

ШАГИ К ФОРМИРОВАНИЮ СТРАТЕГИИ ИННОВАЦИОННО-ИНВЕСТИЦИОННОГО РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Биртанов Е.А., Аканов А.А., Камалиев М.А.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Устойчивое развитие Казахстана опирается на прочный фундамент общественно-политических и социально-экономических реформ, проведенных за годы независимости под руководством Президента Н.А. Назарбаева. Ежегодные послания Главы государства, в которых сконцентрированы анализ достигнутого и перспективы предстоящего, обосновывают выбор пути к достижению общенациональных целей, среди которых: вхождение Казахстана в число 50-ти конкурентоспособных стран мира путем всесторонней модернизацию в конституционной, административной, экономической, финансовой и социальной сферах. В посланиях «Рост благосостояния граждан Казахстана – главная цель государственной политики (Астана, 6 февраля 2008 г.) и «Через кризис к обновлению и развитию» (Астана, 6 марта 2009 г.) Президент нацеливает на то, что основной задачей модернизации нашей республики, как современного, динамично развивающегося государства, является обеспечение высокого качества и достойного уровня жизни населения.

Приверженность Президента взятому курсу, последовательность и преемственность шагов в направлении ускоренной модернизации прослеживаются в послании народу Казахстана «Новое десятилетие – новый экономический подъем – новые возможности Казахстана», где сказано: «Здоровье народа – это неотъемлемая составляющая успеха Казахстана в достижении своих стратегических целей».

Поступательная динамика социально-экономического развития сквозь призму удовлетворения потребностей развития человеческих ресурсов проявляется в увеличении расходов государственного бюджета на здравоохранение, образование и социальное обеспечение и рост социальной инфраструктуры. Причем, по словам Президента, несмотря на нынешний мировой кризис, весь пакет социальных гарантий будет полностью обеспечен. Вместе с тем, должен быть обеспечен жесточайший контроль за использованием каждого тенге, выделенного из бюджета, а с нарушителей финансовой дисциплины – жесткий спрос по законам кризисного времени.

Объем государственных расходов на систему здравоохранения, включая медицинское образование, увеличился не только в абсолютном исчислении, но и в процентах от валового внутреннего продукта (ВВП), чтобы, следуя Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы, достичь 4%.

За прошедшее десятилетие, с 2000 по 2009 гг., построено 463 объекта здравоохранения; продолжается реализация Национальной программы «100 школ, 100 больниц»; введены в строй созданные по последнему слову техники и технологий медицинские центры мирового уровня. В отрасли реализован ряд прорывных инновационных проектов (медицинские кластеры, холдинг и др.), развивается государственно-частное партнерство за счет усиления социальной ориентированности бизнеса. Наряду со строительством новых организаций здравоохранения развивается материально-техническая база существующих, идет внедрение новых методов диагностики и лечения, оснащение высокотехнологичным оборудованием, порой имеющим аналогов в мире. Впервые в отечественной практике к больничному менеджменту привлечены иностранные специалисты. Готовится к внедрению систему финансирования и оплаты медицинских услуг, ориентированную на результаты.

В соответствии со Стратегическим планом развития Республики Казахстан до 2020 года, утвержденным Указом Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 г. № 922, повышение потенциала человеческих ресурсов предусматривается обеспечить за счет комплексной модернизации отечественных систем образования и здравоохранения и эффективного управления трудовыми ресурсами [1].

Без преувеличения можно утверждать, что проблемы модернизации отечественной системы здравоохранения стоят наиболее остро, поскольку являются следствием ее развития в сложных общественно-политических и социально-экономических условиях и лишь отчасти унаследованы от прошлой системы, а большей частью – впервые возникли в современной рыночной среде.

Отечественное здравоохранение, пройдя через несколько этапов кризисов, десятилетиями финансируемое по остаточному принципу, не обладающее гибкой структурой управления и переживающее внутренний кризис, оказалось не в состоянии быстро, адекватно и эффективно реагировать на быстро меняющиеся потребности общества. Среди проблем, накопившихся в отрасли: отсутствие ясной и четкой стратегии развития, основанной на базовых ценностях нового общества; отсутствие рыночных механизмов в здравоохранении, неэффективный менеджмент, техническая и технологическая отсталость, трудности с мониторингом и оценкой деятельности системы, органов и организаций здравоохранения, неразвитая информатизация, кадровая неуккомплектованность, незаинтересованность работников здравоохранения в результатах труда и др.

Не следует надеяться, что увеличение расходов на здравоохранение автоматически повлечет за собой избавление от бремени проблем. Несмотря на рост бюджетного финансирования и инвестиционной активности в здравоохранения, отставание в целом отечественного здравоохранения от ведущих экономически развитых стран наглядно видится в сопоставлении и сравнительном анализе показателей деятельности

Надо признать, что показатели общественного здоровья нельзя использовать в качестве характеристики преимуществ той или иной системы здравоохранения. Сдвиги в показателях общественного здоровья обусловлены не только и не столько функционированием системы здравоохранения, сколько

различными другими факторами, изучение которых позволит определить приоритеты в охране здоровья населения. Скорее, это объективное и достаточно четкое отражение глубоких процессов, происходящих на данной территории и формирующих здоровье населения.

Эксперты Всемирного банка, оценивая беспрецедентное улучшение состояния здоровья населения в XX веке, пришли к двум очевидным выводам: во-первых, экономическое развитие и рост доходов положительно влияют на улучшение здоровья населения, но не являются единственным ключевым фактором и, следовательно, единственной стратегией достижения прогресса в области охраны здоровья в будущем; во-вторых, основой для существенного улучшения здоровья, даже если доходы растут медленными темпами или стагнируют, является технический прогресс в самом широком смысле [1, с. 5-6].

Таким образом, все больше и больше исследователей приходят к выводу, что значительное улучшение здоровья человека в течение прошедшего столетия связано не столько с повышением благосостояния, сколько с ускорением технического прогресса. В данном случае технический прогресс означает любые достижения в области знаний, приводящие к практическому улучшению положения дел.

Международные эксперты отмечают, что расходы общества на здравоохранение неуклонно возрастают. Рост расходов на здравоохранение отчасти можно объяснить достижениями научно-технического прогресса в медицине, непрерывно возрастающим применением для лечебных и диагностических процедур не только сложного современного оборудования, но и новейших, дорогостоящих лекарственных препаратов. Однако в других экономически развитых странах, где техническая оснащенность здравоохранения не хуже, чем в США, доля расходов на здравоохранение значительно ниже.

Высокие технологии и инновации, как таковые, и связанное с ними удорожание медицинских услуг, не являются главными причинами значительного увеличения денежных расходов в области здравоохранения.

Несмотря на относительно благополучные показатели общественного здоровья США, в других экономически развитых странах (Япония, Финляндия, Швеция, Швейцария и др.), где финансовые затраты на систему здравоохранения значительно меньше, эти показатели существенно благоприятнее.

Считая справедливым требование постоянного развития медицинского обслуживания, признается обоснованным процесс наращивания финансовых возможностей отрасли, увеличения реальных объемов экономических ресурсов, выделяемых на ее функционирование и развитие. Однако, реальный процесс экономического обеспечения здравоохранения многих стран входит в противоречие с этими объективными требованиями. Главной задачей при этом становится ситуация, когда необходимо минимизировать затраты на производство максимального количества качественного продукта/медицинских услуг.

Таким образом, современное общественное здравоохранение нуждается в исследованиях, которые позволят преодолеть десинхронизацию между затратами и

эффектом здравоохранения и обеспечить баланс между инвестиционным и инновационным развитием системы.

Подобные исследования чрезвычайно актуальны для Казахстана, который только начинает вырабатывать собственное видение и представление об основных направлениях и приоритетах модернизации. Причем, учитывая необходимость масштабной реорганизации, модернизационный прорыв Казахстана должен быть системным, направленным на ускоренное устранение политического, технологического, интеллектуального, инфраструктурного отставания отечественной системы здравоохранения и обеспечение его конкурентноспособности.

Стратегия инновационно-инвестиционного развития здравоохранения должна включать:

- выбор и внедрение прогрессивных технологий;
- развитие новых экономических отношений, направленных на формирование рынка в здравоохранении;
- проведение ресурсосберегающей политики, рациональное использование имеющихся кадровых и материальных ресурсов;
- изучение и использование новых механизмов для увеличения ресурсов отрасли помимо госбюджетного финансирования, создание экономической заинтересованности для учреждений, предприятий, граждан в сохранении и укреплении здоровья;
- создание стимулов к заинтересованности работников здравоохранения в конечных результатах труда;
- многосекторальное сотрудничество, которое является единственным путем эффективного обеспечения предпосылок здоровья;
- создание системы рациональных, взаимовыгодных с экономической точки зрения взаимоотношений между организациями здравоохранения, предприятиями и гражданами;
- проведение политики, направленной на поощрение и равные возможности различных форм собственности в здравоохранении, расширение рынка медицинских технологий и медицинских услуг;
- формирование бизнес-климата, способствующего инвестиционной привлекательности здравоохранения для частных партнеров.

Литература:

1. Комментарий к Указу Президента Республики Казахстан «О стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года» // Казахстанская правда. – 2 февраля 2010 г., № 22 (26083). – С. 1.

2. Приоритеты в области здравоохранения / Джеймисон Д.Т., Бримэн Д.Д., Мишэм Э.Р. и др. – Всемирный Банк, Вашингтон, 2006. – 213 с.

Реструктуризации специализированной медицинской помощи населению Республики Казахстан.

Наржанов Б.А.

Национальный научный Центр Хирургии им.А.Н. Сызганова Министерства здравоохранения Республики Казахстан, г. Алматы.

В настоящее время в отрасли здравоохранения наблюдается снижение эффективности схемы организации медицинской помощи, сохранившейся ещё со времен советской системы здравоохранения, в основе которой лежал жесткий двухуровневый принцип построения, представленный двумя самостоятельными и мало интегрированными между собой структурами: амбулаторно-поликлинической и госпитальной системами. Больничный сектор отрасли здравоохранения в Казахстане отличается перегруженностью номенклатуры и отсутствием системного подхода к упорядочиванию этого процесса. Сложившаяся ситуация требует проведения анализа действующей сети, с целью дальнейшей разработки мероприятий по повышению ее эффективности и приведения в соответствие с современными международными нормами.

Целью исследования является анализ организационной схемы оказания стационарной помощи населению. В работе использованы статистические методы исследования. Объектом исследования является организация больничного сектора здравоохранения, в качестве материалов исследования использованы статистические данные Министерства здравоохранения РК, отчетные данные ННЦХ им. А.Н. Сызганова МЗ РК.

Обзор научной литературы показывает, что в развитых европейских странах функционирует иная – 3-4-х уровневая система организации медицинской помощи [1]. В настоящее время в Казахстане с технологической точки зрения поликлиника способна полноценно оказывать лишь консультативную помощь. Еще хуже дело обстоит с госпитальной помощью. Сегодня еще во многих стационарах одна и та же больничная койка в зависимости от потребностей пациента может работать и как интенсивная, и как общесоматическая, и как медико-социальная, и как реабилитационная и даже как гостиничная, особенно в сельской местности. Такую форму работы госпитальной койки вряд ли можно признать рациональной.

Анализ действующей нормативно-правовой базы, регламентирующей вопросы структуры системы оказания стационарной помощи показал, что часть нормативов сохранилась с советских времен и не соответствуют современным требованиям, принципам доказательной медицины и уровню развития медицинских технологий, часть нормативов вообще отсутствуют. В результате, в стране наблюдается большой разброс структурных параметров сети в разрезе регионов и между областями, а планирование новых больниц и инвестиции в реконструкции старых фактически производить нерационально. Поэтому на сегодняшний день критически важно создать полный комплект стандартов, охватывающих

весь комплекс вопросов, от нормирования сети до внутренней структуры медицинских организаций.

Проведенный анализ структуры и схемы организации стационарной помощи свидетельствует, что в больничном секторе Казахстана сохраняется нерациональное распределение больничных коек по уровням иерархии организации медицинской помощи (местный, районный, областной), в результате чего неудовлетворительно используются больничные койки в маломощных больницах и перегружены крупные многопрофильные больницы и специализированные центры. Отсутствует интеграция в деятельности служб здравоохранения и социального обеспечения в использовании маломощных стационаров для организации медико-социальной помощи населению. В силу концентрации специализированных видов помощи и новейших медицинских технологий в крупных учреждениях (на вышестоящих уровнях организации медицинской помощи) углубляется разрыв в качественных показателях стационарной помощи населению, проживающему в крупных городах и жителям небольших городских поселений и сельских местностей. При этом нерационально используются дорогостоящие больничные койки в специализированных отделениях в результате отсутствия организации системы долечивания больных и проведения восстановительного лечения в учреждениях (отделениях) соответствующего профиля.

Существующая система разделения больничных учреждений по коечной мощности, от которой зависит финансирование и формирование оплаты труда, является серьезным сдерживающим фактором реструктуризации коечной сети, особенно в звене первичной медико-санитарной помощи. Основой ее формирования должны стать показатели деятельности, отражающие конкретный объем и уровень медицинской помощи [2].

В результате анализа статистической информации можно сказать, что для условий первой половины XX века такая двух уровневая организационная модель была вполне приемлемой, так как создавалась она в ситуации крайне низкого уровня личной гигиенической грамотности и плохих социально-бытовых условий у большинства населения, отсутствия развитых транспортных коммуникаций и аптечной сети, слабой обеспеченности квалифицированными медицинскими кадрами, и т.п. По этой причине маломощные врачебные амбулатории и фельдшерские пункты на местах в основном занимались оказанием первичной медицинской помощи, выявлением хронических соматических и инфекционных больных, санитарной пропагандой и санитарным контролем мест общественного пользования.

В целом на обслуживание пациентов уходит из общих финансовых средств порядка 19,5 % на ПМСП, специализированную помощь – 76,8 % и на оказание ВСМП – 3,7 % всех расходов [2]. Эти диспропорции являются традиционными и требуют решения в ходе модернизации системы национального здравоохранения. Специализированная медицинская помощь должна быть выстроена так, что 60 % ее объема оказывалось на первом уровне – межрайонная (или межобластная) специализированная служба.

Таким образом, анализ больничной помощи населению свидетельствует о необходимости проведения реструктуризации схемы организации стационарной медицинской помощи населению.

Литература:

1. Н. Меляниченко «Здравоохранение России. Новая концепция организации и развития». – С-Пб. Изд. «Медицинская пресса», 2001. – 216 с.

2. Долгосрочная программа развития здравоохранения Республики Казахстан до 2020 года. - Астана, 2008. – 158.с.

Материнство в условиях эпидемии ВИЧ/СПИД

Тютенова Ж.А.-главный врач ГУ «Костанайский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД»

Проблема ВИЧ инфекции и материнства по своей значимости в общественном здравоохранении, акушерстве и педиатрии занимает одно из ведущих мест.

Наличие ВИЧ инфекции у женщин репродуктивного возраста, обуславливает необходимость изучения данной проблемы, факторов способствующих ее развитию, подходов к профилактике и оптимизации лечения и расширение научных исследований в области современного менеджмента в службе по проблемам ВИЧ/СПИД.

The problem of HIV infection in mothers and their relevance to public health, obstetrics and pediatrics is one of the leading places.

The presence of HIV infection in women of reproductive age, necessitates the study of the problem, factors contributing to its development, approaches to prevention and treatment optimization and expansion of research in the field of modern management in the service of HIV / AIDS.

Қоғамдық денсаулық сақтау, акушерліктегі маңыздылықтың беттеріншесінің инфекция және аналықтың ВИЧы және педиатрияның мәселесі бастаушы орындардан бір орналасады.

Инфекцияның ВИЧы бар болу балиғаттық жастың әйелдерінде, ВИЧ/СПИД мәселелер бойынша қазіргі менеджменттің төңірегіндесінің ғылыми зерттеулерінің қызметіндегі профилактикаға жолдардың факторларының оның дамыту себепші болатын осы мәселелерінің зерттеуін қажеттілік және емдеуді ықшамдау және кеңейту ескертеді.

На современном этапе развития Республики Казахстан как суверенного государства остро встает вопрос о развитии и совершенствовании научных исследований во всех областях медицины и, особенно в области менеджмента в здравоохранении.

Современный этап развития общественного здравоохранения характеризуется комплексным программно-целевым подходом к решению проблем здравоохранения,

широким освоением методологии системного подхода, переходом к практике организационных экспериментов. Такая государственная политика позволит осуществить основные принципы здравоохранения, как профилактика и общедоступность медицинской помощи. Вместе с тем, максимальное привлечение общественности и населения к вопросам охраны здоровья, солидарная и совместная ответственность государства и человека за его здоровье является первоочередной задачей. [1]

Новая модель здравоохранения XXI должна отвечать вызовам своего времени, среди которых болезни, связанные с образом жизни (в первую очередь, болезни системы кровообращения, злокачественные образования, болезни органов дыхания, травмы и отравления); болезни, связанные с рискованным поведением человека (инфекции, передаваемые половым путем, ВИЧ/СПИД, наркомании); болезни, связанные с нарушением среды обитания человека; болезни, связанные с миграцией, социальными конфликтами; болезни, прежде неизвестные науке. [2]

Здоровье – важный ресурс общества, а здоровье молодых людей является одним из основных показателей, который характеризует общество в целом. [3]

Из общей проблемы здоровья населения, своей медико-социальной, общественно-политической и экономической значимостью выделяется репродуктивное здоровье, поскольку оно напрямую связано со здоровьем новорожденных детей, а следовательно с будущим нации и государства. [4]

В настоящее время для нашей республики остро стоят вопросы защиты жизненных интересов населения – как сохранения численности, так обеспечения качества жизни. Особая роль при этом отводится государством женщинам, ибо от благополучия и состояния их здоровья зависит численность и здоровье будущих поколений. [5]

На сегодняшний день вопрос охраны репродуктивного здоровья не только актуален, но и является жизненно необходимым компонентом для развития любого государства в мировом сообществе.

В последние годы ряд публикаций ВОЗ посвящено процессам реформирования политики здравоохранения в новых независимых государствах, в том числе в области охраны репродуктивного здоровья. [6,7]

В соответствии с исследованиями, проведенным Всемирным банком и ВОЗ, проблемы репродуктивного здоровья представляют более 30 % общего времени болезней и инвалидности среди женщин, по сравнению лишь с 12 % среди мужчин. Проблемы, связанные с беременностью, деторождением, в мире представляют основную долю здоровых лет жизни, теряемых женщинами репродуктивного возраста, на втором месте находятся

болезни, передаваемые половым путем (БППП), на которые приходится 8,9 % бремени болезни женщин, по сравнению с 1,5 % у мужчин в той же возрастной группе. [8]

Казахстан, став полноправным членом ВОЗ, полностью присоединяется к его декларациям и при поддержке международных организаций в стране разработаны программы и руководство по охране репродуктивного здоровья.

Репродуктивное здоровье женщин в республике из года в год ухудшается, что продиктовало необходимость разработки Национальной политики охраны репродуктивного здоровья женщин, которая предусматривала решение следующих проблем: [9,10]

- охрана здоровья матери и ребенка
- безопасное материнство
- аборт и планирование семьи
- медико-генетическое консультирование
- предупреждение и лечение бесплодия
- предупреждение и лечение инфекций половых путей.

С другой стороны, для стран с высоким уровнем материнской и младенческой смертности и недостаточным уровнем охвата современными средствами регулирования рождаемости приоритетными проблемами являются незапланированная беременность, аборт, нерациональное репродуктивное поведение, небезопасное материнство, инфекции, передаваемые половым путем. [11,12,13,14]

Медико-биологические и социально-демографические исследования, показывают, что рождение ребенка определяется ее репродуктивным поведением. [15,16,17,18]

Одним из существенных элементов репродуктивного поведения является контрацептивное поведение. Контрацепция позволяет женщинам определить число детей, сроки их появления на свет и дает возможность жить с уважением и достоинством. [19,20]

Практикой доказана тесная взаимосвязь между репродуктивным поведением женщины и состоянием здоровья ее и ее ребенка.

Рост количества женщин среди людей, живущих с ВИЧ, является тревожной тенденцией, этому вопросу уделяется самое пристальное внимание.

Целый пласт проблем связан с профилактикой распространения ВИЧ-инфекции. Люди должны владеть всем объемом информации, начиная с того, как не заразиться, до того, куда обратиться за помощью и как вообще относиться к этой проблеме. Недаром говорят, что предупрежден – значит вооружен. В отношении ВИЧ-инфекции профилактика является самым мощным оружием.

Костанайская область продолжает занимать пятое место в республике Казахстан по темпам распространения эпидемии ВИЧ/СПИД. По состоянию на 01.01.2010 г. в области

официально зарегистрировано 842 случая ВИЧ-положительных людей, среди них дети до 14 лет – 9.

Если в 2000г. женщины составляли 30,2%(16), то сейчас официально зарегистрированных ВИЧ-положительных женщин–38,7%(55). На фоне инъекционного употребления наркотиков в 2000 г.- 100%(16), растет количество случаев инфицирования половым путем, имеется тенденция к снижению парентерального – 32,7%(18) и повышению полового пути передачи среди ВИЧ-инфицированных женщин – 61,8%(34).

С учетом роста доли лиц, инфицировавшихся ВИЧ через половые контакты, чьи сексуальные партнеры не являются потребителями инъекционных наркотиков, значительно возрастет число инфицированных женщин. В свою очередь, прямо пропорционально возрастет и количество детей, рожденных ВИЧ-положительными матерями.

С нарастающим итогом по области зарегистрировано 66 родов у ВИЧ-инфицированных женщин, во время беременности и родов от матерей инфицировались пятеро детей, важно отметить, что при обычных родах вероятность ВИЧ-инфицирования ребенка колеблется от 14% в странах Европы до 45% в Центральной и Южной Африке, составляя в среднем 25% [21].

По области у 66 ВИЧ-инфицированных матерей, четверо детей умерли до 1 года, в том числе трое с неустановленным ВИЧ статусом, а с диагнозом СПИД умер один ребенок. СПИД у детей - одна из 6 наиболее частых причин смерти. В Африке она стоит на первом месте. В Европе не более 20% ВИЧ-положительных детей доживают до 10-летнего возраста. В Замбии около 50% ВИЧ-положительных детей умирают в возрасте до 2 лет.

Исследования показали, что ВИЧ может быть передан плоду даже на сроке 8 недель, поскольку его находили в абортированном плоде. Однако в основном, передача вируса происходит на поздних сроках беременности или около периода родов. Эта уверенность частично основана на том факте, что некоторые младенцы не имели признаков ВИЧ-инфекции при рождении, и это позволило предположить, что они были инфицированы прямо перед рождением или в процессе родов.

Инфицирование может произойти тремя способами — во время нахождения плода в утробе матери, в процессе родов (при контакте ребенка с инфицированными биологическими жидкостями матери) либо через грудное молоко при кормлении ребенка.

Инфицирование детей происходит возбудителем ВИЧ-инфекции ретровирусом, известным в настоящее время в Европе, США как ВИЧ-1. У некоторых жителей Африки, больных СПИД, выделен ВИЧ-2 [22, 23, 24]. ВИЧ может быть выделен из различных жидкостей организма человека: крови, вагинальных выделений, грудного молока, спермы, слюны, слезной жидкости [25]; при беременности - из амниотической жидкости [23].

Потенциальными факторами, способствующими клиническим проявлениям ВИЧ-инфекции, являются генетическая предрасположенность, наличие сопутствующих заболеваний, вызванных [цитомегаловирусом](#) и [вирусом Эпштейна-Барр](#), гипотрофия и другие. [24].

По литературным данным, инфицирование детей происходит внутриутробно (вертикальная трансмиссия - через плаценту, горизонтальная - через вагинальные пути) - 80%; при гемотрансфузиях - 15-18%; среди больных, инфицированных при трансфузии, 5% имели в анамнезе [гемофилию](#). [23] Л. Бэк и К. Ян [26] изучили детально передачу ВИЧ от инфицированной матери к плоду (вертикальная трансмиссия) и установили, что имеются три принципиально возможных пути передачи инфекции через маточно-плацентарную систему:

1) свободный вирус, проникая через плацентарный барьер, инфицирует T₄-рецепторы лимфоцитов плода;

2) первично инфицируется плацента, вторично - плод; носителями вируса являются клетки Хефбауэра плаценты, в которых, возможно, и происходит диаплацентарная передача;

3) переход ВИЧ в родах от матери из пораженных клеток области шейки матки и влагалища через слизистые оболочки плода. [26]

Известно, что 75-80% ВИЧ-инфицированных детей получили вирус по вертикали от матери в процессе вынашивания беременности, родов или вскармливания грудью. [24] Так как в большинстве случаев (80%) у детей имеется врожденная ВИЧ-инфекция, этот диагноз устанавливают в 50% случаев в возрасте до 1 года, в 82% - в возрасте до 3 лет. [24]

Клинические проявления СПИД у детей, инфицированных через мать, манифестируют на 1-2-м году жизни. [27] Симптомы заболевания появляются у детей, как правило, уже в возрасте 4-6 месяцев. Лимфаденопатия и гепатоспленомегалия, как правило, имеют место уже с рождения, в возрасте 0-1 месяца нередко развиваются инфекционные заболевания. [24] Клиническими признаками являются потеря массы тела, задержка физического развития, [анемия](#), хроническая [диарея](#), [интерстициальная пневмония](#). У новорожденных различают 2 типа клинического течения ВИЧ-инфекции: первый характеризуется резкой задержкой развития и появлением пневмонии, вызванной пневмоцистой, в течение первых 6 месяцев жизни. При втором типе развитие ребенка в первые месяцы жизни нормальное, и СПИД проявляется позднее (к 15 месяцам) оппортунистическими инфекциями, чаще вызванными герпес-вирусами или цитомегаловирусом. Большинство больных детей умирают к 36 месяцам; 50% детей, рожденных от инфицированных ВИЧ матерей, умирают в течение первых 2 лет жизни [31].

Диагностика носительства ВИЧ у новорожденных возможна с 15-й недели беременности, когда начинает обнаруживаться внутриутробная передача инфекции. Окончательный диагноз у новорожденных раннего периода может быть поставлен только в

случае обнаружения ВИЧ в культуре клеток или при выполнении специфических кДНК-тестов на выявление генома вирусов в лимфоцитах ребенка. В более позднем возрасте наличие антител к ВИЧ, особенно в высоком титре, или выделение РНК вируса из лимфоцитов периферической крови является основой диагноза [31].

У детей же, инфицированных при гемотрансфузиях, период между переливанием крови и установлением диагноза ВИЧ-инфекции составляет в среднем 19,5-24 месяца [24], у детей грудного возраста - в среднем 8 месяцев. Изучение путей заражения ВИЧ у детей показало, что в литературе имеются сведения о случаях передачи ВИЧ через материнское молоко при кормлении грудью. [23] Доказана возможность передачи ВИЧ от инфицированной женщины ребенку и наоборот - инфицирования женщин от зараженных детей при кормлении их грудью. По данным [21], из более чем полумиллиона новорожденных с вертикально полученной ВИЧ-инфекцией около 200 000 заразились, получив ВИЧ с грудным молоком, поэтому рекомендуется перевод ребенка на искусственное вскармливание. [21]

Признано, что все ВИЧ-серопозитивные женщины не должны кормить грудью своих детей; рекомендуется также проверять на антитела к ВИЧ доноров и кормилиц при грудном вскармливании. Кроме того, в литературе имеются единичные сообщения о возможности передачи вируса СПИД посредством укуса. Однако риск заражения СПИД при укусах инфицированными детьми раннего возраста очень мал. [23,28]

Принято считать, что каждая женщина при серопозитивности ВИЧ(+) является потенциальным переносчиком ВИЧ. [29, 30] Кроме того, не исключена возможность, что беременность ускоряет проявления СПИД. [31] На течение родов СПИД не влияет. Для уменьшения риска передачи ВИЧ в родах новорожденным применяют [кесарево сечение](#), поскольку контакт плода с кровью матери в этом случае становится минимальным. [26,31]

Для своевременного выявления ВИЧ-инфекции и назначения профилактического курса противовирусных препаратов все беременные женщины обследуются на ВИЧ-инфекцию дважды — при первичном обращении в женскую консультацию по поводу беременности и в третьем триместре беременности, если инфицирование не было выявлено при первом тестировании. Женщины, не обследованные на ВИЧ во время беременности или обследованные один раз, обследуются в роддоме экспресс-методом.

Ключевыми факторами передачи является вирусная нагрузка матери, количество клеток CD4, а также общее развитие болезни, вызванной ВИЧ.

Все возможные способы снижения риска передачи инфекции ребенку имеют своей целью снизить вирусную нагрузку матери и свести к минимуму возможный контакт ребенка с инфицированными биологическими жидкостями матери, такими, как секреторные выделения из шейки матки или влагалища, кровь, грудное молоко. Если женщина принимает

все эти меры предосторожности, возможно снизить риск в значительной степени. Однако, риск, связанный с прохождением антиретровирусной терапии (АРТ) и с кесаревым сечением, как для матери, так и для ребенка, существует и должен обсуждаться. Долговременные последствия приема сильнодействующих препаратов ВИЧ-негативным ребенком до сих пор неизвестны.

Следовательно, на увеличение риска заражения ребенка влияют многие факторы: общее состояние здоровья матери, количество вируса в крови матери, употребление наркотиков, наличие инфекций, передающихся половым путем.

Женщина должна понимать, что для решения у нее есть строго определенное время, и понимать, с чем это связано. Так, например, существует значительная разница между прерыванием беременности на ранних и на поздних сроках. К сожалению, женщина, которая проходит тестирование в женской консультации, не сможет узнать результата, пока срок беременности не достигнет 14 недель. Это может означать позднее прерывание беременности при помощи искусственных родов. А что она сама думает о прерывании? Есть ли у нее определенные религиозные убеждения, которые могут повлиять на ее решение? Какую поддержку она сможет получить в случае прерывания беременности? ВИЧ-позитивные женщины, которые решают прервать беременность, нуждаются в психологической помощи и консультировании так же, как и другие женщины, недавно пережившие прерывание беременности, а также женщина должна смириться с информацией о ВИЧ статусе, особенно если он выявлен только недавно.

Если эта беременность прервана, каковы шансы снова забеременеть? Насколько важно для этой женщины иметь детей? Есть ли у нее другие дети? Знает ли ее партнер (если он есть) о ее ВИЧ статусе? Что он думает по поводу продолжения беременности? Какую поддержку может предложить? Тестировался ли он сам? Хочет ли он пройти тестирование? Какую поддержку она получит, если продолжит беременность? Что это может значить для ее будущего? Кто позаботится о ребенке, если она или ее партнер будут плохо себя чувствовать? Как они справятся со своим нездоровьем?

Для женщины с ВИЧ вопросы контрацепции могут быть даже более актуальными, чем для остальных. Внутриматочная спираль (ВМС) - не лучшее средство предохранения для женщин с ВИЧ, так как может облегчить путь инфекциям в матку. При этом ВМС все же лучше, чем аборт... В данном случае необходимо шире использовать средства контрацепции как презерватив, он снижает риск передачи инфекций, передаваемых половым путем и нежелательной беременности.

Родить ребенка или прервать беременность - это решение остается за парами. Никто не имеет права оказывать давление. Но к этому вопросу нужно подойти со всей ответственностью, учитывая, что:

-здоровье может ухудшиться в результате беременности и родов. Бессимптомная ВИЧ-инфекция может перейти в стадию СПИДа.

-ребенок может родиться с ВИЧ-инфекцией.

Риск рождения ребенка с ВИЧ можно максимально снизить, сочетая антиретровирусные препараты, своевременное лечение инфекций родовых путей, снижение длительности родов, или кесарево сечение до начала родов.

Таким образом, вероятность заражения ребенка от ВИЧ-инфицированной матери составляет в среднем от 25 до 35%. Однако при проведении своевременных профилактических мероприятий в полном объеме риск заражения снижается до 1 — 2%, то есть только один ребенок из 100 рожденных может заразиться от ВИЧ-инфицированной матери. Поэтому очень важно в ранние сроки обратиться в женскую консультацию и наблюдаться в течение всей беременности у акушера-гинеколога совместно со специалистами областного центра СПИД.

Стратегия по управлению репродуктивным поведением ВИЧ-положительных женщин, может реально уменьшить риск ее распространения и обеспечить охрану репродуктивного здоровья.

Литература:

1. Указ Президента Республики Казахстан № 1438 от 13 сентября 2004 года утверждена Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 г.г.
2. Кульжанов М.К., Руководство и управление противотуберкулезной службой //Контроль за туберкулезом и внедрение стратегии ДОТС в Казахстане,-Алматы,2000
3. Kohler I...Child Public Health. A new basis for child health workers. Europcan Journal of Public Health.1998.8(3), 253-255.
4. Н.М.Мамедалиева. Основные направления в политике охраны репродуктивного здоровья женщин. Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии, Алматы, 2005-с.13-16
5. Нукушева С.Г. Управление репродуктивным здоровьем женщин в современных условиях Казахстана: Дисс....д-ра мед. Наук.- А., 2003.
6. Кеттинг Е. Планирование семьи в Центральной Азии (точка зрения специалистов в области здравоохранения)//Планирование семьи в Европе.-1996.-№2.-с.21-26.
7. Brandrup-Lucanow A.WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health//Entre

- Nous. The European Magazine for Sexual and Reproductive Health.-2001.-№50.-p.4-6.
8. Family Planning and Reproductive Health in CCEE / NIS. WHO, 1995
 9. Дуйсекеев А.Д., Каюпова Н.А. Национальная политика охраны репродуктивного здоровья женщин в Казахстане, - Алматы, 1996-с.3-16
 10. Каюпова Н.А. Проблемы репродуктивной медицины// Материалы VI съезда акушеров-гинекологов Казахстана.-Алматы, 2000.-с.3
 11. Кулаков В.И. Состояние репродуктивного здоровья населения России//Планирование семьи.-1999.-№4.-с.3-8
 12. Country profiles IPPF, European Region, 1997.-с.2-5
 13. Здоровье населения в Европе. Отчет о мониторинге деятельности по достижению здоровья для всех в 1993-1994 годах.- Копенгаген, 1994.-№56 европейская серия.-с.16-17.
 14. WHO Regional Office for Europe 1995. Highlights on womens health in Europe. – Copenhagen: World Health Organization, 1995.-75p.
 15. Каюпова Н.А., Бикташева Х.М. Аборт и планирование семьи.-Алматы. 1997.-с.36-42.
 16. Джусубалиева Т.М. Медико-социальные технологии управления репродуктивным здоровьем в условиях крупного города. Автореф.дис.канд.-Алматы, 2001.-26с.
 17. Barbieri M., Blum A. et al. Mortality, fertility use of contraception and family policies in Usbekistan. Population Studies. – Tashkent, 1996.-p.69-88.
 18. Kazakhstan Demographic and Health Survey 1995. Summary Report. – Almaty, 1996.-p.16-20
 19. Menta S.Contraception and Womens Health// International Journal of Gynecology and Obstetrics.-1994.-№46-p.165-171.
 20. Дети риска в Центральной и Восточной Европе: угрозы и надежды. -ЮНИСЕФ, 1997.-с.27.
 21. Чайка Н.А. СПИД-статистика. Современные данные о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИД (по мат эпид бюлл ВОЗ). СПИД, секс, здоровье. Ст-Петербург 1998; 1: 25-26; 1999; 1: 30-32; 3: 14-15; 4: 6, 32.
 22. Эмонд Р., Роуланд Х., Уэлсби Ф. Инфекционные болезни (цветной атлас). Пер. с англ. М: Практика 1998; 272-297.
 23. Неонатология. Под ред Т.Л. Гомеллы, М.Д. Каннигам. Пер. с англ. М: Медицина 1998; 403-407.
 24. Falloon J., Eddy J., Wicner L., Pizzo P.A. Human immunodeficiency virus infection in children. J Pediatr 1989; 114: 1: 1-30.
 25. AIDS and the Newborn: Report on a WHO Consultation 9-10 april 1987. Copenhagen 1987; 20.

26. Бэк Л., Ян К. Женщины и СПИД - современное состояние вопроса. Акуш и гин 1990; 12: 48-50.
27. Rogers M.F., White C.R., Sanders R. et al. Lack of transmission of human immunodeficiency virus from infected children to their household contacts. Pediatrics 1990; 85: 2: 210-214.
28. Shirley J.R., Ross S.A. Risk of transmission of human, immunodeficiency virus by bite of an infected toddler. J Pediatr 1989; 114: 3: 425-427.
29. Акушерство и гинекология. Пер. с англ. М: Гэотар медицина 1998; 191-194: 431-432.
30. Неонатология. Под ред Т.Л. Гомеллы, М.Д. Каннигам. Пер. с англ. М: Медицина 1998; 403-407.
31. Ramachandran P. HIV infection and maternal and child health. Ind J Pediatr 1988; 55: 3: 341-351.

Первичная инвалидность и реабилитация.

Даулбаева С.А., КГКП «Шуская Региональная Поликлиника»

На современном этапе развития Казахстана решение проблем инвалидности и инвалидов является одним из приоритетных направлений социальной политики государства.

Узловыми моментами в решении данной политики являются:

- профилактика инвалидности;
- социальная защита, в том числе реабилитация инвалидов.

Актуальность проблемы определяется наличием в социальной структуре общества значительного количества лиц, имеющих признаки инвалидности, что подтверждается данными официальной статистики. По данным Всемирной Организации Здравоохранения уровень инвалидности в мире в среднем составляет 10%, то есть каждый десятый житель планеты является инвалидом. Согласно информационно–справочному материалу Министерства иностранных дел Российской Федерации, в Китае 5% населения являются инвалидами, в США 19%, в России 7% населения относятся к этой категории.

В Казахстане по данным Министерства труда и социальной защиты населения по состоянию на 01.01.2009 год - численность инвалидов всей категории составила 466,3 тысяч населения (3% населения страны). Для изучения общего контингента инвалидов было проведено сплошное исследование в Республике Казахстан за период с 2001 по 2009г.г. при содействии Министерства труда и социальной защиты населения РК. Единицей наблюдения являлось лицо, признанное инвалидом и проживающее в нашей стране. А объектом исследования являлась популяция инвалидов населения республики.

Изучение первичной инвалидности в период с 2001 по 2009 гг. свидетельствуют о снижении абсолютной численности впервые признанных инвалидами (ВПИ) за анализируемый период.

Таблица 1. Количество ВПИ в отдельных регионах РК за 2001-2009 г.г.

Наименование	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.
РК	49027	46727	44658	42819	43957	43810	42760	44650	45420
Жамбылская область	2771	2481	2771	2654	2834	2833	2684	2732	2692
Шу	60	58	59	62	53	54	51	61	51

По уровню ВПИ что по Жамбылской области так и в г. Шу значительной динамики не отмечалось.

Таблица 2. Интенсивный показатель первичной инвалидности на 10000 населения за 2001-2009г.г.

Наименование	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.
РК	32,7	31,2	29,9	28,4	28,8	28,5	27,7	28,2	28,4
Жамбылская область	28,1	25,3	28,2	26,7	28,3	26,1	26,4	26,8	26,9
Шу	26,3	26,1	26,2	26,4	25,6	25,7	25,3	26,4	25,3

Интенсивный показатель по Жамбылской области колебался с 25,3 до 28,3 на 10000 жителей, в г. Шу 25.3 до 26.4.

Таблица 3. Анализ первичной инвалидности среди взрослого населения за 2001-2009г.г.

Наименование	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
РК	35,6	34,4	32,6	32,1	32,1	33,3	33,6
Жамбылская область	33,8	33,8	33,9	33,7	33,7	33,7	33,7
Шу	17,6	16,8	15,4	14,9	12,8	14,7	12,8

В этой таблице показано сравнение г. Шу с Жамбылской областью по первичной инвалидности на 10000 населения. Официальная статистика располагает надежными данными лишь о причинах первичной инвалидности взрослого населения старше 16 лет. Данный показатель уровня первичной инвалидности имеет тенденцию к снижению.

Анализ контингента ВПИ среди взрослого населения с учетом классов болезни по МКБ 10 пересмотра свидетельствуют о том, что традиционно наибольший удельный вес в структуре первичной инвалидности на протяжении многих лет занимают болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, травмы и психоневрологические расстройства. Динамика первичной инвалидности по сердечно-сосудистым заболеваниям составила в 2001 г. – 21,5%, 2002 г. – 22,8%, 2003 г. – 23,6%, 2004 – 23,8%, 2005г. – 22,5%, 2006г.- 22,5%, 2007г. – 23,8%, 2008г. – 23,7%, 2009г. - -23,9%.

Стабильно высоким также остается число первичных инвалидов вследствие злокачественных новообразований. Так, уровень ВПИ по данным нозологии 2001 г. – 16,8%, 2002 г. – 17%, 2003 г. – 17,3%, 2004 – 17,9%, 2005г. – 15,9%, 2006г.- 16,4%, 2007г. – 16,9%, 2008г. – 17,9%, 2009г. - 18,2%.

Третье ранговое место в структуре первичной инвалидности с тенденцией к продолжающемуся росту занимают травмы, также как и по Республике Казахстан. В 2001 году уровень первичной инвалидности среди травм составил 11%; в 2002г -11,2.%; в 2003г.- 11,8%; в 2004г.-12,3%; в 2005г.-12,9%; в 2006-2009 годы - 14,5%, 14,8 %, 15 %. Наряду с вышеизложенным отмечен рост психоневрологических расстройств и туберкулеза.

Рассматривая уровень ВПИ среди взрослого населения за анализируемые годы, можно сделать вывод, что ведущими нозологиями в структуре первичной инвалидности остаются заболевания органов кровообращения, злокачественные новообразования, травмы, психоневрологические расстройства и туберкулез.

Структура инвалидности по тяжести в разные годы различна: в контингенте больных с первой категорией в 2001 году она была равна 11,2%, но затем существенно начала снижаться до 8,4 % в 2009 году. Аналогичная тенденция прослеживается и у контингента больных, которым устанавливалась вторая группа инвалидности с 60% в 2001 году до 44,5% в 2009 году. Наиболее заметная динамика отмечалась среди инвалидов третьей группы. Рост инвалидов третьей группы с 2005 года был обусловлен существенными изменениями в законодательной базе и введением в республике Закона «О социальной защите инвалидов», регламентирующего права инвалидов на реабилитацию и полноценную интеграцию в общество, что способствовало увеличению роста инвалидов с 28,8% в 2001 году до 47,1% в 2009 году. Возрастная структура первичной инвалидности, в основном, была до 80% в возрасте от 15-60 лет. С 2005 года после выхода Закона увеличилось количество инвалидов пенсионного возраста до 40%.

Основной причиной инвалидности лиц пенсионного возраста являются болезни системы кровообращения, дающие до 75% случаев.

В данной статье рассмотрены три ведущие причины инвалидности:

1. вследствие болезней системы кровообращения;
2. в результате злокачественных новообразований;
3. травмы, которые, как известно, являются главными причинами смертности населения.

Учитывая то, что ежедневно по данным мировой статистики 23 тысяч человек становятся людьми с ограниченными возможностями важное значение приобретает реабилитация инвалидов и пожилых.

Решение проблем инвалидов, их медико-социальная реабилитация и интеграция в общество, проблема восстановительного лечения и реабилитация больных и инвалидов является предметом международного сотрудничества.

Сложившаяся медико-социальная ситуация требует системного и комплексного подхода. Четко налаженная система реабилитации в странах Западной Европы, активное участие правительства этих стран, общественных организаций и самих инвалидов привели к высокой степени интеграции в общество. Наша реабилитация, несмотря на разработанную Программу реабилитации инвалидов, сводится пока только к выдаче инвалидам технических вспомогательных (компенсаторных) средств, по показаниям санаторно-курортное лечение, средства передвижения (кресло-коляски), протезно-ортопедическая помощь, социальная помощь на дому. Несмотря на увеличение объема финансирования, количество инвалидов, интегрированных в общество, остается прежним.

Отсутствие определенных критериев диагностики и лечения, определения резервного потенциала и прогноза у инвалида, имеющего свои специфические особенности, определяющиеся как статусом инвалида, так и конечной целью реабилитации, создают ряд трудностей и проблем.

Ежегодно разрабатываемые ИПР не отвечают таким стандартам, как надежность, так как результаты не измеряемы, не определяется ожидаемая эффективность, нет оценки

удовлетворения инвалидом оказанной реабилитационной помощью. Все это является следствием отсутствия оценки качества реабилитационной помощи, современного взгляда на сущность.

Проанализировав ситуацию по городу Шу Жамбылской области, можно сделать выводы, что ведущими нозологиями в структуре первичной инвалидности остаются заболевания органов кровообращения, злокачественные новообразования, травмы.

Увеличилось возрастная структура первичной инвалидности лиц пенсионного возраста, причина инвалидности болезни системы кровообращения до 75% случаев.

Для обеспечения быстрой интеграции инвалидов в жизнь общества необходимо:

1. Проведение комплексной реабилитации, включающей медицинские, социальные и профессиональные аспекты для достижения приемлемого качества жизни инвалидов.
2. Стандартизация реабилитационных программ, признание государством значимости реабилитационного процесса не только для самого инвалида, но и для общества.
3. Активное участие инвалидов в реабилитационном процессе.

Список использованной литературы

1. Альбекова А.А., Манабаева К.А., Тюлюбаева К.А., Бейсенова А.М., Сарсембаева К.Ж., Джумабаева Б.С. «Динамика показателей первичной инвалидности в Республике Казахстан за 2000-2007 годы»
2. Комплексная реабилитация инвалидов: учебное пособие. М: Издательский центр «Академия», 2005г., 304 с.
3. Аристов О.В. «Управление качеством», М: «ИНФРА-М», 2004г.
4. Анализ деятельности КГКП «Шуская Региональная Поликлиника» 2001-2009 г.г.

Демографическая ситуация по городу Шу Жамбылской области за 2008-2009 годы.

Даулбаева С.А., город Шу, КГКП «Шуская Региональная Поликлиника»

Демографическая ситуация оценивается как сложная не только по Республике Казахстан, но и в г. Шу Жамбылской области. Обострение демографических проблем в период перехода государства к новым политико-экономическим параметрам жизни общества требует изучения и анализа медико-демографической ситуации. Назрела необходимость улучшения и регулирования демографических процессов. Численность населения г.Шу по данным рай.стат.управления и переписи населения, проводимой 2 раза в год весной и осенью участковой сетью очень разнятся.

Таблица 1. Данные по рай.стат.управлению

№	Наименование	2008	2009
1	Взрослые	20309	21104
2	Подростки	1685	1492
3	Дети до 14 лет	11064	10551
4	Итого	33058	33107

Таблица 2. Данные по переписи населения

№	Наименование	2008	2009
1	Взрослые	24569	28899
2	Подростки	1658	1492
3	Дети до 14 лет	11104	11520
4	Итого	37331	41911

Из приведенных выше данных видно что с каждым годом отмечается динамика роста численности населения г.Шу но данный процесс не равномерный увеличение происходит за счет взрослого населения. Это происходит из-за миграции взрослого населения из Мойинкумского района близлежащих сел и поселков которые в условиях кризиса в поисках работы выехали в г.Шу.

Расхождение на 4534 объяснима тем, что в таблице №1 указанные данные взрослого населения, которые имеют прописку на постоянное место жительства, а в таблице №2 указано взрослое население, которое проживает по данным адресам, но не имеет прописку. Учитывая что основное финансирование в поликлинике подушевое, на одного человека 189 тенге в общей сумме это составляет 856 926 тенге. Численность увеличилась в 2009 году на 4580 по сравнению с 2008 годом, произошло увеличение на 12,3%.

Таблица 3. Взрослое население г.Шу

№	Наименование	2008	2009
1	Мужчин	11911	13853
2	Женщин	12456	15041
3	В том числе женщин фертильного возраста (15-49)	8414	8603
4	Всего	24569	28899

В 2008 году на 1000 женщин приходилось 956 мужчин, в 2009 году на 1000 женщин 920 мужчин, по Жамбылской области на 1000 женщин 844 мужчин, по Казахстану на 1000 мужчин приходится 1079 женщин, в тоже время на 100 девочек рождается 102-103 мальчика.

Естественный прирост населения составил в 2008 году 453, а в 2009 году 566, то есть увеличился естественный прирост на 113. Общий коэффициент естественного прироста на 1000 жителей составил 13,4% против 17,1% в 2009 году.

В 2008 году родилось 845 детей в 2009 году 890 детей, что на 45 больше чем в 2008 году.

Общий коэффициент рождаемости на 1000 жителей составил в 2008г 25,5 против 26,9 в 2009 году. На увеличение общей численности населения, кроме естественного прироста, также оказывает влияние миграционный процесс. Миграционный прирост за 2008 и 2009 года составило 734 человек, из них из стран СНГ (Кыргызстан, Россия, Узбекистан) 688 человек, а из Китая 46. Основной миграционный обмен страны происходит со странами Содружества. В структуре миграционных потоков прибывших в г.Шу по этнической принадлежности значительную часть составляют казахи - 546 человек, на втором месте русские – 120 и турки - 68.

Число зарегистрированных умерших составило в 2008 году 392, в 2009 году 324, что составило 12% против 9,8%, из них умерло на дому в 2008 году 214 человек, что составило 54% от всех умерших, в 2009 году 185, что составило 57% от всего числа

зарегистрированных смертей. По возрастной структуре смертности взрослого населения на дому превалирует смертность среди лиц в возрасте:

- 81 и старше, в 2008 году 108 (41,4%), в 2009 году 97(53%);
- от 71 до 80 лет в 2008 году 44 (25%), в 2009 году 25(14%);
- от 61 до 70 лет в 2008 году 25 (11,6%), в 2009 году 37 (20%);
- от 51 до 60 лет в 2008 году 20 (9,4%) , в 2009 году 14(7%);
- до 50 лет в 2008 году 16 (7,9 %), в 2009 году 12 (6%)

т.е. превалирует смертность среди лиц пожилого возраста.

Смертность на 1000 населения на дому составило в 2008 году 214 - 6,4%, в 2009 году 185 – 5,5%.

Среди основных классов причин смерти населения наибольший удельный вес занимает болезни системы кровообращения, на долю которых приходится в 2008 году 192 (50%), а в 2009 году 112 (34,5%); на втором месте по значимости месте от онкозаболеваний в 2008 году 43 (11%), в 2009 году 45 (14%), несчастные случаи, отравления и травмы составляют 46 (11,7%) в 2008 году и в 2009 году 28 (8,6%).

В общем числе умерших от болезней системы кровообращения смертность от ишемической болезни сердца составляет 81 (59%) в 2008 году и 56 (50%) в 2009 году, а от сосудистого поражения мозга 45 (32,8%) в 2008 году и 45 (40%) в 2009 году.

Болезни системы кровообращения (далее БСК) последние три десятилетия занимают первое место среди причин инвалидности и смертности не только населения г.Шу, но и по всей Республике Казахстан.

Общая заболеваемость за последние годы выросла настолько, что составляет 187,04 в ШУ, а по Жамбылской области 157,17, по Республике Казахстан по индикатору Меморандума 200.0 в 2009 году.

Для улучшения ситуации с БСК в течение 2х лет проводится проф.осмотр отдельных категорий взрослого населения на выявление заболеваний системы кровообращения.

В 2008 году по проф.осмотру было запланировано 4249 человек, осмотрено 4409, выявлено 1415 больных, что составило 32% от общего числа, оздоровлено 824 (58,2%), взято на учет 591 (41,8%) из числа выявленных больных.

В 2009 году запланировано 2578, осмотрено 100%, выявлено больных 773 (29,9%), оздоровлено 621 (80%), взято на диспансерный учет 112 (20%) из числа выявленных.

Проанализировав ситуацию по городу Шу Жамбылской области, можно сделать выводы:

1. Увеличилось количество населения на 12,3%.
2. Увеличение количества жителей повлекло за собой увеличение нагрузки на приеме у врачей, что естественно отражается на качестве лечения.
3. Поликлиника, у которой основное финансирование подушевое, теряет 856 926 тенге.
4. Остается дисбаланс численности мужчин и женщин.

Для улучшения ситуации необходимо провести следующие мероприятия:

1. Прикрепить мигрирующее население, что естественно увеличит финансирование.
2. После чего появиться возможность ввести новые участки, тем самым уменьшится нагрузка на врача, улучшится качество лечения.

Использованная литература

1. Анализ деятельности КГКП «Шуская Региональная поликлиника» 2008-2009 г.г.
2. ИА «Новости-Казахстан» от 14 января 2010г.
3. Агентство по статистике, www.stat.kz
4. Информационно-справочный сервер Тараза от 14.07.2008г.

Современное состояние и перспективы роста компьютерной грамотности специалистов здравоохранения на современном этапе развития информационно-коммуникационных технологий (ИКТ)

Ж.С. Абеуова

Филиал Института развития здравоохранения МЗ РК г.Алматы

Казахстан сегодня находится в стадии развития информационного общества, главным ресурсом в котором становится информация. Отличительной чертой информационного общества является увеличение роли информации и знаний в жизни общества.

В информационном обществе недостаточно ориентироваться только на передачу и усвоение опыта, накопленного человечеством, важно умение самостоятельно приобретать знания и генерировать новые, уметь работать с информацией, анализировать ее, видеть и решать возникающие проблемы. Новые условия работы порождают зависимость информированности одного человека от информации, приобретенной другими людьми, появляется необходимость учиться такой технологии работы с информацией, когда подготавливаются и принимаются решения на основе коллективного знания. А это означает, что человек должен иметь определенный уровень культуры по обращению с информацией.

Информационная культура – это умение целенаправленно работать с информацией и использовать для ее получения, обработки и передачи компьютерную информационную технологию, современные технические средства и методы. Для свободной ориентации в информационном потоке человек должен обладать информационной культурой как одной из составляющих общей культуры. [1]

В результате двустороннего подхода к изучению информационной культуры: с одной стороны - с позиций библиотековедения и научно-информационной деятельности, с другой стороны – с позиций владения компьютерными технологиями сформировалось понятие информационной грамотности. [2] В 90-х годах XX века в США и странах Западной Европы появился ряд концепций информационной грамотности. Под информационной грамотностью понимается «наличие знаний и умений, требуемых для правильной идентификации информации, необходимой для выполнения определенного задания или решения проблемы; эффективного поиска информации; ее организации и реорганизации; интерпретации и анализа найденной и извлеченной информации (например, после скачивания из Интернета); оценки точности и надежности информации, включая соблюдение этических норм и правил пользования полученной информацией; при необходимости передачи и представления результатов анализа и интерпретации другим лицам; последующего применения информации для осуществления определенных действий и достижения определенных результатов» [3,4,5]

Компьютерная и информационная грамотность (computer and information literacy) отражают информационно-технологический аспект информационной культуры. Компьютерную грамотность можно охарактеризовать как знания, навыки и умения для понимания информационных и коммуникационных технологий (ИКТ), включая аппаратуру, программные средства, системы, сети (локальные сети и Интернет) и все другие элементы компьютеров и телекоммуникационных систем.

Информатизации как самому доступному и эффективному средству улучшения качества, рентабельности сектора здравоохранения и повышения действенности управления организациями здравоохранения уделяется, и будет уделяться приоритетное внимание государства.[6]

В настоящее время одной из проблем информатизации в здравоохранении является существенный дисбаланс между нарастающей оснащенностью медицинских организаций технико-коммуникационными средствами и недостаточной компьютерной грамотностью медицинских работников: среднего медперсонала, медицинских статистиков, врачей, руководящих работников.

С целью определения уровня владения компьютерными технологиями специалистами отрасли, было проведено социологическое исследование среди 4955 медицинских работников 66 организаций практического здравоохранения Южного, Центрального, Северного регионов, мегаполиса г.Алматы и десяти республиканских НИИ и НЦ страны.

Реальная ситуация уровня компьютерной грамотности среди медицинских работников неутешительна. Так, среди опрошенных сотрудников медицинских организаций практического здравоохранения (поликлиники, стационары, диспансеры, СВА и т.д.) - 57,3% вообще не имеют навыков работы с компьютером (рисунок 1). Положение дел среди сотрудников научных и исследовательских коллективов несколько лучше, только 30,9% не умеют работать на компьютере, однако, в контексте развития информационного общества, владение технологическими приемами оперирования с разнообразной информацией в больших объемах является жизненно необходимым профессиональным критерием.

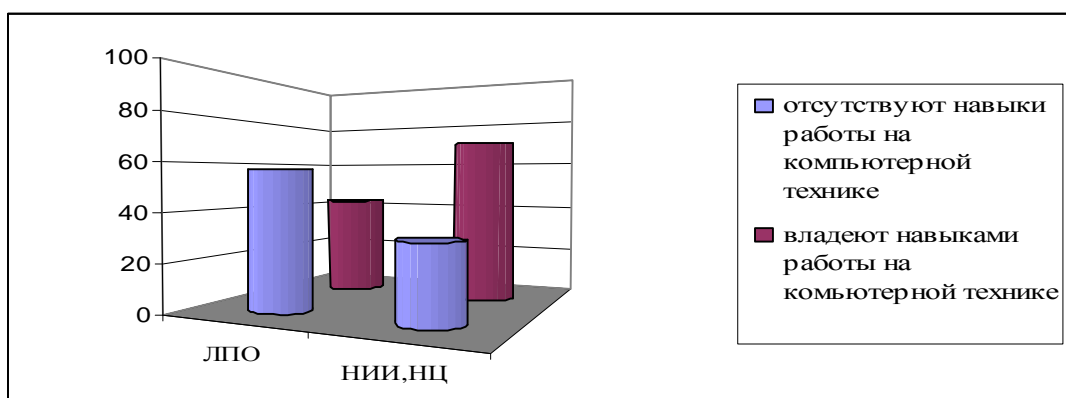


Рисунок 1 - Умение работать на компьютерной технике работников отрасли здравоохранения.

Развитие компьютерной техники и информационных технологий диктует необходимость выделения функциональной и системной компьютерной грамотности, которые являются основой профессиональной компьютерной грамотности, включающей умения гибкого применения компьютерных средств при решении разнообразных профессиональных задач с целью повышения качества оказания медицинских услуг.

Уровень компьютерной грамотности подразделяется: на *низкий уровень* (элементарная компьютерная грамотность) – знание принципов цифровой обработки данных; устройства компьютера; операционной системы Windows и умения в нем работать; умение работать в текстовом и табличном редакторах; представление о компьютерных сетях; элементарные умения поиска информации. [2] *Средний уровень* (функциональная компьютерная грамотность) – знания технических характеристик компьютера и современных периферических устройств; умения и навыки работы в операционной системе Windows; в программах типа оболочек; работы в текстовом и табличном процессорах, знания структуры компьютерных сетей и программных средств обслуживания работы в сети Интернет; опыт применения различного программного обеспечения. *Высокий уровень* (функциональная и системная компьютерная грамотность) – свободное ориентирование в мире компьютерных технологий, владение редакторами на технологическом уровне, умения и навыки свободного овладения новыми программными средствами, умения оказать помощь в их применении другим.

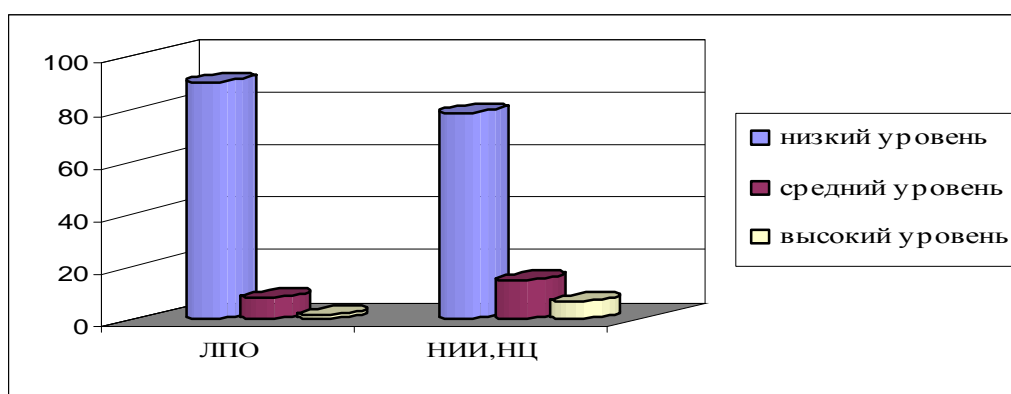


Рисунок 2 - Уровень компьютерной грамотности работников здравоохранения

Среди медицинских работников практического здравоохранения 90,5% медиков умеют работать только в текстовом редакторе, что соответствует элементарной компьютерной грамотности. Средний уровень - 8,2%, высоким уровнем компьютерной грамотности владеют 1,3% респондентов. В научно-исследовательских институтах и центрах, где имеет место значительная концентрация научно-образовательного потенциала,

эти показатели таковы: 78,7% сотрудников имеют уровень элементарной компьютерной грамотности, 14,7% владеют функциональной компьютерной грамотностью и 6,6% высокий уровень компьютерной грамотности, что также не вызывает большого оптимизма.

Изучение мирового опыта в области преодоления информационного неравенства и анализ текущего положения Казахстана показывает острую необходимость в проведении мер, направленных на: усиление потенциала и повышения компьютерной грамотности, развитие отечественных ИТ-специалистов нового конкурентоспособного уровня [7]

С целью формирования правовых основ для достижения целей, поставленных Программой снижения информационного неравенства в Республике Казахстан, предусмотрены следующие мероприятия: введение в учебный план системы повышения квалификации работников сферы здравоохранения курсов по ИКТ с соответствующей сертификацией уровня образования; введение обязательности наличия документа, подтверждающего компьютерную грамотность при прохождении периодической аттестации работников сферы здравоохранения.

Литература:

1. <http://imcs.dvgu.ru/lib/eastprog/index.html>
2. www.sgu.ru/faculties/physical
3. <http://www.mediagram.ru/infolit>
4. www.ifap.ru/pr/2007/070209a.htm
5. Хесус Лау «Руководство по информационной грамотности для образования на протяжении всей жизни» (Guidelines on Information Literacy for Lifelong Learning)-2006.- 45С.
6. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы. Утверждена Указом Президента РК от 13.09.2004 г. №1438.
7. Постановление Правительства Республики Казахстан от 13 октября 2006 года № 995 Об утверждении Программы снижения информационного неравенства в Республике Казахстан на 2007-2009 годы

Резюме

В статье рассмотрены результаты исследования технологического аспекта информационной грамотности, дана оценка уровня компьютерной грамотности медицинских работников и рассмотрены перспективы повышения компьютерной грамотности.

Ключевые слова: информатизация, информационная грамотность, уровень функциональной и системной компьютерной грамотности, информационное неравенство

Организация специализированной онкогинекологической помощи в организациях акушерско-гинекологического профиля

**Байдильдаева Г.Т., Тлеугабылова К.К.
Высшая Школа общественного здравоохранения**

Система здравоохранения города Алматы приступила к реализации 2-го этапа Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг., ориентируя свои действия на достижение ожидаемых результатов эффективности: преобразование ПМСП путем системного поэтапного укрепления и развития института врача общей практики; реорганизацию и укрепление стационарной и скорой медицинской помощи, усиление преемственности на этапах оказания медицинской помощи; повышение качества оказываемых медицинских услуг путем внедрения международных стандартов и создания конкуренции между медицинскими организациями; коренное реформирование медицинского образования; реальное смещение акцента от лечения сформировавшихся болезней к профилактическим мероприятиям и укреплению здоровья «здоровых»; обеспечение солидарной ответственности граждан, работодателей и государства за охрану и укрепление индивидуального и общественного здоровья.

Реализация Государственной Программы осуществляется в Алматы на межведомственном уровне, с участием целого ряда городских служб, при непосредственном участии и контроле акимата города.

Высокая распространенность онкологической патологии среди жителей города подтверждает социальную значимость онкологической службы. Рейтинг Алматы по уровню первичной заболеваемости населения города Алматы злокачественными новообразованиями, по данным 2008 года переместился с шестого на седьмое место среди регионов Республики Казахстан (после Павлодарской, Восточно-Казахстанской, Северо-Казахстанской, Костанайской, Карагандинской и Акмолинской областей) и превысил республиканский уровень на 17% (184,7 на 100 тыс. нас.).

Установлено, что в 2008 году в медицинских организациях г.Алматы годовой план профилактических осмотров по диагностике предопухолевых заболеваний и рака молочной железы составил 43834. При этом было осмотрено 44308 женщин, которые составили 101,1% от общего планируемого женского населения. Тогда как, в среднем по республике данный показатель составил 95,9%.

Исследование показали, что при проведении маммографических исследований диагностированы заболевания молочной железы у 10174 женщин, которые составили 23,2% от общего количества осмотренных. При этом, среднереспубликанский удельный вес этого показателя был на уровне 8,3%.

По возрастным группам профилактических осмотров по диагностике предопухолевых заболеваний и рака молочной железы распределились

следующим образом: до 50 лет - 105,7%; 50-52 года - 91,5%; 53-54 года - 93,2%; 55-56 лет - 96,9%; 57-58 лет - 94,2% и 59-60 лет - 153,1%.

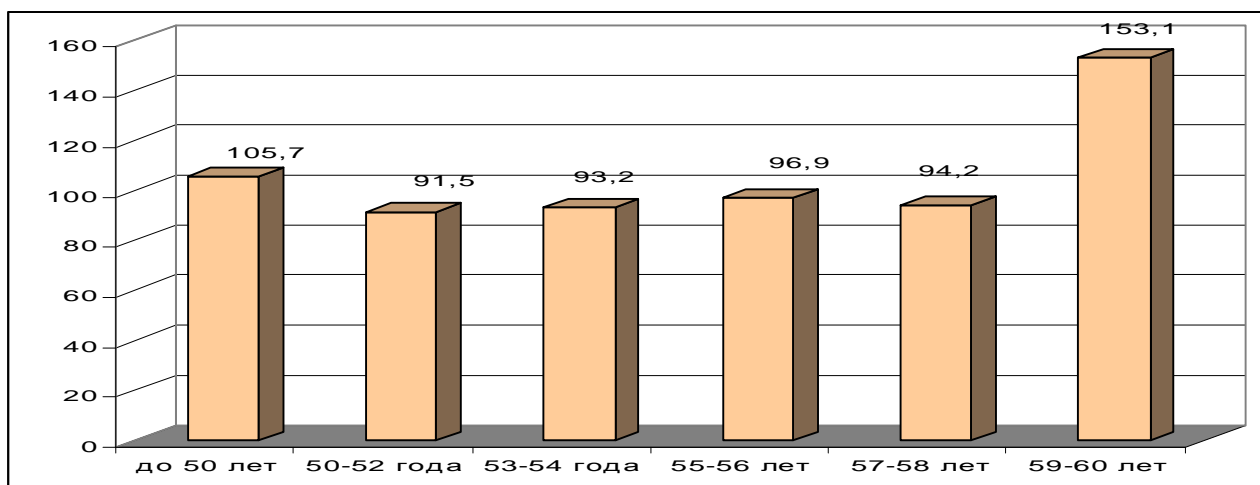


Рисунок 1 – Распределение возрастной группы прошедших профосмотр по диагностике предопухолевых заболеваний и рака молочной железы (в %)

Самый низкий уровень охвата профилактическими осмотрами выявлен в возрастной группе 50-52 года (91,5%), а высокий (перевыполнено) в возрастной группе 5--60 лет.

Следует отметить, что все районы и все медицинские организации города обеспечили выполнение годового плана. Так, Алмалинский - 100,1%, Ауэзовский - 100,0%, Бостандыкский - 100,3%, Медеуский - 103,1%, Жетысуйский - 104,4% и Турксибский - 100,2%.

В целом охват оздоровлением женщин с данной патологией составил 58% (соответственно по республике – 49,5%). По итогам 2008 года в медицинских организациях города всего было диагностировано 417 случаев рака молочной железы, в том числе по результатам профосмотров – 76 (0,17% от общего количества осмотренных женщин) и вновь выявленных - 44 случая.

Аналогичное исследование плана профилактических осмотров на выявление предопухолевых заболеваний и рака шейки матки составлял 51931 женского населения города. При этом было осмотрено 53302 женщины, которые составили 102,6% от общего планируемого женского населения. Тогда как, в среднем данный показатель по республике составил 101,0%.

Данные исследования показали, что из числа осмотренных выявлены заболевания шейки матки у 4867 женщин или 9,1% от общего число осмотренных женщин.

Анализ профилактических осмотров на выявление предопухолевых заболеваний и рака шейки матки по возрастным группам выглядела следующим образом: до 40 лет - 99,5%; 40-45 лет - 92%; 46-50 лет - 105,7%; 51-55 лет - 92,2% и 56-60 лет - 153,1%.

Низкий уровень охвата профилактическими осмотрами в возрастных группах выявлено в возрасте 51-55 лет (92,2%) и 40-45 лет (92%).

Выполнение годового плана по поводу профилактических осмотров на выявление предопухолевых заболеваний и рака шейки матки обнаружено во всех районах города: Алмалинский - 101,6%, Ауэзовский - 102,3%, Бостандыкский – 100,2%, Медеуский - 101,5%, Жетысуйский - 106,5% и Турксибский - 104,6%.

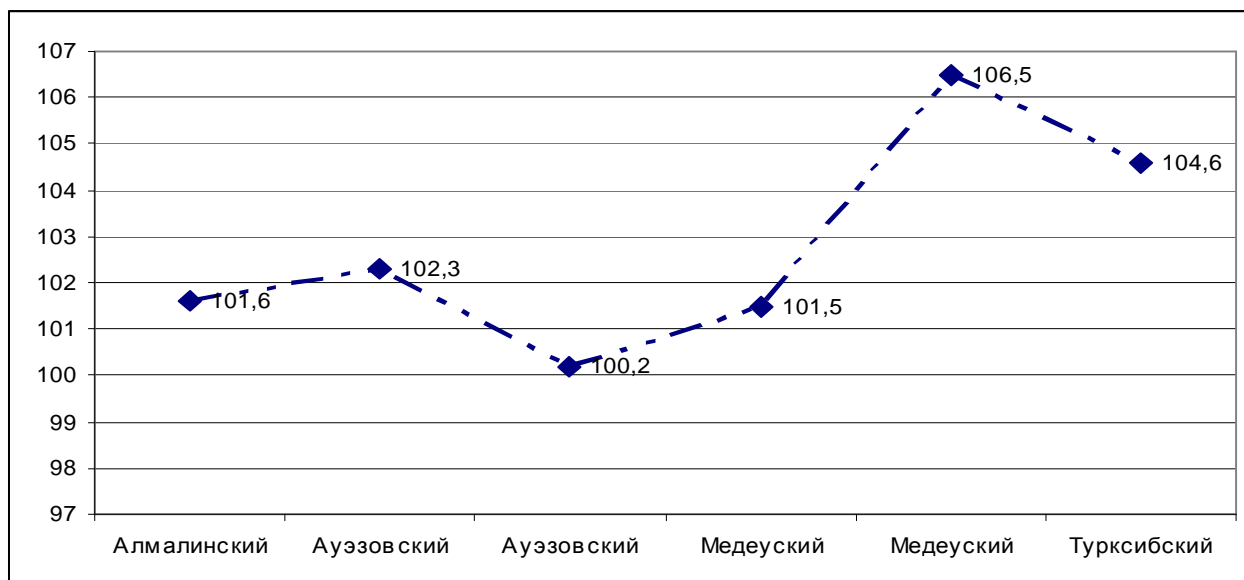


Рисунок 2 – Фактический план по поводу профилактических осмотров на выявление предопухолевых заболеваний и рака шейки матки (в %)

Было выявлено, что охват оздоровлением женщин с патологией составил 68,4%. Тогда как, в среднем по республике данный показатель был на уровне 63,5%. При этом, в медицинских организациях города всего было выявлено 142 случая рака шейки матки; из них: по результатам профосмотров – 27 (0,0,5% от общего количества осмотренных женщин) и вновь выявленных - 22 случая. Запущенность этой локализации рака в 2008 году снизилась по сравнению с 2007 годом с 25,4% до 12,0%.

Таким образом, следует более активно, используя средства массовой информации, проводить противо-онкологическую пропаганду среди населения, с учетом рекомендаций ВОЗ; за счёт совершенствования работы организаций ПМСП повышать качество целевых профосмотров, с обязательным эндоскопическим исследованием желудочно-кишечного тракта лицам старше 40 лет 1 раз в год, обязательное пальцевое исследование прямой кишки лицам старше 30 лет, обязательное проведение маммографического исследования женщинам старше 40 лет 1 раз в год, взятие мазков на онкоцитологию у женщин старше 20 лет 1 раз в год с целью снижения онкогинекологической патологии в организациях акушерско-гинекологического профиля.

Резюме

Организация специализированной онкогинекологической помощи в организациях акушерско-гинекологического профиля

Байдильдаева Г.Т., Тлеугабылова К.К.

Высшая Школа общественного здравоохранения

Выявлены особенности организации специализированной медицинской помощи женщинам с онкогинекологической патологией.

Түйіндеме

Акушерлік-гинекологиялық профильдегі ұйымдарда мамандандырылған онкогинекологиялық көмекті ұйымдастыру

Байділдаева Г.Т., Тілеуғабылова К.К.

Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі

Онкогинекологиялық патологиясы бар әйелдерге мамандандырылған медициналық көмек көрсету ұйымдастырылуының ерекшеліктері анықталған.

Summary

Organization of specialized oncologic gynecological care in the health organizations of obstetric-gynecologic type.

Baydildayeva G.T., Tleugabylova K.K.

Kazakhstan School of Public Health

Some specific features were revealed in organization of the specialized medical care for women with oncogynecological pathology.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШУМОВОЙ И ВИБРАЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

СРЕДИ РАБОЧИХ ХРОМОВОГО ПРОИЗВОДСТВА

М.К.Жалимбетов

Национальный центр гигиены труда и профзаболеваний МЗ РК, г. Караганда

Принято считать, что стаж работы в профессии свыше половины от среднего срока развития профзаболевания в данной профессии является значимым фактором риска. Такие анализы оценки позволяют определить возможную длительность контракта при работе во вредных условиях, безопасную для здоровья, а также сроки его пересмотра. Разумеется, меры профилактики, в том числе защиты временем (режим труда и отдыха, сокращенный рабочий день и дополнительный отпуск) увеличивают безопасный стаж работы [1-4].

Реализация риска определяется индивидуальной реактивностью организма, поэтому для проведения комплекса превентивных мероприятий необходимо выделение работников, наиболее подверженных воздействию неблагоприятных производственных факторов[5-7].

Определение группы риска по медицинским критериям позволяет выявить работников с наиболее высокой вероятностью развития профессионального заболевания. Используя методику оценки профессионального риска, можно определить безопасный срок работы при воздействии неблагоприятных факторов труда на производстве. Мониторинг профессионального риска является необходимым условием для управления риском и оценки его эффективности [8-10].

Вышеизложенное убеждает в актуальности проведения научных исследований, в обоснованности ее методологического решения на принципах системного подхода оценки прогнозирования развития профессиональных заболеваний с учетом реальных дозных нагрузок шума и вибрации с позиции профессиональных рисков.

Методы исследования. Объектами исследования явились 430 рабочих ведущих профессий, занятых на предприятиях Донского ГОК ТНК «Казхром.».

Априорную (предварительную) оценку риска проводили по Гигиеническим критериям оценки условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса (Руководство Р 1.04.001-2000 АДЗ РК) по превышению ПДК/ПДУ.

Риск заболеваемости рабочих Донского ГОКа оценивался в соответствии с «Руководством по оценке профессионального риска для здоровья работников. Организационно-методические основы, принципы и критерии оценки» (Р 2.2.1766-03).

Разработка допустимого стажа и прогноз нарушений слуха при воздействии шума на рабочих, занятых открытой добычей и обогащением хромовой руды на предприятиях Донского ГОК проведена в соответствии ИСО - 1999-75 «Акустика. Определение профессионального воздействия шума и оценка нарушения слуха, вызванного шумом».

Разработка допустимого стажа и прогноз нарушения здоровья от воздействии вибрации рабочих, занятых в различных промышленных предприятиях проведена в соответствии ИСО - 5349 «Вибрация. Действие вибрации и риск развития вибрационной болезни».

Результаты исследования. Для оценки прогнозирования нарушения здоровья и риска развития профессиональных заболеваний, связанных с воздействием интенсивного шума нами проведены комплексные гигиенические исследования условий труда рабочих, занятых открытой добычей и обогащением хромовой руды на Донском ГОК, которые позволили рассчитать стажевые дозные нагрузки по шуму и вибрации (таблица 1).

Так, результаты гигиенических исследований позволили установить, что при работе горной техники на карьере «Поисковый» машинисты в течение рабочей смены подвергаются воздействию интенсивного шума, уровни которых достигают от 86,1 до 89,7 дБА. На рабочих, занятых ремонтными и вспомогательными работами в процессе открытой добычи хромовой руды воздействует шум уровни которых превышают ПДУ от 6,4 до 7,2 дБА.

Расчет стажевых шумовых нагрузок позволил выявить, что рабочие, проработавшие от 1 года и более 25 лет подвергаются воздействию шума от 6,3 до 27, 1 дБ. То есть, при условии воздействия интенсивного шума на организм рабочих хромового производства имеется вероятность риска ухудшения слуха и возникновения профессиональных заболеваний, как кохлеарный неврит. При уровнях шума свыше 85 дБА, выделяемые работой горной техникой и технологического оборудования риск ухудшения слуха может развиваться у 1-3 рабочих.

При уровнях шума, превышающие ПДУ свыше 10 дБА риск развития профессиональной патологии, как кохлеарный неврит может развиваться до 10 лет работы у 4-10% рабочих. При стаже работы свыше 10 лет и более риск нарушения слуха может встречаться от 7 до 20% у рабочих карьера.

Таблица 1 - Оценка нарушения здоровья рабочих хромового производства с учетом реальной дозой нагрузки шума

Рабочие места и оборудование	Фактический уровень шума, дБА	Стажевая доза шума, дБА	Риск ухудшения слуха от воздействия шума, %	
			До 10 лет	Свыше 25 лет
Карьер «Поисковый»				
Экскаваторщики	89,7	93,3-107,1	4-10	16-20
Бульдозеристы	87,9	92,0-104,3	3	От 7 до 9
Бурильщики	88,3	95,3-108,1	3	от 7 до 9
Водители больше-грузных машин	86,1	91,5-102,3	1	от 3 до 5
Взрывники	86,6	86,3-91,1	3	от 7 до 9
Горнорабочие	87,2	89,1-95,2	3	от 7 до 9
Слесари-ремонтники	86,4	88,2-93,8	3	от 7 до 9
Дробильно-обогачительные фабрики				
Машинисты брикет-ной смеси	86,4	87,3-95,1	3	от 7 до 9
Машинисты мельниц	89	88,4-97,2	4-10	16-20
Машинисты компрессорных установок	94,7	93,3-101,1	7-17	29-32
Машинисты насос-ных установок	90,8	92,5-100,3	4-10	16-20
Машинисты пита-телей	88,1	88,1- 97,1	3	от 7 до 9
Дробильщики	97,5	94,3-102,2	7-17	29-32
Сепараторщики	93,1	93,4-101,3	4-10	16-20
Бункеровщики	92,3	94,1-102,1	4-10	16-20
Грохотовщики	97,3	94,5-102,5	7-17	29-32

Разработка допустимого стажа и прогноз нарушения здоровья от воздействия шума у рабочих ДОФ позволило выявить, что превышение шума от 10 до 15 дБА при работе технологического оборудования в процессе дробления и обогащений хромовой руды может вызвать у нарушение слуха от 4 до 17% среди машинистов. При уровнях шума, превышающих ПДУ свыше 20 дБА может вызвать ухудшение слуха от 16 до 29% у рабочих ведущих профессий занятых на ДОФ.

При воздействии общей вибрации, передаваемые через опорные поверхности на тело сидящего или стоящего человека, возникают различной степени выраженности изменения в центральной нервной и сердечно-сосудистой системе, обменных процессах, вестибулярном аппарате, в том числе пояснично-крестцовые и другие формы радикулита, остеохондрозов, люмбаго и т.д.

В таблице 2 представлены оценки вероятности риска развития вибрационной болезни у рабочих в зависимости от влияния общей вибрации.

Таблица 2- Оценка вероятности развития вибрационной болезни от действия общей (технологической) вибрации

Эквивалентное корректированное ускорения, м/с ²	Риск развития вибрационной болезни %, при стаже, лет		Классы условий труда
	10	20	
≤1,0 (ПДУ)	-	-	2 допустимый
0,22	0,08	0,13	3.1 (вредный 1 степени)
0,45	0,3	0,4	3.2 (вредный 2 степени)
0,9	1,0	1,8	3.3 (вредный 3 степени)
1,8	5,0	7,0	4 опасный

В таблице 3 представлены оценки вероятности развития вибрационной болезни в зависимости от стажа работы от воздействия локальной вибрации.

Таблица 3- Оценка вероятности развития вибрационной болезни от действия локальной вибрации

Эквивалентный коррек- тированный уровень виброскорости, дБ	Вероятность развития вибрационной болезни, %, при работе в течение, лет							
	1	2	3	5	7	10	15	20
111	-	-	-	-	-	-	1,5	2,0
112 (ПДУ)	-	-	-	-	-	1,0	1,8	2,5
113	-	-	-	-	-	1,2	2,0	3,0
115	-	-	-	-	1,0	1,5	2,5	3,5
117	-	-	-	-	1,0	1,8	3,0	4,0
119	-	-	-	-	1,1	2,0	3,5	5,0
121	-	-	-	-	1,3	2,5	4,0	6,0
123	-	-	-	1,0	1,5	3,0	5,0	8,0
125	-	-	-	1,2	1,7	3,5	6,0	10,0
127	-	-	-	1,3	1,9	4,0	8,0	12,0
129	-	-	1,0	1,5	2,0	5,0	10,0	15,0

При воздействии локальной вибрации, передающиеся через руки, происходят поражения преимущественно нервно-мышечного и опорно-двигательного аппарата.

Одним из наиболее показательных проявлений неблагоприятного действия локальной вибрации является эффект «белых пальцев» -синдром Рейно.

В таблице 4 приведена оценка вероятности развития синдрома Рейно от действия локальной вибрации.

Таблица 4- Оценка вероятности развития синдрома Рейно от действия локальной вибрации (ИСО-5349)

Эквивалентное корректированное ускорения, м/с ²	Риск развития вибрационной болезни %, при стаже, лет				Классы условий труда	
	10		20			
	Признаки побеления пальцев	Случаи ВБ 1-2 степени	Признаки побеления пальцев	Случаи ВБ 1-2 степени		
≤ 2,0 (ПДУ)	8,7	1,0	34,8	2,5	2 допустимый	
2,8	17,4	1,5	>50	3,5	3.1(вредный степени)	1
4,0	34,7	1,9	>50	5,0	3.2 (вредный степени)	2
5,6	>68	2,5	>50	6,0	3.3 (вредный степени)	3
8,0	>50	3,3	>50	9,0	4 опасный	

Таким образом, на основе расчета стажевой дозой нагрузки шума и вибрации может определить допустимый стаж работы в условиях воздействия неблагоприятных производственных факторов и прогнозировать риск развития профессиональных заболеваний.

Осуществление комплекса мероприятий, направленных на снижение вероятности повреждения здоровья и риска развития профессиональных заболеваний у работающих на предприятиях хромового производства позволит сохранить уровень здоровья рабочих ряда профессиональных групп.

Первичная профилактика отрицательного воздействия производственных факторов на здоровье работников обеспечивалась прикладными аспектами гигиены как на запах научного обоснования и нормирования допустимых уровней воздействия вредных факторов производственной среды, так и в процессе текущего санитарного надзора, основной задачей которого было соблюдение -гигиенических нормативов на всех рабочих местах.

Центральным звеном вторичной профилактики всегда была диспансеризация работников, занятых на работы с воздействием опасных и вредных производственник

факторов, в основе которой лежали предварительные и периодические медицинские осмотры, а также широкая сеть медико-санитарных частей, основной задачей которых было медицинское обслуживание работающего населения.

Сегодня, к сожалению, приходится констатировать, что в большинстве регионов страны система вторичной профилактики практически полностью разрушена, а первичная профилактика не обеспечивает необходимой эффективности вследствие того, что преобразования, происходящие в сфере экономики, негативно отразились на состоянии условий труда в большинстве ее отраслей.

В этой ситуации требуется разработка новой организационно-правовой инфраструктуры охраны и медицины труда, концептуальной основой которой явилась теория профессионального риска.

Принятие концепции профессионального риска явилось важным этапом дальнейшего углубления профилактической направленности медицины труда, потому что в процессе анализа риска осуществляется реальная количественная оценка его уровня; количественно оценивается ущерб здоровью, социальный и экономический ущерб; появляется возможность обоснованно ранжировать очередность реализации эффективных профилактических мер с учетом фактического уровня риска, т. е. управлять риском.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Таткеев Т.А. Доза-эффективные зависимости многофакторных воздействий условий труда на работающих // В сб.: «Актуальные проблемы медицины труда».- Алматы-Караганда, 2000.- С. 19-27.
2. Аманбеков У.А., Толоконникова Э.А., Отарбаева М.Б. Оценка и прогнозирование нейрососудистых нарушений при вибрационной болезни горнорабочих угольных шахт // В сб.: «Здоровый образ жизни и условия труда».- Алматы, 1996.- С.19-20.
3. Карабалин С.К. Пути повышения качества профпатологических медосмотров и определение профпригодности./Матер. II съезда врачей и провизоров республики Казахстан. –Астана, 2002.–Т.1. –С.135-137.
4. Кулкыбаев Г.А., Исмаиловой А.А. Актуальные проблемы оценки профессионального риска в гигиенических исследованиях (проблемная статья) //Гигиена труда и медицинская экология.- 2005.-№3.-С.3-8.
5. Кошечев В.С., Мартенс В.К., Талалаев А.А. Здоровье и функциональные возможности человека: Оценка и прогноз.-М.- 1985.- 232 с.

6. Кулкыбаев Г.А., Исмаилова А.А. Физиолого-гигиенические аспекты систематики производственно-зависимых донозологических изменений организма горнорабочих //Известие МОН РК.- 2001.- № 4.- С.25-29.
7. Исмаилова А.А., Балаева Е.А. Экспресс - метод выявления донозологических состояний органов дыхания у рабочих промышленных предприятий //В сб.: Мат. У-съезда физиологов Казахстана «Физиология, адаптация, стресс»- Караганда, 2003.- С.89-92.
8. Измеров Н.Ф., Канцов В.А., Денисов Э.И., Овакимов В.Г. Проблема оценки профессионального риска в медицине труда // Медицина и труда и пром.экология.- 1993.- № 3-4.-С.1-7.
9. Молодкина Н.Н., Попова Т.Б., Радионова Г.К., Кордакова А.И. Проблемы профессионального риска и некоторые подходы к ее оценке //Медицина труда и пром.экол.-1997.-№9.-С.6-9.
10. Кулкыбаев Г.А. Актуальные проблемы оценки профессионального риска в гигиенических исследованиях //Гигиена труда и мед.экология.-2005.-№ 3(8).-С.3-16

ЛЕТАЛЬНОСТЬ ОТ ИБС У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.

Абдрашева Гульнара Нурахметовна
ГККП Лисаковская городская больница УЗ АКО
заведующая терапевтическим отделением.

Сахарный диабет – один из важнейших факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, которые являются основной причиной смерти пациентов, трое из четверых больных диабетом умирают от ишемической болезни сердца. Наличие сахарного диабета повышает риск развития ИБС у мужчин на 66%, у женщин- на 203%. У больных сахарным диабетом ИБС диагностируется в 3-6 раз чаще, чем у людей того же возраста без диабета.

Больные с СД и метаболическим синдромом представляют собой группу высокого риска развития ИБС и других сосудистых нарушений. Нередко у больных с СД отсутствует выраженная гиперхолестеринемия, но их липопротеиды низкой плотности по сравнению с нормой более атерогенны, имеют меньший размер, большую плотность. Такие частицы интенсивнее захватываются макрофагами в сосудистой стенке, что ведет к более быстрому формированию атеросклеротической бляшки.

Наиболее частыми характерными причинами смертности среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа и ИБС являются инфаркт миокарда, сердечная недостаточность и внезапная смерть. Характерными особенностями пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа, являются высокая распространенность ИБС у этих пациентов, микрососудистые нарушения, сниженный сосудистый резерв и пониженная фибринолитическая активность, более атерогенный профиль липопротеинов и вероятная диабетическая кардиомиопатия. При сахарном диабете 2 типа недостаточный метаболический контроль является значительным фактором риска для прогрессирования ИБС. Высокий уровень содержания глюкозы на момент госпитализации часто является фактором риска повышенной смертности.

Цель работы: определить удельный вес больных с сахарным диабетом 2 типа среди умерших от ИБС и анализ летальности.

Материалы и методы: с целью анализа летальности и определения удельного веса больных сахарным диабетом 2 типа среди умерших было проанализировано 44 случая смерти в отделении терапии Лисаковской ЦГБ за период 2006-2009 годы.

Результаты: из 44 смертных случаев удельных больных с сахарным диабетом 2 типа составило 17% (9 случаев). По половому признаку: мужчин 3 (33%), женщин – 6 (67%), летальность среди женского пола в 2 раза выше чем у мужского пола. Среди умерших 1 (11%) больных в возрасте до 60 лет, 4 (44%) – в возрасте 60-70 лет и 4 (44%) – старше 70 лет, средний возраст умерших – 67 лет. Досуточная летальность больных составила – 3 случая (33%).

Во всех случаях причина смерти – инфаркт миокарда (из них 64% трансмуральный, а в 36% – крупноочаговый). Первичный инфаркт миокарда составил – 44%, повторный – 54%, рецидивирующее течение в 30% случаев.

У 3 больных (33%) инфаркт миокарда был осложнен сочетания кардиогенного шока с отеком легких, а у 2 больных (22%) – отеком легких.

Давность заболевания сахарным диабетом до 10 лет выявлена у 4 больных (45%), больше 10 лет – у 5 (55%). У половины больных СД протекал в стадии субкомпенсации, а в остальных случаях выявлена декомпенсация сахарного диабета.

Аутопсия была произведена в 6 случаях. По данным аутопсии все случаи инфаркта миокарда выявлены в стадии некроза. Стенозирующий коронаросклероз в 100 % случаев. Во всех случаях имела место гипертрофия левого желудочка. По данным патологоанатомического вскрытия у 4 больных (66 %) выявлены склероз., липоматоз. дистрофия островкового аппарата поджелудочной железы, у 3 больных (50%) – диабетический гломерулосклероз, у 2 больных (33%) постинфарктный кардиосклероз.

Все умершие страдали артериальной гипертензией 3 степени и у большей половины больных 57% выявлена дислипидемия.

ВЫВОДЫ:

1. Среди умерших каждый 5 больной страдал СД 2 типа.
2. Летальность среди женщин в 2 раза больше, чем у мужчин, средний возраст составляет 67 лет.
3. Причина смерти- повторный или рецидивирующий трансмуральный инфаркт миокарда, осложненный сочетанием кардиогенного шока с отеком легких.
4. По данным аутопсии- все умершие страдали стенозирующим коронаросклерозом.
5. Сопутствующие факторы риска – все больные страдали АГ 3 степени и у всех была выявлена дислипидемия.

Литература

1. Маньковский Б.Н. «Острый коронарный синдром у пациентов с СД 2 типа». Тематический сборник материалов международной научно- практической конференции в рамках XI республиканского дня диабета. Шымкент 11-12 ноября 2005 г.
2. Исакова Б.К, Дислипидемии: Классификация и основные принципы лечения (учебно - методическое пособие). Астана 2004.

E-mail: hospital@sunrise.kz

УДК: 616.379-008.64:616.1]-053.81

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ МАРКЕРОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ И РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МАКРОАНГИОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

**Б.М. Жуманова., Б.Ш.Тукешева. КазНМУ им. А.С. Асфендиярова
Е.А. Изатуллаев. КазНИИ кардиологии и ВБ.**

Актуальность

По статистическим данным Министерства здравоохранения Республики Казахстан за 2008 год, заболеваемость болезнями системы кровообращения на 100 тысяч человек составила 2170,5, и смертность по причине заболеваний названной системы достигла 489,6, что составляет 50,3% от общей смертности. Из них количество страдающих ишемической болезнью сердца за этот же год на 100 тысяч человек составило 444,4 [1].

Толщина комплекса интима-медиа (ТИМ) сонных артерий – независимый фактор риска развития кардиоваскулярных осложнений. Увеличение этого показателя ассоциирует с повышением риска инсульта, инфаркта миокарда, хронической сердечной недостаточности [2].

Также известно, что основной причиной смерти больных сахарным диабетом 1-го и 2-го типа становятся осложнения сердечно-сосудистых заболеваний. Общая смертность у этих больных в течение 40 лет после установления диагноза сахарного диабета достигает 50%, в то время как в отсутствие этого заболевания она составляет около 10% [3]. Основными причинами смертности являются ИБС и сосудисто-мозговые заболевания, частота развития которых при сахарном диабете увеличивается в 2-5 раз по сравнению с таковой в общей популяции без сахарного диабета [4].

Цель

Раннее выявление маркеров атеросклероза у больных сахарным диабетом молодого возраста и анализ проведенного им профилактического лечения макроангиопатии.

Материалы и методы

Количество обследованных – 111 человек. Из них пациентов с сахарным диабетом 1 типа было 50, чей средний возраст составил $27 \pm 1,0$ лет, с сахарным диабетом 2 типа – 30 человек в среднем возрасте $32 \pm 1,2$ года, контрольно обследованных людей, не болеющих сахарным диабетом в возрасте 19-38 лет – 20. Еще 10 пациентов с сахарным диабетом обследовано в возрасте до 18 лет (5) и старше 40 лет (6).

Среди 50 пациентов с сахарным диабетом 1 типа было больше женщин (32), средний возраст которых составлял $26 \pm 1,1$ лет, меньшее количество мужчин (18), средний их возраст $28 \pm 2,0$ лет. Длительность сахарного диабета у данной группы больных варьировала от 3 месяцев до 26 лет и в среднем составила $10 \pm 0,8$ лет. Показатели ИМТ у больных сахарным диабетом 1 типа были нормальными.

Количество пациентов с сахарным диабетом 2 типа составило 30 человек. Женщин в данной группе было 14, мужчин – 16 человек. Средний возраст мужчин – $34 \pm 1,5$, женщин – $31 \pm 1,7$ лет. Средняя продолжительность сахарного диабета в этой группе пациентов – $3,5 \pm 0,8$ года и средний показатель ИМТ у них соответствовал I степени ожирения.

20 контрольно обследованных в среднем возрасте $28 \pm 1,4$ лет не болели сахарным диабетом и у них не диагностировано ожирения. Среди обследованных контрольно людей женщин и мужчин было по 10 человек.

Уровень гликозилированного гемоглобина определен с помощью иммуноферментного анализатора AxSYM.

Определение показателей липидного обмена выполнялось с помощью биохимического анализатора Cobas Integra 400 Plus.

Уровень иммуноферментного инсулина (ИРИ) у больных сахарным диабетом 2 типа определялось на анализаторе «stat Fax – 2200» с использованием наборов «Insulin Elisa» DRG diagnostics

Определение доклинических маркеров атеросклероза проводилось измерением ТИМ в области бифуркации сонных артерий, в плечевой и бедренной артериях ультразвуковым методом на аппарате Volusion-750 Expert с помощью датчиков 10 МГц.

Результаты и обсуждение

Толщина комплекса интима-медиа (ТИМ) сонных артерий в области их бифуркации у больных сахарным диабетом 1 типа составляла в среднем $0,07 \pm 0,002$ см. Данный показатель у мужчин оказался равным $0,07 \pm 0,01$ см, у женщин – $0,06 \pm 0,001$ см.

У больных с сахарным диабетом 2 типа ТИМ сонной артерии составила также как у больных сахарным диабетом 1 типа – $0,07 \pm 0,002$ см, но без значительной разницы у мужчин и женщин – $0,07 \pm 0,01$ см и $0,07 \pm 0,002$ см.

Атеросклеротические бляшки в обследуемом регионе обнаружены у 2 мужчин с сахарным диабетом 1 типа и максимальное утолщение в стенке сонной артерии обнаружено у 1 мужчины с сахарным диабетом 2 типа.

У 20 человек в возрасте 19-38 лет, не болеющих сахарным диабетом, ТИМ сонной артерии в среднем не превышала $0,05 \pm 0,002$ см. Но у 6 из 20 обследованных имели место больше, чем $0,05$ см значения ТИМ. Четверо из них – курящие мужчины, одна страдает артериальной гипертензией в течение 8 лет, у одного избыток веса, у которого также ТИМ в бедренной артерии была равна $0,06$ см.

ТИМ сонной артерии больных сахарным диабетом и контрольно обследованных приведены в таблице №1.

Таблица №1. ТИМ сонной артерии у больных сахарным диабетом 1, 2 типа и не болеющих сахарным диабетом молодого возраста

Группы обследованных	СД тип 1	СД тип 2	Без СД
ТИМ сонной артерии (см)	$0,07 \pm 0,002$	$0,07 \pm 0,002$	$0,05 \pm 0,002$

Вероятность различия полученных данных у больных сахарным диабетом 1,2 типа и не болеющих сахарным диабетом людей была достоверной ($P < 0,05$).

Нашими исследованиями также выявлено, что у пациентов с 1 типом СД имеется половое различие ТИМ, а у больных СД 2 типа, как указано выше, более старшего возраста и имеющих избыток веса, они исчезают. У не болеющих СД также не выявлено полового различия этого показателя. Полученные данные при измерении ТИМ у мужчин и женщин приведены в таблице №2.

Таблица №2. Показатели ТИМ у женщин и мужчин больных сахарным диабетом 1, 2 типа и не болеющих сахарным диабетом молодого возраста

ТИМ ОСА	СД тип 1	СД тип 2	Без СД
---------	----------	----------	--------

Мужчины	0,07 ± 0,001	0,07 ± 0,01	0,05± 0,004
Женщины	0,06 ± 0,001	0,07 ± 0,002	0,05± 0,001
Вероятность различия	P<0,05	–	–

Еще одной особенностью поражения стенок сосудов у больных СД явилось наибольшая склонность к изменениям периферических сосудов. Так, ТИМ на ОСА у больных СД 1 типа была больше, чем у не болеющих, то есть 0,05 см у 68%, на ПА у 24%, на БА у 57% обследованных. У пациентов СД 2 типа отмечено превышение величины 0,05 см на ОСА у 88%, на ПА – у 27%, на БА – у 83% обследованных. Из 20 не болеющих СД человек только у одного мужчины 38 лет с избытком веса величина ТИМ на бедренной артерии составила 0,06 см, как и на его сонной артерии.

По данным Sorensen (1997), полученным в результате патоморфологических исследований, выявлено, что при наличии коронарного атеросклероза аналогичные изменения плечевых артерий встречаются у 75% лиц [5].

Данные показателей измерений ТИМ на сонной, плечевой и бедренной артериях обследованных приведены в таблице №3.

Таблица №3. ТИМ сонных, плечевых и бедренных артерий у больных сахарным диабетом 1, 2 типа и не болеющих сахарным диабетом

ТИМ	ОСА	ПА	БА
СД тип 1	0,07 ± 0,002	0,04 ± 0,001	0,05 ± 0,001
СД тип 2	0,07 ± 0,002	0,05 ± 0,002	0,06 ± 0,006
Без СД	0,05 ± 0,002	0,03 ± 0,003	0,04 ± 0,003

В случаях сравнения полученных данных в плечевой и бедренной артериях у больных сахарным диабетом 1,2 типа и не болеющих сахарным диабетом людей, вероятность различий были достоверными (P<0,05).

Из вышеприведенных данных можно увидеть, что у больных СД типа 2 показатели ТИМ на периферических артериях выше, чем у молодых больных СД 1 типа и не болеющих СД.

Исследованиями Yamasaki Yoshimitsu, Kodama Mineo установлено, что факторами риска утолщения оболочек сонной артерии у больных сахарным диабетом являются первоначальная толщина оболочек сосуда, уровень гликированного гемоглобина и возраст [6].

Достоверной зависимости ТИМ сонной артерий от уровня гликозилированного гемоглобина и показателей липидного обмена у молодых больных сахарным диабетом 1 и 2 типа данным исследованием установлено не было.

Для уточнения влияния такого фактора как возраст на утолщение стенки интима-медиа общих сонных артерий, обследованные нами пациенты были сопоставлены по 5 возрастным группам. Полученные данные приведены в таблице №4.

Таблица №4. ТИМ сонной артерии в зависимости от возраста у больных сахарным диабетом 1 и 2 типа

Возраст	18 - 22	23 – 27	28 – 32	33 – 37	38 - 40
---------	---------	---------	---------	---------	---------

Колич-во б-х СД 1	21	9	8	7	5
ТИМ СА б-х СД 1	0,06±0,002	0,06±0,003	0,06±0,003	0,08±0,01	0,10±0,01
Колич-во б-х СД 2	2	5	5	12	6
ТИМ СА б-х СД 2	0,06±0	0,06±0,004	0,07±0,004	0,07±0,002	0,07±0,009
P	–	–	P<0,05	P<0,05	P<0,05

ТИМ в группах больных сахарным диабетом 1 типа в возрасте 18-32 года составила 0,06 см и, начиная с возрастной группы 33-37 лет, наблюдалось увеличение показателя от 0,08 см до 0,10 см в возрастной группе 38-40 лет, когда постепенное увеличение ТИМ у пациентов с сахарным диабетом 2 типа отмечалось начиная с возрастной группы 28-32 года. Следует отметить, что среди больных сахарным диабетом 2 типа пациентов в возрасте старше 30 лет и имеющих избыток веса было больше, чем при 1 типе диабета.

Возможно, у болеющих сахарным диабетом молодых людей утолщение стенок сосудов опережает темп процесса у не болеющих. Так, у обследованных 5 пациентов, не достигших 18 лет, у 4 имело место превышение показателя 0,05 см от 0,06 см до 0,08 см, в среднем составивший 0,06±0,004 см.

Возможно, с возрастом изменения в стенке сосудов нарастают, так как у пациентов с сахарным диабетом старшего возраста (6 человек) ТИМ сонной артерии в среднем составила 0,10±0,01 см.

Нами также анализирована ТИМ по длительности заболевания у больных сахарным диабетом и при этом отмечено незначительное нарастание показателей с удлинением времени болезни при обоих типах диабета.

По данным Taniwaki Hiromichi, Kawagishi Takahiko, наряду с наличием сахарного диабета и возрастными особенностями, одним из важных факторов, способствующих утолщению стенок сосудов, является курение [7].

Курящих среди обследованных нами пациентов было 29, что составляет 36%. Показатели ТИМ сонной артерии у курящих и некурящих пациентов с 1 и 2 типом сахарного диабета приведены в таблице №5.

Таблица №5. Показатели ТИМ сонной артерии у курящих и некурящих больных сахарным диабетом 1 и 2 типа

Пациенты	Количество	Тип диабета	Толщина ИМ (см)	Вероятность различия
Курящие	14	1	0,08 ± 0,01	P<0,05
Некурящие	36		0,06 ± 0,001	
Курящие	15	2	0,07 ± 0,002	P<0,05
Некурящие	15		0,06 ± 0,002	

Как видно из приведенных выше показателей, у обследованных нами курящих пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа, ТИМ оказалось достоверно выше, чем у не имеющих такую привычку.

Еще в 2004 году с учетом значимости оксидативного стресса в формировании поздних осложнений сахарного диабета, предложено рассмотрение препаратов с антиоксидантными свойствами в качестве его основной терапии [8].

Результатами крупнейших международных исследований (НОРЕ, ONTARGET) убедительно доказан антиатеросклеротический эффект ИАПФ у больных с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний [9].

По результатам исследования FIELD, при первичной профилактике ИБС у больных сахарным диабетом 2 типа наибольшую эффективность продемонстрировал фенофибрат [10].

Крупные исследования, дающие рекомендации о необходимости проведения профилактического лечения, касаются в основном больных сахарным диабетом 2 типа. Нашей же задачей явилась профилактика сосудистых осложнений у людей в возрасте 18-40 лет с сахарным диабетом 1 и 2 типа.

Всего 36 пациентам сахарным диабетом 1 и 2 типа назначено профилактическое лечение макроангиопатии препаратами 3-х групп (приоритет от 2009.26.08. №2009/10.70.1). Пациентам с дислипидемией (их было 12) назначен препарат из группы фенофибратов Липантил 200М, с артериальной гипертензией (их было также 12) был назначен препарат из группы ингибиторов АПФ Диротон. Еще 12 пациентов без дислипидемий или с противопоказаниями к их применению и без артериальной гипертензий принимали антиоксидантный препарат Танакан в течение 3-х месяцев. Через 3 месяца лечения этим пациентам было проведено повторное обследование. Полученные результаты проведенного лечения приведены в таблице №6.

Таблице №6. Показатели ТИМ у больных сахарным диабетом, получавших профилактическое лечение исходно и через 3 месяца

Принимаемый препарат	ТИМ (см) $M \pm m$		ТИМ (см) $M_a \pm m_a$	t	p
	до лечения	после лечения			
Липантил 200М	0,08 ± 0,009	0,06 ± 0,003	0,02 ± 0,003	2,2	0,05
Диротон	0,09 ± 0,009	0,07 ± 0,006	0,02 ± 0,007	2,0	0,05
Танакан	0,07 ± 0,003	0,05 ± 0,003	0,01 ± 0,003	3,3	0,01

Наибольшие показатели ТИМ до лечения, на которые указывают приведенные цифры, имели пациенты с сахарным диабетом и артериальной гипертензией. Во всех группах, получавших профилактическое лечение, через 3 месяца ТИМ уменьшилась, что подтверждает эффективность проведенных профилактических мер.

Следует также отметить, что в данном исследовании у больных сахарным диабетом 2 типа с гиперинсулинемией ТИМ нарастала до ликвидаций гиперинсулинемии и регрессировала после коррекции указанного нарушения увеличением дозы бигуанидов.

Через год повторно обследованы 23 пациента. Среди них болеющих СД 1 типа было 16, СД 2 типа – 7.

Из 16 обследованных через год больных СД 1 типа 10 пациентов, получавшие профилактическое лечение макроангиопатии, остальные 6 – нелечившиеся.

10 пациентов с СД 1 типа получали курс лечения препаратами из группы фенофибратов (4), антиоксидантов (4) и ингибиторов АПФ (2). У этих пациентов через год ТИМ от исходного $0,08 \pm 0,01$ см уменьшилась до $0,06 \pm 0,01$ см, полученная разница $0,02 \pm 0,01$ см была достоверной.

У нелеченных 6 пациентов с СД 1 типа с исходными значениями ТИМ $0,05 \pm 0,004$ см, через год показатели не изменились, но полученные данные оказались недостоверными.

Получавшие курс лечения ИАПФ (2) и антиоксидантом (1) пациенты СД 2 типа в количестве 3 человек через год имели статистически значимое уменьшение ТИМ от исходного $0,08 \pm 0,01$ см до $0,07 \pm 0,01$ см, тогда как у нелечившихся 4-х пациентов исходный показатель, равный $0,06 \pm$ см, через год вырос до $0,08 \pm 0,01$ см.

По данным исследования Howard G., Sharreti A, в популяции лиц в возрасте 45 лет ТИМ сонной артерии в среднем составляет 0,06 см, а его ежегодный прирост у больных с ИБС – 0,003-0,006 см [11].

Итак, у молодых пациентов с сахарным диабетом толщина интима-медиа сонной артерии больше, чем у не болеющих диабетом людей такого же возраста. При этом у них чаще, чем у не болеющих диабетом встречаются изменения стенок периферических артерий. На толщину интима-медиа влияет возраст больных сахарным диабетом и курение. Проведение курса профилактического лечения макроангиопатии пациентам сахарным диабетом 1 и 2 типа приводит к регрессии изменений стенок сосудов. У больных сахарным диабетом возможно раннее выявление изменений стенок сосудов и проведение профилактического лечения.

Список использованной литературы

1. О состоянии здоровья народа и службы организации здравоохранения Республики Казахстан за 2004 – 2008 годы. Астана, 2009. стр. 19-20.
2. Theodore Mazzone et al. Results of the study CHICAGO./ JAMA. 2006, 0:296.21.
3. Howard B.V., Galloway J.M., et al. Coronary heart disease risk equivalence in diabetes depends on concomitant risk factors. Diabetes Care. 2006, 29: 391-397.
4. Antithrombotic Trialists Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. BMJ. 2002; 324: 71-86.
5. Атьков О.Ю., Балахонова Т.В., Зубарев А.Р. Ультразвук и сосуды: Диагностическая практика, стр. 9.
6. Yamasaki Yoshimitsu, Kodama Mineo, Nishizawa Hideko., et all./ Carotid intima-media thickness in Japanese type 2 diabetic subjects. Predictors of progression and relationship with incident coronary heart disease.// Diabetes Care. – 2000. 23, №9. – С. 1310 – 1315.
7. Taniwaki Hiromichi, Kawagishi Takahiko, Emoto Masanori., et all./Correlation

- between the intima-media thickness of the carotid artery and aortic pulse-wave velocity in patients with type 2 diabetes: Vessel wall properties in type.
8. М.И. Балаболкин. Молекулярные основы патогенеза сосудистых осложнений сахарного диабета.// Мед. каф. – 2004. – С. 48 – 57.
 9. О.К. Викулова, И.Р. Ярек-Мартынова, Н.П. Трубицина. Показатели вазомоторной функции эндотелия и эластичности артериальной стенки при терапии ингибитором ангиотензинпревращающего фермента рамиприлом у больных сахарным диабетом 2-го типа. Кардиология. 2008, №11, с.47-52.
 10. В.О. Константинов, Я.Р. Сайфулина. Сердечно-сосудистый риск и возможности его снижения у больных с метаболическим синдромом и сахарным диабетом 2 типа – роль фибратов. Кардиология. 2006, №11, с.86-90.
 11. Howard G., Sharretti A.R., Heiss G. et al.// Stroke.–1993 – Vol.24.– P. 1297– 1304.

Жуманова Баян Мусаевна
г. Алматы, м-р Кулагер, д 37А, кв. 5
моб. тел.: 8777-669-01-67
тел. дом.: 227-08-33

Женщина и ВИЧ-инфекция, исходы беременностей , анализ ситуации

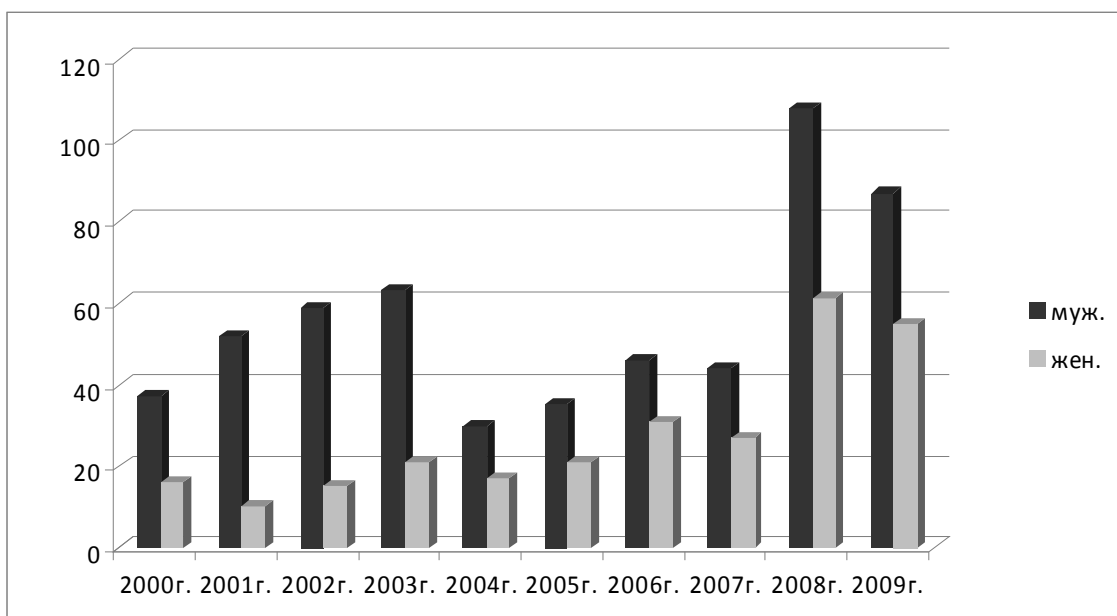
по Костанайской области за период с 2000г. по 2009г.

Демисенова Б.С.-заместитель главного врача ГУ «Костанайский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД»

В настоящее время в мире насчитывается более 33 млн. ВИЧ-инфицированных, в Казахстане более 13 тыс. Число людей живущих с ВИЧ/СПИДом неуклонно возрастает. В РК ежегодно выявляется около 2тыс. ВИЧ-инфицированных, 30-33% из них составляют женщины.

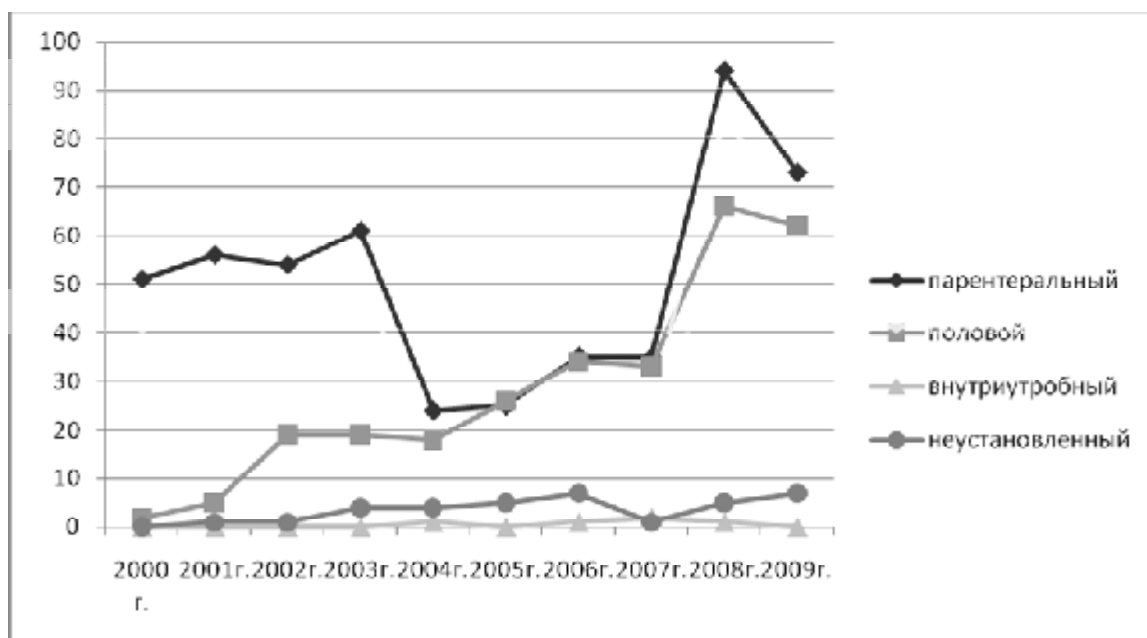
По Костанайской области зарегистрировано более 800 ВИЧ-инфицированных, Удельный вес женщин, от числа всех ВИЧ-инфицированных области, составил 32%. Причем, имеется явная тенденция ежегодного роста удельного веса ВИЧ-инфицированных женщин (Диаграмма 1.Распределение ВИЧ-инфицированных по полу).

Диаграмма 1.



Первые случаи ВИЧ-инфекции среди женщин, в области стали регистрироваться в 2000г. С этого периода зарегистрировано 274 ВИЧ-инфицированных лиц женского пола. Рост количества ВИЧ-инфицированных женщин говорит имеющейся тенденции к росту полового пути передачи ВИЧ-инфекции (Диаграмма 2. Пути и факторы передачи ВИЧ-инфекции в общей популяции ВИЧ-инфицированных)

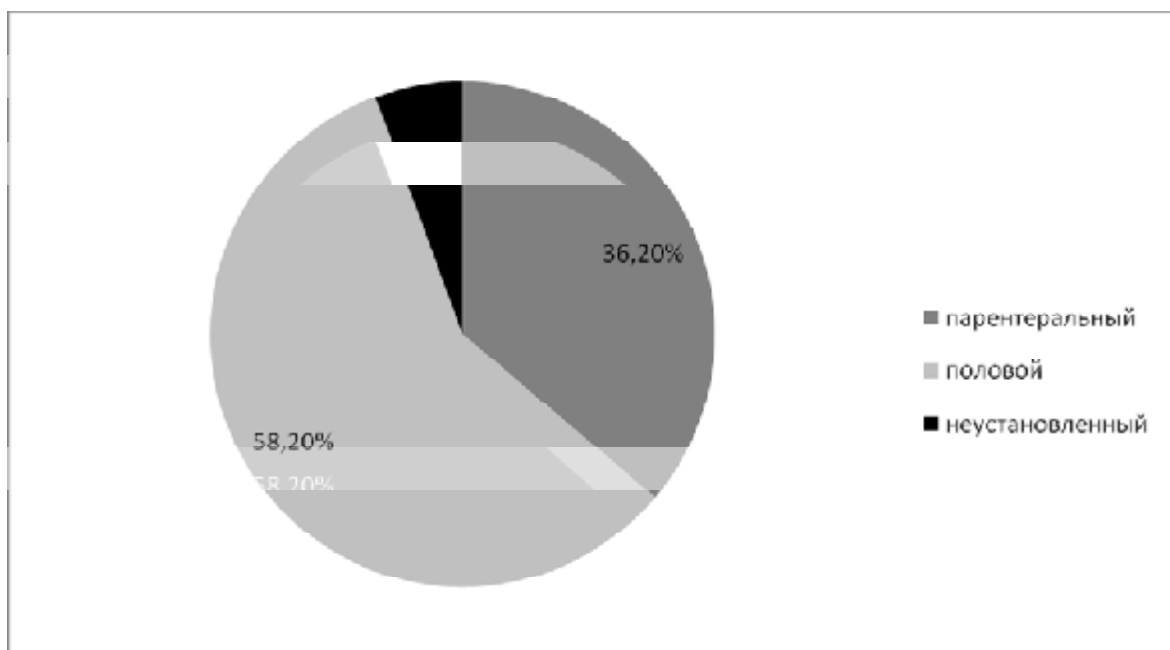
Диаграмма 2



Данная диаграмма наглядно показывает, что основным путем передачи ВИЧ-инфекции продолжает оставаться парентеральный, однако рост полового пути передачи прогрессивно возрастает, а в отдельные годы (2005г., 2006г., 2007г.) он практически совпадал с парентеральным. Рост полового пути передачи ВИЧ-инфекции является крайне негативным показателем и отражает возникшую тенденцию распространения ВИЧ-инфекции не только в уязвимых группах (наркоманы, проститутки), но и среди общего населения включая детей.

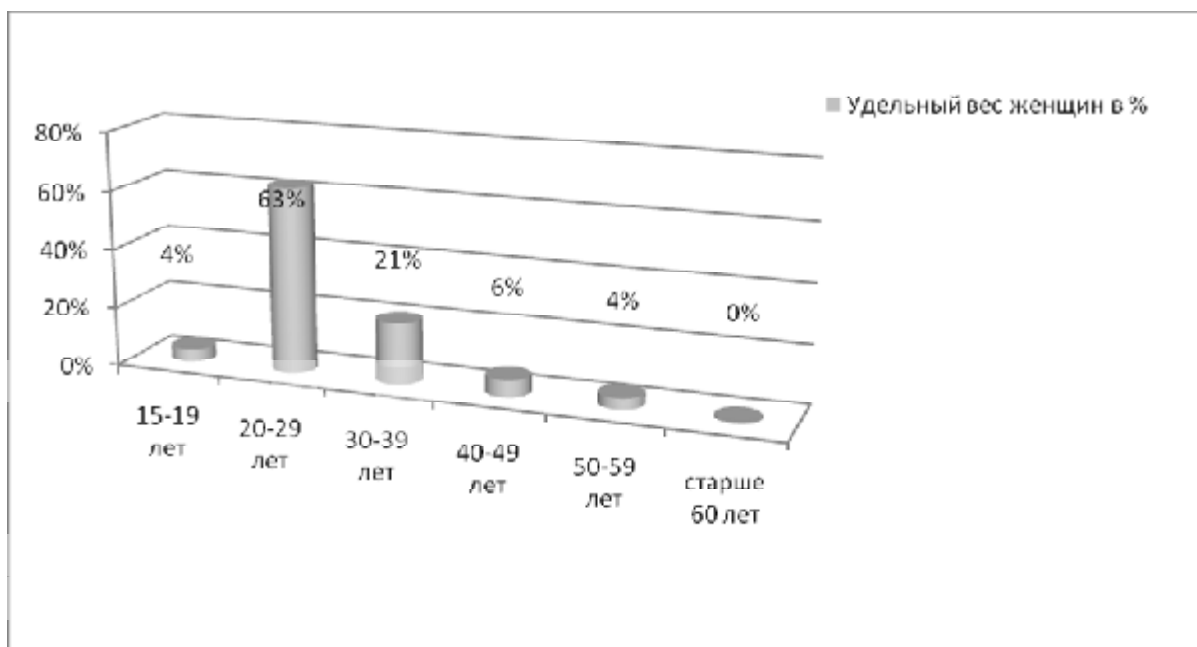
Анализ результатов эпидемиологического расследования путей и факторов передачи ВИЧ-инфекции среди ВИЧ-инфицированных женщин в Костанайской области за период с 2000 по 2009гг. выявил, что в 58,2% выявлен половой путь передачи ВИЧ-инфекции, в 36,2% парентеральный, в 15(5,6%)-неустановленный. Таким образом, в отличие от общей популяции ВИЧ-инфицированных, среди женщин основным путем распространения ВИЧ-инфекции является половой (Диаграмма 3. Пути передачи ВИЧ-инфекции среди женщин).

Диаграмма 3

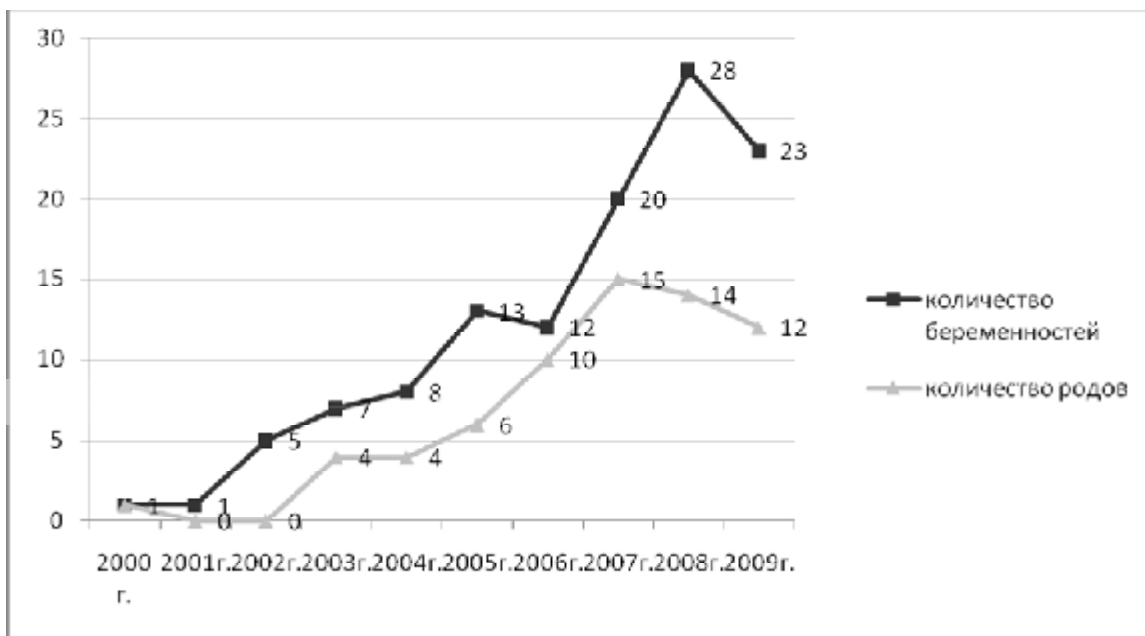


Общеизвестно, что наиболее уязвимой частью населения для ВИЧ-инфекции является молодежь. В возрастном аспекте 95,3% ВИЧ-инфицированных женщин находятся в репродуктивном возрасте (15-49 лет), в т.ч. 63,1% - в активном репродуктивном возрасте (20-29 лет). (Диаграмма 4. Распределение ВИЧ-инфицированных женщин по возрастам)

Диаграмма 4

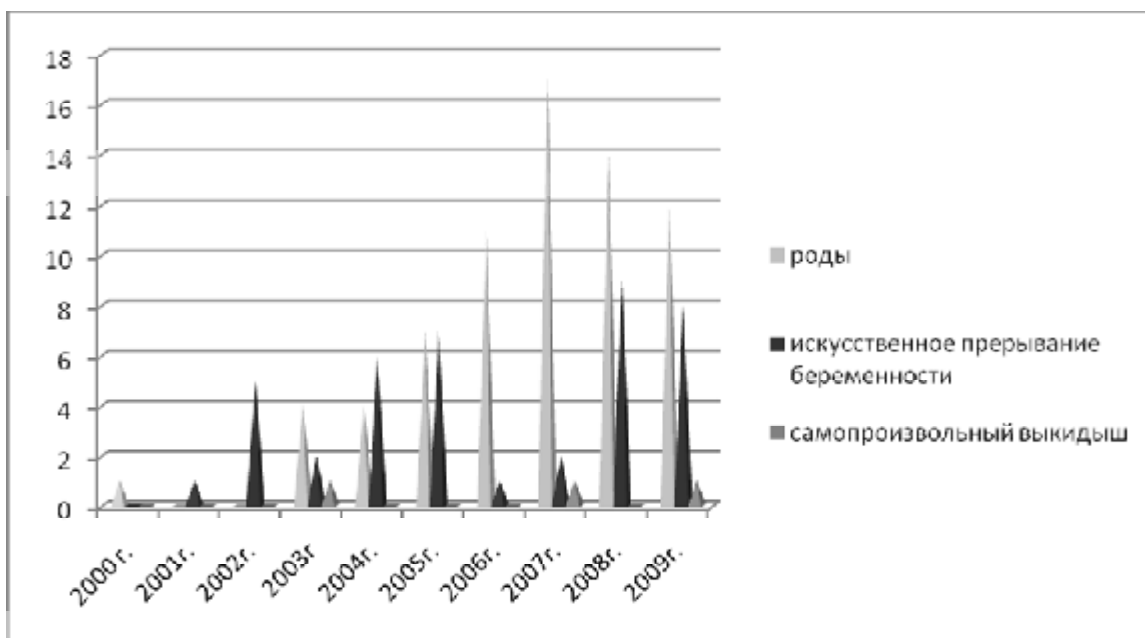


С ростом количества ВИЧ-инфицированных женщин, прямо пропорционально возрастает количество беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин, соответственно возрастает количество детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей (Диаграмма 5. Абсолютное число беременностей и родов у ВИЧ-инфицированных женщин по годам)



Несмотря на риск реализации ВИЧ-инфекции, анализ исходов беременностей показал, что с 2006г. большинство женщин выбирают рождение ребенка и вынашивают беременность (Диаграмма 6.Исходы беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин).

Диаграмма 6



Вынашивание беременности ВИЧ-инфицированными женщинами ставит перед обществом проблему обеспечения профилактики вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции.

Мероприятия по ППМР ВИЧ инфицированным женщинам во время беременности и новорожденным проводятся в области с 2003 года. С нарастанием из 66 беременных вынашивавших беременность, АРВ – профилактикой охвачено 51 (78,4%), из 66 рожденных

ими детей -54 (83%). Снято с «Д» учета детей рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей-41(62%) с диагнозом «здоров», у 5 детей (7,5%) выявлена ВИЧ-инфекция, 3 ребенка - умерли до года, 2 ребенка выбыло (до установления ВИЧ-статуса), 15 детей находятся под наблюдением в ОЦ СПИД до установления ВИЧ-статуса.

Неполный охват химиопрофилактикой беременных женщин объясняется поздним выявлением ВИЧ-статуса у беременной, отказом ВИЧ-инфицированных женщин от наблюдения в центре по профилактике и борьбе со СПИД, низкая приверженность к терапии у беременных, продолжающих употребление наркотических препаратов во время беременности.

ВЫВОДЫ: С ежегодным ростом числа ВИЧ-инфицированных Казахских граждан растет количество ВИЧ-инфицированных беременных, а так же детей рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. В этих условиях проблема профилактики вертикальной трансмиссии ВИЧ-инфекции от матери к ребенку становится все более актуальной. Стратегия по управлению репродуктивным поведением ВИЧ-положительных женщин, может реально уменьшить риск ее распространения.

Пути решения: 1. Необходимо изучить и оптимизировать тактику проведения консультирования как в центрах по профилактике и борьбе со СПИДом, а так и в женских консультациях. Целесообразно проведение постоянного консультирования на протяжении всей беременности для коррекции поведения, повышения приверженности к антиретровирусной терапии. Методика и грамотность проведения ПСК могут оказать значительное влияние на вероятность передачи инфекции от матери к ребенку.

2. Добиться обеспечения специалистами женских консультаций особого контроля за выявлением и своевременной постановкой на учет по беременности женщин из групп риска (наркопотребители, злоупотребляющие алкоголем, работницы коммерческого секса и прочие), для раннего тестирования на ВИЧ и решения вопроса о возможности прерывании беременности по медицинским и социальным показаниям (приказ Председателя Агентства РК №687 от 24 июля 2001 года « Правила искусственного прерывания беременности»);

3. Совместное, со специалистами ОЦ СПИД наблюдение ВИЧ-инфицированных беременных, с соблюдением условий конфиденциальности, исключая стигмы и дискриминацию, для обеспечения качественной профилактики передачи ВИЧ инфекции от матери к ребенку (приказ МЗ РК № 699 от 28.12.2008 г. «О профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в Республике Казахстан»).

4. Рациональное ведение родов у ВИЧ-инфицированных.

5.Послеродовое наблюдение ВИЧ-инфицированных женщин в женских консультациях для своевременного проведения комплекса мероприятий, включающих консультирование по вопросам контрацепции и планированию беременности.

6. Преемственность в работе специалистов центров СПИД, врачей акушер-гинекологов и педиатров, работников социальных служб.

Литература:

1. Отчетные данные эпидемиологической ситуации по ВИЧ/СПИД по Республике Казахстан на 01.01.2010г.
2. Отчетные данные эпидемиологической ситуации по ВИЧ/СПИД по Костанайской области на 01.01.2010г.
3. Нормативно-правовая база МЗ РК: приказ Председателя Агентства РК №687 от 24 июля 2001 года « Правила искусственного прерывания беременности»; приказ МЗ РК № 699 от 28.12.2008 г. «О профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в Республике Казахстан».

Заболеваемость женщин детородного возраста проживающих в Хорезмской области и его особенности

Абдуллаев И.К.

**Ургенчский Филиал Медицинской Академии
Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан**

Один из основных принципов формирования системы здравоохранения, обеспечивающей улучшение и укрепление здоровья населения Республики Узбекистан, является создание эффективной системы охраны материнства и детства. Данная цель четко указана в целях национальной концепции реформирования системы здравоохранения, где также подчеркнуты необходимость охраны здоровья женщин, особенно детородного возраста и важность обеспечения современного медицинского обслуживания. Все эти задачи

также отмечены в специально созданной государственной программе, призванной претворить в жизнь идеи формирования здорового поколения.

В последние годы многие авторы неоднократно отмечают резкое учащение экстрагенитальных заболеваний среди женщин детородного возраста, как в Республике, так и во многих странах мира (1, 2, 3, 4, 5). В частности, относительно широкое распространение данных заболевания наблюдается в районе Приаралья, что само собой требует разработку дополнительных практических мер в направлении исследования данных изменений.

Главная цель нашего исследования – это изучение и оценка заболеваемости женщин детородного возраста в экологически неблагоприятной Хорезмской области Республики Узбекистан (далее – области) по обращаемости в лечебные учреждения области и проведения сравнительного анализа, полученных результатов со средними показателями по Республике и экологически более благоприятной Ташкентской области.

Материалы и методология

С целью изучения заболеваемости женщин детородного возраста были использованы данные, полученные от Центра обработки данных Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан, Областного Управления Здравоохранения, а также результаты проведенных медицинских обследований. При статистическом анализе данных широко применялись методы статистики социальной гигиены и санитарии.

Результаты анализа

В ходе исследований было обнаружено, что заболеваемость женщин детородного возраста на 13,4% превышает уровень заболеваемости среди всех женщин и составляет $780,4 \pm 1,54$ заболеваний на 1000 женщин детородного возраста, что также в 1,3 раза выше средних показателей для Ташкентской области и Республики в целом ($P < 0.001$). При непосредственном изучении обращений женщин детородного возраста были получены схожие данные – 772,2%. Заболевания системы пищеварения среди женщин детородного возраста (по распространенности) занимают первое место и составляет 20,3% от общего количества заболеваний ($158,5 \pm 0,69$) и превышают уровень распространения данных заболеваний в Ташкентской области в 2,6 раза, и в 2,4 раз превышают среднереспубликанский уровень.

Второе место по распространенности занимают заболевания дыхательных органов ($119,7 \pm 0,60$), распространенность которых ниже, чем в сравниваемых регионах. Третье место по распространенности в области (10,2%) занимают осложнения беременности, родов и послеродового периода ($80,0 \pm 0,47$). Данный уровень выше соответствующего показателя для

Ташкентской области в 1,7 раза, а среднереспубликанского уровня – в 2,5 раза. Уровень заболеваемости другими классами заболеваний, кроме раковых заболеваний, психических расстройств, болезней органов дыхания, болезней мышц, костей и соединительной ткани, относительно ниже, чем в Ташкентской области.

Таблица 1

Уровень заболеваемости женщин детородного возраста по обращаемости в лечебно-профилактические учреждения на 1998 – 2000 гг. (на 1000 женщин детородного возраста)

Классы заболеваний	Заболевания	Республика Узбекистан		Ташкентский вилайат		Хорезмский вилайат	
		Доля в % от общей заболеваемости	Фактическая заболеваемость	Доля в % от общей заболеваемости	Фактическая заболеваемость	Доля в % от общей заболеваемости	Фактическая заболеваемость
I	Инфекционные заболевания	2,7	15,7±0,05	3,5	20,0±0,2	3,6	28,4±0,29
II	Новообразования	1,1	6,3±0,03	1,0	5,8±0,1	0,3	2,4±0,08
III	Болезни эндокринной системы	4,6	27,3±0,06	3,7	21,2±0,2	3,4	26,3±0,28
IV	Болезни крови и кроветворных органов	21,7	128,4±0,14	14,0	80,7±0,37	9,9	97,2±0,54
V	Психические расстройства	0,3	2,0±0,01	0,2	1,0±0,04	0,06	0,5±0,04
VI	Болезни нервной системы и органов чувств	8,2	48,1±0,09	8,1	46,7±0,37	6,1	48,0±0,38
VII	Болезни системы кровообращения	4,0	23,7±0,06	5,1	29,5±0,22	8,5	66,4±0,45
VIII	Болезни органов системы дыхания	20,6	121,6±0,14	23,2	133,8±0,48	15,3	119,7±0,60
IX	Болезни органов пищеварения	11,0	64,5±0,1	10,6	61,2±0,31	20,3	158,5±0,69
X	Болезни мочеполовой системы	9,0	52,3±0,09	8,5	49,2±0,29	8,0	62,0±0,43
XI	Осложнения беременности, родов и	5,3	31,6±0,07	8,0	45,7±0,28	10,2	80,0±0,49

	послеродового периода						
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки	4,5	26,7±0,06	5,0	29,0±0,22	5,6	43,8±0,36
XIII	Болезни костномышечной системы и соединительной ткани	1,8	10,9±0,04	2,5	14,7±0,15	1,9	14,7±0,21
XIV	Симптомы и неточно обозначенные состояния	0,2	1,3±0,014	0,2	1,2±0,04	0,6	4,5±0,114
XVII	Несчастные случаи, отравления и травмы	5,0	29,7±0,07	6,2	36,7±0,25	6,2	48,0±0,38
	Всего	100,0	590,1±0,31	100,0	575,4±0,99	100,0	780,4±1,54

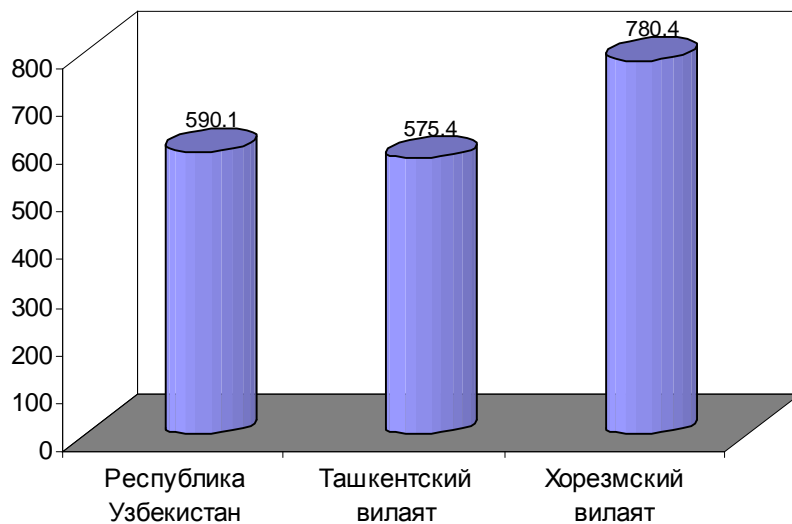


Рис. 1. Заболеваемость женщин детородного возраста по обращаемости в 1998 – 2000 гг. (на 1000 женщин детородного возраста).

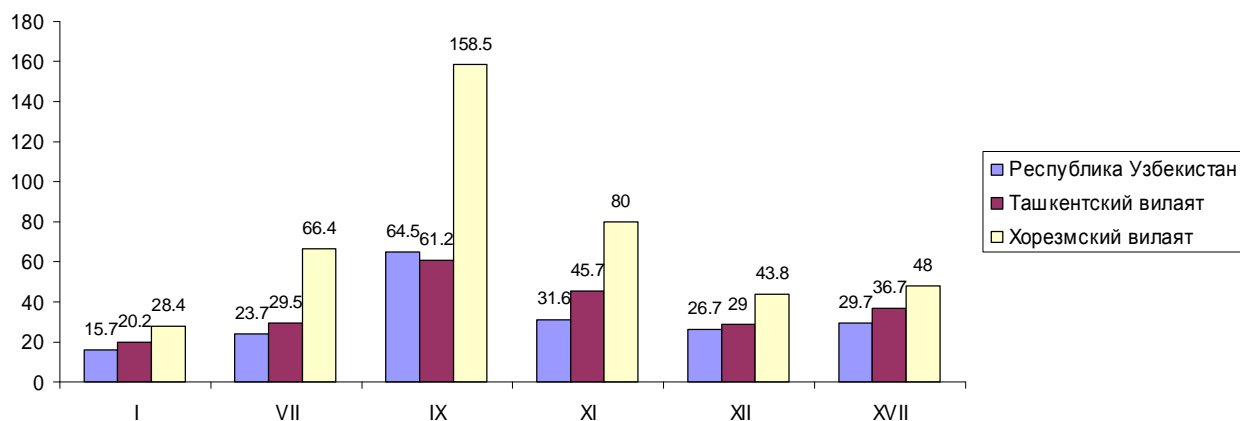


Рис. 2. Заболеваемость женщин детородного возраста по обращаемости в 1998 – 2000 гг. по некоторым классам заболевание (на 1000 женщин детородного возраста).

По сравнению с показателями Ташкентской области и Республики в целом заболеваемость инфекционными и паразитарными заболеваниями в области выше общереспубликанского уровня в 1,8 раза, и Ташкентской области – в 1,4 раза. Заболеваемость болезнями крови и кроветворных органов соответственно выше в 2,8 и 2,2 раза, болезни кожи и подкожных клетчаток – в 1,6 и 1,5 раза, травмы, отравления и несчастные случаи – в 1,6 и 1,3 раза. Данные показатели свидетельствует о значительном влиянии негативных экологических факторов на здоровье женщин детородного возраста в области ($P < 0.001$), (таблица 1, рис. 2).

В период с 1998 по 2000 гг. наблюдался значительный рост, а затем спад уровня заболеваемости среди женщин детородного возраста (1998 – 632‰, 1999- 981,6‰, 2000 – 725,1‰).

Гастриты и дуодениты составляют 5,4% широко распространенных в республике заболеваний органов пищеварения, 4,2% болезней органов дыхания приходится на острые респираторные вирусные инфекции, а бронхиты составляют 2,6%. 14,0% болезней органов кровообращения составляют гипертоническая болезнь, а ишемическая болезнь сердца – 7,8% от общего количества заболеваний данного класса. Болезни периферийной нервной системы составляют 11,2% от общего количества болезней нервной системы и органов чувств.

Необходимо отметить, что основную часть заболеваний женщин детородного возраста составляют болезни IV, VI, VII, VIII, IX и X классов. По Республике в целом, данные классы заболеваний составляют 74,3% от общего числа заболеваний, зарегистрированных среди женщин детородного возраста, 69, 5% - в Ташкентской и 68,2% - в Хорезмской областях (табл. 2). Очевидно, что по данным 6 классам болезней заболеваемость в области в 1,3 раза выше уровня Ташкентской области и в 1,2 раза выше среднереспубликанского показателя ($P < 0.001$).

Таблица 2.

Уровень заболеваемости среди женщин детородного возраста по некоторым широко распространенным классам заболеваний (на 1000 женщин детородного возраста).

Классы заболеваний	Заболевание	Республика Узбекистан		Ташкентский вилайат		Хорезмский вилайат	
		Доля в % от общей заболеваемости	Фактическая заболеваемость	Доля в % от общей заболеваемости	Фактическая заболеваемость	Доля в % от общей заболеваемости	Фактическая заболеваемость

IV	Болезни крови и кроветворных органов	21,7	128,±0,14	14,0	80,7±0,37	10,0	97,2±0,54
VI	Болезни нервной системы и органов чувств	8,1	48,1±0,09	8,1	46,7±0,37	6,1	48,0±0,38
VII	Болезни органов кровообраще ния	4,0	23,7±0,06	5,1	29,5±0,22	8,5	66,4±0,45
VIII	Болезни органов дыхания	20,6	121,6±0,14	23,2	133,8±0,48	15,3	119,7±0,60
IX	Болезни системы пищеварения	11,0	64,5±0,1	10,6	61,2±0,3	20,3	158,5±0,69
X	Болезни мочеполовой системы	8,9	52,3±0,09	8,5	49±0,29	8,0	62,±043
	Всего	74,3	438±0,27	69,5	401±0,83	68,2	551,8±1,30

С целью повторного подтверждения достоверности данных был проведен анализ специальных карт обращений, зарегистрированных в поликлиниках города Ургенча (областной центр Хорезмской области, 2000 анкет), Янгиарыкского и Янгибазарского районов (районы Хорезмской области, соответственно 4110 и 6110 анкет) за 1998 – 2000

гг. Количество обращений на 1000 женщин детородного возраста в городском районе составило 662,1‰, в сельских районах – 593,7‰.

В то же время наблюдается значительные расхождения в данных, полученных от Центра анализа данных Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан, и данных, полученных непосредственно при исследовании анкет в области. При сравнении данных из этих двух источников, было обнаружено, что согласно данным карт обращений заболеваемость болезнями крови и кроветворных органов превышает в 1,5 раза, болезни нервной системы и органов чувств – в 1,1 раза, системы кровообращения – в 1,3 раза, мочеполовой системы – в 1,09 раза. В то же время, согласно тем же данным карт обращений уровень заболеваемости болезнями органов дыхания ниже в 1,08 раза, болезнями органов пищеварения – в 1,7 раза. По статическим (официальным) данным вышеупомянутые самые распространенные классы заболеваний составляют 68,2% от общего количества заболеваний, а по данным проведенного нами анализа – 76,6%.

При анализе заболеваемости женщин детородного возраста по группам на основе данных обращаемости выявлены определённые особенности, которые носят в себе определенное медико-социальное значение. Количество обращений по некоторым классам заболеваний растет среди женщин до 35 лет и 55-60% всех обращений приходится именно на этот возрастной период (таблица 3). Среди женщин старше 35 лет, обращаемость по данным классам заболеваний падает, а по некоторым классам заболеваний количество обращений растет по мере увеличения возраста женщин. Данная особенность ярко наблюдается на примере болезней системы кровообращения. Большинство обращений наблюдается среди женщин 25-29 и 30-34 лет, что в определенной степени связано с процессами беременности и родов, присущих этой возрастной категории (таблица 3, рис. 3). В последующих стадиях нашего

исследования, в процессе анкетирования, было выявлено, что 70-80% беременностей и родов происходит именно в этом возрасте.

Таблица 3. Заболеваемость среди женщин детородного возраста, проживающих в Хорезмской области по возрастам на 1998 – 2000 гг. (согласно данным собственных исследований).

Классы заболеваний	Заболевание	До 20 лет	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Всего
I	Инфекционные и паразитарные болезни	20,6	24,8	20,9	23,3	18,1	19,7	10,4	24,5
II	Злокачественные образования	0,4	0,5	1,0	1,3	1,5	1,7	0,8	0,7
III	Болезни эндокринной системы	11,3	28,4	35,4	25,7	10,3	11,8	9,3	34,7
IV	Болезни крови и кроветворных органов	70,5	75,1	250,7	76,1	60,4	64,7	33,0	120,0
V	Психические расстройства	2,7	7,6	18,7	9,8	7,0	6,3	5,3	9,1
VI	Болезни нервной системы и органов чувств	72,0	73,4	110,7	90,4	76,7	69,0	40,4	53,2
VII	Болезни системы кровообращения	50,0	59,6	89,3	66,5	79,9	85,4	75,4	89,0
VIII	Болезни органов системы дыхания	67,0	105,5	123,0	100,8	82,3	94,0	60,3	110,1
IX	Болезни органов пищеварения	77,4	110,0	152,5	101,0	94,7	90,0	60,4	123,3
X	Болезни мочеполовой системы	70,5	104,3	124,1	86,6	70,4	70,4	46,0	68,0
XI	Осложнения беременности, родов и	10,7	23,0	54,7	42,3	20,0	19,8	1,0	45,4

	послеродового периода								
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки	3,7	14,0	24,3	17,4	18,4	20,8	13,4	48,3
XIII	Болезни костномышечной системы и соединительной ткани	3,6	7,7	15,3	10,0	12,7	15,7	10,5	6,4
XIV	Симптомы и неточно обозначенные состояния	3,0	4,8	6,0	3,7	3,0	5,9	6,2	3,2
XVII	Несчастные случаи, отравления и травмы	21,8	38,0	39,4	33,3	20,3	22,4	10,4	36,3
	Всего	486,6	676,7	1066,0	688,8	575,7	592,6	439,5	772,2

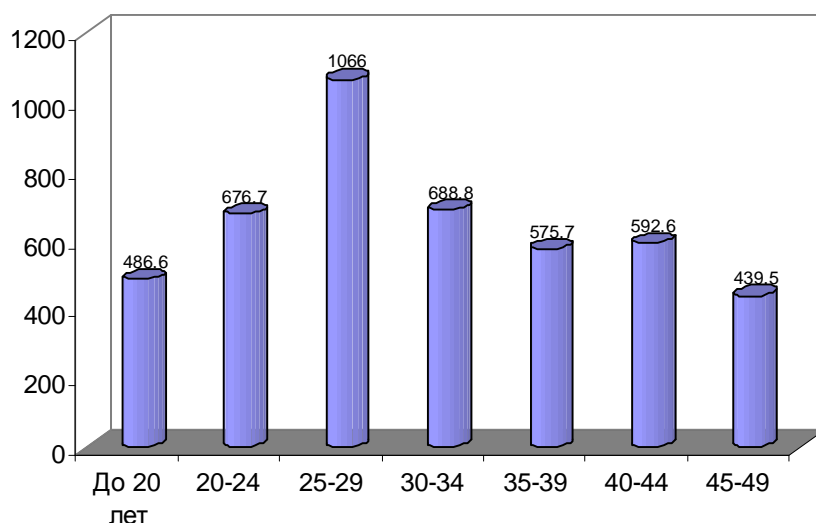


Таблица 3. Заболеваемость женщин детородного возраста в Хорезмской области по возрастам.

Исходя из вышеприведенных статистических данных и результатов собственных исследований, можно утверждать, что заболеваемость среди женщин детородного возраста Хорезмской области (1998-2000 гг.) выше, чем в Ташкентской области и в Республике, в целом, как при сравнении на основе официальных статистических данных или результатов собственных исследований. Высокая степень обращаемости по заболеваниям наблюдалась среди женщин 25-29 лет (1066,0%).

При анализе динамики обращаемости женщин детородного возраста в лечебно-профилактические учреждения во всех исследуемых регионах на 1996 – 2000 гг., было выявлено, что заболеваемость в Хорезмской области снизилась в 1,7 раза с 1996 по 1997 гг. и значительно не изменялась в последующие годы.

Выводы.

- 1. Общая заболеваемость женщин в Хорезмской области на 7% выше уровня заболеваемости всего населения области, а заболеваемость женщин**

детородного возраста – на 46,8% выше уровня заболеваемости женщин в области.

2. Общий уровень заболеваемости женщин в области выше среднереспубликанского уровня и уровня заболеваемости в Ташкентской области соответственно в 1,5 и 1,4 раза.
3. Заболевания крови и кроветворных органов, органов чувств и нервной системы, кровеносной системы и дыхательных путей, системы пищеварения и мочеполовой системы составляют 74,3% от всех заболеваний выявленных у женщин детородного возраста по Республике, 69,5% – в Ташкентской, и 68,2% – в Хорезмской области.
4. По распространенности в области лидируют заболевания пищеварительной системы, которые составляют 20,3% от всех зарегистрированных заболеваний (158,5±0,69/1000). 15,3% всех заболеваний составляют болезни органов дыхания (119,7±0,60/1000) и 10,3% общей заболеваемости приходится на осложнения беременности, родов и послеродового периода (80,0±0,43).
5. При возрастном анализе обращаемости женщин детородного возраста в лечебно-профилактические учреждения области, было выявлено, что высокий уровень заболеваемости приходится на женщин 25-29 лет (1066,0/1000).

Литература.

1. Абдуллаев И.К. Медико-социальные особенности заболеваемости женщин детородного возраста, проживающих в экологически неблагоприятных сельских районах Южного Приаралья // Узб.тиб.журн. – 2001. - № 5-6. – с. 32-34.
2. Асадов Д.А., Вафакулов У.Б. Репродуктивные аспекты многодетных семей проживающих в сельской местности Самаркандского вилоята // Узб.тиб.журн. – 1999. - №5. – с. 6-8.
3. Бабажонов А.С., Шарипов Б.Х. Медико-социальные аспекты инвалидности среди женщин в Приаралье // Межд. журн. иммунореабилитации. – 1998. – с. 203.
4. Бекбаулиева Г.Н. Орол буйида яшовчи аёлларда репродуктив жараён // Узб.тиб.журн. – 1988. - №3. с.79.

5. Шайхова Г.И., Салимова Ф.И., Алимухамедов Д.Ш. Алиментарная профилактика железодефицитной анемии // Вестник врача общей практики. – 2003. - № - с.

Оценка частоты госпитализации женщин-военнослужащих с воспалительными заболеваниями женских половых органов

Байдильдаева Г.Т.
Высшая Школа общественного здравоохранения

Повышение эффективности лечебно-профилактической акушерско-гинекологической помощи женщинам-военнослужащим и членам семей военнослужащих проводится на основе внедрения современных методов, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, совершенствование и повышение квалификации врачей и других медицинских работников. При этом проводятся систематически мониторинг акушерской и гинекологической заболеваемости среди женщин-военнослужащих и членов семей; изучаются особенности влияния военного труда на трудовые потери женского личного состава и внедряются эффективные оздоровительные мероприятия [1, 2].

Данные исследования женщин-военнослужащих показали, что в 2009 году всего было госпитализировано 30,4% женщин-военнослужащих с воспалительными заболеваниями женских половых органов от общей их заболеваемости.

Динамика госпитализированных женщин-военнослужащих с воспалительными заболеваниями женских половых органов (таблица 1) обнаружило, что в 2007-2009 годы наибольший удельный вес с данным показателем была выявлено в гарнизоне г.Астаны (соответственно 39,5%, 46,7% и 53,8%), который показывает увеличение в данном гарнизоне обращаемости, выявляемости и госпитализации больных.

Военнослужащие женщины из южного регионального командования, проходившие лечение за исследуемый период были в меньшем количестве от общего числа госпитализации с воспалительными заболеваниями женских половых органов.

Дальнейшие результаты исследования показывают, что среди женщин-военнослужащих по годам призыва (рисунок 1) больные, госпитализированные с воспалительными заболеваниями женских половых органов распределены следующим образом: в 2007 году первое ранговое

место заняли лица призыва 1990-2000 годов (38,5%), второе место – призыв 2001-2005 годов (33,3%) и третье – призыв 2006-2008 годов (28,2%).

В 2008 году распределение ранговых мест не изменилась. Так, лидирующее место заняли лица призыва 1990-2000 годов (56,4%), второе место – призыв 2001-2005 годов (34,3%) и третье – призыв 2006-2008 годов (9,3%).

Иная картина выглядела в 2009 году у женщин-военнослужащих госпитализированных с воспалительными заболеваниями женских половых органов. На первое ранговое место переместились лица 2001-2005 года призыва (45,3%), на второе место – призыв 1990-2000 года (30,9%) и на третьем, по-прежнему, остался призыв 2006-2008 года (23,8%).

Таблица 1 – Удельный вес женщин-военнослужащих, госпитализированных с воспалительными заболеваниями женских половых органов, в % (2007-2009 гг.)

Наименование гарнизона	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Астана	39,5	46,7	53,8
Щучинск	2,3	6,7	12,8
Балхаш	2,3	-	10,3
Акмола	-	6,7	7,7
Караганда	4,7	6,7	5,1
Алматы	-	-	2,6
Аягуз	-	6,7	5,1
Атырай	-	-	2,6
Жаркент	16,3	-	-
Сарань	4,7	-	-
Ушарал	2,3	-	-
Шымкент	2,3	3,3	-
Семей	-	3,3	-
Капчагай	-	3,3	-
пгт. Гвардейский	4,7	3,3	-
Мерке	-	3,3	-
Тараз	11,6	6,7	-
Приозерск	7,0	-	-
Талдыкорган	2,3	-	-
Сарыозек	-	3,3	-

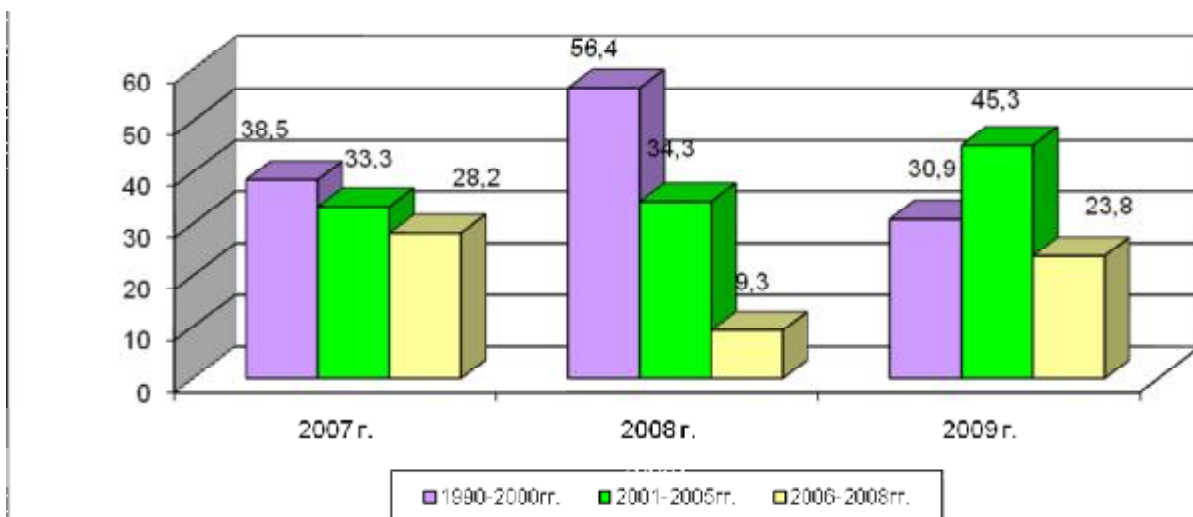


Рисунок 1 – Распределение женщин-военнослужащих по годам призыва, госпитализированных с воспалительными заболеваниями женских половых органов

Распределение военнослужащих женщин по возрастной категории (рисунок 2), госпитализированных с воспалительными заболеваниями женских половых органов показало, что в 2009 году лица возрастной группе 40-44 лет имели наибольшее обращение по поводу сальпингоофоритов (35,9%), что говорит о возрастных изменениях и наличии у этой группы хронических заболеваний. Наибольший удельный вес данного показателя также было обнаружено в возрастной группе от 25-39 лет, которая является самым репродуктивным возрастом (до 25,0% в возрасте 25-29 лет, 20,5% в возрасте 30-34 года и 29,1% в возрасте 35-39 лет).

Эти данные свидетельствует о высоком риске хронизации воспалительного процесса, который может привести к различным изменениям репродуктивной системы (бесплодие, нарушение овариально-менструального цикла и т.д.).

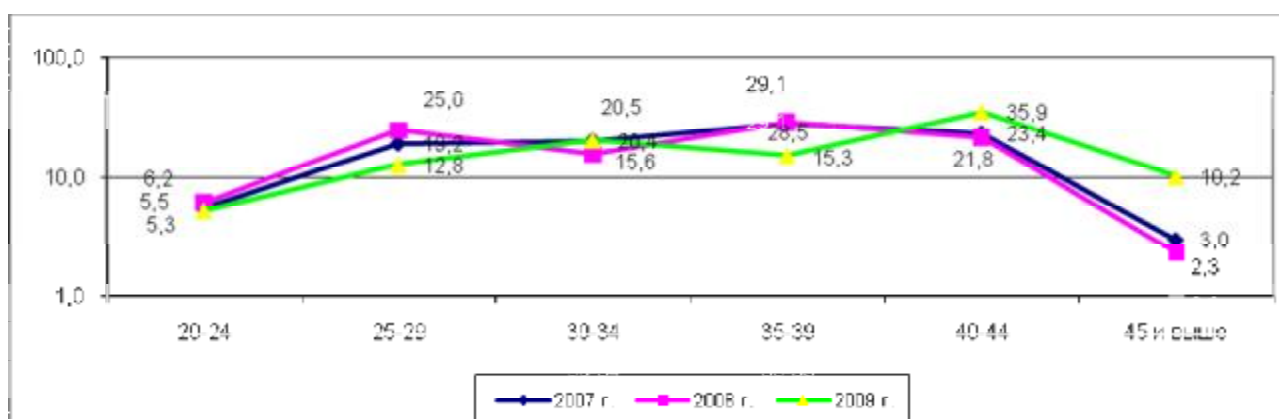


Рисунок 2 - Распределение женщин-военнослужащих по возрастной категории, госпитализированных с воспалительными заболеваниями женских половых органов

Из сопутствующей патологии (рисунок 3) с воспалительными заболеваниями женских половых органов превалирует ожирение (18,7%) и ЗППП, остеохондроз, близорукость и хронический фарингит (15,6%).

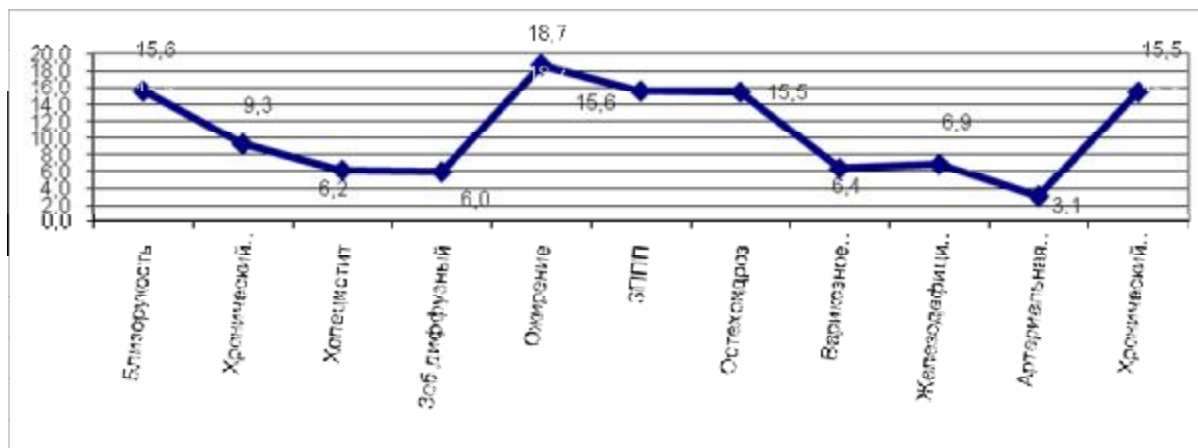


Рисунок 3 - Основные сопутствующие патологии среди женщин-военнослужащих

Таким образом, следует отметить, что основными причинами гинекологической заболеваемости с воспалительными заболеваниями женских половых органов являются: переохлаждение, в связи с работой в холодных помещениях и частыми построениями на плацу в холодное время года; отсутствие санитарно гигиенических комнат; учебно-полевые выходы в холодное время года и отсутствие санитарно гигиенических условий во время полевых выходов и т.д.

Литература:

- 1 Крюков И.Н., Качковский М.А. Методологические аспекты оценки качества жизни военнослужащих // Военно-медицинский журнал. – М., 2005. - №4. - С.8-10.
- 2 Шемков А.М., Шамрей В.К., Русанов С.Н., Костюк Г.П. О совершенствовании системы сохранения психического здоровья военнослужащих // Военно-медицинский журнал. – М., 2005. - №4. - С.4-7.

Резюме

Оценка частоты госпитализации женщин-военнослужащих с воспалительными заболеваниями женских половых органов

Байдильдаева Г.Т.

Высшая Школа общественного здравоохранения

Исследована и оценена частота причины основных гинекологических заболеваний с воспалительными процессами женских половых органов женщин-военнослужащих в Вооруженных силах Республики Казахстан.

Түйіндеме

Жыныс органдарының асқынған сырқаттары бар әскери қызметші әйелдерді госпитализациялау жиілігін бағалау

Байділдаева Г.Т.

Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі

Қазақстан Республикасының Қарулы Күштеріндегі әскери қызметші әйелдердің жыныс органдарының негізгі асқынған гинекологиялық сырқаттары себептерінің жиілігі зерттеліп бағаланды.

Summary

Evaluation of the frequency of hospital admissions among servicewomen with inflammatory diseases of female genital organs.

Baydildayeva G.T.

Kazakhstan School of Public Health

The frequency of causes of the main gynecological diseases with inflammatory processes of female genital organs were investigated and evaluated among female military personnel in Armed Forces of the Republic of Kazakhstan.

УДК: 616-082, 617.576

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТРАВМОЙ КИСТИ

М.И.Мурадов

Национальный Научный Центр хирургии

им.А.Н.Сызганова, г.Алматы, МЗ РК

Исследование посвящено изучению причин инвалидизации пациентов с травмой кисти. На примере работы отделения реконструктивной микрохирургии в течение последних 5 лет на примере 1473 пациентов показано, что своевременная диагностика, качественная первичная обработка ран, правильная доставка сегментов кисти, выполнение реконструктивных операций на кисти одним хирургом, владеющим микрохирургической техникой позволяет снизить инвалидность, сроки временной нетрудоспособности и в кратчайшие сроки вернуть пациентов к полноценной трудовой деятельности

Мурадов Мисмил Исламович, к.м.н., заведующий отделения реконструктивной и пластической микрохирургии ННЦХ им.А.Н. Сызганова.

Сот. 87019898111

mismil@yandex.ru

Раб. 2792240 # 150

г.Алматы, ул. Желтоксан 62

Введение

Среди травм опорно-двигательного аппарата повреждения кисти составляют 30-50%, а случаи потери трудоспособности по этой причине достигают 30% от общего количества нетрудоспособных после различных видов травм /1,2/.

Высокая степень социальных потерь вследствие травм кисти, ставит в разряд актуальных задачу совершенствование организации профилактики и лечения данной патологии. Важность этой проблемы обусловлена ростом частоты повреждений среди трудоспособного населения и тяжестью их последствий для человека и общества.

В настоящее время медицинская помощь больным с травмой кисти оказывается в хирургических и травматологических отделениях районных и городских больниц, что

приводит к частым неудовлетворительным результатам лечения и, как следствие, высокому уровню инвалидности /3,4,5/.

Учитывая, что в Республике ежегодно регистрируются около 1 миллиона травм и несчастных случаев, и имеется тенденция к неуклонному росту тяжелых, множественных, сочетанных повреждений кисти, продолжены исследования по решению данной проблемы.

Цель исследования является совершенствование организации специализированной помощи больным при травмах кисти

Материал и методы

С 2005 года в республиканском центре микрохирургии при ННЦХ им.А.Н.Сызганова обследовано и прооперировано 1473 пациента. Большинство случаев повреждений отмечено у мужчин – 76,2%. Более 60% всех обратившихся составляли лица молодого и среднего возраста (до 45 лет). Наибольшее число обращений (86,8%) отмечено в летне-осенний (июнь-ноябрь) период.

Структура госпитальной травмы кисти за 2005-2010 гг. изменилась: доля повреждений сухожилий и нервов сократилась с 61,1 до 52,2%, тяжелых травм возросла с 20,1 до 42,7%, а дефектов пальцев и кисти осталась стабильной – 7,1-12,4%.

В течение рассматриваемого временного периода стабильной оставалась структура видов повреждений: раны кисти – 42%; переломы костей кисти – 21,9%. Из них производственные повреждения были у 56%, бытовые у 30%, уличные у 14% пациентов. За последние 5 лет имеется тенденция к увеличению количества госпитализированных сельских жителей (на 22%), детей и подростков (на 7%).

С острой травмой конечностей госпитализировано 630(42,8%) больных, с последствиями повреждения - 843(57,2%) пациентов. Среди обратившихся с травмой кисти наблюдалось уменьшение количества пациентов доставленных впервые часы после ранения. Большинство из них (91%) госпитализировано в стационар в сроки от 30 минут до 5 часов с момента полученной травмы, составляя в среднем 1 час 45 мин. В сроки более 6 часов доставлено 9% пострадавших. Бригадой скорой медицинской помощи сразу в клинику центра доставлены 23% больных. Больше половины пострадавших (66%) первоначально обращалась в различные стационары (самостоятельно, или доставлены бригадой скорой медицинской помощи). Это удлиняло сроки оказания квалифицированной микрохирургической помощи пострадавшим, ограничивало показания к органосохраняющим или реконструктивным вмешательствам из-за длительности периода ишемии.

Из 459 больных с травматической ампутацией сегментов конечностей операция реплантации выполнена 262(57,1%) пострадавшим. У 38 - реплантация не произведена в результате неправильной доставки отчлененных сегментов в специализированный стационар, у 124 – по причине многоуровневого повреждения отчлененного сегмента. В этих случаях произведена хирургическая обработка ран с максимальным сохранением длины оставшегося пальца (пластика местными тканями, утильным лоскутом, аутодермопластика).

У 37 больных с травматической ампутацией-отрывом, 12 пациентов с прессовой травмой сегментов конечностей и 4 - с травмой в результате разрыва взрывного устройства, имели место множественные, обширные повреждения с скальпированием мягких тканей и скелетированием костей. Для этих травм характерны наиболее тяжелые повреждения всех структур (кожа, подкожная клетчатка, мышцы, сосудисто-нервные пучки, сухожильные влагалища, оскольчатые переломы костей, их расплющивание) не только ампутата но и культи. В этих наблюдениях условий для реплантации не было. Больным выполнялись операции с формированием функциональной культи (полицизация, «клешня»).

Во всех 26 случаях, оперированных после первичного вмешательства в условиях общехирургических и травматологических стационаров, была необходимость аутовенозного шунтирования поврежденных артерий. У 3 больных возникла необходимость в аутонервной пластике.

С последствиями повреждения сосудисто-нервных пучков, сухожилий кисти оперировано 843 пациента. На момент обращения 136 больных имели II группу и 428 пациентов – III группу инвалидности. Из них у 67% больных ранее проводились восстановительные операции на кисти специалистами, не владеющими микрохирургической техникой.

Реконструкцию травмированных образований выполняли в один этап. При этом были выявлены следующие технические погрешности: сшивание нервного ствола с сухожилием, шов нервного ствола с использованием грубого шовного материала по типу сухожильного шва, сухожильный шов поверхностных сгибателей без восстановления глубоких. У 19 больных имели место неправильные доступы на кисти, произведенные при оказании первичной помощи и приведшие в последствие к грубым контрактурам пальцев.

Результаты и их обсуждение

Проведенное по материалам отделения исследование показало, что за рассматриваемый 5-летний период количество лиц, признанных ежегодно инвалидами вследствие повреждений кисти, увеличилось на 2%. Увеличился и интенсивный показатель первичной инвалидности населения после травм кисти. Большинство из них (до 40%) приходится на возрастную группу 41-50 лет, в целом же более 70% лиц со стойкой утратой трудоспособности приходились на возраст 31-60 лет. Среди причин инвалидности наиболее частыми были ампутационные культы пальцев и кисти (55,3%), последствия ожогов (21,2%), а также застарелые повреждения сухожилий и нервов (23,5%).

Анализ результатов клинических исследований позволил выявить некоторые особенности при оказании медицинской помощи пострадавшим с острой травмой сегментов конечностей.

Основным фактором поздней госпитализации и связанные с этим длительные сроки аноксии отчлененных сегментов конечности обусловлены территориальной отдаленностью населенных пунктов Республики от специализированных медицинских учреждений, неосведомленностью медицинских работников о возможностях современной восстановительной хирургии с применением микрохирургической техники. В 46% случаев отчленения сегментов конечностей имели место поздняя доставка пострадавших в клинику, длительные сроки аноксии отчлененного сегмента конечности, что не позволило выполнить реплантацию или ухудшили ее исход.

Организация врачебной помощи пострадавшему с травмой кисти и пальцев врачами бригады скорой помощи, врачами травмпункта или поликлиники имеет ряд особенностей, которые часто упускаются. Поэтому существенное значение имеет организация специализированной медицинской помощи на первом (догоспитальном) этапе, которая будет определять успех лечения на втором (госпитальном) этапе в специализированных центрах хирургии кисти.

Для повышения качества оказания помощи больным с травмой кисти мы определили следующий алгоритм. При первичном осмотре врач должен провести оценку состояния больного, травмированной кисти, поставить предварительный диагноз и наложить давящую повязку. Отчлененный сегмент кисти опускают в герметичный пакет, который погружают в охлажденную жидкость, снег или лед. Температура хранения ампутированного сегмента не должно снижаться ниже 0 градусов. Пациентов с травмами кисти, не вызывающих сомнения в

специализированном стационарном лечении, доставляет в отделение хирургии кисти, минуя травмпункт. В специализированной помощи нуждаются следующие травмы: отчленение кисти и пальцев; резаные раны с повреждением пальцевых артерий ведущих к декомпенсации кровообращения пальцев кисти; повреждение нервов; повреждение сухожилий сгибателей пальцев; повреждение больше двух сухожилий разгибателей пальцев и длинного разгибателя 1-го пальца; открытые переломы костей кисти со смещением; множественные закрытые переломы костей кисти и пальцев; обширные дефекты мягких тканей; размоложение кисти.

Пациентов со сложной дифференцировкой повреждений анатомических образований кисти следует доставлять в травмпункт или проконсультироваться с хирургом специализированного центра. Амбулаторному лечению подлежат: резаные раны кожи и подкожной клетчатки без повреждения подлежащих анатомических структур; изолированные закрытые (стабильные) переломы костей кисти и пальцев при удовлетворительном стоянии отломков; повреждение одного сухожилия разгибателя 2-5 пальцев; инфицированные раны; скальпированные раны пальцев размерами до 1 см.

Разработка положений, необходимых для успешного восстановления функций кисти после ее травмы, оказала большую методическую помощь практическим врачам - на 75% сократились случаи неправильной транспортировки отчлененного сегмента кисти, на 25% уменьшились сроки обращения больных в специализированное отделение, на 15% снизился показатель оказания непрофессиональной помощи пациентам с травмой кисти.

Выводы

Таким образом, наш опыт показал, что имеющиеся возможности специализированного восстановительного лечения пациентов с травмой кисти и ее последствиями используется не полностью. Своевременная диагностика, качественная первичная обработка ран, правильная доставка сегментов кисти, выполнение реконструктивных операций на кисти одним хирургом, владеющим микрохирургической техникой позволяет снизить инвалидность, сроки временной нетрудоспособности и в кратчайшие сроки вернуть пациентов к полноценной трудовой деятельности.

Литература.

1. Белоусов А.Е., Ткаченко С.С. Микрохирургия в травматологии.– Л.: Медицина, 1988. – 224с.

2. Фадеев М.Г. Распространенность травм кисти и организация специализированной медицинской помощи населению региона в многопрофильной больнице муниципального уровня.- Автореф.дисс. ... канд. мед. наук.- Екатеринбург – 2009.-24с.
3. Волкова А. М. Хирургия кисти. — Т. 1. — Екатеринбург: ИПП Уральский рабочий, 1991. — 304 с.
4. Adams BD. Anatomic reconstruction of the distal radioulnar ligaments for DRUJ instability. *Op Tech Hand Upper Extrem Surg* 2000;4:154-160.
5. Heistein JB, Cook PA, Heistein JB, Cook PA. Factors affecting composite graft survival in digital tip amputations. *Annals of Plastic Surgery* 2003; 50(3):299-303.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Нусратуллоев И.Н.

**(Республиканский клинический центр «Урология» Минздрава Республики
Таджикистан**

Общеизвестно, что какой бы метод оперативного лечения уролитиаза не применяли, обычно они воздействуют на следствие заболевания, а не на причину, поэтому консервативное лечение мочекаменной болезни (МКБ) до настоящего времени не теряет своей актуальности. В течение 6 лет (2001-2006 гг.) 136 больным проводилось консервативное лечение МКБ.

Применялись различные консервативные методы удаления камней из почек и мочеточников, при чем камни отошли у 98 (72 %) больных. Больные поступали в республиканский клинический центр «Урология» на лечение, когда выполнение их по месту жительства к положительному результату не привели.

Для проведения литокинетической терапии мы применяли, разработанную нами методику (рационализаторское предложение № Р-31 от 22 апреля 2007г.), включающую применение водной нагрузки в следующем составе 1,5л кипяченой воды или слабощелочной минеральной воды с 3 выжатыми в нее лимонами, добавляются 50г глицерина и 30г натурального горного меда. Все смешивается и употребляется пациентом в течение 30-40 минут. После чего больному вводится спазмолгон 5,0, фуросемид или лазикс 40 мг на физрастворе. После принятия лекарственных препаратов больному рекомендуется в течение 30-40 минут прыгать и бегать, при возможности можно бег и прыжки заменить ездой на лошади в течение этого же времени (30-40 минут). После 3-4 процедур камни часто выходили самостоятельно.

Из 69 больных, у которых конкременты отошли после литокинетической терапии, у 41(59,6%) были кальций-оксалатные камни, у 11 (15,9%) — кальций-фосфатные у 10 (14,4%) — смешанные и у 7 (10,1%) — мочекислые,

Результаты литокинетического лечения больных МКБ находились в зависимости от локализации камней от количества циклов проведения кам-неизгоняющей терапии, а также от размеров, формы и состава камня. Более чем у половины больных (56,4%) камни были шероховатые, у 78,6% - они отошли из средней и нижней трети мочеточника.

Литолитическую терапию мы провели 39 больным с уратными (31 чел.) и смешанными (8 чел.) камнями в почке. В основном использовали известную методику камнерастворяющей терапии, с нашей коррекцией как самого метода, так показаний и противопоказаний к литолигической терапии (рационализаторское предложение № Р-32 от 22 апреля 2007г.). Свой метод мы применяли больным с размерами камня от 0,6 до 0,8см, с гладкой и шероховатой поверхностью, предварительно определяли рН-мочи, состав и формы камня. Использовали водную нагрузку (состав такой же, какой мы применяли при литокинетической терапии), лекарственные препараты Байтач (Вьетнам), Уринекс (Индия), Coli-Urinal (Египт), корень марены красильной.

Результаты литолитической терапии показали, что у 19 (48,7%) пациентов камни уменьшились в размерах, а у 16 (41,0%) больных наступило полное их растворение, то есть практически у 89,7% больных получен положительный результат. Причём у 4 (10,3%) больных растворение камней сопровождалось обильным выделением песка и мелких конкрементов.

При проведении консервативной терапии, из наиболее часто встречающихся осложнений, необходимо отметить обострение калькулезного пиелонефрита в 72 (73,4%) случаях, что очевидно связано с восходящей инфекцией и форникальным рефлюксом. В 12 (12,2%) случаях у мужчин имело место обострение хронического простатита.

Таким образом, литокинетическая терапия с учётом предложенной нами методики, является достаточно эффективным методом консервативного лечения уретеролитиаза при локализации камней в средней и нижней трети мочеточника даже после неудачного проведения в областных центрах консервативных приёмов лечения. Чёткое определение показаний и противопоказаний, профилактика возможных осложнений позволили получить хороший результат у 69 больных с минимальным сроком пребывания в клинике (в среднем 4-6 дней). Литолитическая терапия при уратных и смешанных (уратно-оксалатных) почечных камнях позволила добиться положительных результатов в 59% случаев, в том числе в 41,0% случаях — полного растворения одиночных и множественных камней. Помимо уменьшения в размерах камня, у больных улучшаются самочувствие, мочеиспускание, приходили в норму анализы мочи и крови.

Нусратуллоев Исматулло Нусратуллоевич, директор Республиканского клинического центра «Урология»

г.Душанбе, Кара-боло, 8 корпус, Республиканского клинического центра «Урология», т.235-18-32

ПРОВЕДЕНИЕ МЕТАФИЛАКТИКИ БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Нусратуллоев И.Н.

(Республиканский клинический центр «Урология» Минздрава Республики Таджикистан)

Недостаточное и неадекватное лечение больных в послеоперационном периоде часто ведет к прогрессированию течения хронического пиелонефрита и быстрому рецидивированию мочекаменной болезни (МКБ). Поэтому необходимым является обязательное проведение послеоперационной метафилактики рецидива МКБ.

Лечение должно начинаться с назначения нестероидных противовоспалительных препаратов, а в случае отсутствия обезболивающего эффекта препарат должен быть заменен. Пациентам, камни мочеточника которых могут отходить самостоятельно, назначают прием суппозиторий или таблеток диклофенака по 50 мг два раза в день в течение 3-10 дней для уменьшения отека мочеточника, а также риска рецидивирования болей. Пациент должен собирать мочу для представления конкрементов для анализа. Для того чтобы определить состояние почек и воздействовать на процесс отхождения камней, необходимо использовать методы, соответствующие данному конкретному случаю.

Рекомендуемые фармакологические препараты для медикаментозного метафилактического лечения различных форм МКБ приведены в таблице 1.

Таблица 1. Перечень групп лекарственных препаратов обязательного ассортимента, применяемых при всех формах уролитиаза

Наименование группы	Кратность или продолжительность применения
Ангиопротекторы, антиагреганты	По инструкции к препарату
Мочегонные: фуросемид, лазикс. противовоспалительные, камнеизгоняющие средства и препараты растительного происхождения	Индивидуально
Антибактериальные средства	Индивидуально
Анальгетики	по инструкции к препарату
Спазмолитики	индивидуально

Рекомендуемые фармакологические препараты для метафилактического лечения при мочекаменной болезни представлены в таблице 2 и 3.

Таблица 2. Перечень групп лекарственных препаратов обязательного ассортимента, применяемых при мочекаменной болезни и нарушениях пуринового обмена.

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
---------------------	--

Ингибиторы	1 месяц
Урикуретики	1 -3 месяца
Цитратные смеси	1-6 месяцев

Таблица 3. Фармакологическая терапия мочекислых камней

Тип вмешательства	Рекомендации
Профилактическое лечение	Высокое потребление жидкости: суточный диурез не менее 2000 мл Щелачивание мочи: цитрат калия 3-7 ммоль x 2-3 раза в день цитрат натрия калия 9 ммоль x 2-3 раза в день пациентам с повышенным содержанием уратов в крови или моче: аллопуринол 300 мг x 1 раз в день
Растворение мочекислых камней	высокое потребление жидкости; суточный диурез не менее 2000 мл Щелачивание мочи: цитрат калия 6-10 ммоль x 3 раза в день цитрат натрия калия 9-18 ммоль x3 раза в день Пациентам с повышенным содержанием уратов в крови или моче: аллопуринол 300 мгx 1 раз в день, уринекс, корень марены красильной, коли-уринал.

Суточный прием жидкости: желательно не менее 2-2,5 литров.

Диетотерапия заключается в ограничении приема жареного и копченого мяса, мясных бульонов, субпродуктов, бобовых, кофе, шоколада, алкоголя, исключении острых блюд.

Рекомендуемые препараты для коррекция нарушений щавелевокислого обмена и при наличии кальций-оксалатных камней представлены в таблице 4.

Суточный прием жидкости: желательно не менее 2-2,5 литров Диета предусматривает ограничение употребления молока, сыра, шоколада, щавеля, салата, черной смородины, клубники, крепкого чая, какао.

Таблица 4. Перечень лекарственных препаратов применяемых при кальций-оксалатном уролитиазе.

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Витамины группы В	1 месяц
Тиазиды	1 месяц
Дифосфонаты	1 месяц
Оксид магния	1 месяц
Цитратные смеси	1 месяц

Рекомендуемые препараты для коррекция нарушений обмена веществ при наличии кальций-фосфатных камней представлены в таблице 5.

Таблица 5. Перечень групп лекарственных препаратов обязательного ассортимента, применяемых при кальций-фосфатном уролитиазе

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Дифосфонаты	1 месяц
Мочегонные, сборы почечного чая, противовоспалительные, камнеизгоняющие средства и препараты растительного происхождения: байтач, уринекас, корень марены красильной	1-3 месяца
Средства коррекции кислотного равновесия	курс -1 месяц

Суточный прием жидкости: желательно не менее 2-2,5 литров

Диета предусматривает ограничение употребления молока, сыра, рыбных продуктов.

Проведение метафилактики требует строгое диспансерного наблюдения, соблюдения диеты и приема соответствующих лекарственных препаратов.

Нусратуллоев Исматулло Нусратуллоевич, директор Республиканского клинического центра «Урология»
г. Душанбе, Кара-боло, 8 корпус, Республиканского клинического центра «Урология»,
т.235-18-32

Существует ли связь между тестостероном и липидами у молодых мужчин перенесших инфаркт миокарда.

Бахшалиев А.Б., Керимова К.Н., Кахраманова С.М., Гусейнова Ш.Р.

Кафедра клинической фармакологии Азербайджанского Медицинского Университета;
НИИ Кардиологии Баку, Азербайджан.

Цель. Изучить связь мужских половых гормонов с липидами.

Методы и результаты. В исследование были включены 29 мужчин с инфарктом миокарда, в возрасте 30-50 лет (средний возраст $43,4 \pm 4,4$), находящиеся на

стационарном лечении в НИИ Кардиологии. Больных разделили на группы как по показателям тестостерона, так и эстрадиола. По данным нашего исследования тестостерон положительно связан ХОНП ($r=0,368$, $p<0,05$) и ТГ ($r=0,371$, $p<0,05$). Между тестостероном и другими атерогенными липидами корреляции не найдено ($r(\text{T-OX})=0,056$, $r(\text{T-XНП})=-0,043$, $p>0,05$). Что касается антиатерогенных липидов-ХВП, между ним и тестостероном найдено очень слабая, отрицательная связь ($r=-0,164$, $p>0,05$). Между тестостероном и индексом атерогенности найдено очень слабая положительная корреляция ($r=0,204$, $p>0,05$).

В нашем исследовании мы выявили слабые, но недостоверные связи между эстрадиолом и липидами. Эстрадиол положительно связан с ХВП ($r=0,151$) и ТГ ($r=0,168$), отрицательно связан с ХНП ($r=-0,137$) и индексом атерогенности ($r=-0,225$).

Выводы. Тестостерон повышает уровень атерогенных липопротеинов. Между эстрадиолом и липопротеинами достоверной связи не найдено.

Понижение уровня тестостерона и повышение уровня эстрадиола, как уже мы выяснили, способствует развитию инфаркта. Но это действие не связано с влиянием гормонов на липидный обмен.

ключевые слова: тестостерон, эстрадиол, липиды, ишемические болезни сердца, молодые мужчины.

Ишемические болезни сердца (ИБС) являются основной причиной смертности в мире. У мужчин болезнь встречается в 10 раз чаще в сравнении с женщинами того же возраста [4].

В эпидемиологических исследованиях было подтверждено, что ИБС связан с повышением уровня общего холестерина (ОХ), холестерина низкой плотности (ХНП) и триглицеридами (ТГ) [1,3]. У женщин в периоде половой зрелости и пременопаузе уровень холестерина высокой плотности (ХВП) в крови бывает выше, а уровень ХНП и ТГ-ов ниже в сравнении с мужчинами [2]. Это связывают с положительным влиянием эстрогенов и отрицательным влиянием андрогенов на липидный обмен.

Влияние тестостерона на липидный обмен противоречива. В некоторых исследованиях выявлена положительная связь тестостерона с ХВП [5-8]. Но в проспективных исследованиях это связь не было подтверждено [9-11].

У мужчин и женщин в препубертальном периоде разницы между уровнями липопротеинов и триглицеридов не бывает. У мужчин в периоде полового созревания уровень ХВП-и понижается, а ХНП и ТГ-ы повышаются. В соответствии с этим, у мужчин с гипогонадическим гипогонадизмом после лечения с препаратами тестостерона уровень ХВП заметно снижается [12]. В то же время, у пожилых мужчин под влиянием экзогенного тестостерона уровень ХНП и ТГ понижалась [13] или оставалась неизменным [14].

Положительную роль андрогенов в ишемических болезнях можно показать косвенно. Резкое снижение уровня тестостерона в остром периоде инфаркта миокарда является тому примером [15]. У мужчин с выраженным стенозом (по данным ангиографии) уровень тестостерона в крови бывает ниже нормы [16-18].

В то же время в некоторых исследованиях после лечения тестостероном уровень ХВП повысился, а ТГ понизился [19-20].

У молодых мужчин с мутациями эстрогенных рецепторов в сердечно-сосудистой системе – с эстрогенной резистентностью ишемические болезни встречаются чаще. И в связи с этим можно предположить, что эстрогены играют защитную роль в сердечно-сосудистой системе [21]. У мужчин с дефицитом фермента ароматазы, ответственной за синтез эстрадиола, уровень ХВП был пониженным, а ХНП повышенным [22]. У этих больных трансдермальное применение эстрадиола нормализовало показатели липидного обмена.

Учитывая выше перечисленные можно предполагать, что у мужчин более частое проявление ИБС связано с отрицательным влиянием андрогенов на липидный обмен. Но в литературе имеются исследования отрицающие эту гипотезу. Philips и др. выявили, что у мужчин перенесших инфаркт миокарда уровень эстрадиола был выше нормы [23].

Мы поставили перед собой цель изучить связь мужских половых гормонов с липидами.

Материал и методы.

В исследование были включены 29 мужчин в возрасте 30-50 лет (средний возраст $43,4 \pm 4,4$), находящиеся на стационарном лечении в Научно Исследовательском Институте Кардиологии. Диагноз инфаркт миокарда выставляли на основании клинических данных, результатов биохимических исследований (маркеры некроза миокарда), электрокардиографии, эхокардиографии. Никто из больных не принимал гормонозаместительную терапию.

Забор крови для анализов осуществляли из вены натощак в стандартные одноразовые пробирки. Уровни тестостерона и эстрадиола в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного (ИФА) анализа.

Больных разделили на группы как по показателям тестостерона, так и эстрадиола. В первую группу входили больные с низким, во вторую с нормальным уровнем тестостерона. В две другие группы входили больные с нормальным и высоким уровнем эстрадиола.

Помимо половых гормонов, определяли уровни общего холестерина (ОХС) по колориметрическому методу (на основании реакции Либермана Бурхарда), ХВП, ХНП и ТГ по методу Илка. Индекс атерогенности вычисляли по формуле $(\text{ОХС}-\text{ХВП})/\text{ХВП}$.

При статистической обработке материала использовали электронные таблицы и диаграммы Minitab. Количественные признаки описывались в виде $M \pm m$, достоверность различий определяли с помощью U-критерия Манн - Уитни, достоверным считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

Средние показатели больных, перенесших инфаркт миокарда отображены в таблицах 1 и 2. Группы различались только по средним уровням тестостерона и эстрадиола. Между другими показателями достоверной разницы не найдено.

Таблица1. Средние уровни тестостерона и липидов у больных перенесших инфаркт миокарда.

Показатели	I группа (n=18)	II группа (n=11)	Корреляция с тестостероном
Тестостерон(нг/мл)	3 ± 0,7	5,2±1 *	
ОХ(мг/дл)	194 ± 41	195± 49**	0,056**
ХВП(мг/дл)	61,5± 14	58,2± 15 **	-0,164**
ХНП(мг/дл)	110± 40,5	104± 37,9 **	-0,043**
ХОНП(мг/дл)	25,1±11	32,75± 19 **	0,368*
ТГ(мг/дл)	125±54,6	164± 96 **	0,371*
Индекс атерогенности	2,2±0,7	2,5± 1,2 **	0,204**
ХВП/ОХ	0,32± 0,06	0,31± 0,09 **	

* $p < 0,05$

** $p > 0,05$

Таблица 2. Средние уровни эстрадиола и липидов у больных перенесших инфаркт миокарда.

Показатели	III группа (n=17)	IV группа (n=12)	Корреляция с эстрадиолом
Эстрадиол (пг/мл)	30 ± 11	70±9 *	
ОХ(мг/дл)	193 ± 39	196± 51**	0,008**
ХВП(мг/дл)	56,9± 16,14	65± 9,2 **	0,151**
ХНП(мг/дл)	114,9± 30	97,5± 48,6 **	-0,137**
ХОНП(мг/дл)	24,3±11,13	33,2± 18 **	0,175**
ТГ(мг/дл)	122±56,6	166± 90 **	0,168**
Индекс атерогенности	2,6±0,98	2± 0,7 **	-0,229**
ХВП/ОХ	0,3± 0,06	0,35± 0,09 **	

* $p < 0,05$

** $p > 0,05$

Известно, что липиды играют разные роли в развитии ИБС- ОХ, ХНП, ХОНП, ТГ являются атерогенными липидами и ускоряют процесс развития этих болезней. По данным нашего исследования тестостерон положительно связан ХОНП ($r=0,368$, $p<0,05$) и ТГ ($r=0,371$, $p<0,05$). Между тестостероном и другими атерогенными липидами корреляции не найдено ($r(T-OX)=0,056$, $r(T-XНП)=-0,043$, $p>0,05$). Что касается антиатерогенных липидов- ХВП, между ним и тестостероном найдено очень слабая, отрицательная связь ($r=-0,164$, $p>0,05$) (таб.1, диагр.1,2).

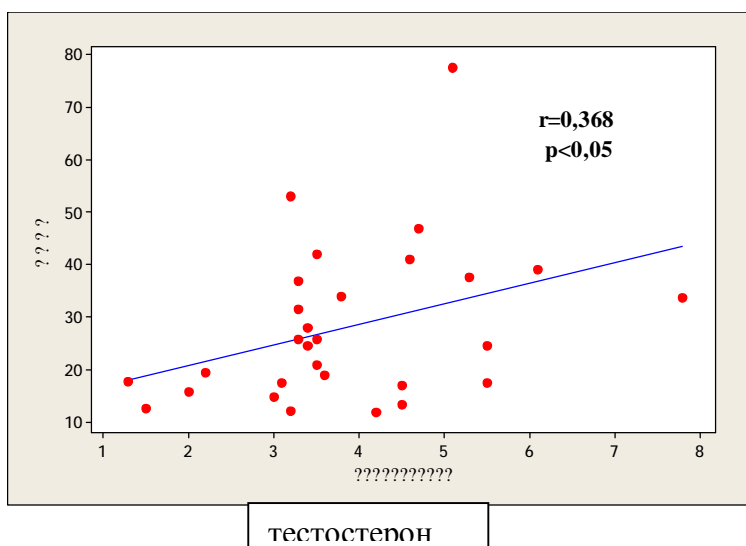


Диаграмма 1. Тестостерон и ХОНП.
(r-корреляция по Пирсону)

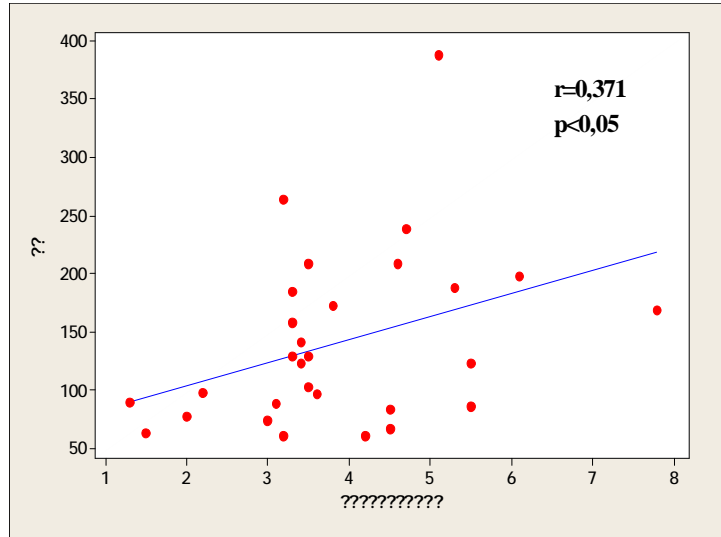


Диаграмма 2. Тестостерон и

триглицериды.

Между тестостероном и индексом атерогенности найдено очень слабая положительная корреляция ($r=0,204$, $p>0,05$) (диагр.3). Но это связь статистически недостоверна.

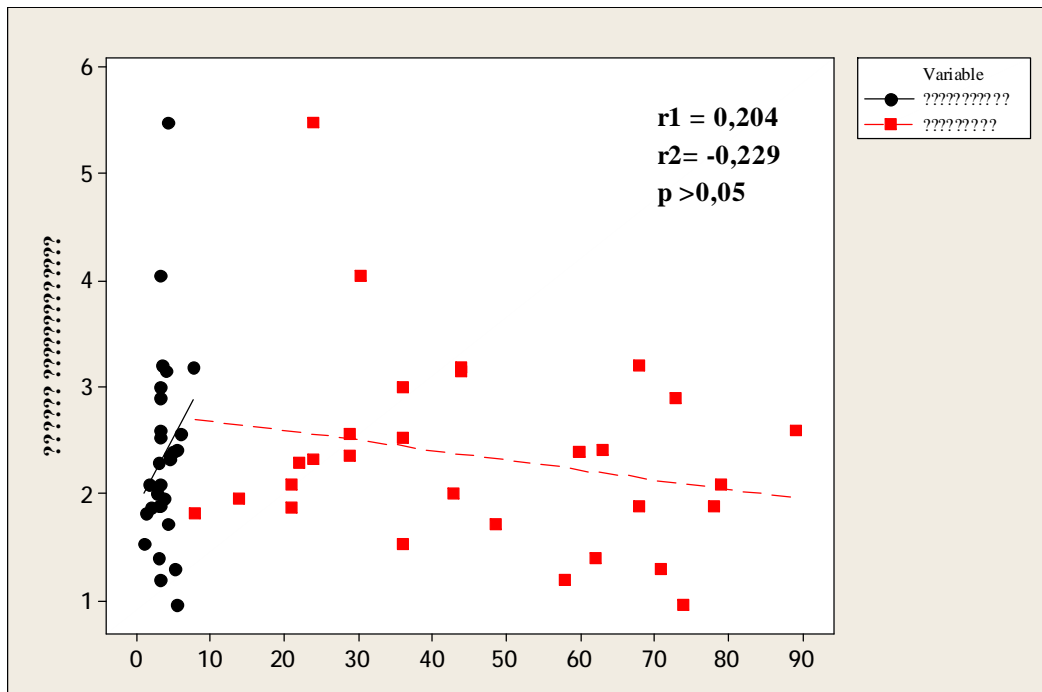


Диаграмма 3. Тестостерон, эстрадиол и индекс атерогенности.

r_1 - корреляция между тестостероном и индексом атерогенности

r_2 - корреляция между эстрадиолом и индексом атерогенности

Связь эндогенного тестостерона с ХВП противоречива. В некоторых исследованиях между ними найдено положительная [6,8,24-26], в других отрицательная связь [27].

В исследовании MRFIT в течении 13-и лет изучали связь тестостерона с липидами. В результате выяснилось, что слабое понижение уровня тестостерона в крови сопровождается повышением уровня ХВП и ТГ [28].

Kabakci и др. у мужчин с ИБС определили негативную корреляцию ХВП со свободным тестостероном и положительную корреляцию ОХ-а и ХНП с общим тестостероном [29].

У мужчин во время лечения с большими дозами тестостерона уровень ХВП понижалась [30,31]. Такие же результаты были получены после лечения оральными андрогенами [32]. Это связывают с повышением активности гепатической триглицерид липазы под влиянием тестостерона. В результате ускоряется метаболизм ХВП.

У эугонадических мужчин после лечения тестостероном энантатом уровень ХВП понизилась [33-35]. Но после применения агонистов GnRh-а наоборот повысилась [36,37]. По результатам этих исследований выяснилось, что у эугонадических мужчин физиологический уровень тестостерона понижает уровень ХВП. Bagatell и др. получили те же результаты [36].

У мужчин роль эстрадиола в регуляции метаболизма липидов мало изучено. В нашем исследовании мы выявили слабые, но недостоверные связи между эстрадиолом и липидами (таб.2). Эстрадиол положительно связан с ХВП ($r=0,151$) и ТГ ($r=0,168$), отрицательно связан с ХНП ($r=-0,137$) и индексом атерогенности ($r=-0,225$) (диаг.3).

У здоровых мужчин 35-57 лет Dai и др. выявили отрицательную связь эстрадиола с ХНП [38]. Stefanic и др. получили те же результаты исследовав здоровых мужчин 35-55 лет, учитывая воздействие алкоголя, ожирение и курение [39]. Shono и др. изучив связь половых гормонов с липидами у 212 мужчин 18-59 лет тоже выявили отрицательную связь [40].

Предполагают, что это действие осуществляется путем увеличения количества рецепторов в печени. В экспериментах эстрогены ускоряли липидный обмен повышая активность липопротеин липазы [41].

У мужчин физиологический уровень эстрадиола повышает уровень ХВП [42,43]. После лечения антогонистами GhRH-а (гонадотропин релизинг гормон, для понижения синтеза эндогенных гормонов), тестостероном (для обеспечения нормального уровня тестостерона) и тестолактоном (ингибитор фермента ароматазы) уровень эстрадиола и ХВП понизилось [44].

Выводы.

В нашем исследовании мы выявили положительную связь тестостерона с ХОЛП и ТГ-и - тестостерон повышает уровень атерогенных липопротеинов.

Между эстрадиолом и липопротеинами достоверной связи не найдено.

Понижение уровня тестостерона и повышение уровня эстрадиола, как уже мы выяснили, способствует развитию инфаркта [45]. Но это действие не связано с влиянием гормонов на липидный обмен.

Для получения более достоверных результатов вопрос требует дальнейшего длительного изучения.

Литература.

1. Anderson KM, Castelli W, Levy D. Cholesterol and mortality: 30 years of follow-up from the Framingham Heart Study. *J Am Med Assoc* 1989; 257: 2176.
2. Bagetell CJ, Bremner WJ. Androgen and progestagen effects on plasma lipids. *Progress in Cardiovascular Disease* 1995; 38:255.
3. Stamler J, Wentworth D, Neaton JD. Is the relationship between serum cholesterol and risk of premature death from coronary heart disease continuous or graded?. Findings in 356,222 primary screenees of the Multiple Risk Factor Interventional Trial (MRFIT). *J Am Med Assoc* 1986; 256:2823.
4. Kannel WB, Hjortland MC, McNamara PM, Gordon T. Menopause and risk of cardiovascular disease. *Ann Intern Med* 1976; 85:447.
5. Lichtenstein MJ, Yarnell JW, Elwood PC, Beswick AD, Sweetnam PM, Marks V, Teale D, Riad-Fahmy D. Sex hormones, insulin, lipids and prevalent ischemic heart disease. *Am J of Epidemiol* 1987; 126:647–57.
6. Hamalainen E, Adlercreutz H, Ehnholm C, Puska P. Relationship of serum lipoproteins and apoproteins to sex hormones and to binding capacity of sex hormone binding globulin in healthy Finnish men. *Metabolism* 1986; 35:535–41.
7. Hromadova M, Hacic T, Malatinsky E, Riecanaky I. Alterations of lipid metabolism in men with hypotestosteronemia. *Horm Metab Res* 1991; 32:392–4.

- 8.** Heller RF, Wheeler MJ, Micallef J, Miller NE, Lewis B. Relationship of high density lipoprotein with total and free testosterone and sex hormone binding globulin. *Acta Endocrinol (Copenh)* 1983; 104:253–6.
- 9.** Denti L, Pasolini G, Sanfelici L, Benedetti R, Cecchetti A, Ceda GP, Ablondi F, Valenti G. Aging-related decline of gonadal function in healthy men: correlation with body composition and lipoproteins. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48:51–8.
- 10.** Kiel DP, Baron JA, Plymate SR, Chute CG. Sex hormones and lipoproteins in men. *Am J Med* 1989; 87:35–9.
- 11.** Duall PB, Bierman EL. The relationship between sex hormones and high-density lipoprotein cholesterol levels in healthy adult men. *Arch Intern Med* 1990; 150:2317–20.
- 12.** Ozata M, Yildirimkaya M, Bulur M et al. Effects of gonadotropin and testosterone treatments on lipoprotein(a), high density lipoprotein particles, and other lipoprotein levels in male hypogonadism. *J Clin Endocrinol Metab* 1996; 81:3372.
- 13.** Tenover JS. Effects of testosterone supplementation in the aging male. *J Clin Endocrinol Metab* 1992; 75: 1092.
- 14.** Morley JE, Perry HM, Kaliser FE et al. Effects of testosterone replacement therapy in old hypogonadal males: A preliminary study. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41:149.
- 15.** Ruiz Salmeron RJ, Del Arbol JL, Torredia J et al. Dehydroepiandrosterone sulfate and lipids in acute myocardial infarct. *Rev Clin Esp* 1992; 190:398.
- 16.** Adamkiewicz M, Zgliczynski S, Slowinska-Srzednicka J et al. The relationship between plasma androgens (dehydroepiandrosterone sulfate and testosterone) and coronary arteriosclerosis in men: the lower the androgens, the higher the coronary score of arteriosclerosis. *Aging Male* 1999; 2: 22.
- 17.** Chute CG, Baron JA, Plymate SR et al. Sex hormones and coronary artery disease. *Am J Med* 1987; 83: 853.
- 18.** Phillips GB, Pinkernell BH, Jing TY. The association of hypotestosteronemia with coronary artery disease in men. *Arterioscler Thromb* 1994; 14:701.
- 19.** Heller RF, Miller NE, Lewis B. Associations between sex hormones, thyroid hormones and lipoproteins *Clin Sci* 1984; 61:649.
- 20.** Mendoza SG, Zerpa A, Carrasco H et al. Estradiol, testosterone, apolipoproteins, lipoprotein cholesterol, and lipolytic enzymes in men with premature myocardial infarction and angiographically assessed coronary occlusion. *Artery* 1983; 12:1.
- 21.** Sudhir K, Chou TM, Chatterjee K et al. Premature coronary artery disease associated with disruptive mutation in the estrogen receptor gene in man. *Circulation* 1997; 96:3774.

22. Morishima A, Grumbach MM, Simpson ER et al. Aromatase deficiency in male and female siblings caused by a novel mutation and the physiological role of estrogens. *J Clin Endocrinol Metab* 1995; 100:3689.
23. Phillips GB: Evidence for hyperoestrogenaemia as a risk factor for myocardial infarction in men. *Lancet* 1976;2:14-18
24. Barrett-Connor EL. 1995 Testosterone and risk factors for cardiovascular disease in men. *Diabetes Metab.* 21:151–161.
25. Nordoy A, Aakvaag A, Thelle D. 1979 Sex hormones and high density lipoproteins in healthy mates. *Atherosclerosis.* 34:431–436.
26. Gutai L, LaPorte R, Kuller L, Dai W, Falvo-Gerard L, Caggiula A. 1981 Plasma testosterone, high density lipoproteins in healthy males. *Atherosclerosis.* 34:431–436.
27. Semmons J, Rouse I, Beilin LJ, et al. 1983 Relationship of plasma HDL-cholesterol to testosterone, estradiol and sex-hormone-binding globulin levels in men and women. *Metabolism.* 32:428–432.
28. Zmuda JM, Cauley JA, Kriska A, Glynn NW, Gutai JP, Kuller LH. Longitudinal relation between endogenous testosterone and cardiovascular disease risk factors in middle-aged men. *Am J Epidemiol* 1997; 246:609–17.
29. Kabakçı G, Yıldırım A, can I et al: Relationship between endogenous sex hormone levels, lipoproteins and atherosclerosis in men undergoing coronary angiografi. *Circulation,* 1999; 92: 221-5.
30. Webb OL, Larkarzewski PM, Glueck CJ. 1984 Severe depression of high-density lipoprotein cholesterol levels in weight lifters and body builders by self-administered exogenous testosterone and anabolic-androgenic steroids. *Metabolism.* 33:971–975.
31. Alen M, Rahkila P, Marniemi J. 1985 Serum lipids in power athletes self-administering testosterone and anabolic steroids. *Int J Sports Med.* 6:139–144.
32. Kantor MA, Bianchini A, Bernier D, Sady SP, Thompson PD. 1985 Androgens reduce HDL2-cholesterol and increase hepatic triglyceride lipase activity. *Med Sci Sports Exerc.* 17:462–465.
33. Meriggiola MC, Marcovina S, Paulsen CA, Bremner WJ. 1995 Testosterone enanthate at a dose of 200 mg/week decreases HDL-cholesterol levels in healthy men. *Int J Androl.* 18:237–242.
34. Thompson PD, Cullinane EM, Sady S, et al. 1989 Contrasting effects of testosterone and stanozolol on serum lipoprotein levels. *JAMA.* 261:1165–1168.
35. Friedl KE, Hannan CJ, Jones RE, Plymate SR. 1990 High-density lipoprotein cholesterol is not decreased if an aromatizable androgen is administered. *Metabolism.* 39:69–74

36. Bagatell CJ, Knopp RH, Vale WW, Rivier JE, Bremner WJ. 1992 Physiologic testosterone levels in normal men suppress high-density lipoprotein cholesterol levels. *Ann Intern Med.* 116:967–973.
37. Goldberg RB, Rabin D, Alexander AN, Doelle GC, Getz GS. 1985 Suppression of plasma testosterone leads to an increase in serum total and high density lipoprotein cholesterol and apoproteins a-i and b. *J Clin Endocrinol Metab.* 60:203–207.
38. Dai WS, Gutai JP, Kuller LH, Laporte RE, Falvo Gerard L, Caggiula A. Relation between plasma high-density lipoprotein cholesterol and sex hormone concentration in men. *Am J Cardiol* 1984; 53: 1259-63.
39. Stefanick ML, Williams PT, Krauss RM, Terry RB, Vranizan KM, Wood PD. Relationships of plasma estradiol, testosterone, and sex hormone-binding globulin with lipoproteins, apolipoproteins, and high density lipoprotein subfractions in men. *J Clin Endocrinol Metab* 1987; 64 :723-9.
40. Shono N, Kumagai S, Higaki Y, Nishizumi M, Sasaki H. 1996 The relationships of testosterone, estradiol, dehydroepiandrosterone-sulfate and sex hormone-binding globulin to lipid and glucose metabolism in healthy men. *J Atheroscler Thromb.* 3:45–51.
41. Ellis GS, Lanza-Jacoby S, Gow A, Kendrick ZV. Effects of estradiol on lipoprotein lipase activity and lipid availability in exercised male rats. *J Appl Physiol* 1994; 77:209-15.
42. Sudhir K, Komesaroff PA. Clinical review 110: cardiovascular actions of estrogens in men. *J Clin Endocrinol Metab.* 1999; 84: 3411–3415.
43. Bagatell CJ, Knopp RH, Rivier JE, Bremner WJ. Physiological levels of estradiol stimulate plasma high density lipoprotein2 cholesterol levels in normal men. *J Clin Endocrinol Metab.* 1994; 78: 855–861.
44. Giri S, Thompson PD, Taxel P, Contois JH, Otvos J, Allen R, Ens G, Wu AH, Waters DD 1998 Oral estrogen improves serum lipids, homocysteine and fibrinolysis in elderly men. *Atherosclerosis* 137:359–366
45. Керимова К.Н. Роль мужских половых гормонов в патогенезе и лечении инфаркта миокарда. *Ж. научных публикаций аспирантов и докторантов.* 2009;8:110-114

СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ

Абдрашева Гульнара Нурахметовна
ГККП «Лисаковская городская больница» УЗ АКО
заведующая терапевтическим отделением.

Под термином « Расслаиваивающая анеризма аорты» подразумевают внезапное образование дефекта внутренней оболочки стенки аорты с последующим проникновением потока крови в дегенеративноизмененный средний слой ,образованием внутрстеночной гематомы и продольным расслоением стенки аорты.Расслоение аорты не является казуистическим заболеванием. По данным В.И.Бураковского и Л.А.Бокерия расслоение аорты встречается у 1 из 10 000 госпитализированных больных. Однако значительная часть таких больных погибает на догоспитальном этапе. По данным М.Wheat (1973г.) частота расслоения аорты составляет 5-10 случаев на 1 млн. населения ежегодно. Расслаивающие аневризмы аорты в 1,1 % случаев бывают причиной внезапной смерти.

Основной причиной расслоения стенки аорты является артериальная гипертензия при наличии дегенеративных изменений ее средней оболочки, мышечных и эластических ее структур. Последнее может быть вызвано различными этиологическими факторами- атеросклерозом, фиброзной дисплазией, идиопатическим медионекрозом, генетическим дефектом эластических структур (Болезнь Морфана) ,гормональными изменениями в них, характерными для последнего триместра беременности.

Аорта имеет три наиболее уязвимых сегмента- корень, перешеек, и диафрагму. Гемодинамическое напряжение этих зон и их хроническая травматизация приводят к дегенеративным изменениям средней оболочки аорты. Внутренняя оболочка по своей структуре менее растяжима ,чем средняя и наружная оболочки, обладающие большей эластичностью. Особенности формы потока крови в восходящей части начальном отделе нисходящей ,скорость кровотока и характер пульсовой волны-эти гемодинамические параметры и определяют закономерность в развитии разрыва внутренней оболочки аорты в указанных отделах. Однако гидравлический удар и о стенку аорты и разрыв внутренней оболочки сами по себе могут привести лишь к развитию внутрстеночной гематомы. Дальнейшее расслоение может произойти лишь при наличии патологического процесса в средней оболочке аорты.

При разнообразных процессах в аорте этиологические факторы повышения артериального давления и дегенеративных изменений средней оболочки имеют различное значение. Расслоение аорты при беременности, болезни Кушинга, феохромоцитоме, в основном обусловлено (кризовыми) подъемами артериального давления. Расслоение

аорты при коарктации , так же как и при атеросклерозе , обусловлено обычно и высоким артериальным давлением , и дегенеративными изменениями стенки аорты. У больных моложе 40 лет расслоение аорты чаще всего обусловлено врожденными и генетическими изменениями в стенке аорты, нежели изменениями гемодинамики.

Выделяют три основных фактора:

- расслоение стенки аорты;
- развитие обширной интравентрикулярной гематомы;
- сдавление или отрыв ветвей аорты, снабжающих кровью жизненно важные органы, с последующей их ишемией.

Образование гематомы в области восходящей части аорты и нередко ее корня приводит к компрессии коронарных артерий, что обуславливает болевой синдром с развитием острой сердечной недостаточности

Симптомы расслоения аорты разнообразны и могут имитировать практически все сердечно-сосудистые заболевания , а также неврологические , урологические заболевания. Процесс расслоения может иметь три формы течения- острую, подострую и хроническую.

Хочу привести пример диагностики расслаивающейся аневризмы аорты у больного Т.35лет. Считаю, что наше наблюдение имеет практический интерес, так как данное заболевание встречается довольно редко и своевременная диагностика приводит к определению тактики лечения, что несомненно влияет на исход заболевания.

Пациент Т. поступил 08.06.2009г. в терапевтическое отд. Лисаковской ГБ по направлению СП с жалобами на боль давящего характера за грудиной, боль острая, сопровождалась резкой слабостью, приливом пота. Болевой синдром возник в состоянии покоя, во время сна, носил опоясывающий характер на уровне грудной клетки и эпигастрия.

Считает себя больным с 05.06.09. когда впервые после физической нагрузки появились вышеописанные жалобы, тогда боли прошли самостоятельно. При поступлении был вынесен предварительный диагноз – ИБС. Нестабильная стенокардия . Острый инфаркт миокарда ?

ЭКГ от 08.06.2009г. – ритм синусовый ЧСС 85 уд. В 1 мин. Вертикальное положение ЭОС. Синдром ранней реполяризации желудочков. На ЭХО-КГ от 09.06.09. – аневризма корня аорты, размеры 47 мм. Слой жидкости 0,3 см по задней стенке левого желудочка. Глобальная сократимость миокарда удовлетворительная. ФВ-65 %. Больной переведен в кардиохирургическое отделение областной больницы 10.06.09 года, где было проведено следующее обследование – ЭХО - КГ, МРТ. В результате обследования диагноз

«Расслаивающая аневризма грудного отдела аорты» подтвержден и больной был направлен на оперативное лечение в ННМЦ г. Астана.

24.07.2009г. проведена операция - Протезирование восходящего отдела аорты клапаносодержащим кондуитом (операция Бенталла-де- Боно) в условиях искусственного кровообращения. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Больной Т. наблюдается кардиологом, состояние пациента удовлетворительное.

Думаю, что будет не лишним напомнить об этом грозном заболевании, своевременная диагностика которого может спасти жизнь больному.

Литература.

1. В.И. Бураковский. Л.А. Бокерия. Руководство «Сердечно- сосудистая хирургия ». « Медицина » 1990 г.

E-mail: hospital@sunrise.kz

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОЧИХ, ЗАНЯТЫХ ДРОБЛЕНИЕМ И ОБОГАЩЕНИЕМ ЖЕЛЕЗОСОДЕРЖАЩЕЙ РУДЫ

А.А.Исмаилова, Г.Т.Мещанов, Ж.Х.Сембаев, Е.А. Спиридонов

Управление госсанэпиднадзора на железнодорожном транспорте, г.Астана,
Высшая Школа общественного здравоохранения МЗ РК,
Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний, г.Караганда

Актуальность. Состояние здоровья населения является интегральным показателем социальной ориентированности государства, отражающим степень его ответственности перед своими гражданами. В настоящее время в Республике Казахстан реализуется Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы. Определена совокупность необходимых мер, направленных на развитие доступной, качественной, социально-ориентированной и экономически эффективной системы в республике. Приоритетом является профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни, что отражено в послании Главы государства народу Казахстана от 6 февраля 2008 года «Повышение благосостояния граждан Казахстана – главная цель государственной политики» [1-3].

Шестидесятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения 2007 года приняла резолюцию и одобрила Глобальный план действий по охране здоровья работающих на 2008-2017 годы. Было отмечено, что работающие представляют собой половину общей

численности населения всего мира и вносят основной вклад в экономическое и социальное развитие. Их здоровье определяется не только теми факторами риска, которые присутствуют на рабочем месте, но и социальными и индивидуальными факторами, а также доступом к медико-санитарным услугам [4, 5].

Предприятия горнодобывающей промышленности занимают одно из ведущих мест в экономике Казахстана. Отмечено, что в последние годы интенсивно развиваются предприятия горнорудной промышленности Казахстана, наблюдается увеличение добычи руд черных и цветных металлов, в связи с чем, является важным проведение комплекса мер по разработке эффективных методов, направленных на оздоровление и установление безопасных условий труда [6].

В этой связи, остро встают вопросы оценки здоровья работающих на предприятиях горнорудной промышленности поиска причинно-следственной зависимости риска влияния производственных факторов на состояние их здоровья и разработки системы первичных профилактических мероприятий.

Таким образом, комплексное изучение трудовой деятельности работников горнорудной промышленности в условиях внедрения современных технологий и оценка воздействия вредных производственных факторов на их здоровье являются актуальными проблемами гигиенической науки.

Материалы и методы исследования. Объектами исследования явились 210 рабочих, занятых дроблением и обогащением железосодержащей руды АО «Соколовско-Сарбайского горно-производственного объединения» г. Костанай.

Измерения параметров микроклимата (температуры, относительной влажности воздуха и скорости движения воздуха) проводили в соответствии с требованиями СанПиН №355 – 2005 г. «Санитарно-эпидемиологические требования к воздуху производственных помещений». Для исследования параметров микроклимата использовали метеометр МЭС-200. Всего по микроклиматическим факторам проведено 630 измерений.

Результаты исследования. В основных цехах и участках рудоуправления на рабочих местах ведущих профессиональных групп в теплый период года температура воздуха колебалась в пределах $23,3 \pm 4,1^{\circ}\text{C}$. Высокие показатели температуры воздуха выявлены на участке обжига, особенно на рабочем месте горнового ($38,8 \pm 0,6^{\circ}\text{C}$), которые превышали ПДУ от 14 до 18°C (таблица 1).

Таблица 1 - Показатели микроклимата на рабочих местах ведущих профессиональных групп, занятых в управлении рудоподготовки и обогащения АО ССПГО

Основные цеха и участки	Профессия	Температура воздуха, $^{\circ}\text{C}$	Отн. влажность воздуха, %	Скорость движ. воздуха, м/с
Участок дробления	Дробильщик	$24,4 \pm 0,1$	$57,2 \pm 0,3$	$0,31 \pm 0,1$
	Бункеровщик	$23,5 \pm 0,1$	$49,3 \pm 0,3$	$0,30 \pm 0,1$
	Грохотовщик	$23,1 \pm 0,1$	$52,3 \pm 0,3$	$0,3 \pm 0,1$
	Сепараторщик	$24,1 \pm 0,1$	$59,6 \pm 0,1$	$0,34 \pm 0,1$
	Машинист крана	$23,9 \pm 0,1$	$59,0 \pm 0,2$	$0,31 \pm 0,1$
Участок обогащения	Машинист мельниц	$25,7 \pm 0,2$	$58,0 \pm 0,2$	$0,27 \pm 0,3$
	Машинист питателя	$26,2 \pm 0,2$	$58,6 \pm 0,3$	$0,30 \pm 0,03$
Участок сушки	Сушильщик	$25,5 \pm 0,1$	$46,6 \pm 0,1$	$0,24 \pm 0,01$
	Машинист конвейера	$25,5 \pm 0,1$	$65,3 \pm 0,2$	$0,33 \pm 0,02$
Участок сырых окатышей	Дробильщик	$22,1 \pm 0,2$	$63,6 \pm 0,5$	$0,30 \pm 0,03$
	Машинист мельниц	$27,1 \pm 0,1$	$46,0 \pm 0,2$	$0,32 \pm 0,01$
	Машинист окомкователей	$27,4 \pm 0,1$	$50,6 \pm 0,5$	$0,27 \pm 0,02$

	Грохотовщик	26,5±0,2	54,0±0,2	0,25±0,03
Участок обжига	Агломератчик	31,3±0,4	44,0±0,5	0,24±0,05
	Горновой	38,8±0,6	27,6±0,5	0,23±0,06
Участок сортировки	Дозировщик горячего возврата	24,6±0,2	54,0±0,2	0,31±0,02
	Грохотчик-шуровщик	25,2±0,1	56,6±0,3	0,27±0,02
Участок хвостового хоз-ва	Машинист насосных установок	25,6±0,1	56,6±0,3	0,4±0,05
	Шламовщик-бассейнщик	25,6±0,1	56,6±0,3	0,5±0,05

Показатели относительной влажности воздуха колебались в пределах от 45 до 65% и скорости движения воздуха в основных цехах и участках обогатительной фабрики не превышала 0,2-0,09 м/сек.

Исключение составило хвостовое хозяйство, где на рабочем месте скорость движения воздуха достигало до 0,5 м/с.

К основным источникам пылеобразования при рудообогащении относятся такие операции как дробление, грохочение, сепарация, прием, транспортировка и отгрузка руды.

В процессе открытой добычи руды наиболее высокие уровни запыленности отмечены на рабочих местах дробильщиков, грохотовщиков и бункеровщиков.

Так, среднесменная концентрация рудничной пыли на участке дробления превышала ПДК: на рабочем месте грохотовщика – 3,2 раза, дробильщика – 2,5 раза, бункеровщика – в 2,4 раза, сепараторщика – 1,6 раза.

Результаты гигиенической оценки уровня запыленности и загазованности на рабочих местах в различных цехах и участках промышленного предприятия ССГПО позволили установить, что ССК пылегазовой смеси превышают ПДК от 2 до 6 раз и зависят прежде всего от вида применяемой техники и эффективности применения противопылевых мероприятий.

В процессе дробления и обогащения железосодержащей руды применяются следующие виды технологического оборудования: конвейеры ленточные - марки В-1400 L-156; питатель пластинчатый – марки 02-12-120; шаровые мельницы - марки МШЦ 3600х5000; насосные установки- марки ГРТ 1600/50; дробильные установки – марки ККД 1500/180 и Merlin VSI RP), грохоты – ГИТ-51, сепараторы- SDM ПБП-П-120/300, SWM-П-120/300; аппараты сгустителей - марки П-25 с периферическим приводом; барабанные сушилки - СБ-2,8 и БН-1.6-10НУ.

Анализ спектральных кривых акустических колебаний при работе технологического оборудования позволил установить, что на рабочих местах ведущих профессиональных групп уровни шума превышали ПДУ от 9 до 12 дБА.

Спектральная характеристика показывает, что шум при работе этих оборудований характеризовался как широкополосный с максимум звуковой энергии от 125 до 8000 Гц.

При работе технологического оборудования отмечалось уровни общей вибрации превышали ПДУ от 10 до 20 дБ в среднегеометрических частотах от 2 до 63 Гц.

Наиболее высокие значения эквивалентного уровня вибрации (111 дБ) отмечены на рабочих местах машинистов насосных установок, затем грохотовщиков (110 дБ), бункеровщиков, сепараторщиков, бункеровщиков (110 дБ) и дробильщиков (108 дБ).

Эквивалентные скорректированные уровни вибрации при работе насосных установок превышали ПДУ по вертикальной оси Z в октавах 2-4 Гц на 5-7 дБ.

При работе шаровых мельниц и питателей среднеквадратические уровни виброскорости по оси Z превышали ПДУ в октавах 2-16 Гц на 2-7 дБ.

Таким образом, результаты гигиенических исследований условий и характера труда рабочих дробильно-обогатительной фабрики позволили установить, что трудовая

деятельность их протекает в условиях запыленности (выше ПДК от 2,2 до 3,1 раза), интенсивного шума (превышение ПДУ от 4 до 18 дБА) и общей вибрации (от 2 до 7 дБ).

Как видно из таблицы 2, на основании требований руководства «Гигиенические критерии оценки условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса» труд рабочих основных профессиональных групп, занятых обогащением полиметаллической руды по выраженности отдельных факторов производственной среды различаются.

Таблица 2 – Классификация условий труда основных профессиональных групп рабочих Управления рудоподготовки и обогащения ССПГО по степени вредности и опасности

Классы вредности и опасности труда	Основная группа	Вспомогательная группа
Микроклимат	3.1	3.1
Промышленные аэрозоли	3.1	3.2
Освещенность	2	2
Шум	3.2	3.2
Общая вибрация	3.1	3.1
Локальная вибрация	3.1	-
Общий класс	3.2	3.3

Выводы: Оценка параметров микроклимата, шума, вибрации, аэрозолей преимущественно фиброгенного действия на рабочих местах машинистов по управлению технологического оборудования при процессах обогащения железосодержащей позволили нам отнести их труд 3 классу 2 степени вредности и опасности.

Трудовая деятельность рабочих, занятых с применением в большей степени ручных операций протекала в условиях воздействия неблагоприятных факторов производственной среды, которые по степени вредности и опасности соответствовали классу 3.3.

ЛИТЕРАТУРА:

1 Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы / Указ Президента Республики Казахстан от 13.09.2004 г. № 1438.- 51с.

2 Измеров Н.Ф. Глобальный план действий по охране здоровья работающих на 2008-2017 годы: пути и перспективы реализации // Медицина труда: реализация глобального плана действий по здоровью работающих на 2008-2017 гг.: сб. науч. тр. ГУ НИИ медицины труда РАМН.- Москва, 2008.- С.3-15.

3 Аширова С.А., Федотова И.В., Марышева М.В. Комплексный подход к оценке факторов риска для здоровья рабочих в современных производствах пенополиуретанов // Медицина труда: реализация глобального плана действий по здоровью работающих на 2008-2017 гг.: сб. науч. тр. ГУ НИИ медицины труда РАМН.- Москва, 2008.- С.41-42.

4 Измеров Н.Ф. // Материалы II Всероссийского съезда врачей-профпатологов. – Ростов-на-Дону: Издательство Полиграфист, 2006.- С. 5-7.

5 Денисов Э.И., Чесалин П.В. Профессионально-обусловленная заболеваемость и ее доказательность // Медицина труда и пром. экология. - 2007.- № 10.- С. 1-9.

6 Амиров Н.Х. и др. Предварительные и периодические медицинские осмотры работников /Методические указания.- Казань, 2005.

