

АККРЕДИТАЦИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Нажмадинова Г.Н., Куракбаев К.К.

Высшая Школа Общественного Здравоохранения

«Индикатор качества медицинской помощи – количественный показатель, отражающий структуру, процесс или результат оказания медицинской помощи».

А. Донабедиан (1980).

В 1976 г. А. Donabedian впервые была предложена системная классификация методов анализа качества в здравоохранении, по которым предполагалось оценивать структуру, процесс и результаты медицинского обслуживания [2].

Соответственно выделяют следующие типы стандартов:

1. Стандарты структуры, по которым определяется ресурсная база организации здравоохранения: материальные ресурсы (финансы, приспособления, оборудования и т.д.); кадры (численность штатов, профессиональная пригодность, квалификация и т.д.); организационные (методы возращения расходов, система оценки работы врачей другими врачами и т.д.).
2. Стандарты процесса: обоснованность; адекватность объема; проявление компетенции в проведении методик лечения, согласованность действий и преемственность.
3. Стандарты результата лечения: исходы заболеваний (выздоровление, без улучшения, осложнение после лечения, летальный исход); результаты оказания медицинских услуг, проведения манипуляций, исследований и процедур; удовлетворенность больного врачебным и медсестринским обслуживанием; социальные результаты оказания медицинской помощи; результаты мероприятий по профилактике заболеваний; безопасность лекарственных средств и медицинских технологий. Основными характеристиками индикаторов являются: эффективность, безопасность, своевременность, способность удовлетворить ожидания и потребности пациента, стабильность осуществления лечебного процесса и результата, адекватность, доступность, преемственность и непрерывность.

В Послании Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Казахстан – 2030. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев» [5] отмечена необходимость повышения уровня охраны здоровья населения, которая состоит из многих составляющих как медицинского, так и немедицинского характера: «По мере того, как мы строим свое общество, необходимо применять нарастающие усилия в том, чтобы наши граждане были здоровыми на протяжении всей своей жизни, и их окружала здоровая природная среда».

Здоровье населения в Республике Казахстан является индикатором конкурентоспособности государства и одним из важных факторов национальной безопасности страны.

В Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года [4] четко сформулированы требования к качеству оказываемых медицинских услуг и права пациента на здоровья. основополагающим звеном, определяющим качество медицинской помощи является аккредитация, подтверждающая соответствие медицинских организации стандартам, утверждаемых уполномоченным

органом. Система аккредитации и система управления качеством в здравоохранении могут существовать и применяться только в условиях конкурентной среды, как стимул для организации, оказывающей медицинские услуги стремиться к наивысшей степени управления качеством медицинских услуг.

Аккредитация - процедура признания особого статуса и полномочий физических и юридических лиц, для осуществления медицинской и фармацевтической деятельности, а также для проведения независимой экспертной оценки деятельности субъектов здравоохранения в соответствии с установленными стандартами аккредитации.

Целью аккредитации является постоянное повышение эффективности предоставления медицинских услуг относительно минимального уровня. Основная задача аккредитации - стимулирование медицинских организаций к улучшению показателей качества медицинской помощи.

Результатом создания эффективной системы аккредитации в отрасли станут укрепление доверия населения к системе здравоохранения и медицинским работникам, снижение затрат здравоохранения за счет повышения эффективности медицинских услуг.

В Государственной Программе реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы [1], утвержденной Указом Президента Республики Казахстан № 1438 от 13 сентября 2004 года [7] предусмотрено развитие системы аккредитации в сфере здравоохранения как одного из механизмов в реализации регулирующей функции государства в системе управления качеством медицинской помощи.

Аккредитация – официальная процедура оценки соответствия деятельности субъекта здравоохранения установленным стандартам, которые представляют собой систематизированный перечень основных требований к медицинской организации, регламентированных действующей законодательными и нормативно-правовыми актами Республики Казахстан в сфере здравоохранения, отраслевыми стандартами, руководствами, инструкциями и рекомендациями, утвержденными в установленном порядке.

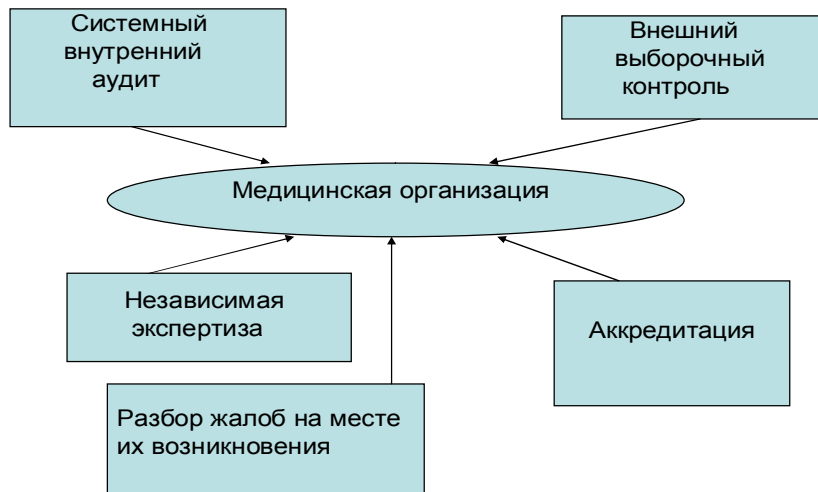
Согласно Приказу МЗ РК № 32 от 20 января 2009 года «Об утверждении Правил по совершенствованию системы управления качеством оказания медицинской помощи в организациях здравоохранения Республики Казахстан» [6] предусматривает меры по улучшению качества медицинской помощи в РК. Управление качеством медицинской помощи - это оценка собственных систем, процедур и работ, их адекватности и эффективности, с последующей разработкой мер, направленных на улучшение результатов деятельности.

В организациях здравоохранения, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности формируется служба по управлению качеством медицинской помощи, адаптированной к международным стандартам.

Аккредитация является государственным контролем в системе управления качеством медицинских услуг.

В целях повышения качества медицинских услуг Комитет принимает меры по развитию аккредитации, независимой экспертизы и внутриведомственного контроля в сфере медицинских услуг.

**УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
СИСТЕМА КОНТРОЛЯ**



Проделана определенная работа по развитию аккредитации медицинских организаций. Разработаны правила аккредитации и проведена апробация стандартов, о приемлемости которых собраны независимые мнения научных клиник. Ведется работа по получению внешней оценки и международного признания национальных стандартов. Это позволит нашим республиканским клиникам в будущем работать с международными агентствами по аккредитации. Признание деятельности клиники соответствующей международным стандартам позволит участвовать в многоцентровых научных исследованиях, получать гранты и заказы на исследовательскую деятельность, принимать пациентов из-за рубежа.

Аккредитация начинается с проведения самооценки, и в этом службам качества клиники помогают специально подготовленные эксперты. Эта работа может быть довольно продолжительной по времени, в течение которого производится не просто оценка, а доведение деятельности клиники по организации и предоставлению медицинских услуг до определенных стандартов. По окончании работы экспертами выносится заключение о соответствии организации работы стандартам аккредитации. Помимо вышеперечисленных мер, аккредитация организации - это еще и бесценный опыт по управлению качеством медицинской помощи, и несомненное улучшение показателей деятельности клиники [3].

Аккредитация субъектов здравоохранения олицетворяет собой уровень качества предоставления медицинских услуг субъектами здравоохранения.

Список литературы:

1. Государственная Программа реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы.
2. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment // An Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
3. Каирбекова С.З. Научное обоснование подходов по совершенствованию технологии процесса лицензирования и аккредитации в системе здравоохранения Республики Казахстан. Автореферат дисс...кандидата медицинских наук – Алматы, 2004.

4. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года.
5. Послание Президента Республики Казахстан Н.А.Назарбаева народу Казахстана «Казахстан – 2030. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев».
6. Приказ МЗ РК от 20 января 2009 года № 32 «Об утверждении Правил по совершенствованию системы управления качеством оказания медицинской помощи в организациях здравоохранения Республики Казахстан».
7. Указ Президента Республики Казахстан № 1438 от 13 сентября 2004 года.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ Г. ШЫМКЕНТА ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В 2007-2009 ГГ.

Иманкул А.С.

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

Проблема острых кишечных инфекций (ОКИ) в Республике Казахстан занимает одно из ведущих мест в патологии детского раннего возраста и во многом определяет показатели смертности детей. Даже при условии благоприятного прогноза перенесенные острые диареи у детей способствует формированию дисбиотических и аллергических состояний, оказывают негативное влияние на дальнейшее физическое и психическое развитие [1]. Рост заболеваемости в последние 20-30 лет отмечают во многих странах мира. Это связывают с такими факторами, как интенсификация и централизация кормопроизводства и животноводства, включая и птицеводство, централизация питания, значительный рост миграции населения и экспортно-импортные связи между странами. Немаловажное значение имеет и широкое, часто бесконтрольное и неоправданное применение большого набора химиотерапевтических препаратов (антибиотиков) для лечебных и профилактических целей, что приводит к стертым формам болезни, но полностью не освобождает организм от возбудителя [2]. Сказанное определяет актуальность проведенного исследования.

При исследовании использованы материалы официальной отчетности санитарно-эпидемиологической службы о регистрации случаев ОКИ в г. Шымкенте за 2007-2009 гг. Ретроспективный эпидемиологический анализ проводили с использованием общепринятых методов вариационной статистики.

В настоящем исследовании приведены данные о заболеваемости ОКИ у детей г.Шымкента: ОКИ установленной и неустановленной этиологии, шигеллезом, сальмонеллезами и пищевыми токсикоинфекциями.

Установлено, что наиболее высокие показатели заболеваемости ОКИ характерны в группе детей в возрасте 0 – 2 лет. ОКИ установленной этиологии чаще регистрируется у детей до 1 года. В 2008 наивысший показатель составил 4768,3 на 100 000 детского населения. ОКИ неустановленной этиологии соответственно также имели высокий показатель (947,2). При этом заболеваемость по бактериально подтвержденным случаям ОКИ составила от 860,3 до 1074,3. В 2009 году доля числа заболеваний ОКИ в группе детей возраста 1-2 года составила 52% относительно всех ОКИ среди детей. Затем следуют дети в возрасте до 1 года (37,3% от числа случаев заболеваний детей ОКИ в 2008). Соответственно удельный вес для группы детей 3-6 лет среди всех заболевших ОКИ составляет 10%, а 7-9 лет –2,3 %, 10-14 лет–2,6%.

Случай ОКИ неустановленной этиологии среди детей 7-14 лет в 2008 году составил в среднем 15-21%. Случаи ОКИ нерасшифрованной этиологии требуют более детального исследования. Основная их часть может быть связана как с наличием пищевых токсикоинфекций или интоксикаций бактериальной этиологии, так и с наличием недиагностированной соматической патологии, протекавшей с диарейным синдромом различной выраженности [3].

ОКИ установленной этиологии у детей г. Шымкента в 2007 году составили 1074,3 случая на 100 000 населения, что в 3 раза выше, чем в ЮКО и в 4 раза больше республиканского (таблица 1).

Таблица 1. Заболеваемость ОКИ детей (на 100 000 населения)

Наименование территории	2007 год						2008 год						2009 год				
	Группа ОКИ	В том числе					Группа ОКИ	В том числе					Группа ОКИ	В том числе			
		ОКИУЭ	ОКИНУЭ	дизентерия	сальмонеллез	ПТИ		ОКИУЭ	ОКИНУЭ	дизентерия	сальмонеллез	ПТИ		ОКИУЭ	ОКИНУЭ	дизентерия	сальмонеллез
г.Шымкент	1173,7±26,5	860,3±22,8	64±6,2	145,7±9,4	18,9±3,3	84,7±7,1	1563,0±30,4	1074,3±25,3	207,2±11,1	126,5±8,7	20,4±3,5	134,9±9,0	915,7±22,9	727,2±20,4	44,6±5,0	40,5±4,8	19,1±3,3
ЮКО	601,6±8,7	356,6±6,7	151,0±4,3	49,1±2,5	8,0±1,0	18,8±1,5	750,5±9,7	414,1±7,1	208,8±5,1	45,4±2,3	13,3±1,2	31,3±1,9	613,8±8,8	340,6±6,4	153,3±4,3	23,6±1,6	11,4±1,1
РК	457,2	292,2	116,7	48,1	22,0	21,4	473,9	300,03	113,8	60,06	19,4	17,13	403,8	280,1	86,1	36,9	18,8

По ЮКО показатели ОКИ неустановленной этиологии выше, чем по городу и республиканского показатели (153,3 на 100 000 населения). В исследуемый период заболеваемость детей ОКИ г.Шымкента колебалась от 915,7 до 1173,7 на 100000 населения.

Основной причиной высокого уровня заболеваемости ОКИ являются дефицит доброкачественной питьевой воды, реализация обсемененных продуктов питания, недостаточный уровень санитарной культуры.

Характерно, что в этиологической структуре заболеваний, вызванных условно патогенной флорой, наибольший удельный вес занимали *Citrobacter* (33,5%), *Proteus* (24,5%) и *Klebsiella* (16,4%). Значительно реже причиной были *Hafnia*, *Enterobacter* (по 5,0% каждый).

Заболеваемость сальмонеллезом в г. Шымкенте в 2008 году составила среди детского населения 20,4 на 100 тыс. населения. По ЮКО среди детей 13,3 на 100 тыс. населения, что на 65% ниже, чем заболеваемость по городу. В этиологической структуре сальмонеллеза в подавляющем большинстве случаев выявлены *S.typhimurium* (41,2%) и сальмонеллы группы «В». Обращает внимание увеличение числа случаев заболеваний, вызванных сальмонеллами редких групп (СРГ). В этой связи отметим, что на возрастание роли СРГ указывали и другие исследователи (А.А. Табаева, 2002), причем удельный вес

этой группы возбудителей отличается в разных регионах Казахстана. Сезонность заболеваемости сальмонеллезом приурочена к теплым месяцам, когда в наибольшей мере активизируется алиментарный путь заражения с преобладанием пищевых факторов передачи возбудителя инфекции [4].

Заболеваемость дизентерией характеризуется снижением, особенно выраженным в 2009 г. При этом в возрастной группе детей от 10 до 14 лет отмечен наиболее высокий удельный вес числа случаев заболеваний дизентерией ($20 \pm 6,0$ % от общего числа случаев ОКИ в данной возрастной группе).

В целом, наиболее высокий уровень заболеваемости дизентерией в группе детей от 1 до 2 лет. Диагноз дизентерии бактериологически подтверждается в среднем в 85% случаев. В этиологической структуре возбудителей на долю шигелл Флекснера приходится от 65 до 95%, шигеллы Зонне составили до 30% выявляемости. По городу Шымкент заболеваемость дизентерией отмечалась в 2007 году 145,7 на 100 000 детского населения, что выше, чем областной и республиканский показатель. Данный показатель отмечается и в последующие годы.

Из общего для детей и взрослых числа случаев заболеваний ПТИ 64% приходится на детей, заболеваемость среди которых составила в 2008 году 134,9 на 100 тыс. детей. Случай ПТИ в 2009 году 45% зарегистрировано у детей 10-14 лет, удельный вес заболеваемости детей 3-6 лет составил соответственно 36%. Этому способствуют особенности климата региона при сопутствующем нарушении правил хранения и торговли продуктами [5].

ПТИ в г.Шымкент в 2008 году составило 134,9 на 100 000 населения, что выше в 3 раза, чем показатели по области и республике.

Основной путь передачи острой кишечной инфекции в условиях г. Шымкента - пищевой. Причиной явились нарушения технического процесса приготовления блюд, правил и сроков хранения продукции, мойки и дезинфекции оборудования и инвентаря. Сезонный подъем заболеваемости отмечался, начиная с мая месяца по октябрь.

Наряду с обычным сезонным подъемом (июль-август) заболеваемости усилилось внесезонное распространение ОКИ. Это обусловлено, с одной стороны высокой централизацией питания, завозом продуктов питания с различных территорий, что при нарушении санитарно-гигиенического режима способно приводить к повышению заболеваемости.

Основные выводы:

1. В исследуемый период заболеваемость детей ОКИ колебалась от 915,7 до 1173,7 на 100000 населения данной возрастной группы. Наиболее часто заболевания ОКИ регистрируются среди детей в возрасте 1-2 лет.
2. В большинстве случаев этиологическим фактором дизентерии в условиях г. Шымкента является шигелла Флекснера.
3. В этиологической структуре заболеваний, вызванных условно патогенной флорой, наибольший удельный вес занимали *Citrobacter* (33,5%), *Proteus* (24,5%) и *Klebsiella* (16,4%).
4. Основным путем передачи острой кишечной инфекции в г. Шымкенте является пищевой.
5. Сальмонеллез и ПТИ наиболее часто регистрируются среди детей старшего возраста при характерной для них весенне-летне-осенней сезонности.

Литература

1. Покровский В.И., Килессо В.А., Ющук Н.Д. «Сальмонеллезы». – Ташкент, 1989
2. Егизбаев М.К. Гигиенические оценки тенденции заболеваемости кишечными инфекциями населения Южного Казахстана // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – Алматы. – 1998 г, - №9. – С.90-93

3. А.Т.Подколзин, Е.Б.Фенске, Н.Ю.Абрамычева, Г.А.Шипулин, Р.Л.Битиева, О.И. Сагалова, В.Н. Мазепа, Г.И. Иванова, А.В. Семена и соавт. Сезонность и возрастная структура заболеваемости острыми кишечными инфекциями на территории РФ // Терапевтический архив.-2007. – №11. – С.10-16.
4. С.А. Амиреев. Эпидемиология. Учебник.2-том. – Алматы, 2002г.
5. Г.Г.Онищенко. Заболеваемость острыми кишечными инфекциями в Российской Федерации // Иммунология.- 2008. – №1. - С.19-20.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 7-11 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Каражигит Л.А., Сидоренко Р.Ф.

Высшая школа общественного здравоохранения Республики Казахстан

Современное обучение предъявляет высокие требования к ученикам, в том числе к состоянию их здоровья. Одним из важных показателей здоровья являются показатели физического развития.

Физическое развитие - это совокупность морфологических и функциональных признаков в их взаимосвязи и зависимости от окружающих условий, характеризующих процесс созревания и функционирования организма в каждый момент времени.

Нами проведено изучение физического развития детей школьного возраста 7-11 лет в городской и сельской школе Кызылординской области.

Цель исследования

– провести сравнительное изучение показателей физического развития городских и сельских школьников 7-11 летнего возраста.

- обобщить материалы, характеризующие уровень физического развития городских и сельских детей в возрасте 7-11 лет, и заложить основу для дальнейшего изучения динамических сдвигов в физическом развитии детей.

Объектом исследования были 300 детей школьного возраста 7-11 лет: 2 группы – 1 группа школьники городской школы г. Кызылорда и 2 - сельской школы Кызылординской области. Сравнимые группы по возрастному, половому и социальному составу были однородны.

Наряду с изучением физического развития в ходе профилактических осмотров нами были исследованы заболеваемость сколиозом и плоскостопием.

Результаты исследования:

Показатели физического развития городских и сельских детей в возрасте 7-11 лет (табл. № 1) характеризуются следующим.

Основные размеры тела (рост, масса тела, окружность грудной клетки) у мальчиков в среднем выше, чем у девочек, за исключением показателей роста девочек 11 летнего

возраста.

В возрасте 11 лет рост девочек выше, чем у мальчиков этого же возраста как у городских, так и у сельских школьников.

Табл. 1. Показатели физического развития городских и сельских детей в возрасте 7-11 лет.

	Мальчики					Девочки				
	Возраст, лет	Кол-во детей	Рост, см. М±m	Вес, кг. М±m	ОГК, см М±m	Возраст, лет	Кол-во детей	Рост, см М±m	Вес, кг. М±m	ОГК, см. М±m
Город	7	15	125±0,34	24±0,26	60±0,33	7	16	124±0,38	23±0,29	60±0,33
	8	14	129±0,32	28±0,28	62±0,32	8	17	128±0,37	26±0,28	62±0,32
	9	15	133±0,32	30±0,28	65±0,35	9	13	133±0,30	28±0,35	65±0,35
	10	14	138±0,38	34±0,32	67±0,31	10	15	138±0,31	32±0,30	67±0,31
	11	15	142±0,49	39±0,49	71±0,33	11	16	145±0,62	34±0,49	71±0,33
Село	7	15	122±0,25*	23±0,19*	59±0,28	7	14	122±0,38	22±0,25*	59±0,28*
	8	14	127±0,31*	26±0,21*	61±0,32*	8	16	125±0,35*	25±0,26*	61±0,32*
	9	12	130±0,36*	29±0,31*	62±0,32*	9	14	129±0,34*	28±0,31	62±0,32*
	10	15	137±0,36	31±0,30*	64±0,32*	10	18	136±0,39*	31±0,33*	64±0,32*
	11	14	137±0,37*	33±0,42*	69±0,27*	11	18	142±0,58 *	34±0,33	69±0,27*

Примечание: * - вероятность безошибочного прогноза $p \leq 0,05$

Показатели физического развития сельских детей несколько ниже показателей физического развития городских детей во всех исследованных возрастных группах. Разница статистически достоверна. Имеющаяся разница в физическом развитии детей сельской и городской местности, по-видимому обусловлена влиянием на показатели физического развития социальных, биологических, экологических факторов и других факторов.

Соматоскопическое исследование осанки сельских и городских школьников выявило нарушения осанки в форме сколиоза у большего числа сельских школьников 6% (9 из 150 обследованных сельских школьников), чем у городских 2.6% (4 из 150 обследованных городских школьников).

Методом плантографии исследовано наличие плоскостопия. Установлено, плоскостопие чаще встречается у городских детей - 28 из 150 обследованных городских школьников, т.е. 18,66% имели плоскостопие, чем у сельских - 21 из 150, т.е. 14% обследованных сельских школьников имели плоскостопие.

Таким образом:

1. Показатели физического развития мальчиков как сельской, так и городской местности выше, чем у девочек, за исключением показателей роста и сельских и городских девочек 11-летнего возраста.

2. Рост девочек 11-летнего возраста был выше, чем у мальчиков этого же возраста. Установленное превышение показателей роста девочек 11-ти летнего возраста над показателями роста мальчиков обусловлено особенностями биологического развития и возрастной динамики роста, связанной с более ранним переходом девочек в предпубертатный период полового созревания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Суханова Н.Н., Котечкина Н.А. Физическое развитие детей и подростков—показатель санитарно—эпидемического благополучия населения// Материалы VIII Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей. - М., 1996.- С. 192- 194.

2. Аканов А.А. Состояние здоровья школьников в системе общеобразовательных школ РК// Проблемы социальной медицины и управления здравоохранения. Алматы. 1998. №10. – С.118 – 121.

3. Доскалиев Ж.А., Аканов А.А. и др. Руководство по научно – методическому обеспечению программ медицинского обследования, динамического наблюдения и

оздоровления школьников 12 – 18 лет и сельского населения Республики Казахстан//Министерство Здравоохранения Республики Казахстан. Астана – Алматы, 2002. – С.34.

ОЦЕНКА НАСЕЛЕНИЕМ САНИТАРНОГО СОСТОЯНИЯ СТАЦИОНАРОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Нурбакыт А.Н.

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

Повышение удовлетворенности населения возможностью получения и качеством медицинской помощи — важная задача реформирования отрасли. В условиях поиска новых подходов к повышению доступности, качества и культуры оказания медицинской помощи на фоне ограниченных экономических возможностей здравоохранения и совершенствования финансовых отношений мнение пациентов может быть одним из критериев оценки деятельности медицинских учреждений. В силу этого все больший вес в принятии решений приобретает информация, основанная на изучении общественного мнения [1]. Результаты соответствующих исследований достаточно точно отражают позитивные и негативные тенденции развития и реформирования здравоохранения, позволяют выявить факторы, снижающие удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием. При этом многие проблемы негативного восприятия здравоохранения могут быть решены без значительных финансовых затрат [2].

Медицинская организация (МО), оказывающая стационарную медицинскую помощь населению, является основным подразделением службы охраны здоровья, осуществляя деятельность по диагностике, лечению, реабилитации, профилактике, санитарному образованию, подготовке медицинских кадров. Успех стационарного лечения больных во многом зависит от оптимизации больничной среды. Сюда можно отнести оптимальные гигиенические условия, способствующие быстрейшему выздоровлению больных. Соблюдение гигиенических условий препятствует возникновению и распространению внутрибольничных инфекций, обеспечивает оптимальные условия для работы медицинского персонала, защищает персонал от воздействия профессиональных вредностей (нервно-психическое переутомление, напряжение скелетной мускулатуры, ночные дежурства, химические и физические факторы).

Для изучения санитарно-гигиенических условий в МО проведен опрос населения различных регионов Казахстана по специально разработанной анкете в рамках исследования неформальных платежей в здравоохранении, выполненного в Высшей школе общественного здравоохранения. Проанкетировано 5000 респондентов, из них: 1118 в г. Алматы, 602 в Акмолинской области, 540 в Актюбинской, 1187 человек в Восточно-Казахстанской и 1553 в Южно-Казахстанской.

Установлено, что респонденты городской и сельской местности достаточно высоко оценивают существующие условия для соблюдения личной гигиены в стационарах (84%). Соответственно, отрицательную оценку дало около 16% опрошенных обеих групп. Вместе с тем, при детальном исследовании показателей, характеризующих санитарно-

гигиеническое состояние стационаров, выявлены значимые элементы негативной оценки состояния по ряду признаков.

Наиболее высокий процент населения, удовлетворенного условиями для соблюдения личной гигиены, имеет место в Актюбинской и в Акмолинской областях (табл.1). В то время как, доля лиц с отрицательным мнением, составляет в Восточно-Казахстанской области 34%, в Южно-Казахстанской 29%, в г. Алматы – 28%.

Среди причин неудовлетворенности населения условиями для личной гигиены на первом месте для городских респондентов находится «отсутствие средств и предметов гигиены» - около 58% опрошенных, в то время как сельские респонденты недовольны в наибольшей мере отсутствием благоустроенных туалетов (57%) .

Относительно «отсутствия горячего водоснабжения» мнение респондентов обеих групп населения практически совпало – около 50%. Значимы различия по обеспечению хозяйственно-питьевым водоснабжением, где против 8% городских респондентов количество сельских составило 32%.

Таблица 1

Причины неудовлетворенности населения условиями для личной гигиены в стационарах

Причины неудовлетворенности условиями	Место жительства респондентов и оценка причин неудовлетворенности					
	Город		Село		Всего	
	Абс.	% к «Итого», $X \pm \zeta_x$	Абс.	% к «Итого», $X \pm \zeta_x$	Абс.	% к «Итого», $X \pm \zeta_x$
Отсутствие горячего водоснабжения	162	50±2,8	105	50±3,5	267	50±2,2
Отсутствие хозяйственно-питьевого водоснабжения	27	8±1,5*	67	32±3,2	94	18±1,6
Отсутствие благоустроенных туалетов	160	49±2,8	119	57±3,4	279	52±2,2
Отсутствие средств и предметов гигиены	190	58±2,7*	92	44±3,4	282	53±2,2
Другое	3	1±0,5	1	0±0,5	4	1±0,4
Итого	327	100±0,0	209	100±0,0	536	100±0,0
Примечание: * различия между группами городского и сельского населения достоверны						

Среди респондентов Актюбинской и Южно-Казахстанской области 66% опрошенных отметили крупный недостаток отсутствие горячего водоснабжения. В Южно-Казахстанской области около 40% особенно выделяют отсутствие должного хозяйственно-питьевого водоснабжения. В числе значимых причин неудовлетворенности условиями для личной гигиены в стационарах является отсутствие благоустроенных туалетов, что отметило 68% опрошенных Актюбинской области и 56% - Южно-Казахстанской.

Общий уровень комфорта в стационарах оценили как «высокий» -21%, «средний» - 71%, как «низкий» - 6%, и как «очень низкий» - 2% населения (табл. 2). При этом мнение респондентов городского и сельского населения практически не различается.

Общий уровень комфорта в медицинских организациях оценили как «высокий» - 31% населения Южно-Казахстанской области, как «средний» - 79% респондентов Восточно-Казахстанской области, как «низкий» -10% Восточно-Казахстанской области. Лишь 2% респондентов отметили очень низкий уровень комфорта.

Оценка соблюдения режима уборки и текущей дезинфекции в стационарах идентична описанной (таблица 3). Городские и сельские респонденты достаточно высоко оценивают соблюдение режима (более 80%), «удовлетворительно» от 3% и «неудовлетворительно» - от 12 до 11%.

Как «хорошее» состояние туалетных комнат оценили 47% респондентов сельского населения против 42% городских респондентов. Как удовлетворительное состояние туалетных комнат оценили 48% городского населения против 44% сельского. Около 10% респондентов обеих групп населения оценили состояние как неудовлетворительное.

Таблица 2

Оценка городским и сельским населением общего уровня комфорта в стационарах

Уровень комфорта	Место жительства респондентов и оценка уровня комфорта					
	Город		Село		Всего	
	Абс.	% к «Итого», $X \pm \zeta_X$	Абс.	% к «Итого», $X \pm \zeta_X$	Абс.	% к «Итого», $X \pm \zeta_X$
Высокий	390	19±0,9*	363	22±1,0	753	21±0,7
Средний	1438	71±1,0	1179	72±1,1	2617	71±0,7
Низкий	160	8±0,6**	75	5±0,5	235	6±0,4
Очень низкий	43	2±0,3***	16	1±0,2	59	2±0,2
Итого	2031	100±0,0	1633	100±0,0	3664	100±0,0

Примечание: * $p < 0,05$ – между группами;
 ** $p < 0,001$ – различия между группами очень высоко достоверно;
 *** $p < 0,01$ – между группами.

Таблица 3

Оценка респондентами соблюдения режима уборки и текущей дезинфекции

Соблюдение режима	Место жительства респондентов и оценка соблюдения режима					
	Город		Село		Всего	
	Абс.	% к «Итого», $X \pm \zeta_X$	Абс.	% к «Итого», $X \pm \zeta_X$	Абс.	% к «Итого», $X \pm \zeta_X$
Хорошее	1714	84±0,8	1404	86±0,9	3118	85±0,6
Удовлетворительное	67	3±0,4	50	3±0,4	117	3±0,3
Неудовлетворительное	249	12±0,7	177	11±0,8	426	12±0,5
Итого	2030	100±0,0	1631	100±0,0	3661	100±0,0

Абсолютное большинство (75-80%) респондентов как сельского, так и городского населения считают, что санитарное благоустройство стационара влияет на эффективность и качество лечения (таблица 4). Затруднились ответить только 13% городского и 18% сельских респондентов, и 6% городских и сельских респондентов ответили, что такого влияния нет.

Говоря об оценке респондентами санитарного состояния помещений и палат, отметим, что 75% респондентов в полной мере удовлетворены санитарным состоянием и лишь 7% выразили неудовлетворенность. (табл. 5) Затруднились ответить - 18% респондентов. Характерно, что описываемые показатели несколько выше в сельской местности по сравнению с городской, что может быть обусловлено более низким уровнем требовательности среди первых.

Таблица 4

Оценка населением влияния санитарного благоустройства на эффективность и качество лечения

Оценка влияния	Место жительства респондентов и оценка ими влияния на эффективность и качество оказываемой помощи					
	Город		Село		Всего	
	Абс.	% к «Итого», $X \pm \zeta_X$	Абс.	% к «Итого», $X \pm \zeta_X$	Абс.	% к «Итого», $X \pm \zeta_X$
Влияет	1642	81±0,9*	1232	75±1,1	2874	78±0,7
Не влияет	128	6±0,5*	105	6±0,6	233	6±0,4
Затруднились ответить	263	13±0,7*	298	18±1,0	561	15±0,6
Итого	2033	100±0,0	1635	100±0,0	3668	100±0,0

Примечание: * различия между группами городского и сельского населения высоко достоверны;

Таблица 5

Характеристика удовлетворенности населения санитарным состоянием помещений и палат

Оценка санитарного состояния	Место жительства респондентов и их удовлетворенность санитарным состоянием					
	Город		Село		Всего	
	Абс.	% к «Итого», $X \pm \zeta_X$	Абс.	% к «Итого», $X \pm \zeta_X$	Абс.	% к «Итого», $X \pm \zeta_X$
Удовлетворен	2044	72±0,8*	1687	80±0,9	3731	75±0,6
Не удовлетворен	244	9±0,5*	124	6±0,5	368	7±0,4
Затруднились ответить	569	20±0,7*	303	14±0,8	872	18±0,5
Итого	2857	100±0,0	2114	100±0,0	4971	100±0,0

Примечание: * $p < 0,001$ – различия между группами очень высоко достоверно.

Данные социологического опроса выявили, что 89% опрошенных Актыбинской области удовлетворены санитарным состоянием помещений и палат, не удовлетворены - 10% населения Восточно-Казахстанской области, а 28% населения г. Алматы затруднились ответить.

Вывод:

1. В крупных стационарах республики условия для соблюдения личной гигиены большинство пациентов (84%) оценили как удовлетворительное при этом наиболее положительная оценка в Актыбинской и Алматинской областях. Общий уровень комфорта в стационарах оценен респондентами как средний (71%).
2. Для городских жителей наиболее важными, среди условий для личной гигиены, является отсутствие средств и предметов личной гигиены (58%), для сельских - отсутствие благоустроенных туалетов.
3. Среди причин неудовлетворенности пациентов санитарно-гигиеническими условиями на втором месте – отсутствие горячего водоснабжения, что наиболее выражено в Актыбинской и Южно-Казахстанской областях (66% респондентов).
4. По мнению абсолютного большинства опрошенных (81±0,9% городских жителей и 75±1,1% сельских), санитарно-гигиеническое состояние стационаров существенно влияет на качество и эффективность оказываемой медицинской помощи, что должно иметь определяющее значение при принятии решений, направленных на улучшение санитарного состояния стационаров, в том числе по таким позициям, как создание условий для соблюдения личной гигиены, обеспечения горячим и хозяйственно-питьевым водоснабжением, благоустроенными туалетами и т.д.

Литература:

1. Щепин О.П., Трегубов Ю.Г., Асланян Э.А. Актуальные вопросы развития муниципального здравоохранения //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2003. — № 4. — С. 25—27.
2. Татарников М.А. Основные подходы к реформированию здравоохранения. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2003. — № 1. — С. 7—11.

АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ Г.АЛМАТЫ В ВОПРОСАХ О СОБСТВЕННОМ ЗДОРОВЬЕ И СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Ошибаева А.Е., Сакенов А.К.

Высшая Школа Общественного Здравоохранения

Показатель информированности и грамотности в сфере здоровья является важным и неотъемлемым компонентом культуры самосохранения индивида. Предметом информированности являются знания: о вреде для здоровья некоторых привычек, о факторах риска наиболее распространенных заболеваний; о перенесенных заболеваниях, о противопоказанных лекарствах; о методах оказания первой помощи; об элементах

гигиенической культуры и т.п. Только имея представления об уровне информированности индивида, можно оценить уровень осознанности его самосохранительного поведения. Кроме того, показатель информированности служит индикатором эффективности функционирования в отношении здоровья таких социальных институтов как здравоохранение, семья, школа, средства массовой информации.

В последние годы все более важную роль в укреплении здоровья населения стала играть передача информации. По мере того, как расширяются знания о связях между поведением человека, обусловленным уровнем культуры, и высокой заболеваемостью хроническими болезнями у взрослых, все большее внимание должно уделяться выработке системных подходов к первичной профилактике. При этом необходимо учитывать, что процессы обучения, ведущие к изменению поведения, идут в ходе передачи информации и ее усвоения.

Информационная деятельность, касающаяся сохранения здоровья населения в развитом обществе, в большой степени является ответом на все возрастающее бремя заболеваний. А также состояние здоровья во многом зависит от уровня культуры личности, которая выражается и в организации правильного режима труда и отдыха, привычках и увлечениях, от рода деятельности, которая может как способствовать укреплению здоровья, так и оказывать на него негативное воздействие.

Цель исследования: Изучить и оценить состояние информированности различных групп населения г.Алматы в вопросах о собственном здоровье и системе здравоохранения, разработать рекомендации по совершенствованию управления информационного обеспечения.

Задачи исследования:

Дать характеристику информированности различных групп населения г.Алматы в вопросах о собственном здоровье и системе здравоохранения

Методы и объекты исследования

Методы исследования:

Социологический опрос населения г.Алматы – использованы материалы исследования неформальных платежей в здравоохранении, проведенного ВШОЗ в 2009г., разделы 7,8,9,10.

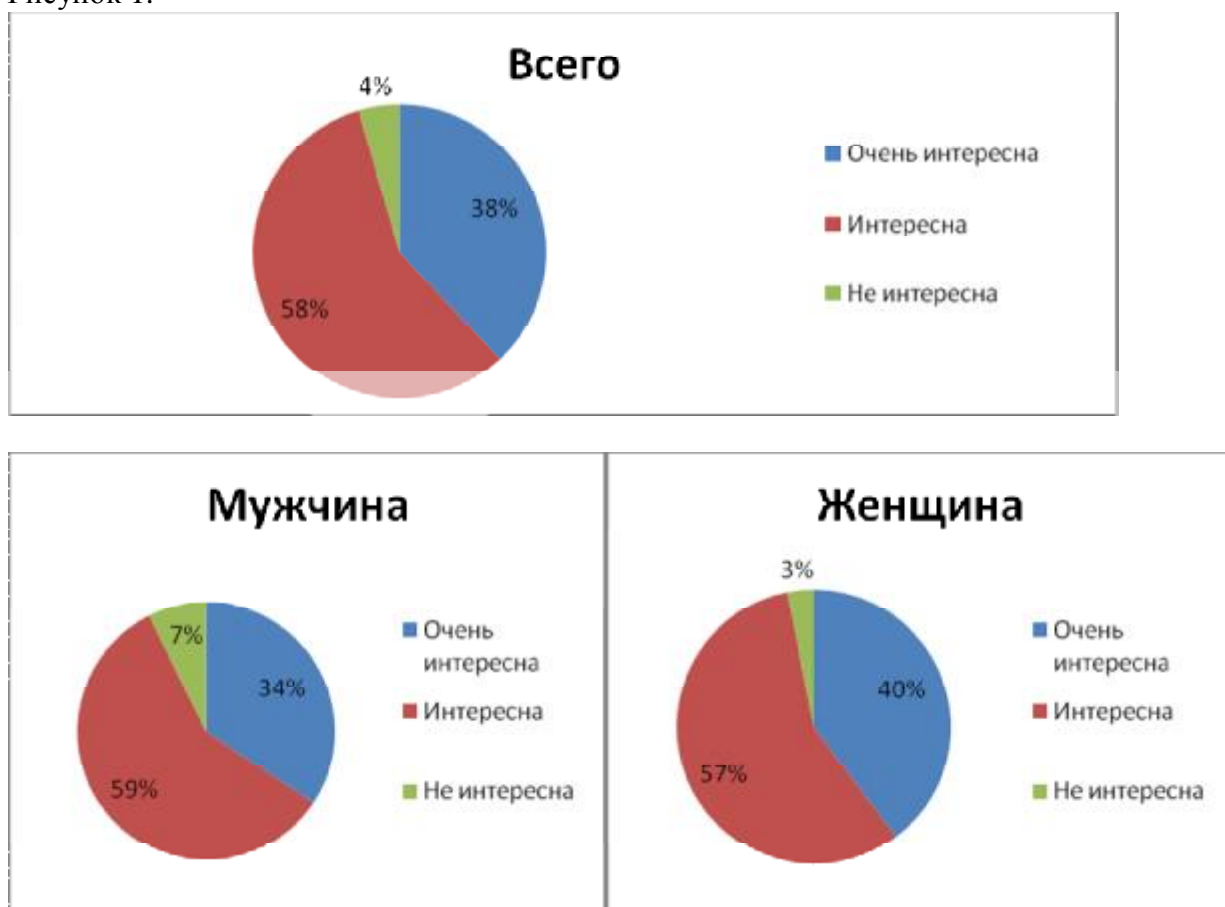
Статистический анализ результатов соц. опроса.

Объекты исследования: различные по социальному статусу группы взрослого населения г.Алматы

Результаты исследования.

При ответе на вопрос «Насколько Вам интересна информация о здоровье и системе здравоохранения?» мнение респондентов разделилось следующим образом: всего очень интересно ответили 38% , интересно 58%, и не интересно ответили 4% респондентов. Среди мужчин информация о здоровье и системе здравоохранения оказалась очень интересной 34% респондентам, интересной 59% и не интересной 7% респондентам. А из числа всех опрошенных женщин г.Алматы такая информация очень интересна 40%, интересна 57% и не интересна 3% женщин (рисунок 1).

Рисунок 1.



Если говорить об интересе к информации о здоровье и системе здравоохранения с позиции социального статуса респондентов, то можно выявить следующее: очень интересно наиболее часто ответили следующие категории респондентов – домохозяйки 44%, рабочие и служащие по 39%.

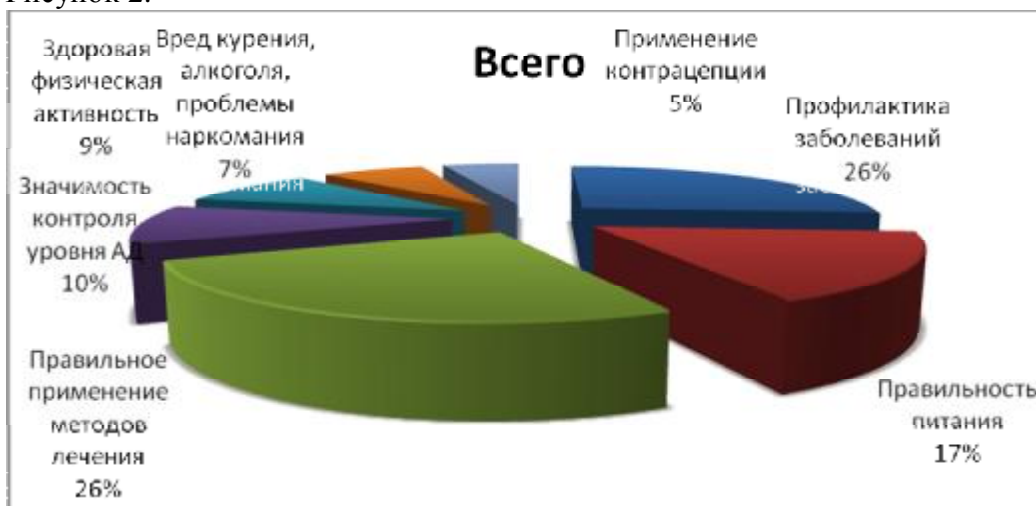
Ответ «интересно» чаще всего выбрали самозанятые 63%, пенсионеры 60%. Не интересна информация о медицинских услугах и медицинских организациях чаще всего была для безработных 10%, учащимся и студентам 8%. Большой интерес для населения представляет информация о профилактике заболеваний и о правильном применении методов лечения (26%). А также правильность питания (17%) и значимость контроля уровня АД (10%). Однако информация о физической активности (9%), вреда курения, алкоголя, проблемы наркомании (7%), применение контрацепции (5%) интересует население в меньшей степени (рисунок 2).

Если респондентов разделить на мужчин и женщин то картина изменится следующим образом. Мужчины (23%) по сравнению с женщинами (12%) хотели бы получить больше информации о вреде курения, алкоголя и о проблемах наркомании. Когда женщин (16%) по сравнению с мужчинами (4%) интересует информация о применении контрацепции. В остальных ответах большой разницы не отмечено.

Респонденты среднего возраста (31-40 лет) по сравнению с остальными возрастными категориями проявляют большой интерес к информации о профилактике заболеваний (64%). Правильное применение методов лечения (70%), значимость контроля уровня артериального давления (53%) и правильность питания (54%) больше интересен людям в возрасте свыше 60 лет. У респондентов в возрасте 20-30 лет интерес к информации о применении контрацепции (24%). Молодым людям в возрасте до 20 лет интересна

информация о здоровой физической активности (31%) и что немало важно о вреде курения, алкоголя, наркомании (19%).

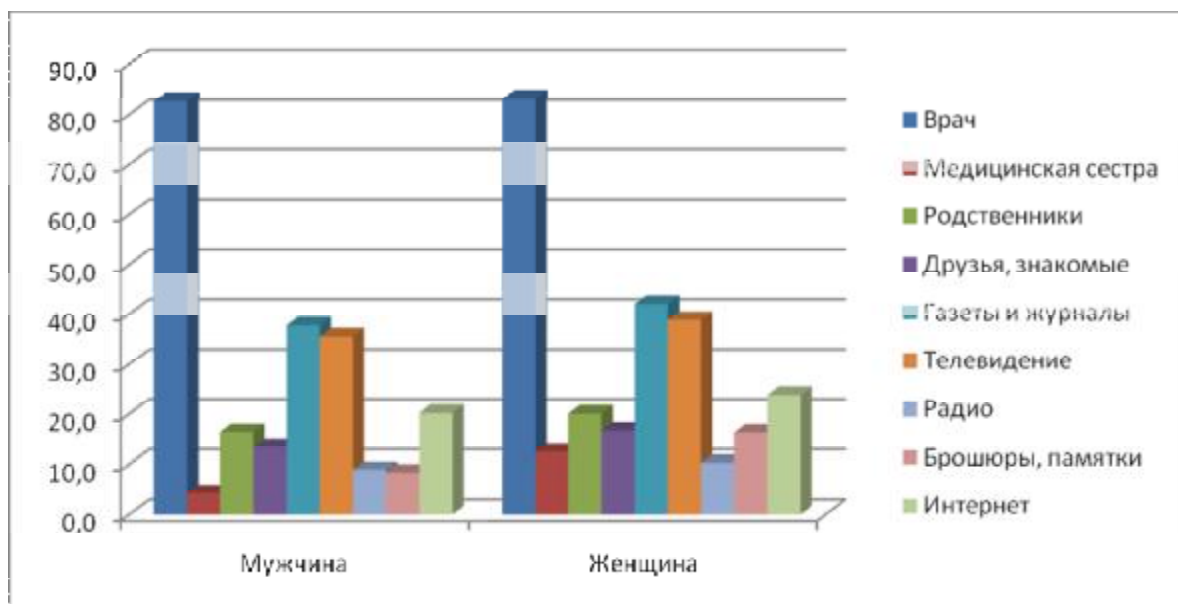
Рисунок 2.



Оценивая ответы респондентов на вопрос об источниках получения информации о здоровье, видим следующую картину: основным источником информации о здоровье по мнению (33%) респондентов является врач, также важными источниками являются газеты, журналы (16%) и телевидение (15%). Остальные источники информации для респондентов имеют существенно меньше значение. Интернет 9%, родственников как источник информации указали 8%, друзья, знакомые 6%, брошюры памятки 5%, медицинскую сестру и радио указали по 4%. Даже если посмотреть в отдельности мужчин и женщин то там мы видим что врач является важнейшим источником информации в одинаковом процентном соотношении. Здесь можно увидеть разницу только в том что женщины по сравнению с мужчинами информацию получают больше от медицинской сестры и от брошюр. А в других источниках получения информации разница между мужчинами и женщинами не значительное (рисунок 3).

Рисунок 3.





Если разделить респондентов по социальному статусу то врач остается важнейшим источником информации для всех категории. Но есть различия в определении других источников информации о здоровье в зависимости от социального статуса респондента. Домохозяйки по сравнению с другими больше информацию получают от медицинской сестры, друзей, знакомых, брошюр, а учащиеся, студенты от родственников и от интернета. Рабочие, служащие, пенсионеры и безработные в основном информацию получают от газет и телевидение.

Самооценка респондентами об информированности относительно своего здоровья и охраны здоровья характеризуется тем, что 49% считают себя достаточно информированными, 19 % не имеют достаточной информации и 32% затрудняются ответить. Мужчины по сравнению с женщинами ответили что не имеют достаточную информацию о своем здоровье и об охране здоровья вообще. Из всех опрошенных жителей г.Алматы самозанятые, служащие, учащиеся и студенты имеют достаточную информацию относительно своего здоровья и охраны здоровья, а пенсионеры, безработные и рабочие ответили что не имеют достаточную информацию о своем здоровье.

Заключение

Таким образом, оценивая результаты полученных данных, следует отметить, что старшее поколение интересуется информация о правильном питании, лечении и значимость контроля уровня артериального давления, когда же молодое поколения больше интересуется здоровой физической активностью и контрацепцией. Вполне естественно, что врач является важнейшим источником информации о здоровье и системе здравоохранения для респондентов всех категорий социального статуса.

Литература

1. Исследование неформальных платежей в здравоохранении. Высшая Школа Общественного Здравоохранения. 2009г.

ҚАЛАЛЫҚ АВТОКӨЛІК ЖҮРГІЗУШІЛЕРІНІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНА КӨЛІКТІК ШУДЫҢ ӘСЕР ЕТУІ, ГИГИЕНАЛЫҚ СИПАТЫ.

А.К Сайлыбекова

С.Ж Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Университеті, Алматы қаласы.

Қазіргі кезде Алматы қаласы дүние жүзіндегі ең көп ластанған және экологиялық таза емес қалалардың біріне жатады. Осыған қаладағы автокөліктердің санының жылдан жылға көбеюі себеп болып отыр. Саналмаған мәліметтерге сүйенсек, әр бір жанұяда 2-3 автокөліктен бар. Қазіргі кезде қаладағы тіркелген 600-750 мың бірлік автокөліктер және қалалық магистралдар автокөліктердің дұрыс қозғалысына кедергі жасайды. (1)

Қаладағы автокөлік жүргізушілері жұмыс кезіндегі қолайсыз факторларға тап болады және қаладағы химиялық, физикалық зиянды факторлар мүлтіксіз әсер етеді. Солардың ішіндегі ең негізгі зиянды өндірістік факторлар, яғни жүргізушілердің организміне әсер ететін физикалық факторлар-шу, вибрация, ультрадыбыс т.б.

Әртүрлі дыбыс күштерінің қосылуы және дыбыстың жиілігі шу деп аталады. Барлық дыбыстар сияқты шу да ауадағы механикалық тербелістер яғни қатты денелердің тербелуінің әсері, аэродинамикалық және гидродинамикалық процесстердің әсері. Шу организмге қолайсыз әсер етеді. Аймақтағы қысымның төмендеуі немесе жоғарылауы, ауадағы дыбыс тербелістерінің пайда болуы дыбыс қысымының деңгейін анықтайды. Автокөлік жұмысында шудың әр түрлерін тудырып, жүргізушінің өндірістік ортасына және қоршаған ортаның акустикалық ластануына алып келеді, яғни бұл организмге өте зиянды физикалық факторлардың туындауына себеп болады.

Үлкен қалалардағы шулардың жиілігі автокөліктің көп көлемде болуына байланысты екені бәріне анық. Жеке учаскелердегі магистралдық шу 90 дБА тең болады. Автокөліктердің ішіндегі ең көп шуды туғызатын ол жүктіегіш автокөліктердің дизелді қозғалтқышы (80-89 дБА) одан кейін жүктіегіш көліктердің карбюраторлы қозғалтқышы (81-82 дБА), мотоциклдегі шу (82 дБА). Жеңіл көліктер төменгі деңгейдегі шудың пайда болуына алып келеді. (2).

Халық тұратын жерлердегі айналып өту жолдарының болмағандықтан, жүктіегіш көліктердің қалалық магистралдармен жүруі шумен күресудің үлкен бір мәселесі болып отыр. Автокөліктің күрт өсуі қалалық автомагистралды жолдарының кептелісіне әкеледі, яғни бұл тек қана көшедегі кептелістен болған автокөлік двигателінің шу пайда болуымен ғана емес және атмосфералық ауаның ластануына да әкеліп соғады. Қазіргі кездегі қалалық жоспар бойынша автокөліктердің дұрыс, қалыпты жұмыс істеуін қамтамасыз ете алмайды.

Өндірістік ортадағы және жұмыс орнындағы шу, пассажирлік көліктердегі, жүктіегіш көліктерінде, жеңіл және арнайы көліктер шуды тудырады. Әртүрлі режимдегі және эксплуатация жағдайында орташа жүккөтергіш көліктердің кабиналарында дыбыстың деңгейі 80-102 дБА, ал үлкен жүктіегіш көліктерде шу деңгейі 101 дБА дейін, жеңіл автокөлік 75-85 дБА жетеді.

Қазіргі кездегі әдебиеттерде өндірістік шулардың зиянды фактор ретінде организмде әртүрлі ауруларды кең көлемде тудыру мүмкіндігі туралы мәліметтер бар. Клиницистер шудың организмде көптеген аурулардың туындауына (90 дБА жоғары) соның ішінде артериялық гипертонияға алып келуін зерттеді (3). Шудың деңгейінің 65 дБА көрсеткіші адам денсаулығына теріс әсер ете бастайтыны анықталған, бірақ кейбір кезде шу жиілігінің 50 дБА организмнің жағдайына және бірге жүретін зиянды өте қауіпті факторлары есту жүйесіне әсер етеді, ал төменгі деңгейдегі шудан психикалық өзгерістер пайда болады.

Бұл шуды тек қана қоршаған ортаның немесе өндірістік физикалық факторлар ретінде ғана қарастырмайды, бірақ психологиялық түсінік бойынша: дыбыстың біркелкі интенсификациясы орталық жүйке жүйесінің функционалды өзгерістері бір адамда әртүрлі сезімдердің пайда болуына алып келеді. (4). Шудың тұрақты әсер етуі есту сезімталдылығына және шудың оң

немесе теріс нейронды байланысына алып келеді. Бірінші орында шудың әсері есту сезімталдылығының бұзылысына алып келеді, бірақ бұл 65-90 дБА-гі шудың әсеріне байланысты болғанда жүрек жұмысының, артериялық қысым бұзылысына алып келетін вегетативті өзгерістердің пайда болуымен сипатталады.

Транспорттық шудың көптік әсерін зерттеу бірқатар қиындықтар тудырады, сонымен қатар шудың әсері әр адамға әртүрлі сезімталдылығына байланысты әсер етеді. Шу еңбек белсенділігіне кедергі келтіріп, ұйқының бұзылуына, сөйлеу мәнеріне, есту жүйесін зақымдап, организмнің басқа да реакцияларын шақырады.

Шуды қабылдаудың уақытша араласуы шу көздерімен жұмыс істегеннен кейіне бірнеше жылдан кейін пайда болады, ал интенсивті шу орындарында жұмыс істейтін адамдарда ұзақ уақыт бойы әсер етеді, бірақ бұл естудің тұрақты бұзылысына алып келеді. Орталық жүйке жүйесінің активті деңгейі шудың әсерінен жоғарылауы мүмкін. Осыған байланысты шудың өзіндік әсер ету концепциясы өндірістік шулардың бір күндік суммарлық дозасына сәйкес келеді. Бұл бағалау ақыл-ой өрісінің дұрыс жетілуіне, жұмыс белсенділігінің жоғарылауына, эффективті демалуға бағытталған. Адам организміне вегетативті реакциялардың шуға бейімделуі анықталмаған.

Бұл реакциялар шуға деген субъективті сезімталдылыққа байланысты емес және ұйқы процесінде де орын алмайды. Әдебиеттерде жазылғандай, организмдегі есту жүйесі екі қызмет атқарады: яғни адамға сенсорлық ақпаратты қамтамасыз етеді және өзіндік қорғануға арналған зиянды дыбыстарға қарсы тұру.

Шудың деңгейіне және сипатына байланысты шу әсері анық физиологиялық өзгерістерді тудырады. Шудың әсерінен патологиялық өзгерістер пайда болады, оларды арнайы және арнайы емес өзгерістер деп бөлеміз. Арнайы өзгерістер – есту органдарында пайда болады, ал арнайы емес өзгерістер басқа да органдар мен жүйелерге әсер етуіне байланысты болады. Шудың ұзақ уақыт әсер етуі күнделікті морфофункционалдық бұзылыстарға, қазіргі кезде “шу ауруына” шалдығуына алып келеді.

Жоғарғы деңгейдегі шу кезінде естудің толық жоғалуы болады, ал төменгі деңгейде көбінесе жүйке-қан тамыр жүйесі зақымдалады.

Есту жүйесінің функционалды қабілеттілігін анықтауда келесі дыбыс қабылдау аймақтарын бөлеміз: яғни ауру табалдырығы дыбыс күшіне, ауру сезімінің жоғарылауына және есту табалдырығының қабылдау жиілігіне байланысты болады. Шудың дені сау адамдағы ауру табалдырығы дыбыстың жиілігіне және зерттеу бойынша 110-130 дБ деңгейіне, кейбір зерттеулер бойынша 130 дБ ден және одан да жоғары жиілікке байланысты болатыны анықталады. Шудың әсерінен болатын ауру сезімі барабан бөлігінің мықтылығына және ортаңғы құлақтың механикалық бірлесуіне байланысты.

Автобус жүргізушілерінің шу әсерінен жұмысқа қабілеттілігі төмендейді. Көлік кабиналарында шудың гигиеналық регламентациясы қазіргі кезге дейін шешілмеген сұрақ ретінде қалып отыр.

Жүргізуші организміне шу деңгейін қалыптастыру үшін кабиналардағы шу деңгейі 60 дБА ден аспауы қажет.

Э.Ю Денисовтың келесі нормативтері ұсынылады: жеңіл такси көліктеріндегі шу деңгейі- 50-60 дБ, жүктіегіш және жеңіл автокөліктерде- 60-70 дБ, жол таңдамайтын автокөліктер- 70-80 дБ

Шудың теріс әсерін зерттеу үшін пассажирлік автокөліктердің ішкі шу деңгейін анықтау керек және Алматы қаласындағы қолайсыз факторлардың әсерін зерттеу керек.

Сонғы жылдардағы әдебиеттерде жүргізушілердің организміне инфрадыбыстардың басқа да физикалық фактор ретінде әсер етуі туралы мәліметтер пайда болды. Е.Ю Шайпак мәліметтері бойынша жүктіегіш көліктердің және автобустардағы 2-16 Гц жиіліктегі инфрадыбыс деңгейі 107-113 дБА құрайды, ал октавалы 3,5 Гц тез жылдамдықтан төмендейді.

Инфрадыбыс деңгейінің жүргізуші организміне әсер етуі оның орталық жүйке, тыныс алу, эндокринді және басқа да жүйелерге әсер етеді, осы жағдайдан жүргізушінің жұмысқа қабілеттілігі және қозғалыс қауіпсіздігіне байланысты болады.

Осыған байланысты инфрадыбыс деңгейінің жүргізуші кабиналарында төмендеуі жүргізушінің еңбек шарттарының жалпы мәселесіне айналып отыр.

Пайдаланылған әдебиеттер

1. К.К. Тогузбаева, А.К. Сайлыбекова и др. – Гигиеническая оценка влияния некоторых производственных факторов на состояние работоспособности водителей автотранспорта г. Алматы. Римини, 2010г. В материалы XIV международной научной конференции «Здоровье семьи - XXI».с.427-430
2. Метт Л.И. Об оценке воздействующего шума уровнем звука // Гигиена труда. – 1984. - № 10. – С. 45 – 48.
3. Кочанова Е.И., Вермель А.Е., Папоян С.В. и др. Влияние производственного шума на распространенность артериальной гипертонии // Тер.архив. – 1985.-№4.- С.125-128.
1. Близнюк В.Д. Корреляционные связи между городским шумом и неинфекционными заболеваниями населения // Гигиена и санитария . -2001.-№ 6.-С.20-22.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Куракбаев К.К., Султанбеков К.А.

Высшая Школа Общественного здравоохранения МЗ РК

Известно, что сравнительная динамическая оценка уровня общей и первичной заболеваемости, а также ее распределение по территориям региона, имеет важное значение для планирования и реализации текущих и перспективных целевых программ профилактических, диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий.

Исходя из этой посылки, в настоящем исследовании приводятся результаты изучения динамики уровня и изменения структуры заболеваемости болезнями мочеполовой системы среди населения административно-территориальных образований Южно-Казахстанской области.

При этом научной оценке были подвергнуты данные официальной медицинской статистики и регистрации болезней органов мочеполовой системы Южно-Казахстанской области за 2006-2008 годы.

Проведенные исследования показали (таблица 1), что в 2006 году общая заболеваемость болезнями мочеполовой системы в г.Шымкенте, Толебийском, Арыском, Ордабасинском и Сарыагашском районах была на 23-27% выше, чем в среднем по области и составила соответственно 8592,3, 7554,7, 6819,4, 7184,4 и 7551,7 на 100000 населения.

Одновременно установлено, что в городах Туркестане и Кентау, а также Отрарском и Байдыбекском районах, изучаемый показатель колебался в пределах среднеобластного значения. При этом в Сайрамском и Шардаринском районах, общая заболеваемость болезнями мочеполовой системы была в 2 и более раза ниже среднеобластного показателя.

В 2007 году по сравнению с 2006, общая заболеваемость болезнями мочеполовой системы в области незначительно (на 4,4%) уменьшилась. При этом наибольшее снижение изучаемого показателя наблюдалось в Ордабасинском (в 3 раза), в Толебийском (на

36,0%), в Байдыбекском (на 13,4%) районах; в г.Туркестане (на 18,9%) и в г.Шымкенте (на 6,6%). Одновременно произошло увеличение данного показателя в Казыгуртском (на 48,8%), Отрарском (на 39,7%), Сузакском (на 22,7%), Тюлкубасском (20,6%), Махтааральском (на 16,7%) районах и в г.Кентау (на 12,0%).

Установлено, что в среднем по области в 2008 году в сравнении с 2007 изучаемый показатель увеличился на 7,4%. При этом в Ордабасинском районе обнаруживалось наибольшее (более чем в 5 раз) увеличение изучаемого показателя, а в Арыском и Сузакском районах он увеличился соответственно в 1,3 и 1,5 раза; в Шардаринском, Отрарском и Казыгуртском районах, наоборот, уменьшился (соответственно на 46,7%, 23,1% и 15,7%). В остальных административно-территориальных образованиях, он или незначительно снизился, или увеличился.

Таблица 1 – Динамика общей заболеваемости взрослого населения болезнями мочеполовой системы в Южно-Казахстанской области (на 100000 человек)

Наименование районов области	2006 г.	2007 г.		2008 г.	
	на 100000 населения	на 100000 населения	Темп прироста к 2006 г.	на 100000 населения	Темп прироста к 2007 г.
Арыский	6819,4	7614,6	111,7	10032,3	131,8
Байдыбекский	5381,6	4659,8	86,6	4772,5	102,4
Казыгуртский	4525,1	6732,7	148,8	5672,3	84,3
Махтааральский	4294,6	5012,4	116,7	4575,7	91,3
Ордабасинский	7184,4	2516,2	35,0	13835,6	549,9
Отрарский	5566,5	7774,2	139,7	5975,8	76,9
Сайрамский	2233,2	2312,7	103,6	2191,1	94,7
Сарыагашский	7551,7	7237,5	95,8	7345,6	101,5
Сузакский	4144,8	5084,1	122,7	7684,5	151,1
Толембийский	7554,7	4836,1	64,0	4739,8	98,0
Тюлкубасский	3392,3	4092,3	120,6	3727,8	91,1
Шардаринский	2642,5	2614,6	98,9	1394,5	53,3
г.Кентау	5259,5	5892,7	112,0	6136,4	104,1
г. Туркестан	5173,3	4196,2	81,1	4282,5	102,1
г. Шымкент	8592,3	8028,5	93,4	8073,4	100,6
Итого по области	5864,5	5605,4	95,6	6022,7	107,4

Изучение динамики первичной заболеваемости взрослого населения болезнями мочеполовой системы в Южно-Казахстанской области (таблица 2) показало, что в 2006 году выше среднеобластного значения он установлен в Арыском (4422,3 на 100000 населения), Сарыагашском (34,4,1) и Толембийском (3074,7) районах, а также в городах Туркестане (3055,7) и г.Шымкенте (4256,4).

При этом в Сузакском районе первичная заболеваемость взрослого населения болезнями мочеполовой системы была в 3 раза, а в г.Кентау в 2 раза ниже среднеобластного показателя.

В 2007 году первичная заболеваемость взрослого населения болезнями мочеполовой системы выше областного показателя отмечалась в Арыском, Сарыагашском, Толембийском районах и в городах Туркестане и Шымкенте, и составила соответственно 4065,2, 3333,3, 2721,5, 2775,5 и 3562,7 на 100000 населения.

Сравнительный анализ данного показателя показал, что в 2007 году по отношению к 2006, в целом по области, первичная заболеваемость взрослого населения болезнями мочеполовой системы уменьшилась на 10,5%. При этом отмечено снижение изучаемого показателя в 11 административно-территориальных образованиях области, и наибольшее

его уменьшение наблюдалось в Казыгуртском (на 38,7%), Ордабасинском (на 84,1%), Отрарском (34,1%) и Шардаринском (на 46,2%) районах.

Таблица 2 – Динамика первичной заболеваемости взрослого населения болезнями мочеполовой системы в Южно-Казахстанской области (на 100000 человек)

Наименование районов области	2006 г.	2007 г.		2008 г.	
	на 100000 населения	на 100000 населения	Темп прироста к 2006 г.	на 100000 населения	Темп прироста к 2007 г.
Арысский	4422,3	4065,2	91,9	5715,5	140,6
Байдыбекский	2474,5	1516,5	61,3	1054,3	69,5
Казыгуртский	1734,5	2392,1	137,9	1402,2	58,6
Махтааральский	1717,6	1804,7	105,1	1366,8	75,7
Ордабасинский	2734,7	433,8	15,9	904,4	208,5
Отрарский	2359,4	1554,5	65,9	1058,2	68,1
Сайрамский	1584,6	1559,4	98,4	1515,1	97,2
Сарыагашский	3404,1	3333,3	97,9	3513,6	105,4
Сузакский	962,3	832,4	86,5	1243,7	149,4
Толебийский	3074,7	2721,5	88,5	1892,9	69,6
Тюлкубасский	1861,2	2339,7	125,7	1875,8	80,2
Шардаринский	1613,8	868,8	53,8	332,4	38,3
г.Кентау	1449,7	2187,7	150,9	2272,8	103,9
г. Туркестан	3055,7	2775,5	90,8	1668,4	60,1
г. Шымкент	4256,4	3562,7	83,7	4383,7	123,0
Итого по области	2782,5	2489,1	89,5	2529,1	101,6

Наряду с этим отмечено, что наибольшее увеличение данного показателя произошло в Казыгуртском (на 37,9%), Тюлкубасском (25,7%) районах и в г.Кентау (на 50,9%). В остальных административно-территориальных образованиях области, первичная заболеваемость взрослого населения болезнями мочеполовой системы была немного выше или ниже среднеобластного показателя или же оставалась на прежнем уровне.

Далее установлено, что в 2008 году в Арысском, Сарыагашском районах и в г.Шымкенте первичная заболеваемость взрослого населения болезнями мочеполовой системы была выше среднеобластного значения и составила соответственно 5715,5, 3513,6 и 4383,7 на 100000 населения. При этом в Ордабасинском районе изучаемый показатель был в 3 раза и в Шардаринском более чем в 7 раза ниже среднеобластного значения.

Выявлено, что в 2008 году по отношению к предыдущему году в области первичная заболеваемость взрослого населения болезнями мочеполовой системы увеличилась на 1,6%. При этом наибольшее увеличение отмечено в Арысском (на 40,6%), Ордабасинском (в 2 раза), Сузакском (на 49,4%) районах и в г.Шымкенте (на 23,0%).

Одновременно обнаружено, что наибольшее снижение изучаемого показателя установлено в Байдыбекском (на 30,5%), Казыгуртском (на 41,4%), Махтааральском (на 24,3%), Отрарском (на 31,9%), Толебийском (на 30,4%), Тюлкубасском (19,8%) районах и в г.Туркестане (на 39,9%).

Изучение динамики частоты динамического наблюдения за больными с болезнями мочеполовой системы среди взрослого населения (таблица 3) показало, что в 2006 году в Арысском, Ордабасинском, Отрарском, Толебийском районах, а также в городах Кентау, Туркестане и Шымкенте данный показатель был выше областного значения и составил соответственно 2362,5, 2087,4, 2698,4, 2691,2, 2232,7, 2005,4 и 2566,1 на 100000 населения. При этом в Сайрамском районе частота динамического наблюдения за больными с

болезнями мочеполовой системы среди взрослого населения была более чем в 2 раза ниже среднеобластного показателя.

Установлено, что в 2007 году выше областного показателя частота динамического наблюдения за больными с болезнями мочеполовой системы выявлено в Арысском (3373,6), Сузакском (1838,4), Толебийском (2166,5), Тюлкубасском (1895,3) районах и в городах Кентау (2299,5), Туркестане (2226,6) и Шымкенте (2228,9 на 100000 населения).

В 2007 году по сравнению с 2006 годом, в целом по области частота динамического наблюдения за больными с болезнями мочеполовой системы среди взрослого населения уменьшилась на 8,7%. Вместе с тем, отмечено снижение изучаемого показателя в 7 административно-территориальных образованиях области, и их наибольшее уменьшение выявлялось в Байдыбекском (на 45,5%), Ордабасинском (на 53,1%), Отрарском (41,8%) и Шардаринском (на 38,7%) районах. И, наоборот, наибольшее увеличение данного показателя отмечалось в Арысском (на 42,8%) и Тюлкубасском (35,4%) районах.

Выявлено, что в 2008 году частота динамического наблюдения за больными с болезнями мочеполовой системы среди взрослого населения Южно-Казахстанской области была выше областного значения в Арысском, Ордабасинском, Сузакском, Толебийском, районах и в городах Кентау, Туркестане, Шымкенте и составила соответственно 2755,6, 1817,8, 2415,7, 1749,1, 2365,2, 1862,6 и 2486,9 на 100000 населения. При этом в Казыгуртском, Сайрамском, Сарыагашском и в Шардаринском районах, изучаемый показатель был в 2 и более раза ниже среднеобластного значения.

Отмечено, что в 2008 году, по сравнению с предыдущим годом, в целом по области, частота динамического наблюдения за больными с болезнями мочеполовой системы среди взрослого населения снизилась на 4,5%. При этом снижение выявлено в 10 районах области, а наибольшее уменьшение данного показателя установлено в Казыгуртском (на 23,3%), Сарыагашском (на 27,7%) и Тюлкубасском (на 37,1%) районах. В то же время его увеличение наблюдалось в Ордабасинском (на 85,6%) и Сузакском (на 31,4%) районах.

Таблица 3 – Динамика частоты динамического наблюдения за больными с болезнями мочеполовой системы среди взрослого населения Южно-Казахстанской области (на 100000 человек)

Наименование районов области	2006 г.	2007 г.		2008 г.	Темп прироста к 2007 г.
	на 100000 населения	на 100000 населения	Темп прироста к 2006 г.	на 100000 населения	
Арысский	2362,5	3373,6	142,8	2755,6	81,7
Байдыбекский	1514,5	825,8	54,5	971,2	117,6
Казыгуртский	1104,3	1116,1	101,1	855,5	76,7
Махтааральский	1690,7	1745,7	103,3	1475,3	84,5
Ордабасинский	2087,4	979,4	46,9	1817,8	185,6
Отрарский	2698,4	1571,7	58,2	1313,7	83,6
Сайрамский	871,6	726,7	83,4	708,5	97,5
Сарыагашский	1167,7	1195,4	102,4	864,4	72,3
Сузакский	1769,4	1838,4	103,9	2415,7	131,4
Толебийский	2691,2	2166,5	80,5	1749,1	80,7
Тюлкубасский	1399,7	1895,3	135,4	1192,9	62,9
Шардаринский	1766,5	1083,3	61,3	872,8	80,6
г.Кентау	2232,7	2299,5	103,0	2365,2	102,9
г. Туркестан	2005,4	2226,6	111,0	1862,6	83,7
г. Шымкент	2566,1	2228,9	86,9	2486,9	111,6
Итого по области	1878,8	1715,8	91,3	1638,1	95,5

Таким образом, исследования показали, что в Южно-Казахстанской области среди взрослого населения наблюдается увеличение, как в общей, так и первичной заболеваемости болезнями мочеполовой системы. Причем в разных районах области наблюдаются различные уровни урологической заболеваемости, которые требуют обеспечения специализированных служб соответствующими кадрами и, прежде всего – кадрами врачей во всех административно-территориальных образования области.

НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ

Е.К. Ибраимов, Н.Р. Рахметов

Государственный медицинский университет г.Семей

Эффективное использование ресурсов, оптимизация расходов, соотнесение их с качеством и количеством оказанных медицинских услуг, а также сдерживание расходов на здравоохранение является одной из актуальных задач в современных социально-экономических условиях [1,2]. Решение ее может быть достигнуто только путем комплексного анализа и оптимизации как организационных подходов в системе здравоохранения, так и осуществлением необходимых лечебно-диагностических мероприятий, максимально увеличивающих эффективность при минимальных финансовых затратах.

Язвенная болезнь – одно из хронических заболеваний, лечение которого сопряжено с весьма значительными прямыми расходами и косвенными экономическими потерями [3]. Даже при адекватном применении всего комплекса современных консервативных подходов к терапии не во всех случаях удается избежать развития осложнений. Их наличие почти всегда требует оперативного лечения. Достаточно указать, что только прямые медицинские расходы на один пролеченный случай осложненной формы язвенной болезни согласно протоколу превышают в настоящее время 100000 тенге [4].

Поэтому совершенствование консервативных методов лечения язвенной болезни может обеспечить существенный экономический эффект.

Цель исследования: Оценка влияния применения местного лечения дуоденальных язв на прямые медицинские расходы в течение 1 года.

Материалы и методы:

Проведен анализ прямой стоимости лечебных мероприятий, осуществляемых в условиях стационара, у больных язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки. Всего анализ осуществлен по данным 255 случаев первичного стационарного лечения, с учетом повторных госпитализаций в течение 12 месяцев.

В качестве источника информации о стоимости отдельных компонентов стационарного лечения использованы Протоколы диагностики и лечения гастроэнтерологического отделения Медицинского центра Государственного медицинского университета г.Семей [5].

Распределение больных на группы было осуществлено в зависимости от наличия местного лечения, дополнительного применения системной иммунокоррекции препаратом Полиоксидоний, а также от медицинского клея, использованного для создания защитного/депонирующего покрытия на язвенном дефекте и слизистой оболочке

двенадцатиперстной кишки. Последнее было связано с различиями в стоимости медицинских клеев Сульфакрилат и латексной клеевой композиции (ЛКК), применявшихся в исследовании.

Результаты исследования и их обсуждение:

В таблице 1 представлена структура основных прямых расходов на комплексное лечение больных с использованием клея «Сульфакрилат» и ЛКК у больных с наличием хеликобактерной инфекции.

Таблица 1 – Прямые расходы на консервативное лечение больных с дуоденальными язвами при применении клея «Сульфакрилат» и ЛКК (НР+, по группам)

Категория расходов	Больные с дуоденальными язвами (НР+)		
	базисное консервативное лечение	базисное консервативное лечение + АБТ местно	базисное консервативное лечение + СИТ +АБТ местно
Пребывание в стационаре (согласно протоколу)	40868	40868	40868
Комплексное обследование (согласно протоколу)	3471	3471	3471
Зарботная плата персонала отделения + соцналог (согласно протоколу)	10946	10946	10946
Базисная консервативная терапия в условиях стационара (согласно протоколу)	24535	24535	24535
Использование разработанных методов лечения в стационаре:			
- СИТ	0	0	4000
- местное лечение (Сульфакрилат)	0	4875,6	4514,4
- местное лечение (ЛКК)	0	3602,9	3339,3
Повторные госпитализации #	25397,3	19156,8	10884,5
Всего за 12 мес. (Сульфакрилат)	105217,3	103852,4	99218,9
Всего за 12 мес. (ЛКК)	-	102579,7	98043,8

Примечание: # - с учетом частоты повторных госпитализаций

Видно, что за счет снижения частоты повторных госпитализаций общая стоимость лечения, несмотря на определенное увеличение стоимости первичного стационарного этапа, в среднем не изменялась при применении клея «Сульфакрилат» и уменьшалась – при использовании ЛКК. Различия в последнем случае с группой сравнения составили 7173,5 тенге (6,8%).

В таблице 2 представлены прямые расходы на стационарное лечение с учетом повторных госпитализаций больных без контаминации слизистой гастродуоденальной зоны НР.

Таблица 2 – Прямые расходы на консервативное лечение больных с дуоденальными язвами при применении клея «Сульфакрилат» и ЛКК (НР-, по группам)

Категория расходов	Больные с дуоденальными язвами (НР-)		
	базисное	базисное	базисное

	консервативное лечение	консервативное лечение + СРТ местно	консервативное лечение + СИТ +СРТ местно
Пребывание в стационаре	40868	40868	40868
Комплексное обследование (согласно протоколу)	3471	3471	3471
Зарботная плата персонала отделения + соцналог (согласно протоколу)	10946	10946	10946
Базисная консервативная терапия в условиях стационара (согласно протоколу)	16437	16437	16437
Использование разработанных методов лечения в стационаре:			
- СИТ	0	0	4000
- местное лечение (Сульфакрилат)	0	4514,4	4153,2
- местное лечение (ЛКК)	0	3339,3	3075,7
Повторные госпитализации [#]	22951,0	10459,5	4890,1
Всего за 12 мес. (Сульфакрилат)	94693,0	86695,9	84765,3
Всего за 12 мес. (ЛКК)	-	85520,8	83687,8
Примечание: [#] - с учетом частоты повторных госпитализаций			

В обеих группах обследованных, получавших местные способы лечения, было зарегистрировано определенное снижение совокупной стоимости лечения, составившее при использовании клея «Сульфакрилат» - 9927,7 тенге (10,5%) и клея ЛКК – 11005,2 тенге (11,6%).

В целом применение разработанной методики показало также высокую клиническую эффективность.

Дополнительным компонентом снижения совокупной стоимости лечения стало уменьшение потребности в амбулаторном обслуживании пациентов, достигшее 15-20% в различных группах разработанного лечения относительно традиционной консервативной терапии.

Таким образом, несмотря на дополнительные расходы, связанные с применением разработанного способа лечения в стационарных условиях, внедрение местного лечения больных с неосложненными формами дуоденальных язв в условиях Медицинского центра ГМУ г.Семей показало наличие положительного экономического эффекта, особенно в сочетании с системной иммунокоррекцией и в группе больных без контаминации слизистой гастродуоденальной зоны *Helicobacter pylori*.

Литература:

1. Рахыпбеков Т.К., Кабулов К.С. Роль финансового управления здравоохранением. Принципы и перспективы // Наука и здравоохранение. – 2009. - №3. – С.5-7.
2. Кравцов А.С. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения. – М., 2005. – 500 с.
3. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Проблема выбора метода лечения при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Хирургия. – 2007. - №7. – С.7-11.
4. Протоколы диагностики и лечения взрослого хирургического отделения. – Семей, 2009. – 294 с.

5. Протоколы диагностики и лечения гастроэнтерологического отделения. – Семей, 2009. – 94 с.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ г. АЛМАТЫ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В СВЯЗИ С СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Резник В.Л., Сагынбаева Ж.Ш.,

Высшая школа общественного здравоохранения

В Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы [1] определены основные направления развития ПМСП, где особое внимание уделено службе скорой медицинской помощи (СМП). Повышение качества СМП является в настоящее время приоритетной задачей здравоохранения [2].

Среди нозологических форм неизменно наиболее высокий удельный вес занимают вызовы к больным с сердечнососудистыми заболеваниями [3].

В структуре обращаемости населения за медицинской помощью заболевания сердечно – сосудистой системы (ССЗ) занимают, по данным ряда исследователей, ведущее место [см. 2] . В этой связи представляло интерес проанализировать данные об обращаемости населения г. Алматы в СМП в связи с такими заболеваниями.

Служба скорой медицинской помощи г. Алматы представлена 8 подстанциями. Работа службы регламентирована приказом № 756 «О мерах по совершенствованию скорой и неотложной медицинской помощи населению Республики Казахстан». Основными принципами работы службы являются: полная доступность, оперативность и своевременность медицинской помощи, полнота объема и высокая квалификация, а также обеспечение беспрепятственной госпитализации - при наличии показаний.

Нами проведен анализ обращаемости за скорой медицинской помощью больных с артериальной гипертонией, стенокардией, инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). Для анализа и сравнения приняты данные за период 2007 - 2009 годы, в том числе.

Таблица 1 - Частота вызовов скорой помощи пациентами кардиологического профиля г. Алматы (на 10000 населения)

Показатель	Год и количество вызовов СМП					
	2007		2008		2009	
	Абс. число	На 10тыс населения	Абс. число	На 10000 населения	Абс. число	На 10000 населения
Всего вызовов по	522580	4059,6±4,33	514244	3881,8±4,23	550349	4031,5±4,20

станции, в т.ч.						
Всего вызовов по поводу заболеваний органов системы кровообращения, из них по поводу:	112258	872,0±2,49	114147	861,6±2,44	115994	849,7±2,39
Артериальная гипертония	67918	527,6±1,97	67405	508,8±1,91	67735	496,2±1,86
Стенокардия	17176	133,4±1,01	19348	146,1±1,04	19913	145,9±1,03
Инфаркт миокарда	2421	18,8±0,38	2495	18,8±0,38	2370	17,3±0,36
ОНМК	5200	40,4±0,56	4845	36,5±0,52	5102	37,3±0,52
Другие заболевания сердечно-сосудистой системы	19543	151,8±1,08	20054	151,4±1,06	20874	153,0±1,05

Общее количество вызовов составляло в 2007г - 522580, 2008г - 514244, 2009г - 550349 (таблица 1). При этом число вызовов по ССЗ составляет, соответственно, 112258, 114147 и 115994, достигая от 21,0 до 22,2 процента от общего числа вызовов.

На фоне отмечаемого увеличения общего количества вызовов в связи с ССЗ показатели, рассчитанные на 10000 населения, существенно снижаются с 872,08 до 849,71. Одной из значимых причин подобной динамики является, на наш взгляд, увеличение численности населения г. Алматы.

Количество обращений по поводу артериальной гипертонии в 2009 снизилось относительно 2007 года с 527,6±1,97 до 496,2±1,86 на 10000 населения. Имеет место также снижение ОНМК с 40,4±0,56 ‰ до 37,3±0,52‰. Обращения по поводу инфаркта миокарда в течение исследуемого периода относительно на одном уровне (17,3 - 18,8 на 10000 населения), а обращаемость по поводу стенокардии возросла на 9,3% (145,9 против 133,4 при $p < 0,05$).

Характерно, что основной объем вызовов связан с обращениями по поводу артериальной гипертонии (таблица 2).

Таблица 2- Распределение сердечнососудистой патологии по полу

Причина обращения	Год и пол											
	2007				2008				2009			
	мужчина		женщина		мужчина		женщина		мужчина		женщина	
	Абс. число	% X±сх	Абс. число	% X±сх	Абс. число	% X±сх	Абс. число	% X±сх	Абс. число	% X±сх	Абс. число	% X±сх
Артериальная гипертония	1660	58,7±0,29	5128	79,7±0,15	1579	56,0±0,30	5161	78,4±0,16	1521	55,7±0,30	5254	77,4±0,16
Стенокардия	7849	27,6±0,27	9327	14,5±0,13	8721	30,9±0,27	1067	16,1±0,14	8421	30,8±0,28	1142	17,0±0,14
Инфаркт миокарда	1437	5,1±0,13	984	1,5±0,04	1445	5,1±0,13	1050	1,6±0,05	1335	4,9±0,13	1035	1,5±0,05

ОНМК	2430	8,6 ±0,17	2770	4,3 ±0,08	2281	8,0 ±0,16	2564	3,9 ±0,08	2339	8,5 ±0,17	2763	4,1 ±0,08
Всего	2836	100	6439	100	2826	100	6587	100	2736	100	6784	100

При этом удельный вес вызовов к женщинам существенно больше ($p < 0,05$), чем к мужчинам, и колеблется от $77,4 \pm 0,16\%$ до $79,7 \pm 0,15\%$ против $55,7 \pm 0,30\%$ - $58,7 \pm 0,29\%$. По остальным нозологиям – стенокардия, инфаркт миокарда и ОНМК удельный вес патологии относительно показателя ССЗ всего у мужчин выше, чем у женщин, на 14,35 и 4,0 процента, соответственно.

Также отмечена сезонность обращаемости (таблица 3). Наибольшая обращаемость по поводу артериальной гипертонии (АГ) и стенокардии приходится, как правило, на первый и четвертый кварталы. Обращаемость с инфарктом миокарда и ОНМК выше в первом и во втором квартале. Наибольшее количество вызовов в связи с ОНМК типично для I квартала.

Основные выводы:

1) За исследуемый период общий объем вызовов по ССЗ увеличился с 112258 до 115994, а показатели, рассчитанные на 10000 населения, существенно снизились с 872,08 до 849,71. Причиной подобной динамики является, на наш взгляд, увеличение численности населения г. Алматы.

2) Обращаемость по поводу артериальной гипертонии за исследуемый период снизилась с $527,6 \pm 1,97\%$ до $496,2 \pm 1,86\%$, а ОНМК с $40,4 \pm 0,56\%$ до $37,3 \pm 0,52\%$ ($p < 0,05$). Частота обращений по поводу инфаркта миокарда существенно не изменилась, а в связи со стенокардией возросла с 133,4 (2007г.) до 145,9 (2009г.).

3) Основной объем вызовов связан с обращениями по поводу артериальной гипертонии. При этом удельный вес вызовов к женщинам больше, чем к мужчинам, и колеблется от

Таблица 3 - Удельный вес основных причин вызовов с ССП по кварталам года (% относительно числа вызовов с данной патологией за год).

Причина обращения	Год и квартал									
	2007									
	I		II		III		IV		Всего за год	%
Абс. число	% $X \pm \zeta_x$	Абс. число	% $X \pm \zeta_x$	Абс. число	% $X \pm \zeta_x$	Абс. число	% $X \pm \zeta_x$			
Артериальная гипертония	19601	28,9 ±0,17	16563	24,4 ±0,16	14437	21,2 ±0,16	17317	25,5 ±0,17	67918	100
Стенокардия	4539	26,4 ±0,34	4281	25,0 ±0,33	3920	22,8 ±0,32	4436	25,8 ±0,33	17176	100
Инфаркт миокарда	622	25,7 ±0,89	642	26,5 ±0,90	553	22,8 ±0,85	604	25,0 ±0,88	2421	100
ОНМК	1490	28,6 ±0,63	1404	27,1 ±0,62	1132	21,7 ±0,57	1174	22,6 ±0,58	5200	100
Причина обращения	2008									
	I		II		III		IV		Всего за год	%
	Абс. число	% $X \pm \zeta_x$	Абс. число	% $X \pm \zeta_x$	Абс. число	% $X \pm \zeta_x$	Абс. число	% $X \pm \zeta_x$		
Артериальная гипертония	19707	29,2 ±0,17	16143	24,0 ±0,16	1430	21,3 ±0,16	1715	25,5 ±0,17	6745	100
Стенокардия	4926	25,4	4737	24,5	4463	23,1	5222	27,0	1938	100

		±0,31		±0,30		±0,30		±0,31		
Инфаркт миокарда	665	26,7 ±0,88	633	25,4 ±0,87	578	23,1 ±0,84	619	24,8 ±0,86	2495	100
ОНМК	1321	27,3 ±0,64	1176	24,3 ±0,62	1151	23,7 ±0,61	1197	24,7 ±0,62	4845	100
Причина обращения	2009									
	I		II		III		IV		Всего за год	
	Абс. число	% X±σ _x	Абс. число	% X±σ _x	Абс. число	% X±σ _x	Абс. число	% X±σ _x		
Артериальная гипертония	1874	27,7 ±0,17	1695	25,0 ±0,16	1492	22,1 ±0,15	1714	25,2 ±0,16	6775	100
Стенокардия	5522	27,8 ±0,31	5201	27,1 ±0,31	4508	22,6 ±0,29	4682	22,5 ±0,30	1993	100
Инфаркт миокарда	658	27,7 ±0,91	635	26,8 ±0,90	534	22,5 ±0,85	543	23,0 ±0,86	2370	100
ОНМК	1235	24,2 ±0,60	1296	25,4 ±0,61	1321	25,9 ±0,61	1250	24,5 ±0,60	5102	100

77,4±0,16% до 79,7±0,15% против 55,7±0,30% - 58,7±0,29%. По остальным удельный вес обращений среди мужчин выше, чем среди женщин, на 14, 3,5 и 4,0 процента, соответственно.

4) Наибольшее количество вызовов за три года по поводу артериальной гипертонии и стенокардии приходилось в основном на I и IV квартал. Сезонность инфаркта миокарда за данный период характерна для I и II кварталов. Больше вызовов по поводу ОНМК наблюдается в I квартале.

Список литературы

1. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы от 13 сентября 2004 года № 1438
2. Турлыбеков К.К., Есмуханова К.М., Миненко О.И.. Экономическая эффективность методов купирования гипертонических кризов на догоспитальном этапе // Совершенствование службы скорой и неотложной помощи в Республике Казахстан: Материалы научно – практической конференции 19-20 сентября 2007года. – Астана, 2007. – С.67-68.
3. Багненко С.Ф., Веткин А.Л., Хубутя М.Ш. Руководство для врачей скорой медицинской помощи / Под ред. А.Г. Мирошниченко., – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 816 с.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)

Даркембеков Б.Ж., Усатаева Г.М.

ГККП Городская больница и Диагностический центр, г. Талдыкорган
Высшая Школа общественного здравоохранения, г. Алматы

Опубликованные статистические данные о смертности вследствие доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) во многих странах мира демонстрируют достаточно большой разброс в показателях. Наиболее высоким этот показатель является в странах СНГ и странах Центральной и Восточной Европы. Например, в Венгрии этот показатель составляет 28 на 100000 мужского населения в возрасте старше 45 лет. Наиболее низкими эти показатели являются в таких странах, как Япония, Таиланд, США и Канада, составляя от 5 и менее на 100000 человек мужского населения старше 45 лет [1, 2]. При этом смертность от ДГПЖ наступает от трех групп причин: уремии, сепсиса и осложнений после хирургического вмешательства [3].

ДГПЖ является наиболее частой доброкачественной опухолью у пожилых мужчин. ДГПЖ – это заболевание, характеризующееся увеличением простаты, которое оказывает влияние на качество жизни больных. Распространенность определяемой при гистологическом исследовании ДГПЖ среди 60–летних мужчин превышает 50%, а среди 85–летних составляет около 90%. Частота клинически проявляющейся ДГПЖ увеличивается с возрастом, и ранее. 50–летний мужчина имеет 20–25% вероятности появления необходимости в проведении аденэктомии до конца жизни [4,5].

Проблема профилактики урологических заболеваний является одной из важнейших в системе отечественного здравоохранения. Неблагоприятная экологическая обстановка, тенденции демографического развития, продолжающийся процесс старения населения приводят к увеличению удельного веса лиц пожилого и старческого возраста, и проявляется в увеличении, как первичной заболеваемости, так и общей распространенности урологических заболеваний, в частности доброкачественной гиперплазии предстательной железы [6,7].

Широкое распространение урологических заболеваний оказывает большое влияние на увеличение государственных расходов на здравоохранение. Так, расходы только на хирургическую помощь при доброкачественной гиперплазии предстательной железы в шести наиболее развитых странах мира составляют более 3 миллиардов долларов в год [8].

Основным методом лечения ДГПЖ остается оперативный метод. Он показан всем больным, у которых выявлена инфравезикальная обструкция, при этом успех операции во многом зависит от стадии заболевания и наличия осложнений. К сожалению, очень большой процент больных обращается за помощью в поздних стадиях заболевания при наличии грубых нарушений уродинамики вплоть до острой задержки мочи и нарушения функции почек. В таких случаях для проведения успешной радикальной операции требуется длительная подготовка. Определение оптимальных сроков проведения операции в зависимости от течения и тяжести заболевания, полное обследование и грамотная подготовка, лечение сопутствующей патологии, санация очагов инфекции, как правило приводят к хорошим результатам и не снижают качества жизни пациентов после проведенного одномоментного хирургического вмешательства. Кроме того проведение одномоментной операции позволяет снизить послеоперационную летальность. По данным Российских авторов, у больных, оперированных по неотложным показаниям, на 20% возрастает объем кровопотери во время операции, что объясняется отеком и венозным стазом в органах малого таза. Кроме того увеличивается количество гнойно-

септических осложнений и достигает 60-80%, так как до операции не были выявлены и санированы очаги инфекции [2-5]. Консервативные методы лечения ДГПЖ эффективны на начальных стадиях заболевания. Кроме того медикаментозный метод лечения применяется при наличии противопоказаний к операции в начале и при противопоказании операции.

В Талдыкорганской городской больнице с 2003 по 2009 гг. было пролечено 178 пациентов с ДГПЖ в возрасте от 54 до 96 лет. Было произведено 73 аденэктомий, в том числе 41 одномоментным способом, что составило 56,1%. В послеоперационном периоде, после двухмоментной аденэктомии имело место 3 летальных случая (4,2%): один случай вследствие тромбоэмболии легочной артерии, два – вследствие острой коронарной недостаточности. Из всех выписанных пациентов только 53 (29,8%) человека состояло на диспансерном учете в городской поликлинике по поводу ДГПЖ. Пациенты, состоящие на диспансерном учете с ДГПЖ, в среднем посещали поликлинику 0,7 раз в год, тогда, как норматив составляет 1 посещение в квартал, что свидетельствует о нарушении динамического наблюдения за данным контингентом больных.

Таким образом, можно заключить, что неполный охват пациентов на уровне ПМСП, нерегулярное наблюдение за состоящими на диспансерном учете, являются одними из основных причин несвоевременного оказания специализированной медицинской помощи больным с ДГПЖ. Для улучшения качества медицинской помощи пациентам с ДГПЖ необходимо проведение санитарно-просветительной работы среди прикрепленного мужского населения старше 45 лет, динамичное наблюдение, не реже 1 раза в квартал, за пациентами, состоящими на диспансерном учете по поводу ДГПЖ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лопаткин Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. М.: 1999.
2. Сивков А.В. Диагностика и лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Урология Consilium Medicum 2002; (Приложение) С. 9–18.
3. Базаев В.В. Пути улучшения результатов лечения больных аденомой предстательной железы: Дис. ... канд. Мед. наук. — М., 1992.
4. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г., Гущин Б.Л. Инфекционно-воспалительные осложнения после эндouroлогических операций. В кн.: Всероссийское науч. О-во урологов. Пленум: Материалы. Киров, 2000.–253–263.
5. Шабад А.Л., Осипов В.П. // Аденома предстательной железы. -М., 1987.-С.29–41
6. Сивков А.В. Диагностика и лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Урология Consilium Medicum 2002; (Приложение) С. 9–18.
7. Кочетов А.Г. Сочетанное воздействие факторов физической природы в комплексном лечении больных хроническим простатитом: Дис. ...канд. Мед. наук.- М., 2001.
8. Huben R.P. Early detection of prostste canser. Seminarssurg. Oncol., 1989, 5 (3):201.

РОЛЬ УКРЕПЛЕНИЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА УРОВНЕ ПМСП

А.М.Арингазина, А.А. Жоламанова

Высшая Школа общественного здравоохранения Минздрава РК

Актуальность. Для эффективной реализации программ реформирования и устойчивого развития здравоохранения Республики Казахстан помимо таких компонентов, как стратегический менеджмент, рациональное финансирование, нормативно – правовые акты, научно-методологическая база, важно обеспечить консолидацию межведомственных программ по укреплению общественного здоровья. Усиливая профилактическую направленность отрасли, необходимы меры по приоритетному развитию первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) путем системного поэтапного укрепления и развития института общеврачебной практики, внедрения принципов пациент-ориентированной помощи, достижения конечных результатов. Очевидно, что квалификация и разносторонняя подготовленность медицинского работника является одним из главных факторов успешной реализации различных программ в сфере здравоохранения. Сталкиваясь ежедневно с потоком пациентов, врач общей практики должен владеть не только необходимым объемом медицинских знаний, но и учитывать возможность встречи с узкоспециализированной областью такой, как, например, медицинская психология, психосоматика, психиатрия и пограничные варианты этих состояний.

Основной тенденцией современного здравоохранения, по данным Обухова (2007), является значительный рост заболеваемости пограничными психическими расстройствами [1]. Они представляют собой довольно обширную группу болезненных нарушений, объединенных общими признаками, прежде всего, это взаимосвязь психических расстройств с вегетативными дисфункциями и соматическими проявлениями. В качестве примера можно привести следующие данные: число лиц с неврозами и расстройствами личности среди населения достигает 20-25% (2008г.) [2], распространенность среди населения психосоматическими расстройствами колеблется от 15 до 50%, в общемедицинской практике от 5,1%-30 до 57-66,8%, терапевтами же диагностируется только 10-30% [3].

Мы часто можем встретить людей, разочаровавшихся в результатах лечения. Частое хождение по врачам, трата времени и энергии, денежных средств, обиды и разочарования формируют зачастую негативное мнение о врачах и затяжное течение болезни. По данным Бройтигама (1999) нередко такой «неизлечимый» пациент страдает психосоматическими и невротическими расстройствами [4]. Время и средства, затраченные на пациента, могли бы быть уменьшены при своевременном обнаружении не только соматических, но и психологических причин болезни. В то же время распознать сущность соматических расстройств очень сложно. В случае, когда обычное лечение становится неэффективным, это может быть сигналом возможных проблем психологического плана. Совокупность соответствующих симптомов заставляет врача общей практики, к которому в первую очередь попадает такой больной зачастую с одним и тем же диагнозом, выстраивать модель подозреваемого им соматического заболевания. Тем более, что и больной всячески подталкивает врача именно к этому, не замечая у себя никаких психологических симптомов, с учетом клинического полиморфизма вариантов, требующих исключения, которых может быть множество. Из-за желания более тщательно обследовать больного с помощью параклинических методик и неупорядоченности диагностических процедур этот процесс может растягиваться на годы.

Нельзя не отметить, что определенные трудности постановки диагноза таких состояний заключаются в том, что пограничные заболевания, как правило, не

диагностируются как отдельно выделенная патология, как - бы зависая между терапевтом и психиатром, в то же время уже являясь едва ли не связующим мостом между ними. Масса подобных больных, проходя через кабинет терапевта, проносят замаскированные психологические и психические основы болезненного состояния. Длительно протекающие скрытые неврозы, состояния тревожности и депрессии приводят к срывам, истощениям, в крайнем случае, и к суициду. По данным экспертов Международной организации по вопросам ментального здоровья критическим порогом суицидов считаются показатели, составляющие свыше 20 человек на 100 тысяч населения. В Казахстане в последнее десятилетие число самоубийств составило 52 - 53 на 100 тысяч населения [5]. Согласно данным выше указанной организации, Казахстан среди других Центрально- Азиатских республик является страной с наивысшими показателями суицидов. Возраст молодых людей, совершающих суицид, в среднем составляет 14 - 25 лет. Следует предположить, что «пропущенные» замаскированные под «соматику» больные не могут не пополнить эту печальную статистику.

Но возможность ускорить процесс лечения таких пациентов существует. Ранняя диагностика предрасположенности к определенной патологии значительно снизит заболеваемость, провоцируемую личностными особенностями, стрессами, депрессиями и пр.

По мнению В. Д. Тополянского, М. В. Струковской (1986), неэффективность многолетнего лечения пациентов, покидающих поликлинику или стационар только для того, чтобы «выйдя из них через одну дверь, тут же войти в другую», наносит большой моральный ущерб не только отдельным врачам и медицинским учреждениям, но и всей системе здравоохранения, дискредитируя в глазах больного, его семьи, друзей и сотрудников всю работу медицинской науки и практики[6]. Именно поэтому врачам общего профиля, терапевтам, гастроэнтерологам, кардиологам, хирургам необходимо иметь хотя бы общее представление о психосоматических расстройствах, видеть наиболее закономерное соотношение тех или иных проявлений, встречающихся в их практике.

Все перечисленное обуславливает выбор направления исследования, посвященного двум категориям пограничных расстройств: невротическим и психосоматическим. Выявление особенностей течения заболевания в связи с индивидуально-типологическими особенностями состояния (психосоматических и невротических расстройств) совершенствует работу врача общего профиля.

Методы исследования. В основу исследования положен комплексный подход к изучению взаимосвязи соматических проявлений и анализ совокупности клинических показателей на донологическом и нозологическом этапах динамики развития психогенных форм дезадаптации на основе обращаемости в студенческую поликлинику.

В этих целях было предложено пройти анкетирование 230 молодым людям, в возрасте 18-25 лет, с подозрением на психосоматические и невротические расстройства. Выбор именно этого контингента обусловлен тем, что смена обстановки и социальной роли бывших школьников, абитуриентов и студентов влечет за собой, как правило, расстройства подобного рода, кроме того, именно этот возраст наиболее уязвим в плане адаптации.

В ходе исследования были использованы следующие психодиагностические методы: клиническое интервью, тест на наличие психосоматических заболеваний, проективный тест Люшера и опросник ММРІ (мини-мульти)[8].

1. Клиническое интервью составлялось на основании обзора литературных материалов и преследовало две цели: верификация данных, полученных тестовыми методиками, а также получение общей оценки личностных диспозиций участников исследования.

2. Для выявления природы заболевания использовался тест на наличие психосоматических заболеваний. Данный тест является удобным для экспресс-

диагностики, который был составлен группой американских ученых и адаптирован Балыкиным А.И; проверен методом альфа-Кронбаха, что подтверждает его валидность.

3. Для определения индивидуально-типологических особенностей был взят Опросник Мини-мульти (сокращенный вариант Миннесотинского многомерного личностного перечня ММРП). Нами использован электронный вариант опросника, он легкий и быстрый в исследовании и получении результатов.

4. Метод цветных выборов: модифицированный восьмицветовой тест Люшера, представляющий собой адаптированный вариант цветовой теста Люшера. Лаконичность и удобство применения этого теста является большим преимуществом, тем более что в приложении к батарее тестовых методик надежность полученных данных повышается.

Результаты:

На основании полученных данных в ходе изучения истории болезни пациентов, учитывая особенности и длительность течения болезней, сопутствующих заболеваний или их отсутствия и прочих анамнестических данных, испытуемые дифференцировались на три группы:

Первую группу (НР) составили преимущественно невротические расстройства - 60 человек.

Вторую группу (ПС) включает психосоматические реакции – 110 человек.

Третья группа - (УЗ) условно здоровые лица, у которых на момент обследования не было выявлено наличия заболеваний, либо констатировано от 1 до 3 случаев неотягощенной болезни -60 человек.

В ходе исследования были получены следующие результаты:

1. У 35% первой группы соматические болезни носят психосоматический характер. Во второй группе 44,5% испытуемых имеют психические причины своих болезней. В 3 группе психосоматические причины проявляются у 11,67%.

2. 35% 1-ой группы, 40,9% 2-ой группы и 13,33% 3-ой группы имеют завышенные и очень высокие баллы по опроснику мини-мульти.

3. Результаты МЦВ Люшера 37 % 1-ой группы проявляют тревогу, стресс, негативное эмоциональное состояние, ощущение пустоты и «отъединенности» от других. 45,5% 2-ой группы проявляют аналогичные симптомы. Средние значения уровня тревоги в 3-й группе составили 13,3% .

У респондентов второй группы имеется большая вероятность формирования психосоматических нарушений и тревожных расстройств, в то время как у респондентов первой группы – депрессивных и тревожных нарушений.

Особенности течения заболевания, связанные с психосоматикой, проявляются у 35% респондентов с невротическими расстройствами, более 40,9% испытуемых с психосоматическими расстройствами, и лишь у 13,3% условно здоровых, что не противоречит данным М.Б. Никишовой[2]. (2008). Для невротических заболеваний более характерно проявление агрессии, депрессии, импульсивности, «самовзвинчивания» в конфликтных ситуациях, стремлении к манипуляции людьми, пессимизма по отношению к болезни. Для психосоматических заболеваний свойственно проявление страхов одиночества, скрытой агрессии и аутоагрессии, внешнего проявления оптимизма по отношению к болезни.

Данные о психосоматических и невротических расстройствах, полученные методом клинического интервью, опросником мини-мульти, тестом на наличие психосоматических заболеваний и тестом Люшера, не противоречат друг другу, и свидетельствуют о взаимодополняющих и взаимовлияющих тенденциях.

Выраженность таких психических состояний и свойств личности как невротичность, депрессивность, раздражительность, эмоциональная лабильность, личностная тревожность, страдающих психосоматической патологией существенно выше, чем у здоровых. Действительно, проблемы психологического плана, индивидуально-психологические особенности, такие как агрессивность, аутоагрессия, обидчивость,

ипохондричность влияют не только на поведенческие проявления, но и на течение заболевания и трудности лечения.

Заключение. Коррекция на донологическом уровне в юношеском возрасте дает возможность повысить уровень физического и ментального здоровья населения, что в результате может оказаться экономически более рентабельным, чем терапия сформировавшихся нозологических форм, склонных к хронизации и, в любом случае, снижающих как потенциал трудоспособности населения, так и качество жизни.

Используя теоретические знания о психосоматических и невротических заболеваниях, личностных, индивидуальных особенностях и ситуативных факторах, опосредующих особенности течения заболеваний, своевременная ранняя диагностика позволят улучшить работу врача общего профиля, уменьшить время и средства, затрачиваемые на лечение «проблемных» больных. Выявление истинной, скрытой от рутинного обследования причины «трудноизлечиваемого» недуга, позволяет не только избавить пациента от соматических симптомов заболевания, но и от тех психологических причин, которые так искусно маскируются и выдаются за болезнь. В свою очередь, это позволит не только поднять авторитет врача как профессионала в глазах пациента, но и повысить собственную оценку и веру в свои знания и силы самого врача. Растущее количество квалифицированных и признанных специалистов будет одним из мощных механизмов устойчивого развития высокоэффективной системы отечественного здравоохранения.

Литература:

- 1.Обухов С.Г. Психиатрия/Под.ред. Ю.А. Александровского-М.:ГОЭТАР-Медиа,2007
2. Никишова М.Б. Неврозы и депрессии. – М.,2008г.
3. А. Менегетти. Психосоматика. Новейшие достижения. – М., 2004
4. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. «Психосоматическая медицина», /Пер. с нем.; М.: ГЭОТАР Медицина, 1999 г.2
5. <http://www.zakon.kz/146908>
6. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. — М.: Медицина, 1986. — 384 с.
7. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства, - Медицина, 1993г
8. Психодиагностические тесты и опросники. www.azps.ru

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖЬЮ ГОРОДА АЛМАТЫ

Рахметова А.М., Резник В.Л.,
Высшая школа общественного здравоохранения

Одной из проблем, серьезно угрожающих обществу, являются различного рода зависимости. В числе таких зависимостей и употребление алкоголя является одними из распространенных среди молодежи. Кроме нанесения непоправимого вреда здоровью, такая зависимость влияет на личностный и нравственный рост, препятствуют

формированию у юношей и девушек, адекватных возрасту поведенческих установок на здоровый образ жизни [1].

К сожалению, в сознании многих молодых людей употребление алкогольных напитков не считается отклонением от нормы поведения, а, благодаря активной наружной рекламе и средствам массовой информации, употребление алкоголя отождествляется, зачастую, с престижем и благополучием.

В Республике Казахстан возраст начала употребления алкоголя в среднем составляет 17-18 лет, что является отражением недостаточно эффективных профилактических мер в средней школе и среди студенческой молодежи [1,2]. Положение усугубляется увеличением в последние годы потребления алкоголя населением Казахстана [3]. Специалисты разных областей медицины, психологии и социологии обеспокоены ростом числа потенциально нестабильных, зависимых личностей, слабо адаптирующихся ко всему новому, неуверенных в себе, подавленных и тревожных, мнительных и излишне агрессивных, неуравновешенных и апатичных, демонстрирующих определенный стиль жизни. В этих условиях в связи с особенностями воздействия студенческого социума молодежь может приобрести не только опыт позитивного, но и зависимого поведения.

Цель данного исследования – изучить некоторые особенности эпидемиологии потребления алкоголя студенческой молодежью г. Алматы и определить направления деятельности по снижению потребления алкоголя и формированию здорового образа жизни среди студенческой молодежи.

По специально разработанной анкете проведен опрос студентов первого и последнего курсов четырех высших учебных заведений города Алматы. Общее количество опрошенных студентов составило 1000 человек, отобранных с использованием метода формирования случайной выборки [4]. Статистическая обработка результатов проведена с применением программного обеспечения Microsoft Excel и SPSS.

Из общего количества опрошенных студентов 46,7% были в возрасте 17-18 лет; 21,8% - 22-23 года; 16,4% - 21 год; 8,1% - 19-20 лет; 5,2% - 24 года и 1,8% - 25 лет и старше. По половому признаку респонденты разделились следующим образом: девушек – 53%, юношей – 47%. По принадлежности к вузу количество опрошенных студентов распределилось относительно равномерно: КазНМУ – 218 человек, КазНУ – 215 человек, КазНТУ – 327 человек и КазНПУ – 240 респондентов. Студенты первого курса составили 56,4%, выпускного (последнего курса) – 43,6% опрошенных.

Установлено (таблица 1), что существенных различий в распространенности потребления алкоголя среди студентов КазНМУ, КазНУ и КазНПУ не выявлено. Вместе с тем, среди студентов КазНТУ доля употребляющих алкогольсодержащие напитки существенно ниже ($p < 0,05$).

Таблица 1 – Распространенность потребления алкоголя среди студенческой молодежи разных вузов г. Алматы

Характеристика потребления алкоголя	Вуз и значение показателя							
	КазНМУ		КазНУ		КазНТУ		КазНПУ	
	Абс. число	Уд. вес (% , $X \pm \zeta_x$)	Абс. число	Уд. вес (% , $X \pm \zeta_x$)	Абс. число	Уд. вес (% , $X \pm \zeta_x$)	Абс. число	Уд. вес (% , $X \pm \zeta_x$)
Употребляют алкоголь	169	77,5±2,8	168	78,1±2,8	170	52±2,8	193	80,4±2,6
Не употребляют	49	22,5±2,8	47	21,9±2,8	157	48±2,8	47	19,6±2,6
Общее	218	100	215	100	327	100	240	100

На этом фоне обращает внимание (таблица 2), что употребляют алкогольные напитки 73% юношей-студентов и 67,4% девушек. Существенных различий в общей распространенности употребления алкоголя среди юношей и девушек не выявлено ($p > 0,05$).

Таблица 2 - Распределение употребления спиртных напитков среди студентов по полу

Ответ на вопрос об употреблении алкоголя	Пол и значение показателя			
	Мужской		женский	
	Абсолютное число	%, $X \pm \sigma_x$	Абсолютное число	%, $X \pm \sigma_x$
Да	343	73±2,1	357	67,4±2,2
Нет	127	27±2,1	173	32,6±2,2
Всего	470	100	530	100

При этом из числа юношей, употребляющих алкогольные напитки 22,6% - употребляют по праздникам; 9% - 1-2 раза в месяц, 40,9% – реже, чем 1 раз в месяц; 37,7% - еженедельно, т.е. систематически. Среди девушек распределение представлено следующим образом: 7,7% - по праздникам, 51,5% девушек –реже, чем 1 раз в месяц, 10,8% - 1-2 раза в месяц, 28,3% - каждый неделю.

Начало употребления алкогольных напитков 62% респондентов приходится на возраст 15-18 лет; 19,8% - после 21 года; 9,7% - в 18-21 год и 8,4% - до 14 лет. Возраст 15-18 лет является преобладающим.

Среди причинами подтолкнувших респондентов к потреблению алкоголя отмечены у 38,5% - интерес к действию алкоголя; у 14,6% - желание быть как все; 12,4% - казаться взрослым; 8,2% - от скуки и безделья.

Выяснилось, что среди всего разнообразия алкогольных напитков студенты отдают предпочтение пиву (48,2%), вину (42,9%), коньяку и водке (24,6%), шампанскому (14,5%), напиткам домашнего приготовления (7,8%) (рисунок).

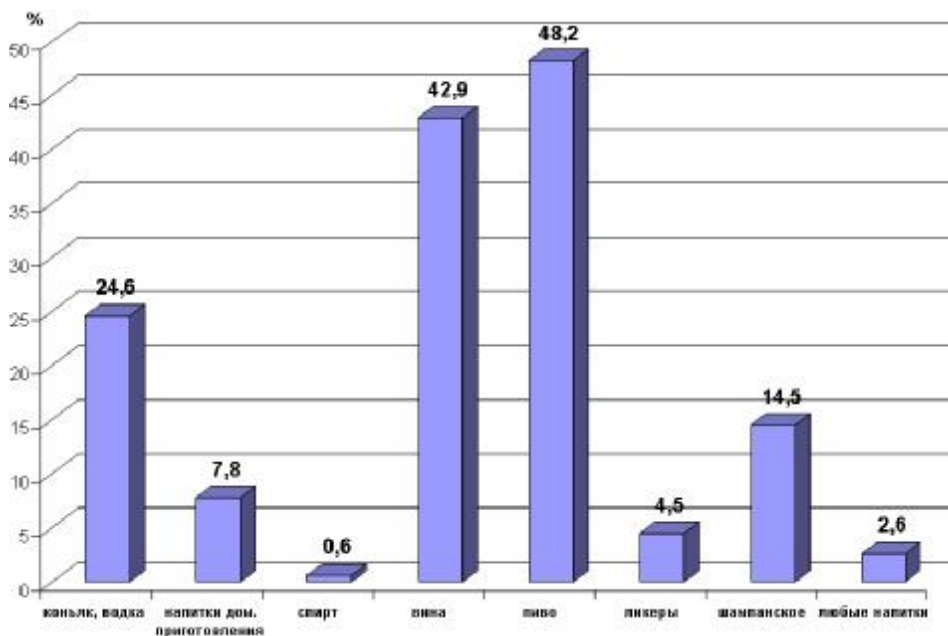


Рисунок – Распределение респондентов по предпочтительности напитков

Среди опрошенных юношей, употребляющих пиво не более 2-х раз в месяц, разовое потребление составляет в среднем 2-3 кружки. Среди систематически употребляющих (т.е. 1 раза в неделю) объем разового потребления значительно выше – в среднем более 3 кружек. Таким образом, наряду с системным потреблением пива растет и потребность в увеличении объема выпиваемого пива, что является признаком пивной алкоголизации и, соответственно, может привести к формированию алкогольной зависимости. У опрошенных девушек, независимо от того, как часто они употребляют пиво, объем разового потребления не превышает 2-3 кружек.

Положение усугубляется тем, что пивная алкоголизация создает ложное впечатление благополучия, поскольку, по мнению многих, пиво ассоциируется не с алкоголем содержащими, а с прохладительными напитками.

Пивной алкоголизм развивается более вкрадчиво, коварно, чем водочный. Борьба с влечением к пиву сложнее, это тяжелый, трудно поддающийся лечению вариант алкоголизма [5].

Очевидно, что опасность возникновения болезни многократно увеличивается при раннем (младше 18 лет) влечении к пагубным привычкам и начале их потребления (табакокурение и алкоголизация), при систематическом употреблении, при привычке к разовому потреблению в большом объеме. К сожалению, студенты испытывают на себе последствия широкомасштабной рекламы пива с экранов телевизоров, рекламных щитов, беспрепятственной продажи этого напитка в любом доступном месте города. Особую тревогу вызывает тот факт, что нами выявлено увеличение показателей распространенности потребления алкоголя при сравнении собственных результатов с данными исследования, проведенного специалистами Ассоциации специалистов здорового образа жизни в предыдущем году и отметившими употребление алкоголя в возрастных интервалах 14-15 лет и 16-17 лет [6].

Выводы:

1. Характерна достаточно высокая (73 – 67 процентов) распространенность употребления алкоголя среди студенческой молодежи г. Алматы. При этом существенных различий в распространенности явления среди юношей и девушек не выявлено.
2. Среди алкогольных напитков большинство студентов предпочитает пиво (48,2%) и вино(42,9%). Однако 24,6% опрошенных студентов периодически употребляют или предпочитают и крепкие напитки - водку или коньяк.
3. Характерно, что у 62% из числа студентов первое употребление алкоголя приходится на возраст 15 – 18 лет.
4. Необходима активизация всех направлений работы, нацеленной на принятие молодежью употребления содержащих алкоголь напитков.

Литература

1. Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни www.lifestyle.nursat.kz
2. Официальный сайт города Алматы www.almaty.kz
3. <http://yun.complife.ru/anti-report/> Отчет по социологическому опросу №1, - Исследовательский отдел IAM, март 2002.
4. Шиган Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях. – М.: Медицина, 1986.-208с.
5. WHO. Global Status Report on Alcohol. Geneva, 2004. - 160 p.

6. Отчет по изучению распространенности употребления табака и алкоголя. – Ассоциация специалистов здорового образа жизни. Алматы, 2009г-90с.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КАРАСАЙСКОГО РАЙОНА АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ ОСНОВНЫМИ КЛАССАМИ БОЛЕЗНЕЙ В 2006-2009 ГОДАХ

Чаленко Т.А., Резник В.Л., Байдувалиев А.М.,
Высшая школа общественного здравоохранения
ГККП «Районная поликлиника Карасайского района»

Состояние здоровья населения - интегральный показатель социальной ориентированности общества, социальных гарантий, характеризующих степень ответственности государства перед своими гражданами [1]. При этом особое внимание при реализации Программы развития здравоохранения на 2005-2010 годы уделяется снижению заболеваемости и снижению распространенности социально значимых заболеваний.

Заболеваемость – важнейший показатель состояния общественного здоровья, характеризующий распространенность, структуру и динамику зарегистрированных врачами болезней среди населения. Сведения о заболеваемости населения необходимы для оценки состояния здоровья населения, работы врача, медицинского учреждения, органа здравоохранения, эффективности медицинских, гигиенических и социальных мероприятий, для научно обоснованного планирования специализированной медицинской помощи, рационального использования и развития материально-технических и кадровых ресурсов [здоровоохранения](#) [2, 3].

Специальных исследований по изучению заболеваемости в Карасайском районе Алматинской области ранее не проводили.

Цель данного исследования дать общую характеристику заболеваемости населения Карасайского района Алматинской области и разработать мероприятия по совершенствованию управления здоровьем.

Методы исследования: сплошное исследование заболеваемости населения на основе обязательной государственной отчетности ГКП «Центральной районной больницы Карасайского района» и официальных статистических данных ТОО «Мединфо».

В структуре общей заболеваемости населения района удельный вес различных заболеваний существенно различается (табл.1).

Таблица 1- Структура, основные классы заболеваемости

Класс болезней	Год и значения показателя								В среднем за 4 года	
	2006		2007		2008		2009			
	Абс. число	Удельный вес %	Абс. число	Удельный вес %	Абс. число	Удельный вес %	Абс. число	Удельный вес %	Абс. число	Удельный вес %
Болезни органов дыхания	85486	43,3 ±0,11	93275	45,7 ±0,11	112018	48,7 ±0,1	139312	49,3 ±0,09	107523	47,0 ±0,10
Болезни органов пищеварения	16685	8,4 ±0,06	18505	9,1 ±0,06	21687	9,4 ±0,06	24209	8,6 ±0,05	20272	8,9 ±0,06
Болезни	14968	7,2	13741	6,7	14053	6,1	19566	6,9	15402	6,7

мочеполовой системы		±0,06		±0,06		±0,05		±0,05		±0,05
Травмы и отравления	17968	9,1 ±0,06	12901	6,3 ±0,05	12451	5,4 ±0,05	22683	8,0 ±0,05	16501	7,2 ±0,05
Болезни кожи и подкожной клетчатки	10601	5,4 ±0,05	10128	5,0 ±0,05	11908	5,2 ±0,05	13950	4,9 ±0,04	11647	5,1 ±0,05
Болезни крови и кроветворных органов	7940	4,0 ±0,04	13195	6,5 ±0,05	10759	4,7 ±0,04	11626	4,1 ±0,04	10880	4,8 ±0,04
Болезни системы кровообращения	7124	3,6 ±0,04	9119	4,5 ±0,05	9582	4,2 ±0,04	10870	3,8 ±0,04	9174	4,0 ±0,04
Другие классы болезней	37529	19,0 ±0,01	33057	16,2 ±0,08	37495	16,3 ±0,08	40600	14,4 ±0,06	37170	16,3 ±0,009
Всего	198301	100	203921	100	229953	100	282816	100	228567	100

Так, болезни органов дыхания составляют 47,0% от всех случаев заболеваний, болезни органов пищеварения – 8,9%, травмы и отравления – 7,2%, болезни мочеполовой системы - 6,7%, болезни кожи и подкожной клетчатки - 5,1%, болезни крови - 4,8%, болезни системы кровообращения - 4,0%, другие классы болезней - 16,3%.

В течение исследуемого периода характерен постоянный рост заболеваемости населения, при различиях между 2009 и 2006 годами в 1,4 раза.

В связи с высоким удельным весом патологии органов дыхания представляло интерес определить показатели заболеваемости этим классом болезней в различных возрастных группах (таблица 2). Характерно, что в структуре заболеваемости населения болезнями органов дыхания преобладает детское население. По показателям за 2009 год среди детского населения регистрируется 54,4 % от числа заболеваний соответствующего класса, среди взрослых 40,2%., а среди подростков 5,4. При этом, частота заболеваний возрастает среди детей с 93017 случаев на 100000 населения до 160617, среди подростков – с 37698 случаев до 58313, а среди взрослых с 37157 до 51783 случаев на 100000 населения.

Рост заболеваемости болезнями органов дыхания в целом по населению исследуемого района характеризуют и данные о темпе прироста (рисунок 1). За исследуемый период темп прироста в отдельные годы колебался от 10 до 24 процентов, а в целом за 4 года отмечен рост абсолютного числа случаев заболеваний на 62,9%.

Таблица 2- Заболеваемость болезнями органов дыхания в разных возрастных группах

Контингент населения	Год и значение показателя											
	2006			2007			2008			2009		
	Абс. Кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)	Удельный вес %	Абс. кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)	Удельный вес %	Абс. Кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)	Удельный вес %	Абс. Кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)	Удельный вес %
Дети	43653	93017,3 ± 117,64	51,0 ±0,17	51824	109819,9 ±151,59	55,6 ±0,16	65896	140413,4 ± 347,73	58,8	75795	160616,7 ± 454,22	54,4
Подростки	4664	37698,0 ± 435,7	5,5 ±0,08	4544	36728,1 ± 433,4	4,9 ±0,07	4095	33098,9 ± 423,06	3,7	7520	58312,7 ± 434,17	5,4

Взрослые	3716 9	37156,7 ± 152,78	43,5 ±0,1 7	369 07	36894,8 ± 152,56	39,6 ±0,1 6	4202 7	42013,1 ± 156,06	37,5	55997	51783,4 ± 151,95	40,2
Всего	8548 6	53651,7 ±124,91	100	932 75	57540,2 ± 123,83	100	1120 18	70303,5 ± 114,47	100	13931 2	82813,9 ± 91,98	100

В структуре общей заболеваемости травмы и отравления занимают третье место. При наиболее высокой частоте данной патологии среди взрослого населения обращает внимание (таблица 3) сравнительно высокий уровень травматизма среди детей в 2009 году, в котором отмечены наиболее высокие за исследуемый период показатели по всем возрастным группам.

Заболеваемость болезнями мочеполовой системы в целом возросла за 4 года в 1,2 раза (таблица 4). Из числа заболеваний мочеполовой системы удельный вес болезней среди взрослого населения составляет 87,7%, детского – 9.1%, подростков – 3.2%. Однако при этом показатели удельного веса возросли по группе детского населения практически в 10 раз. Увеличение заболеваемости детского населения связано, по нашему мнению, с улучшением выявления данной патологии в ходе обязательных медицинских осмотров детского населения. Отмечен существенный рост абсолютного числа случаев заболеваний данного

Рисунок 1. Темп роста абсолютного числа случаев заболеваний органов дыхания

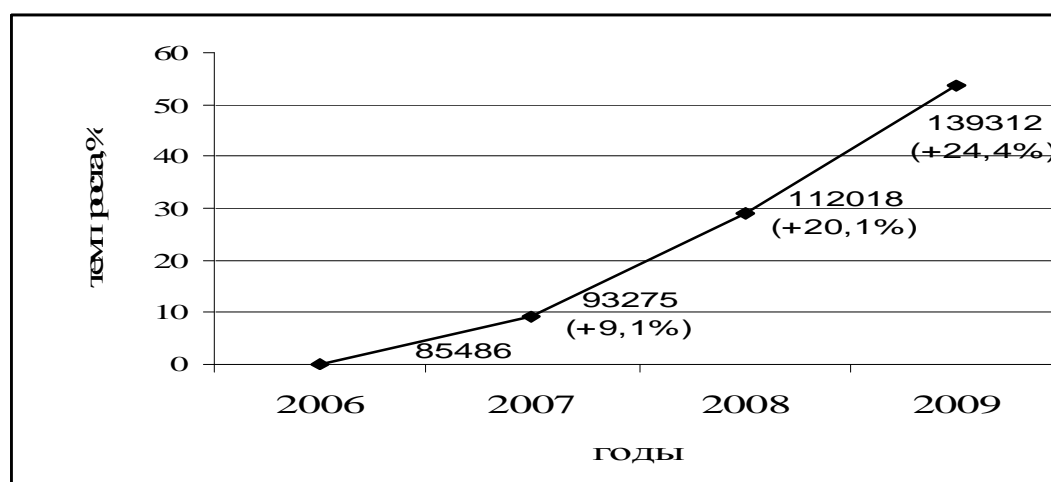


Таблица 3- Частота травм и отравлений в различных возрастных группах населения

Контингент населения	Год и значения показателя											
	2006			2007			2008			2009		
	Абс. Кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)	Удельный вес %	Абс. Кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)	Удельный вес %	Абс. Кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)	Удельный вес %	Абс. Кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)	Удельный вес %
Дети	2555	5444,3 ±104,73	14,2 ±0,26	1941	4113,2 ± 91,67	15,0 ±0,31	1558	3319,8 ± 82,7	12,5 ±0,30	5214	11049,0 ± 144,32	40,2
Подростки	1123	9077,0 ± 258,28	6,3 ±0,18	888	7177,5 ± 232,06	6,9 ±0,22	960	7759,5 ± 240,52	7,7 ±0,24	65	504,0 ±	0,2
Взрослые	14290	14285,3 ± 110,64	79,5 ±0,3	10072	10068,7 ± 95,14	78,1 ±0,36	9933	9929,7 ± 94,56	79,8 ±0,36	15080	13945,3 ± 105,35	40,2
Всего	17968	11276,9 ± 79,24	100	12901	8096,8 ± 68,34	100	12451	7814,4 ± 67,24	100	22683	13483,9 ± 83,27	100

Таблица 4 - Заболеваемость болезнями мочеполовой системы в различных возрастных группах

Контингент населения	Год и значения показателя										
	2006			2007			2008			2009	
	Абс. Кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)	Удельный вес %	Абс. Кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)	Удельный вес %	Абс. Кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)	Удельный вес %	Абс. Кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)
Дети	196	417,6 ± 29,77	1,3 ± 0,09	1427	3024,0 ± 79,05	10,4 ± 0,26	2012	4187,2 ± 92,46	14,6 ± 0,30	1980	4195,8 ± 92,29
Подростки	487	3936,3 ± 174,83	3,3 ± 0,15	535	4324,3 ± 182,87	3,9 ± 0,17	259	2093,4 ± 128,71	1,9 ± 0,12	710	5505,6 ± 200,85
Взрослые	14285	14280,3 ± 110,62	95,4 ± 0,17	11779	11775,1 ± 101,91	85,7 ± 0,30	11470	11466,2 ± 100,74	83,5 ± 0,32	16876	15606,1 ± 110,36
Всего	14968	9394,0 ± 73,09	100	13741	8624,0 ± 70,33	100	13741	8623,97 ± 70,33	100	19566	11631,0 ± 78,17

класса болезней, что, естественно, предполагает увеличение объемов оказываемой медицинской помощи.

Выводы:

2. В структуре заболеваемости населения Карасайского района Алматинской области преобладают болезни органов дыхания (47,0%), болезни органов пищеварения (8,9%), травмы и отравления (7,2%), болезни мочеполовой системы (6,7%).
3. Динамика заболеваемости, в целом, характеризуется постоянным ростом. Значительно выражен рост болезнями органов дыхания, особенно среди детского населения, что требует принятия специальных мероприятий по профилактике возникновения таких заболеваний..
4. Наиболее высокие показатели травматизма характерны среди взрослого населения. Наблюдается тенденция увеличения травм среди детского населения.
5. Выражен рост заболеваемости болезнями мочеполовой системы среди детей – в 10 раз и подростков – в 1,4 раз. Такая динамика требует принятия специальных мер, направленных на профилактику этих заболеваний.

Литература:

1. Постановление Правительства Республики Казахстан от 13 октября 2004 года № 1050 "Об утверждении Плана мероприятий по реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы";
- 2.. <http://instituciones.com/general/1146-metodologicheskije-problemy-sbora-svedenij.html>
3. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения, под ред. Ю.П. Лисицына, т. 1, с. 119, М., 1987;

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КАРАСАЙСКОГО РАЙОНА АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ ОСНОВНЫМИ КЛАССАМИ БОЛЕЗНЕЙ В 2006-2009 ГОДАХ

Чаленко Т.А., Резник В.Л., Байдувалиев А.М.,
Высшая школа общественного здравоохранения
ГККП «Районная поликлиника Карасайского района»

Состояние здоровья населения - интегральный показатель социальной ориентированности общества, социальных гарантий, характеризующих степень ответственности государства перед своими гражданами [1]. При этом особое внимание при реализации Программы развития здравоохранения на 2005-2010 годы уделяется снижению заболеваемости и снижению распространенности социально значимых заболеваний.

Заболеваемость – важнейший показатель состояния общественного здоровья, характеризующий распространенность, структуру и динамику зарегистрированных врачами болезней среди населения. Сведения о заболеваемости населения необходимы для оценки состояния здоровья населения, работы врача, медицинского учреждения, органа здравоохранения, эффективности медицинских, гигиенических и социальных мероприятий, для научно обоснованного планирования специализированной медицинской помощи, рационального использования и развития материально-технических и кадровых ресурсов [здравоохранения](#) [2, 3].

Специальных исследований по изучению заболеваемости в Карасайском районе Алматинской области ранее не проводили.

Цель данного исследования дать общую характеристику заболеваемости населения Карасайского района Алматинской области и разработать мероприятия по совершенствованию управления здоровьем.

Методы исследования: сплошное исследование заболеваемости населения на основе обязательной государственной отчетности ГКП «Центральной районной больницы Карасайского района» и официальных статистических данных ТОО «Мединфо».

В структуре общей заболеваемости населения района удельный вес различных заболеваний существенно различается (табл.1).

Таблица 1- Структура, основные классы заболеваемости

Класс болезней	Год и значения показателя								В среднем за 4 года	
	2006		2007		2008		2009			
	Абс. число	Удельный вес %	Абс. число	Удельный вес %	Абс. число	Удельный вес %	Абс. число	Удельный вес %	Абс. число	Удельный вес %
Болезни органов дыхания	85486	43,3 ±0.11	93275	45,7 ±0.11	112018	48,7 ±0,1	139312	49,3 ±0,09	107523	47,0 ±0,10
Болезни органов пищеварения	16685	8,4 ±0.06	18505	9,1 ±0.06	21687	9,4 ±0,06	24209	8,6 ±0,05	20272	8,9 ±0,06
Болезни мочеполовой системы	14968	7,2 ±0.06	13741	6,7 ±0.06	14053	6,1 ±0,05	19566	6,9 ±0,05	15402	6,7 ±0,05
Травмы и отравления	17968	9,1 ±0.06	12901	6,3 ±0.05	12451	5,4 ±0,05	22683	8,0 ±0,05	16501	7,2 ±0,05
Болезни кожи и подкожной клетчатки	10601	5,4 ±0.05	10128	5,0 ±0.05	11908	5,2 ±0,05	13950	4,9 ±0,04	11647	5,1 ±0,05
Болезни крови и кроветворных органов	7940	4,0 ±0.04	13195	6,5 ±0.05	10759	4,7 ±0,04	11626	4,1 ±0,04	10880	4,8 ±0,04
Болезни	7124	3,6	9119	4,5	9582	4,2	10870	3,8	9174	4,0

системы кровообращения		±0.04		±0.05		±0,04		±0,04		±0,04
Другие классы болезней	37529	19,0 ±0.01	33057	16,2 ±0.08	37495	16,3 ±0,08	40600	14,4 ±0,06	37170	16,3 ±0,009
Всего	198301	100	203921	100	229953	100	282816	100	228567	100

Так, болезни органов дыхания составляют 47,0% от всех случаев заболеваний, болезни органов пищеварения – 8,9%, травмы и отравления – 7,2%, болезни мочеполовой системы - 6,7%, болезни кожи и подкожной клетчатки - 5,1%, болезни крови - 4,8%, болезни системы кровообращения - 4,0%, другие классы болезней - 16,3%.

В течение исследуемого периода характерен постоянный рост заболеваемости населения, при различиях между 2009 и 2006 годами в 1,4 раза.

В связи с высоким удельным весом патологии органов дыхания представляло интерес определить показатели заболеваемости этим классом болезней в различных возрастных группах (таблица 2). Характерно, что в структуре заболеваемости населения болезнями органов дыхания преобладает детское население. По показателям за 2009 год среди детского населения регистрируется 54,4 % от числа заболеваний соответствующего класса, среди взрослых 40,2%., а среди подростков 5,4. При этом, частота заболеваний возрастает среди детей с 93017 случаев на 100000 населения до 160617, среди подростков – с 37698 случаев до 58313, а среди взрослых с 37157 до 51783 случаев на 100000 населения.

Рост заболеваемости болезнями органов дыхания в целом по населению исследуемого района характеризуют и данные о темпе прироста (рисунок 1). За исследуемый период темп прироста в отдельные годы колебался от 10 до 24 процентов, а в целом за 4 года отмечен рост абсолютного числа случаев заболеваний на 62,9%.

Таблица 2- Заболеваемость болезнями органов дыхания в разных возрастных группах

Контингент населения	Год и значение показателя											
	2006			2007			2008			2009		
	Абс. Кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)	Удельный вес %	Абс. кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)	Удельный вес %	Абс. Кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)	Удельный вес %	Абс. Кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)	Удельный вес %
Дети	43653	93017,3 ± 117,64	51,0 ±0.17	51824	109819,9 ±151,59	55,6 ±0.16	65896	140413,4 ± 347,73	58,8	75795	160616,7 ± 454,22	54,4
Подростки	4664	37698,0 ± 435,7	5,5 ±0.08	4544	36728,1 ± 433,4	4,9 ±0.07	4095	33098,9 ± 423,06	3,7	7520	58312,7 ± 434,17	5,4
Взрослые	37169	37156,7 ± 152,78	43,5 ±0.17	36907	36894,8 ± 152,56	39,6 ±0.16	42027	42013,1 ± 156,06	37,5	55997	51783,4 ± 151,95	40,2
Всего	85486	53651,7 ±124,91	100	93275	57540,2 ± 123,83	100	112018	70303,5 ± 114,47	100	139312	82813,9 ± 91,98	100

В структуре общей заболеваемости травмы и отравления занимают третье место. При наиболее высокой частоте данной патологии среди взрослого населения обращает внимание (таблица 3) сравнительно высокий уровень травматизма среди детей в 2009

году, в котором отмечены наиболее высокие за исследуемый период показатели по всем возрастным группам.

Заболеваемость болезнями мочеполовой системы в целом возросла за 4 года в 1,2 раза (таблица 4). Из числа заболеваний мочеполовой системы удельный вес болезней среди взрослого населения составляет 87,7%, детского – 9.1%, подростков – 3.2%. Однако при этом показатели удельного веса возросли по группе детского населения практически в 10 раз. Увеличение заболеваемости детского населения связано, по нашему мнению, с улучшением выявления данной патологии в ходе обязательных медицинских осмотров детского населения. Отмечен существенный рост абсолютного числа случаев заболеваний данного

Рисунок 1. Темп роста абсолютного числа случаев заболеваний органов дыхания

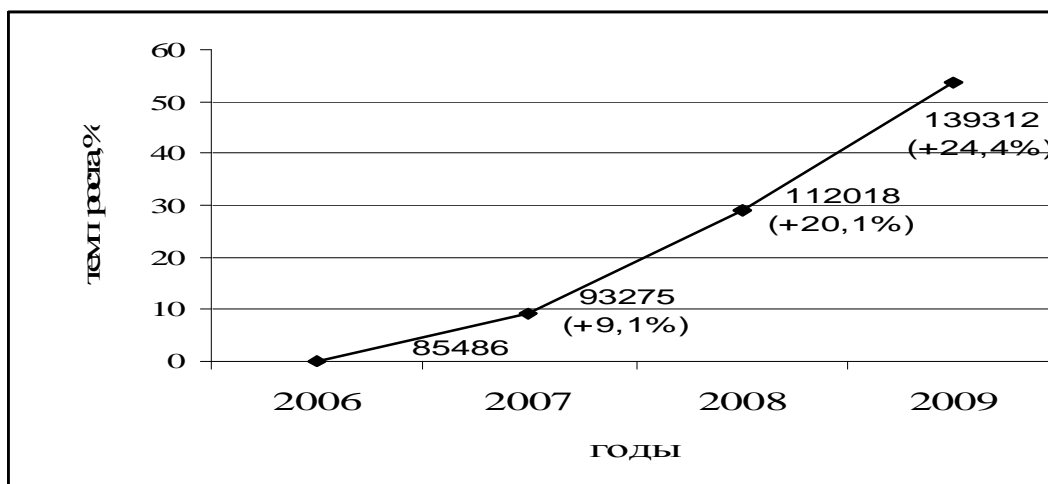


Таблица 3- Частота травм и отравлений в различных возрастных группах населения

Контингент населения	Год и значения показателя											
	2006			2007			2008			2009		
	Абс. Кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)	Удельный вес %	Абс. Кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)	Удельный вес %	Абс. Кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)	Удельный вес %	Абс. Кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)	Удельный вес %
Дети	2555	5444,3 ±104,73	14,2 ±0,26	1941	4113,2 ± 91,67	15,0 ±0,31	1558	3319,8 ± 82,7	12,5 ±0,30	5214	11049,0 ± 144,32	
Подростки	1123	9077,0 ± 258,28	6,3 ±0,18	888	7177,5 ± 232,06	6,9 ±0,22	960	7759,5 ± 240,52	7,7 ±0,24	65	504,0 ±	
Взрослые	14290	14285,3 ± 110,64	79,5 ±0,3	10072	10068,7 ± 95,14	78,1 ±0,36	9933	9929,7 ± 94,56	79,8 ±0,36	15080	13945,3 ± 105,35	
Всего	17968	11276,9 ± 79,24	100	12901	8096,8 ± 68,34	100	12451	7814,4 ± 67,24	100	22683	13483,9 ± 83,27	

Таблица 4 - Заболеваемость болезнями мочеполовой системы в различных возрастных группах

Контингент населения	Год и значения показателя											
	2006			2007			2008			2009		
	Абс. Кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)	Удельный вес %	Абс. Кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)	Удельный вес %	Абс. Кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)	Удельный вес %	Абс. Кол-во	Заболеваемость (на 100 000 населения данного возраста)	Удельный вес %

Дети	196	417,6 ± 29,77	1,3 ± 0,09	1427	3024,0 ± 79,05	10,4 ± 0,26	2012	4187,2 ± 92,46	14,6 ± 0,30	1980	4195,8 ± 92,29
Подростки	487	3936,3 ± 174,83	3,3 ± 0,15	535	4324,3 ± 182,87	3,9 ± 0,17	259	2093,4 ± 128,71	1,9 ± 0,12	710	5505,6 ± 200,85
Взрослые	14285	14280,3 ± 110,62	95,4 ± 0,17	11779	11775,1 ± 101,91	85,7 ± 0,30	11470	11466,2 ± 100,74	83,5 ± 0,32	16876	15606,1 ± 110,36
Всего	14968	9394,0 ± 73,09	100	13741	8624,0 ± 70,33	100	13741	8623,97 ± 70,33	100	19566	11631,0 ± 78,17

класса болезней, что, естественно, предполагает увеличение объемов оказываемой медицинской помощи.

Выводы:

6. В структуре заболеваемости населения Карасайского района Алматинской области преобладают болезни органов дыхания (47,0%), болезни органов пищеварения (8,9%), травмы и отравления (7,2%), болезни мочеполовой системы (6,7%).
7. Динамика заболеваемости, в целом, характеризуется постоянным ростом. Значительно выражен рост болезнями органов дыхания, особенно среди детского населения, что требует принятия специальных мероприятий по профилактике возникновения таких заболеваний..
8. Наиболее высокие показатели травматизма характерны среди взрослого населения. Наблюдается тенденция увеличения травм среди детского населения.
9. Выражен рост заболеваемости болезнями мочеполовой системы среди детей – в 10 раз и подростков – в 1,4 раз. Такая динамика требует принятия специальных мер, направленных на профилактику этих заболеваний.

Литература:

1. Постановление Правительства Республики Казахстан от 13 октября 2004 года № 1050 "Об утверждении Плана мероприятий по реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы";
- 2.. <http://instituciones.com/general/1146-metodologicheskije-problemy-sbora-svedenij.html>
3. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения, под ред. Ю.П. Лисицына, т. 1, с. 119, М., 1987;

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Толеутай У.К., Позднякова А.П.

Высшая Школа Общественного Здравоохранения

Ключевые слова: РМЖ, заболеваемость, динамика, эпидемиология.

Проблема рака молочной железы (РМЖ) продолжает привлекать внимание многочисленных исследователей, что связано с лидирующим положением данной патологии у женщин, опережающей по своей частоте другие злокачественные новообразования, и не вполне удовлетворительными результатами лечения. РМЖ занимает 1-е место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин в странах Европейского союза, США, Израиле [1,2].

Эта проблема крайне актуальна и для Республики Казахстан (РК), так как в последнее десятилетие частота рака данной локализации у женского населения значительно возросла и он занимает лидирующее место.

Исследованиями казахстанских ученых [3,4] установлено, что РМЖ значительно чаще – приблизительно в 3 раза - поражал русских женщин ($10,9 \pm 1,6\%_{000}$) по сравнению с казашками ($3,7 \pm 1,3\%_{000}$). И хотя с течением времени основная тенденция наименьшей частоты РМЖ у казашек сохранилась, эта разница начала сглаживаться, достигая 1,5 раза [5]. Практически не нашло освещения в доступной литературе, как ведет себя данная локализация рака в Кызылординской области (КЗО), где основную часть населения составляют казахи; где складывается крайне неблагоприятная экологическая ситуация в связи с трагедией Аральского моря и усилением процессов опустынивания, засоления почв на значительных территориях, загрязнения их пестицидами и гербицидами; где в течение более 50 лет функционирует космодром «Байконур». По данным официальной статистики за последние десять лет отмечен рост заболеваемости РМЖ в КЗО. Однако, нет четкого представления об особенностях распространения данной формы рака по территории области, динамики ее во времени у отдельных возрастных групп. Нет ответа на вопрос, как вышеперечисленные неблагоприятные факторы отражаются на заболеваемости РМЖ. Между тем, отсутствие выше перечисленных данных не позволяет разработать научно обоснованные мероприятия по контролю РМЖ на указанной территории.

Целью настоящего исследования было изучение особенностей заболеваемости РМЖ жительниц КЗО.

Материалы и методы исследования. Материалами исследования послужили уточненные данные о 626 больных РМЖ, зарегистрированных в Кызылординском областном онкологическом центре в 2000-2009 гг. Использованы данные статистического комитета РК о численности населения с 2000 по 2009 гг., а также показатели онкологической службы РК [6].

Вычислены экстенсивные, «грубые», стандартизованные и возрастные показатели заболеваемости РМЖ по общепринятым методам санитарной статистики и их ошибки [7]. Использован прямой метод стандартизации, стандарт – мировой. Также определены среднегодовые коэффициенты, средняя ошибка, достоверность разности оценена по t-критерию Стьюдента и (p) [8]. Для характеристики динамических рядов показателей заболеваемости использованы корреляционный, регрессионный и трендовый анализы, рассчитана значимость коэффициента корреляции [9].

Результаты и обсуждение

В структуре онкологической патологии всего населения КЗО в 2009 г. РМЖ занимал 4-е место, составляя 9,2%. Доля данной патологии увеличилась с 5,1% (2000 г.) до 9,2% (2009 г.), т.е. в 1,8 раза.

У женского населения КЗО РМЖ с 2009 года занимает 1-е место среди других злокачественных новообразований (рисунок 1), насчитывая 16,8%.

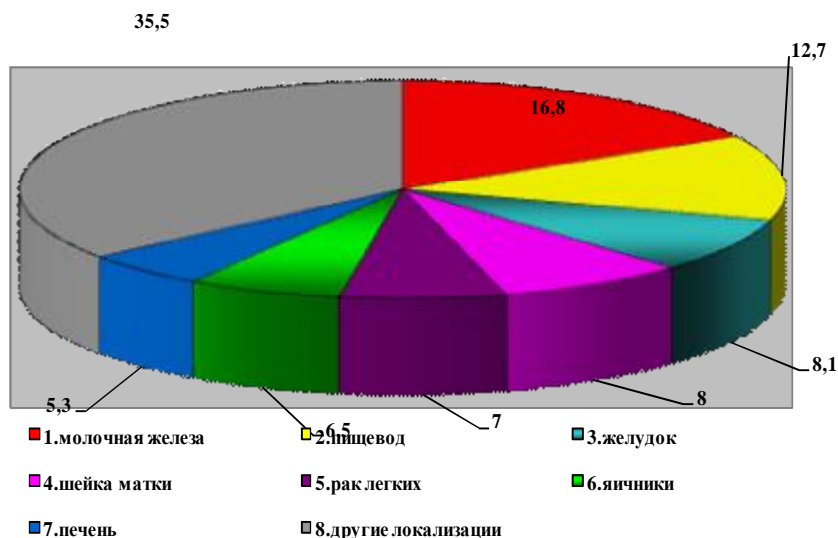
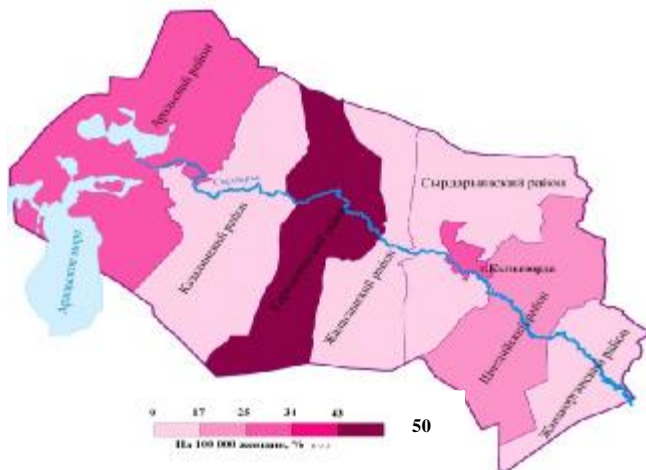


Рисунок 1. Структура онкологической патологии, развивающейся у женского населения КЗО, 2009 г., %

Для изучения территориальных особенностей распространения РМЖ вычислены «грубые» и стандартизованные показатели заболеваемости женского населения за пятилетний период (рисунок 2,3). Последние наиболее приемлемы для сравнительного анализа, так как позволяют элиминировать возрастные различия. Как видно на рисунках 2 и 3, наиболее высокие показатели заболеваемости РМЖ отмечены в Кармакшинском, а наиболее низкие – в Сырдарьинском районе. Среднегодовой (2005-2009 гг.) «грубый» показатель

заболеваемости РМЖ в Кармакшинском районе составил $49,8 \pm 6,4\%_{000}$, а стандартизованный – $53,6 \pm 6,6\%_{000}$, тогда как в Сырдарьинском районе - $9,3 \pm 3,1\%_{000}$ и $9,9 \pm 3,2\%_{000}$, соответственно. Размах колебаний между крайними величинами составляет для «грубых» показателей 5,3; а для стандартизованных - 5,4.



54



Рисунок 2. Среднегодовые порайонные «грубые» показатели заболеваемости РМЖ, 2005-2009 гг., $\%_{000}$

Рисунок 3. Среднегодовые порайонные стандартизованные показатели заболеваемости РМЖ (стандарт-мировой), 2005-2009 гг., $\%_{000}$

Среднегодовой «грубый» показатель заболеваемости РМЖ (2005-2009 гг.) в Кармакшинском районе - $49,8 \pm 6,4\%_{000}$ несколько превышал соответствующий показатель в целом по стране, который составлял $38,7 \pm 0,7\%_{000}$ ($t = 1,7$; $p > 0,05$).

На рисунке 4 представлена динамика заболеваемости РМЖ женского населения РК и КЗО за 10 лет. В течение всего периода наблюдения «грубые» областные показатели заболеваемости были ниже, чем республиканские. Отмечается рост частоты заболеваемости на сравниваемых территориях, тренды устойчивые выраженные восходящие ($r_{КЗО} = 0,93$; $r_{РК} = 0,91$), вероятность ошибки такого утверждения $< 0,1\%$. Темп прироста заболеваемости РМЖ женского населения по выровненным «грубым» показателям составил 17,5% в РК, и 76,02% в КЗО, т.е. коэффициенты РМЖ в КЗО прирастали в 4,3 раза быстрее, чем в целом по стране.

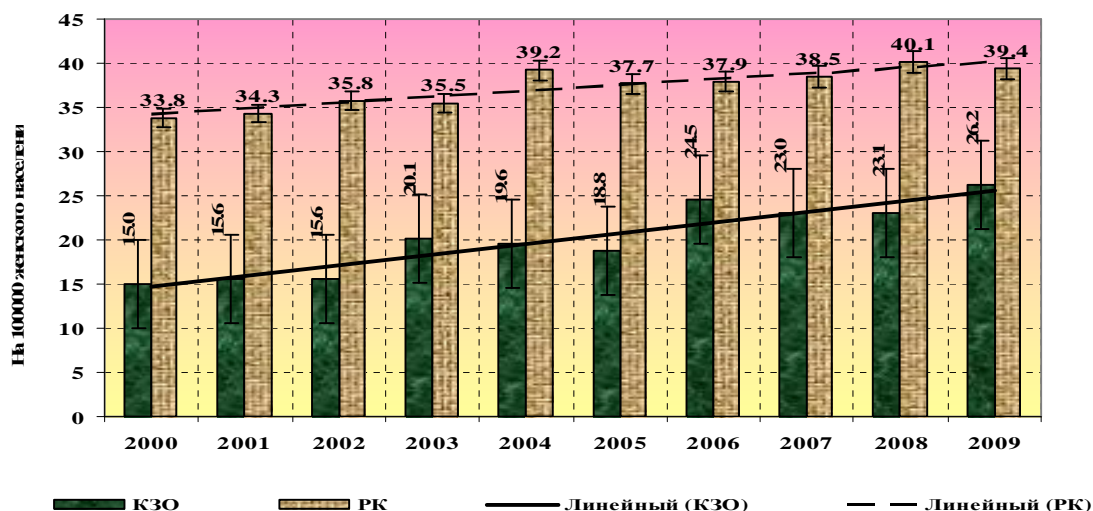


Рисунок 4. Динамика «грубых» показателей заболеваемости РМЖ женского населения КЗО и РК за 10 лет (2000-2009 гг.), ‰

Анализ возрастных кривых заболеваемости РМЖ в КЗО и Кармакшинском районе показал, что они круто поднимаются вверх и пик приходится на возрастную группу 60-69 лет (рисунок 5).

Наиболее высокими темпами прирастают показатели в возрастной группе 50-59 лет. Это когорта родившихся в 1941-1950 гг. Можно предположить, что тяжелые социально-бытовые условия жизни в военные и ранние послевоенные годы, приходящиеся на их детство и юность, могли оказать влияние на учащение данной патологии (таблица 1).

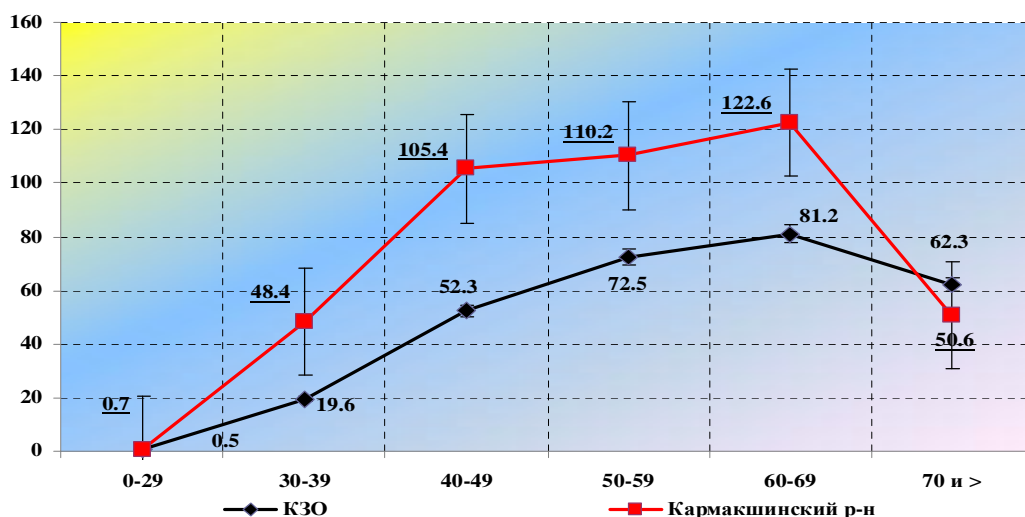


Рисунок 5. Возрастные кривые заболеваемости РМЖ женщин КЗО и Кармакшинского района в 2000-2009 гг., ‰

Таблица 1. Темпы прироста заболеваемости РМЖ женщин КЗО по выровненным возрастным показателям за 2000-2009 гг.

№	Возрастные группы	Темпы прироста заболеваемости с 2000 по 2009 гг., %
1	30-39	75,4

2	40-49	41,95
3	50-59	102,8
4	60-69	26,4
5	70 и >	56,3

Выводы

Статистические и демографические исследования позволяют выявить важные закономерности в отношении особенностей распространения злокачественных опухолей, которые могут быть использованы для осуществления мероприятий по противораковой борьбе, в выяснении сложной проблемы этиологии и патогенеза злокачественных опухолей, разработке рациональных методов профилактики рака и ряда других проблем [4].

Установлено, что в структуре онкопатологии женского населения КЗО РМЖ вышел на 1-ое место, составив 16,8%. В результате эпидемиологического исследования статистических данных за последние 10 лет, выявлен рост частоты данной патологии в КЗО и РК, тренды устойчивые выраженные восходящие ($r_{\text{КЗО}} = 0,93$; $r_{\text{РК}} = 0,91$) с вероятностью такого утверждения – 99,9%. При изучении территориальных особенностей распространения РМЖ наблюдалось неравномерное распределение по районам области с высоким показателем заболеваемости в Кармакчинском районе ($49,8 \pm 6,4\%$ ооо). При анализе возрастных показателей отмечена высокая заболеваемость в возрасте 60-69 лет. Следует отметить, что материалы об особенностях распространения рака молочной железы в КЗО должны лечь в основу управленческих решений на местах.

Список использованных источников

1. Семиглазов В. Ф., Семиглазов В.В., Нургазиев К. Ш. Обоснование стандартов лечения рака молочной железы-2007. –361с.
2. IARC GLOBOCAN 2000: Cancer incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, Version 1.0, Vol. 2001. IARC Cancer Base No. 5
3. Нугманов С.Н., Есенкулов А.Е. Эпидемиология злокачественных опухолей в Казахстане, сборник научных трудов. Алматы, 1977.- 278 с.
4. Абдрахимов Б.Е. Злокачественные новообразования и медико-социальные аспекты противораковой борьбы в Республике Казахстан. Алматы, 1996.- 224 с.
5. Абдрахманова А.Ж. Клинико-эпидемиологические аспекты рака молочной железы в Казахстане. Автореф. докт. дис. Алматы, 2000.- С. 20
6. Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Г.Д., Игисинов С.И., Махатаева А.Ж., Сейсенбаева Г.Т. Показатели онкологической службы РК. КазНИИОиР.- Алматы, 2000.-С.41; 2001.-С.41; 2002.-С.31; 2003.-С.41; 2004.-С.41; 2005.-С.36; 2006.-С.31; 2007.-С.41; 2008.-С.41.
7. Стентон Гланц. Медико-биологическая статистика. Москва, 1999.- 460 с.
8. «Биостатистика» для Windows (Version 4.03 by Stanton A. Glantz).
9. Доннелли Роберт А. Статистика. Москва, 2007.- 242 с.

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ХИРУРГА И ПАЦИЕНТА ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

Смагулов А.М.

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

Жизнь человека - наивысшая ценность, это признано как во многих конституционных законах государств, так и в религиозных учениях. Соответственно, врач или иной медицинский персонал должен действовать в интересах пациента, исходя из принципов добросовестности, профессиональности и в соответствии с нормами деонтологии.

Эффективное оказание медицинской помощи пациентам осуществляется не только при условии использования современных технологий, соблюдения всех прав пациентов, законодательных актов, но и при условии взаимодействия пациента с врачом. Основой взаимоотношений пациента и врача должна быть прежде всего морально-нравственная атмосфера доверия, доброжелательности, когда основная цель врача - помочь своему пациенту, а взамен - благодарность и признательность пациента врачу за его нелегкий и самоотверженный труд.

Наиболее ярким примером взаимоотношений врача и пациента является ситуация возникающая между хирургом приемного отделения и человеком обратившимся с экстренной патологией. Такая ситуация как «лакмусовая бумага» вскрывает все противоречия возникающие в результате оказания медицинской услуги. Здесь необходимо отметить ее высокую социальную значимость, с одной стороны, и многогранность – с другой, поскольку медицинская помощь несет на себе очень широкий сектор коммуникативных связей пациента с медицинским персоналом, администрацией учреждения.

С чем же сталкивается хирург во время суточного, экстренного дежурства? Здесь хочется немного раскрыть особенности этой профессии.

Для начала посмотрим на ситуацию со стороны пациента:

Как правило, в экстренную службу обращаются в остром, в критическом состоянии, с длительным сроком заболевания, после того, как в условиях поликлиники не удалось добиться ремиссии или регресса. И соответственно, страдая от недуга, испытывая страх, порой и панику, пациент или его сопровождающие лица, требует персонального внимания, проведение всех диагностических и лечебных процедур в короткое время.

Необходимо отметить одну печальную особенность, которая стала проявляться в последнее время. Чаще отношение к медицинскому персоналу, и к врачам в частности стало снисходительным, высокомерным, что говорит о нивелировании его статуса, когда-то высоко признаваемого во времена Советского союза. Это может быть продиктовано как размахом социального статуса поступающих или их сопровождающих и вытекающих отсюда их полномочий и возможностей, так и упрочившегося мнения в широких массах о безропотной обязанности врача оказывать помощь.

Что же касается ситуации связанной с работой экстренного хирурга:

Во-первых, суточный режим работы накладывает на работу хирурга фактор эмоциональной и физической усталости.

Во-вторых, большое количество поступающих пациентов, нередко со множеством родственников и знакомых с различными психотипами, социальным статусом, служебным положением, (преминуть которым они не упускают возможности) возрастом и национальностью дополняет работу хирурга моральной нагрузкой.

В-третьих, сама работа и проведение множества операций в сутки, достаточной сложности, нередко с летальным исходом увеличивают вышеперечисленные нагрузки в разы, что в конечном итоге ведет к *синдрому эмоционального выгорания* — это состояние эмоционального, умственного истощения, физического утомления, возникающее в результате хронического стресса на работе.

Нельзя забывать, что работа хирургов оказывающих экстренную медицинскую помощь, проходит в условиях жесткого лимита времени, при минимальных возможностях обследования, наблюдения, консультаций, при необходимости принимать оптимальное для пациента решение в кратчайшие сроки и большого потока осматриваемых пациентов. Все это несомненно может привести к возникновению врачебных ошибок и как следствие к конфликтной ситуации.[1]

Как правило необходимость защищенности врача в правовом смысле, возникает именно во время возникновения или уже разрешения конфликтной ситуации, возникающей на различных этапах коммуникаций с пациентом или же его родственниками.

В основе возникновения любого общественного отношения всегда лежит неудовлетворенный интерес(-ы) сторон. Поэтому конфликт всегда возникает при реализации общественного и/или частного интереса[2]. Отсюда вытекает следующий вывод, что при оказании экстренной хирургической помощи нельзя, как правило полностью избежать возможной конфликтной ситуации.

Так что же такое конфликт интересов и его сущность? Отношения, связанные с оказанием медицинской помощи, включают в себя три элемента конфликта: социальный, экономический и правовой.

Социальная составляющая конфликта заключается в том, что субъекты, взаимодействуя между собой, преследуют определенные цели, которые на определенном этапе могут входить в противоречия или исключать друг друга[3].

Правовая составляющая конфликта проистекает из тезиса о том, что общественные отношения, связанные с оказанием медицинской помощи, регулируются нормами публичного и частного права, следовательно, стороны конфликта, нарушая установленные соглашения и/или законодательством права, обязанности и иные закрепленные в праве интересы, создают предпосылки для возникновения юридического конфликта.

Экономический аспект возникает как обеспечительная и компенсационная мера при возникновении юридического конфликта: первая проистекает из оценочной стоимости предоставленной услуги, а последняя определяется исходя из двух компонентов: во-первых, жизнь человека, психическое и физическое здоровье, выраженное в стоимостных характеристиках, и во-вторых, это имущественный вред, причиненный в результате оказания или неоказания медицинской услуги

Одним из важных аспектов взаимоотношений хирурга и пациента является отсутствие нормативно-правовой базы защищающей медицинских работников и отсутствие четко регламентированных действий в каждом конкретном случае, некоторые различия в стандартах и медико-экономических протоколах, или их отсутствие, а с другой стороны хорошая правовая осведомленность пациентов о своих правах и сильный административный ресурс согласно правила «пациент всегда прав». Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» и принятая государством программа «Единая национальная система здравоохранения» призваны восполнить пробелы в регулировании взаимоотношений медицинских работников и населения страны.

Вопросы законодательства регулирующие общественные отношения в области здравоохранения постоянно поднимаются и совершенствуются на мировом уровне. Президент Всемирной ассоциации медицинского права профессор А.Карми, выступая на первом Всероссийском съезде (Национальном конгрессе) по медицинскому праву, состоявшемся 25-27 июня 2003 г. в г. Москве, подчеркнул, что 20-40 лет назад медицинское право касалось всего двух аспектов - незаконной практики врача и врачебной ошибки. Сейчас медицинское право занимается различными проблемами, такими как аборт, эксперименты на человеческих существах, эвтаназия и в меньшей степени правовой защищенности врача и других медработников.[4]

На основании вышеизложенного мы можем сделать следующие выводы:

Усовершенствование и укрепление нормативно-правовой базы, укрепляющей позиции врача, не только как ответственное лицо но и защищенное юридически безусловно станет основой поднятия и упрочения статуса врача в глазах как пациентов так и лиц представляющих его интересы.

Выделение медицинского права как отдельной нормы, необходимо для совершенствования и детализации законодательства в области здравоохранения.

Не маловажно внедрение должности штатного юриста в медицинские организации, регулирующего правовые вопросы медицинского персонала и представляющего их интересы.

Литература:

- 1 [Ekaterina Solovey](#), Лит. Синдром Эмоционального Выгорания среди медицинских работников – сущность проблемы, методы профилактики и лечения | Красавік 20, 2009
2. Сергеев Ю.Д., Бисюк Е.В. Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи. (экспертно-правовые аспекты) научно-практическое руководство. М., 2008. с 1753
3. Журнал "Медицинское право". М., 2003, N 3, стр. 6
4. Основы конфликтологии / Под ред. академика РАН В.Н. Кудрявцева. М.: Юрист, 1997; Ст. 37. Социальные конфликты: Экспертиза, прогнозирование, технология разрешения. М., 1991. Вып. 1. Ст. 27.
5. Панфилова О.В. Процесс возникновения и механизмы управления социальными конфликтами: Автореферат. М., 1996. С. 18.

ПОТРЕБНОСТЬ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ НЕФРОПАТОЛОГИИ В Г.АЛМАТЫ В РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Амиржан Е.Б., Попова Т.В.

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

Среди актуальных проблем современной нефрологии проблема инвалидности и реабилитации занимает особое место. Это связано не столько с общей распространенностью заболеваний почек, сколько с несомненным преобладанием среди заболевших лиц молодого, трудоспособного возраста и фатальным развитием

хронической почечной недостаточности. Заболевания почек составляют 5-6% от общей заболеваемости, более 60% нефрологических больных – моложе 40 лет [1].

Одним из наиболее грозных исходов заболеваний почек, неминуемо приводящих к инвалидизации больного, является хроническая почечная недостаточность (ХПН). ХПН остается одной из наиболее актуальных как медицинских, так и социальных проблем [2]. Важность проблемы хронической почечной недостаточности с медицинской, социальной и организационной точек зрения обусловлена высокой летальностью, инвалидизацией и сложностью технического обеспечения современных методов лечения этой патологии [3].

В современных условиях формирование индивидуальных программ реабилитации инвалидов с данной патологией в системе медико-социальной экспертизы РК имеет большое значение для восстановления социального статуса и интеграции инвалидов в общество [4].

Наиболее разработанными являются вопросы медицинской реабилитации при заболеваниях мочеполовой системы, включающей в себя современные как медикаментозные методы лечения, так и различные виды высокотехнологической помощи (такие, как системный гемодиализ, перитонеальный диализ и др.), санаторно-курортное лечение. Менее изучены вопросы профессиональной и социальной реабилитации, которая занимает ведущее место в общей реабилитационной системе и является решающим условием для включения в активную жизнь общества и семьи [5].

Нами было проведено социологическое исследование среди пациентов отделений гемодиализа города Алматы (76 инвалидов вследствие нефропатологии), направленное на изучение потребности данного контингента инвалидов в различных видах реабилитации. Среди опрошенных респондентов 85% - это лица младше 60-летнего возраста, 53% - моложе 50 лет, 36% - моложе 40 лет. В структуре по инвалидизирующей патологии, приведшей к развитию ХПН, на первом месте - больные хроническим пиелонефритом – 40,8%, на втором месте - больные хроническим гломерулонефритом – 38,2%, на третьем месте - больные с врожденными аномалиями мочеполовых путей – 13,2%, с мочекаменной болезнью – на четвертом месте (7,9%) (рис. 1).

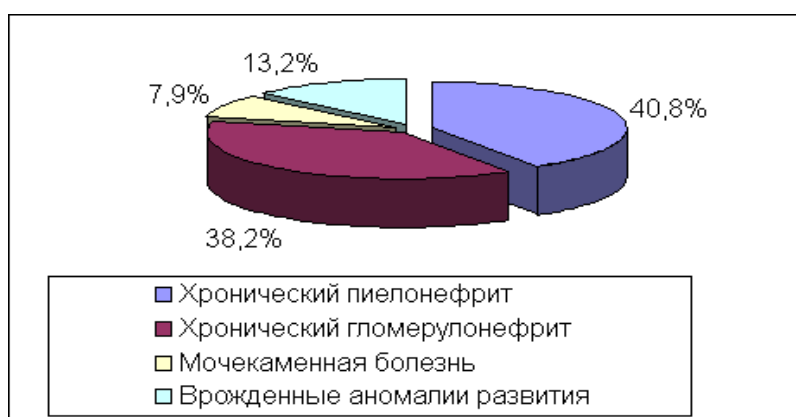


Рисунок 1 – Нозологическая структура среди контингента исследованных пациентов по инвалидизирующей патологии.

Согласно данным проведенного исследования, 23,7% инвалидов нуждаются в стационарном восстановительном лечении, 50% – в трансплантации почки, 7,9% – в амбулаторном восстановительном лечении, 55,3% – в психотерапевтических мерах, 26,3% – в санаторно-курортном лечении (рис. 2).

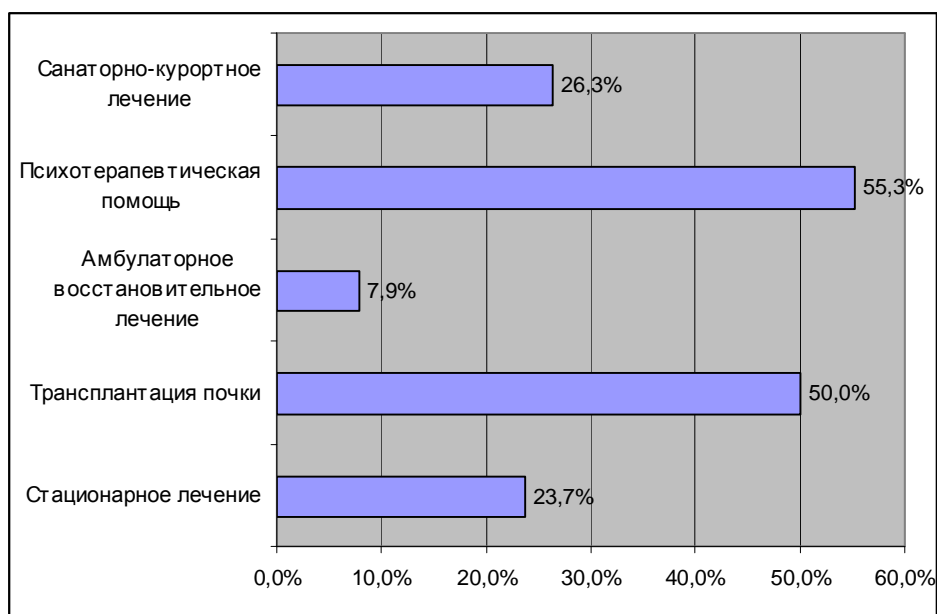


Рисунок 2 - Потребность инвалидов вследствие нефропатологии в различных видах медико-социальной помощи.

Потребность в трудоустройстве у инвалидов с ХПН составляет 39,5%, и лишь 13,2% опрошенных занимаются трудовой деятельностью. Потребность в услугах социального такси составляет 51,3%. В материальной помощи нуждаются 40,8%, в бесплатном лекарственном обеспечении 75% инвалидов.

Особое значение среди мер социальной реабилитации инвалидов с патологией почек ввиду значения в патогенезе осложнений этих заболеваний от нервно-психических и стрессовых факторов, приобретают меры по социально-психологической адаптации. Потребность в этих мерах у инвалидов с ХПН составляет 55,3%.

Социологическое исследование среди данного контингента инвалидов выявило значительную потребность в оказании различных видов реабилитации, показало, что они дифференцированно нуждаются в проведении медицинских, психологических, социальных и профессиональных мер реабилитации. Необходимо дальнейшее изучение этой проблемы с целью выработки комплекса профилактических мер по снижению инвалидности вследствие болезней почек, разработке государственных программ, направленных на своевременное выявление и оказание медицинской, социальной и других видов помощи данному контингенту больных и инвалидов.

Список использованной литературы:

1. Нефрология. Руководство для врачей / Под ред. Тареевой И.Е. - М.: Медицина, 2000. – 688 с.
2. Ермоленко В.М., Довлатян В.М. Хроническая почечная недостаточность. – М.: Медицина, 2000. – 89 с.
4. Арьев А.Л., Рябоконт А.Г. Нарушения, ограничения жизнедеятельности и социальная недостаточность больных хронической почечной недостаточностью // Нефрология. – М., 2001.-Т.1. -№2 – С.21-38.
4. Байгенжин А.К., Туганбекова С.К., Нарманова О.Ж., Магзумова Р.З. О регистре больных с заболеваниями почек в Республике Казахстан // Нефрология и диализ. – М., 2005. - Т.7. - №3. – С. 23-24.
5. Осадчих А.И., Пузин С.Н., Лаврова Д.И. с соавт. Основы медико-социальной экспертизы – М.: Медицина, 2005. – 448 с.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В КАЗАХСТАНЕ

Акшалова Б. Н., Баймуханова К.Х., Белова Е.С., Жунисова М.А.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
Национальный центр проблем туберкулеза МЗ РК

Начало 21 века характеризуется значительным ростом заболеваемости туберкулезом и смертности от него во всем мире. Человечество знакомо уже тысячелетия с туберкулезом, от него погибли и продолжают погибать миллионы. Туберкулез занимает в настоящее время одно из ведущих место среди причин смертности от инфекционных заболеваний населения. Также высокой является инвалидность от него. По данным ВОЗ ежегодно туберкулезом заболевают 9 млн. человек и более 3 млн. умирают от этой болезни.

Туберкулез в Республике Казахстан до настоящего времени является важнейшей эпидемиологической и медико-социальной проблемой. Глубокие социальные и экономические изменения в республике, произошедшие в 90-х годах прошлого столетия отразились на качестве и объеме проводимых противотуберкулезных мероприятий. Особенно пострадала в этих условиях система профилактических противотуберкулезных мероприятий (иммунизация вакциной БЦЖ, туберкулиновая диагностика, флюорография). Социально-экономическая нестабильность повлияла на усиление миграционных процессов, способствовала увеличению социопатических семей. В условиях ухудшения эпидемиологической ситуации по туберкулезу и увеличения групп риска по развитию заболевания, наибольшего внимания требуют пациенты из очагов туберкулезной инфекции и социальных групп риска.

Тяжесть эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Казахстане определяют показатели заболеваемости и смертности. За период 2005-2009 гг. заболеваемость туберкулезом в стране снизилась на 28,5% (с 147,3 до 105,3 на 100 тыс. населения). Однако изменение этого показателя было неоднозначным в различных регионах из-за комплекса характерных социально-экономических проблем. Так, несмотря на общее улучшение эпидемиологической ситуации, в г. Астане данный показатель не только не снизился, но, наоборот, вырос в сравнении с 2005 г. на 72,1%. Неравномерный темп снижения данного показателя отмечается и в различных регионах Казахстана: если в Акмолинской области его снижение составило 6,7%, то в Актюбинской области – 53,9%.

В структуре заболеваемости детей также отмечаются положительные тенденции: в 2009 г. заболеваемость снизилась с 39,4 до 21,4 на 100 тыс. населения. Темп снижения – 45,7%. Но и в этом случае отмечается неравномерность в изменении показателя: в этот же период заболеваемость детей увеличилась как в г. Алматы (на 11%), так и в Акмолинской области (на 1,9%).

Особого внимания требует эпидемиологическая ситуации среди подростков, которая исходно характеризуется величинами показателей, не уступающими взрослым. В этом случае при темпе снижения 18,9% заболеваемость в стране снизилась всего со 139,2 до 112,9 на 100 тыс. Вместе с тем отмечается рост показателя на 41,9% в Акмолинской области (с 101,6 до 144,2) и на 15,3% в г. Алматы (с 77,2 до 118,0). Стабильно высоким остается показатель в Атырауской области (215,7), Кызылординской (163,9), Мангистауской (185,5) и в г. Астане (179,1).

Особое внимание в Казахстане уделяется регистрации запущенных и тяжелых форм туберкулеза, как тонких индикаторов эпидемиологической ситуации. Снижение регистрации запущенных форм за последние 5 лет имеет в стране стойкую тенденцию к снижению - с 3% до 0,7%, что сопровождается уменьшением случаев заболеваемости менингитом как среди взрослых (с 37 до 13 случаев), так и среди детей (с 10 до 3 случаев). Между тем имеются области, в которых ежегодно регистрируются новые случаи

заболевания туберкулезным менингитом (Южно-Казахстанская, Павлодарская и Жамбылская).

Несмотря на позитивный характер изменения вышеперечисленных показателей в стране, в таких областях как Акмолинская, Атырауская, Восточно-Казахстанская, Кызылординская, Мангистауская, Северо-Казахстанская и в г. Астане эпидемиологическая ситуация остается напряженной. Так, например, в Мангистауской области при снижении общей заболеваемости с 204,4 (в 2005 г.) до 118,8 (в 2009 г.) на 100 тыс. удельный вес больных с запущенными формами туберкулеза среди впервые выявленных превышает в 2 раза среднереспубликанские показатели.

За последние 4 года в стране отмечается снижение показателя смертности на 39,9% (с 20,8 до 12,5), темп снижения которого также является неравномерным и колеблется от 8,5% в Акмолинской области до 64,3% в Мангистауской. Наиболее значимо смертность снижается среди впервые выявленных больных – на 41,4% , а основной контингент умерших составляют больные с хроническими осложненными формами туберкулеза.

Одним из приоритетных направлений противотуберкулезной программы является борьба с мультирезистентным туберкулезом (МЛУ ТБ). В Казахстане среди впервые выявленных больных эта форма заболевания встречается в 18,55% случаев, а среди ранее леченных – в 45,2%.

В контроле за МЛУ ТБ основной доказательной базой является бактериологическая диагностика по тесту на лекарственную чувствительность. До 1999 г. в стране не существовало стандартной системы изучения лекарственной устойчивости. На международной конференции по контролю за туберкулезом в Европе в 2000 г. Казахстан был включен в Программу ВОЗ по изучению лекарственной устойчивости на мировом уровне. Бактериологическая лаборатория Национального центра по проблемам туберкулеза МЗ РК прошла тестирование на контроль качества в супранациональной лаборатории в г. Борстел (Германия) и получила статус Национальной референс-лаборатории. В настоящее время в 21 бактериологической лаборатории областных и региональных диспансеров осуществляются культуральные исследования и определение лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза с контролем качества в референс-лаборатории при НЦПТ МЗ РК.

Создание лабораторной базы и внедрение программы ДОТС-плюс позволило организовать в стране лечение резервными препаратами, охват которым в 2008-2009 гг. составил 85,7% (4366 больных). Внедрение ДОТС- терапии туберкулеза в Казахстане, отразилась на некоторой стабилизации показателей заболеваемости, болезненности, смертности и инвалидности. Тем не менее, ни один из данных показателей, кроме показателя инвалидности, не достигнут уровня 1991 года.

Анализ эффективности лечения больных МЛУ ТБ в РК за 2006 г. показал, что критерий «вылечен» был достигнут в 78,9% случаях. Между тем этот показатель был недостаточно высоким в Карагандинской (34,2%), Северо-Казахстанской (62,0%) областях и в г. Алматы.

(67,0%). Напротив, высокий уровень показателя «излеченности» отмечался в Западно-Казахстанской (92,7%), Атырауской (90%) и Жамбылской (89,2%) областях.

Одной из причин увеличения в РК числа больных с МЛУ ТБ является низкая эффективность лечения впервые выявленных больных с чувствительными формами заболевания, некачественный лекарственный менеджмент, большая текучесть и неуплотненность кадров, недостаточная интеграция фтизиатрической службы с сетью ПМСП, отсутствие социальной поддержки уязвимых групп больных туберкулезом. Так, показатель «излечения» этой категории больных снизился с 80,2% в 2005 г. до 64,3% в 2009 г. Особенно низкая величина этого показателя отмечается в Восточно-Казахстанской (57,8%), Жамбылской (55,6%), Карагандинской (52,55), Павлодарской

(52,2%) областях. С 2005 г. увеличивается доля больных с «неблагоприятным исходом», которая в настоящее время достигла 25,6%.

Приведенные цифры говорят о том, что в настоящее время эпидемиологическая ситуация как в целом по туберкулезу, так и в частности по распространению его лекарственно устойчивых форм является очень непростой. Увеличение числа больных с MDR-формой заболевания несет в себе угрозу перехода эпидемии обычного заболевания в разряд лекарственно устойчивой, что чревато как значительным ухудшением эпидемиологической ситуации, так и возрастанием финансовых затрат на борьбу с этим тяжелым инфекционным заболеванием. В связи с этим изучение причин развития лекарственной устойчивости представляет большую значимость, так как позволит четко определить перечень проблем, на которые в первую очередь должны быть направлены усилия общества.

Литература:

1. Исмаилов Ш.Ш., Турсынбаева А.С. Основные причины неудовлетворительных результатов лечения у впервые выявленных больных туберкулезом в Казахстане //Фтизиопульмонология. - №1.- с.6 – 10
2. Исмаилов Ш.Ш. Значение интеграции противотуберкулезной службы, сети ПМСП. Органов государственного санитарно-эпидемиологического надзора, КУИС Казахстана в контроле над туберкулезом // Сб. трудов «Актуальные проблемы фтизиатрии», Алматы.,-2008 - с.5-12
3. Самойлова А.Г., Марьяндышев Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза – актуальная проблема фтизиатрии // Пробл. туберкулеза и болезней легких.- 2005.,№7.-с.3-9

ВСПЫШКА ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ СРЕДИ РАБОТНИКОВ РАБОЧЕГО ПОСЕЛКА «Х» АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ, КАЗАХСТАН, ИЮЛЬ, 2009Г.

Куатбаева А.М.¹, Байменова С.², Смагул М.², Зинулин У.З.³, Жумагалиев А.Т.³, Уайсов Е.И.³, Мусагалиев Т.С.⁵, Досымбаева Ж.Б.⁵, Султангалиева Б.Е.⁴, Ермекбаева Р.А.¹

¹ Казахская Республиканская санитарно-эпидемиологическая станция,

² Курсы Прикладной эпидемиологии (АЕТР) при CDC/CAR,

³ Департамент КГСЭН по Атырауской области,

⁴ Центр санэпидэкспертизы по Атырауской области,

⁵ Управление ДКГСЭН по г. Атырау, Атырауская область

Введение

Пищевые токсикоинфекции - острые инфекционные заболевания, вызываемые условно-патогенными бактериями, продуцирующими экзотоксины [5]. Возбудители

широко распространены в природе, обладают выраженной устойчивостью. Наиболее часто, источником инфекции являются лица, страдающие гнойными заболеваниями – ангины, панариции, фурункулез и другие. Механизм передачи – фекально-оральный, основной путь передачи пищевой. Для возникновения пищевых токсикоинфекции необходима массивная доза возбудителей, либо определенное время для его размножения в пищевых продуктах. Заболевание протекает в виде спорадических случаев и вспышек [1]. Естественная восприимчивость людей высокая. Обычно заболевает большая часть людей, употреблявших контаминированную пищу [2]. Инкубационный период составляет несколько часов, однако в некоторых случаях может сокращаться до 30 минут или, наоборот удлиняться до 24 часов и более.

Стафилококковой инфекции свойственны короткий инкубационный период и бурное развитие симптомов заболевания. В клинической картине доминируют признаки гастрита [4]. Основу лабораторной диагностики составляют выделение возбудителей из рвотных масс, промывных вод желудка и испражнений. Однако, в большинстве случаев выделяемость незначительна.

Вспышка пищевого отравления произошла среди работников ТОО «N», проживавших в общежитии, на территории рабочего поселка «X», Атырауской области. Первые случаи заболевания зарегистрированы 25.07.2009г., все заболевшие госпитализированы в инфекционную больницу.

По данным официальной статистики, случаи пищевой токсикоинфекции в областном центре с начала текущего года не зарегистрированы, повышения заболеваемости острыми кишечными инфекциями среди населения не отмечалось.

Задачи расследования: описание вспышки по человеку, месту и времени; определение возможных факторов и условий возникновения вспышки; выявление незарегистрированных случаев заболевания.

Метод исследования: ретроспективное когортное.

Случаи заболевания выявлялись путем анкетирования всех работников, которые проживали в общежитии до 25 июля 2009г. Источниками данных послужили: анкеты, результаты лабораторных исследований, данные из истории болезней, результаты санитарно-эпидемиологического обследования пищеблока и столовой. Ввод, обработка и анализ данных проводился с применением программы Epi Info, по результатам которых представлены результаты аналитического материала.

Определение случая: лицо, у которого отмечалась рвота или диарея 2 и более раз в течение одного дня.

Результаты

Всего работников на производстве ТОО «N» на 24.07.2009г.– 741 человек, в том числе вахтовых рабочих 670, инженерно-технических работников -71. Перевахтовка проводится 16 числа каждого месяца, при этом на последнюю вахту заступили 335 человек. Дополнительно было изучено условия проживания работников.

Завтрак и ужин рабочих, проживающих в общежитии, производился в столовой ТОО «E», а обед в столовой ТОО «K». Также, во время обеда в столовой ТОО «KK» питаются рабочие, не проживающие в общежитии и инженерно-технические работники.

Столовая ТОО «E» расположена на первом этаже общежития и рассчитана на 80 посадочных мест. В данной столовой питались только работники ТОО «N». Не было организовано посменное питание, рабочие питались поочередно. В ходе обследования столовой выявлены ряд грубых нарушений санитарно-эпидемиологических требований, в том числе отсутствие сопроводительных документов, подтверждающие качество, происхождение и безопасность продуктов питания, отсутствие у всех 6 работников пищеблока медицинских осмотров, включая обследование на носительство возбудителей кишечных инфекций. На второй день после регистрации вспышки пищевой токсикоинфекции постановлением Главного государственного санитарного врача г. Атырау приостановлена деятельность столовой.

Проведен опрос 186 человек (3 человека отказались участвовать в исследовании). На основании определения случая выявлено 30 случаев пищевой токсикоинфекции.

На основании данных опроса и эпидемиологической кривой видно, что начало вспышки пищевой токсикоинфекции среди рабочих, проживавших в общежитии ТОО «N» отмечается 24 июля с 22.30 часов, последний случай зарегистрирован 25 июля в 06.00ч.



При построении эпидемиологической кривой на основании выявленных случаев видно, что это одномоментное воздействие с общим источником инфекции. Короткий инкубационный период (около 3 часов) свидетельствует о том, что отравление пищевым продуктом могло произойти во время ужина 24 июля 2009г.

Проведен анализ употребленных пищевых продуктов на ужин 24 июля 2009г. в столовой ТОО «Е» с применением программы **Epi Info**. Результаты анализа логистической регрессии показали, что пищевое отравление связано с употреблением вермишели. При этом, шанс заболеть у лиц употреблявших вермишель в 61,9 раз выше, чем у лиц, не употреблявших вермишель, {95% доверительный интервал = (8,026 – 477,37), Р величина – 0,000}.

Однофакторный анализ

дата	фактор	соотношение рисков	Р величина	доверительный интервал	
				нижний	верхний
ужин 24.07.09г.	гуляш	8,6	0,038	1,131	65,418
	вермишель	69,600	0,000	9,199	526,546
	суп гороховый	4,700	0,137	0,610	36,529

Многофакторный анализ

дата	фактор	соотношение рисков	Р величина	доверительный интервал	
				нижний	верхний

ужин 24.07.09г.	гуляш	2,2	0,497	0,225	21,497
	вермишель	61,9	0,000	8,0263	477,37
	суп гороховый	4,4	0,179	0.504	38,917

По результатам бактериологических исследований: исследованные 2 пробы воды соответствовали требованиям СанПиН; не соответствовала 1 проба по БГКП готовой продукции (мясо – говядина); у 3-х работников пищеблока из носа высеян *St.aureus* 10³; у одного работника пищеблока положительный смыв с рук на *St.aureus*.

Выводы:

С 24 по 25 июля 2009г. среди рабочих ТОО ««N» проживавших в общежитии предприятия в г. Атырау, зарегистрирована вспышка пищевой токсикоинфекции, вызванная *St.aureus*. Путь заражения – алиментарный, возможный фактор заражения - вермишель, поданная на гарнир во время ужина 24 июля 2009г. в столовой ТОО «Е». Источниками инфекций являются работники пищеблока, носители *St.aureus*. Условием для распространения инфекционного процесса послужили нарушения санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в пищеблоке столовой ТОО «Е».

Использованная литература

1. Амиреев С.А., Муминов Т.А., Черкасский Б.Л. «Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных заболеваниях» Алматы, 2007 год, 1 том;
2. Бунин К.В. учебник «Инфекционные болезни». 1972г.
3. Лайков Р.Т., Шуратов И.Х., Амиреев С.А.//Гигиена, эпидемиология, иммунобиология.- 2001.-№1.-с.69-75.
4. Р.Дикер Принципы эпидемиологии//Служба общественного здравоохранения СДС//2008год.
5. Покровский В.И. // Инфекционные болезни и эпидемиология//2007 год.

ОБЗОРЫ

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПОДРОСТКОВОЙ
БЕРЕМЕННОСТИ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Тен В.Б.

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

В стратегии ВОЗ на XXI век в разделе 3.«Здоровое начало жизни» указано, что к 2020г. все новорожденные, дети младшего возраста и дети дошкольного возраста в регионе должны быть более здоровыми, что обеспечит им здоровое начало жизни. Это предполагает задачу 4 – «Здоровая молодежь»: к 2020г. молодежь в регионе должна быть более здоровой и лучше подготовлена к тому, чтобы выполнять свои обязанности в обществе. В этой связи перед Республикой Казахстан, как члена ВОЗ, стоят большие задачи в обеспечении всеобщей доступности охраны репродуктивного здоровья.

В Послании Президента Республики Казахстан Н.А.Назарбаева «Казахстан-2030» одним из приоритетных направлений является укрепление репродуктивного здоровья девочек-подростков [1].

В понятие репродуктивное здоровье сегодня следует включить гармоничность и сбалансированность физического, полового, психосексуального, психосоциального развития, соматическое и психическое здоровье подростка, а не только гинекологические заболевания и ИППП. Еще более широкий смысл вкладывается в термин «репродуктивный потенциал» - это уровень физического и психического состояния, который позволяет при достижении социальной зрелости воспроизвести здоровое потомство. Организм каждой девочки-подростка обладает определенными репродуктивными ресурсами, то есть возможностью изменить баланс в положительную сторону и тем самым реализовать свой репродуктивный потенциал. От здоровья детей и подростков зависит здоровье человека на все последующие возрастные периоды, включая зрелость и старость. Здоровье детей и подростков – самый ценный капитал общества и государства [2].

По определению ВОЗ, сексуальное здоровье – это сочетание физических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуальной жизни, которые позитивно обогащают личность, способствуют взаимопониманию и любви. От общего уровня сексуальной культуры в обществе зависят такие важные показатели, как динамика незапланированных беременностей, абортов, изнасилований, инфекций, передаваемых половым путем [3].

На сегодняшний день существует высокая вероятность того, что сексуальная активность современной молодежи более, чем когда-либо прежде, будет иметь драматические последствия для здоровья, будущего мирового населения. Сегодняшние молодые девушки имеют более высокий уровень образования, но не все еще – высокий уровень культуры здоровья. По-прежнему, основными причинами смертности для возрастной группы женщин от 15 до 19 лет в менее развитых странах являются осложнения по причинам, связанным с беременностью, родами и небезопасными абортами. Кроме того, молодые люди от 15 до 24 лет имеют самый высокий уровень ИППП, включая ВИЧ/СПИД, и девушки-подростки имеют вдвое больше шансов быть инфицированными по сравнению с юношами [4].

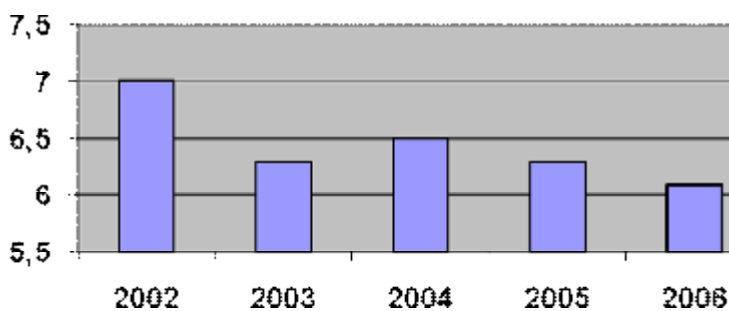
Проблемы репродуктивного здоровья подростков включают в себя проблемы беременности, родов и абортов у молодых. Уровень подростковой фертильности в наименее развитых странах (140 рождений на 1000 женщин в возрасте до 20 лет) в два раза выше, чем в развивающихся странах (5 рождений на 1000) и в четыре раза выше, чем в развитых странах (32 рождения на 1000). Среди развивающихся стран самые высокие показатели подростковой фертильности характерны для Африки (136 рождений на 1000), за которой следуют Латинская Америка и Карибский бассейн (79 рождений на 1000), а самые низкие – для Азии (45 рождений на 1000) [5].

По данным ВОЗ, частота подростковой беременности в большинстве западноевропейских стран находится в диапазоне от 13 до 25 на 1000 девушек в возрасте 15-19 лет при пиковых подъемах этого показателя примерно до 50 в Соединенном Королевстве. Некоторые страны Центральной и Восточной Европы, например, Словения и Хорватия, также находятся в этом диапазоне, однако в других странах Центральной и Восточной Европы и новых независимых государствах бывшего СССР эти показатели оказались в 2-4 раза выше, а в Украине достигли 100. В отдельных странах наблюдался рост подростковой беременности даже среди 12- и 13-летних девушек. Нежеланная и незапланированная беременность может привести к опасным абортам, имеющим серьезные последствия для здоровья девушек-подростков [6].

По данным Международной федерации планирования семьи в мире ежегодно рожают 15 млн. девочек-подростков, при этом 5 млн. девочек вынуждены прибегать к прерыванию беременности [7].

По данным российских исследователей 75,2% девочек подросткового возраста допускают возможность вступления в половые отношения до брака. При этом каждая третья из них (34,3%) считает, что можно начинать половую жизнь в 15-16 лет. Среди юношей и девушек стран Центральной Азии возможность сексуальных отношений до брака допускают 51,6%, а первый сексуальный опыт 71,1% подростков приходится на возраст 15-18 лет [8].

По Казахстану об актуальности данной проблемы говорят показатели абортс среди подростков.



Аборты среди девушек до 18 лет (число абортс в тысячах)

Согласно данным отчета по основным результатам социологического исследования по изучению распространенности ранней беременности и абортс среди подростков и молодежи по г. Алматы в 2006 году у подростков было зарегистрировано 477 абортс (из них 4 случая – в возрасте до 15 лет), в 2007 году – 152 случая (из них 3 абортс в возрасте до 15 лет) и 147 случаев в 2008 году (в том числе 3 случая в возрасте до 15 лет).

На современном этапе подростки проще относятся к сексуальным проблемам, добрачные половые связи считаются обычным явлением, сохранение девственности многие подростки не считают положительным. Такое раннее начало половой жизни привело к появлению терминов «подростковое материнство», «ювенильная гинекология» [9].

В последние десятилетия характерна выраженная тенденция увеличения числа беременных среди подростков, которая сопряжена не только с сексуальной либерализацией, но и с более ранним соматическим созреванием.

Девочки-подростки, которые становятся беременными еще до достижения ими полного физического и гормонального развития, подвержены большему риску возникновения осложнений во время родов, в особенности, если у них наблюдается анемия или задержка в росте. Деторождение в подростковом возрасте, особенно до 16 лет представляет более серьезную опасность для здоровья девочки-подростка и для новорожденного, чем деторождение в зрелом возрасте, что связано с возможностью образования свища при родовспоможении (как результат недоразвития тазовых костей родовых путей) и гипертензии. В результате обследований было выявлено, что беременные девочки-подростки в возрасте 14 лет и моложе страдают от эклампсии (судорог), имеющих зачастую фатальные последствия. По оценкам ВОЗ для девочек-подростков степень опасности умереть по причинам, связанным с беременностью, на 20-200% выше, чем для взрослых женщин (чем меньше возраст девочки-подростка, тем выше степень риска) [10].

Исследования проблем неудовлетворенных потребностей и неудач контрацепции мало затрагивают роль неравенства реальных прав мужчин и женщин. Это неравенство в значительной степени является причиной нежелательного секса и как следствие – нежелательной беременности. Молодые девушки подвергаются повышенному риску нежелательного секса, либо секса в нежелательных условиях, особенно при значительной разнице в возрасте с партнерами.

От 7% до 48% девушек-подростков сообщают, что их первый сексуальный опыт происходил в условиях принуждения. Девушки-подростки с большей вероятностью оказываются в ситуации вынужденного вступления в половую жизнь под давлением или при прямом принуждении мужчиной более старшего возраста; при этом им часто приходится полагаться на него и в плане предупреждения беременности. Девушки, принуждаемые к сексу или подвергающиеся злоупотреблениям со стороны партнера, как правило, реже имеют возможность применения контрацептивных средств и в связи с этим подвержены более высокому риску нежелательной беременности. Девушки, перенесшие сексуальное насилие, часто испытывают страх беременности и с опозданием обращаются в медицинское учреждение для обследования или оказания помощи. Имеется все больше фактических данных, подтверждающих, что насилие приводит к нежелательным беременностям. Вплоть до 40% женщин, обращавшихся за помощью по поводу прерывания беременности, в тот или иной период своей жизни подвергались сексуальному и/или физическому насилию [11].

Небезопасные аборты являются особой проблемой для молодых женщин. Две трети небезопасных абортов приходятся на женщин в возрасте от 15 до 30 лет. Около 2,5 млн., или почти 14% всех небезопасных абортов, производимых в развивающихся странах – у женщин моложе 20 лет. Возрастные характеристики небезопасных абортов значительно варьируют по регионам. Так, в Африке доля женщин в возрасте от 15 до 19 лет, имевших небезопасный аборт, выше, чем в каком-либо другом регионе, и почти 60% небезопасных абортов приходится там на женщин, не достигших 25-летнего возраста. В Азии на эту возрастную группу приходится всего 30% небезопасных абортов. В странах Карибского бассейна и Латинской Америки более половины небезопасных абортов производится у женщин в возрасте от 20 до 29 лет [12].

В заключение следует отметить, что подростковый возраст – это, с одной стороны, время открывающихся возможностей, когда молодой человек ищет и пробует новые пути и идеи, но с другой стороны – это время уязвимости и риска. К счастью, большинство подростков переживает эти перемены с положительным исходом. Тем не менее, некоторые особенности поведения, связанные с подростковым возрастом, такие, как непосредственность, социальная незрелость, склонность к риску и непостоянство настроения, могут отрицательно отразиться и на многих вопросах, касающихся сексуального здоровья.

Нежеланная и незапланированная беременность может привести к опасным абортam, имеющим серьезные последствия для здоровья девушек-подростков и приводящим, в свою очередь, к значительным расходам в системе здравоохранения.

Таким образом, среди вопросов общественного здравоохранения, связанных с сексуальным здоровьем подростков, наибольшую озабоченность вызывают подростковая беременность и связанные с ней последствия, а также инфекции, передающиеся половым путем (ИППП). Эти явления вызывают у молодых людей значительные медицинские, социальные и экономические проблемы, однако их вполне можно предупредить согласованными усилиями семьи, школы, учреждений здравоохранения и образования и общественных организаций.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Назарбаев Н. Казахстан-2030 // Послание Президента народу Казахстана. С.94.
2. Кульбаева К.Ж. Основы ювенологии и ее медико-биологические аспекты // Акушерство, гинекология \перинатология. – Алматы. – 2006. - №3. – С.28-30.
3. Лосева О.К., Кравец Т.А. Медицинские социологические исследования подросткового сексуального поведения за период с 1989 по 2000 год // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2001. - №5. – С.34-36.
4. Камаев И.А., Поздеева Т.В., Самарцева И.Ю. Современные студентки: особенности сексуального поведения и репродуктивного здоровья // - Бюллетень НИИ

- социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. – 2002. - №4. – 4.2. – С.31-35.
5. The Reproductive Health of Adolescents // A Strategy for Action. WHO/UNFPA/UNICEF. – Geneva. 1989. – P.18.
 6. Обеспечение безопасной беременности. Доклад Секретариата. Женева, Всемирная Организация Здравоохранения, 2000г. (документ EB107/26).
 7. Левина Л.И. Подростковая медицина. – СПб., 1999. – С.731.
 8. Результаты исследования информированности, взглядов, используемой практики и поведения молодежи в отношении полового и репродуктивного здоровья. – МФПС, Европейская сеть, 2001. – С.24.
 9. Гуркин Ю.А. Ювенильная гинекология. – СПб., 1993. – С.40.
 10. Богданова Е.А., Федоров В.В., Сухих В.О. Деятельность ВОЗ в области охраны репродуктивного здоровья подростков // Акушерство и гинекология. – 1992. - №1. – С.3-4.
 11. Bott S. Unwanted pregnancy and induced abortion among adolescents in developing countries: results of WHO case studies. In: Puri CP, Van Look PFA, eds. Sexual and reproductive health: recent advances, future directions. New Delhi, New Age International Limited, 2001:351-366.

ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ (ОБЗОР).

Самигуллина А.Э.

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

Центр семейной медицины №6 г. Бишкек

Ключевые слова: половое созревание, «функциональные» расстройства, нарушения репродуктивной функции, репродуктивное здоровье.

Обращение к специалистам происходит иногда через несколько лет от первых проявлений болезни и уже при выраженных вторичных органических изменениях. Лечение девушек пубертатного возраста с нарушениями менструальной функции должно быть комплексным, патогенетически обоснованным, достаточно длительным, с применением современных фармакологических препаратов, не оказывающих нежелательных системных воздействий на молодой организм.

Данные о половом созревании детей и подростков представляют интерес в практическом и теоретическом отношении для педиатрии, гигиены, педагогики и спортивной медицины. Нарушения полового развития девочек отрицательно сказываются на их физическом и психическом развитии и могут привести не только к нарушениям репродуктивной функции в дальнейшем, но и вызвать серьезные отклонения в функционировании других органов и систем. Наблюдавшиеся в последние десятилетия ретардация сроков полового созревания и ухудшение в состоянии здоровья подрастающего поколения женщин свидетельствуют о необходимости изучения роста и

развития современных девочек и принятия, адекватных мер лечебно-профилактического и оздоровительного характера [1].

В условиях современного демографического кризиса проблемы репродуктивного здоровья подрастающего поколения приобрели чрезвычайную актуальность. По многолетним наблюдениям показатели состояния репродуктивной системы женщин детородного возраста имеют тенденцию к ухудшению, а ретроспективный анализ ее становления обнаружил высокий процент различных нарушений уже в пубертатном возрасте. Так, гинекологическая патология в подростковом возрасте отмечена у 1/3 женщин, страдающих бесплодием, у 40% женщин с невынашиванием и патологией беременности, у 50-60% девочек, относящихся к 2-й и 3-й группам здоровья. В структуре гинекологической патологии у девочек до 18 лет «функциональные» расстройства (нарушения менструального цикла – 18,38% и дисменорея – 16,33%) занимают второе место после воспалительных заболеваний (44,37%). Однако, эти дисфункции зачастую остаются вне поля зрения специалистов, обращение к которым происходит иногда через несколько лет от первых проявлений болезни и уже при выраженных вторичных органических изменениях (например, поликистозе яичников) [2]. Очевидно, что эти проблемы имеют корни в нарушениях развития на более ранних этапах онтогенеза. Ведущее значение нервно-эндокринной регуляции в становлении и осуществлении репродуктивной функции обуславливает пристальное внимание к изучению особенностей нервно-психического развития девочек с высоким риском ее нарушений [3].

Известно, что у 12% девочек и девушек при профилактических осмотрах выявляются различные гинекологические заболевания и нарушения полового развития. В свою очередь, нарушения менструальной функции составляют примерно 60% случаев из всех обращений к детскому гинекологу [4].

В группу риска по проблемам репродуктивного здоровья относятся девочки с указаниями в анамнезе на перинатальные вредности (особенно переношенность и рождение крупного плода), частые и разнообразные соматические и инфекционно-аллергические заболевания, черепно-мозговые травмы, психофизические перегрузки. В психоневрологическом статусе для них характерны симптомы дисфункции стволово-диэнцефальных структур преимущественно правого полушария мозга, неврозоподобные реакции, регуляторные нарушения в виде разнообразных вегетативных, эндокринных и психоэмоциональных расстройств, нарастающие с возрастом. Профилактика и терапия этих нарушений должны быть своевременными, патогенетически обоснованными и комплексными. Адекватные условия развития и нагрузки необходимо сочетать с медикаментозным лечением, направленным на улучшение нейродинамических и энергетических процессов, взаимодействия корковых и стволовых систем мозга. Продолжительность терапии определяется, наряду с клиническими особенностями, условиями развития и жизни пациентов [5].

Одной из важнейших проблем современной гинекологической эндокринологии является раннее выявление нарушений становления репродуктивной функции у девочек-подростков. Наиболее частой причиной патологии репродуктивной системы является синдром гиперандрогении. Постоянно нарастающий интерес к изучению этой патологии сдерживается определенными трудностями. К числу этих трудностей относятся полиэтиологичность, гетерогенность, полиморфизм самого заболевания, в силу которых возникают существенные различия в интерпритации клинических проявлений и особенностей течения процесса, диагностических подходах, трактовке результатов обследования и определении лечебной тактики [6].

Нарушения овариально-менструального цикла занимают одно из главных мест в структуре гинекологической заболеваемости подростков. Ведущей причиной дисфункциональных кровотечений в этом возрасте является функциональная незрелость центральной нервной системы (ЦНС) и нарушения регуляции овариально-менструального цикла на уровне гипоталамо-гипофизарной системы. Гормональные изменения в яичниках

возникают параллельно с изменениями в ЦНС в результате созревания репродуктивных органов и их регуляторных механизмов. В течение первого года после менархе менструальный цикл часто бывает нерегулярным, высока частота ановуляторных циклов. Репродуктивная система находится под тщательным контролем гипоталамических центров. Нормальная регуляция может измениться в результате влияния соматической патологии, алиментарной недостаточности, негативных эмоций и спихоэмоционального стресса, а также в результате влияния на гормональную функцию яичников инфекций, передаваемых половым путем. Своевременная коррекция возникающих нарушений регуляции овариально-менструального цикла у подростков позволяет предотвратить последующие проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем [7].

Применение КОКов обследованными нами девушками с дисменореей свидетельствовало не только об устранении ярких клинических проявлений заболевания вскоре после начала лечения, но и о четко прослеженной тенденции к восстановлению соотношений корково-подкорковых структур и активности синхронизирующих и десинхронизирующих влияний ствола на разных уровнях мозга уже к концу 3-го цикла лечения. Линдинет 20 является препаратом выбора для устранения многочисленных проявлений дисменореи тяжелой степени выраженности у подростков, имеющих нерегулярный ритм менструаций на фоне формирующихся поликистозных яичников, нарушенные соотношения женских половых стероидов в сторону гиперэстрогемии накануне менструации, парасимпатический тип вегетативного тонуса ЦНС. А также нуждающихся в высокоэффективной защите от нежелательной беременности и при выявлении гиперпластических процессов эндометрия или эндометриоза гениталий [8].

Дисменорея является одним из самых распространенных гинекологических заболеваний среди подростков. Частота дисменореи у девушек колеблется от 43 до 90%, причем более чем у каждой второй заболевание приобретает черты тяжелого недуга с потерей трудоспособности и социальной адаптации [9].

Таким образом, лечение девушек пубертатного возраста с нарушениями менструальной функции должно быть комплексным, патогенетически обоснованным, достаточно длительным, с применением современных фармакологических препаратов, не оказывающих нежелательных системных воздействий на молодой организм. Критерием эффективности проводимого лечения является нормализация менструальной функции [10].

Список использованных литературных источников:

1. Камилова Р.Т. Половое развитие девочек, проживающих в условиях Узбекистана. // Педиатрия. – 2001. - №6. – С.71-74.
2. Брин И.Л., Дунайкин М.Л., Шейнкман О.Г. // 2-й Всероссийский Конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». – М. – 2003. – С.164-165.
3. Брин И.Л., Дунайкин М.Л., Шейнкман О.Г. // Вопр. совр. педиатрии. – 2005. - №4(1). – С.32-39.
4. Самородинова Л.А., Уквальберг М.Е., Романов А.Ф., Шалабина И.С., Коровин К.Ф. Особенности становления гипофизарно-гонадных отношений у девушек, родившихся с крупной массой тела. // Акушерство и гинекология. – 2001. - №1. – С.29-32.
5. Брин И.Л., Дунайкин М.Л., Шейнкман О.Г., Долженко И.С. Нервно-психическое развитие девочек-подростков с риском нарушений репродуктивного здоровья. // Педиатрия. – 2007. – Т.86. - №3. – С.52-57.
6. Телунц А.В. Особенности клинического течения синдрома гиперандрогении и принципы его терапии у девочек-подростков. // Гинекология: журнал для практических врачей. – 2001. – Т.3. - №1. – С.21-19.

7. Пасман Н.М., Снисаренко Е.А., Теплицкая А.Л. и соавт. Дифференцированный подход к терапии дисфункциональных маточных кровотечений у подростков. // Гинекология: журнал для практических врачей. – 2004. - Т.6. - №4. – С. 12-19.
8. Уварова Е.В., Гайнова И.Г. Применение линдинета в комплексе лечения девочек-подростков с дисменореей. // Гинекология: журнал для практических врачей. - 2005. – Т.7. - №4. – С. 33-38.
9. Гайнова И.Г., Уварова Е.В., Ткаченко Н.М., Кудрякова Т.А. Дифференцированный подход к гормональному лечению дисменореи у девушек с нейровегетативными нарушениями. // Гинекология: журнал для практических врачей. – 2001. - Т.3. - №4. – С. 36-29.
10. Уварова Е.В., Гайнова И.Г. Дифференцированный подход к диагностике и лечению дисменореи у девушек. // Гинекология: журнал для практических врачей. – 2003. - Т.5. - №4. – С. 23-29.

ПРИМЕНЕНИЕ КОНТРАЦЕПЦИИ ПОДРОСТКАМИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).

Самигуллина А.Э.

**Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
Центр семейной медицины №6 г. Бишкек**

Ключевые слова: планирование семьи, средства контрацепции, предупреждение нежелательной беременности, контрацептивная культура, своевременная контрацепция.

При назначении метода контрацепции необходим индивидуальный его подбор с учетом характера и степени ответственности подростка, интенсивности его половой жизни, наличия или отсутствия экстрагенитальных заболеваний, постоянного полового партнера и планов в отношении срока будущей беременности, поскольку правильная и своевременная контрацепция позволяет сохранить репродуктивное здоровье подростка и будущей матери.

Современная молодежная популяция отличается высокой сексуальной активностью, что без использования средств контрацепции может привести к ранней и нежелательной беременности, небезопасному аборту, опасности инфицирования инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП). Контрацепция у подростков отчасти избавляет от указанных последствий, т.е. является одним из путей сохранения репродуктивного здоровья [1].

В последние годы положительно меняется отношение к гормональной контрацепции у подростков со стороны, как медиков, так и общественного мнения. Многими исследованиями и клиническими наблюдениями подтверждено, что низкодозированные и микродозированные гормональные контрацептивы эффективны и у взрослых, и у подростков. Кроме того, у подростков применение данных контрацептивов обладает гармонизирующим и лечебным эффектом [2].

Однако по мере накопления опыта применения современных контрацептивов у подростков очевидным становится факт отрицательного воздействия некоторых из них средств на формирующийся организм. По данным литературы, отрицательные последствия приема гормональных контрацептивов складываются из эстрогензависимых (головная боль, тошнота, рвота, понос, нагрубание молочных желез, раздражительность и др.) и гестагензависимых (задержка жидкости, акне, депрессия, сонливость, снижение либидо и др.) компонентов, что определяет высокий процент отказа от их применения (до

25%). Также субъективно плохо воспринимается необходимость строго соблюдать режим приема препарата. В отдельных случаях пероральный прием представляется неприемлемым [3].

Средства для контрацепции у подростков должны отвечать следующим требованиям: быть безопасным для здоровья, высокоэффективными, удобными в применении, доступными для приобретения [4].

Применение микродозированных комбинированных оральных контрацептивов не только позволяет высокоэффективно предупредить нежелательную беременность у юных женщин, но и при правильном индивидуальном подборе и наблюдении оказывает выраженное лечебное действие на соматическое и репродуктивное здоровье девушек-подростков [5].

Выявленные тенденции к повышению уровня контрацептивной культуры определяют благоприятные показатели снижения количества аборт. Однако, несмотря на достоверное снижение, уровень абортов среди подростков остается на достаточно высоком уровне: в 1999 г. – 35,3, а в 2000 г. – 33,8 на 1000 населения. Настораживает также увеличение числа абортов по социальным показаниям: в 1995 г. Они составили 3,6% от общего числа абортов в этом возрасте, в 1999 г. – 5,1%. Таким образом, проблемы репродуктивного здоровья требуют своевременного решения [6].

Существует огромный выбор средств и методов контрацепции. При этом одни из них лучше всего подходят для подростков (барьерный метод в сочетании со спермицидами, гормональные препараты), а другие малоприспособлены для них (внутриматочные средства, физиологический метод). При назначении метода контрацепции необходим индивидуальный его подбор с учетом характера и степени ответственности подростка, интенсивности его половой жизни, наличия или отсутствия экстрагенитальных заболеваний, постоянного полового партнера и планов в отношении срока будущей беременности, поскольку правильная и своевременная контрацепция позволяет сохранить репродуктивное здоровье подростка и будущей матери [7].

Приведенные данные свидетельствуют о чрезвычайной важности широкого внедрения последних технологических достижений науки и приборостроения в клинику гинекологии детского возраста, в первую очередь таких, как лапароскопия и эхография, а также использования новых фармакологических средств, так как потери репродуктивного здоровья в этом возрасте могут привести к необратимым изменениям в репродуктивной системе будущей женщины [8].

В 1991 г. при участии Комитета по делам семьи и демографической политики Совмина России совместными усилиями ряда министерств и ведомств была разработана и начала осуществляться государственная целевая программа «Планирование семьи» на 1991-1995 гг., которая затем вошла как одно из важнейших целевых направлений в программу «Дети России», утвержденную Указом Президента России от 19.02.96 № 210.

Федеральная программа «Планирование семьи» разработана исходя из сложившейся ситуации в РФ, а также с учетом ратифицированных Россией международных правовых документов таких, как «Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин», «Всеобщая декларация прав человека», решений международных конференций по народонаселению.

Программой предусматривалось создание государственных и общественных структур службы планирования семьи на федеральном и региональном уровнях, подготовка кадров для этой службы, обеспечение населения средствами контрацепции, совершенствование системы подготовки подростков и молодежи к семейной жизни. Программа была призвана коренным образом изменить отношение к планированию семьи каждого человека, каждой семьи, общества в целом. При этом в понятие «планирование семьи» включалось не ограничение рождаемости, а формирование у населения потребности иметь желанное число здоровых детей, предупреждение нежелательной беременности, сохранение здоровья супругов. Планирование семьи предусматривает

также лечение бесплодия, оказание медицинской помощи при нарушениях репродуктивного здоровья.

Российская федеральная программа «Планирование семьи» в первую очередь и рассчитана на уменьшение числа аборт, предупреждение нежелательной беременности, сохранение здоровья супругов.

Общие усилия позволили за сравнительно короткий срок (5 лет) на 27% сократить число аборт и на 25% снизить материнскую смертность, с ними связанную; в 2,5 раза уменьшить число криминальных аборт. Имеется постоянная тенденция к снижению младенческой смертности [9].

Как показали исследования, все опрошенные подростки считают, что знания о контрацепции имеют значение в их жизни, однако их явно недостаточно. Все подростки утверждают, что хотят знать о контрацепции больше. Таким образом, определяется острая востребованность в сексуальном образовании подростков, а вопросы контрацепции являются основной его частью [10].

Литература:

1. Гуркин Ю.А., Баласанян В.Г., Контрацепция для подростков. // Спб. – 1994. – 27с.
2. Кулаков В.И., Вихляева Е.М., Николаева Е.И., Брандруп-Луканова А. Современные тенденции в репродуктивном поведении женщин в странах Восточной Европы. // Акушерство и гинекология. – 2001. - №4. – С.11-14.
3. Zaccur N A et al. Комплексный обзор адгезивных свойств контрацептивного пластыря Эвра в различных климатических и иных условиях. // Fertil steril. – 2002. - №2. – С.32-35.
4. Прилепская В.Н., Назарова Н.М. Новые технологии в контрацепции: гормональные рилизинг-системы. // Гинекология. – 2005. - №7(1). – С.41-44.
5. Кротин П.Н. Использование микродозированного комбинированного орального контрацептива «Новинет» в подростковой гинекологии. // Гинекология: журнал для практических врачей. - 2005. – Т.7. - №1. – С. 29-33.
6. Хамошина М.Б. Региональные особенности репродуктивного здоровья девушек-подростков Приморского края. // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М. – 2005. – 26с.
7. Коколина В.Ф. Контрацепция у подростков. // Российский медицинский журнал. – 2005. – 32. – С.58-62.
8. Кулаков В.И., Богданова Е.А., Волков Н.И. и соавт. Лапароскопическая диагностика и лечение объемных образований яичников у девочек и девушек. // Акушерство и гинекология. – 1999. - №4. – С. 43-46.
9. «Материалы Министерства здравоохранения РФ по проблемам планирования семьи для использования в работе со средствами массовой информации от 25.03.97 г.».
10. Прилепская В.Н., Назарова Н.М. Трансдермальная контрацептивная система ЭВРА: новый подход к контрацепции. // Фарматека. – 2004. - №15. – С.8-11.

ПОЗДРАВЛЕНИЯ

Высшая Школа Общественного Здравоохранения Министерства Здравоохранения Республики Казахстан поздравляет **Карабалина Серика Карабалаевича** с 60 лeтием и желает здоровья, творческих успехов, активной работы на благо медицинской науки и практического здравоохранения Казахстана.

(Фото) 12 июля 2010 года исполнилось 60 лет, проректору по учебной и научной работе Высшей школы общественного здравоохранения МЗ РК доктору медицинских наук, профессору, Академику Международной академии информатизации Серику Карабалаевичу Карабалину.

С.К. Карабалин родился 12 июля 1950 года в Балыктыкульском ауле Кувского района Карагандинской области. В 1973 году он окончил с отличием Алматинский государственный медицинский институт и работал на различных должностях в практическом здравоохранении в качестве врача амбулаторно-поликлинического звена и стационара Джезказганской областной больницы, врачом, зав. отделением Республиканской клинической больницы (1973-1986 гг.). В 1986 году за трудовые успехи в практическом здравоохранении Министром здравоохранения СССР был награжден знаком «Отличнику здравоохранения».

В 1987 году С.К.Карабалин успешно защитил кандидатскую диссертацию, посвященную патогенетическим основам диагностики и терапии токсических профессиональных поражений печени у рабочих фосфорного производства, а в 1999 году – докторскую диссертацию на тему: «Научные основы оптимизации условий труда и состояние здоровья женщин, работающих на современных предприятиях хлопчатобумажной промышленности».

С 1986 года по настоящее время ведет большую научную и педагогическую деятельность. В Алма-Атинском государственном медицинском институте (1986-1994гг) на должностях - заведующего научно-исследовательским сектором (НИС), ассистента кафедры внутренних болезней (поликлиническая терапия), доцента кафедры клинической фармакологии, с одновременным исполнением обязанностей заместителя декана факультета иностранных студентов. Работая на кафедре Карабалин С.К. оказал огромную консультативно-методическую помощь ЛПУ г. Алматы, являлся консультантом и руководителем клинической работы в городских лечебных учреждениях (ГКБ №1,7; ГП №3,5,8, Городская студполиклиника) и как главный внештатный специалист входил в состав предлицензионной экспертной комиссии городского здравоохранения г.Алматы. С 1994 г. по 2002 г. работает в Научном центре гигиены и эпидемиологии: зав. отделом профзаболеваний, заместителем директора по науке, а с 2002 года по май 2006 год – заместителем директора по научно-клинической работе – главный врач Национального центра гигиены труда и профзаболеваний (г.Караганда). С октября 2006 г. по настоящее время работает в ВШОЗ МЗ РК заведующим кафедрой гигиены, эпидемиологии и медицины труда, проректором по учебной и научной работе – с октября 2009 г., член партии «Нур-Отан», имеет высшую квалификационную категорию по специальности врач-профпатолог, с 1995 г. по 2007 г. – главный внештатный профпатолог МЗ РК.

Профессор С.К.Карабалин признанный лидер в изучении и организации специализированной медицинской помощи больным с профессиональной патологией.

Основными направлениями его исследований явились проблемы гигиены, профпатологии, медицины труда, экологической эпидемиологии, профилактики профзаболеваний.

Будучи ученым – энтузиастом, прекрасным педагогом Серик Карабалаевич пробудил интерес к медицине труда, лечению и профилактике профессиональных заболеваний – гигиенистов, профпатологов, экологов, не только студентов, магистрантов, докторантов, но и многих врачей практического здравоохранения. Он является создателем научной школы, подготовившей десятки докторов и кандидатов наук. Его прекрасные лекции и научные доклады оказали непосредственное влияние на научно-практическое мировоззрение и практическую деятельность в медицине тысячи врачей.

Разработанные С.К.Карабалиным современные принципы профпатологии, медицины труда получили всеобщее признание в СНГ, Казахстане. Особенное значение для науки и практической медицины имела разработка нормативных документов в области охраны здоровья работающих. В 1986 г. он впервые в 1996 году утвердил на уровне республики врачебную должность профпатолога, которая была официально включена в номенклатуру врачебных специальностей. Им были разработаны и утверждены: Положение о враче-профпатолога, квалификационная характеристика и штатные врачебные нормативы. Под его руководством в 1998 году впервые в Казахстане был разработан и утвержден Государственный стандарт высшего медицинского постдипломного образования врача-профпатолога - специальности 040107 для повышения квалификации и переподготовки врачей. Была подготовлена и утверждена Унифицированная программа последипломного обучения по профпатологии, включающая три вида обучения: специализация, общее и тематическое усовершенствование. В рамках оказания ВСМП больным с профзаболеваниями под его руководством в 1998-2006 гг. были разработаны и утверждены Стандарты диагностики и лечения профессиональных заболеваний с составлением медико-экономических протоколов (МЭП);

Основными итогами научно-практической деятельности Карабалина С.К. являются разработка и совершенствование системы медицинского обеспечения работающих в Республике Казахстан. Под его руководством выполнены следующие научные темы: «Изучение клиники, диагностики и лечение профессиональных фосфорных, свинцовых интоксикаций и их отдаленных последствий, профессиональных токсико-пылевых поражений легких и др. систем»; «Охрана труда и укрепление здоровья женщин, работающих на современных хлопчатобумажных предприятиях республики»; «Комплексная оценка профессионального риска на промпредприятиях: ТНК «Казхром», Титано-магниевого комбината, АО «Казцинк» и АО «Казфосфат»; «Разработка научно-обоснованных предложений по совершенствованию службы медицины труда (профилактика профессиональных, заболеваний) в Республике Казахстан».

Под его активным руководством организованы и проведены Международные, Республиканские, научно-практические конференции и семинары врачей по вопросам охраны здоровья работающих и профилактики профзаболеваний (1996, 2002, 2003, 2004, 2005 гг.). За научный вклад в области охраны здоровья работающего населения в РК в 1999 году Карабалин С.К. был награжден знаком МЗ РК «Денсаулық сақтау үздігіне».

На всех должностях своей научно-практической деятельности Карабалин С.К. зарекомендовал себя грамотным специалистом, педагогом, высококвалифицированным научным работником и умелым организатором здравоохранения. В рамках совершенствования Стандарта по магистратуре и докторантуре он внес дополнительные модули в программу подготовки магистров и докторов.

Активная гражданская позиция С.К.Карабалина проявилась в его многолетней работе Председателем Экспертного Совета по теоретической медицине и фармации Комитета аттестации в сфере образования и науки Министерства образования и науки РК в повышении качества подготовки научных кадров в РК.

С.К. Карабалиным опубликовано более 270 научных работ, в том числе 4 монографии, 15 учебных пособий, 4 учебных руководства, 2 патента и более 20 методических рекомендаций по проблемам охраны здоровья работающего населения. Он является соавтором Руководства для врачей «Профессиональные заболевания» и руководства по гигиене труда. Под его руководством защищено 15 кандидатов мед. наук и 4 доктора мед. наук; готовятся к защите 2 докторские и 5 кандидатские диссертационные работы. В юбилейном году Серик Карабалаевич, как заведующий кафедрой гигиены, эпидемиологии и медицины труда, издал монографии, современные учебные пособия для магистрантов и докторантов (PhD): «Мониторинг и оценка программ по противодействию

эпидемии ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан», «Экологическая эпидемиология», «Лекции по описательной и аналитической эпидемиологии», «Медицина труда в 2 частях».

Притягательными чертами его человеческой личности было и есть повышенное чувство справедливости, принципиальность, которые неизменно присутствуют при решении любых вопросов на любом уровне. Путь, пройденный С.К.Карабалиным, может служить примером стойкости, принципиальности и бескомпромиссности. Серик Карабалаевич по своей природе является одаренным, талантливым человеком, с детских лет виртуозно, неповторимо играет на домбре. Его собственные музыкальные сочинения, посвященные народу Казахстана, Родине – священной земле его предков, любви – проникновенны, признаны и пользуются любовью и признанием близких и коллег. Он поистине является потомком Великого композитора Сары-Арки Таттимбета, последователем его божественных кюев.

Ученый, педагог, целеустремленный человек, отдающий все силы любимой профессии Серик Карабалаевич Карабалин встречает свой юбилей с большими планами на перспективное развитие медицинской науки и образования.