие показатели, построенные на причинно-следственных связях, позволяют установить узловые точки, воздействие на которые приведет к достижению поставленных целей, и одновременно определить количественную меру такого воздействия.

В целом, разработанная система мониторинга и оценки степени достижения конечных результатов деятельности органов и организаций здравоохранения представляет собой «дерево» достижения цели. На каждом уровне «дерева» достижения цели для мониторинга каждого индикатора приведены соответствующие показатели результативности. С учетом рекомендаций ВОЗ, каждый из индикаторов соответствует одной из четырех основополагающих функций системы здравоохранения. Данный подход позволяет выстроить цепь, связывающую выбранные цели системы с изначальным вкладом, и позволяет принимать управленческие решения на основе проводимого мониторинга и оценки результатов деятельности.

При этом, для каждого уровня управления (национальный, региональный, организации) определяются те индикаторы, которые являются наиболее релевантными. Так, например, на национальном уровне одинаково высокозначимыми являются индикаторы всех четырех конечных целей и 4 функций системы здравоохранения, на региональном – первостепенное значение имеют индикаторы функций обеспечения услуг и руководства, промежуточное значение отводится индикаторам функции генерирования ресурсов, далее следуют индикаторы функции финансирования. На уровне же организации – основными являются индикаторы обеспечения услуг.

Системный подход позволил выстроить цепь, связывающую выбранные цели системы здравоохранения с изначальным вкладом, и принимать управленческие решения на основе проводимого мониторинга и оценки результатов деятельности. Причем, часть индикаторов и показателей имеет прямую связь с конечными результатами деятельности, вклад других носит опосредованный характер.

При отборе индикаторов учитывались следующие основные критерии – индикаторы должны:

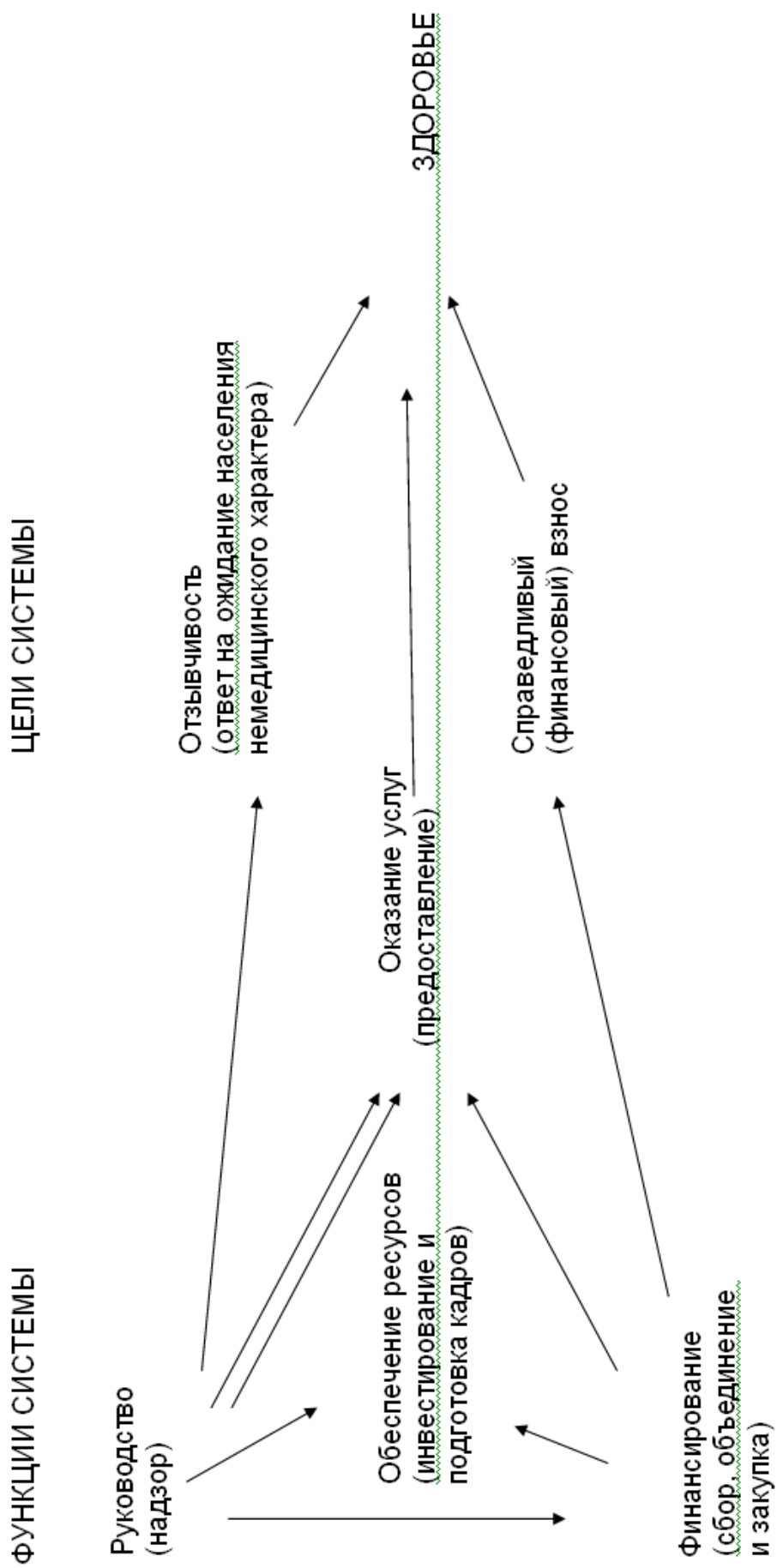
- иметь непосредственное отношение к процессам и быть получены в результате достоверной выборки из соответствующих групп населения, которых затрагивает определенные вмешательства;
- основываться преимущественно на системе статистической отчетности и существующих формах отчетной документации;
- измерять то, что должен измерять;
- быть доступными для независимой оценки и экспертизы, позволять вести правильный подсчет и объективно оценивать полученные значения;
- соответствовать запросам и возможностям пользователя;
- иметь четкую формулировку, исключая двойное толкование;
- быть количественными и качественными, технически надежными, экономичными и не затратными.

Информационной базой для определения индикаторов первого, второго и третьего уровней служат преимущественно данные государственной статистики. Исходным материалом для формирования качественных показателей служат данные социологических исследований. Для расчета некоторых показателей вводится временная форма.

Попытки разработать, систематизировать и обобщить целевые индикаторы, направленные на получение конечных результатов, и системы мониторинга и оценки реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения

Республики Казахстан на 2005-2010 годы, предпринимались и ранее.

Предлагаемая система мониторинга и оценки деятельности системы, органов и организаций здравоохранения является универсальной и всеобъемлющей; построена на поэтапном (каскадном) статистическом анализе функционирования системы, органов и организаций здравоохранения на основе инвариантных методик. Принципиально важным отличием предлагаемого подхода является отбор одного индикатора глобальной цели, 15 целевых индикаторов и системный логико-методологический анализ их формирования посредством 42 индикаторов I уровня, 19 – II уровня, 21 – III уровня. Определение уровня достижения конечных результатов деятельности органов и организаций здравоохранения на национальном уровне отслеживается и оценивается по 70 индикаторам и показателям, на уровне регионов – по 93 показателям и на уровне медицинских организаций – по 61 показателю.



Деятельность системы здравоохранения (ВОЗ, 2000)

ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕВЫХ ИНДИКАТОРОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНОВ И ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Асатова А.Б.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан

Традиционным методологическим приемом, используемым в оценке состояния здоровья населения, является использование различных источников информации, разрабатываемых в рамках статистической отчетности. К ним относятся данные о средней продолжительности жизни, смертности, заболеваемости, физическом развитии населения и др.

Средняя продолжительность жизни – интегральный показатель, в определенной степени показывающий обобщенное состояние здоровья людей, зависящее от воздействия многих факторов.

При рассмотрении методики расчета средней продолжительности жизни можно отметить, что она принимает во внимание количество живущих и умерших людей в определенные промежутки времени. Количество живущих людей задается уровнем рождаемости, а количество умерших людей отражается в показателях смертности населения. Система здравоохранения не имеет надежных и устойчивых рычагов воздействия на повышение рождаемости населения.

С другой стороны, предотвращение преждевременной смерти является одной из основных задач здравоохранения, имеющей для этого необходимые ресурсы. Воздействуя своей деятельностью на смертность населения, система здравоохранения оказывает влияние на среднюю продолжительность жизни, т.е. на состояние здоровья населения.

Осознавая невозможность сведения столь сложного понятия как здоровье населения к однозначной количественной характеристике, тем не менее, показатель смертности считается наиболее достоверным показателем, в котором находят отражение сложное взаимодействие факторов (медико-биологических, социально-экономических, демографических и др.), оказывающих прямое и косвенное влияние на состояние здоровья населения.

Показатели смертности отличаются большей точностью и достоверностью по сравнению с данными о заболеваемости. Главным источником информации, характеризующей заболеваемость, являются данные об обращаемости в лечебно-профилактические организации. Основным недостатком данных об обращаемости состоит в том, что они не дают полного представления об истинной заболеваемости: во-первых, ряд

заболеваний не сопровождается обращениями за медицинской помощью (это относится особенно ко многим хроническим болезням); во-вторых, уровень обращаемости зависит от ряда факторов, не имеющих отношения к заболеваемости; наконец, ориентация на число обращений позволяет учесть только количественную сторону заболеваемости, игнорируя ее качественные аспекты, в первую очередь различия в степени тяжести заболеваний.

Таким образом, исходя из вышеизложенного, сохранение и укрепление здоровья населения может иметь целью снижение смертности, т.е. ***показатель смертности может играть роль целевого индикатора для системы здравоохранения.***

Вместе с тем, следует согласиться, что современные службы здравоохранения лишь в ограниченной степени воздействуют на показатели смертности, а растущие затраты на организацию медицинской помощи не коррелируются сколько-нибудь заметно с показателями улучшения общественного здоровья.

Многочисленные исследования показывают, что в настоящее время система здравоохранения располагает достаточно ограниченными возможностями в области дальнейшего снижения показателя смертности и соответственно увеличения средней продолжительности жизни.

Среди факторов важное место занимает технологический уровень развития здравоохранения и медицинской науки. Ситуацию в состоянии переломить разработка и внедрение новых, более радикальных, чем теперь, инновационных методов лечения сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных новообразований. Система здравоохранения обладает прорывными технологиями воздействия на смертность (высокотехнологичными и профилактическими).

Целевые индикаторы – индикаторы достижения цели (конечные результаты деятельности).

Требованием к выбору целевых индикаторов среди показателей смертности по отдельным причинам определено главное: возможность системы здравоохранения воздействовать на их уровень. Другим условием, принимаемым во внимание, был их вклад в общую структуру смертности.

Если основное требование не нуждается, по мнению авторов, в своем разъяснении, то желательный отбор в целевые индикаторы показателей смертности на основе их вклада в общую смертность должен быть кратко прокомментирован.

Известно, что в Казахстане наблюдается значительная диспропорция в средней продолжительности жизни мужчин и женщин. Этот факт, даже без специального изучения ведет к выводу, что в Казахстане существуют определенные причины смерти, для которых

характерен «мужской портрет». Этот же факт свидетельствует о том, что мужчина на этом «портрете» чаще всего молодого или среднего возраста. С другой стороны, доля пожилых людей в Казахстане в 2005 году составила более 7%, что, согласно классификации ООН, относит его к странам со стареющим населением. Снижение уровня смертности в молодых и средних возрастах, приведет к увеличению средней продолжительности жизни и снизит нагрузку страны, связанную с феноменом старения населения.

Ведущими причинами смерти населения Казахстана являются болезни системы кровообращения, травмы, злокачественные новообразования, на долю которых приходится более 3/4 всех причин смерти.

Болезни системы кровообращения занимают первое ранговое место среди причин смерти (51,7%), причем, смертность от них ежегодно растет. По данным ВОЗ, показатель преждевременной смертности в Казахстане от болезней системы кровообращения является вторым среди стран СНГ и в 3-4 раза превышает показатели стран Западной Европы. Основными причинами, формирующими высокий уровень смертности от болезней системы кровообращения, являются ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни, как и в большинстве экономически развитых стран.

Не меньшую обеспокоенность вызывает рост травматизма со смертельным исходом, с переходом на инвалидность, с временной утратой трудоспособности, что наносит огромный социальный и экономический ущерб обществу. Если сегодня в экономически развитых странах мира травмы занимают третье место, то в Казахстане – второе (14,2%) среди причин смерти населения. Ведущее место принадлежит бытовому и дорожному травматизму. Следует отметить, что в значительной степени бытовой травматизм распространен у мужчин молодого возраста, а также среди лиц пожилого и старческого возраста.

При относительно невысоких уровнях заболеваемости злокачественными новообразованиями отмечается высокий уровень смертности от них. В структуре смертности населения Казахстана новообразования занимают третье место (11,5%), причем смертность от злокачественных новообразований не имеет активной динамики снижения. В структуре смертности от злокачественных у мужчин на первом месте – рак органов дыхания, на втором месте – рак желудка, на третьем – рак пищевода; у женщин – рак желудка, рак молочной железы, рак шейки матки. Показатели смертности интенсивно растут с увеличением возраста.

Младенческая смертность рассматривается как индикатор и оперативный критерий оценки социального благополучия населения, уровня и качества медико-социальной помощи, эффективности работы акушерско-гинекологической и педиатрической служб.

Основными причинами младенческой смертности в Республике Казахстан являются: состояния, возникающие в перинатальном периоде (47,1%), врожденные пороки развития (20%), болезни органов дыхания (15,7%).

Показатель материнской смертности является интегрирующим показателем здоровья женщин репродуктивного возраста и отражает популяционный итог взаимодействия экономических, экологических, культурных, социально-гигиенических и медико-организационных факторов.

Материнская смертность входит в группу предотвратимых смертей и является одним из основных критериев оценки качества работы родовспомогательных учреждений, эффективности внедрения научных достижений в практику здравоохранения. Материнская смертность подразделяется на две группы: 1) непосредственно связанная с акушерскими причинами; 2) косвенно связанная с акушерскими причинами (обусловленная уже имевшимися у женщины или возникшими во время беременности заболеваниями, не связанными с акушерскими причинами, но отягощенными физиологическим воздействием беременности). Главные причины всех материнских потерь в Казахстане вызваны: экстрагенитальными заболеваниями (25,2%), акушерскими кровотечениями (23,1%), гестозами (19,1%), абортами (14,3%).

В начале 90-х годов XX века заболеваемость и смертность от туберкулеза во многих странах мира стали стремительно возрастать. В Казахстане устойчивая тенденция к снижению туберкулеза, достигнутая в 80-е годы, также с начала 90-х годов сменилась повышением смертности от туберкулеза, а с 1995 г. – ростом регистрируемой заболеваемости. Пик смертности регистрировался в 1998 г. Показатель смертности от туберкулеза значительно снизился за последние годы. Актуальность данной проблемы велика, учитывая, что показатели эффективности работы по борьбе с туберкулезом будут играть важное значение для вхождения Казахстана во Всемирную торговую организацию и в число 50 развитых и конкурентоспособных стран.

Существенное влияние на уровень смертности от отдельных причин оказывают злоупотребление алкоголем и потребление наркотиков. Так, доказана высокая корреляционная связь между употреблением алкоголя и смертностью от несчастных случаев, травм и отравлений.

Реальную угрозу для здоровья населения Казахстана представляет эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции, характеризующая дальнейшим ростом заболеваемости, включая болезнями, вызванными ВИЧ.

Таким образом, все отобранные целевые индикаторы удовлетворяют основному требованию отбора. Ряд из них соответствуют условию, связанному со значимостью

вклада в структуру общей смертности, остальные имеют высокую социальную значимость.

ЗНАЧЕНИЕ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ ЖИЗНЕННЫМИ УБЕЖДЕНИЯМИ И ОБРАЗОМ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА

Калматаева Ж.А.

Высшая школа общественного здравоохранения

Проблема социальной апатии и широкое распространение аутопатогении (медленного самоубийства) и аддиктивного поведения [1], подтверждается статистическими данными и результатами социологических опросов. Результаты этих исследований указывают на прямую корреляцию распространенности вышеуказанных поведенческих факторов риска и низкого социального положения населения [2]. С другой стороны «для преуспевающих, серьезных, и деловых людей забота о здоровье стала имиджем» [3]. У этой категории людей растет понимание здоровья, как главного инструмента повышения качества жизни и улучшения благосостояния. Отечественными учеными справедливо высказывается мнение, что период социально-экономических преобразований в Республике Казахстан внес значительные изменения в менталитет людей, его ценностные ориентации, повлияло на психологические и мировоззренческие установки [4].

Для проведения вероятностной оценки поведения в отношении своего здоровья в ходе нашего исследования был проведен корреляционный анализ психосоциальных и медицинских факторов, а также регрессионный анализ для определения степени влияния этих зависимых факторов. Факторный анализ был проведен в отношении самооценки здоровья, жизненной позиции и образа жизни, взаимного влияния стресса и депрессии на здоровье респондентов. В данной статье приведены результаты корреляционной связи жизненной позиции и убеждений и образом жизни. Статистическая выборка состояла из 572 респондентов 5 регионов Казахстана.

С целью определения корреляционных связей факторов были использованы следующие современные методы статистического анализа[5,6].

Крускал-Уоллис Н тест, Коэффициент корреляции рангов Спирмена. Параллельно в исследовании был использован коэффициент корреляции рангов Кэндела.

Первоначально нами была изучена взаимосвязь между несколькими позициями в отношении жизненного успеха. На основании полученных корреляционных коэффициентов и связей можно дать следующие интерпретации.

Люди с мнением о том, что первостепенным в достижении жизненного успеха является материальное благосостояние, это люди, напрямую зависящие от удачи ($r=0,23$), не имеющие или отрицающие силу воли и характер ($r=-0,1$) и не придающие значения состоянию здоровья ($r=-0,12$).

Личности, ставящие на первое место способность и талант, также полагаются на удачу, но эта связь слабее ($r=0,21$), и имеется обратная связь с понятием здоровье, как ключ жизненного успеха ($r=-0,24$).

Из корреляционных связей «образования» и других позиций, следует отметить прямую зависимую связь со «здоровьем». Полученная корреляция доказывает, что люди, имеющие или считающие, что образование играет решающую роль в достижении жизненного успеха, будут обращать внимание на здоровье, тоже как на основу в этом процессе ($r=0,13$). Эта же категория людей не будет уповать на удачу ($r=-0,15$) и принимают во внимание упорный труд ($r=0,14$).

Некоторые корреляционные связи общеизвестны и были подтверждены в нашем исследовании. К ним можно отнести связь силы характера и упорного труда ($r=0,24$), образования и упорного труда ($r=0,1$).

Результаты анализа выявили, что корреляционной связи между жизненными позициями и понятием «забота о здоровье» нет. Однако имеется слабая связь с курением. Люди, не употребляющие табачные изделия, меньше склонны думать, чем курящие, что материальное благосостояние является основополагающим успеха ($r=-0,15$). Люди, чем больше будут считать удачу первопричиной успеха, тем меньше они будут совершать ежедневные прогулки и чередовать активный и пассивный отдых ($r=-0,12$).

Отдельно отметим тех, кто выделил для себя здоровье, как первопричину жизненного успеха. Можно сказать, что эта группа людей, будет стараться спать одинаковое количество часов и совершать ежедневные прогулки ($r=0,1$).

В ходе исследования внутренних связей установлено, что такая позиция как «не конфликтовать» имеет прямую корреляцию с принципами ЗОЖ: спать одинаковое количество часов ($r=0,2$), совершать ежедневные прогулки на свежем воздухе ($r=0,3$), чередовать пассивный и активный отдых ($r=0,2$), соблюдать режим питания ($r=0,3$), не курить ($r=0,4$) и не употреблять алкоголь ($r=0,5$). Другими словами, получены доказательства того, что принципы ЗОЖ не только знакомы, но и соблюдаются в реальной жизни людьми, умеющими управлять своими эмоциями, т.е. психологически

устойчивыми. Значит, в первую очередь при проведении и внедрении различных мероприятий по ФЗОЖ необходимо учитывать психологический настрой целевой группы и ее готовность.

Из полученных данных корреляционного анализа следует, что принципы ЗОЖ, напрямую зависят друг от друга. Режим питания и режим сна ($r=0,34$), некуреение и режим питания ($r=0,3$), не употребление алкоголя и прогулки ($r=0,28$), прогулки и чередование видов отдыха ($r=0,5$). Эта взаимосвязь указывает на комплексность в здоровьесберегающем поведении – если индивид соблюдает один из принципов ЗОЖ, то он без усилий принимает и другие позиции здорового образа жизни.

Изучение взаимосвязи силы воздействия стресса и позиции «здоровье – залог жизненного успеха» не показала прямой связи, но используя полученные ранее зависимости можно высказать предположение, что имеется косвенная связь. Выявленные коэффициенты корреляции свидетельствуют о том, что чем сильнее воспринимается человеком стресс, тем больше он придерживается мысли, что материальное благосостояние играет важную роль в успехе ($r=0,1$), а значит, меньше уделяет внимание состоянию здоровья ($r=-0,12$, стр. 121). Чем чаще ситуации воспринимаются как стрессовые, тем позиция «образование, как способ достижения успеха» начинает играть меньшую роль ($r=0,1$), а соответственно позиция «здоровье» понижается в ранговом месте ($r=0,13$, стр. 121). Бесспорно, что чем сильнее воспринимается стресс, тем поддержка друзей и близких становится выше в ранговом значении ($r=0,1$). В отношении депрессивных состояний, установлена только связь депрессии и такой жизненной позиции, как «удача» ($r=0,11$), т.е. в депрессивном состоянии человек чаще уповает на удачу, а не на конкретные действия.

Последующие выявленные зависимости являются логическим следствием вышеуказанных связей. Чем сильнее ежедневный отдых оценивается как неудовлетворительный, тем материальное благосостояние ставится выше в ранговой оценке ($r=-0,13$), чем хуже отдых, тем больше нужна поддержка близких и родных людей ($r=-0,15$). И наоборот если индивид удовлетворен отдыхом в конце недели, то он будет придавать значение здоровью, как ключевому фактору в достижении жизненного успеха ($r=0,13$), а значит, будет предпринимать действия по его сохранению и укреплению.

Изучение связи мнений о том, что способствует достижению успеха в первую очередь, и желания прожить как можно дольше, выявило достоверное различие и прямую корреляционную связь только среди тех, кто, в первую очередь ставит материальное благосостояние и упорный труд. Чем больше человек склонен к мнению, что материальное благосостояние имеет первостепенное значение, тем труднее ему

однозначно сказать о желании жить долго (значение ранга «трудно сказать» - 281,6). Вызывает беспокойство высокий ранг позиции «нежелание жить как можно дольше» среди людей, считающих упорный труд первоисточником успеха (значение ранга «нет» - 272,2).

Еще одна установленная обратная корреляция, указывает на то, что чем ниже уровень жизни, тем материальное благосостояние будет иметь большее значение ($r = -0,17$), чем другие составляющие успеха в жизни, в том числе здоровье. Также установлено, чем выше ранговое место понятия «Здоровье – ключ к успеху», тем больше потребность в психологической помощи, несмотря на то, что эта зависимость слабая, достоверная статистическая разница ($p = 0,03$) позволяет делать такие утверждения.

Таким образом, на основании полученных корреляционных связей можно сделать заключение: зная, что индивид считает первостепенным по важности в достижении жизненного успеха можно судить о его психосоциальном состоянии и перспективе мотивирования с целью изменения поведения в отношении здоровья.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Журавлев А.Б., Коган В.З., Полесский В.А. Аддиктивное поведение как форма проявления неадекватного отношения к здоровью / Общественное здоровье и профилактика заболеваний. 2006.- № 6 стр. 33-39
2. Wilkinson R. Marmot M. eds. Социальные условия и здоровье. Убедительные факты, 2-издание. Копенгаген Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003, 43 С.
3. Шилова Л.С. Проблемы трансформации социальной политики и индивидуальных ориентаций по охране здоровья. Социальные конфликты: экспертиза, прогнозирование, технологии разрешения / Конфликтология здоровья и здравоохранения в современной России, вып.15, М 1999.-стр. 89-114.
4. Аканов А.А. Кутлумуратов А.Б. Ценностно-ориентированное здравоохранение и социальная безопасность в 21 веке: социальная сущность стратегии развития здоровья / Медицина.-2004.- №3.- стр. 2-8
5. Власов В.В. Эпидемиология.// Учебное пособие для вузов. – Москва, 2004. – 462 с.
6. Бьюль Ахим, Цёфель Петер. SPSS: искусство обработки информации. 2005 – 608 с

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Калматаева Ж.А.

Высшая школа общественного здравоохранения

В психологии тревожность — это постоянно или ситуативно проявляемое свойство человека приходить в состояние повышенного беспокойства, испытывать страх и тревогу в специфических социальных ситуациях, связанных с повышенной эмоциональной или физической нагруженностью, порожденной причинами различного характера [1].

Ученые придают большое значение исследованию тревожности, так как высокая тревожность является деструктивной личностной чертой и неблагоприятно сказывается на жизнедеятельности человека, снижает уровень умственной работоспособности, вызывает неуверенность в своих силах, является условием формирования отрицательного статуса личности и конфликтных отношений, создает предпосылки для агрессивного поведения [2-4]. Люди, имеющие высокую тревожность, относятся к «группе риска» по неврозам и психосоматическим заболеваниям [5]. В литературе существуют различные воззрения на дифференциацию тревожных состояний. Так, некоторые авторы выделяют два типа тревожности: а) тревожность перед угрозой смерти или силами природы, которая присуща всем людям; она должна быть приемлемой и не вести к неврозам [6]; б) тревожность социального порядка, связанная с угрозой лишения любви, неудовлетворения потребностей.

В нашем исследовании для дифференцированной психосоциальной оценки состояния здоровья населения Республики Казахстан был применен личностный опросник Дж. Тейлора, предназначенный для измерения проявлений тревожности. Шкала состоит из 50 утверждений, на которые обследуемый должен ответить «да» или «нет». Утверждения отбирались из набора утверждений Миннесотского многоаспектного личностного опросника (ММПИ). В тестировании приняли участие 572 респондента из 5 регионов Казахстана. Тестирование продолжалось 15-30 мин. Обработка результатов исследования осуществлялась аналогично процедуре ММПИ. Индекс тревожности измеряется в шкале Т-баллов. Оценка тревожности проводилась по сумме баллов: 40-50 баллов рассматривается как показатель очень высокого уровня тревоги; 25-40 баллов свидетельствует о высоком - уровне тревоги; 15-25 баллов - о среднем (с тенденцией к высокому) уровне; 5-15 баллов - о среднем (с тенденцией к низкому) уровне и 0-5 баллов — о низком уровне тревоги.

Результаты нашего исследования показали, что низкий уровень тревожности имеется только у 3,3% респондентов, средний уровень с тенденцией к низкому наблюдается у 24,8% опрошенных, средний уровень с тенденцией к высокому отмечается у 28,6% респондентов, наличие высокого уровня тревожности тест показал у 22,4% участников

опроса. Необходимо отметить, что 1,8% респондентов относятся к группе с очень высоким уровнем тревожности, у 19,1% респондентов определить уровень не удалось, в связи с неточностью заполнения теста (рисунок 1).

Сравнивая характеристики тревожности между **мужчинами и женщинами**, выявлены некоторые различия в распространенности этого состояния. Можно отметить, что средний уровень с тенденцией к высокому, чаще наблюдается среди мужчин, чем женщин (31,4% и 28,8%, соответственно), а высокий уровень распространен больше среди женщин (23,5% и 20,5%). Приведем показатели, имеющие достоверные отличия. Тестирование выявило, что 36,3% женщин и 21,1% мужчин считают себя порой ни на что негодными, ($t=3,7$; $p<0,001$). Женщин, которых тревожат возможные неудачи 41,6%, против 51,9% мужчин ($t=2,1$; $p<0,05$). Периоды, когда тревога лишала сна чаще бывают среди женщин (66,5%), чем мужчин (57,0%), ($t=2,0$; $p<0,05$). Характерно, что материальное положение крайне беспокоит одинаковое количество, как мужчин, так и женщин по 51,1%.

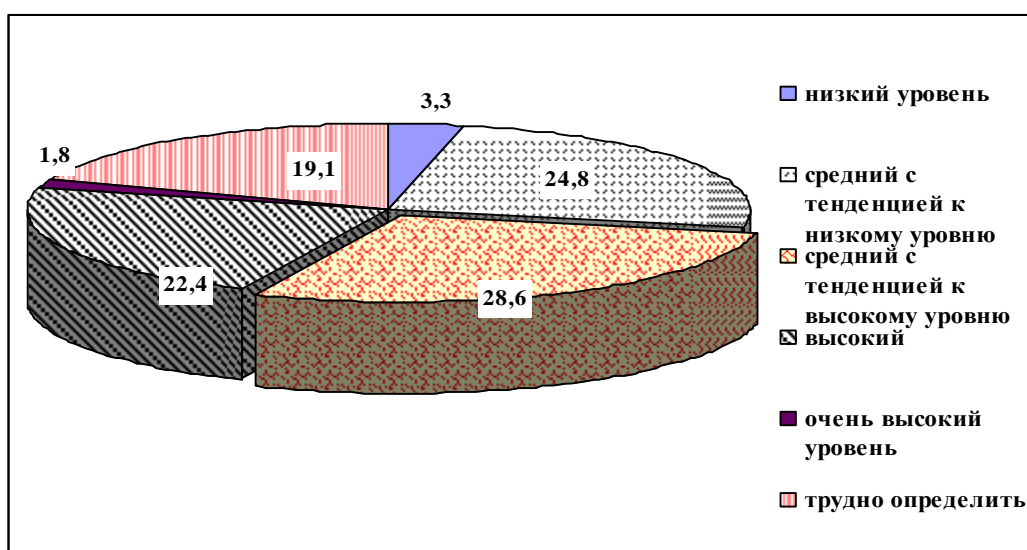


Рисунок 1 - Распространенность тревожности среди респондентов

Сопоставляя показатели тревожности респондентов **разных возрастов**, выявлено, что большая часть респондентов до 20 лет и в возрасте 21-30 лет имеет средний уровень тревожности, но с тенденцией к высокому - 39,4% и 35,0%, соответственно. Для респондентов зрелого возраста также характерен средний уровень тревожности: с тенденцией к низкому среди 35,2%, с тенденцией к высокому у 31,5% респондентов. Необходимо отметить возрастные группы старше 41 года, так как среди этих респондентов выявлен большой процент людей с высоким уровнем тревожности. К

примеру, среди 41-50 летних с очень высоким уровнем тревожности выявлено 2,8% респондентов, среди людей старше 50 лет почти каждый третий с высоким показателем тревожности.

В ходе исследования получена достоверная разница в показателях тревожности **между городскими и сельскими респондентами**. Достоверная разница получена в показателях среднего уровня с тенденцией к высокому: среди городских с таким уровнем 31,5%, среди сельских 23,1% ($t=1,9$; $p<0,05$). Анализ отдельных вопросов теста сельских жителей показал, что у 66,2% респондентов бывают периоды беспокойства, когда они не могут усидеть на месте, 44,6% респондентов испытывают страх даже в тех случаях, когда точно знают, что им ничто не угрожает, у 46,1%- 47,7% респондентов беспокойный и прерывистый сон. Эти показатели превышают показатели среди городского населения. При этом, среди городских жителей редко устающих меньше - 34,8%, чем среди сельских жителей 43,0% респондентов. То есть можно предположить, что такой фактор, как физическая нагрузка не играет существенной роли в возникновении состояния тревожности.

Изучение тревожности не выявило существенные отличия уровня среди **рабочих и служащих**. Однако наблюдается превалирование числа респондентов со средним уровнем тревожности с тенденцией к высокому среди служащих (29,6%), а также среди этой же социальной группы в три раза больше людей с очень высокой степенью тревожности. Следует отметить, что почти каждый четвертый (23,8% и 24,4%) из этих групп на момент опроса имел высокий уровень тревожности.

Установлено, что высокий и очень высокий уровни тревожности чаще встречается среди респондентов с высшим образованием (27,2% и 3,5%), чем среди людей со средним специальным образованием ($t=1,9$; $p<0,05$). Почти треть респондентов с высшим образованием-37,5% признались, что порой им кажется их непригодность во всем, 34,1% временами чувствуют себя совершенно бесполезными, 39,5% легко приходят в замешательство, этот показатель достоверно на 10,3%, 13,8% и 8,7% соответственно больше, чем среди респондентов со средним специальным образованием ($t=2,0-2,8$; $p<0,05$). При этих данных, выясняется, что респондентов, которых весьма беспокоит их материальное положение достоверно меньше в группе с высшим образованием (47,1%) по сравнению с респондентами со средним образованием (62,2%) ($t=2,9$; $p<0,01$). Это расхождение наталкивает на мысль, что материальное положение может не являться ключевым фактором тревожности для людей с разным уровнем образования.

Таким образом, результаты нашего исследования указывают на немалую распространенность состояний тревожности среди респондентов, только 3,3% имеют

низкий уровень тревожности, пятая часть респондентов с высоким уровнем и столько же имеют тенденцию к высокому уровню тревожности. Выявлена большая распространенность тревожности среди женщин, служащих, городских жителей, людей с высшим образованием и респондентов пожилого возраста.

Результаты опроса указывают, что тревожность наших респондентов, в основном, обусловлена социальными обстоятельствами (невысокая материальная защищенность, низкая самооценка). Следовательно, проблема адекватного восприятия тревоги и активизация индивида для защиты от угрозы и ее преодоления, а также чтобы угроза не стала патогенным стимулом, может стать перспективной задачей здравоохранения, а точнее медицинской психологии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Психологический словарь терминов <http://ru.wikipedia.org>
2. Н.Д. Левитов Фрустрация как один из видов психических состояний, Вопросы психологии. 1967. № 6. <http://flogiston.ru/library/frustration>
3. Габдреева Г.Ш. Основные аспекты проблемы тревожности в психологии //Тонус. - 2000. - № 5.
4. Прихожан А.М. Причины, профилактика и преодоление тревожности //Психологическая наука и образование. - 1998. - № 2.
5. . А.И.Захаров. Происхождение детских неврозов и психотерапия
6. Хорни К. Собрание сочинений: В 3-х т. - М., 1997.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ДЕТСКОГО БЫТОВОГО ТРАВМАТИЗМА

Кульжанов М.К., Усатаева Г.М., Медеубаева К.К., Дьяченко Н.А., Ашеулова А.В., Искакова Г.Д., Камзебаева Л.Ж.

**Высшая Школа общественного здравоохранения
Детская городская клиническая больница № 1 г. Алматы**

Введение. Среди детей в возрасте до 1 года травмы, как причина летального исхода занимают третье-четвертое место. Еще десять лет назад травмы, как причина смертности и заболеваемости среди детей в возрасте до 1 года, занимали последние места. В связи с

улучшением оказания помощи и внедрения новых технологий, общий уровень младенческой смертности снизился, произошли также изменения в структуре младенческой смертности и заболеваемости [1]. Десять лет назад основными причинами смерти детей до 1 года являлись состояния, возникшие в перинатальном периоде, инфекции (ОРИ и диарея), врожденные пороки развития (ВПР), и несчастные случаи и травмы. В настоящее время несчастные случаи и травмы в структуре младенческой смертности прочно заняли лидирующие позиции [1]. Около половины случаев гибели детей от травм и несчастных случаев составляют термические и химические ожоги (54%), затем механические асфиксии (26%), случайные падения (15%).

Мировая практика показывает, что травмы и несчастные случаи среди детей до 1 года являются наиболее предотвратимыми, т.к. среда обитания этой возрастной группы, в основном, ограничивается пределами жилища, младенцы имеют ограниченные контакты с вредными факторами окружающей среды и не подвержены влиянию многих социальных факторов, которые могут привести к травмам детей более старшего возраста [3, 5, 6].

Исследования многих авторов доказали, что эффективные мероприятия первичной профилактики травм среди детей младшего возраста снижают, как уровень смертности, так и уровень заболеваемости [5, 8]. Разработка эффективных профилактических мероприятий невозможна без эпидемиологических исследований, которые позволяют определить влияние различных факторов и условий среды на частоту и распространение заболеваний и травм [2].

Цель данной работы заключается в том, чтобы сформулировать методические подходы, используемые при проведении эпидемиологических исследований применительно к проблеме травматизма; показать на примере бытового травматизма изучение факторов эпидемиологического характера.

Эпидемиологический подход. Современный эпидемиологический метод изучения возникновения травм основывается на концепции, согласно которой травма является следствием взаимодействия факторов среды и факторов хозяина, находящихся между собой в динамическом равновесии [2, 7]. К факторам среды, в данном случае, относятся жилищные условия, уровень осведомленности родителей о потенциальных опасностях для ребенка, планировка детской, мебель, степень доступности вредных веществ и т.п. К факторам хозяина можно отнести пол, возраст, уровень физического развития ребенка, тип высшей нервной деятельности (возбудимость ребенка, уровень психического развития). При определенных обстоятельствах может наступить нарушение динамического равновесия между факторами среды и хозяина, которое проявляется в виде

появления повреждающих факторов, которые и приводят к травматическому событию. Обобщение результатов исследований, посвященных изучению роли факторов окружающей среды, социально-экономических условий в возникновении тех или иных видов травм подтвердило обоснованность мнения о наличии предрасполагающих причин и непосредственно действующих факторов.

В зависимости от методов исследования можно выделить описательную, аналитическую и экспериментальную эпидемиологию [2, 7]. Описательная эпидемиология по источникам литературы определяет уровень и структуру травм среди различных контингентов населения. Полученные данные в сочетании с материалами собственного исследования позволяют разработать рабочую гипотезу о возможных причинах изучаемых травм. При проведении собственных исследований важно найти ответы на вопросы эпидемиологической триады: кто, где, когда? Аналитическое исследование позволяет установить причинную связь наступления травмы и различными факторами среды и хозяина. Аналитическая эпидемиология предполагает использование ретроспективного и проспективного исследования. Подробное описание этих исследований не входит в задачи данной работы, можно лишь сказать, что в данной работе было проведено ретроспективное исследование. Экспериментальное эпидемиологическое исследование подразумевает проведение интервенции (вмешательства) с последующим анализом путем сравнения эффективности проведенного вмешательства, например по снижению уровня травматизма среди детей младшей возрастной группы.

В данной работе для формулировки рабочей гипотезы о предрасполагающих причинах и повреждающих факторах был использован описательный метод. Для проведения настоящего исследования было выполнено сплошное наблюдение всех детей, госпитализированных в Детскую городскую клиническую больницу №1 города Алматы, получивших бытовые травмы.

Исследование. Данная работа проводилась в несколько этапов. На первом этапе исследования определены объект и единица наблюдения, выбраны методы сбора, обработки и анализа данных, разработаны план и программа.

Объектом исследования стало детское население в возрасте до одного года, находившееся на стационарном лечении по причине травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин в Детской городской клинической больнице №1 города Алматы (ДГКБ) – единственной медицинской организации, оказывающей

экстренную и плановую высококвалифицированную хирургическую помощь детям и подросткам.

Единицей наблюдения является случай госпитализации ребенка в возрасте до одного года в отделения ДГКБ №1 (травматологии, нейрохирургии, торакальной хирургии, гнойной хирургии, токсикологии) в 2006 г. по причине бытового травматизма (таблица 1).

Таблица 1. Распределение госпитализированных детей по отделениям ДГКБ № 1

Номер отделения	Название отделения	Количество случаев
№2	травматологическое отделение	102
№3	нейрохирургическое отделение	95
№4	отделение торакальной хирургии	21
№5	отделение гнойной хирургии	21
№10	токсикологическое отделение	99

Для сбора данных нами была разработана карта изучения случаев госпитализации детей до одного года по причине бытового травматизма. Данная карта состояла из 3 частей и 21 вопроса. В качестве источника информации использовалась медицинская карта стационарного больного (форма 003-у).

Было проведено сплошное ретроспективное исследование. На каждом этапе исследования, в зависимости от стоявших перед нами задач, объем наблюдений уменьшался, а отбор изучаемых групп носил преимущественно направленный характер. Однако объем наблюдений в этих группах был достаточным для проведения статистического анализа. Всего изучено 418 единиц информации (количество всех пролеченных в ДГКБ №1 детей в возрасте до одного года по причине травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин в 2006 г.), из которых были выбраны 338 единиц наблюдения (только случаи бытового травматизма).

Для ввода и обработки данных использовались программы MS Excel версии 7.0 и SPSS версии 11.0. Среди всех детей в возрасте до одного года (418 случаев), находившихся на стационарном лечении по причине травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин (XIX класс по МКБ-10) 3,1% - госпитализированы вследствие дорожно-транспортной травмы; 4,8% - уличной травмы, 80,8% - бытовой травмы. Размер выборки составил 338 карт.

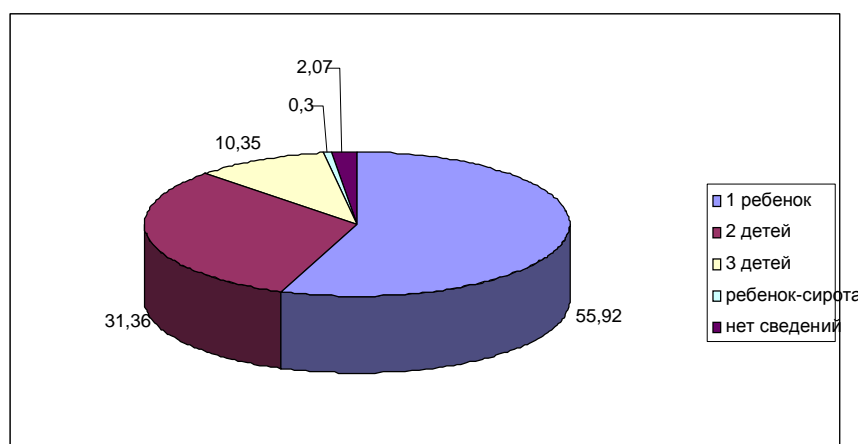
Результаты. Среди пострадавших по причине бытового травматизма детей 61% составили мальчики, 39% - девочки. Преобладание мальчиков среди пострадавших детей статистически значимо, $p < 0,05$. Как видно из рисунка 1 наиболее часто травмируются дети в возрасте 11 месяцев (16,0%), хотя у девочек пик травматизма приходится на 8 месяцев (17,4%), что можно объяснить анатомо-физиологическими особенностями девочек: более быстрым, чем у мальчиков темпом развития. Средний возраст пострадавших детей составил $7,3 (\pm 0,2)$ месяца.

Рисунок 1. Распределение пострадавших детей по возрасту и полу



Как видно из рисунка 2, чаще всего пострадавшие в результате бытовых травм дети - это были единственные дети – 55,9%.

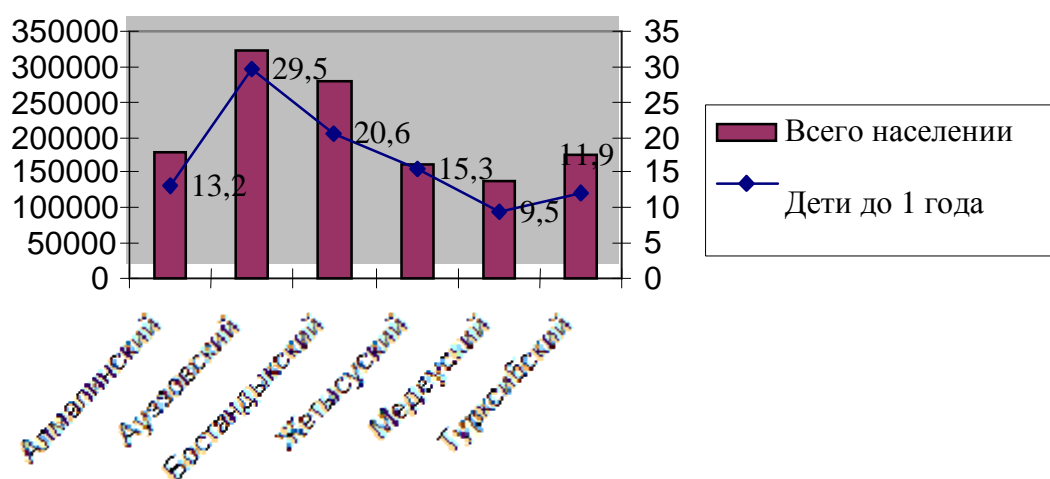
Рисунок 2. Количество детей в семьях пострадавших от бытовых травм



Наибольшее число травм произошло в Ауэзовском районе (28,4%), причем с одинаковой частотой у мальчиков и девочек (28,16% и 28,78% соответственно). Однако

если соотнести полученные данные с официальными данными Управления статистики г. Алматы о численности населения указанных районов, то подобные выводы можно исключить, т.к. обнаруженные различия укладываются в среднее распределение населения по районам города (рисунок 3).

Рисунок 3. Соотношение общей численности населения г. Алматы к количеству детей до 1 года в разрезе районов.



В таблице 2 отражена структура бытовых травм среди госпитализированных в ДГКБ № 1 детей до 1 года. Первое место заняли термические ожоги (30,0%), второе место – случайные падения (29,3%), а третье место принадлежит отравлениям (24,0%). Среди мальчиков термические ожоги (34,5%) также занимали первое место, но на втором месте были отравления (24,3%), а на третьем – случайные падения (23,8%). У девочек же случайные падения заняли лидирующую позицию (37,8%), отравления и термические ожоги соответственно заняли второе (23,4%) и третье место (22,7%).

Таблица 2. Структура бытовых травм среди госпитализированных детей до 1 года.

Повод к госпитализации	оба пола		мальчики		девочки	
	абс	%	абс	%	абс	%
термический ожог	101	30,0	71	34,5	30	22,7
химический ожог	6	1,7	4	1,9	2	1,5
случайное падение	99	29,3	49	23,8	50	37,8
механическая асфиксия	26	7,5	14	6,8	12	9,2
травмы, повреждения	11	3,4	8	3,8	3	2,3

раны, ранения	3	0,8	2	0,9	1	0,8
электротравмы	2	0,5	0	0	2	1,5
укусы	8	2,6	7	3,5	1	0,8
синдром жестокого обращения с ребенком	1	0,2	1	0,5	0	0
отравления	81	24,0	50	24,3	31	23,4
всего	338	100	206	100	132	100

В таблице 4 отражены обстоятельства получения бытовых травм госпитализированных детей. Все действия, манипуляции связанные с уходом за ребенком или отсутствием его, которые создали травмоопасную ситуацию, были разбиты на следующие группы:

Таблица 4. Обстоятельства получения бытовой травмы.

Обстоятельства получения травмы	всего		мальчики		девочки	
	абс	%	абс	%	абс	%
во время кормления/за столом	78	23,1	48	23,3	30	22,7
во время купания	2	0,6	1	0,5	1	0,8
во время пеленания	2	0,6	1	0,5	1	0,8
в ходе игры с ребенком	24	7,1	12	5,8	12	9,1
в манеже, ходунках, коляске	14	4,1	7	3,4	7	5,3
оставлен без присмотра	108	32,0	70	34,0	38	28,7
во время сна	48	14,2	29	14,1	19	14,4
в процессе лечения	36	10,6	22	10,7	14	10,6
вынужденное нахождение	25	7,4	15	7,2	10	7,5
насилие (избиение)	1	0,3	1	0,5	0	0
всего	338	100	206	100	132	100

Как видно из таблицы 4, чаще всего дети в момент получения травмы оставались без присмотра (32,0%), находились за столом или принимали пищу (23,1%) или спали (14,2%).

По времени наступления травматического события было выявлено 2 периода в течение суток на которые приходится наибольшая частота травм: с 14.00 до 15.00 ч. –

9,1%, с 20.00 до 21.00 ч. – 9.4%. Время наступления травм совпадает с временем дневного сна и вечерним временем перед сном, когда и дети и взрослые уже утомлены.

Выводы и заключение. Среди всех причин госпитализаций детей в возрасте до одного года бытовые травмы заняли значительную долю – 81%. Мальчики чаще страдали от бытовых травм (61%), чем девочки (31%). Наиболее травмоопасный возраст для мальчиков – 11 месяцев, а для девочек – 8 месяцев. Это можно объяснить тем, что девочки развиваются быстрее и в 8 месяцев девочки уже достаточно подвижны, но координация движений еще недостаточно согласована.

По мере увеличения количества детей в семье, частота травм уменьшается, хотя, скорее всего, на данной ситуации отразилась тенденция заводить одного ребенка, либо, что более вероятно, у молодых родителей отсутствует опыт ухода за ребенком. Несмотря на то, что наибольшее количество пострадавших детей до 1 года проживали в Ауэзовском районе, мы не можем резюмировать, что район местожительства стал фактором риска наступления травмы. Кроме того, мы пока не можем предполагать насколько жилищные условия повлияли на вероятность получения травмы детьми до 1 года.

В структуре госпитализации по поводу бытовой травмы первые места заняли термические ожоги, случайные падения и отравления. Чаще всего в момент получения травмы дети находились без присмотра, за столом или спали. По данным этого исследования время наступления травм чаще всего совпадало с временем дневного сна и вечерним временем перед сном, когда и дети и взрослые уже были утомлены.

Предрасполагающими факторами или факторами риска для наступления травматического события у ребенка до 1 года могут быть пол, возраст, опыт и осведомленность родителей, время суток, обстоятельства, которые предшествовали травме. Повреждающими факторами для ребенка в возрасте до 1 года стали горячие жидкости или поверхности, контакт с полом и другими твердыми поверхностями, ядовитые вещества, в т.ч. лекарства. Таким образом, на основании применения описательной эпидемиологии мы можем сформулировать несколько рабочих гипотез для проведения дальнейшего анализа данных и, возможно, других исследований:

- У детей в возрасте до 1 года уже наблюдаются гендерные различия, как в уровне травматизма, так и в его структуре: мальчики чаще страдали от бытовых травм (61%), чем девочки (31%); у мальчиков чаще всего имели место термические ожоги (34,5%), а у девочек – случайные падения (37,8%)
- Опыт и осведомленность родителей играют важную роль в профилактике детского бытового травматизма.

- Чаще всего дети получают травмы, тогда, когда остаются без присмотра, немного реже во время кормления и во время сна.

Для разработки эффективных мероприятий по снижению бытового травматизма среди детей до 1 года необходимо провести дальнейшие исследования по изучению сформулированных рабочих гипотез.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Анализ младенческой и детской смертности в Республике Казахстан: проблемы, пути решения. UNICEF, Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2006 г.
2. Крупеня В.И. Эпидемиологические аспекты изучения и проблемы травматизма // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1988. - №1. – С. 67-68.
3. Di Guiseppi C, Roberts I. Individual-level injury prevention strategies in the clinical setting. The future of children. // Unintentional injuries in childhood, 2000, 10(1):53-82.
4. European Child Safety Alliance. Priorities for child safety in the European Union: Agenda for Action. Amsterdam, 2001.
5. Klassen T, et al. Community-based injury prevention interventions. In: The future of children. The future of children // Unintentional injuries in childhood, 2000, 10(1):83-110.
6. Pronczuk-Garbino J. ed. (2005). Children's health and the environment: a global perspective. Geneva, World Health Organization.
7. Robertson L.S. (1992). Injury Epidemiology. New York, London. Oxford University Press.
8. Towner E, et al. What works in preventing unintentional injuries in children and young adolescents? An updated systematic review. London, Health Development Agency, 2001.

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДОСТУПНОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА

Оспанова Д.А.

Институт развития здравоохранения, г. Астана

Конец XX и начало XXI в.в. характеризуется принципиально новой демографической ситуацией - увеличением в мировой популяции доли лиц старших возрастов. В связи с этим политиками и учеными всего мира уделяется большое внимание проблеме старения населения.

Обеспечение медицинской и социальной помощью пожилых людей, представляющей собой комплекс услуг по уходу и лечению за утратившими способность к самообслуживанию лицами, является важнейшей на сегодняшний день задачей для всех цивилизованных обществ.

В целях охраны и укрепления здоровья пожилых людей путем обеспечения доступности и повышения качества медицинских услуг проведено комплексное социально-гигиеническое исследование образа и условий жизни людей пожилого возраста. Нами проведено социологическое исследование людей пожилого возраста для изучения организационных аспектов обеспеченности медико-социальной помощью, согласно их возможностям социально-экономического функционирования для научного обоснования критериев, формирующих приоритеты основных потребностей, и факторов, определяющих состояние их здоровья для разработки методологических подходов оптимизации и доступности оказываемой им помощи.

Единицей наблюдения при этом было лицо пенсионного возраста, состоящее на учете в отделе социального обеспечения. Формирование статистической совокупности проведено выборочным методом. Объект исследования – совокупность пенсионеров по возрастному критерию. База исследования – г.Алматы. Период наблюдения 2003-2006 годы. В настоящем исследовании объем выборки составил 700 человек, из них по месту проживания пенсионеры распределились следующим образом: на территории обслуживания городской поликлиники № 12 г.Алматы - 70%, в том числе в благоустроенном секторе – 53% и в частных домах - 17%; 10% - в Доме ветеранов и 20% проживали в различных районах г.Алматы и получали различные виды социальной помощи на дому в Ауэзовском Территориальном центре (АТЦ) социального обслуживания пенсионеров г.Алматы. Пенсионеры, получающие социальную помощь в АТЦ, были охвачены анкетированием на 10% от общего количества, лица пенсионного возраста, проживающие в Доме ветеранов на иждивении у государства – на 50%.

Сбор информации происходил по специально разработанной анкете, состоявшей из 4-х блоков: паспортной части, вопросов социально-экономического функционирования, медико-организационного раздела и оценки социально-психологического самочувствия. Была собрана объективная многоаспектная информация о респондентах (состав семьи; степени подвижности и самообслуживания; нуждаемость в медицинской помощи; оценка

материального положения в обществе и состояния здоровья; распределение пенсии на оплату коммунальных услуг, питание и жизненно необходимые расходы, социально-психологическое самочувствие).

По результатам исследования большинство исследуемого контингента во всех 4-группах составили женщины (72,5%), что распространяется на все возрастные периоды, с возрастанием этого разрыва при увеличении возраста.

Среди общего изучаемого контингента удельный вес инвалидов составил 10% с наибольшей их сосредоточенностью в Доме ветеранов (4%) и среди лиц, получающих социальную помощь в АТЦ (4%). Продолжали трудиться пенсионеры возрастного периода 55-65 лет (6,0%). В группе пенсионеров, проживавших в Доме ветеранов и среди получавших социальную помощь в АТЦ, оказалось наибольшим число одиноких и инвалидов. Большинство городских пенсионеров благоустроенного и частного сектора проживали одинокими супружескими парами.

Кроме того, была изучена характеристика степени подвижности изучаемого контингента. Подавляющее большинство анкетированных, состоящих на учете в АТЦ, представлены лицами с ограниченной мобильностью (95,0%), сочетающейся со старческим возрастом старше 76 лет (54,0%) и одиночеством (64,0%). Таким образом, определяющим признаком взятия на надомное социальное обслуживание одиноких лиц пенсионного возраста является существенное снижение функциональных способностей старческого организма. Ведущими причинами проживания пенсионеров в Доме ветеранов стали одиночество (40,3%), снижение двигательной активности и самообслуживания (21,0%), психологическая несовместимость совместного проживания с супругом, детьми (4,8%); невозможность проживания с детьми, больных наркоманией или алкоголизмом (3,8%); отказ детей ухаживать (11,3%).

Уровень социально-экономического функционирования пенсионеров в обществе определяется размером их пенсии, а ее малый размер стал причиной ухудшения материального положения людей пенсионного возраста в обществе. Основная часть пенсионеров благоустроенного (62,7%) и частного (77,1%) сектора обозначили свое материальное положение неудовлетворительным, объясняя это причинами следующей очередности: недостаточностью средств для приобретения бытовых изделий, белья, одежды (18,1%); плохими жилищными условиями (16,7%); материальной ограниченностью в приобретении необходимых продуктов для полноценного питания (16,3%); невозможностью оплаты жилищно-коммунальных услуг (13,3%); недостаточностью средств для необходимого лечения и приобретения лекарств (3,5%). Большинство (66,0%) контингента АТЦ, считало свой материальный статус в обществе

низким вследствие недостаточности средств для получения необходимого лечения и приобретения лекарств (19,2%).

Из числа пенсионеров всех групп, определивших положение в обществе как неблагоприятное, негативное влияние последнего на психо-эмоциональную сферу отметило 48,0% респондентов, проживавших на территории обслуживания ГП № 12; 44,0% - состоявших на учете в АТЦ; 10,0% - в Доме ветеранов. Конкретизация негативного воздействия на психо-эмоциональную сферу материального неблагополучия (у 48,0% пенсионеров благоустроенного и частного сектора), выявила следующую градацию ответов: постоянно переживали за свое материальное будущее 22,2% респондентов; чувствовали себя не нужными обществу - 15,7%; угнетенными и подавленными - 6,6%; чувствовали бессцельность своего существования - 2,7%.

Неудовлетворенность размером пенсии определяется ее низкой покупательной способностью и не соответствием росту цен в условиях инфляции и экономической нестабильности. Основная доля пенсии направлена на замещение расходов по содержанию жилья: более 100% пенсии затрачивали 1,5%; 100% - каждый десятый пенсионер. На продукты питания основная масса респондентов затрачивает от 10% до 50% пенсии, из них большинство (24,1%) - 20% пенсии. Пенсии расходуются в основном на содержание жилья и на продукты питания, поэтому не покрывают жизненно-необходимые расходы, в результате чего они становятся для пенсионеров недосягаемыми (41,0%)(рисунок).

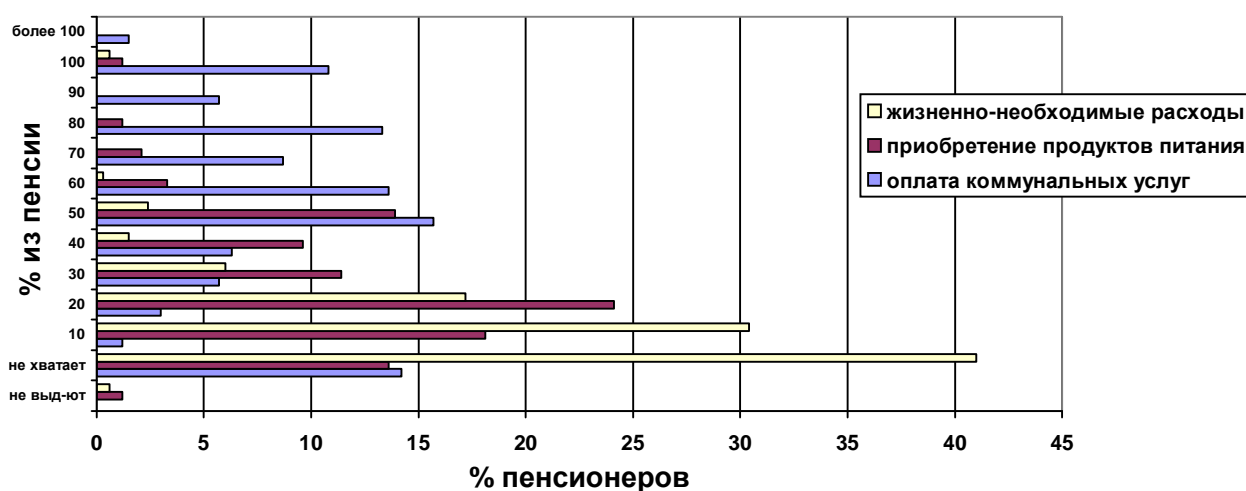


Рисунок Распределение расходов пенсионеров на необходимые нужды

Растущие тарифы на жилищно-коммунальные расходы, газообразное топливо являются первопричиной низкого статуса лиц пенсионного возраста, моментом, усугубляющим процесс социальной адаптации их к изменяющимся условиям качества и

уровня жизни. Первостепенную зависимость состояния своего здоровья от экономического фактора считают пенсионеры благоустроенного (36,4%) и частного сектора (38,8%). Каждый второй из проживающих в Доме ветеранов (51,4%) и получающих социальную помощь в АТЦ (44,0%), считают систему здравоохранения наиболее влиятельной на состояние их здоровья.

В своем большинстве (52,2%) пенсионеры оценивали состояние своего здоровья как неудовлетворительное, объясняя плохое самочувствие следующими мотивами: отсутствием финансовых средств на профилактику, диагностику и лечение (18,6%); наличием хронического заболевания (11%); недоступностью специализированной медицинской помощи (стационар, частная клиника) (6,8%); невниманием к своему здоровью (3%).

Выявлена наибольшая востребованность респондентами всех 4-х групп (от 70,5 до 85,3%) поликлинической формы медико-социального обслуживания. Анкетированные во всех 4-группах отметили участковую терапевтическую службу как наиболее доступную форму получения медико-социальной помощи (50,7 - 90,0%).

Определена сумма пенсии, выделяемая на лечение пенсионерами: 12,2% пенсии – 15,7% обследованных; 24,4% – 39,0%; 36,5% – 10,4%; 48,7% – 2,6%; 60,9% – 2,0%; 73,1% – 1,0%; 85,3% – 1,7%; 97,5% – 0,2% и 109% – 0,4% - соответственно. Отмечено, что у 16,9% респондентов не остается средств на лечение, при этом в своем большинстве пенсионеры всех 4-х групп испытывали материальные затруднения при приобретении лекарств (34,3% -43,4%). Проживающие на территории обслуживания ГП №12 выделяют проблемы, возникающие при оплате за: - диагностические исследования на аппарате УЗИ (19,4%), - другие клинико-инструментальные исследования (16,0%), - лечение в условиях стационара (22,1%), - проведение оперативных вмешательств (6,7%).

Основная масса пенсионеров, проживающих на территории обслуживания ГП № 12, относятся пассивно к своему здоровью, ничего не предпринимая для его улучшения (56,2%).

Расширение доступности медико-социальной помощи пенсионеры всех 4-х групп рассматривают в разработке законодательной базы по предоставлению льгот на диагностику, лечение, приобретение медикаментов и корректирующих средств (41-44,5%).

Таким образом, недостаточное пенсионное обеспечение в условиях постоянного ценообразования усугубляет экономическую зависимость лиц пенсионного возраста от государственных дотаций в социальную сферу. Последнее определяет их неблагоприятное положение в обществе, ограничивая доступность медико-социальной помощи в ее различных видах, а также снижая качество проводимого лечения вследствие

ограниченности материальных средств для приобретения необходимых медикаментов и проведения лечебно-диагностических процедур в полном объеме.

К ВОПРОСУ О КОЛИЧЕСТВЕННОЙ И СТРУКТУРНОЙ ОЦЕНКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ

Тлеулиев К.Д.

Кызылординский областной консультативно-диагностический центр

Кызылординский областной консультативно-диагностический центр способствует обеспечению высококвалифицированной специализированной медицинской помощью не только городского, но и сельского населения.

Результаты анализа и оценки динамики изменения числа рентгенологических исследований, произведенных в Кызылординском ОКДЦ в 2005-2007 гг. показали, что в 2005 году по поводу рентгенологических исследований было– 14710 посещений, а в 2007 году – 17200. При этом в структуре рентгенологических исследований наибольший удельный вес составляли исследования органов дыхания (34,4% и 48,5% соответственно), на втором ранговом месте были исследования костно-суставной системы (31,7% и 27,7% соответственно), на третьем – прочих органов (26,7% и 17,2% соответственно), на четвертом – органов пищеварения (5,6% и 5,2% соответственно) и на пятом – органов мочеполовой системы (1,6% и 1,4% соответственно). Причем при изучении соотношения изучаемого показателя 2007 года к 2005, выявлено увеличение общего числа исследования на 16,9%, а также их увеличение по всем видам исследований.

Результаты изучения изменения числа специальных видов рентгенологических исследований в Кызылординском ОКДЦ в 2005-2007 гг. показали, что в 2005 году их было проведено 294, а в 2007 году их число увеличилось на 5,4% и составило 310 исследований. При этом наибольший удельный вес составляли специальные рентгенологические исследования органов мочеполовой системы (81,6% и 78,7% соответственно), на втором ранговом месте стояли исследования органов пищеварения (15,3% и 6,1% соответственно), на третьем - органов дыхания (2,7% и 9,4% соответственно) и на четвертом - костно-суставной системы (0,3% и 0,3% соответственно). При этом в 2007 году по сравнению с предыдущим годом сравнения число специальных рентгенологических исследований органов дыхания увеличилось в 3,5 раза, а органов пищеварения, наоборот, уменьшились почти в 2 раза.

При изучении динамики изменения числа ультразвуковых исследований в Кызылординский ОКДЦ было установлено, что в 2005-2007 годах в структуре изучаемых исследований сформированы определенные направления

При этом в 2007 году по сравнению с 2005 годом изучаемый показатель увеличился при исследованиях щитовидной железы, органов мочеполовой системы, мозга и прочих органов, а его снижение отмечено при исследовании органов брюшной полости, женских половых органов и костно-суставной системы.

Исследование изменения числа компьютерно-томографических исследований в Кызылординском ОКДЦ показало (таблица), что в 2005-2007 годах их число увеличилось с 4437 до 5055 или на 13,9%, а в структуре изучаемых исследований первое ранговое место занимали исследования головного мозга (40,5% и 43,1% соответственно), второе - исследования костно-суставной системы - (26,3% и 24,1% соответственно), третье - органов брюшной полости (18,6% и 18,2% соответственно), четвертое - органов грудной клетки (12,6% и 12,1% соответственно), пятое - органов таза (1,6% и 1,7% соответственно) и шестое - прочих органов (1,5% и 0,8% соответственно).

Таким образом, установлено, что в течение исследуемых лет объем и структура, используемых лучевых методов диагностики в Кызылординской консультативно-диагностическом центре постепенно дифференцируются. Это является свидетельством позитивных изменений, происходящих в территориальных медицинских организациях и организациях ПМСП, в части их оснащения соответствующей диагностической аппаратурой.

ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ И ОЦЕНКА ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Альменов С.Т.

Высшая Школа Общественного Здравоохранения МЗ РК

В данное время темп развития медико-информационных технологий и достижения современных научных разработок в области медицины определяют новые подходы к реформированию и совершенствованию системы оказания медицинских услуг в рыночных условиях развития здравоохранения. Внедрения в практику медицинских учреждений современных технологий зависит от состояния материально-технической

базы, обеспеченности финансовыми средствами, возможности формирования и использования внутреннего резерва медицинской организации.

Одним из путей повышения эффективности работы лечебно-профессионального учреждения является уменьшение объема стационарной помощи за счет перераспределения объемов оказываемой медицинской помощи с дорогостоящей стационарной на амбулаторно-поликлиническую с использованием стационарозамещающих форм и внедрения малозатратных, но эффективных технологий.

В работе поставлена цель:

Изучить и дать оценку эффективности в оказании стационарозамещающей медицинской помощи в медицинских организациях и подготовить предложения по её совершенствованию.

Для достижения цели поставлен ряд задач:

1. Изучить структуру и объем стационарозамещающей медицинской помощи.
2. Определить и подготовить ряд предложений по совершенствованию организации и оказания стационарозамещающей помощи населению, оценить её эффективность перед затратным круглосуточным стационаром в лечении многих нозологий не требующих отзыва граждан от работы.

Объектом исследования являются дневной стационар городской поликлиники №8 г.Алматы.

Для анализа деятельности дневных стационаров их медицинской, социальной и экономической эффективности нами проведено анкетирования населения, т.к. данный метод оценивается как наиболее доказательный источник данных.

Всего опросом охвачено 102 респондента, мужчины и женщины представлены следующим образом - 42,1% и 57,9% соответственно.

Анализ респондентов показал, что 3,9% были в возрасте 15-24 лет, 29,1% -25-29 лет, 27,1%-35-44 лет, 20,8%-45-54 лет, 12,9% -55-64 лет, 6,2%-65-74 лет.

По социальному положению респонденты распределились следующим образом: студенты /учащиеся – 2,5%, служащие -25,4%, рабочие -26,5%, домохозяйки – 16,4%, пенсионеры -13,1%, предприниматели – 5,6%, самозанятые-5,8%, инвалиды – 4,7%.

Результаты проведенного исследования показали, что на вопрос «Кто направил на лечение в дневной стационар?» респонденты ответили, что в 34,1% случаев их направляли врачи-специалисты поликлиники, в 54,5% случаях направляли участковые врачи, в 9,1% случаев обращались сами и в 1,8 % - врачи из других учреждений.

По мнению респондентов лечение в ДС дает следующие преимущества: удобный график работы – 42,2%, а это возможность пройти курс лечения, не выходя на

больничный и не отрываясь от основной работы, 10,1% - больше свободного времени для работ по дому, 23,1% - не отрывает от общественной жизни.

При опросе об удовлетворенности работой дневного стационара 60,4% - удовлетворены полностью, 1,7% - не удовлетворены, 26,6% - не всегда бывают удовлетворены, 11,3% - затруднились ответить.

Медицинский эффект определялся по достижению предполагаемого результата лечения в дневном стационаре (выздоровление, улучшение и т.д.) с учетом критериев качества, адекватности и результативности медицинской помощи, а также по повышению уровня качества медицинских услуг. Так, результат улучшения состояния в 46,1% случаев. Полученные данные подтверждают высокую эффективность широкого применения СЗТ.

Вместе с тем по мере накопления практического опыта функционирования стационарозамещающих структур в медицинских учреждениях выявляется ряд аспектов, требующих оптимизации, внедрения современных организационных технологий и управленческих решений, среди которых можно выделить следующие:

Необходимость четкого соблюдения показаний и противопоказаний при направлении больных на лечение в дневной стационар.

Составление и использование в работе индивидуальных алгоритмов применения лекарств, проведения физиотерапевтических и других процедур с учетом диагноза и особенностей течения патологического процесса у каждого больного с целью достижения лечебного эффекта в максимально короткие сроки и повышения качества и результативности оказываемой медицинской помощи.

Рациональное чередование медицинских процедур с отдыхом больного, для чего в дневном стационаре обязательно должно быть выделено специальное помещение, способствующее психоэмоциональной разгрузке пациента.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Щепин В.О., Ширяев О.С., Попенко И.В. Некоторые территориальные особенности структурных преобразований в здравоохранении // Тезисы докладов 4-ой науч.-практ. конференции «Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения», Москва, 1999, С.234-238.

2. Доскалиев Ж. А., Сагын Х.А. Первичная медико-санитарная помощь в Республике Казахстан, проблемы и пути ее решения // Материалы 2-ой Республиканской науч.- практ.

Конференции «Опыт, проблемы и перспективы реформирования системы здравоохранения Республики Казахстан» (3-4 июня 2002 год), Алматы, 2002, С. 39-42.

3. Искаков Б.А., Байлина Б.Б., Куанышев М.С. ПМСП – приоритетная форма организации медицинского обслуживания // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением, 2002, №23, С.31-32.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА В В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Казбекова Г.К.

АО «Национальный научный центр материнства и детства»

г.Астана, Казахстан

Парентеральные вирусные гепатиты, среди которых доминирующее место занимает гепатит В, - одна из наиболее серьезных и актуальных проблем здравоохранения Казахстана.

В настоящее время выявлена большая устойчивость вируса ГВ к различным физико-химическим воздействиям. Большая широта распространения НВ-вируса среди населения, стойкость циркуляции этого вируса в человеческой популяции, значительная устойчивость вирусного ГВ к воздействиям внешней среды обеспечивают сохранение вируса гепатита В в природе как биологического вида.

В целом же треть населения земного шара встречалась с этой инфекцией. Около 350 миллионов человек - бессимптомные носители НВ-вируса [1].

Именно с этим типом гепатита связано большинство летальных исходов у больных с острыми вирусными гепатитами, а также большое число случаев развития у них хронических гепатитов, цирроза и первичного рака печени (часто при этом имеет место сочетание ГВ с дельта-вирусной инфекцией). Актуальность проблемы ГВ подтверждается данными о широком распространении этой инфекции. На земном шаре ежегодно погибает около 2 миллионов человек с разными формами НВ-вирусной инфекции. Из них около 100 тысяч от фульминантных форм, еще полмиллиона - от острой инфекции, около 700 тысяч - от цирроза и 300 тысяч от карциномы печени [2].

В настоящее время накопилось достаточно сведений, позволяющих считать гепатит В строго антропонозной инфекцией [2]. Источниками заражения НВ-вирусом

восприимчивых лиц могут быть больные с разными формами острого и хронического гепатита В, а также вирусоносители. Однако ряд исследований показал, что основными источниками НВ-вирусной инфекции являются не больные острым гепатитом В (заражение от них имеет место лишь у 4-6% заболевших острым ГВ), а большая группа лиц с хроническими формами этого заболевания и тех, кого относят к так называемым "носителям" НВ-вируса (НВs-антигена). Эту точку зрения разделяют ряд ученых, позволяющих считать гепатит В строго антропонозной инфекцией и считающие хронических носителей НВ-вируса и больных хроническими формами ГВ основными источниками НВ-вирусной инфекции [3,4,5,6,7].

В Казахстане вакцинация новорожденных и детей первого года жизни против ГВ предусмотрена специальным приказом Минздрава РК, Постановлениями Правительства и включена в Национальный календарь профилактических прививок. Активная иммунизация вирусного ГВ у детей в Республике Казахстан начали с 1998 года. Нами проведен ретроспективный анализ частоты распространенности заболевания ГВ в республике за 10 лет. При этом установлено резкое уменьшение показателей заболеваемости гепатитом В. В период до вакцинации (1997г.) показатель заболеваемости ГВ у детей достигал 26,2. В 2007 году этот показатель снизился до уровня 0,49 на 100 000 детского населения. Кроме того, уменьшилась частота формирования хронических форм заболевания.

В 2007 году на фоне вакцинопрофилактики не зарегистрированы случаи ГВ у детей в 6 регионах республики (Актюбинская, ЗКО, Костанайская, Павлодарская области гг. Алматы, Астана). Ниже республиканского показателя регистрируется заболеваемость в 4 регионах (ЮКО – 0,13; Алматинская – 0,25; Жамбылская – 0,35; ВКО – 0,36). Выше республиканского показателя остается заболеваемость в 6 регионах республики (Атырауская- 0,73; Карагндинская – 0,73; СКО – 1,57; Акмолинская – 1,84; КЗО – 2,56). Охват вакцинацией против вирусного гепатита в республике достаточно высокая и составляет 97 % и выше.

Значительное уменьшение в последние годы риска инфицирования вирусом ГВ пациентов ЛПУ при их лечении и обследовании - результат большой работы по предупреждению внутрибольничного заражения этим вирусом, реализации комплекса мероприятий по разрыву путей передачи НВ-вируса (все более полное оснащение ЛПУ медицинским и лабораторным инструментарием одноразового пользования, увеличение числа и улучшение качества работы ЦСО и т.д.) [4,7].

В структуре вероятных путей заражения произошли также существенные изменения. Роль различных медицинских манипуляций, связанных с нарушением

кожных и слизистых покровов, в том числе гемотрансфузий, в последние годы сократилась на большинстве территорий. Так, лишь у 0,3-1% больных острым ГВ установлена связь возникновения заболевания с переливанием крови и ее препаратов. В целом заражение в ЛПУ составляет не более 5-10%.

Вместе с тем, число больных, заразившихся при использовании загрязненных игл и шприцев во время внутривенного введения наркотиков, увеличилось до 55% при ГВ, позволяющих считать гепатит В строго антропонозной инфекцией [8,9,10,11].

Особого внимания требует наметившаяся в последние годы тревожная тенденция к всё более активному вовлечению в эпидпроцесс детей 11-14 лет. В значительной мере это связано с проникновением наркотиков и в детскую среду, их использованием даже детьми 7-8-летнего возраста. Средний возраст начала употребления наркотиков среди россиян — 14 лет. С 1994 года в стране в 17,5 раз выросло число малолетних наркоманов [7,9,11].

И все же в настоящее время ГВ можно назвать инфекцией, управляемой средствами специфической профилактики.

Созданы безопасные и эффективные вакцины против гепатита В. Открытие "австралийского антигена" (HBsAg) и выявление факта, что лица, имеющие антитела к нему, защищены от гепатита В, определили путь создания вакцины против этого заболевания.

В настоящее время из известных парентеральных вирусных гепатитов только гепатит В может быть предупрежден средствами специфической профилактики. Хотя следует заметить, что, применяя вакцины против ГВ, можно предупредить и случаи одновременного заражения вирусами ГВ и ГД, ибо патологическое действие последнего может иметь место только при наличии репликации вируса гепатита В. Однако эти вакцины совершенно не эффективны в случаях суперинфекции — при инфицировании дельта-вирусом лиц, ранее зараженных HB-вирусом с наличием предшествующей персистирующей HBs-антигемии.

Гепатит В является приоритетной проблемой здравоохранения всего мира, что связано с высокой инфицированностью населения вирусом, приводящей к тяжелейшим последствиям. Единственной и эффективной мерой профилактики гепатита В, экономически выгодной является иммунизация населения. Развитие иммунопрофилактики на современном этапе требует не только тщательного научного обоснования системы эпидемиологического надзора, но и детального экономического затратно-выигрышного анализа для определения оптимальных программ и тактики вакцинации.

За время практического применения вакцин против гепатита В и благодаря реализации широких программ вакцинопрофилактики в нашей республике достигнуты большие успехи в борьбе с этой инфекцией:

- достигнуто резкое уменьшение показателей заболеваемости гепатитом В.
- удалось значительно уменьшить частоту летальных исходов и формирования хронических заболеваний, в том числе первичного рака печени.
- результаты проведения массовой вакцинации против ГВ позволили получить доказательства возможности рассматривать гепатит В как инфекцию, управляемую средствами специфической профилактики.
- наблюдается большая экономическая выгода проведения вакцинации против ГВ по сравнению с расходами на лечение острых и хронических форм НВ-вирусной инфекции.

Достигнуть успехов в борьбе с гепатитом В в Казахстане удалось, лишь перейдя по рекомендации ВОЗ (1998 г.) от вакцинации против ГВ только лиц, составляющих группы высокого риска инфицирования вирусом к иммунизации против этой инфекции всех новорожденных и детей первого года жизни.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1.Балаян М.С., Михайлов М.И. Вирусные гепатиты: Энциклопедический словарь. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Амипресс, 1999. — 304 с.
2. Львов Д.К. Вирусные гепатиты от А до G и далее // Журн. микробиол. -1997. -№1. - С. 70-77.
3. Жданов В.М., Ананьев В.А., Стаханова В.М. Вирусные гепатиты. - М.: Медицина, 1986. - 256 с.
4. Шляхтенко Л.И., Мукомолов С.Л., Нечаев В.В. и др. Современные представления об источниках и путях передачи вируса гепатита В // Успехи гепатологии / Под ред. А.Ф. Блюгера. - Рига, 1990. -Вып. XV. - С. 41-57. ;
5. Шляхтенко Л.И. Эпидемиологические особенности и важнейшие меры профилактики гепатита А в современный период // Тезисы докладов научно-практической конференции «Гепатит А: эпидемиология, диагностика, клиника и вакцинопрофилактика» - М. - 2002. - С. 12-18.
6. Кузин С.Н., Шахгильдян И.В., Бурцев А.Я. и др. Закономерности внутрисемейной передачи вирусов гепатитов В, дельта и С // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 1998. - №6. - С. 25-28.

7. Учайкин В.Ф., Каганов Б.С. Гепатит В: Руководство по инфекционным болезням у детей – М.: ГЭОТА-Медицина, 1988- С. 106-132
8. Шахгильдин И.В., Фарбер Н.Л., Кузин С.Н. и др. Перинатальное инфицирование вирусом гепатита В и вопросы специфической профилактики // Вестн. АМН СССР-1990- №7 – С.29-32
9. Шахгильдин И.В., Онищенко Г.Г., Хухлович П.А. и др. Итоги изучения и нерешенные вопросы эпидемиологии и профилактики парентеральных вирусных гепатитов в России// Журн.микробиол. – 1994 - №5 – С.26-32
10. Лыткина И.Н., Попова О.Е., Михайлов М.И. и др. Результаты вакцинации против вирусного гепатита А в эпидемических очагах в коллективах детей и подростков // Материалы VIII съезда всероссийского общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов - - Т.3. -М., 2002. - С. 41-42.
11. Михайлов М.И. Современное состояние проблем гепатита А // Тезисы докладов научно-практической конференции «Гепатит А: эпидемиология, диагностика, клиника и вакцинопрофилактика»-М-2002-С.5-11

ДИНАМИКА ПРОЦЕССОВ РЕСУРСНОГО ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г.АЛМАТЫ

Абильдинова Н.А.

Рассмотрены тенденции и структура финансирования гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в г.Алматы за последние 5 лет (табл. 1).

Таблица 1. Размеры финансирования ГОБМП в г. Алматы за 2003-7 гг.

Источники финансирования	2003	2004	2005	2006	2007, план
Местный бюджет	6 640,1	7 932,6	10 513,2	11 894,4	16 311,1
Целевые трансферты из республиканского бюджета	100,0	500,0	1 828,3	1 956,8	2 538,0
Платные медицинские и	836,4	971,6	1 055,8	1 033,3	1 105,6

прочие услуги					
Итого	7 576,5	9 404,2	13 397,3	14 884,5	19 954,7
Динамика в %		124,1	142	111	134,1

С учетом уточненных данных бюджет здравоохранения г. Алматы на 2006 год составил 13 851 161,0 т.т., из них средства местного бюджета – 11 894 355 т.т. (86%), республиканского – 1 956 805 т.т. (14%). Сумма освоения финансовых средств из двух источников составила 13 823 350,2 т.т. или 99,8% к годовому плану (исполнение местного бюджета - 100%, республиканского бюджета – 98,9 %). Не освоены средства в сумме 27 810,8 т.т., в т.ч. по местному бюджету – 5 805,9 т.т., по республиканскому бюджету – 22 004,1 т.т.

Причины недоосвоения по местному бюджету:

- 786,9 т.т. - экономия по проведенным конкурсам (приобретение здания для ССМП, капитальный ремонт);
- 4899,66 т.т. - по 23 государственным учреждениям, в том числе 2522,7 т.т. составили отчисления по страхованию, излишне выделенные ассигнования на повышение зарплаты (12%), экономия по которым должна остаться на счетах.

По структуре и объемам выделенных целевых текущих трансфертов из республиканского бюджета на 2006 год по следующим программам освоены полностью:

- трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы на обеспечение лекарственными средствами детей и подростков, находящихся на диспансерном учете при амбулаторном лечении хронических заболеваний» - выделено и освоено из республиканского бюджета 105 922 т.т. (100%).
- трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы на обеспечение лекарственными средствами на льготных условиях отдельных категорий граждан на амбулаторном уровне лечения» - выделено и освоено 133 312,0 т.т. (100%).
- трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы на обеспечение деятельности создаваемых информационно-аналитических центров» - выделено и освоено 7 708,4 т.т. (100%).
- трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы на закуп тест-систем для проведения дозорного эпидемиологического надзора - выделено и освоено 680 т.т. (100%).

- трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы на лекарственное обеспечение детей до 5-летнего возраста на амбулаторном уровне лечения - выделено и освоено 39 688 т.т. (100%).
- трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы на обеспечение беременных железом- и йодсодержащими препаратами - выделено и освоено 81 075 т.т. (100%).
- трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы на материально-техническое оснащение медицинских организаций здравоохранения на местном уровне - выделено 667 816 т.т., открыто финансирование на 665 698 т.т., освоено 665 698 т.т. (100%).
- трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы на возмещение расходов по увеличению стоимости обучения и дополнительного приема в организациях среднего профессионального образования в рамках государственного заказа - предусмотрено увеличение приема на обучение - 19 человек, выделено средств - 10 665 т.т., освоено 100%.
- трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы на повышение квалификации и переподготовку медицинских кадров, а также менеджеров в области здравоохранения - выделено и освоено 4 005,9 т.т. (100%).
- трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы на материально-техническое оснащение центров крови на местном уровне - выделено 10 000 т.т., освоено 9 837,5 т.т. (98,4%), 162,5 т.т. – экономия от проведения конкурса.

В целом недоосвоены целевые текущие трансферты из республиканского бюджета в сумме 22 004,1 т.т., в том числе:

- 1 920,6 т.т. по программе трансфертов областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы на укомплектование медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи медицинскими кадрами в соответствии со штатными нормативами и развитие системы врачей общей практики, где выделено 97 083,0 т.т., освоено 95 162,4 т.т. (98%) в связи с неуккомплектованностью участковой службы по детским поликлиникам;
- 14 588,4 т.т. по программе осуществления профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан - выделено 321 095 т.т., освоено 306 506,6 т.т. (95,5%). Средства выделялись только на заработную плату лаборантам, а также могли быть использованы для выплаты доплат по расширению зоны обслуживания в размере 40%, но при наличии 1,5 ставок такие доплаты не осуществлялись.

- 629 т.т. на выплату компенсации на проезд для обучающихся в средних профессиональных учебных заведениях на основании государственного заказа местных исполнительных органов;
- 5 561,9 т.т. - экономия от проведенных МЗ РК конкурсов по закупу противотуберкулезных, диабетических, химиопрепаратов, препаратов для больных с почечной недостаточностью.

В целом в 2006 году объём затрат на охрану здоровья населения из всех источников составил 14,884,5 млн.т., с ростом к уровню 2005 года на 11%, в том числе с ростом объёма средств местного бюджета на 13%. Фактические затраты на охрану здоровья на одного жителя города в 2004 году составляли 7 331 тенге, в 2005г. - 10 455 тенге, в 2006 году – 12 573 тенге (6-е ранговое место среди регионов Казахстана). Но с учётом отвлечения определённого количества средств на оказание экстренной помощи обращающимся сельским жителям прилегающих районов Алматинской области, мигрирующему населению, объём финансовых затрат на 1 жителя города снижался в среднем на 8-10%.

Исходя из материалов исследования следует отметить эффективность использования средств государственного бюджета на здравоохранение города.

Рациональное использование средств городского бюджета обеспечивалось через систему государственного заказа на гарантированный объём бесплатной медицинской помощи, приобретение медицинского оборудования, питания, медикаментов, капитальный ремонт медицинских организаций. При этом осуществлено увеличение подушевого норматива финансирования ПМСП с 136,4 до 196,5 тенге, при средне-республиканском уровне 133 тенге.

Значительный объём финансовых средств был направлен на укрепление материально-технической базы медицинских организаций – проведение капитального ремонта, реконструкцию и сейсмоусиление помещений. Так, в 2006 году на эти цели использовано 1 092 млн.т.

По службам ПМСП объём затрат возрос повсеместно, кроме затрат на стационары (с 3 872,3 до 3 736,4 млн.т. или с 32,7 до 27%). Структура затрат за последний год характеризуется ростом удельного веса средств, направленных на охрану материнства и детства (с 2 568,2 до 3 625 млн.т. или с 21,7 до 26,2%), и деятельность специализированных диспансеров (с 1 327,5 до 3 212,1 млн.т. или с 19,2 до 23%). Затраты на ПМСП возросли с 2 837,5 до 3 128,5 млн.т., но в целом по их структуре они остались стабильными (24%).

Приобретение товаров, работ и услуг, осуществлялось в соответствии с Законом РК «О государственных закупках». В 2006 году Департаментом здравоохранения проведено 153 конкурсов, из них состоялся 101 конкурс на сумму 4 952 957 т.т., 11 - на сумму 935 873,6 т.т. – из одного источника, 49 - на сумму 114 983,1 т.т. - по ценовым предложениям на госзакуп товаров, работ и услуг для медицинских организаций (продукты питания, медикаменты, ГСМ, оборудование, капитальный ремонт объектов здравоохранения и разработка проектно-строительной документации и другие услуги).

Таким образом, данные материалы характеризуют процессы планирования, выделения и распределения финансовых средств по их объемам и структуре и позволяют принимать адекватные управленческие решения по здравоохранению г. Алматы.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. АЛМАТЫ В ДИНАМИКЕ

Абильдинова Н.А.

Высшая школа общественного здравоохранения

Одной из важнейших проблем здравоохранения является кадровое обеспечение. Эта проблема важна и для здравоохранения г. Алматы. Она решается относительно успешно.

С 2005 года обеспечен определённый уровень укомплектованности штатных должностей и обеспеченности их физическими лицами специалистов. Укомплектованность врачами в 2007 г. составила 92,2% (2005г. - 92,7%, 2006г. - 92,6%), специалистами со средним медицинским образованием – 93% (94,4%, 94,9% соответственно). Обеспеченность штатных должностей физическими лицами врачей в 2007 г. составила 68% (2005г. – 75%, 2006г. - 73%), специалистами со средним медицинским образованием – 68% (72%, 69%). Такое положение не способствует качеству медицинской помощи.

При этом высокий уровень обеспеченности штатных должностей физическими лицами врачей и средних медработников достигнут в диагностическом центре, Центральной городской клинической больнице, городской поликлинике №1, кожвендиспансере, городском противотуберкулёзном диспансере.

В 2007 году нарастал отток медицинских кадров. Отток врачей составил 1005 чел. (2005г. – 661, 2006г. – 671), средних медработников – 1899 (2006г. – 1282). Продолжала нарастать текучесть молодых специалистов.

Количество врачебных вакансий на конец года составило 428 (2005г. – 432, 2006г. – 358), средних медработников – 570 (2005г. – 434, 2006г. – 454). За счёт разукрупнения терапевтических и педиатрических участков не снижается актуальность проблемы некомплектованности штатных должностей физическими лицами специалистов первичного звена. Количество вакантных должностей участковых терапевтов составило на конец года 117 чел. (2006г. – 158), участковых педиатров - 77 (98), врачей общей практики – 10 (21). На Городской станции скорой медицинской помощи не обеспечено физическими лицами 185 должностей врачей или 36% (2006г. – 178 вакансий).

Возрастная структура врачебных кадров достаточно стабильна, но наметился приток в систему специалистов в возрасте до 25 лет и 26-30 лет. В практическом здравоохранении работает 16 докторов медицинских наук и 113 кандидатов наук. Нарастает доля врачей пенсионного возраста – с 8,9 до 10,4%, доля средних медработников-пенсионеров снизилась с 6,5 до 5,3%.

Значительно изменился возрастной состав руководителей организаций здравоохранения, доля пенсионеров минимальная – 4% (3 чел.). В 2006-2007 годах максимально возросла активность руководителей медицинских организаций по получению квалификационных категорий по социальной гигиене и организации здравоохранения. В результате из 69 руководителей медицинских организаций охвачены квалификационными категориями по социальной гигиене и организации здравоохранения 47 первых руководителей или 68%.

Кадровый потенциал системы здравоохранения совершенствовался в направлении регулярной последипломной подготовки, непрерывного образования на местах, стажировки за рубежом. В 2005-2007 годах значительно возрос удельный вес врачей, получивших последипломную подготовку – с 28,5 до 30% ежегодно. Охват повышением квалификации средних медработников увеличился с 20,9 до 29,6%.

Осуществлялась плановая переподготовка кадров по вопросам менеджмента, управления ресурсами и финансирования в области здравоохранения. Обучено 158 человек, в том числе в 2005г. - 42, 2006г. - 85, 2007г. - 31, Выделенные республиканские трансферты освоены полностью.

Прошли переподготовку и повышение квалификации 231 врач общей практики, в том числе в 2005г. - 162, 2006г. - 19, 2007г. - 50. Выделенные целевые трансферты республиканского бюджета на эти цели освоены в 2005г. на 98,4%, в 2006г. – на 100% и в

2007г. - на 100%.

По республиканским трансфертам по программе Министерства здравоохранения Республики Казахстан за рубежом прошли подготовку по менеджменту 2 руководителя медицинских организаций города, по остродефицитным специальностям - 14 врачей (кардиологи, нейрохирурги, отоларингологи).

По инициативе департамента здравоохранения с целью освоения и внедрения современных технологий 8 заведующих отделениями анестезиологии и реанимации, 9 заведующих приёмными отделениями стационаров, 12 заведующих неонатологическими отделениями и врачей-неонатологов родильных домов, детских стационаров, прошли стажировку в медицинском центре «Сороски» (Израиль). Кроме того, 8 заведующих клиничко-диагностическими лабораториями медицинских организаций города прошли стажировку в городе Дюссельдорф (Германия).

В содружестве с Институтом открытого общества Международного альянса по программе «Зальцбургские семинары» в Австрии на международных курсах в 2005 году подготовлено 7 специалистов, в 2006 году - 24, а в 2007 году - 10 (в 2004г. - 13), они активно популяризировали полученный за рубежом опыт, выступая в своих коллективах, участвуя в городских образовательных семинарах.

В мае – июне 2006г. проведена аттестация главных врачей государственных медицинских организаций, перестановка и подбор кадров молодых руководителей.

В 2006 году проведена международная конференция по нейрохирургии с приглашением проф. Маулиц (Германия). В ГКБ№7 проф. Лихтерман Л., Потаповым А. (клиника им. Н. Бурденко г. Москва), проведено несколько мастер-классов по операциям на головном мозге.

Результатом последовательно проводимой политики по обучению кадров стало снижение удельного веса врачей, не имеющих переподготовки свыше 5 лет с 11,5% в 2006 году до 8,6% в 2007г. Наиболее высокий уровень отмечается по Турксибскому (6,3%) и Бостандыкскому (6,7%) районам, высокий – по Ауэзовскому (8,4%), недопустимый – по Жетысускому (11,8%) и Медеускому (15,5%) районам.

Вместе с тем, при достаточно активно и системно проводимом обучении кадров, из-за оттока наиболее квалифицированной части в негосударственный сектор здравоохранения, в организации здравоохранения республиканского уровня, а также невыполнении плана аттестации на получение категории (врачей: 2005г. – 47%, 2006г. – 62%, 2007г. – 63%, средних медработников: 2007г. – 61%), доля категорированных специалистов за последние три года значительно снизилась – с 45 до 42,4%,

За счёт средств республиканских трансфертов повышены затраты на обучение, размер стипендий и компенсаций на проезд, увеличено количество обучающихся студентов. Приём в городской медицинский колледж ежегодно увеличивается. Запланированные на эти цели целевые трансферты из республиканского бюджета на сумму 27,6 млн.тенге освоены на 100%.

Суммируя результаты оценки кадрового обеспечения организаций здравоохранения г. Алматы за период 2005 -2007 гг., отмечается устойчивая тенденция к снижению заполняемых штатных единиц физическими лицами, как по врачебному, так и по среднему медицинскому персоналу.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ВАКЦИНАЦИИ ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ И ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Чингаева Г.Н.

Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗ РК

Вирус гепатита В (HBV) представляет значительную опасность для пациентов, получающих длительное время гемодиализ (ГД). Эти пациенты имеют риск инфицирования вирусом гепатита В в течении сеансов ГД, впоследствии приводящие к хроническому инфицированию этим вирусом [1]. Вакцина против гепатита В эффективно обеспечивает защиту от этой инфекции [2], но пациенты с терминальной почечной недостаточностью (ТПН) имеют сниженный ответ на вакцинацию, потому что имеют нарушения в иммунной системе ассоциированной уреемией.

Цель исследования: сравнительная оценка результатов вакцинации гепатита В у детей с хронической почечной недостаточностью.

Материалы и методы исследования. В проспективном исследовании собраны данные отделений диализа и нефрологии гг. Алматы и Астаны. Критерии включения в исследование: дети с хронической болезнью почек 3-4 стадии (преддиализная группа) и терминальной почечной недостаточностью (диализная группа), вакцинированных против гепатита В двойной дозой (40 мкг) вакцины Энджерикс^В по схеме 0-1-2-6 мес. внутримышечно в дельтовидную мышцу [3].

Перед началом вакцинации все дети были обследованы на HBsAg, анти-HCV и анти-HBs методом ИФА и ПЦР. Антитела к поверхностному антигену гепатита В (анти-HBs) были исследованы через 1 и 6 мес. после завершения начальной серии вакцинации с

оценкой ответа на вакцинацию (ELISA-тест). Титр антител (анти-HBs)>10 мМЕ/мл рассматривали как защитный, <10 мМЕ/мл – как отсутствие поствакцинального ответа, сероконверсия (слабый ответ) при уровне 10–100 мМЕ/л, серопротекция (достаточный ответ) – 100–1000 и >1000 мМЕ/мл. HBsAg позитивные пациенты исключены. Статистический анализ включал t-тест и χ^2 -тест для сравнения между группами.

Результаты исследования: В исследование были включены 65 пациентов, из них 35 (53,8%) детей на ГД и 30 (46,2%) с хронической почечной недостаточностью (ХПН) в предиализной стадии. Характеристика пациентов суммирована в таблице 1. Диализные дети статистически ($p<0,001$) старше предиализных детей ($12,8\pm 3,47$ и $10,2\pm 4,19$ лет, соответственно). Также диализные дети по сравнению с предиализными достоверно различались по уровню креатинина (862 ± 249 и $207\pm 72,9$ мкмоль/л соответственно, $p<0,001$) и по СКФ ($7,13\pm 2,20$ и $54,2\pm 19,8$ мл/мин соответственно, $p<0,001$). В двух группах преобладают мальчики, статических различий не выявлено (54,2 и 53,4% соответственно). Среди причин почечной недостаточности преобладали ВАР МВС (60 и 46,6%).

Таблица 1. Характеристика диализных, предиализных и общих пациентов.

Признаки	Диализные пациенты, (n=35)	Предиализные пациенты, (n=30)	Общее количество (n=65)
Средний возраст, лет	$12,8\pm 3,47^*$	$10,2\pm 4,19$	$11,8\pm 3,91$
Мальчики (%)	19 (54,2%)	16 (53,4%)	35(53,8%)
Креатинин, мкмоль/л	$862\pm 249^*$	$207\pm 72,9$	$212,2\pm 319$
СКФ мл/мин	$7,13\pm 2,20^*$	$54,2\pm 19,8$	$77,7\pm 47,1$
Причины почечной недостаточности:			
Гломерулонефриты	13(37,2%)	12(40%)	25(38,4%)
Интерстициальный нефрит		2(6,7%)	2(3,1%)
Наследственный нефрит		2(6,7%)	2(3,1%)
ВАР МВС	21(60%)	14(46,6)	35(53,8%)
ДН	1(2,8%)		1(1,5%)

Примечание: $p<0,001$ достоверное различие между диализными и предиализными пациентами

Всего 50 пациентов (76,9%) ответили на вакцинацию, из них 35 детей (53,8%) показали отличный ответ. Из 35 диализных пациентов 30(85,7%) ответили на вакцинацию

и 15(42,8%) из них показали отличный ответ (серопротекцию). Предиализные пациенты 22(73,3%) ответили на вакцинацию и 20(66,6%) из них показали достаточную серопротекцию. Сероконверсия выявлена у 8(22,8%) детей на гемодиализе и только у 2(6,7%) предиализных. Титр анти-НВs <10 мМЕ/мл с одинаковой частотой установлен у исследуемых групп (7/20 и 6/20 соответственно). Среди не ответивших на вакцинацию преобладали дети на ГД (14,3%) вследствие вторичного иммунодефицита на фоне уремии, а также нарушения нутриционного статуса и анемии. Несмотря на то, что ответившие ГД пациенты были выше, чем предиализные, они недостаточно значительно различались между собой (χ^2 -тест; $p=0,183$). Достаточный серопротективный уровень антител был значительно выше у предиализных пациентов по сравнению с диализными (χ^2 -тест; $p<0,05$) (66,6 и 42,8% соответственно). Предиализные пациенты, имеющие отрицательный ответ или сероконверсию получали иммуносупрессивную терапию (за период 1 года перед началом вакцинации или вакцинальный период), 2 из них не ответили на вакцинацию, они получали комбинированное лечение преднизолона и Циклоспорина А в вакцинальный период. Слабый титр антител (сероконверсию) имели 2 больных с позитивным анти-НСV.

При сравнении по полу среди ответивших и не ответивших на вакцинацию девочки имели лучший ответ, чем мальчики (16/14 и 14/6), но различия были статистически не значимыми (χ^2 -тест; $p=0,462$). Дополнительно, начальный средний уровень креатинина сыворотки у ответивших предиализных пациентов были ниже, чем не ответивших (307+78 и 325+104, соответственно), но не выявлено значительных различий между начальным уровнем креатинина сыворотки и ответивших (t-тест; $p=0.606$).

Пациенты с ТПН имеют сниженный ответ на вакцинацию вследствие вторичного иммунодефицита, ассоциированного с уремией, по сравнению со здоровой популяцией [4]. В нашем исследовании пациенты с ХПН и ТПН ответили в 76,9% на вакцинацию НВV, что соответствует верхним уровням вакцинального ответа в предшествующих исследованиях, выполненных в данной категории (в пределах 34%-76,7%) [5].

Таким образом, наши результаты демонстрируют, что не ответившие на вакцину гепатита В были преимущественно дети с терминальной почечной недостаточностью, причиной которых является вторичный иммунодефицит на фоне уремии, а также сопутствующие нарушения нутриционного статуса и анемия. Причиной недостаточного ответа у предиализных пациентов является применение иммуносупрессивных препаратов для лечения основного заболевания.

Среди ответивших на вакцинацию детей с хронической и терминальной почечной недостаточностью (66,6% и 42,8 соответственно) предиализные пациенты демонстрируют

превосходный ответ в отличие от диализных. В связи с этим для достижения эффективного ответа на вакцинацию возникает необходимость ранней вакцинации детей с хронической почечной недостаточностью до начала терапии гемодиализом.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Chaabane NB, Loghmari H, Melki W, et. al. Chronic viral hepatitis and kidney failure// Presse Med. 2008 Apr;37(4 Pt 2):665-78.
2. Taheri Sh., Shahidi Sh., Moghtaderi J. et al. Response Rate to Hepatitis B Vaccination in Patients with Chronic Renal Failure and End-Stage-Renal-Disease: Influence of Diabetes Mellitus//Journal of Research in Medical Sciences; 2005;10:6.
3. CDC. Recommendations for preventing transmission of infections among chronic haemodialysis patients. MMWR 2001; 50: 1-43.
4. Kai Ming Chow, Man Ching Law, Chi Bon Leung, et al. Antibody Response to Hepatitis B Vaccine in End-Stage Renal Disease Patients//Nephron Clin Pract. – 2006; 103:89-93.
5. Navarro JF, Teruel JL, Mateos ML, Marcen R, Ortuño M J. Antibody level after hepatitis B vaccination in hemodialysis patients: influence of hepatitis C virus infection. Am J Nephrol 1996; 16:95–7.

НОВЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ОТ ТРАВМ

**Кульжанов М.К., Габдуллин А., Исаева Ж., Сабитова Э., Сулейменов Е.,
Арсланова Н.**

Высшая Школа общественного здравоохранения

С учетом сложившегося в последние годы дорожно-транспортного, производственного и бытового травматизма, сопровождающегося возникновением тяжелых сочетанных повреждений, оптимальной обеспеченностью реанимационно-хирургическим пособием на догоспитальном этапе планирования числа реанимационно-хирургических (анестезиолого-реанимационных) бригад должно исходить из количества профильных вызовов и местных условий.

При этом проведенные исследования позволили выделить в задачах по оперативному управлению госпитализацией пострадавших при травмах два взаимосвязанных направления: выработку оперативных решений, связанных с управлением экстренной госпитализацией пострадавших при травмах, т. е.

автоматизированную обработку временных и пространственных функций состояния коечного фонда, автоматический поиск и выдачу места для госпитализации по запросу диспетчерской службы станции скорой медицинской помощи; выработку решений, предназначенных для управления госпитализацией, связанных с прогнозированием потоков пострадавших, требующих экстренной госпитализации, определение резерва коек для экстренной госпитализации, автоматизированная обработка информации о ходе госпитализации в городские стационары для получения временных и пространственных зависимостей.

Существующая система планирования и резервирования коечного фонда городских больничных организаций основывается на приказах, издаваемых городским департаментом здравоохранения. Приказы устанавливают профильность их отделений, штатное число коек, определяют количество коек для станции скорой медицинской помощи, районов и клиник, а также предписывают порядок экстренной и плановой госпитализации пострадавших.

Серьезным недостатком сложившейся системы управления является отсутствие централизованного управления всей госпитализацией. Имеющееся централизованное управление экстренной госпитализацией пострадавших, осуществляемое станцией скорой медицинской помощи, проводится без использования современных средств телекоммуникаций. Кроме того, оно обладает односторонней направленностью от станции скорой медицинской помощи к стационару, не имеет обратного взаимодействия, что приводит к значительным диспропорциям между потоками экстренной и плановой госпитализации пострадавших в отдельно взятые стационары.

Таким образом, для эффективного управления госпитализацией пострадавших от травм в городе необходимо применение научно-обоснованных методов и современных средств обработки больших объемов информации. Этого можно достичь при внедрении автоматизированной системы управления.

Разработанная на станции скорой медицинской помощи г. Астаны автоматизированная система управления основными медико-технологическими процессами могла быть дополнена следующими информационными структурно-функциональными блоками: система автоматизированного сбора и обработки информации о состоянии коечного фонда и выдачи разрядок для диспетчеров станции скорой медицинской помощи; алгоритмы и комплекты программ для статистической обработки данных о потоках госпитализируемых пострадавших и оценки таких потоков, прогнозируемых на заданный интервал времени; алгоритмы и программы для формирования упреждающих разрядок на резервирование коек под экстренную

госпитализацию для отдельно взятых стационаров, позволяющих главным врачам больниц и станций скорой медицинской помощи эффективно планировать работу;

Алгоритмы и комплекты программы для формирования отчетно-статистических документов, используемых руководителями здравоохранения города для выработки решений по стратегическому планированию и управлению городским коечным фондом, объемами и структурой экстренной медицинской помощи, в том числе пострадавшим при травмах.

Механизмы влияния внешней среды, такие, как погодные условия, интенсивность движения транспорта и др., на потоки экстренной и плановой госпитализации различны, а поэтому указанные потоки, как правило, независимы. Вот почему обеспечить ежесуточную балансировку загрузки коечного фонда (решение задачи оперативного управления) можно только в том случае, если имеются инструменты, позволяющие достоверно прогнозировать потоки экстренно госпитализируемых пострадавших и составлять упреждающую разрядку на выделяемый для них резерв коечного фонда.

Действующая на ССМП г. Астаны автоматизированная система управления позволяет по-новому подойти к решению задач совершенствования работы оперативного отдела.

Известно, что одной из важнейших характеристик качества организации скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе является время прибытия бригады на место происшествия.

Централизованный прием вызовов и управление всеми бригадами в городе обеспечивают более полное использование всех наличных ресурсов за счет имеющейся возможности гибкого маневра высвобождаемым резервом. Однако эти преимущества ощутимы только в определенных пределах. С дальнейшим увеличением обслуживаемой территории отдельные ее участки становятся настолько большими, что централизованное управление в пределах всей территории города не имеет явных преимуществ по сравнению с системой автономного управления отдельными его зонами.

В этой ситуации логично рассмотреть вопрос о целесообразности обслуживания каждой зоны самостоятельным подразделением общегородской службы скорой помощи с тем, чтобы вызов «03» поступал непосредственно в локальный центр управления соответствующей зоны. При данных размерах зон и численности населения количество бригад, приходящееся на каждую из зон, достаточно велико для того, чтобы обеспечить требуемую гибкость маневрирования резервом. Кроме того, общая гибкость системы может быть существенно повышена, если общегородской центр управления всей службой будет обладать определенным стратегическим резервом бригад, используемым в

зависимости от обстановки для усиления той или иной зоны или для медицинского обеспечения массовых катастроф.

Время прибытия к пострадавшему можно разделить на несколько фаз. Первая фаза - организационная, начинается с момента поступления сигнала «03» на пульт медэвакуатора и заканчивается в тот момент, когда автомашина с дежурной бригадой покидает место стоянки. Продолжительность этой фазы целиком определяется только организационными потерями в системе. Сюда включаются потери времени на регистрацию вызова, на прохождение его по установленному маршруту от медицинского эвакуатора до врача дежурной бригады, на сборы бригады и передачу ей вызова, посадку в машину и т.д. Следовательно, продолжительность организационной фазы является наиболее объективным показателем оперативности диспетчерской службы и уровня организованности всей службы скорой медицинской помощи в целом.

Вторая фаза – проезд к месту происшествия – начинается с момента выезда бригады и заканчивается в момент ее прибытия по указанному адресу. Продолжительность этой фазы определяется как объемом имеющихся ресурсов (число выездных бригад, число подстанций), так и оптимальностью их размещения по территории города в различные периоды суток.

И, наконец, третья фаза – поиск пострадавшего – начинается с момента прибытия бригады на место вызова и заканчивается в тот момент, когда медицинская бригада начинает непосредственно оказывать медицинскую помощь пострадавшему. Продолжительность этой фазы уже мало зависит от организованности самой службы скорой медицинской помощи и определяется в основном организованностью городской инфраструктуры в целом. Временные потери на этой фазе зависят от состояния и пропускной способности дорог, четкости наименования улиц, нумерации домов, подъездов, квартир, от состояния адресных табличек на домах, освещаемости улиц, от работы лифтов и др.

Снижение временных потерь на третьей фазе можно достигнуть только на основе конкретных мероприятий, осуществляемых городскими властями по представлению руководства службы скорой медицинской помощи. Снижение временных потерь на второй фазе может осуществляться на основе разработки и использования службой скорой медицинской помощи рациональных методов использования имеющихся ресурсов и на основе выделения дополнительных ресурсов (увеличения числа выездных бригад, строительство новых подстанций).

Снижение временных потерь на первой, организационной фазе может быть достигнуто только за счет совершенствования и оптимизации маршрута прохождения

информации от лица, обращающегося по телефону «03» до бригады, выезжающей на вызов.

Особенно актуальна проблема оптимизации маршрута прохождения вызова, в котором, помимо центральной станции скорой медицинской помощи имеется ряд подстанций с единым центром управления. Здесь вызовы принимаются централизованно и затем, по модемной связи через соответствующие подстанции, передаются соответствующей бригаде.

Основным недостатком сложившегося маршрута прохождения вызова является его многоэтапность. На первом этапе вызывающий связывается по телефону «03» с медицинским эвакуатором, который регистрирует вызов, заполняя «Карту вызова скорой помощи». Заполненную карту передают одному из диспетчеров по направлению, имеющему автоматизированную прямую телефонную связь с соответствующей подстанцией.

Диспетчер по направлению передает полученные данные по телефону диспетчеру подстанции, который вновь регистрирует вызов, заполняя карту вызова. И только после этого карта вызова попадает к дежурной бригаде, и бригада может выезжать к месту события, причем на всех этапах непроизводительно теряется время. Даже в условиях внедренной ССНП АСУ ограниченная емкость сети телефонной связи на всех этапах прохождения вызова часто создается очередь на вызовы, поэтому одной из актуальных задач является поиск путей сокращения числа этих этапов.

Централизованный прием вызовов и управление всеми бригадами в городе обеспечивают более полное использование всех наличных ресурсов за счет имеющейся возможности гибкого маневра высвобождаемым резервом. Однако эти преимущества ощутимы только в определенных пределах. С дальнейшим увеличением обслуживаемой территории отдельные ее участки становятся настолько большими, что централизованное управление в пределах всей территории города не имеет явных преимуществ по сравнению с системой автономного управления отдельными его зонами. В этой ситуации логично рассмотреть вопрос о целесообразности обслуживания каждой зоны самостоятельным подразделением общегородской службы скорой помощи с тем, чтобы вызов «03» поступал непосредственно в локальный центр управления соответствующей зоны. При данных размерах зон и численности населения количество бригад, приходящееся на каждую из зон, достаточно велико для того, чтобы обеспечить требуемую гибкость маневрирования резервом. Кроме того, общая гибкость системы может быть существенно повышена, если общегородской центр управления всей службой будет обладать определенным стратегическим резервом бригад, используемым в

зависимости от обстановки для усиления той или иной зоны или для медицинского обеспечения массовых катастроф.

По гибкости и маневренности управления резервом такая «зонная» система управления не уступает централизованной, зато существенно превосходит ее в эффективности.

При центральном же управлении руководство подстанции непосредственно за обслуживание каких бы то ни было определенных вызовов не отвечает, в работе центральной системы управления (диспетчерской) активного участия не принимает и поэтому имеет возможность пассивно относиться к задачам контроля и повышения эффективности работы своих выездных бригад.

С точки зрения маршрута прохождения вызовов зонная система имеет лишь некоторые преимущества по сравнению с централизованной. Поскольку в крупных зонах для обеспечения быстроты прибытия дежурный автотранспорт должен быть рассредоточен, т. е. каждой зоне должно быть, по крайней мере, 2-3 подстанции, то схема прохождения вызова остается примерно такой же, как при централизованной системе, с небольшими сокращениями ступеней. Преимущества состоят в том, что уменьшается пробег транспорта и сокращается время поиска адреса.

Таким образом, изменение общей организационной структуры системы управления службой скорой медицинской помощи в крупном городе лишь в некоторой степени может повлиять на сокращение числа этапов маршрута прохождения вызова. Более значительное сокращение этих этапов может быть достигнуто только за счет использования автоматизированной системы управления основными медико-технологическими процессами в службе в целом.

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ТРАВМАХ

**Кульжанов М.К., Габдуллин А., Сабитова Э., Исаева Ж., Сулейменов Е.,
Арсланова Н.**

Высшая Школа общественного здравоохранения

Улучшение и своевременность организации скорой медицинской помощи пострадавшим при травмах заключается в том, что диспетчер по направлению (либо единого центра управления, либо локального центра при зонной системе) должен иметь такую связь с каждой из подстанций, чтобы его указание о выезде воспринималось бы непосредственно дежурной бригадой (минуя вторичную регистрацию диспетчером подстанции). При этом бригада, получив начальную информацию об адресе, могла бы мгновенно выезжать в заданном направлении, принимая оставшуюся часть информации (повод к вызову, возраст больного, фамилию, имя, отчество и др.) уже по радио в процессе движения к месту события.

Опять-таки более перспективной является система, обеспечивающая автоматический поиск ближайшей свободной бригады. В такой системе медицинский эвакуатор, получив данные о происшествии, вводит их за 10-12 секунд, через $\frac{1}{2}$ секунды получает на экране монитора информацию о ближайших 2-3 свободных бригадах и, приняв решение о назначении одной из них, тут же автоматически выходит с выбранной бригадой на радиосвязь. Дав указание бригаде о выезде, медицинский эвакуатор уже в процессе движения бригады передает ей дополнительные сведения, необходимые для того, чтобы бригада могла наилучшим способом подготовиться к оказанию необходимой помощи.

Основным принципом работы станции скорой помощи является оказание медицинской помощи пострадавшим в возможно короткий срок. Для того чтобы целенаправленно влиять на оперативные показатели этой работы, принимать научно-обоснованные решения, представляется целесообразным рассмотреть основные этапы в обслуживании больных и пострадавших (прохождение больного или пострадавшего через систему догоспитального этапа скорой медицинской помощи) от момента возникновения травмы или доставки больного в приемное отделение стационара.

С этой целью была разработана этапность в организации скорой медицинской помощи и их временные характеристики, которые вычислены на основе трехлетних хронометражных наблюдений (таблица).

Следует подчеркнуть, что после второго этапа может не последовать вызов бригады. В отдельных случаях родственники больного могут обратиться за помощью в травмпункт или участковому врачу районной поликлиники.

Исследования показали, что в подавляющем большинстве несчастных случаях делается вызов бригады скорой медицинской помощи по телефону «03» (этап 3), на что в среднем уходит по 2 мин. После поступления вызова на станцию скорой медицинской помощи выездная бригада прибывает на место происшествия в среднем через 15 минут.

Это время прибытия бригады складывается из приема вызова диспетчером (2 мин), передачи вызова на соответствующую подстанцию и затем бригаде (2 мин), сборов персонала выездной бригады и посадки его в автомашину скорой помощи (2 мин), проезда до места происшествия (7 мин) и перехода от машины до места происшествия (2 мин).

До прибытия бригады на место происшествия пострадавший, как правило, может получить первую медицинскую помощь от родственников или свидетелей происшествия. При этом, оказание экстренной медицинской помощи, включая диагностику состояния; занимает у персонала выездной линейной бригады в среднем 15 мин. При необходимости экстренной госпитализации пострадавшего переносят в салон санитарной автомашины и доставляют в приемное отделение соответствующей больницы, на что уходит 15 мин. Оформление и передача пострадавшего в приемном отделении стационара занимают у персонала бригады около 5 мин, после чего обслуживание данного вызова считается законченным.

Таблица - Основные этапы оказания скорой медицинской помощи пострадавшим при травмах

Этапы оказания скорой медицинской помощи	Среднее время в минутах, необходимое для решения поставленной задачи
1. Возникновение несчастного случая	-
2. Обнаружение пострадавшего	2±0,1
3. Вызовы бригады скорой медицинской помощи по «03»	2±0,23
4. Прибытие бригады скорой медицинской помощи на место происшествия	15±0,71
А) прием вызова	2±0,12
Б) передача вызова на подстанцию и бригаде	2±0,18
В) посадка бригады в санитарную автомашину	2±0,27
Г) проезд до места происшествия	7±0,62
Д) переход от машины до места происшествия	2±0,17
5. Оказание экстренной медицинской помощи на месте происшествия	15±0,29

6. Транспортировка пострадавшего в стационар	15±0,83
7. Оформление и прием больного или пострадавшего в приемном отделении стационара	5±0,79
8. Итоговые средние затраты времени от возникновения происшествия до госпитализации больного или пострадавшего	59±0,83

Таким образом, от момента возникновения несчастного случая или тяжелого внезапного заболевания до приезда линейной бригады проходит около 15 мин. и столько же времени занимает транспортировка в стационар.

В некоторых случаях, особенно при тяжелых ДТП, приехавшая на место происшествия линейная бригада скорой медицинской помощи не в состоянии провести интенсивную терапию в необходимом объеме, тогда ей в помощь выезжает специализированная бригада. В этом случае время с момента происшествия до получения пациентом терапии, адекватной состоянию, увеличивается до 30 мин.

Следует также указать, что, попав в приемное отделение стационара, пострадавший проходит этапы оформления истории болезни, обследования, получает необходимую терапию. При тяжелых травмах пострадавшие госпитализируются, минуя приемное отделение, в отделение реанимации, блок интенсивной терапии или специализированный центр.

Рассматривая основные этапы прохождения пострадавших через систему скорой медицинской помощи, необходимо помнить, что на любом из этих этапов может наступить смерть пациента.

Проведенные исследования показали, что условно всех пострадавших можно подразделить на следующие группы: 1. пострадавшие, умирающие в момент происшествия; 2. пострадавшие, нуждающиеся в экстренной помощи, без которой они могут погибнуть или им грозят тяжелые осложнения; 3. пострадавшие, медицинская помощь которым может быть оказана в плановом порядке без ущерба для их жизни и здоровья. Основной целью службы скорой медицинской помощи является оказание экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе и снижение числа смертных случаев. При этом во многих случаях фактор времени имеет первостепенное значение.

Время оказания экстренной медицинской помощи пострадавшему на месте происшествия регламентировать трудно, так как оно в значительной степени зависит от тяжести состояния больного, его пола, возраста, места, возраста, места происшествия и др. В задачи бригад входит оказание экстренной помощи в необходимом объеме и решении вопроса о госпитализации пострадавшего. Поэтому при подготовке и усовершенствовании

персонала выездных бригад следует обращать особое внимание на тактику диагностики и лечения на догоспитальном этапе, умение четко, быстро работать на месте происшествия. В отдельных случаях персонал бригады необоснованно затягивает время обследования и терапии на месте происшествия вместо того, чтобы быстрее доставить пострадавшего в специализированное отделение больницы. Приблизительные расчеты показывают, что в большинстве случаев вполне достаточно 10 мин для оказания первой врачебной помощи на месте происшествия.

Теоретические расчеты показывают, что реализация всех указанных мероприятий позволит сократить время от момента возникновения несчастного случая до госпитализации пострадавшего в специализированное отделение до 25 мин.

Следует подчеркнуть, что часть рекомендуемых организационных мероприятий может быть реализована быстро, без каких-либо материально-технических затрат, другие предложения требуют проведения научных исследований, разработок, значительных финансовых затрат, определенной заинтересованности различных организаций в их внедрении в практику, потребуют исследования нового комплекса средств автоматизации.

Все эти мероприятия по совершенствованию оказания населению скорой медицинской помощи преследуют, в конечном счете, одну гуманную цель – уменьшить смертность от несчастных случаев, снизить частоту наступления нетрудоспособности, сохранить здоровье людей.

Система организации поэтапного оказания медицинской помощи пострадавшим включает целый комплекс последовательно осуществляемых мероприятий:

- первый этап – оказание медицинской помощи на месте происшествия;
- второй этап – оказание медицинской помощи на пути следования в лечебное учреждение;
- третий этап – оказание медицинской помощи непосредственно в лечебном учреждении.

Таким образом, исследования показали, что, совершенствуя систему оказания скорой медицинской помощи и приводя определенные организационные мероприятия в масштабе всего города, можно в целом сократить время от момента происшествия до приезда бригады скорой медицинской помощи до 6-7 мин.

О НЕКОТОРЫХ МЕДИКО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ ОРГАНИЗАЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ

**Кульжанов М.К., Габдуллин А., Исаева Ж., Сулейменов Е., Арсланова Н.,
Сабитова Э.**

Высшая Школа общественного здравоохранения

Известно, что важное значение имеет вопрос о соотношении принципа минимизации времени оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе с адекватным объемом помощи и направлением транспортировки пострадавшего: в ближайший стационар или специализированный противошоковый центр. По нашему мнению, важнейшим критерием выбора между минимизацией времени и максимально возможным объемом экстренной медицинской помощи является состояние пострадавшего, выраженность и глубина нарушений витальных функций.

Одной из важных задач на этапе следования на место травмы является недопущение того, чтобы пострадавших увезли с момента происшествия на попутном транспорте. Сразу же по прибытии на место дорожно-транспортного происшествия сотрудники бригады должны уточнять число пострадавших и производят сортировку пострадавших на нуждающихся в носилках и ходячих. С помощью осмотра устанавливается, нуждается пострадавший в медицинской помощи или нет. Ходячими считают тех пострадавших, кто может передвигаться самостоятельно. Зачастую в момент прибытия «скорой», повреждающий фактор может оставаться действующим. В этом случае члены бригады должны наименее травматично освободить пострадавших от действия поражающего фактора и дать свои рекомендации.

В качестве мероприятий, которые являются обязательными следует выделить: бережное извлечение и вынос пострадавшего с места происшествия (например, из кювета), перенос его в безопасное место, тушение горячей одежды; наложение стерильной повязки на рану, иммобилизация переломов специальными шинами; осуществление мероприятий по устранению причин, угрожающих жизни пострадавшего (остановка наружного кровотечения с помощью давящей повязки, либо наложение жгута при массивных кровотечениях); очищение воздухоносных путей от их закупорки кровью, рвотными массами и т. д.; проведение искусственного дыхания по типу «рот в рот» или «рот в нос»; перенос пострадавшего в безопасное место, защита его от неблагоприятных погодных условий (холод, жара); принятие мер скорейшей транспортировки пострадавших в лечебное учреждение в случае необходимости госпитализации (острая кровопотеря, шоковое состояние).

Основное правило, которым руководствуется бригада скорой медицинской помощи при любом происшествии в том, чтобы ни в коем случае не покидать его до тех пор, пока

там имеются пострадавшие. Только после получения разрешения старшего врача смены бригада может отбыть с места происшествия.

Следующим основополагающим действием для бригады СМП является разделение (сортировка) пострадавших на две группы по срочности оказания им экстренной медицинской помощи. К первой группе мы относим тех пострадавших, отсрочка или промедление с оказанием медицинской помощи, которым может привести к летальному исходу (лица в бессознательном состоянии, с угрозой асфиксии, наружным проффузным кровотечением и т. д.).

Таким образом, по прибытии на вызов врач определяет, является ли состояние пострадавшего критическим (терминальным). Критерием такого состояния является нарушение жизненно важных функций (прежде всего, дыхания, кровообращения и функции головного мозга), при которых организм не в состоянии справиться самостоятельно. В этих случаях, некоторые мероприятия, нужно выполнить по ходу осмотра: (наложение кровоостанавливающего жгута при кровотечении, очищение полости ротоглотки при угрозе асфиксии запавшим языком или рвотой). Лицам, отнесенным ко второй группе, медицинская помощь может быть оказана позднее.

При ситуациях, когда количество пострадавших велико, а бригад скорой медицинской помощи недостаточно, объем оказания медицинской помощи ограничивается только устранением повреждающего фактора и коррекцией основных жизненных функций, нарушенных вследствие травмы. Такими корригирующими действиями могут быть остановка кровотечения, обезболивание, купирование судорог, устранение вентиляционных и гемодинамических нарушений. Вместе с тем, при оказании медицинской помощи пострадавшим, бригада не остается долгое время на месте происшествия и после устранения угрожающих жизни состояний производит транспортировку пострадавших в больницу.

Длительное пребывание на месте происшествия может вызвать серьезные порой необратимые последствия при шоке, сопровождающемся внутренним кровотечением, внутричерепной гематоме и других состояниях. Сотрудники бригады производят иммобилизацию, интубацию трахеи, венозные пункцию и катетеризацию. Подобные краткосрочные лечебные мероприятия, которые нельзя выполнить в ходе движения в машине скорой помощи проводятся обычно, в течение 10-15 минут. Сотрудники бригад записывают все сведения о пострадавших, которым оказывается медицинская помощь. Важно осмотреть всех лиц, находившихся в транспортных средствах и попавших в автоаварию. Снятие стресса также является одной из первостепенных задач врачей бригады скорой медицинской помощи.

Существенное значение имеет принцип рационального использования времени при оказании медицинской помощи на догоспитальном этапе. Важнейшим направлением в этом вопросе является акцент на уменьшение времени при максимальном объеме оказания медицинской помощи пострадавшему с выраженными витальными нарушениями. Доказано, что если пострадавшего доставляют в операционную в течение первого («золотого») часа после получения травмы, шансы выжить наивысшие. При этом следует помнить, что отсчет этого часа начинается не с момента оказания медицинской помощи, а с момента получения травмы.

При выявлении патологии, требующей госпитализации, последняя, осуществляется согласно распоряжению старшего врача смены СМП. Бригада СМП перед началом транспортировки пострадавшего связывается по радиотелефону с диспетчером и выясняет, в какую больницу следует доставить пострадавшего.

Основными критериями, которыми руководствуются работники СМП при решении вопроса о транспортировке, являются : общее состояние пострадавшего; характер и тяжесть полученных травм; расстояние до лечебного учреждения, в которое следует транспортировать пострадавшего; возможность оказания необходимых реанимационных мероприятий во время транспортировки.

Правильная и своевременная перевозка пострадавших в лечебное учреждение является важным звеном в организации травматологической помощи.

Во время пути следования в лечебные учреждения, объем медицинской помощи определяется состоянием травмированного и направлен на поддержание сердечных и дыхательных функций, а также на проведение противошоковых мероприятий. При необходимости во время транспортировки сотрудники бригады СМП оказывают полный комплекс мероприятий по восстановлению или поддержанию витальных функций организма. Это могут быть переливание крови и кровезаменителей при острой кровопотере и резком снижении артериального давления, применении искусственного дыхания, дефибрилляция сердца и другие мероприятия.

Все пострадавшие, нуждающиеся в госпитализации, доставляются в лечебные учреждения, где им обеспечивается оказание квалифицированной медицинской помощи в полном объеме.

Как известно, существует зависимость травматизма от степени индустриализации, развития транспортной инфраструктуры, энергопроизводящих отраслей экономики. Результативность лечения, инвалидизация, летальность многочисленные исследования показывают, что эти показатели находятся в прямой зависимости от уровня и качества первой доврачебной и экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Они

приобретают решающее значение в условиях стихийных бедствий, крупных катастроф, которые неизбежно сопровождаются массовым и тяжелым травматизмом. Катастрофы на транспортных магистралях приводят к множественным, сочетанным повреждениям, характеризующимся быстрым развитием шока и терминальных состояний.

Высокая летальность пострадавших на догоспитальном этапе наблюдается при автомобильных катастрофах. При этом не менее 30-50% погибающих можно было спасти при условии своевременного и правильного проведения достаточно простых приемов реанимации. Высокая летальность встречается также при аспирации инородных тел, асфиксии при утоплении, удушении, причем своевременные мероприятия, направленные на устранение причинного фактора, обеспечение проходимости дыхательных путей и оказания элементарных реанимационных мероприятий могут и в этих случаях значительно снизить этот показатель.

Анализ причин внезапной смертности на службе, в дороге, особенно на дому, показывает, что гибель этих больных часто является предотвратимой. Лица, не владеющие приемами оказания первой доврачебной помощи, в подавляющем большинстве случаев оказываются не способными к безотлагательному проведению элементарных реанимационных мероприятий. Причиной такой беспомощности служит отсутствие обязательной системы обучения навыкам первой доврачебной помощи. Особенно тяжелое положение возникает при стихийных бедствиях, массовых катастрофах вследствие невозможности оказания медицинской помощи в течение длительного времени. В этих условиях эффективной может быть только само- и взаимопомощь.

Единственным выходом из создавшегося положения является обучение способам оказания первой медицинской помощи населения, в первую очередь, организованных контингентов: спасателей, работников патрульной и участковой полиции, дорожной полиции, личного состава пожарной службы, рабочих, служащих.

Для обеспечения эффективности работы школы были разработаны, апробированы и внедрены два программно учебные комплекса: 1 комплекс – для специальной подготовки водителей транспортных средств; 2 комплекс – для рабочих и служащих, студентов и самозанятых граждан.

Таким образом, организационные мероприятия по совершенствованию экстренной медицинской помощи пострадавшим на догоспитальном этапе должны быть приоритетным направлением повышения эффективности медицинской помощи службы СМП крупного административного центра.

ПРИНЦИПЫ УПРАВЛЕНИЯ ПРОЕКТАМИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Кульшарова А.Д., Абильдинова Н.А.

**Проект ПОТЕНЦИАЛ, Институт научных исследований и подготовки кадров
Корпорации Джона Сноу**

Управление Проектами - интегрированный процесс. Действия (или их отсутствие) в одном направлении обычно влияют и на остальные направления. Такая взаимосвязь заставляет балансировать между задачами проекта - часто улучшение в одной области может быть достигнуто лишь за счет ухудшения в другой. Такое понимание процессов принято в международном сообществе. Поскольку целью настоящей работы является такое изложение основ управления проектами, которое учитывает Российские (как аналог для Центрально-Азиатских республик) особенности и при этом соответствует принятым в мире стандартам, мы по возможности сохраняем общепринятую в мире терминологию. Проект состоит из процессов. Процесс - это совокупность действий, приносящая результат.

Процессы, ориентированные на продукт и касающиеся спецификации и производства продукта, определяются жизненным циклом проекта и зависят от области приложения.

В проектах процессы управления проектами и процессы, ориентированные на продукт, накладываются и взаимодействуют. Например, цели проекта не могут быть определены при отсутствии понимания того, как создать продукт.

Процессы управления проектами могут быть разбиты на шесть основных групп, реализующих различные функции управления:

- процессы инициации - принятие решения о начале выполнения проекта;
- процессы планирования - определение целей и критериев успеха проекта и разработка рабочих схем их достижения;
- процессы исполнения - координация людей и других ресурсов для выполнения плана;
- процессы анализа - определение соответствия плана и исполнения проекта поставленным целям и критериям успеха и принятие решений о необходимости применения корректирующих воздействий;

- процессы управления - определение необходимых корректирующих воздействий, их согласование, утверждение и применение;
- процессы завершения - формализация выполнения проекта и подведение его к упорядоченному финалу.

Процессы управления проектами накладываются друг на друга и происходят с разными интенсивностями на всех стадиях проекта, как проиллюстрировано на рисунке.



Рисунок. Наложение групп процессов в фазе

И, наконец, имеются взаимосвязи групп процессов различных фаз проекта. Например, закрытие одной фазы может являться входом для инициации следующей фазы (пример: завершение фазы проектирования требует одобрения заказчиком проектной документации, которая необходима для начала реализации).

Внутри каждой группы процессы управления проектами связаны друг с другом через свои входы и выходы. Фокусируясь на этих связях, опишем отдельные процессы через:

Входы - документы или документированные показатели, согласно которым процесс исполняется.

Выходы - документы или документированные показатели, являющиеся результатом процесса.

Методы и средства - механизмы, по которым вход преобразуется в выход.

Изменениям могут подвергнуться цели проекта, его бюджет, ресурсы и т.д. Кроме того, планирование проекта - это не точная наука.

Некоторые из процессов планирования имеют четкие логические и информационные взаимосвязи и выполняются в одном порядке практически во всех проектах. Так, например, сначала следует определить из каких работ состоит проект, а уж затем рассчитывать сроки выполнения и стоимость проекта. К основным процессам планирования относятся:

Планирование целей - разработка постановки задачи (проектное обоснование, основные этапы и цели проекта),

Декомпозиция целей - декомпозиция этапов проекта на более мелкие и более управляемые компоненты для обеспечения более действенного контроля,

Определение состава операций (работ) проекта - составление перечня операций, из которых состоит выполнение различных этапов проекта,

Определение взаимосвязей операций - составление и документирование технологических взаимосвязей между операциями,

Оценка длительностей или объемов работ - оценка количества рабочих временных интервалов, либо объемов работ, необходимых для завершения отдельных операций,

Определение ресурсов (людей, оборудования, материалов) проекта и оценка стоимостей.

Составление расписания выполнения работ - определение последовательности выполнения работ проекта, длительностей операций и распределения во времени потребностей в ресурсах и затрат, исходя и с учетом наложенных ограничений и взаимосвязей;

Оценка бюджета - приложение оценок стоимости к отдельным компонентам проекта (этапам, фазам, срокам);

Разработка плана исполнения проекта - интеграция результатов остальных подпроцессов для составления полного документа.

Определение критериев успеха - разработка критериев оценки реализации проекта.

Кроме перечисленных основных процессов планирования имеется ряд вспомогательных процессов, необходимость в использовании которых сильно зависит от природы конкретного проекта. Как и в планировании, процессы реализации можно подразделить на основные и вспомогательные.

При отрицательном прогнозе принимается решение о необходимости корректирующих воздействий, выбор которых осуществляется в процессах управления изменениями.

Процессы анализа также можно подразделить на основные и вспомогательные.

На практике деление проекта на фазы может быть самым разнообразным - лишь бы такое деление выявляло некоторые важные контрольные точки ("вехи"), во время прохождения которых просматривается дополнительная информация и оцениваются возможные направления развития проекта.

В свою очередь каждая выделенная фаза может делиться на этапы следующего уровня (подфазы, подэтапы) и т.д.

Деятельность по управлению реализацией проектов, которая осуществляется на разных организационных уровнях и различных частях проектов, сама нуждается в управлении. В этом также проявляются свойства управления реализацией проектов как системы.

Оценка жизнеспособности проекта заключается в его технико-экономическом обосновании, в котором рассматриваются возможные альтернативы, определенные на предыдущем этапе. Каждая альтернативная версия оценивается по критериям стоимости и прибыли. Результатом этапа оценки жизнеспособности является обоснование преимуществ одной из альтернатив.

Представленная структура формирования проекта служит основой для планирования и прогнозирования процессов развития любого явления, в частности, общественного здоровья и здравоохранения.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТОВ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Кульшарова А.Д., Абильдинова Н.А.

**Проект ПОТЕНЦИАЛ, Институт научных исследований и подготовки кадров
Корпорации Джона Сноу**

При рассмотрении и оценки деятельности по управлению проектами можно выделить ряд аспектов (подходов). Наиболее распространенные из них: функциональный, динамический, предметный.

Функциональный аспект отражает общий подход к проблеме управления и предполагает рассмотрение основных функций управления (видов управленческой деятельности): анализ; планирование; организация; контроль; регулирование.

Функции управления считаются центральным понятием: они выполняются на всех уровнях управленческой деятельности, в каждой фазе реализации проекта, для всех его процессов и управляемых объектов и субъектов, что представлено ниже.



Рисунок: Алгоритм принятия решений

Регулирование представляет собой следующий уровень управления и начинает новый цикл:

1. Анализ отклонений фактического состояния дел от плана;
2. Планирование работ по ликвидации отклонений;
3. Организация деятельности по ликвидации отклонения;
4. Контроль выполнения откорректированных планов и т.д.

Анализ состояния, в котором находится проект, требуется в каждый момент, когда появляется необходимость вмешаться в ход выполнения работ. С анализа начинается вся работа над проектом, анализу подлежат все элементы проекта: сроки выполнения работ, степень риска, финансы, кадры, ход проектирования, поставок и выполнения строительных и монтажных работ, качество результатов и т. д.

Планирование является основополагающей функцией в деятельности по управлению процессом реализации проекта, что имеет подтверждение многолетней практикой работы в этой области.

Планы работы над проектом могут структурироваться в соответствии с разделением проекта на процессы, отражающие логику развития проекта от его начальных этапов до завершения работ над проектом.

Каждый из этих этапов (или работ внутри этого этапа) представляет собой самостоятельный уровень в структуре процесса реализации проекта.

Важнейшим направлением планирования является оценка стоимости проекта.

Выполнение разработанных планов реализации проекта обеспечивается организационной деятельностью. Успех любого проекта во многом зависит от правильного подбора персонала. Поэтому основной задачей организационной

деятельности является создание коллективов для работы над выполнением проекта и обеспечение их эффективного труда.

Динамический подход к управлению проектом предполагает рассмотрение во времени процессов, связанных с основной деятельностью по выполнению проекта.

Предметный подход подразумевает объекты и субъекты реализации проекта. В данном случае это выглядит следующим образом (таблицы 1, 2, 3)

Таблица 1. Прединвестиционная фаза

<p>Сущность динамического подхода</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Замысел 2. Анализ проблемы 3. Разработка концепции проекта 	<p>Сущность функционального аспекта управления</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Определение инвестиционных возможностей 2. Анализ альтернативных проектов — 2. Планирование 4. Контроль 5. Регулирование 	<p>Сущность предметного подхода</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кадры 2. Информация
--	---	--

Инвестиционная фаза

<p>Сущность динамического подхода</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. проектирование 2. реализация проекта 	<p>Сущность функционального аспекта управления</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анализ состояния проекта 2. Планирование 3. Инициализация выполнения работ 4. Сравнение плановых показателей с фактическими (контроль) 5. Регулирование отклонений 	<p>Сущность предметного подхода</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. финансы 2. кадры 3. риск 4. материальные ресурсы 5. контракты
---	---	---

Эксплуатационная фаза

<p>Сущность динамического подхода</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. пуск 2. эксплуатация 3. демонтаж 	<p>Сущность функционального аспекта управления</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оценка (анализ) производственных возможностей 2. Планирование; 3. Инициализация производства (пуск). 	<p>Сущность предметного подхода</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. финансы 2. кадры 3. маркетинг 4. материальные ресурсы 5. качество
--	---	---

Исходя из вышеизложенных предпосылок, мы считаем целесообразным придерживаться классических подходов при выборе и реализации наиболее значимых, приоритетных направлений развития в любой сфере деятельности в системе здравоохранения.

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПОВЕДЕНИЯ ВНЕШНИХ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Каноатов Ч. Я., Эльназарова А. А., Одинаева С. М., Давлатова Н. Р.

Республиканский центр по формированию здорового образа жизни

Министерства здравоохранения Республики Таджикистан

Центрально – Азиатская региональная Программа по ВИЧ/СПИДУ

Актуальность. В соответствии с определением Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) репродуктивное здоровье представлено, как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, обеспечивающее индивидуумом важность вести безопасную и эффективную половую жизнь в сочетании с возможностью воспроизводства потомства в сроки и количестве, определенном самим этим индивидуумом». В этой связи репродуктивное здоровье и поведение населения в Республике Таджикистан рассматривается как приоритетная проблема общественного здравоохранения. В связи с этим, вопросы планирования семьи, здоровья и качества жизни населения занимают особое место в социально-экономической политике страны[1].

Как известно, период трансформационных процессов и переход к рыночным отношениям характеризуются Спадом производства, сокращением рабочих мест, массовой безработицей и другими негативными процессами, оказавшими значительное влияние на уровни жизни и здоровья населения.

Это время сопровождалось ростом уровней поведенческих факторов риска, наркомании, развитием сексбизнеса, ранним вступлением в брак и внебрачной рождаемости. К снижению роли института семьи и росту показателей заболеваемости инфекциями, передающимся половым путем (ИППП), в т. ч ВИЧ/СПИД, а также травматизма и инвалидизации способствовала выражение трудовая миграция особенно населения, в эпидемиологические неблагополучные страны [3].

Цель исследования: Оценить репродуктивное поведение внешних трудовых мигрантов Республики Таджикистан .

Материалы и методы: Предметом изучения и анализа стали отчетные данные министерств здравоохранения, труда и социальной защиты населения, юстиции, внутренних дел, их ведомств, международных и неправительственных организации. Особенности репродуктивного поведения внешних трудовых мигрантов изучены в различных районах страны методом случайной выборки, применяемым медико-социологических исследованиях. При этом было опрошено 886 мигрантов по специально разработанной анкете.

Результаты и их обсуждение:

Из общего числа респондентов, 732 из них (82,6%) составили мужчины и 154 (17,4%) женщины различных возрастных репродуктивных групп внешних мигрантов, которые в 65,0 % случаев состояли в браке, в 22,8% - были разведенные, остальные 12,2% случаев связаны с брачными узами.

Мигранты имели следующий уровень образования: начальное в 11,8%, среднее специальное – в 27,0% незаконченное высшее – в 13,9% и высшее – в 47,3% случаев. Оказались без соответствующей профессии (квалификации) 24,2% мигрантов.

Следует отметить, что в их семьях родственники сталкиваются с особым риском своему здоровью, связанным, например, с туберкулезом, малярией, ИППП, в т. ч. ВИЧ/СПИД. Наряду с этим, наблюдалось ухудшение поведения детей, подрывавшее семейное устои и тем самым обозначилась социальная нестабильность домохозяйств.

Судя по результатам исследования, диапазон знаний трудовых мигрантов, как мужчин, так и женщин репродуктивного возраста довольно широк. Почти каждый третий из них знает о методах предохранения и путях передачи ИППП, в т. ч. ВИЧ-инфекции, причем независимо от уровня образования и возраста [1,4]. Наиболее осведомленными - в 60, 8% случаев в соответствующих вопросах были лица со средним специальным и высшим образованием, особенно в возрастных группах 40 лет и старше. У более молодых мигрантов в возрасте 20-39 лет, составляющих более половины численности респондентов (54,7%) соответствующий уровень составлял всего 39,2%.

Установлено, что только в 2007 году за платной помощью в территориальные лечебно – профилактические учреждения обращались по поводу различных болезней 32,2% мигрантов.

Особо среди мужчин, в 44,0% случаев распространены такие поведенческие факторы риска для здоровья, как употребление алкогольных напитков (15,3%) курение сигарет

(22,6) и насвая 14,%. В период пребывания в трудовой миграции за рубежом имели случайные половые связи 12,8% мужчин и 11,6% женщин. В частности мужчины при этом использовали средства предохранения только в 25,0% случаев[4]. Следовательно, личное поведение их должно стать одним из стратегических направлений профилактической медицины.

Находясь в неблагоприятных для здоровья условиях, человек может за счет культуры своего самоохранительного поведения уменьшить влияние вредных для здоровья факторов [3].

Трудовая миграция имеет свои положительные и отрицательные последствия. В первом случае, повышается мобильность трудовых ресурсов, их доходы способствуют экономическому росту страны. Свободное передвижение предоставляет ее гражданам возможность наиболее выгодного применения своего труда, знаний и опыта. Кроме того, мигранты изучает язык и культуру других стран, обретают различные специальности, профессии, расширяют свое мировоззрение.

Во – втором случае, наблюдается длительный отрыв членов семьи от родственников, что зачастую отражается на их психологическом состоянии и поведении.

При этом, происходит нарушение структуры и функций семьи, в т. ч связанных с обеспечением здоровья всех ее членов. Наблюдается рискованное поведение подростков, а также снижение возраста начала половой жизни [1,3]. Именно они в силу возрастных особенностей находятся в зоне особого риска заражения ВИЧ и ИППП. Среди негативных факторов, влияющих на распространение ИППП, первостепенное внимание должно быть уделено влиянию семьи на формирование поведения подростка [2].

Следует отметить также 59 представителей возрастной группы в возрасте 17-19 лет (6,6%), родители-мигранты которых вязали их собой во избежание призыва на военную службу. В некоторых районах единственным доступным методом регулирования рождаемости продолжает оставаться аборт [1].

Таким образом, сложившаяся ситуация требует поиска новых нетрадиционных подходов к изучению проблемы репродуктивного здоровья, выработки эффективных соответствующих мероприятий организации медико-санитарной помощи трудовым мигрантам.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Мухамадиева С.М. Медико-социальные проблемы репродуктивного здоровья в Таджикистане и пути их решения. Автореф. дисс д-ра мед. наук.- Душанбе, 2002.-44с

2. Ярославцев А. С. Влияние некоторых медико-социальных факторов на репродуктивное здоровья женщин. Журнал проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. М. 2005. №5-с.14-16
3. Пачи Пиерелла. Гендерные проблемы в странах с переходной экономикой. Пер.с англ.- М. изд-во «Вес мир 2»,2003.-188с.
4. Курбанова Р.А Бекназаров М. Салеван Омар. Джалилова З. проект мобилизации общины в целях профилактики ВИЧ/СПИДА среди трудовых мигрантов и членов их семей/СПИД фонд Восток Запад, 2006,-195с.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ВНЕШНЕЙ ТРУДОВОЙ МИГРАЦИИ И АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН.

Каноатов Д.Я.

**Республиканский центр по формированию здорового образа жизни Министерства
здравоохранения Республики Таджикистан**

Социально-экономические, экологические и культурные, проблемы, в т.ч. миграционные процессы, свойственные переходному периоду, оказывают сдерживающие влияние на развитие здравоохранения и способствуют росту ряда социально-значимых заболеваний[3].

Переходный период сопровождался проведением трудных и болезненных для Республики Таджикистан реформ, которые повлекли за собой спад её промышленного и сельскохозяйственного производства, сокращение рабочих мест, безработицу, доходившую до уровня 30,0% от трудоспособного населения.

Названные процессы оказали решающие влияние на повышение удельного веса бедности, падение покупательной способности, что отразилось на показателях здоровья населения [2], отражавших рост инфекций передающихся половым путём (ИППП), включая ВИЧ/СПИД.

Для большинства экономически активного населения, прежде всего в возрасте 15-49 лет, характерным стал поиск дополнительных источников дохода для существования и удовлетворения минимальных потребностей своих семей, особенно в условиях гражданской войны и послевоенной разрухи.

В связи с этим, среди коренного населения усилилась внешняя трудовая миграция, прежде всего в Российскую Федерацию, Украину и Казахстан. С начала 90-х годов она нарастала за счет мужчин репродуктивного возраста, в основном, из сельской местности. В частности по данным Федеральной миграционной службы (РФ) в городе Москва и Московской области официально зарегистрированы 508 тыс. наших граждан.

На начало 2008 года, по данным экспертных оценок, общее количество внешних трудовых мигрантов из Таджикистана, выезжающих на заработки только в РФ, составляет более 1 млн. человек.

В данном контексте взаимоисключающие предложения о подходах к регулированию трудовой миграции базируется не только на кардинально различающихся концепциях, но и на количественных оценках, разброс которых вызывает обоснованные сомнения в их достоверности[1], свидетельствуя о слабой изученности происходящих процессов.

подавляющая часть наших граждан работающих в РФ, выезжают на заработки временно и, по ряду объективных и субъективных причин, не регистрируют в ней свое пребывание (часто потому, что не могут получить регистрацию), следовательно, не имеют законных оснований работать.

Общая число таджикстанцев, работающих в течение года составляет, по данным 2005 г. официальной статистики, около 0.6 млн. человек, из них более 100 тыс. составляют постоянно занятые (не менее 10 месяцев в год), около 400 тыс. – работают сезонно (5-9 месяцев в год) и более 25 тыс. человек- в течение 1-4 месяцев в год, т.е. спорадически в «горячий» сезон (весна-осень) и в «мертвый» сезон (осень-весна). Очень важен показатель среднего времени осуществления трудовой деятельности (7.1 месяцев), характеризующий степень интеграции, в т. ч. адаптации наших трудовых мигрантов, распределение потока которых в известной мере зависит от основных сфер занятости, масштабов и устойчивости «этнического» бизнеса, характера складывающихся мигрантских семей, численности диаспоры, включающей и выходцев из Таджикистана, имеющих российское гражданство. Трудовая миграция стала структурной особенностью не только экономики нашей республики, но и большинства стран Центральной Азии[7].

Внешние трудовые мигранты реально конкурируют с россиянами на рынках труда: «...более или менее значительная часть рабочих мест, занятых сегодня мигрантами (от 50 процентов в Москве до 30 процентов в регионах), уже стали чисто мигрантскими, т.е. «зарезервированы» за ними на долгие годы. Остальная часть рабочих мест «отвоевывается» мигрантами в конкурентной борьбе с местным населением» [6].

В связи с этим, очень многие мигранты заняты на непрестижных работах, в тех сферах занятости, куда не идут россияне, принято считать, тем не менее, что они отнимают

рабочие места и способствуют снижению уровня заработной платы местных работников. По данным исследования 2005 г., 35% респондентов отметили, что они относятся отрицательно к притоку мигрантов, т.к. последние занимают рабочие места, где могли бы работать местные жители, каждый пятый — потому что «мигрантам меньше платят, и они сбивают оплату труда местного населения» [4].

Однако, приток неквалифицированных рабочих выгоден, так как способствует снижению цен на товары и услуги, но невыгоден для квалифицированных, снижающих их заработки [2].

Средняя величина заработка зависит от сфер занятости, качества рабочей силы, территорий преимущественной занятости и других факторов. Наименьшая — среди мигрантов из Центральной Азии, в т.ч. наших сограждан занятых на самых неквалифицированных работах. Заработок зависит и от времени проведения обследований: средняя заработная плата в России возросла за последние четыре года почти втрое в долларовом эквиваленте.

В 2007 году официальные переводы мигрантов в Таджикистан составили 380 млн. долларов США, что составило 36,7% ВВП страны. По предварительным данным Национального банка, за 9 месяцев 2008 года по линии денежных переводов в страну поступило 349 млн. долларов США.

Средний ежемесячный размер переводов на родину существенно зависит от контингента временных трудовых мигрантов. Так, работающие на постоянной основе, тем более, если они живут с семьями, склонны больше тратить на текущее потребление в России, занятые сезонно и, тем более, спорадически, предпочитают ограничивать себя, довольствуясь минимумом и отказывая себе во всем — жилище, питании и медицинском обслуживании. Доля средств, отсылаемых на родину двумя последними группами мигрантов, существенно выше, чем постоянно работающих, и средний размер перевода составляет менее 100 долларов в месяц [5].

Масштабы трансфертов из России в конкретное государство определяются средним числом работающих в ней и средним размером переводов. Контрольными параметрами могут служить оценки национальных компетентных органов и международных организаций, ведущих подобного рода мониторинговые исследования (Всемирный Банк, МОМ, МОТ и др.) [1,8]. Достоверность этих оценок существенно зависит от доли трансфертов, пересылаемых легальным путем — через международные платежные системы, почтой и т.д.[5]. В Таджикистане основная часть трансфертов проходит через банки, установившие льготные ставки для такого рода переводов.

Судя по всему, средние заработки трудовых мигрантов близки к средней номинальной заработной плате в России. Так, средняя заработная плата незаконных мигрантов составляла 5338 рублей в июне 2003 года (около 176 долларов), при средней зарплате по стране 5591 рубль (184 доллара). По другому обследованию, 50% мигрантов считали, что их оплата труда такая же, как у местных работников[4].

Это вполне объяснимо, т.к. те мигранты, которые в силу квалификации, образования, сферы занятости не могут претендовать на российскую зарплату, компенсируют это более интенсивным трудом. Средняя продолжительность рабочей недели мигрантов составляет 53-66 часов [4]. Особенно распространена такая практика среди мигрантов, прибывших на заработки на небольшой срок. Исключение составляют трудовые мигранты из Средней Азии, в т. ч. наши соотечественники, занятые на самых тяжелых, неквалифицированных работах и нещадно эксплуатируемые работодателями. При этом даже за счет удлинения рабочей недели им не удастся выйти на средние заработки[8].

Если ориентироваться на последние в России в 2004 году (6828 рублей, 237 долларов), то заработки трудовых мигрантов из разных стран составили в 2005 году около 9 млрд. долларов. В этом случае их трансферты могут приближаться и к 4,0 млрд. долларов.

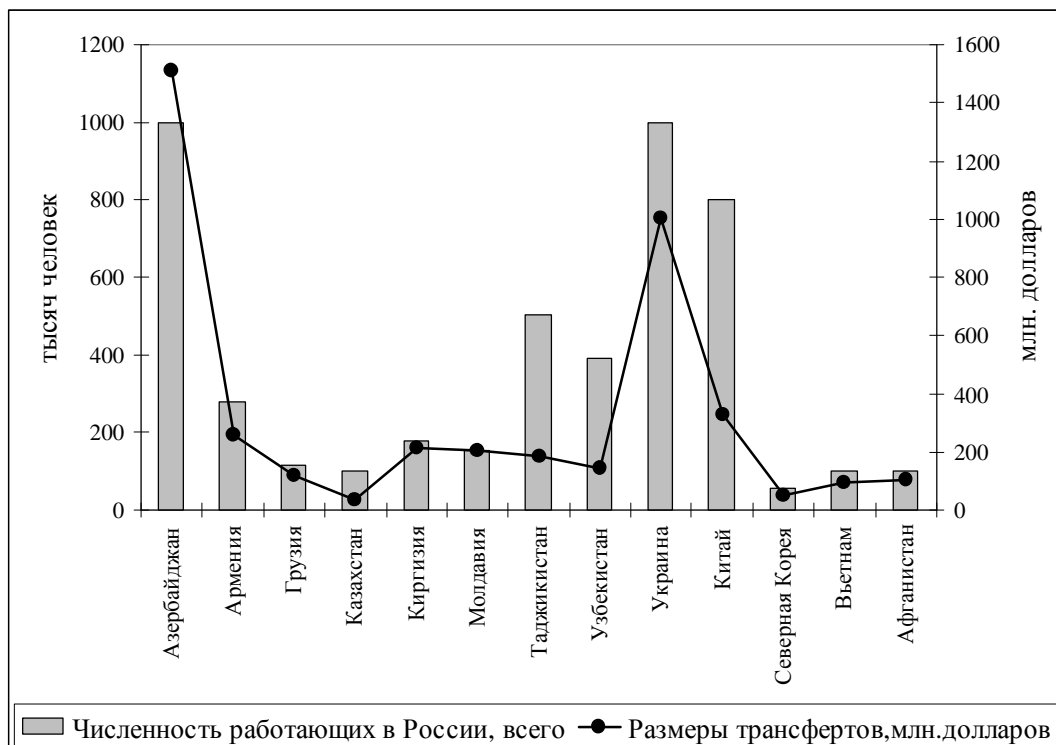


Рисунок 1. Оценочная численность трудовых мигрантов в России и их трансферты, по странам гражданства в 2005 году.

Как видно из рис.1 для многих государств трансферты мигрантов более значимы, чем официальная помощь и прямые иностранные инвестиции. Это не менее справедливо и для постсоветского пространства. Зависимость государств СНГ, в частности от России и Казахстана прямо пропорциональна роли трансфертов в их экономике[7].

Вместе с тем, внешняя трудовая миграция, кроме экономической целесообразности, имеет и негативные медико-санитарные последствия[2], обусловленные значительным распространением ВИЧ – инфекции, особенно в последние 5 лет, показатели которой выросли в несколько раз. Становится все более очевидным, что дальнейшее распространение эпидемии инфекции является угрозой для нашей национальной безопасности. В названные страны очень высокие показатели заболеваемости ИППП, включая ВИЧ/СПИДа

Данная проблема остается одной из наиболее острых для многих стран, в т.ч. для нашей республики, и требует безотлагательных мер для своего решения, что признано в принятой в 2001 году на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН «Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Следует отметить, что государства Центрально-Азиатского региона, в т. ч. Республика Таджикистан испытывают на себе действие общих факторов, оказывающих влияние на распространение ВИЧ/СПИД, таких как безработица; большая доля мигрирующего населения, транзит наркотических средств, рост числа наркоманов; обширный рынок сексуальных услуг; недостаточная информированность населения[6]. В отличие от других регионов, Республика Таджикистан до настоящего времени испытывает еще и экономические трудности, вызванные переходом от многолетних плановой экономики к рыночной и разрывом хозяйственных связей. В этой ситуации наша страна нуждается в помощи доноров для укрепления своей материально-технической базы и подготовки специалистов для различных ведомств, занимающихся вопросами противодействия ВИЧ/СПИД.

Основными факторами уязвимости трудовых мигрантов является, повышенный уровень рискованного поведения, смена половых партнеров, регулярное употребление алкоголя, обращение к секс-услугам, низкая санитарная культура, недостаточный доступ к профилактическим программам и медицинским услугам в стране пребывания.

Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции происходит, прежде всего, в особо уязвимой группе потребителей инъекционных наркотиков. Следовательно, нет сомнений в том, что Республика Таджикистан уже находится в концентрированной стадии ее развития с переходом в генерализованную, чему способствует не только опасное инъекционное, но и половое поведение отдельных групп населения, к которым относятся не только

потребители инъекционных наркотиков, но и работники коммерческого секса, гомосексуалисты, а также лица, находящиеся в местах лишения свободы. Что же касается внешних трудовых мигрантов, то они включены в Национальную программу по борьбе с ИППП и ВИЧ как уязвимая категория, и их удельный вес в структуре ВИЧ-инфицированных отражен в таблице №1.

Табл. №1

Удельный вес мигрантов в общей структуре официально зарегистрированных ВИЧ позитивных лиц в Таджикистане (абс. ч., %).

Годы	Зарегистрированные ВИЧ+, абс. ч.	ВИЧ+ Мигранты, %
2004	198	5,5
2005	189	10,6
2006	207	17,0
2007	339	14,1
Всего	1049	11,1

Как видно из табл. №1, за последние несколько лет (2004-2007гг.), удельный вес пораженных ВИЧ- инфекцией трудовых мигрантов увеличился в 2 раза. Все это требует принятия мер немедленного реагирования, и разработки системы мер длительной защиты от ВИЧ-инфекции. Вследствие этого, задачи, связанные с всемирно известными Целями развития тысячелетия, можно решить только при наличии высококвалифицированных специалистов, прежде всего в области эпидемиологии и гигиены, а также общественного здравоохранения[2,4]. Совместно с другими службами исполнительной власти они должны определять направленность усилий и эффективно распределять ограниченные финансовые ресурсы, расходуемые на охрану здоровья и жизни населения[3].

Следует подчеркнуть, что принятие «Декларации о приверженности делу борьбы со СПИД» явилось исторической вехой на пути борьбы с глобальной эпидемией. Правительства многих стран, в т. ч. Республики Таджикистан, совместно с международными партнерами приняли на себя обязательства по принятию неотложных стратегий по противодействию ВИЧ-инфекции, с указанием конкретных сроков их реализации.

В Таджикистане разработан и реализуется «Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2007-2010гг.», в соответствии с которой министерствами и ведомствами подготовлены отраслевые программы профилактики циркуляции ВИЧ.

Проблема ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов затрагивает все стороны общественной жизни, является социальным заболеванием, зависящим от экономики, политики и правовой базы государства, санитарной грамотности её населения, культурных ценностей, гендерного подхода, развития профилактических программ в каждом секторе нашей жизнедеятельности. Только совместными усилиями всех граждан страны возможно достижение успехов в профилактике и борьбе со СПИДом.

Таким образом, границы и степень нашей активности должны многократно расширяться и направляться на привитие нашему населению соответствующих знаний, а в целом на изменение поведения и повышение культуры в её особо уязвимых группах.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Биллеборроу Р.Е., Хьюго Г., Оберан А.С., Злотник Х. Статистика международной миграции: рекомендации по совершенствованию систем сбора данных. МОТ. Москва.: «Академия», 1999, с 316.
2. Глобализация, рост и бедность. Построение всеобщей мировой экономики /перевод с английского – М.: «Весь мир», 2004, с. 95.
3. Касиев Н.К. Стратегический анализ медико-биологических и социальных факторов в развитии заболеваний у жителей Кыргызстана. Журнал здравоохранение Кыргызстана. 1999. №1 с. 3 – 6.
4. Проблемы незаконной миграции в России: реалии и поиск решений (по итогам социологического обследования), 2004. с. 498.
5. Принудительный труд в современной России. Нерегулируемая миграция и торговля людьми. МОТ, Москва: 2004, с. 64. Согласно исследованию «Трудовая миграция и денежные переводы в РМ» (2003-2004) МОТ / Фонда Сорос-Молдова / Альянса микрофинансирования, И. Коваленко. Экспорт рабочей силы — зло или благо? // «Экономическое обозрение», Кишинев, № 18(562) / 14 мая 2004 г.
6. Тюрюканова Е. Трудовая миграция в России // «Отечественные записки», 2004, № 4, С. 62.

7. Dilip Ratha. Workers' Remittances: An Important and Stable Source of External Development Finance // Global Development Finance 2003, The World Bank. (2003), Chapter 7, p. 159
8. Mushad Hussain. Measuring migrant Remittances: from the Perspective of te European Commission, p. 3 – 4.

ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ТҮРҒЫНДАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫ ҮШІН ҚАУІПТІ ТЕХНОГЕНДІК ХИМИЯЛЫҚ ЖӘНЕ РАДИЯЦИЯЛЫҚ ФАКТОРЛАРЫ

Султаналиев Е.Т.

**С.Ж.Аспандияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университетінің жалпы
гигиена және экология кафедрасы**

Қазіргі гигиена ғылымының өзекті мәселесі адам өмір сүретін ортаның зиянды және қауіпті факторларын анықтау ғана емес, сонымен қатар олардың халық денсаулығына тигізетін қауіп-қатерін бағалай білу болып табылады. Қауіп-қатер туғызатын әртүрлі факторлар нақты елдің, аймақтың жағдайларына да тәуелді екенін ескеру қажет [1].

Қазақстан территориясында қаншама ондаған жылдар бойы ядролық сынақ полигондары болғандықтан, ядролық жарылыстар мен полигондарды ары қарай пайдалануға байланысты антропогендік факторлар қоршаған ортаға және полигонға жақын орналасқан халықтың денсаулығына потенциалды қауіп туғызады [2,3].

Қазақ жерінде ядролық жарылыстар Семей ядролық сынақ полигонында ғана емес, басқа полигондарда да, атап айтқанда, еліміздің батысында Атырау облысында орналасқан «Азғыр» ядролық сынақ полигонында да жүргізілгені бізге жақын уақыттан бері ғана мәлім болды. Әрі бұл полигонда ондаған жылдардан көп уақыт бойы «бейбітшілік мақсаттағы ядролық жарылыстар» жүргізілді деп білдік. Әртүрлі әскери-техникалық, соның ішінде, радиоактивті қалдықтарды көму үшін, ядролық жарылыстардан кейін түзілген және жиырма жылдан астам пайда болған, көлемі 240 мың м³ дейін жететін кейбір жер асты қуыстарын пайдалану нәтижесінде қоршаған ортаға әсер ететін антропогендік жүктеме одан әрі күшейді.

Осы жағдай Атырау облысы Құрманғазы ауданының «Азғыр» полигонына жақын орналасқан қоршаған ортаның радиациялық фонына, су объектілерінің сапасына, ауыз

суға, өсімдік және жануар текті тағамдық өнімдерге, сондай-ақ аймақ тұрғындарының денсаулығына да өз әсерін тигізбей қалған жоқ.

Біздің жұмысымыздың мақсаты «Азғыр» полигонына жақын тұратын халықтың сыртқы сәуленуге ұшырау мөлшерін бағалау және полигон шекарасынан 200км-дей қашықтықта орналасқан бақылау аулы Ганюшкиномен салыстырғандағы осы аймақтың тұрғындарының денсаулық жағдайына потенциалды қауіпті су факторларын, химиялық және радиациялық текті қауіп-қатер туғызатын азық-түліктік факторларды анықтау болды.

Зерттеу мақсатына жету үшін біз қазіргі лабораториялық әдістер (атомдық-абсорбциялық, радиоспектрометрлік) көмегімен полигон аймағының ауылды елді-мекендері мен бақылау ауылының негізгі ауыл шаруашылық өнімдерін (картоп, қызылша, сәбіз, дәнді дақылдар, ірі қара мал еті, бауыр, бүйрек, сиыр сүті), сондай-ақ су қоймалары суы мен орталықтандырылмаған сумен қамтамасыз ету көздерінің ауыз суы құрамындағы ауыр металдар, радионуклеидтер және т.б. элементтер мөлшерін анықтауға зерттедік. Судың ластану деңгейін гигиеналық бағалау Қазақстан Республикасында бекітілген төмендегі нормативтік құжаттарды пайдаланумен жүргізілді: Радиациялық қауіпсіздік нормалары (РХН-99), 2.6.1.758-99СЕ; «Радиациялық қауіпсіздікпен қамтамасыз ету бойынша қойылатын санитарлық-гигиеналық талаптар» №5.01030.03 СанЕжН; №3.02.002.04 Сан.-эпидЕжН «Орталықтандырылған сумен қамтамасыз ету жүйелері суының сапасына қойылатын санитарлық-эпидемиологиялық талаптар»; Сан.-эпидЕжН (13.05.05 ҚР ДМ №229 бұйрығы), «Орталықтандырылмаған сумен қамтамасыз ету жүйелеріне қойылатын санитарлық-эпидемиологиялық талаптар», азық-түлік өнімдерінің «Тағамдық өнімдердің қауіпсіздігі мен тағамдық құндылығына қойылатын гигиеналық талаптар». №4.01.071.03 СанЕжН (11.06.03 ҚР ДМ бұйрығы). Полигон аймағы тұрғындарындағы сіңірілген сәуленің мөлшері жұлынған тістер эмальдарының ЭПР-дозиметрия мәліметтері бойынша бағаланды. Тұрғындардың денсаулық жағдайы Қаз ҰМУ және Атырау облыстық денсаулық сақтау бөлімінің әртүрлі мамандарының қатысуымен жүргізілген, тереңдетілген кешендік медициналық тексерулердің деректері бойынша бағаланды. Осыдан кейін ХАК-10 сәйкес, жалпы аурушандық және оның құрылымы зерттелінді.

Осы аймақтың су қоймаларының суын негізгі санитарлық-химиялық және токсикологиялық көрсеткіштер бойынша зерттеу нәтижесінде келесідей су сапасынан ауытқулар анықталды: судың жалпы кермектігі нормативтен 1,05 тен 6,3 есеге дейін жоғары, кальций мен магний, 5,3ШРек дейін және 16,3 ШРек дейін; хлоридтер 1,3 тен 6,8 ШРек дейін; ал А-7, және А-9 алаңшаларға жақын жерлерде хлоридтер 64,15 тен 149,8

ШРек дейін; темір 1,2 ден 4,3 ШРек дейін; қорғасын 3,0 ШРек дейін болды, ал бақылауға алынған су қоймаларында бұл көрсеткіштер қалыпты жағдайға сәйкес.

Сондай-ақ, полигон аймағындағы көптеген елді-мекендер шахталық құдықтарының ауыз суы сапасы нормативтік көрсеткіштерге сәйкес емес: кермектілік бойынша – 1,1 ден 6,3 есеге дейін қалыптан жоғары, нитриттер – 15 тен 250 ШРек дейін, хлоридтер – 1,2 ден 8,6 ШРек дейін, магний – 1,5 тен 6,8 ШРек дейін; аммоний тұздары (Қоңыртерек ауылында) – 6 есе қалыптан жоғары, темір – 2,5 тен 2,8 ШРек дейін. Осы көрсеткіштер бақылау сынамаларында қалыпты мөлшерде болды, тек қана нитраттар мен темір 10,0 ШРек және 1,4 ШРек көрсетті.

Қорғасын «Азғыр» полигоны аймағының барлық елді-мекендерінің ауыз суында рұқсат етілген деңгейінен жоғары: 3,3 тен 6,3 ШРек дейін, ал бақылау сынамаларында – қалыпты мөлшерде болды; Кадмийдің мөлшері Азғыр және Қоңыртерек ауылдарында 3,0 ШРек және 9,8 ШРек көрсетті, ал бақылау сынамаларында анықталған жоқ.

Полигон аймағының көбіне жуық елді-мекендерінің және бақылау ауылының ауыз суында фтордың мөлшері беткей су көздеріндегідей (0,15мг/л-1,94мг/л) төмен болды: 0,15 тен 0,5мг/л, 0,26мг/л дейін, бұл аймақты тік шірігі бойынша эндемиялық аймаққа жатқызуға болады.

«Азғыр» полигоны аймағы су объектілерінің радиациялық ластануы ядролық жарылыстардың қуаттылығы мен сапасына байланысты болды. А-1 алаңшасының маңында (1,1кт, 79х37 ГБк) суммарлық бета-белсенділік КД (УВ) 2,3 есе жоғары болса, ал А-9 алаңшасының маңында (103кт, 270х37 ГБк) суммарлық альфа-белсенділік 34,6 КД (УВ) құрады. Полигонға жақын шахталық құдықтар ауыз суында суммарлық α және β -белсенділік бойынша 14,1 және 1,3 есе КД жоғары болды, ал бақылау сынамаларында – 7,0 ден (ф.Шакки) 141,0 дейін (ф.Майр) есе, және 1,25 тен (ф.Майр, ф.Шакки) 16,25 дейін (ф.Булак) есе жоғары.

Полигонға жақын су қоймалары суы мен шахталық құдықтар ауыз суының радионуклеидтік құрамы табиғи ғана емес, (радий-226, торий-232, уран-238) антропогендік те (стронций-90, цезий-137, плутоний-239+240) радиобелсенді элементтермен қамтамасыз етілгені анықталды.

Су қоймалары аулында плутоний – 239+240 бойынша КД аздап жоғары болды, ал стронций – 90 бойынша бақылау деңгейімен салыстырғанда – 4,2 есе жоғары. «Азғыр» полигонына жақын шахталық құдықтар суында цезий - 137 мен стронций – 90 РБД (ДУА) деңгейінен төмен болды (0,04Бк/л және одан төмен), ал Ганюшкино аулында антропогендік радионуклеидтер жоқ.

Біз «Азғыр» полигоны аймағының су объектілері құрамындағы металдардың көбі жабайы өсімдіктерден, бидайдан, арпадан, тамыржемістілерден (сәбіз, қызылша, картоп) табылғанын анықтадық. Дәнді дақылдардағы қорғасынның орташа мөлшері нормативті көрсеткіштерден 1,92 есе артық. Басқа металдар бойынша 1,1-28 есеге дейін МРД (МДУ) артқаны байқалды. Бақылау аулымен салыстырғанда қорғасын, кобальт, темір, мырыштың дәнді-дақылдардағы аса жоғары концентрациялары байқалды. Полигон аймағы бойынша орта есеппен қызылша мен сәбіздегі кадмий бойынша концентрациялық коэффициент 6,7 РД (ДУ) 168 РД (ДУ) дейін, қорғасын бойынша – 4,7 РД – 5,2 РД дейін; ал картопта олар – 4,2 РД және 2,78 РД. Осыған ұқсас коэффициенттер басқа металдар бойынша да анықталды. Жабайы өсімдіктерде көптеген металдар мен антропогендік радионуклеидтердің жинақталғаны, сондай-ақ, бақылау көрсеткіштерінен кадмий, никель, қорғасын, темір бойынша айырмашылықтары ($P < 0,05-0,01$) бары байқалды.

Жоғарыда аталғандармен қатар, полигон аймағының ірі қара малы (бауыр, бүйрек) мүшелерінде, еті мен сүтінде рұқсат етілген деңгейден артық мөлшерде (1,2 ДУ-6,1ДУ) негізгі токсиканттар жиналғаны анықталды, сондай-ақ, сынамалары ($P < 0,05-0,001$) олардың тағамдық және биологиялық тізбектер арқылы өтетінін (көшетінін) дәлелдеді. Сиыр сүтінде бақылау сынамаларымен салыстырғанда мырыш, қорғасын, кадмий, кобальт ($P < 0,05-P < 0,01$) жоғары концентрацияда, ал антропогендік радионуклеидтер (^{137}Cs және ^{90}Sr)- полигон аймағы сынамаларында ғана кездесті және РД (ДУ) шегінде.

Қазіргі гигиена ғылымының маңызды мәселелерінің бірі, қоршаған ортаның қолайсыз химиялық факторларының адам ағзасына шынайы жүктемесін анықтай отырып, оларды интегралды түрде бағалау болып табылады. Зерттелініп жатқан аймақта шынайы химиялық жүктемені (ШХЖ) бағалау кезінде ксенобиотиктердің ауыз су және жиі тамақтануда қолданылатын азық-түлік өнімдері арқылы ағзаға түсуі ескерілді. Сондай-ақ, зерттеу барысында осы аймақ тұрғындарының негізгі тағамдық өнімдерді орташа тәуліктік тұтыну мөлшері мен климаттық жағдайлар ерекшеліктеріне және ағзаға түскен токсиканттардың сіңірілу деңгейіне байланысты ересектер мен балалардың ауыз суын тәуліктік тұтыну мөлшері есепке алынды [4].

Токсикалық элементтердің ауыз су мен және негізгі тағамдық өнімдермен бір мезгілде ағзаға түсуінің шынайы жүктемесін бағалау ШХЖ орташа есеппен ауыр металдар бойынша 1,4-5,1 есеге, аммонийлік азоты бойынша-13,3 есеге табиғи радионуклеидтер бойынша-40,8 есеге бақылау деңгейлерінен жоғары екендігін дәлелдеді. Бұдан басқа, «Азғыр» полигоны аймағы тұрғындары ағзасына ауыз сумен түскен цезий-137-нің химиялық жүктемесі де анықталды.

Полигон аймағы тұрғындарының жалпы аурушандығын және оның құрылымын тереңдетілген медициналық тексерулер мәліметтері бойынша зерттеу, бақылау сынамаларынан 1,49-3,46 есеге артық, жоғары көрсеткіштер «Ас қорыту мүшелерінің аурулары», «Несеп-жыныс жолдары жүйесінің аурулары», «Қан айналу жүйесінің аурулары», «Қан, қан түзу мүшелерінің аурулары», «Психикалық және мінез-құлықтық бұзылыстар» және «Қатерлі ісіктер» сыныптары бойынша екендігі анықталды.

Аталған аурулардың «Азғыр» сынақ полигонының ауыз су тағамдық өнімдеріндегі басым токсиканттардың жалпы шынайы жүктемесіне сандық тәуелділігін бағалау көп факторлы регрессиялық талдау жүргізумен жүзеге асырылды, нәтижесінде математикалық модельдер қатары өңделді. Сонымен, шахталық құдықтар суындағы токсиканттар құрамына байланысты «Азғыр» полигоны аймағының барлық тұрғындары үшін көбірек негізделген $(R=0,93-0,96)$. «Қатерлі ісіктер» $(y=23,4+Fx28,9+Cdx1609,9+Pbx322,6+Cs^{137}x0,57837)$, «Қан айналу жүйесінің аурулары» $(y=462,8+кермектілік x0,4834+ Cs^{137}x6,3005)$, «Қан, қан түзу мүшелерінің аурулары» $(y=319,5+ Cs^{137}x3,1314+Cdx2046,4+Pbx1572,2)$, «Несеп-жыныс жолдары жүйесінің аурулары» $(y=359,4+Pbx2006,1+Cs^{137}x15,6)$ сыныптары бойынша аурушандық модельдері болып табылады.

Сондай-ақ, шахталық құдықтардың ауыз су мен өсімдік, жануар текті жергілікті тағамдық өнімдердің табиғи және антропогендік факторларымен корреляциялық байланыстардың ең жоғары мөлшерін анықтайтын, жалпы аурушандық бойынша модельдер де алынды: $Y=-0.091855+0.862271xCo1+(-0.00739)xCo1^2+(-42165.9)xSr+19126.57xSr^2+11605.7xTh+57971.05xTh^2+90301.01xRa+(-67151)xRa^2+70772.37xNH$.

Сонымен, «Азғыр» ядролық сынақ полигоны аймағы ауруларының ауыз суы мен тағамдық өнімдерінен табылған токсикалық элементтердің адам ағзасына шынайы химиялық жүктемесін бағалаудың біз алған нәтижелері, бақылау сынамаларымен салыстырғанда, олардың бір уақыттық және анағұрлым ұзақ әсерінің көп компоненттілігін дәлелдеді. Экологиялық қолайсыз аймақта тұратын тұрғындар денсаулығы үшін біріккен антропогендік қауіп-қатер факторларын бағалаудағы осы гигиеналық тәсіл тиімді және кеңінен қолданылуы қажет. Алынған нәтижелер полигон аймағындағы қоршаған орта объектілерін қорғауға және халық денсаулығын сақтауға бағытталған шараларды өңдеудің негізі болады.

ӘДЕБИЕТ:

1. Ю.А. Рахманин, С.М. Новиков, Г.И. Румянцев. Методологические проблемы оценки угроз здоровью человека факторов окружающей среды // Гигиена и санитария. – 2003.- № 6.- 5 – 10 б.

2. В.В. Шварц. Заболеваемость населения некоторых районов Павлодарской области, проживающих в зонах повышенного и минимального радиационного риска // Астана медициналык журналы. – 2007. - № 7 (43). – 142-145 б.

3. К.Н. Апсаликов О сочетании действия на население вредных факторов загрязнений окружающей среды в регионе Семипалатинского ядерного полигона // Сб. научн. работ Семипалатинского гос. мед. института и НИИ радиац. медицины и экологии. – Семипалатинск, 1995.– 32-38 б.

4. Р.Д. Габович, Л.С. Припутина. Гигиенические основы охраны продуктов питания от вредных химических веществ. – Киев: Здоровье, 1987. – 248 б.